

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö

Koulutusasteen ja sukulaisella todetun rintasyövän yhteys vaihdevuosien
hormonikorvaushoidon käyttöön ja koettuun rintasyöpäriskiin

Pro Gradu-tutkielma
Hanna Auramo
Tampereen Yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Lokakuu 2013

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

AURAMO HANNA Koulutusasteen ja sukulaisella todetun rintasyövän yhteys vaihdevuosien hormonikorvaushoidon käyttöön ja koettuun rintasyöpäriskiin

Pro gradu -tutkielma, pituus 75 s., liitteet 4 s.

Ohjaaja: Professori Nea Malila

Kansanterveystiede

Lokakuu 2013

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä sekä maailmalla että Suomessa. Riski sairastua rintasyöpään jossakin elämänvaiheessa on jokaisella naisella noin 10 %:n luokkaa, perinnöllisen alttiuden kattaessa noin 5–10 % kaikista sairastuneista. Vaihdevuosien hormonikorvaushoidon on osoitettu lisäävän rintasyöpäriskiä ja riskitietoisuuden on todettu vaihtelevan koulutustason mukaan. Myös sukulaisella todetun rintasyövän on tutkitusti todettu vaikuttavan oman syöpäriskin arviointiin ja ohjaavan naisten terveyskäyttäytymistä.

Tutkimukseni aineisto kuuluu Syöpäjärjestöjen kyselytutkimukseen Elintavat, elämälaatu ja terveys. Se on psykososiaalinen kyselytutkimus mammografiaseulonnan elintapa- ja elämälaatuvaikutuksista. Kyselytutkimus aloitettiin keväällä 2012 yhteistyössä Suomen Syöpärekisterin, UKK-instituutin, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Tampereen yliopiston kanssa. Tutkielma perustuu ensimmäisen kierroksen kyselyihin, joita lähetettiin 5000:lle vuonna 2012 49 vuotta täyttävälle naiselle. Lomakkeita palautui yhteensä 2615. Hormonaalisia tekijöitä koskevien kysymysten pohjalta tehtiin tilastollinen analyysi käyttäen menetelmänä ristiintaulukointia ja riippuvuustarkastelussa khiin neliötestiä.

Tutkielmassa selvitettiin koulutusasteen ja sukulaisella todetun rintasyövän yhteyttä vaihdevuosien hormonikorvaushoidon käyttöön ja koettuun rintasyöpäriskiin. Tuloksina saatiin, että 49-vuotiaiden naisten hormonikorvausvalmisteiden käyttö on vielä vähäistä, eikä sillä ole tilastollista yhteyttä koulutusasteeseen tai sukulaisella todettuun rintasyöpään. Rintasyöpäriskiä ei koeta yleisesti suureksi, mutta suvussa todettu rintasyöpä ja koulutusaste ovat yhteydessä rintasyöpähuolestuneisuuteen.

Asiasanat: rintasyöpä, vaihdevuosien hormonikorvaushoito, rintasyöpäriski, koulutusaste

ABSTRACT

TAMPERE UNIVERSITY

School of Health Sciences

AURAMO HANNA The association of educational level and breast cancer cases in family with menopausal hormone therapy use and self-estimated breast cancer risk

Master`s Thesis, 75 pages, 4 pages of appendices

Supervisor: Professor Nea Malila

Public Health

October 2013

Breast cancer is the most common cancer among women worldwide and in Finland. For every woman the lifetime risk for getting a breast cancer at some point during life is approximately 10 %, hereditary forms covering 5–10 % of these cases. Menopausal hormone therapy is known to increase the risk of getting breast cancer and risk perception is known to vary between educational levels. Also breast cancer cases of relatives are proved to affect the self-estimated risk and women`s health behavior.

The data of this Thesis is based on a first round questionnaire from a study Impacts of mammography screening on lifestyle and quality of life. The study is conducted by Finnish Cancer Registry, National Institute of Health and Welfare, UKK Institute for health Promotion and University of Tampere. The first round of questionnaire took place in spring 2012 and 5000 women were invited to participate. Overall 2615 did participate and in this Thesis the statistical analysis was made by cross tabulation and chi square test to questions connected to hormonal factors.

In this Thesis the aim was to study the association of educational level and known breast cancer case in family with menopausal hormone replacement therapy use and self-estimated breast cancer risk. The main results were that it is not common for 49 – year old women to use hormone replacement therapy and it does not have statistical relation to educational level or known breast cancer case in family. On the other hand using intra-uterine devices is overall quite common and the most common it is in lower educational classes and women who live alone. The self-estimated breast cancer risk is generally not high among participants but educational level and known breast cancer case in family are related to the worry of breast cancer.

Keywords: breast cancer, hormone replacement therapy, breast cancer risk, educational level

1 Johdanto	1
2 Rintasyöpä	5
2.1 Rintasyöpätyypit, yleisyys ja ilmaantuvuus	5
2.2 Riskitekijät ja suojaavat tekijät	8
2.3 Rintasyövän perinnöllisyys	11
3 Vaihdevuodet ja hormonikorvaushoito	13
3.1 Vaihdevuosien määrittely ja vaihdevuosioireet	13
3.2 Hormonikorvaushoito	15
3.2.1 Hoidon toteutus	15
3.3.2 Hormonikorvaushoidon hyödyt ja haittavaikutukset	17
3.2.3 Hormonikorvaushoidon käyttömäärien muutokset	21
4 Terveyskäyttäytyminen, päätöksenteko ja koettu riski	24
4.1 Naisten tieto, asenteet ja hormonikorvaushoidon käyttöpäätökset	24
4.2 Koulutustaso ja sosioekonominen asema	29
4.3 Sukulaisen sairastaman rintasyövän merkitys oman syöpäriskin arvioinnissa	32
5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	34
6 Aineisto ja tutkimusmenetelmä	35
6.1 Aineisto ja eettiset asiat	35
6.2 Tutkimusmenetelmä ja käytetyt muuttujat	37
7. Tulokset	41
7.1 Valikoituneisuus	41
7.2 Taustamuuttujat ja sukulaisella todettu rintasyöpä	43
7.3. Hormonikorvaushoidon käyttö	45
7.3.1 Käytön yleisyys	45
7.3.2 Eri valmisteet ja niiden käytön sekä käytön lopettamisen syyt	48
7.4 Koettu rintasyöpäriski ja huolestuneisuus	50
8 Pohdinta	58
8.1 Tulosten yleistettävyyden ja luotettavuuden arviointi	58
8.2 Tutkimustulosten arviointia	62
8.3 Jatkotutkimusaiheet	66
LÄHTEET	68
LIITTEET	

1 Johdanto

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä sekä Suomessa että maailmalla. Pelkästään länsimaissa todettiin lähes 640 000 uutta rintasyöpätapausta vuonna 2002. Niin ikään rintasyöpä on myös naisten yleisin kuolinsyy maailmanlaajuisesti. Rintasyöpäilmaantuvuus myös kasvaa vuosi vuodelta. Rintasyövän jatkuvan yleistymisen syiksi on arveltu erityisesti väestön ikärakenteen muutoksia ja eliniän odotteen kasvua. (IARC, 2008.) Rintasyöpä yleistyy huomattavasti siirryttäessä 45: n ikävuoden yli ja koska ihmiset elävät aikaisempaa vanhemmiksi, myös rintasyöpätapausten määrä kasvaa. Toisaalta myös seulontamenetelmien ja diagnosoinnin kehittyminen ovat vaikuttaneet esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden kasvuun. (www.cancer.fi) Rintasyövän yleisyys tekee siitä myös kansanterveydellisesti merkittävän ja huomionarvoisen sairauden. Koska rintasyöpäkuolleisuus on laskenut maltillisemmin kuin mitä ilmaantuvuus on kasvanut (Engholm ym., 2013), on rintasyövän riskitekijöiden tunnistamisessa sekä hoitojen kehittämisessä vielä paljon tutkittavaa ja tehtävää.

Rintasyöpä on monitekijäinen sairaus, jonka kehittymiseen vaikuttavat niin ympäristö kuin perintötekijätkin. Rintasyövän altisteita tunnetaan lukuisia aina elintavoista geenimutaatioihin. Riski sairastua rintasyöpään jossakin elämänvaiheessa on jokaisella naisella noin 10 %:n luokkaa. Periytyvän, korkean riskin syöpäalttiuden osuuden on arvioitu näissä tapahtumissa olevan noin 5–10 %.(Noruzinia, Coupier & Pujol, 2005.) Käytännössä kuitenkin 80–85 % rintasyövästä kehittyy naisille, joiden suvussa ei ole esiintynyt rintasyöpää (Haber, Ahmed & Pekovic, 2012).

Rintasyövän perinnöllisistä tekijöistä tunnetuimpia ovat BRCA1/2 geenit, jotka ovat olleet viime aikoina mediassakin esillä. Perinnöllisen syövän syntymekanismien ymmärtämisen ja tunnistuskeinojen kehittyessä myös perinnöllisyysklinikoiden kysyntä on kasvanut. Ihmiset ovat halukkaita tietämään oman riskinsä sairastua ja tieto saattaa ohjata myös heidän terveystyönsä. Rintasyövän perinnöllisyyttä on syytä tutkia myös terveystieteellisestä näkökulmasta, sillä läheisellä todetun rintasyövän on tutkitusti todettu vaikuttavan oman syöpäriskin arviointiin ja osaltaan ohjaavan naisten terveystyönsä (Haber ym., 2012; Walker ym., 2013). Median on todettu olevan tärkeä informaatiolähde nykypäivänä myös vaihdevuosiin ja lääkehoitoon liittyen (Tii-

honen, 2012), minkä lisäksi median on todettu myös vaikuttavan naisten terveystietoisuuteen ja käyttäytymismalleihin (Archer, 2007).

Rintasyöpää kuvaillaan usein hormonaaliseksi syöväksi, sillä erityisesti naishormoneilla on todettu yhteys rintasyövän kehittymiseen. Yli 45-vuotiaiden naisten merkittävimpiin hormonaalisiin muutoksiin kuuluvat menopaussi ja vaihdevuodet. Menopaussi tarkoittaa naisen viimeisiä kuukautisia ja vaihdevuodet tarkoittavat menopaussia edeltävää ja sitä seuraavaa ajanjaksoa. Tällöin naisen kehossa tapahtuu lukuisia hormonaalisia muutoksia. (Edmonds, 2011.) Menopaussi ajoittuu keskimäärin 50–52:n ikävuoden tienoille (Ness & Kuller, 1999). Vaihdevuosioireet alkavat yleensä samoihin aikoihin kuukautiskierron epäsäännöllistymisen kanssa ja arviolta noin 85 %:lla oireet alkavat ensimmäisen vuoden aikana kuukautisten spontaanista päättymisestä (Jalava-Broman ym., 2008). Vaihdevuosioireiden hoito tapahtuu yleensä hormonikorvaushoidolla, joko pelkkää estrogeenia tai estrogeenin ja progestiinin yhdistelmää käyttäen (Tiihonen, 2012).

Rintasyövän hormonaalisista tekijöistä on löydetty sekä suojaavia että sairastumisriskiä lisääviä tekijöitä. Näistä vaihdevuosien hormonikorvaushoidon on todettu kasvattavan riskiä. Riskin on todettu riippuvan käytettävästä hoitomuodosta, käyttöajasta ja käytön jatkuvuudesta. (mm. Ewertz ym., 2005; Lyytinen, Pukkala & Ylikorkala, 2009.) Vuosituhannen vaihteen jälkeen raportoidut yhteydet hormonikorvausvalmisteiden käytön ja kohonneen rintasyöpäriskin välillä ovat vaikuttaneet myös käyttäjien määriin viime vuosikymmenenä, niin pohjoismaissa kuin muuallakin maailmassa. (Tiihonen, 2012; Mishra ym., 2006; Hoffmann, Hammar, Kjellgren, Lindh-Åstrand & Brynhildsen, 2005). Pohjoismaissa erityisesti yhdistelmävalmisteiden käyttö väheni merkittävästi, estrogeenivalmisteiden käytön pysyessä kutakuinkin ennallaan. Suomessa paikallisestrogeenin käyttö on yleistynyt huomattavasti 2000-luvun aikana. (Tiihonen, 2012.)

Sosiologista näkökulmaa rintasyöpä- ja vaihdevuositutkimukseen tarjoaa myös sosioekonomisen aseman tarkastelu. Koulutustasoa on tyypillisesti pidetty vahvimmin terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen vaikuttavana sosioekonomisen aseman määrittäjänä, sillä saavutettu koulutustaso säilyy läpi elämän. (Iversen & Kraft, 2006.) Valveutuneisuus syövän ehkäisystä ja riskitietoisuus vaihtelee myös sosioekonomisen aseman ja koulutustason mukaan. Korkeamman koulutustason on todettu ennustavan kriittisempää ja harkitsevampaa suhtautumista eri terveysviesteihin (Wilkinson, Vasudevan, Honn, Spitz & Chamberlain, 2009; Iversen ym., 2006). Syöpäkuolleisuuden on myös todettu

vaihtelevan sosioekonomisen aseman mukaan, mutta se on erityisesti sidoksissa altisteiden jakautumiseen, muun muassa sosiaaliluokkien mukaan (Dickman, Auvinen, Voutilainen & Hakulinen, 1998).

Koulutustasolla ja sosiaaliluokalla on todettu olevan yhteys myös vaihdevuosisoireiden kokemiseen ja siihen, millaista tietoa naisilla tosiasiallisesti on hormonikorvaushoidosta. Delanoë ym. (2012) toteavat tutkimuksessaan, että alemmissa sosiaaliluokissa vakavia oireita raportoidaan yleisemmin. Terveys 2000 -tutkimuksessa havaittiin myös yleisimmän vaihdevuosisoireen eli kuumien aaltojen sekä psykologisten oireiden olevan yleisemmin koettuja lyhyemmän koulutusuran naisilla. Toisaalta kuitenkin korkeammin koulutetut naiset ovat todennäköisempiä hormonikorvaushoidon käytön aloittajia kuin matalamman koulutustason naiset. (Delanoë ym., 2012; Topo, Luoto, Hemminki & Uutela, 1999.)

Tässä tutkielmassa selvitetään 49-vuotiaiden naisten hormonikorvaushoidon käyttöä ja itsearvioitua rintasyöpäriskiä. Tutkimuksia, jotka kohdistuisivat premenopausaalisiiin naisiin tai niihin, joiden vaihdevuodet ovat vasta aluillaan, ei ole paljon. Valtaosa tutkimuksista käsittelee postmenopausaalisten naisten käyttökokemuksia ja hormonikorvausvalmisteiden mahdollisia jälkivaikutuksia. Hormonikorvaushoitoa on kuitenkin toteutettu jo yli 60 vuotta (Lyytinen ym., 2009), minkä uskoisi antavan myös ajallista perspektiiviä vaihdevuositutkimukselle. Tulevien hormonivalmisteiden käyttötrendien arvioimiseksi olisi tärkeää tutkia myös vaihdevuosi-ikää nuorempien käsityksiä oireista, hoidoista ja yhteydestä rintasyöpäriskiin. Niissä tutkimuksissa, joita aiheesta on tehty, on todettu, että yleisesti ottaen naisten tieto vaihdevuosien hormonikorvaushoidosta on yhä varsin rajallista (Donati ym., 2009; Lindh-Åstrand, Brynhildsen, Hoffmann, Kjellgren & Hammar, 2007). Tästä voisi päätellä, että mahdollisesti naisten, joiden vaihdevuodet eivät ole vielä alkaneet, tietomäärä olisi vieläkin vähäisempää. Rintasyövän yleistyessä on yhä tärkeämpää korostaa yksilöiden henkilökohtaisten valintojen ja terveyskäyttäytymisen tärkeyttä ennaltaehkäisyssä.

Rintasyövän ja hormonihoidon yhteyksien tutkiminen ja arviointi on myös kansanterveydellisesti tärkeää rintasyövän yleisyyden sekä hormonihoidon kaiken kaikkiaan korkeiden käyttömäärien vuoksi (Bush, Whiteman & Flaws, 2001). Yhteiskunnallisesti merkitystä on myös syöpien aiheuttamilla kustannuksilla, joita voivat olla terveydenhoitokustannukset ja potilaille aiheutuvat rahalliset kustannukset, psykososiaalisia kusan-

nuksia unohtamatta (Mäklin & Rissanen, 2006). Psykososiaalisia kustannuksia voidaan ajatella olevan myös vaihdevuosilla, mikäli vaihdevuosioireet haittaavat jokapäiväistä elämää. Molemmissa tapauksissa kustannuksia ovat esimerkiksi elämänlaadun heikkeneminen, kipu ja psyykkiset ongelmat, kuten ahdistus. Syöpien osalta terveydenhoito- ja tuottavuuskustannusten on arvioitu kasvavan nopeaa vauhtia seuraavien vuosien aikana. Tärkein syy kustannusten nousuun on syöpien esiintyvyyden kasvu, minkä pääasiallinen aiheuttaja on väestön ikääntyminen. (Mäklin & Rissanen, 2006.) Tämän vuoksi riskitekkijöiden entistä tehokkaampi tunnistaminen, ennaltaehkäisevät terveystyökalut ja muun muassa sosioekonomisen aseman luomat terveyserot ovat tärkeitä tutkimuksen kohteita.

2 Rintasyöpä

2.1 Rintasyöpätyypit, yleisyys ja ilmaantuvuus

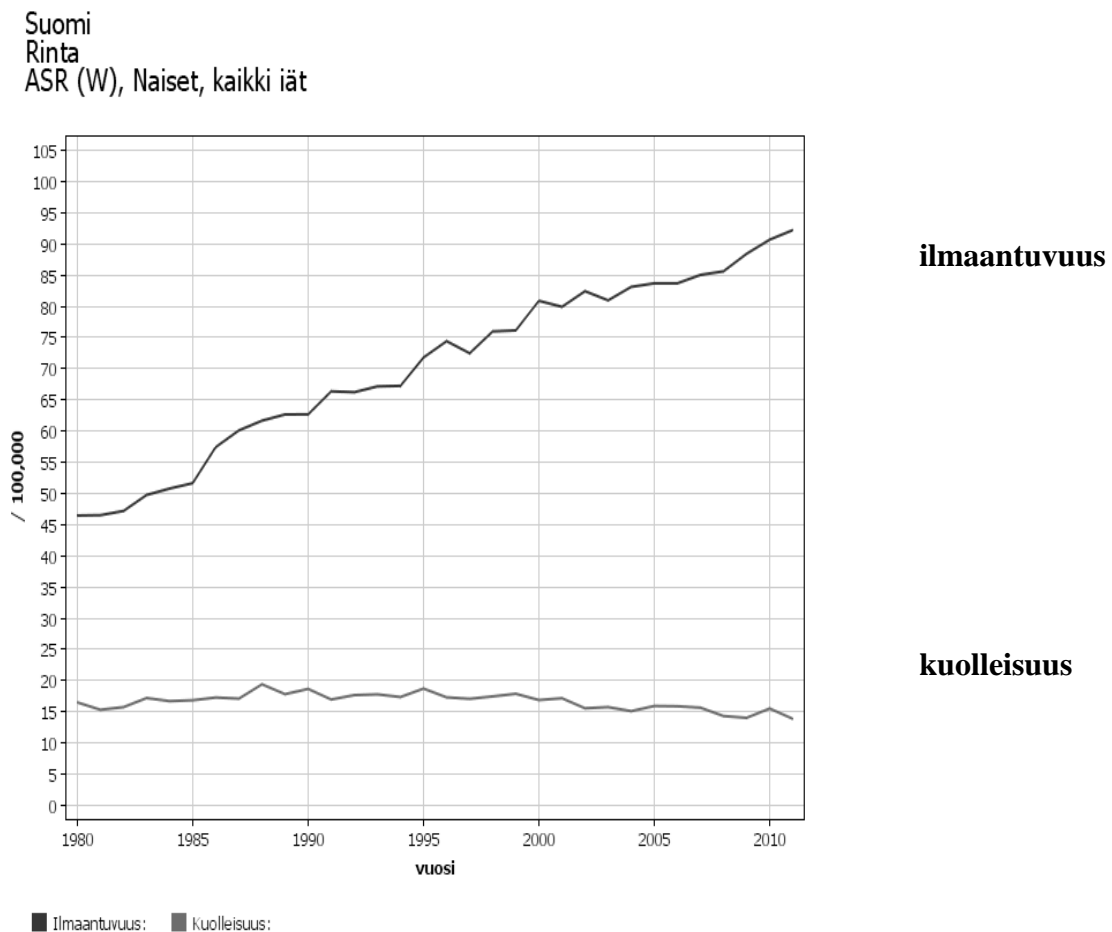
Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä sekä maailmalla että Suomessa. Vuonna 2002 todettiin lähes 640 000 uutta rintasyöpätapausta länsimaissa ja vastaavasti noin 520 000 uutta tapausta kehitysmaissa. Rintasyöpä on myös naisten yleisin kuolinsyy maailmanlaajuisesti. Rintasyövän yleistyminen johtuu väestön ikärakenteen muutoksesta, pitenevästä eliniänodotteesta, kaupungistumisesta sekä länsimaisten elintapojen vakiintumisesta maailmanlaajuisesti. (IARC, 2008.) Suomen Syöpärekisterin mukaan rintasyöpä yleistyy ikäluokittain huomattavasti aina yli 45-vuotiaista lähtien ja rintasyöpäpotilaiden keski-ikä sairauden toteamishetkellä on noin 60 vuotta. Rintasyöpään sairastuu vuosittain myös noin 15 miestä. (www.cancer.fi)

Rintasyöpätyyppejä on erilaisia. Duktaalinen karsinooma alkaa maitotiehyistä ja se on tyypeistä yleisin noin 70 %:n osuudella kaikista rintasyövistä. Toinen yleinen rintasyöpätyyppi on lobulaarinen rintasyöpä, joka on peräisin rintarauhasen lohkoista. In situ –muotoa, jossa pahanlaatuisia soluja ei vielä ole syvällä rintarauhaskudoksessa, kutsutaan tiehytlähtöisenä duktaaliseksi in situ – karsinoomaksi. Sen ennuste on yleensä hyvä, eikä se lähetä metastaaseja muualle kehoon. Sen sijaan rintarauhasen lohkoista peräisin oleva lobulaarinen in situ – muoto ei ole varsinainen syöpä, vaan sen riskitekijä. Myös muita rintasyövän kudostyyppejä on, mutta ne ovat harvinaisia. (Disaia & Creasman, 2012; Ness & Kuller, 1999.)

Tavallisin rintasyövän oire on rinnassa tuntuva kyhmy. Muita tyypillisiä oireita voivat olla kirkas tai verinen erite nännistä, ihomuutokset sekä punoitus ja turvotus. Usein rintasyöpä on kivuton ja siksi monissa tapauksissa rintasyöpä todetaan mammografiatutkimuksissa, joihin on hakeuduttu seulontaikäisenä rutiininomaisesti. Rintasyöpä voi lähettää myös etäpesäkkeitä muualle elimistöön, tyypillisesti luustoon. Myös metastasit voivat aiheuttaa oireita, kuten hengitystieoireita sekä tyypillisesti kipua tuki- ja liikuntaelimistössä sekä hermostossa. (Ylikorkala & Tapanainen, 2011.)

Rintasyöpä on yleistynyt jatkuvasti kaikissa pohjoismaissa. Kuviossa 1 on esitetty rintasyövän ilmaantuvuuden eli uusien tapausten määrän sekä rintasyöpäkuolleisuuden ajallisia muutoksia. Viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana rintasyövän ikävakioituneen ilmaantuvuuden kasvu kaiken ikäisten naisten keskuudessa on ollut huomattavaa.

Rintasyöpäkuolleisuus on laskenut maltillisemmin. (Engholm ym., 2013.) Suomessa noin kolmannes tapausmäärien suurenemisesta johtuu keski-ikäisten ja vanhojen naisten määrän suurenemisesta väestössä sekä kaksi kolmannesta ilmaantuvuuden suurenemisestä. (www.cancer.fi) Ilmaantuvuuden muutokseen vaikuttaa vaaratekijöiden vaikutuksen voimistuminen, mutta suuri merkitys on myös vuonna 1987 aloitetulla maanlaajuisella mammografiaseulonnalla. (Anttila, Sarkeala, Hakulinen & Heinävaara, 2008.)



NORDCAN © Association of the Nordic Cancer Registries (28.8.2013)

Kuvio 1. Rintasyövän ikävakioitu ilmaantuvuus ja rintasyöpäkuolleisuus 1980–2011 Suomessa. (Engholm ym., 2013.) Ylempi viiva osoittaa ilmaantuvuuden muutokset viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana, alemman viivan osoittaessa rintasyöpäkuolleisuuden muutokset vastaavana ajankohtana.

Seulonnassa terveydelle haitallista ominaisuutta etsitään järjestelmällisesti koko väestöstä. Tavoitteena on taudin havaitseminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jolloin ennuste on yleensä parempi. Syöpäseulonnoilla pyritään vähentämään syöpätaudeista aiheutuvaa kuolleisuutta. Rintasyöpäseulonnat toteutetaan mammografiatestillä eli rintojen röntgentutkimuksella. Täydentäviä tutkimuksia ovat kaikututkimus ja neulanäytetutkimus sekä biopsia. Seulonta aikaistaa diagnoosia, mutta toisaalta tuo myös esiin kudosuutoksia, jotka eivät hoitamattominaan välttämättä leviäisi ja kehittyisi syövän tavoin. (Pukkala, Sankila & Rautalahti, 2011.) Mammografiatutkimukset ovat tehokkain sekundaariprevention keino rintasyöpäkuolemien vähentämisessä ja riskitapausten seurannassa (Cardoso ym., 2012 ; Haber ym., 2012.).

Suomessa syöpäseulontojen järjestäminen on kuntien vastuulla. Rintasyöpäseulonnat aloitettiin valtakunnallisesti Suomessa vuonna 1987, ensimmäisinä koko maailmassa. Suomessa on valtioneuvoston seulonta-asetuksella (1339/2006) määrätty, että rintasyöpäseulonnat tulee järjestää 50–59 -vuotiaille naisille noin kahden vuoden välein. Vuonna 2007 syöpäseulontavelvoitetta laajennettiin siten, että myös yli 60-vuotiaille naisille seulontoja tulee tänä päivänä jatkaa vuoden 1947 jälkeen syntyneille naisille. Suomessa tapahtuvan rintasyöpäseulonnan on arvioitu olevan tehokasta ja kohdeikäluokan laajentamisen uskotaan vähentävän ikääntyvien rintasyöpäkuolleisuutta. (Pukkala ym., 2011; Sarkeala, 2008.)

Keskimäärin seulontoihin Suomessa osallistuu noin 90 prosenttia kutsutuista, mikä näkyy myös korkeana rintasyövän ilmaantuvuutena. Seulontojen vaikuttavuus on hyvä, sillä niiden on osoitettu vähentävän arviolta neljänneksen 50–59 -vuotiaiden naisten rintasyöpäkuolleisuutta. (Pukkala ym., 2011; Sarkeala, 2008.) Anttilan ym. (2008) mukaan mammografiaseulontojen on todettu vähentäneen rintasyöpäkuolleisuutta aina 1990-luvun puolivälistä lähtien. Vaikka seulonnat aloitettiin 1980-luvun lopulla, on niiden vaikutus ollut nähtävissä vasta tarkasteltaessa tunnuslukuja useampi vuosi ohjelman aloittamisen jälkeen. (Anttila ym., 2008.)

Rintasyövän ennuste kertoo syövän uusiutumisen tilastollisen todennäköisyyden. Yksilöllinen uusiutumisen todennäköisyys riippuu kuitenkin useasta tekijästä, kuten kasvaimen koosta ja kudoksen tyypistä, hormonireseptoreista sekä potilaan iästä. Koska hoitomenetelmät ovat kehittyneet huomasti ja syöpä kyetään tunnistamaan yhä varhaisemmassa vaiheessa, myös rintasyövän ennuste on parantunut viime vuosikymmenien aika-

na. Tämän hetkisen arvion mukaan noin 89 % rintasyöpäpotilaista on elossa viiden vuoden kuluttua rintasyövän toteamishetkestä. (www.cancer.fi)

Rintasyövän hoito suunnitellaan aina yksilöllisesti ja se koostuu usein useamman eri hoitomuodon yhdistämisestä. Monissa tapauksissa eri hoitomuotoja joudutaan kokeilemaan ennen kuin yksilölle sopiva yhdistelmä löytyy. Tämä johtuu muun muassa sivuvaikutuksista ja vasteesta, jonka hoito syöpäkasvaimessa aiheuttaa. Aloitettaessa hoidon suunnittelua tehdään syöpäkudoksen estrogeeni- ja progesteronimääritykset ja arvioidaan syövän etenemisvaihe. Tyypillisiä hoitomuotoja ovat leikkaus, säde- ja hormonihoito sekä kemoterapia. Paikallisen rintasyövän ensisijainen hoito on leikkaus. Hormonireseptoripositivisilla potilailla myös säästävä leikkaus on mahdollinen. (NCI, 2012)

2.2 Riskitekijät ja suojaavat tekijät

Rintasyöpä on monitekijäinen sairaus, jonka syntyyn ja kehitykseen vaikuttavat niin ympäristö- kuin perintötekijätkin. Rintasyöpään sairastumiseen vaikuttavat sekä riskiä kasvattavasti että pienentävästi hormonaaliset tekijät, synnyttäneisyys sekä elämäntavat. Rintasyövän riskitekijöitä on myös luokiteltu eri tavoin ja muun muassa Weir, Day ja Ali (2007) toteuttivat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, jossa riskitekijät luokiteltiin voimakkuuden mukaan. Korkean riskin riskitekijöiksi luokiteltiin epätavallisen tiivis rintarauhaskudos sekä aiemmin sairastettu rintasyöpä. Vaihtelevan riskin luokkaan kuuluivat hormonikorvaushoito, synnyttämättömyys, menopaussin jälkeinen liikalihavuus sekä hormonaalisten ehkäisyvalmisteiden käyttö. Vähäisen vaikutuksen luokkaan sijoitui runsas alkoholin kulutus. Näiden lisäksi vaikutus, jota tässä katsauksessa kuvailtiin vaikeasti määriteltäväksi, oli aikainen menarke. (Weir ym., 2007.) McPhersonin, Steelin ja Dixonin (2000) katsauksessa on mainittu samoja riskitekijöitä ja sen mukaan myös ikä ja sosioekonominen asema ovat rintasyövän riskitekijöitä. (McPherson ym., 2000.)

Hinkula (2006) paneutui väitöskirjatutkimuksessaan hormonaalisten tekijöiden vaikutukseen naisten syöpiin. Tutkimuksen tulokset olivat linjassa Weirin (2007) ja McPhersonin ym. (2000) aiempien tutkimuksien kanssa, sillä hormonaalisiksi rintasyövän riskitekijöiksi todettiin korkea vaihdevuosi-ikä sekä synnyttämättömyys. Hinkulan (2006)

tutkimuksessa tosin todettiin aikaisin alkaneiden kuukautisten yksiselitteisesti olevan rintasyövän riskitekijä, kun Weirin ym. (2007) mukaan sen merkitys oli vaikea määrittää. Tutkimustieto osoittaa siis, että rintasyöpä on hormonaalisin tekijöihin sidonnainen syöpä. Tämä selittyy sillä, että munasarjoista syklisesti erittyvät naishormonit, estrogeeni ja progestiini, aiheuttavat pitoisuuksillaan kehossa eri vasteita. Nämä hormonit vaikuttavat normaaleihin solun toimintoihin, kuten solun jakautumiseen, millä on merkitys-tä sekä syövän aikaisissa että myöhäisissä vaiheissa. (Hinkula, 2006.)

Naishormonien pitoisuudet kehossa vaihtelevat luonnollisesti naisen elämänkaaren aikana. Synnyttämättömyyden ollessa rintasyövän riskitekijä, vastaavasti jo yksikin täysi-aikainen raskaus toimii rintasyövältä suojaavana tekijänä. Erityisesti kuitenkin moni-synnyttäneisyydellä on merkittävä suojaava vaikutus. (Hinkula, 2006.) Hinkulan (2006) väitöskirjassa esitetäänkin, että suojaava vaikutus kasvaa aina kahdeksanteen raskauteen asti, minkä jälkeen vaikutus säilyy suunnilleen samalla tasolla. Suojaava vaikutus on todettu myös sillä, jos ensisynnytys tapahtuu nuorella iällä. (Hinkula, 2006.)

Lääkeaineina käytettyjen naishormonien vaikutuksia rintasyöpäriskiin on tutkittu paljon. Vaihdevuosien hormonikorvaushoidon on todettu kasvattavan sairastumisriskiä, etenkin jos hoito on jatkunut yhtäjaksoisesti yli viisi vuotta (mm. Ewertz ym., 2005; Lyytinen ym., 2009; Tjønneland ym., 2004; McPherson ym., 2000). Myös pitkäaikaiseen ehkäisytablettien käyttöön on joissain tutkimuksissa arveltu liittyvän kohonnut sairastumis-riski, mutta siitä ei ole yksiselitteistä tutkimusnäyttöä (Hinkula, 2006; McPherson ym., 2000.) Postmenopausaalisilla naisilla veren suuri estrogeenipitoisuus sekä lihavuus lisäävät riskiä, kun taas premenopausaalisilla naisilla riskiä lisää veren suuri IGF-1 (in-sulin growth factor-1) pitoisuus. Myös vähäinen fyysinen aktiivisuus on rintasyövän riskitekijä. (Danaei, Van der Hoorn, Lopez & Murray, 2005.) Alkoholin runsas käyttö sekä tupakointi lisäävät myös rintasyöpävaaraa, kuten myös nuorella iällä rinnan alueel-le annettu sädehoito. Nämä tekijät lisäävät rintasyövän vaaraa tilastollisesti, mutta yksi-lökohtaisesti riskin kasvu voi vaihdella suurestikin. (McPherson ym., 2000.)

Useissa tutkimuksissa liikunnan harrastaminen ja runsaasti vihanneksia sisältävän ruo-kavalion noudattaminen on esitetty suojaavana tekijänä. Erityisesti ravintoon liittyvä näyttö on kuitenkin yhä kiistanalaista. Osa tutkimuksista puoltaa väitettä, että runsaasti hedelmiä ja vihanneksia sisältävän ruokavalion on osoitettu pienentävän riskiä sairastua rintasyöpään, koska näiden tekijöiden on esitetty vaikuttavan myös naisen normaaliin

hormonitoimintaan. (Ness & Kuller, 1999.) Kuitenkin osa tutkimuksista esittää, ettei ainakaan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ole voitu osoittaa (van Gils ym., 2005).

Taulukkoon 1 on koottu rintasyövän riskitekijöitä ja suojaavia tekijöitä. Vahvan näytön riskitekijöitä tunnetaan huomattavasti enemmän kuin suojaavia tekijöitä, joissa painotuu erityisesti hormonaaliset tekijät. Myös elintavoilla voidaan uskoa olevan merkitystä sekä riskiä kasvattavana että suojaavana vaikuttimena, mutta kysymys voi olla myös vain yhteisvaikutuksesta varsinaisten riskitekijöiden kanssa.

TAULUKKO 1. Rintasyövän riskitekijät ja suojaavat tekijät

Riskitekijät	Suojaavat tekijät
Hormonaaliset tekijät <ul style="list-style-type: none"> • Aikainen menarke • Korkea vaihdevuosi-ikä • Synnyttämättömyys • Hormonikorvaushoito 	Hormonaaliset tekijät <ul style="list-style-type: none"> • Täysiaikainen raskaus • Monisyntyneisyys • Ensisynnytys nuorella iällä
Fyysiset ominaisuudet ja geneettiset tekijät <ul style="list-style-type: none"> • Perinnöllinen altiste, BRCA1/2 • Ikä (korkea) • Epätavallisen tiivis rintarauhaskudos 	Elintavat <ul style="list-style-type: none"> • Fyysinen aktiivisuus
Elintavat <ul style="list-style-type: none"> • Vähäinen fyysinen aktiivisuus • Postmenopausaalinen liikalihavuus • Runsas alkoholin käyttö 	
Muut <ul style="list-style-type: none"> • Aiemmin sairastettu rintasyöpä • Nuorella iällä rinnan alueelle annettu sädehoito • Sosioekonominen asema 	

(Lähteet: mm. Danaei ym., 2005; Disaia & Creasman, 2012; Hinkula, 2006; Lyytinen, 2009; McPherson ym., 2000; Ness & Kuller, 1999; Weir, 2007)

2.3 Rintasyövän perinnöllisyys

Riski sairastua rintasyöpään jossakin elämänvaiheessa on jokaisella naisella noin 10 %:n luokkaa. Perinnöllisen, korkean riskin syöpäalttiuden on arvioitu liittyvän noin 5–10 %:iin rintasyöpätapauksista (Noruzinia ym., 2005; www.cancer.fi). Muun muassa Haberin ym. (2012) artikkelissa perinnöllisten rintasyöpien arvellaan kattavan peräti 15–20 % kaikista rintasyöpätapauksista. Käytännössä kuitenkin 80–85 % rintasyöivistä kehittyvät naisille, joiden suvussa ei ole esiintynyt rintasyöpää. (Haber ym., 2012.)

Väestötasolla korkean riskin alttiuseenit aiheuttavat siis vain pienen osan rintasyöivistä. Rintasyövälle altistavista korkean riskin geneeistä tunnetuimpia ovat BRCA1/2 sekä p53. Nämä geenit selittävät syöpäalttiuden noin 25 %:ssa suomalaisista rintasyöpäsuvuista. Tästä voidaan päätellä, että valtaosa korkean riskin rintasyöpäalttiudesta johtuu toistaiseksi tuntemattomista geneeistä ja matalan riskin alttiuseeneistä. Näistä esimerkkinä käy CHEK2 -geeni, jonka kantajia suomalaisessa väestössä arvioidaan olevan 1–2 %, mutta josta geenitestauksia ei tehdä läheskään yhtä herkästi kuin BRCA1/2-geeneistä. (Aula, Kääriäinen, Palotie & Aittomäki, 2006; Eerola ym., 2001.) Geenimutaation kantaja ei välttämättä myöskään sairastu, vaikka mutaatio periytyisikin vallitsevana. BRCA1/2-geenien mutaatioiden kantajista hyvin vaihteleva määrä, noin 16–55 %, eivät sairastu rintasyöpään epätäydellisen penetranssin eli läpäisevyyden takia. (Noruzinia ym., 2005.)

Rintasyövän perinnöllisyyttä on vaikea arvioida ilman geenitestausta, sillä ympäristö- ja elämäntapatekijöillä on merkittävä vaikutus rintasyövän kehittymisessä. Perinnöllisten tekijöiden vaikutus voi myös heiketä tai voimistua ympäristötekijöiden vaikutuksesta. Klassisilla kaksostutkimuksilla on pyritty selvittämään juuri perinnöllisten tekijöiden ja ympäristön yhteysvaikutuksia sekä eri tekijöiden voimakkuuksia suhteessa toisiinsa. Perustavanlaatuisen johtopäätös näistä tutkimuksista on se, että usea syöpätyyppi todella on perinnöllinen. Pohjoismaisessa kaksostutkimuksessa on arvioitu perinnöllisten syöpien riskiä ja rintasyövän osalta toisen kaksosen sairastama rintasyöpä kasvatti toisen riskiä sairastua samaan syöpään merkittävästi. Tämä viittaa geneettiseen altisteen voimakkaaseen vaikutukseen syövän synnyssä. (Lichtenstein ym., 2000.)

Perinnöllisen syövän syntymekanismien ymmärtämisen ja tunnistuskeinojen kehittyessä perinnöllisyysklinikoiden kysyntä on kasvanut. Syövän perinnöllisyyttä määrittäessä

käytetään tiettyjä kriteereitä, jotka voivat vaihdella maittain, mutta pääpiirteittäin ovat hyvin samanlaiset. Suomalaisessa perinnöllisyyslääketieteen kirjallisuudessa on esitetty niin kutsutut Lundin kriteerit (Aula ym., 2006). Taulukossa 2 on esitetty mukailtu kriteeristö korkean rintasyöpäriskin naisten tunnistamiseen. Suvussa esiintyneet syöpätapaukset varmistetaan sairauskertomuksista. Sukuselvitys ei kuitenkaan metodina ole aukoton. Sukuselvityksen lisäksi myös tarkemmat tiedot sairastuneiden syöpätyypistä, diagnoosi-ikästä ja toteutetusta hoidosta selvitetään mahdollisimman luotettavan riskiarvion toteuttamiseksi. Näiden tietojen pohjalta voidaan periytyvän syövän alttiuden riskiä arvioida suvussa, ja edelleen yksilön kohdalla. Eri syöpätyypeille kriteerit vaihtelevat syövän ominaispiirteiden mukaan. (Henriksson, Olsson & Kristoffersson, 2004.)

TAULUKKO 2. Kriteerit korkean rintasyöpäriskin naisten tunnistamiseen perinnöllisen alttiuden perusteella

Kriteerit

- **3 rinta- tai munasarjasyöpätapausta ensimmäisen asteen sukulaisilla, joista yksi alle 50-vuotiaana**

TAI

- **2 rinta- tai munasarjasyöpätapausta ensimmäisen asteen sukulaisilla, joista yksi alle 40-vuotiaana**

TAI

- **Rinta- tai munasarjasyöpä todettu alle 30-vuotiaana**
- **Rintasyöpä miehellä**

(Muotoiltu mm. Aula ym., 2006; Henriksson ym., 2004; McPherson ym., 2000 mukaan)

3 Vaihdevuodet ja hormonikorvaushoito

3.1 Vaihdevuosien määrittely ja vaihdevuosisoireet

Menopausi tarkoittaa naisen viimeisiä kuukautisia, joita on edeltänyt vähintään vuoden kestävä epäsäännöllistyvän kuukautiskierron jakso. Vaihdevuodet (klimakterium) tarkoittavat menopausia edeltävää ja sen jälkeistä ajanjaksoa. Tämä ajanjakso on väistämätön osa naisen elämänsä ja näin ollen luonnollinen siirtymäaika. Lääketieteen kehittyttyä myös vaihdevuosien aiheuttamiin oireisiin on kehitetty hoitokeinoja, ajanjakson luonnollisuudesta huolimatta. (Edmonds, 2011.) Vaihdevuosien medikalisaatio alkoi 1900-luvulla ilmiön määrittelemisestä lääketieteellisin termein. Ensimmäisten määritelmien mukaan vaihdevuodet olivat fysiologinen kriisi, joka kehittyi sairaustilaksi tiettyjen olosuhteiden vallitessa. Naisen siirtyminen hänelle asetetun sosiaalisen roolin ulkopuolelle koettiin ongelmallisimpana. Oireiden ehkäisyyn kuului liiallisen koulutuksen, muodikkouden tai seksuaalisuuden välttäminen ja toisaalta aviomiehen ja lapsien perusteellinen huolenpito ja hoiva. (Bell, 1990.)

Vasta 1930 - ja 1940 -luvulla alettiin puhua vaihdevuosien ja siihen liittyvien oireiden johtuvan hormonaalisista muutoksista. Vaihdevuosien käsitteellistäminen lääketieteellisen terminologian avulla oli ensiehtona sille, että tila voitiin asettaa lääketieteellisen profession ongelmaksi. Näin sitä voitiin kutsua sairaudeksi, ja sitä vastaan voitiin toteuttaa jotakin hoitoa. Vain muutaman vuosikymmenen aikana tapahtuikin huima kehitys vaihdevuosien diagnosoinnissa ja hoidossa. Esimerkiksi Yhdysvalloissa estrogeenista oli tullut viidenneksi määrätty lääke vuoteen 1975 mennessä. Sitten hormonihoidon käytössä on tapahtunut ajoittain rajujakin laskuja, kuten 2000-luvun alussa. Tätä ilmiötä ei voida kutsua kuitenkaan demedikalisaatioksi, sillä sen edellytyksenä on se, ettei kyseistä tilaa voida enää määrittellä lääketieteellisin termein ja näin kutsua sairaudeksi. (Bell, 1990.) Nykykäsitys vaihdevuosista nojaa yhä voimakkaammin lääketieteen määritelmiin. Vaikka naiset yhä suhtautuvat vaihdevuosiin ja menopausiin luonnollisena ilmiönä, haetaan oireisiin helpotusta lääkärin vastaanotolta. (Donati ym., 2009.)

Biologisena ilmiönä vaihdevuodet perustuvat kehon hormonaalisiin muutoksiin. Vaihdevuosien hormonaaliset muutokset tapahtuvat vähitellen ja siksi myös oireet voivat esiintyä pitkälläkin aikavälillä voimakkuudeltaan ja luonteeltaan hyvin erilaisina. Vaihdevuosien aikana munasarjojen toiminta muuttuu ensin heikentyen ja lopulta sammuen.

Menopausi ajoittuu keskimäärin 50–52:n ikävuoden tienoille, mutta yksilöllistä vaihtelua voi olla runsaastikin. Keskimääräinen menopausi-ikä kulkee myös suvuittain. Menopausi voi varhentua muun muassa munasarjojen poiston, sädehoidon tai joidenkin vaikeiden yleissairauksien takia. Myös tupakoinnin on todettu varhentavan menopausia ja kohdunpoisto itsessään aiheuttaa niin kutsutun kirurgisen menopausin. (Ness & Kuller, 1999.)

Vaihdevuotia edeltävät hormonaaliset muutokset voivat alkaa jo useamman vuoden ennen menopausia, yleensä noin 4–5 vuotta aiemmin. Hypotalamuksen, aivolisäkkeen ja munasarjojen toiminta alkaa heiketä sekä ovulaatiot harventua noin 40:n vuoden iässä. Ennen menopausia hedelmällisen iän pääasiallisen estrogeenin, estradiolin, pitoisuus pienenee, mikä käynnistää fysiologisen negatiivisen palautevaikutuksen. Sen seurauksena on follikkeleita stimuloivan hormonin (FSH) sekä luteinisoivan hormonin (LH) pitoisuuksien suureneminen. Kun estradiolin tuotto on vähentynyt merkittävästi, se ei enää pysty kasvattamaan kohdun limakalvoa ja kuukautiset loppuvat. FSH:n erityksien alku kasvaa jo noin kymmenen vuotta ennen menopausia ja sen erityksien huipussa pari vuotta menopausin jälkeen. Sekä FSH:n että LH:n erityksien nousu on sykäyksittäistä menopausin jälkeisinä vuosina. (Edmonds, 2011; Ness & Kuller, 1999.)

Vaihdevuotioireet alkavat yleensä samoihin aikoihin, kun kuukautiskierto epäsäännöllistyy tai loppuu. Oireet voivat olla sekä psyykkisiä että fyysisiä oireita. Arviolta 85 %:lla naisista oireet alkavat ensimmäisen vuoden aikana kuukautisten spontaanista päättymisestä. Merkittävin vaikutus vaihdevuotioireilla on elämänlaatuun. Noin puolet suomalaisista 52–56-vuotiaista naisista kärsii kohtalaisista tai vakavista vaihdevuotioireista ja vain noin viisi prosenttia heistä on oireettomia. (Jalava-Broman ym., 2008.) Vaihdevuotioireet ovat hyvin yksilöllisiä ja riippuvat naisen normaalista aineenvaihdunnasta ja kehonkoostumuksesta. Tyypillisesti naisilla, joilla on matala painoindeksi vaihdevuotioireet ovat voimakkaampia kuin niillä naisilla, joilla painoindeksi on korkea. (Ness & Kuller, 1999.) Rasvakudos tuottaa myös estrogeenia, joka voi ylipainoisilla naisilla lievittää munasarjojen toiminnan heikkenemisestä johtuvaa estrogeenipitoisuuksien laskua (Edmonds, 2011.) Kehon korkean rasvaprosentin on osoitettu olevan myös suojaava tekijä postmenopausaalisen osteoporoosin kehittymisen suhteen (Ness & Kuller, 1999). Osteoporoosi eli luun tiheyden pieneneminen onkin vaihdevuosien yksi tärkeimmistä pitkäkestoisista vaikutuksista, ja altistaa muun muassa luun murtumille (Edmonds, 2011).

Greenblum, Rowe, Felber & Greenblum (2013) toteuttivat poikkileikkaustutkimuksen, jossa tutkittiin 45–60-vuotiaiden naisten kokemia vaihdevuosisoireita. Jopa 80 % naisista kärsi jostakin oireesta siten, että se heikensi elämänlaatua. Valtaosa, noin 95 % näistä naisista kärsi useammasta kuin yhdestä ja 60 % kärsi vähintään kolmesta eri oireesta. Yleisin oire oli kuumat aallot, joita koki yli 70 % naisista. Väsymys, nukkumisvaikeudet, ahdistus sekä painonnousu ja limakalvojen kuivuus nousivat esiin noin puolella vastaajista. Myös liki kolmannes vastaajista kärsi virtsanpidätyskyvyn heikkenemisestä. Merkittävin vaikutus elämänlaatuun oli uniongelmilla, väsymyksellä, ahdistuksella ja limakalvojen kuivumisella. Naisten fyysisten ja psyykkisten oireiden esiintyminen saattoi olla myös limittäistä ja esimerkiksi väsymys saattoi olla seurausta uniongelmistä ja ahdistus kuumien aaltojen aiheuttamasta epämukavasta olostä. Varsinaista syy-seuraussuhdetta oli kuitenkin vaikea yksiselitteisesti määrittää. (Greenblum ym., 2013.) Donatin ym. (2009) tutkimuksessa vaihdevuosisoireita kokeneet naiset ilmoittivat yleisimmän kuumat aallot (83 %), painon nousun, hikoilun, ärtyneisyyden sekä lihaskipujen ollessa myös hyvin yleisiä (43–52 %) (Donati ym., 2009).

3.2 Hormonikorvaushoito

3.2.1 Hoidon toteutus

Vaihdevuosisoireiden hoito tapahtuu useimmiten hormonikorvaushoidolla, jonka välitön hyöty on oireiden lievittyminen. Oireiden lieventyminen saavutetaan estrogeenihoidolla, mutta naiset, joilla on yhä kohtu tallella, joutuvat käyttämään myös progestiinia. Progestiinia tarvitaan kohdun limakalvon paksuuntumiseen ja syöpäriskin minimoimiseen. (Tiihonen, 2012; Tiitinen, 2009.) Terveys 2011 tutkimuksen mukaan yli kolmasosalta suomalaisista 65–69-vuotiaista naisista kohtu oli poistettu, joten progestiinin käyttö osana vaihdevuosisoireiden hoitoa on yleistä (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma, 2012).

Estrogeenihoitoa voidaan toteuttaa usealla tavalla. Estrogeeni voidaan annostella tablettina suun kautta jatkuvana tai syklisesti. Annostelu voidaan toteuttaa myös ihon kautta laastarin tai geelin muodossa sekä vaginaalisesti tablettina tai puikkona. Implantti- tai injektio- tai muotoista estrogeenivalmistetta ei Suomessa toistaiseksi ole vielä käytössä. Estrogeenin annostelutapa valitaan naisen omien toivomusten ja käyttömukavuuden perusteella, mikäli terveydentila ei aseta erityisiä vaatimuksia tai esteitä eri hoitomuodoille.

Annos räätälöidään myös yksilöllisesti ja sitä muokataan herkästi, etenkin, jos hoidosta aiheutuu sivuoireita. (Tiihonen, 2012; Tiitinen, 2009.)

Tablettihoito on yleisin ja halvin estrogeenihoitomuoto (Tiitinen, 2009). Valtaosa (90 %) suun kautta otetusta estradiolista muuttuu estroniksi joko suolen limakalvolla tai maksassa. Tablettihoitoa on perinteisesti suositeltu potilaalle, jolla on suuri kokonais- tai LDL-kolesterolipitoisuus (low density lipoprotein) tai pieni HDL-kolesterolipitoisuus (high density lipoprotein). Ihon kautta otettuna estrogeeni imeytyy suoraan verenkiertoon ja iho toimiikin lääkevarastona ja imeytymisen säätelijänä. Etuna hoidon tapahtuessa ihon kautta on se, että vältetään lääkeaineen ensikierto maksassa. Toisaalta myös käytettävät hormoniannokset ovat pienempiä, mikä on aina tavoitteellista lääkehoidossa. Tällöin estrogeenin vaikutus maksan hyyytymistekijöiden muodostumiseen on pienempi ja trombiriski vähäisempi. Erityisesti maksasairauksista kärsivän potilaan tulee välttää tablettihoitoa, sillä monet suolisto- ja maksatekijät voivat vaikuttaa lääkeaineiden metaboliaan. Myös muut lääkitykset ja tupakointi voivat olla perusteluna ihon kautta lääkitsemiselle. (Tiitinen, 2009.)

Kuten estrogeenihoitossa, myös progestiinin käytössä on huomioitava sivuoireiden minimointi. Progestiiniainvalmisteita on erilaisia, ja valmistetta valittaessa pyritään kohdun limakalvon hyvään suojaamiseen niin, että käytöstä aiheutuu mahdollisimman vähän systeemisiä vaikutuksia. Progestiineja on sekä synteettisiä tai luonnollisia. Synteettiset valmisteet imeytyvät hyvin suolistosta ja ovat stabiilimpia, mutta luonnolliset progestiinit metaboloituvat maksakerrossa synteettisiä nopeammin. Pitkäaikaisessa hoidossa tavoitteena on, että hoidon aikana ei ilmenisi vuotoja. (Tiihonen, 2012.)

Hyviä ja yleisiä vaihtoehtoja hoidon toteuttamiselle ovat pelkän progestiinin annostelu kohdun sisäisesti hormonikerukalla tai yhdistetyn estrogeeni-progestiinihoidon jatkuva käyttö. Yhdistelmähoito sopii parhaiten naisille, joilla vaihdevuodet ovat kestäneet vähintään vuoden. Yhdistelmähoitoon hyvä puoli on se, että progestiinin vuorokausiannosta voidaan tarvittaessa pienentää, mikä vähentää mahdollisia sivuoireita. (Tiihonen, 2012; Tiitinen, 2009.) Rintasyövän sairastaneelle estrogeenin ja progesteronin käyttöä suositellaan vain poikkeustapauksissa ja lyhytaikaisesti, koska niiden käyttö suurentaa rintasyövän uusiutumisen vaaraa. Paikallisesti limakalvoilla käytettävät, vain vähän systeemisesti imeytyvät hormonivalmisteet ovat heille turvallisempia. (Tiihonen, 2012; Tiitinen, 2009.)

Vaihtoehtona estrogeenin ja progesteronin käytölle on tiboloni. Se on vaikutuksiltaan samankaltainen kuin estrogeeni, progestiini ja androgeeni. Se myös poistaa vaihdevuosisoireita tehokkaasti ilman kohdun limakalvon paksuuntumista. Myös tibolonin turvallisuutta on tutkittu. Tibolonin vaikutuksista sydän- ja verisuonisairauksiin ei ole vielä merkittävästi tietoa, mutta vanhemmilla naisilla sen on todettu lisäävän aivohalvausriskiä estrogeenin tapaan. Rintasyöpäriskiä tarkasteltaessa tiboloni taas näyttää olevan estrogeeni-progestiini-yhdistelmähoitoa turvallisempi vaihtoehto. Se myös lisää luun tiheyttä vähentäen osteoporoosin riskiä. (Tiihonen, 2012.)

3.3.2 Hormonikorvaushoidon hyödyt ja haittavaikutukset

Hormonikorvaushoidon aiheuttamat haittavaikutukset ovat yhtä yksilöllisiä kuin hoidolla saavutettavat hyödyt ja vastekin. Vakavat haittavaikutukset pyritään aina minimoimaan minkä tahansa lääkkeen osalta. Lääkkeiden tutkimus- ja kehitystyössä arvioidaan lääkeaineen vaikutuksia jatkuvasti ja kehitystyö lopetetaan välittömästi, jos lääkeaineen todetaan voivan aiheuttavan syöpää. Jo myynnissä olevien lääkkeiden osalta painopisteenä on sivuvaikutusten arviointi ja tuotteita vedetään melko herkästi pois markkinoilta. Jos lääkeaineen todetaan aiheuttavan kohonnutta riskiä sairastua syöpään, mutta tuote pysyy markkinoilla, on lääkeaineen hyöty arvioitu huomattavasti suuremmaksi kuin sen mahdolliset haittavaikutukset. (Pukkala ym., 2011.) Taulukkoon 3 on koottu yleisimpiä hormonikorvaushoidon haittavaikutuksia sekä hoidolla saavutettavia hyötyjä. Jos vaihdevuosien erilaisia oireita ja niiden lievittymistä ei luetella erikseen, näyttää hoidolla olevan enemmän negatiivisia vaikutuksia. Tosiasiassa kuitenkin vaihdevuosisoireiden kirjo on varsin laaja ja selkeitä haittavaikutuksia on todettu vähemmän.

Sydän- ja verisuonisairaudet

Hormonikorvaushoidon vaikutuksesta sydän- ja verisuonitauteihin sekä dementiaan on esitetty ristiriitaista tietoa. Marjoribanksin, Farquharin, Robertsin ja Lethabyin (2012) tekemässä cochrane -katsauksessa todettiin, että todisteita hormonihoidon hyödyistä sydän- ja verisuonitautien hoidossa ei ole. Sen sijaan pitkäaikaisen yhdistelmävalmisteiden käytön todettiin kasvattavan sydän- ja verisuonitapahtumien riskiä. Pelkällä estrogeenihoidolla ei tämän katsauksen mukaan näyttänyt olevan niin negatiivisia kuin

positiivisiikaan todistettavia vaikutuksia sydän- ja verisuonisairauksien osalta. (Marjoribanks ym., 2012.) Tästä katsauksesta poikkeavia tuloksia antoi kuitenkin 1990-luvulla toteutettu tanskalainen vertaileva kohorttitutkimus Danish Osteoporosis Prevention Study. Siinä 16: n vuoden seurannassa hormonihoitoa käyttävillä henkilöillä esiintyi vähemmän sydän- ja verisuonisairauksia kuin hormonihoitoa käyttämättömillä. (Schierbeck ym., 2012.)

Paksusuolisyöpä

Hormonikorvaushoidon on johdonmukaisesti todettu useissa tutkimuksissa suojaavan paksusuolensyövältä (Hartz, He & Ross, 2012; Henderson ym., 2010; Kennelly, Kavanagh, Hogan & Winter, 2008). Hoidolla voi olla myös merkitystä sairauden kehitykseen ja syövän luonteeseen. Naisilla, jotka sairastuvat paksusuolisyöpään vaikka ovat käyttäneet hormonikorvaushoitoa, syöpä ei yleensä ole kovin aggressiivista tyyppiä (Kennelly ym., 2008.)

Rintasyöpä

Rintasyöpäriskin suurenemisen katsotaan olevan hormonikorvaushoidon merkittävin haittavaikutus. Vaihdevuosien hormonikorvaushoidon ja rintasyövän välinen yhteys ei ole kuitenkaan yksiselitteinen. Riskin suuruutta on tutkittu myös useissa pohjoismaisissa tutkimuksissa 2000-luvulla ja tutkimustulokset ovat osoittautuneet samansuuntaisiksi aikaisemman tutkimustiedon kanssa. Riskin on todettu riippuvan käytettävästä hoitomuodosta, käyttöajasta sekä sen jatkuvuudesta. (mm. Ewertz ym., 2005; Lyytinen ym., 2009; Tjønneland ym., 2004.) Suomalais tutkimuksen (Lyytinen ym., 2009) mukaan hormonikorvaushoidon käyttö 5–10:n vuoden ajan liitetään 4–6:een ylimääräiseen rintasyöpätapaukseen tuhatta hormonikorvaushoidon käyttäjää kohti. Myös Ewertzin ym. (2005) tutkimuksessa todettiin pitkäaikaisen hormonikorvaushoidon käytön lisäävän rintasyövän riskiä huomattavasti yli 50-vuotiailla naisilla. Samaisen tutkimuksen mukaan kohonnutta riskiä minkään valmistetyypin osalta ei enää viisi vuotta käytön lopettamisen jälkeen ollut kuitenkaan havaittavissa. (Ewertz ym., 2000.)

Lyytisen ym. (2009) tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin pelkkää estrogeeniä sisältävien valmisteiden käyttöä, havaittiin, että suun kautta tai iholle annosteltuna alle viiden vuoden ajan käyttö ei kasvattanut riskiä sairastua rintasyöpään. Kuitenkin riski kohosi yli viiden vuoden käytössä sekä lobulaarisen että duktaalisen rintasyövän osalta. Sen sijaan

vaginaalisesti annosteltujen pelkkien estrogeenivalmisteiden ei osoitettu kasvattavan rintasyöpäriskiä. (Lyytinen ym., 2009.)

Yhdistelmävalmisteiden osalta sairastumisriskiä kasvattava vaikutus on todettu voimakkaaksi. Estrogeenin ja progesteronin yhdistelmävalmisteen käytön todettiin Lyytisen (2009) tutkimuksessa lisäävän sairastumisriskiä molempien syöpätyyppien kohdalla, mutta lobulaarisen tyypin osalta kasvu oli huomattava jo kolmen ensimmäisen käyttövuoden aikana. Kymmenen vuoden käytössä lobulaarisen tyypin riski oli jo merkittävästi enemmän kasvanut kuin duktaalisen. Molemmissa tyypeissä riskin todettiin kasvavan altistusajan pidetessä, mutta jaksottaisessa käytössä muutos oli yhtäjaksoista pienempi. Yhdistelmävalmisteen osalta riski osoittautui samanlaiseksi suun ja ihon kautta käytettävillä valmisteilla. (Lyytinen ym., 2009.)

Tibolonin käytöstä Lyytinen (2009) toteaa, että ristiriitaisia tutkimustuloksia valmisteen käytön vaikutuksesta syöpäriskin kasvamiseen on tehty useita. Useimmissa epidemiologisissa tutkimuksissa riski on Lyytisen ym. (2009) mukaan todettu joko suurentuneeksi tai yhteyttä ei ole löydetty. Kenemansin ym. (2009) tutkimuksessa tuli ilmi jopa 48 prosenttia suurentunut rintasyövän uusiutumisen riski, kun tutkittiin rintasyövän sairastaneita naisia, jotka olivat käyttäneet tibolonia neljä vuotta. (Kenemans ym., 2009.)

Kliinisisissä kokeissa on osoitettu, että estrogeenia sisältävien hormonivalmisteiden käyttö voi lisätä riskiä sairastua perinnölliseen rintasyöpään. Kuitenkin valtaosa rintasyövisistä, joiden on todettu liittyvän BRCA1-geeniin, ovat negatiivisia estrogeenireseptorimuutoksien osalta. Vaihdevuosisoireisiin käytettävän hormonikorvaushoidon mahdolliseen käyttöön henkilöillä, jotka tietävästi kantavat BRCA1/2 mutaatiota, tulee suhtautua varauksella. (Noruzinia ym., 2005.)

Muut haittavaikutukset

Muista mahdollisista haittavaikutuksista hormonikorvaushoidon käytön on esimerkiksi todettu kasvattavan riskiä saada laskimotukos noin kaksinkertaiseksi. Riski on suurimmillaan ensimmäisen käyttövuoden aikana. Estrogeeni-progesteroni -yhdistelmähoitoon vaikutuksen on todettu myös tässä yhteydessä olevan suurempi kuin pelkän estrogeenin. Myös aivohalvauksen riskin on todettu suurentuvan hormonikorvaushoidon käyttäjillä. (Marjoribanks ym., 2012.) Jaakkolan (2012) tutkimuksessa todettiin yhtäjaksoisen yhdistelmävalmisteen käytön pienentävän riskiä sairastua kohdunrungsyöpään, mutta

sekventiaalivalmisteen yli kymmenen vuotta kestävän käytön puolestaan lisäävän sairastumisriskiä (Jaakkola, 2012).

Hormonikorvaushoidon lievemmat haittavaikutukset eivät ole kovin harvinaisia. Tämän osoittaa Tiihosen (2012) väitöskirjatutkimus, jossa selvitettiin hormonikorvausvalmisteiden käyttöä ja samalla myös käytön aiheuttamia sivuvaikutuksia kyselytutkimuksella, joka toteutettiin vuosina 2003 ja 2009. Noin kaksi kolmasosaa kyselytutkimuksen vastaajista olivat kokeneet haittavaikutuksia, kuten rintojen arkuutta, emättimen verenvuotoa sekä painonnousua. Hieman yli puolet kyselyyn vastanneista oli vaihtanut hormonivalmistetta kesken hoidon sekä vuoden 2003 että 2009 otoksessa. Vaihtoon johtaneita syitä olivat muun muassa lääkärin suositus sekä vuotohäiriöt. (Tiihonen, 2012.)

TAULUKKO 3. Hormonikorvaushoidon hyödyt ja haittavaikutukset

Hyödyt	Haittavaikutukset
<ul style="list-style-type: none">• Vaihdevuosisoireiden lievittyminen• Mahdollinen sydän – ja verisuonisairauksia ehkäisevä vaikutus• Paksusuolisyövältä suojaava vaikutus	<ul style="list-style-type: none">• Rintasyöpäriskin kohoaminen• Mahdolliset sivuvaikutukset, kuten päänsäryt ja kohdun limakalvomutokset• Laskimotukosriskin kohoaminen• Kohtusyöpäriskin kohoaminen• Aivohalvausriskin kohoaminen

Lähteet: mm. Kennelly ym., 2008; Lyytinen, 2009; Marjoribanks ym., 2012; Schierbeck ym., 2012.

3.2.3 Hormonikorvaushoidon käyttömäärien muutokset

Hormonikorvaushoidon käyttömääriä tutkittaessa lähteinä käytetään tyypillisesti reseptilääkkeitä koskevaa rekisteritietoa, mikäli sellaista on saatavilla. Näin on mahdollista selvittää ATC- luokittain (Anatomical Therapeutical Chemical Classification System) määrättyjen hormonikorvaushoitovalmisteiden määriä. Tieto määrätystä valmisteesta ei kuitenkaan tarkoita sitä, että valmistetta olisi käytetty, eikä myöskään sitä, että valmiste olisi nimenomaan vaihdevuosisoireiden hoitoon sitä määrättäessä tarkoitettu. Ewertzin ym. (2005) rekisteritietoon perustuvassa hormonikorvausvalmisteiden käyttöä ja rintasyöpäriskiä koskevassa tutkimuksessa todetaankin, että erityisesti kyseisen tutkimuksen kohdeväestöön eli 40–49-vuotiaisiin naisiin kuuluu sekä pre- peri- että postmenopausaalisia naisia. Näin ollen joukko edustaa naisia, jotka voivat käyttää tai heille voidaan määrätä hormonikorvausvalmisteita muuhunkin tarkoitukseen kuin juuri vaihdevuosien oireiden hoitoon. (Ewerts ym., 2005.)

Suomessa ja muissa pohjoismaissa on kerätty kysely- ja kohorttitutkimuksilla tietoa hormonikorvaushoidon käytöstä ja käyttömäärien muutoksista. Viime vuosikymmeninä käyttömäärät ovatkin eri pohjoismaissa muuttuneet hyvin samanlaisissa sykleissä ja varsin samansuuntaisesti. 1980–1990 -luvulla hormonikorvaushoidon käyttö vaihdevuosisoireisiin kasvoi huomattavasti. Ruotsalaistutkimuksessa todettiin käyttömäärien kasvaneen 1980-luvun alun seitsemästä prosentista vuosituhannen vaihteeseen mennessä jopa noin 50 %:iin. (Lindh-Åstrand ym., 2007.) Vuoden 1990 alusta aina 2000-luvun alkuun saakka myös liki puolet suomalaisista 52–56-vuotiaista naisista käytti hormonihoitoa. (Jalava-Broman ym., 2011; Hoffmann ym., 2005.) Vastaavasti tanskalaisessa kohorttitutkimuksessa seurattiin 40–67-vuotiaiden naisten hormonikorvaushoidon käyttöä vuosien 1989 ja 2002 välillä. Tutkimustulokset olivat hyvin samankaltaisia paljastaen lisäksi, että lähes puolet kohortin naisista aloitti tänä ajanjaksona hormonikorvaushoidon käytön jo alle 50-vuotiaana. (Ewertz ym., 2005.)

Selkeä käännekohta hormonikorvaushoidon käytössä näkyi vuosituhannen vaihteessa, kun huolestuttavia tuloksia valmisteiden vaikutuksista raportoitiin useamman suuren tutkimuksen pohjalta (Jalava-Broman ym., 2011; Hoffmann ym., 2005). Käyttäjämäärien väheneminen ei ollut pelkästään pohjoismainen ilmiö, vaan se näkyi monissa länsimaissa selkeästi vuosien 2000–2005 aikana raportoitujen tulosten julkistamisen ja niistä

kohonneen mediakeskustelun jälkeen (Tiihonen, 2012). Vuonna 1998 julkaistu The Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS 1 & 2) sekä vuonna 2002 julkaistu Womens Health Initiative (WHI) herättivät tuloksillaan laajaa mediakeskustelua vaihdevuosisien hormonikorvaushoidon hyödyllisyydestä ja turvallisuudesta. Erityisesti haittoja punnittiin uuden tutkimustiedon valossa. Hormonihoidon oli aikaisemmin todettu suojaavan sydän- ja verisuonisairauksilta, mutta HERS -tutkimuksessa tällainen näyttö kiistettiin. WHI -tutkimuksen tulokset taas osoittivat, että hormonihoidon pitkäaikainen käyttö lisää sydän- ja verisuonisairauksien sekä rintasyövän riskiä. (Jalava-Broman ym., 2011; Hoffmann ym., 2005.)

Vuonna 2003 julkistettiin vastaavanlaisia tuloksia kohonneesta rintasyöpäriskistä brittiläisessä Million Woman Study (MWS) -tutkimuksessa. (Jalava-Broman ym., 2011.) WHI -tutkimuksen nauttiman suuren mediahuomion takana oli julkaistujen raporttien lisäksi kuitenkin se, että tutkimus lakkautettiin saavutettujen tulosten valossa ennenaikaisesti. Median vaikutusvalta ja sen synnyttämät mielikuvat ja pelot eivät jääneet vain yksilötasolle, vaan vaikutus ylsi myös muihin meneillään oleviin tutkimuksiin. WHI:n seurauksena myös päätettiin vuonna 2002 lakkauttaa ennenaikaisesti Women`s International Study of Long Duration Estrogen After Menopause (WISDOM) – tutkimus, kun hormonikorvaushoidon riskien punnittiin olevan sillä saavutettavia hyötyjä suurempia. Vuonna 1999 aloitettu WISDOM oli melko massiivinen projekti, sillä tutkimusta toteutettiin Englannissa, Australiassa ja Uudessa Seelannissa. Yhteensä 22 300 postmenopausaalista 50–69-vuotiasta naista sokkoutettiin ja estrogeeni- tai lumelääkehoitoa oli tarkoitus toteuttaa kymmenen vuotta, kunnes tutkimus tuli ennenaikaisesti päätökseen (Vickers, Martin & Meade, 2007; Mishra ym., 2006.)

Mishra ym. (2006) tutkivat kohorttitutkimuksessaan hormonikorvaushoidon käytön lakkauttamistrendiä, joka seurasi WHI:n ja WISDOM:n keskeyttämisestä. Tutkimuksen mukaan vuosina naisista noin kolmannes käytti hormonikorvaushoitoa vuosina 1999–2002, mutta tämän jälkeen vuoden 2003 kevääseen mennessä käyttäjämäärä oli laskenut alle 26 %:iin. Tutkimuksen mukaan myös Australiassa reseptilääkkeiden myynnin todettiin laskeneen peräti kolmanneksen vain viidessä viikossa WHI:n ja WISDOMI:n keskeyttämisen ja lehdissä tiedotettujen tulosten julkistamisen jälkeen. (Mishra ym., 2006.)

Archer (2007) kuvailee artikkelissaan mm. WHI: n tulosten ja siitä syntyneen mediako-
hun vaikuttaneen merkittävästi käyttöpäätöksiin. Hän myös epäilee, että WHI: n julkis-
tamissa tuloksissa korostettiin hormonihoidon negatiivisia vaikutuksia ja täten jätettiin
mahdollisesti kertomatta mahdollisista positiivisista vaikutuksista. Negatiivissävyttei-
nen uutisointi saattoi joissain tapauksissa johtaa hormonihoidon lopettamispäätökseen
ilman, että potilas olisi konsultoinut asiasta lääkäriä tai muuta terveydenhuollon ammat-
tilaista. (Archer, 2007.)

Myös vuosituhanen alun käyttäjämääristä on tehty pohjoismaissa tutkimuksia. Vuosina
2000–2005 käyttömäärät vähenivät Suomessa noin neljänneksen. Ruotsissa ja Norjassa
käyttäjien määrät vähenivät kuitenkin huomattavasti Suomea enemmän. (Tiihonen,
2012.) Ruotsissa vuosina 1999–2003 jo pelkkien 53–54-vuotiaiden naisten hormonihoi-
don käyttö laski noin 40 %:sta 24 %:iin (Hoffmann ym., 2005). Muutos näkyi kaikissa
pohjoismaissa erityisesti yhdistelmävalmisteiden, mutta ei niinkään pelkkien estro-
geenivalmisteiden käytössä. Vuosien 2007–2010 aikana estrogeenin kulutus pysyi sa-
malla tasolla, mutta yhdistelmävalmisteiden käyttö väheni edelleen. Suomessa paikal-
lisestrogeenivalmisteiden käyttö yleistyi huomattavasti vuosien 2003 ja 2009 välillä.
(Tiihonen, 2012.)

Terveys 2011 raportin mukaan suomalaisista 30–69-vuotiaista naisista hieman alle 20 %
käytti hormonikorvaushoitoa ja 55–64-vuotiaista noin kolmasosa, joko tabletteina tai
paikallisvalmisteena. Noin 60 % 55–69 -vuotiaista naisista joko käytti hormonikorvaus-
hoitoa tutkimushetkellä tai oli käyttänyt sellaista aiemmin. Keskimääräinen hor-
monikorvaushoidon käyttöaika oli noin 7,6 vuotta, tosin 65–69-vuotiailla se oli hieman
pidempi, noin 9,5 vuotta. (Koskinen ym., 2012.)

4 Terveyskäyttäytyminen, päätöksenteko ja koettu riski

4.1 Naisten tieto, asenteet ja hormonikorvaushoidon käyttöpäätökset

Tieto ja informaatiolähteet

Monen naisen on vaikea tehdä päätöstä hormonihoidon käytön aloittamisesta ristiriitaisen tutkimustiedon ja median antaman mielikuvan valossa. Pelko sivuvaikutuksista ja vähäinen tieto hormonikorvausvalmisteista saa naiset myös turvautumaan usein vaihtoehtohoitoihin, joita saattaa olla tutkittu vähemmän. (Lindh-Åstrand ym., 2007.) Ruotsalaisessa kyselytutkimuksessa selvitettiin 53–54-vuotiaiden naisten tietoa hormonikorvausvalmisteista. Tutkimuksen mukaan naisten tieto vaihdevuosista oli rajallista ja riittämätöntä. Tulos ei riippunut vastaajien koulutustasosta tai siitä, olivatko he käyttäneet hormonikorvaushoitoa tai eivät. (Lindh-Åstrand ym., 2007.) Vastaavasti naisten tietämystä ja suhtautumista selvittävässä italialaisessa kyselytutkimuksessa (Donati ym., 2009) todettiin naisten tietotaso hormonikorvaushoidon suhteen vaatimattomaksi. Donatin ym. (2009) tutkimuksessa kuitenkin tietotaso erosi koulutusasteen mukaan ja korkeammin koulutetut naiset tiesivät todennäköisesti enemmän valmisteista. Eron arveltiin johtuvan siitä, että korkeammin koulutetut naiset hakeutuvat helpommin terveystalveluiden piiriin tai heidän on helpompi päästä näitä palveluita käyttämään. (Donati ym., 2009.) Kysymys ei kuitenkaan ole vain naisten ominaisuuksista, vaan myös siitä, millaista tietoa heille tarjotaan. Tutkimuksen naiset raportoivat nimittäin olevansa tyytymättömiä saamansa tiedon määrään sekä laatuun. (Donati ym., 2009.)

Lindh-Åstrandin ym. (2007) tutkimuksessa selvitettiin yksityiskohtaisemmin, minkälaiset asiat naisille olivat vaihdevuosissa tuttuja ja mitkä eivät. Vastaajat tiesivät kiitettävästi vaihdevuosien johtuvan estrogeenitason laskusta ja tunnistivat kuumat aallot tyyppilliseksi oireeksi. Sen sijaan keltarauhashormonin merkitystä ei ollut ymmärretty yhtä hyvin eikä sitä, milloin naisen hedelmällinen ikä niin ikään lakkaa. Hormonikorvaushoidon hyödyt ja haitat olivat vastaajille tutumpia asioita ja noin 70 % tiesi hormonikorvaushoidon ja kasvaneen rintasyöpäriskin yhteydestä. (Lindh-Åstrand ym., 2007.)

Närhi ja Helakorpi (2007) tutkivat sitä, kuinka suomalaiset yleisesti ottaen saavat ja hankkivat lääketietoutta. Eri ikäluokissa eri informaationlähteiden käyttö vaihteli aina perinteisestä terveydenhuoltohenkilökunnan konsultoinnista itsenäiseen tiedonhakuun

teknologiaa hyväksi käyttäen. Vanhempien ihmisten todettiin luottavan perinteisesti yhä terveydenhuollon ammattilaisiin informaation lähteinä. Nuoremmat sukupolvet osaltaan tukeutuvat paljolti median ja Internetin tarjoamaan tietoon. Erityisesti naisten todettiin olevan aktiivisia tiedon itsenäisiä hankkijoita. Tutkimuksessa nostettiin esiin myös se, että potilaiden rooli terveyttään koskevissa päätöksissä on korostunut entisestään. Siksi myös heidän vaatimuksensa ja tarpeensa saatavilla olevan tiedon suhteen on kasvanut. (Närhi & Helakorpi, 2007.)

Tiihosen (2012) tutkimuksessa yleisimmäksi tietolähteeksi hormonikorvaushoidon hyötyjen suhteen osoittautui lääkäri. Vuosien 2003 ja 2009 välillä lääkärin ensisijaisuus tietolähteenä systeemisen hormonihoidon suhteen oli kasvanut merkittävästi. (Tiihonen, 2012.) Donatin ym. (2009) tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaiset olivat myös merkittävä tietolähde. Toisenlaisia tuloksia toi esiin Hoffmann ym. (2005), joka tutki ruotsalaisten naisten suhtautumista hormonihoidon vuosina 1999–2003 sekä sitä, mistä naiset saivat informaatiota hormonihoidosta. Tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaisten osuus informaation antajina oli melko vähäinen, sillä se sijoittui listauksessa vasta kolmanneksi merkittävimmäksi lähteeksi 18 %:n osuudella. Yllättäen sukulaisten ja ystävien kanssa jaettu informaatio oli myös melko yleistä ja siitä ilmoitti 15 % vastaajista. (Hoffmann ym., 2005.) Donatin ym. (2009) tutkimuksessa peräti 39 % vastaajista kertoi saavansa informaatiota sukulaisilta ja ystäviltä.

Tiihosen (2012) tutkimuksessa kävi ilmi, että apteekista saatavan haittavaikutuksia koskevan tiedon määrä oli huomattavan pieni, 3–6 %. Tämä on sikäli valitettavaa, että hormonihoidon käyttävät naiset asioivat apteekkeissa useamman kerran vuodessa ja tietoa olisi näin mahdollista saada apteekkihenkilökunnalta. Valmisteiden epäsäännöllinen käyttö voi käydä myös ilmi naisen asioidessa apteekissa. Tällöin henkilökunnalla on mahdollisuus ohjata asiakas lääkärin vastaanotolle, mikäli katsovat asian tarpeelliseksi. Useaan kertaan aloitettu ja epäsäännöllinen käyttö on tyyppillistä tilanteessa, jossa henkilöllä on ongelmia valmisteiden käytön kanssa tai valmiste on hänelle sopimaton. Tiihosen (2012) mukaan valtaosa Suomen proviisoreista ja farmaseuteista on naisia. Naisasiakkaiden kynnys aktiivisesti esittää kysymyksiä valmisteista voitaisiin tästä johtuen olettaa matalaksi. Osa paikallisestrogeenivalmisteista on myös ilman reseptiä saatavia tuotteita, jolloin apteekkihenkilökunnan toteuttama lääkeneuvonta olisi erityisen tärkeää. (Tiihonen, 2012.)

Suomalaisten keskuudessa lääkkeiden käyttäjien yksi yleinen tietolähde terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi on media, josta etsitään tietoa eri lääkevalmisteista. (Närhi & Helakorpi, 2007.) Tiihosen (2012) tutkimuksen mukaan tiedotusvälineiden rooli vuosina 2003–2009 hormonivalmisteiden haittavaikutusten informaationlähteenä oli kaiken kaikkiaan merkittävin, mutta vuodesta 2003 vuoteen 2009 sen rooli oli pienentynyt. Sen sijaan Internetin rooli haittavaikutusten tietolähteenä oli tällä aikavälillä korostunut. (Tiihonen, 2012.)

Myös Donatin ym. (2009) tutkimuksessa 40 % kyselyyn osallistuneista ilmoitti median tietolähteekseen hormonikorvaushoitoon liittyen. Hoffmannin ym. (2005) tuloksissa jopa 44 % vastanneista naisista ilmoitti ensisijaiseksi tietolähteekseen sanoma- ja aikakauslehdet sekä 32 % television ja radion. Noin neljä prosenttia mainitsi myös Internetin tietolähteekseen. Erityisesti kyselyn aikaan hormonihoidon käyttäneet naiset hakivat tietoa eri medioista, osaltaan todennäköisesti siksi, että asia oli heille ajankohtainen ja he olivat valveutuneita asian suhteen. Hoffmann ym. (2005) esittääkin artikkelissaan, että koska ruotsalaisnaiset osoittivat hankkivansa tietoa hormonihoidon mediasta ja tutkimusaikana hormonihoidon käyttö Ruotsissa laski voimakkaasti, voidaan olettaa, että median esille nostamat tutkimukset (HERS ja WHI) vaikuttivat naisten hormonihoidon käyttöpäätöksiin. Samanlaisia tuloksia Hoffmann toteaa saadun myös australialaisissa vastaavissa tutkimuksissa. (Hoffmann ym., 2005.)

Archer (2007) korostaa artikkelissaan sitä, että median välittämä tieto ei kata kliinisten tutkimuksien tietoa ja taustoja kokonaisuudessaan. Sen sijaan pyritään korostamaan muutamia väitteitä tai tekijöitä artikkeleita kohden, jolloin kuluttajan saama mielikuva ei välttämättä vastaa totuutta. (Archer, 2007.) Iversen ja Kraft (2006) selvittivät tutkimuksessaan naisten kokemuksia median välittämiin terveystietoihin. Keski-ikäiset naiset kokevat tutkimuksen mukaan terveyteen liittyvän informaation stressaavaksi. Jopa terveyttä edistämään ja terveydestä huolehtimisen motivaatiota kohottamaan tarkoitettut viestit voidaan kokea painostavina, ja siksi vaikutus saattaa olla päinvastainen. (Iversen & Kraft, 2006.)

Asenteet

Donati ym. (2009) tutkivat myös 45–64-vuotiaiden naisten asenteita hormonikorvaushoidon suhteen. Kyselytutkimuksen vastaajista yli 90 % koki menopaussin normaalina osana naisen elämää ja noin 40 % uskoi, että menopausi on hyvä kokemus naiselle. Noin kolmannes piti menopaussia ja vaihdevuosia huonona kokemuksena. Vaihdevuodet jo kokeneet tai juuri vaihdevuosi-ikäiset raportoivat useammin menopaussin normaalina ilmiönä. Vajaa 70 % vastanneista piti hormonikorvaushoitoa myös hyvänä ratkaisuna vaihdevuosisoireiden hoitoon. Kuitenkin lähes puolet vastaajista uskoi hoidolla olevan lukuisia sivuvaikutuksia. Alle viidesosa (17 %) vastanneista naisista oli sitä mieltä, että hormonikorvaushoitoa tulisi välttää kaikissa tapauksissa. (Donati ym., 2009.)

Donatin ym. (2009) tutkimuksessa nousi myös esille naisten pelko hormonikorvaushoidon sivuvaikutuksista. Kaiken kaikkiaan kyselyyn osallistuneista hormonikorvaushoidon käyttäjistä 73 % oli harkinnut lopettavansa valmisteiden käytön, ja heistä 43 % ilmoitti syyksi pelon sivuvaikutuksista. Myös Tiihosen (2012) tutkimuksessa naisten kokemat pelot nousivat vahvasti esille. Tutkimuksen mukaan pelot hormonivalmisteiden käytöstä nousivat vuodesta 2003 vuoteen 2009 huomattavasti. Tiihosen tutkimuksessa vastaajat raportoivat mediassa käydyn keskustelun vaikuttaneen pelkojen voimistumiseen. Noin 35 % oli harkinnut hoidon lopettamista ja noin 39 % oli väliaikaisesti katkaissut hoidon. Useimmissa tapauksissa hoidon uudelleenaloittamisen syyksi osoitettiin oireiden palaaminen. (Tiihonen, 2012.)

Raportoiduista peloista huolimatta kyselyn vastaajista, jotka käyttivät systeemistä hoitoa, peräti 62% vuonna 2003 ja 80 % vuonna 2009, ilmoitti luottavansa hormonihoidon turvallisuuteen. Koska tutkimuksessa osoitettiin, että naiset käyttivät hormonihoidoja peloista huolimatta, haittavaikutuksista ja hyödyistä oli todennäköisesti keskusteltu myös lääkärin kanssa. (Tiihonen, 2012.)

Päätöksenteko

Tiihonen (2012) toteaa, että haittavaikutusten ja median värittämän mielikuvan suhteuttaminen omaan terveydentilaan voi olla haastavaa. Terveydenhuollon ammattilaisten rooli sekä hoidon hyötyjen että haittojen kertomisessa on merkittävä. Tämä koskee myös lieviä haittavaikutuksia. Näin myös mahdollistetaan sopivimman valmisteiden löytäminen. (Tiihonen, 2012.) Lääkärin tehtäviin kuuluu myös muiden elämäntapatekijöi-

den merkityksen korostaminen, kun potilaan kanssa keskustellaan hormonivalmisteiden mahdollisesta käytön aloittamisesta ja valmisteeseen liittyvistä haittavaikutuksista (Archer, 2007). Terveystieteiden ammattilaisilla ja apteekkihenkilökunnalla on myös mahdollisuus vaikuttaa siihen, että naiset löytävät oikeanlaista, tutkittua ja luotettavaa tietoa hormonivalmisteista itsenäisesti, esimerkiksi Internetistä (Tiihonen, 2012).

Päätös hormonihoidon aloittamisesta on aina viime kädessä naisen oma. Lääkärin tehtävä on antaa naispotilaalle tietoa eri vaihtoehtoista ja mahdollisesti tarjota hormonihoidoa yhtenä vaihtoehtona. Saamansa tiedon perusteella naisella on joko mahdollisuus päättää käytön aloittamisesta mutta myös kieltäytyä hoidosta. Tätä kutsutaan myös päätöksenteon autonomiaksi. Se tekee hänestä aktiivisen toimijan omassa hoidossaan ja valtasuhde (power relation) lääkärin ja naispotilaan välillä ei kallistu lääkärin päätösvalan puolelle. Lääkärin tehtävä on voimaannuttaa (empower) nainen oman päätöksen muodostamiseen. Vaikka päätöksentekoa kuvaillaan vapaaksi, se on kuitenkin rajoittunut sen suhteen, mihin tietoon päätös perustuu. Mikäli päätös perustuu vain lääkärin antamaan informaatioon, on potilaan saama tieto ainoastaan lääketieteellistä. Lääkärin vastaanotolla eri hoitovaihtoehtoista kuullessaan tieto on jo ennalta asetettu biolääketieteelliseen kontekstiin. (Murtagh & Hepworth, 2003a; Murtagh & Hepworth, 2003b.) Hormonikorvaushoitoa myös markkinoidaan lääkäreille voimakkaasti, mikä vaikuttaa myös lääkärin mahdollisuuksiin välittää siitä tietoa eteenpäin (Griffiths, 1999).

Hoitoon liittyvien päätösten teko lääkärin ja potilaan yhteistyönä vahvistaa hoitoon sitoutumista, hoidon turvallisuutta ja vahvistaa mahdollisuuksia parempaan lopputulokseen hoidon tavoitteiden saavuttamisessa. Onnistunut yhteistyö ja potilaan osallistaminen myös vähentää mahdollista tyytymättömyyttä hoitoon. (Collins, Britten, Ruusuvaara & Thompson, 2007.) Hoidon suunnittelu sisältää kaksi komponenttia. Ensimmäinen sisältää hoidon teknisen ja lääketieteellisen toteutuksen ja toinen potilaan arvo- ja kokemusmaailman. Tilanteessa, jossa mahdollisia hoitovaihtoehtoja on useampi, potilaan arvomaailman ja ajatuksien merkitys korostuu erityisesti. Näiden huomioiminen mahdollistaa pääsyn ratkaisuun, johon potilas itse on mahdollisimman sitoutunut. Osa naisista ei kuitenkaan halua osallistua itse päätöksentekoon, vaan toivovat lääkärin kertovan heille, mitä tehdä ja kuinka toimia. (Elmore, Ganschow & Geller, 2010.)

Griffiths (1999) esittää, että naisen päätöksenteko on rajoitettu tietyissä tilanteissa. Jos kysymys ei ole ainoastaan vaihdevuosisoireiden lievittämisestä, vaan hormonihoidosta

puoltavaksi tekijäksi nähdään esimerkiksi myös kasvanut osteoporoosin riski, niin päätöksenteko on vaikeampaa. Pelko sairaudesta tai oireista horjuttaa naispotilaan asemaa autonomisena päätöksentekijänä ja kontrollin tunne heikentyy. Läheisen kokemukset vaihdevuosisoireista tai niiden hoidoista voi myös aiheuttaa epävarmuutta tulevasta. Pelko voi olla myös sitä, että vaihdevuodet symboloivat naisen aktiivisen elämän loppumista. (Griffits, 1999.)

Jalava-Broman ym. (2011) selvitti tutkimuksessaan hormonikorvaushoidon käytön vaihtelua ja lopettamissyitä Suomessa vuosina 2000–2005. Yleisin (69 %) lopettamissyö oli halu pärjätä ilman hormonihoitoa. Yleisiä syitä olivat myös sivuvaikutukset (42 %) sekä uusi huolestuttava tutkimustieto ja pelko rintasyöpään sairastumisesta (36 %). Käyttöpäätöksiä taustatekijöitä esitettiin tässä tutkimuksessa niin sanottujen ennustemallien mukaan. Yhden ennustavan tekijän (single-predictor model) mallissa hormonihoidon lopettaneiden naisten lopettamispäätöksen vaikuttimiksi identifioitiin työttömyys, korkeampi ikä, kestoltaan lyhyt hormonihoidon käyttö sekä terveyden säilyttämisen halu. Monitekijäisessä ennustemallissa (multi-predictor model) työttömyys ei ollut enää merkittävä ennustava tekijä, mutta hormonihoidon lyhyt käyttö, korkeampi ikä ja terveyden säilyttäminen olivat yhä ennustavia tekijöitä. Osasyynä hormonihoidon käytön vähenemiseen voi olla myös lääkäreiden muuttuneet asenteet hormonihoidosta ja näiden valmisteiden määräämisen väheneminen. (Jalava-Broman ym., 2011.)

4.2 Koulutustaso ja sosioekonominen asema

Terveyskäyttäytymistä tulisi aina tarkastella myös sosiaalisessa kontekstissa. Sosioekonominen status (SES, socioeconomic status) voidaan määritellä usean eri muuttujan mukaan, riippuen saatavilla olevasta tiedosta. Tavallisesti sitä mitataan terveys sosiologiassa koulutuksen, tulojen ja työyhteisön sisäisen arvovallan tai ammatin mukaan. (Iversen & Kraft, 2006; White, 2009.) Koulutus nähdään usein vahvimmin terveyden ja terveyskäyttäytymiseen vaikuttavana tekijänä. Tämä johtuu siitä, että se hankitaan tavallisesti nuorena ja se myös pysyy muuttumattomana läpi elämän samalla vaikuttaen työmarkkina-asemaan ja tuloihin. (Iversen & Kraft, 2006.)

Henkilöt, jotka ovat korkeammin koulutettuja noudattavat terveystieteiden suosituksia paremmin kuin lyhyemmän koulutuksen läpikäyneet (Iversen & Kraft, 2006). Tätä on selitetty sillä, että koulutetummat henkilöt ottavat paremmin terveyteen liittyviä opetuksellisia viestejä vastaan ja täten soveltavat niitä omassa elämässään. Yksilölliset valinnat korostuvat silloin, kun henkilö valikoi suosituksista itselleen tarpeellisimmat. Harkittu ja kriittinen suhtautuminen erilaisiin terveystieteiden viesteihin ja suosituksiin johtaa myös siihen, että henkilö on sitoutuneempi noudattamaan juuri niitä suosituksia, jotka hän kokee itselleen tärkeiksi ja hyödyllisiksi. Tätä kutsutaan myös terveystietoisuudeksi (health consciousness). Henkilöillä, joilla on korkeampi terveystietoisuus on myös yleensä terveellisemmät elintavat. Matalamman sosioekonomisen statuksen naisilla suhtautuminen terveystietoisuuteen saattaa olla jopa negatiivinen ja motivaatiota laskeva, ja se voidaan kokea stressaavana. (Iversen & Kraft, 2006.)

Wilkinsonin ym. (2009) mukaan valvettuneisuus syövän ehkäisystä ja riskeistä vaihtelee etnisen sekä sosioekonomisen aseman mukaan. Tieto ja ymmärrys vaikuttavat myös yksilön päätöksentekoon sekä tapaan, jolla henkilö toteuttaa terveyttä suojaavia käyttäytymismalleja. Wilkinsonin ym. (2009) tutkimuksessa tietomäärä ja tiedon tarkkuus koskien syöpää oli suurempi henkilöillä, joilla oli pitempi koulutustausta. Eroja oli nähtävissä myös miesten ja naisten välillä, naisten ollessa tietoisempia syöpää koskevista riskeistä ja syöpään yhdistettävästä terveystietoisuudesta. (Wilkinsonin ym., 2009.)

Syöpäkuolleisuuden on osoitettu olevan yhteydessä sosioekonomiseen asemaan ja monien riskitekijöiden on todettu olevan yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa luokissa (Beckman & Kawachi, 2000). Syöpäkuolleisuuden ja sosiaaliluokan yhteys ilmenee siten, että alemmissa sosiaaliluokissa hoitoon hakeutuminen viivästyy ja syövän biologinen syntytausta saattaa olla erilainen (Dickman ym., 1998). Kasvavaa näyttöä on myös siitä, että syövät, joilla on huonompi ennuste, ovat yleisempiä alemmissa kuin ylemmissä sosiaaliluokissa. Useiden tutkimusten mukaan rintasyöpä on kuitenkin yleisempi ylemmissä sosiaaliluokissa, erityisesti myöhemmässä elämänvaiheessa. (Klassen & Smith, 2011; Dickman ym., 1998.) Postmenopausaalisilla naisilla tämä on mahdollisesti sidoksissa sosiaaliluokkien eroihin elämäntapatekijöissä, kuten fyysisessä aktiivisuudessa. Nuoremmilla naisilla merkittävämmiksi tekijöiksi nousevat todennäköisesti tekijät, jotka eivät vaihtelee sosiaaliluokittain, kuten perinnöllisyys. Sosiaaliluokkaan sidonnaiset biologiset tekijät voivat olla myös kumulatiivisia ja siksi niiden merkitys nousee esille vasta myöhemmällä iällä. (Klassen & Smith, 2011.)

Suomalaisen Terveys 2000 -tutkimuksen vuoden 2008 seurantatuloksissa eroja koulutus- tai siviilisäätyryhmien välillä syöpien esiintyvyydessä ei havaittu (Luoto ym., 2011). Pokhrel ym. (2010) esittävät tutkimuksessaan, että korkeamman koulutustason syöpäpotilaista suurempi osa on elossa vielä viisi vuotta syövän toteamisen jälkeen verrattuna matalampien koulutustason potilaisiin. Tämä voi johtua siitä, että korkeammin koulutetut osaavat niin sanotusti navigoida paremmin terveyspalveluiden viidakossa ja löytävät näin paremmin heille sopivia palveluita. Myös potilaan ja lääkärin välinen kanssakäyminen toimii todennäköisesti tehokkaammin ja korkeasti koulutetun potilaan on helpompi seurata lääkärin antamia ohjeita. On myös mahdollista, että korkeammin koulutetuilla on myös parempi tulotaso, joka mahdollistaa myös yksityiselle sektorille hakeutumisen. (Pokhrel ym., 2010.) Herndon, Kornblith, Holland ja Paskett (2013) esittivät vastaavia tuloksia rintasyöpäpotilaista. Huonoin ennuste oli niillä, joilla oli vain alle lukiotason koulutus ja selkeästi paras ennuste oli korkeimmin koulutetuilla naisilla. (Herndon ym., 2013.)

Vaihdevuosien kokeminen vaihtelee yksilöllisesti, mutta myös ympäröivät sosiaaliset tekijät, kuten kulttuuri, yhteisö ja sosiaaliluokka muokkaavat kokemusta. Delanoë ym. (2012) toteaa omassa tutkimuksessaan myös aikaisempiin tutkimuksiin nojaten, että sosiaaliluokan on todettu vaikuttavan erityisesti oireiden raportointiin. Vakavammat oireet ovat yleisemmin raportoituja alemmissa sosiaaliluokissa. Naisen vahva taloudellinen itsenäisyys (women`s economic independence) ennustaa vaihdevuosien heikompa vaikutusta elämänlaatuun. (Delanoë ym., 2012.) Donati ym. (2009) esittää tutkimuksessaan että naisista, joilla on vaihdevuosioireita esiintyy korkeammin koulutetut alkavat todennäköisemmin käyttää hormonikorvausvalmisteita kuin matalamman koulutustason naiset. Korkeammin koulutetut naiset saivat myös tietoa eri valmisteista muita naisia todennäköisemmin. (Donati ym., 2009.)

Terveys 2000 -tutkimuksessa havaittiin, että vaihdevuosioireista kuumia aaltoja on enemmän lyhyemmän koulutuksen käyneillä kuin pitkän koulutusuran naisilla (Luoto ym., 2011). Moilanen ym. (2010) tutkivat 45–64-vuotiaiden naisten vaihdevuosioireiden yhteyksiä elintapoihin. Tuloksissa todettiin, että naiset joiden taustalla oli kohdunpoisto, käyttivät hormonikorvaushoitoa muita naisia herkemmin. Naiset, joilla oli alempi koulutustausta kärsivät psykologisista vaihdevuosioireista muita naisia useammin. Somaattisia oireita esiintyi enemmän niillä naisilla, jotka käyttivät tai olivat käyttäneet hormonikorvaushoitoa. (Moilanen ym., 2010.)

Tyypillisen hormonihoidon käyttäjän on kuvailtu olevan kaukaasialainen, hoikka ja hyvin koulutettu nainen, joka ei ole koskaan elämänsä aikana tupakoinut. Hänellä on hyvin pieni riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin ja hänellä on matalat kolesteroliarvot. (Jalava-Broman ym., 2008.) Korkeamman koulutustason yhteyttä korkeampaan hormonihoidon käyttöasteeseen on perusteltu sillä, että nämä henkilöt ovat mahdollisesti tiedostavampia ja heillä on enemmän tietoa hormonihoidosta (Jalava-Broman ym., 2008). Topo ym. (1999) tutkivat hormonikorvaushoidon käytön ja käyttäjien sosioekonomisen jakauman kehitystä Suomessa seitsemän vuoden ajan vuosina 1989–1996. Tulosten mukaan hormonikorvaushoidon käyttö yleistyi tutkimusaikana erityisesti 55–64-vuotiaiden keskuudessa, mutta erot eri luokkien välillä kapenivat. Myös tässä tutkimuksessa naiset, joilla oli pitkä koulutustausta, osoittautuivat todennäköisimmiksi hormonikorvaushoidon käyttäjiksi kaikista tutkittavista. Kuitenkin koulutustietoihin perustuvien luokkien väliset erot olivat pienemmät vuonna 1996 kuin 1989. Tämä viestii mahdollisesti myös hormonikorvaushoidon käytön vakiintumisesta. (Topo ym., 1999.)

4.3 Sukulaisen sairastaman rintasyövän merkitys oman syöpäriskin arvioinnissa

Naiselle, jonka suvussa esiintyy perinnöllistä rintasyöpää, tarjotaan varhaisemmin alkavaa säännöllistä seulontaa, vaikka hänellä ei olisi todettu BRCA1/2 mutaatiota geenitestauksen keinoin. Tieto mahdollisesta kohonneesta sairastumisriskistä aiheuttaa den Heijerin ym. (2012) mukaan ensireaktiona stressiä, leimautumisen ja erilaisuuden tunnetta. Tutkimusten mukaan valtaosa naisista sopeutuvat ajatukseen hyvin ajan kanssa, mutta joidenkin osalta kohonnut stressin kokeminen on pitempiaikaista. Sosiaalisella tuella ja persoonaan liittyvillä tekijöillä, kuten itsetunnolla, on merkittävä rooli sopeutumisessa. (den Heijer ym., 2012.)

Kasvava tietoisuus rintasyövän perinnöllisyydestä ja perinnöllisten tekijöiden nostaminen esille mediassa vaikuttaa naisten riskitietoisuuteen kahdella tavalla. Naiset, joilla mahdollista sukurasitetta esiintyy, hakeutuvat mahdollisesti herkemmin seulontatutkimuksiin ja kiinnittävät huomiota elämäntapoihinsa sekä muiden riskitekijöiden tunnistamiseen. Toisaalta rintasyövän perinnöllisyyttä korostettaessa ja aiheen noustessa julkiseen keskusteluun, muiden riskitekijöiden huomiointi voi vähentyä. Virheellisesti voi välittyä viesti, että rintasyövän perinnöllisyys on hallitsevaa, eikä riskin vähentämiseen

ole mitään tehtävissä, kun se on geneettisesti määräytyvää. (Neuberger, Silk, Yun, Bowman & Anderson, 2011.)

Yhteys rintasyövän sukurasitteen ja mammografiaseulontoihin osallistumisen välillä on todettu useassa tutkimuksessa. (Haber ym., 2012; Walker ym., 2013.) Haberin ym. (2012) mukaan naiset, jotka arvioivat sairastumisriskinsä itse suuremmaksi osallistuvat useammin seulontoihin. Itse arvioitu sairastumisriski perustui suvussa esiintyneeseen rintasyöpään. Erityisesti naiset, joiden äiti tai sisko oli sairastanut rintasyövän arvioivat oman riskinsä huomattavasti suuremmaksi kuin naiset, joiden suvuissa oli esiintynyt jotakin muuta syöpää tai ei ollut esiintynyt syöpää lainkaan. Kuitenkin huomattava ero oli myös niiden naisten välillä, joiden suvuissa oli esiintynyt jotakin muuta syöpätyyppejä verrattuna naisiin, joiden suvuissa syöpää ei ollut lainkaan. (Haber ym., 2012.)

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tässä pro gradu -työssä tutkitaan kirjallisuuskatsaukseen ja kyselyaineistoon perustuen 49-vuotiaiden suomalaisnaisten vaihdevuosien hormonikorvaushoidon käyttöä. Tutkimuksessa selvitetään, kuinka suuri osa naisista käyttää tai on aiemmin käyttänyt hormonikorvaushoitoa ja mistä syistä hoito on aloitettu, lopetettu tai miksi sitä ei ole edes aloitettu. Tutkimuksessa selvitetään myös hormonikorvaushoidon käytön yhteyttä vastaajan koulutustasoon sekä omaisen sairastamaan rintasyöpään. Lisäksi työssä tutkitaan, millaiseksi naiset arvioivat oman riskinsä sairastua rintasyöpään elämänsä aikana ja kuinka paljon rintasyöpä vastaajia huolestuttaa. Tavoitteena on selvittää, onko näiden tekijöiden ja hormonikorvaushoidon käytön välillä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Kyselytutkimuksessa perehdytään hormonaalisia tekijöitä käsitteleviin kysymyksiin sekä taustamuuttujista koulutustasoon ja siviilisäättyyn sekä alueeseen. Tutkielman muoto on monografia.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

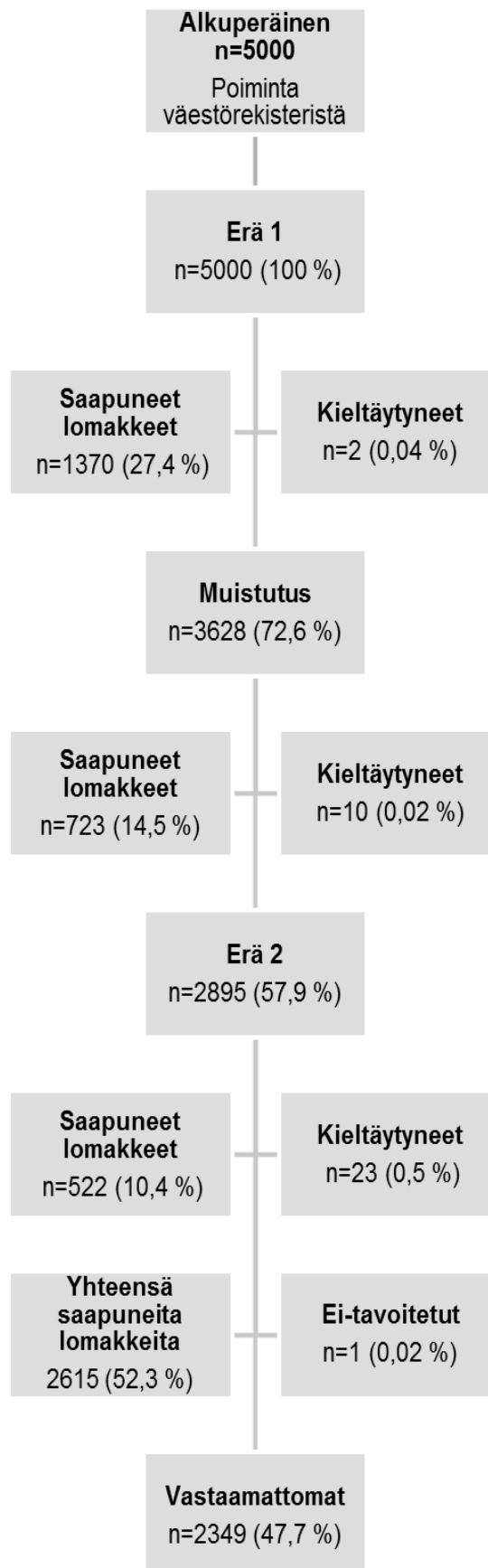
- Käyttävätkö suomalaiset 49-vuotiaat naiset nyt tai ovatko he käyttäneet aiemmin vaihdevuosien hormonikorvaushoitoa ja mistä syistä he ovat käytön aloittaneet, lopettaneet tai päättäneet olla käyttämättä sitä?
- Onko vastaajan koulutustasolla ja sukulaisella todetulla rintasyövällä yhteyttä vaihdevuosien hormonikorvaushoidon käyttöön?
- Minkälaiseksi naiset arvioivat oman riskinsä sairastua rintasyöpään elämänsä aikana ja kuinka paljon rintasyöpä heitä huolestuttaa?
- Onko koulutustasolla ja sukulaisella todetulla rintasyövällä yhteyttä koettuun rintasyöpäriskiin ja huolestuneisuuteen?

6 Aineisto ja tutkimusmenetelmä

6.1 Aineisto ja eettiset asiat

Tutkimuksen aineisto kuuluu psykososiaaliseen kyselytutkimukseen mammografiaseulonnan elintapa- ja elämänlaatuvaikutuksista. Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Suomen Syöpärekisterin, UKK-instituutin, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Tampereen yliopiston kanssa. Kyselytutkimus selvittää rintasyövän ja elintapojen, elämänlaadun sekä mammografiaseulontojen välisiä yhteyksiä. Tutkimuksella saadaan tietoa myös siitä, miten sosioekonomiset erot ja muut taustamuuttajat vaikuttavat seulontaan osallistumiseen. Koordinoiva Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta puoltavan lausunnon huhtikuussa 2012 (numero 43/13/03/2012). Jokaisen kyselylomakkeen yhteydessä on tutkittavalle lähetetty myös suostumuslomake allekirjoitettavaksi.

Tutkimus käynnistettiin keväällä 2012, jolloin myös lähetettiin ensimmäisen kierroksen kyselylomakkeet postikyselyä viidelle tuhannelle satunnaisesti väestörekisteristä poimitulle vuonna 1963 syntyneelle naiselle. Kohderyhmänä olivat 49-vuotiaat naiset, jotka osallistuvat kyselyyn noin vuotta ennen ensimmäisen seulontakutsun saamista. Kuviossa 2 on esitetty tutkimuksen aineiston kertyminen kaaviona, josta ilmenee eri kierroksilla saavutetut osallistumisprosentit. Kuviossa ilmoitetut osuudet on laskettu kaikista kutsutuista (n=5000). Lomakkeista 27,4 % (n=1370) palautui ensimmäisessä erässä. Tämän jälkeen suoritettiin muistutuskierrös, jonka jälkeen vielä vastaamattomille lähetettiin kyselylomakkeen toinen erä. Muistutuskierrös ja toisen kyselylomake-erän lähettäminen nostivat vastausprosentin 52,3 %:iin (n=2615).



Kuvio 2. Tutkimusaineiston kertyminen vuonna 2012

6.2 Tutkimusmenetelmä ja käytetyt muuttujat

Tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen ja perustuu kyselylomakkeella saatuihin tietoihin. Kaikista kutsutuista saatiin kotikunta ja siviilisääty Väestörekisterikeskukselta ja koulutusaste Tilastokeskukselta. Aineiston käsittely tapahtui SPSS for Windows 20.0-tilasto-ohjelmalla. Analyysi toteutettiin ristiintaulukoinneilla ja muuttujien välinen riippuvuustarkastelu khiin neliötestillä. Tilastolliseksi merkitsevyystasoksi p valittiin 0,05, mikä vastaa viiden prosentin riskitasoa.

Tutkimuskysymysten selvittämiseksi tarkasteltiin kahta taustamuuttujaa, siviilisääty ja koulutusaste, sekä yhteensä kymmentä hormonaalisia tekijöitä käsittelevää kysymystä. Siviilisäädystä muokattiin kaksiluokkainen muuttuja siten, että yhden luokan muodostivat yksin asuvat ja toisen yhdessä asuvat.

Siviilisääty:

- **Yksin asuvat:** naimaton, asumuserossa, eronnut, leski,
- **Yhdessä asuvat:** avioliitto, rekisteröity parisuhde

Koulutusaste muokattiin kolmiluokkaiseksi. Ensimmäiseen luokkaan ”perusaste” sisällytettiin alemman ja ylempien perusasteen koulutuksen saaneet vastaajat sekä ne, keiltä tieto puuttui. Tämä johtuu siitä, että Tilastokeskuksen tutkintorekisteristä löytyvät ainoastaan perusastetta korkeammat tutkinnot. Näin perusasteen koulutuksen suorittaneet henkilöt rinnastuvat niihin, joista tietoa ei ole saatavilla. Toisen luokan muodosti ”keskiaste”, joka käytännössä sisältää ammattitutkintoihin ja ylioppilastutkintoon rinnastettavat koulutukset. Kolmanteen luokkaan, ”korkea-aste”, sisällytettiin alin korkea-aste, alempi ja ylempi korkeakouluaste sekä tutkijakoulutusaste.

Koulutusaste:

- **perusaste:** alempi perusaste, ylempi perusaste, tieto puuttuu
- **keskiaste:** ammattitutkinto, erikoisammattitutkinto, ylioppilastutkinto
- **korkea aste:** alempi korkeakouluaste, ylempi korkeakouluaste, tutkijakoulutusaste

Hormonaalisia tekijöitä käsittelevistä kysymyksistä valittiin analysoitavaksi seitsemän kysymystä seuraavasti:

- Oletteko käyttänyt tai käyttätkö nykyisin hormonikorvausvalmisteita? =estrogenei- tai estrogenei ja progestiini- valmiste (suun kautta tai geelinä tai laastarina tai emättimeen asetettavana tablettina)

Vastausvaihtoehtoina olivat ”en ole koskaan käyttänyt”, ”käytin aiemmin” ja ”käytän nykyisin”. Kahteen viimeiseen vastaukseen vastaajalla oli mahdollisuus täydentää käytetyn valmisteiden nimiä ja käyttövuodet. Kaikki mainitut valmisteet käytiin läpi Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean pakkausseloste- ja valmisteyhteenvetojen mukaan. (www.fimea.fi) Osa mainituista valmisteista osoittautui indikaatioiltaan ehkäisyvalmisteiksi, joilla ei hoideta vaihdevuosisoireita ja muutama valmiste osoittautui muuksi kuin estrogeneiä tai progestiiniä sisältäväksi valmisteeksi. Jatkoanalyysia varten näistä vastauksista jätettiin huomioimatta kuitenkin vain ne valmisteet, jotka eivät sisältäneet estrogeneiä tai progestiiniä ja kaikki muut kyseisiä aineita sisältävät valmisteet otettiin tarkastelussa huomioon, indikaatiosta huolimatta.

- Mikä oli hormonikorvausvalmisteiden käytön aloittamisen syy?

Vastaajalla oli mahdollisuus vastata tähän kysymykseen joko rastittamalla vain yksi vaihtoehto tai useita vaihtoehtoja. Annetut vastausvaihtoehdot olivat ”hikoilu, kuumat aallot”, ”unihäiriöt”, ”emättimen kuivuus, kutina ja/tai kirvely”, ”yhdyntäkivut”, ”tiheä virtsaaminen, virtsankarkailu, virtsatietulehdukset”, ”lääkärin kehoitus käytön aloittamisesta”, ”tuttavani aloittivat käytön, ja seurasin heidän esimerkkiään” sekä ”muu syy, mikä?”.

- Jos olette käyttänyt hormonikorvausvalmisteita, mutta ette käytä niitä enää, mikä oli käytön lopettamisen syy?

Myös tähän kysymykseen vastaaja saattoi valita yhden tai useamman vaihtoehdon. Vastausvaihtoehtoja olivat: ”verenpaineen nousu, korkea verenpaine”, ”kohdun limakalvo- muutokset”, ”voimakas päänsärky tai migreeni”, ”rintasyöpäepäily tai rintasyöpä itsellä tai sukulaisella”, ”lääkärin kehoitus käytön lopettamisesta”, ”tuttavani lopettivat käytön, ja seurasin heidän esimerkkiään” sekä ”muu syy, mikä?”.

- Jos ette ole käyttänyt hormonikorvausvalmisteita, mikä on syy?

Tässä kysymyksessä vastausvaihtoehtoja olivat seuraavat neljä: ”minulla ei ole ollut halua tai tarvetta hormonikorvausvalmisteiden käyttöön”, ”rintasyöpäepäily tai rintasyöpä itsellä tai sukulaisella”, ”lääkäri on kieltänyt hormonikorvausvalmisteiden käytön” sekä ”muu syy, mikä”. Kysymykseen sai vastata rastittamalla useita vaihtoehtoja.

- Huolestuttaako rintasyöpä teitä?

Rintasyöpähuolestuneisuutta kysyttäessä annettiin viisi vastausvaihtoehtoa. Vaihtoehdot olivat ”ei lainkaan”, ”hieman”, ”jonkin verran”, ”paljon” sekä ”erittäin paljon”. Tilastollista analyysia varten vaihtoehdot luokiteltiin uudelleen kolmeen luokkaan. Ensimmäisen luokan muodosti yksin vaihtoehto ”ei lainkaan”. Toisen luokan muodostivat ”hieman” ja ”jonkin verran”. Kolmannen luokan muodostivat ”paljon” ja ”erittäin paljon”.

- Onko sukulaisillanne todettu rintasyöpää?

Kysymyksessä sukulaisella todetusta rintasyövästä oli annettu neljä vastausvaihtoehtoa sukulaisuussuhteen mukaan. Vastausvaihtoehdot olivat ”ei ole”, ”kyllä, äidillä noin -- vuoden iässä”, ”kyllä, sisarella tai sisarilla noin -- vuoden iässä” sekä ”kyllä, muilla sukulaisella esimerkiksi tädillä tai tyttärellä”. Viimeiseen vastausvaihtoehtoon vastaajalla oli mahdollisuus täydentää sukulaisuussuhde ja arvioitu toteamisikä.

Näillä neljällä luokalla tilastollinen tarkastelu rajoittui vain frekvenssien tarkasteluun. Ristiintaulukointia varten kysymyksen vastausvaihtoehdot luokiteltiin uudestaan kaksiluokkaiseksi. Ensimmäiseen luokkaan ”kyllä” kuuluivat kaikki ne vastaajat, joiden sukulaisella oli todettu rintasyöpä ja toiseen luokkaan ”ei” kuuluivat ne, joiden suvussa rintasyöpää ei ollut todettu.

- Millaiseksi koette oman riskinne sairastua rintasyöpään elämänne aikana?

Koettu oma rintasyöpäriski luokiteltiin myös kolmeen luokkaan. Ensimmäinen luokka muodostui vastausvaihtoehdoista ”erittäin suureksi” ja ”suureksi”, toisen luokan sisältäessä vain vaihtoehdon ”kohtalaiseksi”. Kolmas luokka muodostui vaihtoehdoista ”pieneksi” ja ”erittäin pieneksi”. Kyselylomakkeessa tässä kysymyksessä oli annettu lisäksi vaihtoehto ”minulla todettiin rintasyöpä (vuosi)”. Analyysivaiheessa tämä vaihtoehto jätettiin ristiintaulukoinnista pois, mutta vastaajien itse ilmoittamat rintasyöpätapaukset huomioitiin eri muuttujien frekvenssien tarkastelussa.

Näiden seitsemän kysymyksen lisäksi tarkasteltiin täydentävänä tietona seuraavia kolmea hormonaalisia tekijöitä käsittelevää kysymystä:

- Ovatko kuukautisenne loppuneet?

Vastausvaihtoehtoina tässä kysymyksessä olivat ”kyllä, noin -- -vuotiaana”, ”eivät ole, mutta ne ovat muuttuneet aiempaa epäsäännöllisemmiksi”, ”eivät ole, ja kierto on samanlainen kuin aiemmin” sekä ” en tiedä, koska käytän hormonikorvaushoitoa”.

- Käytättekö nykyisin ehkäisytabletteja?

Tässä kysymyksessä vastausvaihtoehdot olivat ”kyllä, käytän nykyisin ja olen käyttänyt noin -- vuoden ajan”, ” en, mutta olen aiemmin käyttänyt noin -- vuoden ajan” sekä ”en ole koskaan käyttänyt”.

- Käytättekö nykyisin hormonikierukkaa?

Tässä kysymyksessä vastausvaihtoehdot noudattivat samaa kaavaa edellisen kysymyksen kanssa ja vaihtoehdot olivat: ”kyllä, käytän nykyisin ja olen käyttänyt noin -- vuoden ajan”, ”en, mutta olen aiemmin käyttänyt noin -- vuoden ajan” ja ”en ole koskaan käyttänyt”.

Arvioitaessa hormonikorvaushoidon käytön yhteyttä muihin muuttujiin, päätettiin muokata hormonikorvaushoidosta kaksi erilaista muuttujaa. Yksi muuttuja sisältää vain hormonikorvaushoidon käyttöä käsittävän kysymyksen (HT) ja toiseen muuttujaan on tämän kysymyksen lisäksi yhdistetty tiedot nykyisestä tai aiemmasta hormonikierukan käytöstä (HTK).

7. Tulokset

7.1 Valikoituneisuus

Valikoitumisharhan arvioimiseksi vertailtiin vastausosuuksia siviilisäädyn ja koulutusasteen mukaisissa ryhmissä. Kutsun saaneista naisista (n=5000) tieto siviilisäädystä saatiin 4968:lta naiselta. Heistä oli siviilisäädyltään yksin asuvia naisia 2077 eli 41,8 % ja yhdessä asuvia 2891 (58,2 %). Kyselyyn vastanneista yksin asuvia oli 1017 (39 %) ja yhdessä asuvia 1582 (61 %). (Taulukko 4.)

Valikoitumista esitetään taulukossa 4 myös sen mukaan, miten vastanneiden ja vastaamatta jättäneiden osuudet jakautuivat eri siviilisäädyn ja koulutusasteiden muodostamien ryhmien sisällä. Yksin asuvilla ero vastanneiden (49 %) ja vastaamatta jättäneiden (51 %) välillä ei ollut suuri. Yhdessä asuvista suurempi osa (55 %) oli vastannut kyselyyn. Vastaamatta jättäneitä (n=1309) oli noin kymmenen prosenttia vähemmän (45 %).

TAULUKKO 4. Vastanneiden ja vastaamatta jättäneiden osuudet siviilisäädyltään

Siviilisäätty	YKSIN		YHDESSÄ		Yht.	
Vastannut	%	n	%	n	%	n
Ei	51,0	1060	45,3	1309	47,7	2369
Kyllä	49,0	1017	54,7	1582	52,3	2599
Yht.	100,0	2077	100,0	2891	100,0	4968

Koulutusasteiden tarkastelussa huomattiin, että korkeammin koulutetut naiset osallistui-
vat hieman aktiivisemmin kyselytutkimukseen kuin perusasteen tai muun koulutustaus-
tan naiset (taulukko 5). Kaikissa kutsutuissa perusasteen tai muun koulutusasteen suorit-
taneita oli 541 (10,8 %), mutta osallistuneissa heitä oli vain 206 (7,9 %). Sen sijaan nai-
sia, jotka kuuluivat korkean koulutusasteen luokkaan, oli kutsutuissa alle puolet, 2323
(46,5 %) ja osallistuneissa noin puolet 1311 (50 %).

Eri koulutusasteiden sisällä muodostui näkyvämpiä eroja vastauskäyttäytymisessä. Pe-
rusasteen koulutustasolla vastaamatta jättäneiden osuus oli kaikista suurin ryhmän sisäl-
lä, 62 % (n=335). Keskiasteella 49 % (n=1038) ja vastaavasti korkealla asteella 44 %

(n=1012) kutsutuista jätti vastaamatta (taulukko 5). Korkeasti koulutetut vastasivat siis aktiivisemmin. Keskiasteen koulutuksen naisilla ryhmän sisäiset erot eivät olleet paria prosenttia suuremmat ja melko johdonmukaisesti noin puolet vastasi kyselyyn ja vastaavasti puolet jätti vastaamatta.

TAULUKKO 5. Vastanneiden ja vastaamatta jättäneiden osuudet koulutusasteittain

Koulutusaste	Perusaste		Keskiaste		Korkea-aste		Yht.	
Vastannut	%	n	%	n	%	n	%	n
Ei	61,9	335	48,6	1038	43,6	1012	47,7	2385
Kyllä	38,1	206	51,4	1098	56,4	1311	52,3	2615
Yht.	100,0	541	100,0	2136	100,0	2323	100,0	5000

Valikoitumisen arvioimiseksi tarkasteltiin vastausosuuksia myös alueellisesti. Tarkastelussa keskityttiin sairaanhoidon erityisvastuualueiden sekä kaupunkien, taajaan asutun alueen ja maaseudun väliseen vertailuun. Kaikista vastaamatta jättäneistä suurin osuus sijoittui Turun yliopistollisen sairaalan (TYKS) alueelle (50,1 %) ja pienin osuus Oulun Yliopistollisen sairaalan (OYS) alueelle (42,7 %). (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Vastanneiden ja vastaamatta jättäneiden osuudet erva-alueittain

Erityis- vastuu- alue	HYKS		KYS		OYS		TAYS		TYKS		Yht.	
Vastannut	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Ei	48,5	891	48,2	368	42,7	272	47,6	530	50,1	324	47,7	2385
Kyllä	51,5	948	51,8	395	57,3	365	52,4	584	49,9	323	52,3	2615
Yht.	100,0	1839	100,0	763	100,0	637	100,0	1114	100,0	647	100	5000

Osallistumisprosentteja vertailtiin myös Tilastokeskuksen kehittämän kuntaryhmituksen mukaan (taulukko 7). Se jakaa kunnat taajamaväestön osuuden ja suurimman taajaman väkiluvun perusteella kolmeen luokkaan: kaupunkimaisiin, taajaan asuttuihin ja maaseutumaisiin kuntiin (Suomen virallinen tilasto SVT- Luokitukset).

Kaupunkimaisten kuntien ja maaseutukuntien vastausosuudet ovat hyvin samanlaiset. Noin puolet jätti vastaamatta ja puolet vastasi kyselyyn. Taajaan asutuissa kunnissa vastaamatta jättäneitä oli kuitenkin vain 43,5 % kutsutuista ja vastanneita peräti 56,5 % kutsutuista.

TAULUKKO 7. Vastausprosentti kuntaryhmien välillä ja niiden sisällä

Kuntaryhmä	Kaupunkimainen		Taajaan asuttu		Maaseutumainen		Yht.	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Vastannut								
Ei	48,6	1665	43,5	347	47,8	373	47,7	2385
Kyllä	51,4	1758	56,5	450	52,2	407	52,3	2615
Yht.	100,0	3423	100,0	797	100,0	780	100	5000

7.2 Taustamuuttujat ja sukulaisella todettu rintasyöpä

Kyselyyn osallistuneista (n=2615) yhdessä asuvia oli 61 % (n=1582) ja yksin asuvia 39 % (n=1017). Tieto siviilisäädystä puuttui kuudeltatoista vastaajalta. Korkean asteen koulutus oli puolella (n=1311) ja keskiasteen koulutus 42 %:lla (n=1098) osallistuneista. Osallistuneista kahdeksalla prosentilla (n=206) oli perusasteen koulutus (taulukko 5).

Yksin asuvista 47 % (n=478) oli käynyt keskiasteen koulutuksen, osuuden ollessa 39 % (n=617) yhdessä asuvilla. Korkean asteen koulutus oli yleisempi yhdessä asuvilla yltäen 55 %:iin (n=870), sen ollessa yksin asuvilla vain 43 % (n=437). Perusasteen tai muu koulutus oli yksin asuvilla yleisempi (10 %, n=102) kuin yhdessä asuvilla (6 %, n= 95). (Taulukko 8)

TAULUKKO 8. Siviilisääty ja koulutusaste

Siviilisääty	Koulutusaste						Yhteensä
	Perusaste	%	Keskiaste	%	Korkea aste	%	
Yksin asuvat	102	10.0	478	47.0	437	43.0	1017
Yhdessä asuvat	95	6.0	617	39.0	870	55.0	1582
Yhteensä	197	7.6	1095	42.1	1307	50.3	2599

Tutkimuslomakkeessa kysyttiin vastaajien suvussa todettuja rintasyöpätapauksia. Suurimmalla osalla vastaajista, 73 %:lla (n=1870), ei ollut heidän ilmoituksensa mukaan todettu rintasyöpää suvussa, vastaavasti 27 %:lla (n=711) oli todettu suvussa rintasyöpää. Hieman alle viisi prosenttia ilmoitti äidillään todetun rintasyövän, ja noin kahdella prosentilla kyseessä oli sisar. Kuitenkin 17 % (n=447) niistä vastaajista, joilla suvussa oli todettu rintasyöpää, ilmoitti, että kyseessä oli joku muu sukulainen, esimerkiksi täti tai tytär. Kahdella prosentilla vastaajista (n=54) sekä äidillä että jollakin muulla sukulaisella oli todettu rintasyöpä ja hieman alle prosentilla (n=24) rintasyöpä oli todettu sisarella ja muulla sukulaisella. Vastaajia, joiden äidillä ja sisarella oli todettu rintasyöpä, oli hieman alle puoli prosenttia (n=10).

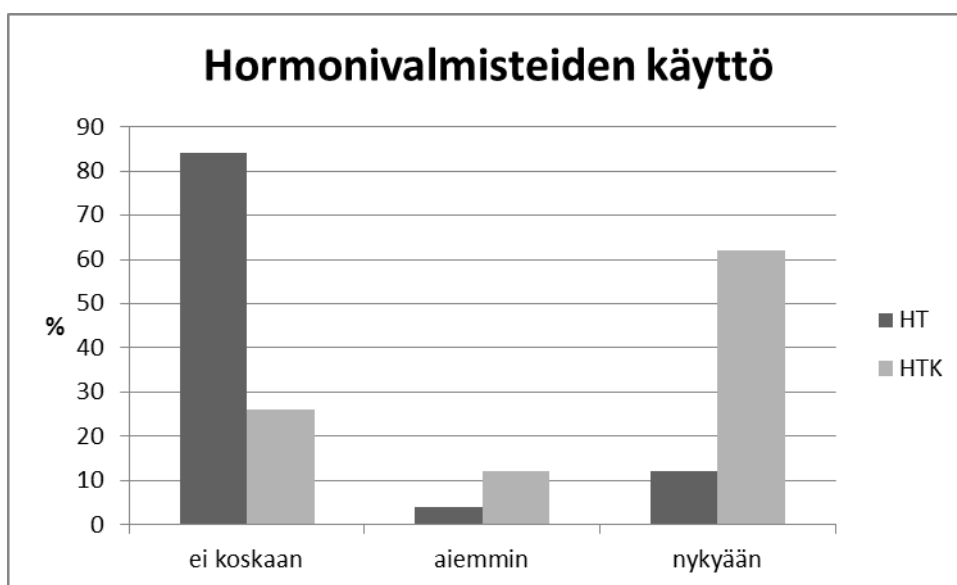
Molemmissa siviilisäädyissä noin 73 %:lla ei ollut todettu rintasyöpätapauksia suvussa ja noin 27 %:lla tapauksia löytyi. Korkean asteen koulutuksen vastaajien keskuudessa suvussa todettuja rintasyöpätapauksia oli suhteessa eniten. Heistä 29 % (n=380) ilmoitti, että suvussa oli todettu rintasyöpää, kun 71 % (n= 921) ilmoitti, että tapauksia ei ollut todettu. Vastaavasti keskiasteen vastaajista 26 % (n=284) ja perusasteen vastaajista 23 % (n=47) ilmoitti, että rintasyöpätapauksia oli todettu. Keskiasteella 74 % (n= 796) ja perusasteella 77 % (n= 153) ilmoitti, että tapauksia ei ollut todettu. Erot eri koulutusasteiden välillä olivat tilastollisessa tarkastelussa alle tilastollisen merkitsevyydestason ($\chi^2=4,287$, $df=2$, $p=0,117$).

7.3. Hormonikorvaushoidon käyttö

7.3.1 Käytön yleisyys

Kuviossa 3 on esitetty nykyisten, aiempien ja ei koskaan hormonivalmisteita käyttäneiden vastaajien lukumääriä kahden eri luokittelun mukaan. Varsinaisten hormonikorvausvalmisteiden (HT) käytön yleisyyttä selvitettiin kysymyksellä, jossa pyydettiin ilmoittamaan pelkkää estrogeenia sisältävien valmisteiden sekä estrogeenia- ja progestiinia sisältävien yhdistelmävalmisteiden käyttö joko suun kautta, geelinä, laastarina tai tablettina annosteltuna. Jopa 84 % kysymykseen vastanneista (n=2142) ilmoitti, ettei ollut koskaan käyttänyt kyseisiä valmisteita neljän prosentin (n=100) ilmoittaessa käyttäneensä näitä valmisteita aiemmin. Nykyisiä käyttäjiä tämän kysymyksen perusteella oli 12 % (n=312).

Toinen muuttuja sisälsi hormonikorvausvalmisteiden ja/tai hormonikierukan käytön. Naisia, jotka eivät olleet koskaan käyttäneet hormonikorvausvalmisteita eivätkä hormonikierukkaa (HTK) oli 26 % (n=681). Naisia, jotka olivat aiemmin käyttäneet jompaakumpaa tai molempia valmisteita oli 12 % (n=308) ja nykyisiä käyttäjiä oli 62 % (n=1623).



Kuvio 3. Vertailu hormonikorvausvalmisteiden (HT) käytön ja hormonikorvausvalmisteiden ja/tai hormonikierukan (HTK) käytön välillä.

Vastauksessa oli mahdollista ilmoittaa myös käytetyn valmisteiden nimi sekä käyttöajanjakso. Mainintoja käytetyistä valmisteista tuli 386, yhteensä 35:stä eri valmisteesta. Kaikki valmisteet eivät vastanneet indikaatioiltaan vaihdevuosisoireiden hoitoa, vaikkakin sisälsivät estrogeenia, progestiinia tai molempia. Todellisten vaihdevuosisoireisiin valmisteita käyttävien naisten määrän arvioimiseksi päätettiin tarkastella myös kysymyksiä kuukautiskierrosta sekä ehkäisyvalmisteiden käytöstä.

Kysymyksessä, jossa tiedusteltiin kuukautisten loppumista 23 % (n=571) vastanneista ilmoitti kuukautistensa jo loppuneen ja 31 % (n=784) ilmoitti kuukautisten muuttuneen aiempaa epäsäännöllisemmäksi, mutta ei vielä loppuneen. Vastaajista 28 % (n=715) ilmoitti kuukautiskierron olevan yhä samanlainen kuin aiemmin. Vastaajia, jotka ilmoittivat, etteivät tiedä kuukautiskierron mahdollisesta loppumisesta, koska käyttävät hormonikorvaushoitoa oli peräti 18 % (n=452). Lähempi tarkastelu ja käsiteltävän kysymyksen tietojen yhdistäminen hormonikorvausvalmisteiden käyttöä sekä ehkäisytablettien ja hormonikierukan käyttöä käsitteleviin kysymyksiin paljasti, että jopa 66 % (n=298) näistä 452:stä naisesta tosiasiaa käytti hormonikierukkaa, mutta he eivät olleet maininneet käyttävänsä hormonikorvausvalmisteita niitä käsittelevissä kysymyksissä. Vastaavasti noin neljä prosenttia (n=18) ilmoitti käyttävänsä ehkäisytabletteja, mutta ei hormonikorvausvalmisteita.

Eri kysymyksiä yhdistelemällä ja niissä ilmoitettuja tietoja käyttämällä muodostettiin arvio, että vain noin viisi prosenttia (n=132) kaikista kyselyyn osallistuneista todella vastaushetkellä käyttivät tarkasteltavia valmisteita vaihdevuosisoireiden hoitoon. Tähän viiteen prosenttiin lukeutuvat myös ne naiset, jotka ovat kyselylomakkeessa ilmoittaneet käyttävänsä nykyään sekä hormonikorvaushoitoa että hormonikierukkaa tai ehkäisytabletteja. Koska vastaajien ilmoittamissa tiedoissa esiintyi epä johdonmukaisuutta, voidaan arvioida todellisen nykyisten käyttäjien määrän asettuvan jonkin viiden ja kymmenen prosentin välille.

Tarkasteltaessa hormonivalmisteiden käyttäjämääriä siviilisäädyn mukaan kävi ilmi, että pelkän hormonikorvausvalmisteiden (HT) käytön sisältävän muuttujan ja sekä hormonikorvausvalmisteiden että hormonikierukan käytön sisältävän muuttujan (HTK) perusteella saatiin tilastolliselta merkitsevyydeltään erilaista tietoa. Perustuen ainoastaan HT: a käsittelevään tietoon, eri siviilisäättyjen välillä ei ollut huomattavaa eroa aiemmin käyttäneiden tai nykyisten käyttäjien ryhmässä. Merkittävää eroa ei ollut myös-

kään yksin ja yhdessä asuvien välillä niiden osalta, jotka eivät ole koskaan käyttäneet hormonihoidtoa. Erot eri siviilisäätyjen välillä kaikissa käyttäjäryhmissä olivat vain noin yhden prosentin luokkaa.

Kun tarkasteltiin hormonikorvaushoidon ja/tai hormonikierukan käyttäjiä (HTK) eri siviilisäätyjen kesken, saatiin ryhmien välille eroja (taulukko 9). Yhdessä asuvien joukossa oli yksin asuviin verrattuna suhteessa enemmän niitä, jotka eivät olleet koskaan käyttäneet kyseisiä valmisteita. Nykyisiä käyttäjiä oli yksin asuvien joukossa noin 67 % (n= 685) kun taas yhdessä asuvien joukossa osuus oli noin 59 % (n=925). Aiempia käyttäjiä oli yhdessä asuvien joukossa noin kaksi prosenttia yksin asuvia enemmän. Erot olivat myös tilastollisesti merkitseviä ($\chi^2=20,686$, $df=2$, $p=0,000$).

TAULUKKO 9. Hormonikorvausvalmisteiden ja/tai hormonikierukan käyttö eri siviilisäädyissä

Siviilisääty						
	Yksin asuvat		Yhdessä asuvat		Yht.	
HTK:n käyttö	%	n	%	n	%	n
En ole koskaan käyttänyt	22,4	228	28,5	451	26,2	679
Käytin aiemmin	10,1	103	12,9	204	11,8	307
Käytän nykyään	67,4	685	58,5	925	62,0	1610
Yht.	100,0	1016	100,0	1580	100,0	2596

Koulutusasteen ja pelkän HT:n käytön välillä ei ilmennyt merkittäviä eroja aiempien eikä nykyisten käyttäjien välillä, kuten ei myöskään niiden, jotka eivät olleet koskaan käyttäneet HT:a. Tarkasteltaessa HTK:n käyttäjiä erot olivat selkeämpiä (taulukko 10). Niitä, jotka eivät olleet koskaan käyttäneet kyseisiä valmisteita oli eniten keskiasteen koulutuksen (25 %, n=277) tai korkeanasteen koulutuksen vastaajissa (28 %, n=371). Perusasteen vastaajissa heitä oli vain 16 % (n=33). Perusasteen koulutuksen vastaajien keskuudessa nykyisiä käyttäjiä oli suhteessa eniten, noin 69 % (n=140). Keskiasteen koulutusryhmässä nykyisiä käyttäjiä oli 62 % (n=684) ja korkeanasteen ryhmässä 61 % (n=799). Myös aiempia käyttäjiä oli perusasteen vastaajissa eniten, kun taas korkeanasteen vastaajissa heitä oli vähiten. Erojen tilastollinen merkittävyys oli kohtuullinen p-arvon alittaessa viiden prosentin merkitsevyystason ($\chi^2=15,671$, $df=4$, $p=0,003$).

TAULUKKO10. Hormonivalmisteiden ja/tai hormonikierukan käyttö
koulutusasteittain

	Koulutusaste							
	Perusaste		Keskiaste		Korkea aste		Yht.	
HTK:n käyttö	%	n	%	n	%	n	%	n
En ole koskaan käyttänyt	16,2	33	25,3	277	28,3	371	26,1	681
Käytin aiemmin	15,2	31	12,4	136	10,8	141	11,8	308
Käytän nykyään	68,6	140	62,4	684	60,9	799	62,1	1623
Yht.	100,0	204	100,0	1097	100,0	1311	100,0	2612

Sukulaisella todetulla rintasyövällä ja pelkän HT:n tai HTK:n välillä ei esiintynyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Niiden joukossa, joiden suvussa oli todettu rintasyöpää, oli kolme prosenttia enemmän henkilöitä, jotka eivät olleet koskaan käyttäneet mitään valmisteita. Aiempia ja nykyisiä käyttäjiä oli heidän joukossaan yhdestä kahteen prosenttia vähemmän.

7.3.2 Eri valmisteet ja niiden käytön sekä käytön lopettamisen syyt

Mainittuja hormonikorvausvalmisteita oli yhteensä 35. Kymmenellä vaihdevuosien hormonikorvaushoitoon tarkoitettulla kyselylomakkeessa vastaajien mainitsemalla valmisteella oli yli kymmenen käyttäjää. Näistä kuusi kuului pelkkää estrogeenia sisältäviin valmisteisiin, kaksi yhdistelmävalmisteisiin ja kaksi progestiinivalmisteisiin. Yleisimmin ilmoitettu (n=22) vaihdevuosien hormonikorvausvalmiste oli emättimen kuivutusta ja ärsytystä lievittämään tarkoitettu emätinpuikkona tai tablettina annosteltava paikallisvalmiste. Viisi valmisteista oli tablettimuotoisia, kaksi oli geelivalmisteita, yksi oli depotlaastari ja yksi oli vaihtoehtoisesti joko emätinpuikkona, -voiteena tai -tablettina annosteltava valmiste. Viidestä yhdeksään mainintaa keräsi kahdeksan eri valmistetta ja loput 17 mainittiin yhdestä neljään kertaa.

Yleisin syy hormonikorvausvalmisteen käytön aloittamiseen oli hikoilu ja kuumat aallot, jonka mainitsi noin 18 % käyttäjistä (n=73). Myös genitaalialueen oireet, kuten emättimen kuivuus, kutina ja kirvely osoittautui yleiseksi käytön aloittamisen syyksi, 12 %:lla

vastaajista (n=49). Lääkäriin kehoitus käytön aloittamisesta, unihäiriöt sekä virtsatieongelmat, kuten tiheävirtsaus, virtsankarkailu ja virtsatietulehdukset saivat vähemmän mainintoja, mutta kuitenkin kukin yli 30 (7 %). Yhdyntäkivut mainittiin käyttösyyksi 18:sta vastaajan (4 %) toimesta. Tuttavien käyttöesimerkin seuraaminen ei noussut merkittäväksi syyksi. Sitä ei myöskään mainittu lainkaan ainoana käytön aloittamisen syynä.

Myös muita syitä nousi kyselyssä esiin runsaasti. Erityisesti erilaiset vuotohäiriöt ja kuukautisten muuttuminen epäsäännölliseksi osoittautui yleiseksi syyksi käytön aloittamiseen joko ainoana mainittuna syynä tai muiden syiden ohella. Muutama maininta tuli myös siitä, että vastaaja koki itsensä nuoreksi vaihdevuosisoireisiin. Myös erilaiset mielialoihin ja tunnetiloihin liittyvä syyt saivat useita mainintoja. Näistä tyypillisiä esimerkkejä olivat mielialavaihtelut, ärtyisyys ja kiukkuisuus sekä alakuloisuus, itkuisuus ja herkkyys. Vastaajista 18 mainitsi käytön aloittamisen syyksi kohdun ja/tai munasarjojen poiston. Muita mainittuja syitä olivat muun muassa endometrioosi, migreeni, muistamattomuus sekä osteoporoosin ehkäisy.

Kyselylomakkeessa selvitettiin myös hormonikorvausvalmisteiden käytön lopettamissyitä. Aiemmin käyttäneiden (n=100), mutta vastaushetkellä jo lopettaneiden yleisimmiksi lopettamissyiksi nousivat voimakas päänsärky tai migreeni sekä se, että tuttavat olivat lopettaneet valmisteiden käytön ja vastaaja seurasi heidän esimerkkiään. Yli kymmenen vastaajaa mainitsi nämä syyt. Myös rintasyöpäepäily itsellä tai sukulaisella mainittiin kahdeksassa lomakkeessa. Muita yleisiä lopettamissyitä olivat päätös tai yritys pärjätä ilman valmisteita ja se, ettei valmisteiden käyttöä katsottu tarpeelliseksi. Noin kymmenesosa vastaajista ilmoitti lopettamissyiksi sen, että oire oli valmisteiden käytön myötä poistunut tai tilanne oli normalisoitunut. Kuitenkin suunnilleen saman verran vastaajia ilmoitti, että käytetystä valmisteesta ei ollut ollut apua oireisiin. Muutamissa lomakkeissa pohdittiin myös syöpäriskiä suhteessa saavutettuun hyötyyn ja yleisesti pelkoa rintasyövästä sekä hormonikorvaushoidon muista mahdollisista sivuvaikutuksista. Moni vastaajista raportoi fyysisiä oireita, kuten turvotusta, painonnousua, sydämen tykytyksiä ja uusia vuotohäiriöitä, joiden vuoksi olivat lopettaneet käytön. Mielialojen vaihtelut, unohtelu ja hermostuneisuus nousivat esille noin viidellä prosentilla kysymykseen vastanneista.

Kysyttäessä syitä siihen, miksi hormonikorvausvalmisteita ei ollut koskaan käytetty, noin 90 % vastaajista ilmoitti, ettei tarvetta tai halua ollut. Noin neljä prosenttia vastaa-

jista mainitsi syyksi rintasyöpäepäilyn itsellä tai sukulaisella ja tämä mainittiin erikseen myös muiden syiden yhteydessä kuudessa lomakkeessa. Noin prosentti ilmoitti lääkärin kieltäneen hormonikorvausvalmisteiden käytön. Muut sairaudet, laskimotulppavaara ja muiden aikaisemmin käytettyjen hormonivalmisteiden, kuten ehkäisyvalmisteiden so-pimattomuus keräsivät muutamia mainintoja. Yllättäen hieman yli kymmenessä lomak-keessa oli todettu, ettei hormonikorvausvalmiste käsitteenä ollut vastaajalle tuttu, eikä liiemmin kyseisten valmisteiden käyttötarkoitukseen. Kahdeksan vastaajaa mainitsi erikseen myös luottavansa terveellisiin elämäntapoihin, luontaistuotteisiin, homeopati-aan tai muihin vaihtoehtohoitoihin.

7.4 Koettu rintasyöpäriski ja huolestuneisuus

Koettu rintasyöpäriski

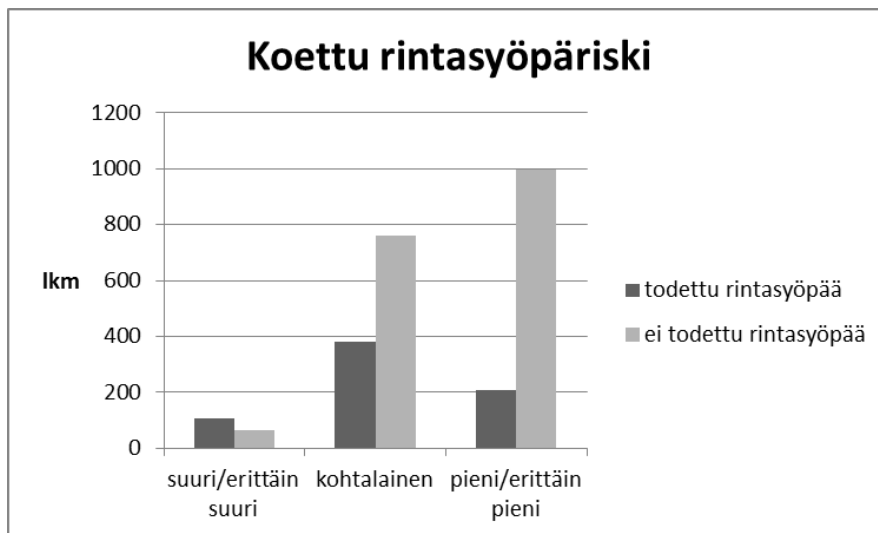
Kyselylomakkeessa kysyttiin millaiseksi vastaaja arvioi oman riskinsä sairastua rin-tasyöpään elämänsä aikana. Valtaosa, 48 % (n=1218), koki riskinsä pieneksi tai erittäin pieneksi, mutta kohtalaiseksi riskinsä kokevia oli lähes yhtä paljon, 45 % (n=1157). Vain seitsemän prosenttia (n=172) vastaajista koki riskinsä suureksi tai erittäin suureksi.

Erittäin suureksi tai suureksi rintasyöpäriskinsä kokevia oli sekä yksin (n=68) että yh-dessä asuvien (n=100) parissa vajaa seitsemän prosenttia. Kohtalaiseksi riskinsä koke- via oli yhdessä asuvien joukossa 47 % (n=723) ja yksin asuvien joukossa 43 % (n=432). Pieneksi tai erittäin pieneksi riskinsä kokevia oli yksin asuvien joukossa jopa puolet (n=495) ja noin neljä prosenttia enemmän kuin yhdessä asuvien joukossa, jossa heitä oli 46 % (n=713).

Eri koulutusasteiden vastaajien välillä erot olivat hieman siviilisäätöjen välisiä eroja suurempia. Perusasteen vastaajilla oli yhdeksällä prosentilla suurin osuus niitä, jotka kokivat riskinsä suureksi tai erittäin suureksi (n=18). Keskiasteen osuus oli seitsemän prosenttia (n=75) ja korkean asteen osuus kuusi prosenttia (n=79) kaikista ryhmän vas-taajista, joten erot tässä huolestuneisuusluokassa jäivät muutama prosenttiyksikköön. Perusasteen koulutuksen vastaajissa oli myös 53 %:lla (n=102) suurin osuus niitä, jotka kokevat riskinsä pieneksi tai erittäin pieneksi. Keskiasteen koulutuksen vastaajissa heitä oli 49 % (n=523) ja korkean asteen koulutuksen vastaajissa 46 % (n=593). Sen sijaan

kohtalaiseksi rintasyöpäriskinsä kokevia oli korkean asteen koulutuksen vastaajilla eniten, noin 48 % (n=615), osuuden ollessa noin 38 % (n=73) perusasteen koulutuksen vastaajilla. Keskiasteen vastaajista 44 % (n=469) ilmoitti kokevansa riskinsä kohtalaiseksi. Yhteys ei ollut tilastollisesti aivan merkitsevä, tuloksen ollessa juurikin merkitsevyystasolla ($\chi^2=9,433$, $df=4$, $p=0,051$).

Sukulaisella todetun rintasyövän ja koetun rintasyöpäriskin välillä todettiin tilastollisesti merkitsevä yhteys ($\chi^2=183,301$, $df=2$, $p=0,000$). Kuviossa 3 esitetään koettu rintasyöpäriski vastaajien lukumäärinä sen mukaan, onko suvussa todettu rintasyöpää vai ei. Niiden vastaajien joukossa, joiden suvussa ei ollut todettu rintasyöpää, suureksi tai erittäin suureksi rintasyöpäriskinsä koki vain vajaa neljä prosenttia (n=65). Vastaajilla, joiden suvussa rintasyöpää oli todettu, tämä osuus oli huomattavasti suurempi, noin 15 % (n=106). Kohtalaiseksi riskinsä koki noin 42 % (n=762) niistä, joiden suvussa rintasyöpää ei ollut todettu ja vastaavasti noin 55 % (n=381) näin arvioi niistä, joilla suvussa oli rintasyöpää. Johdonmukaisesti suurempi osa niistä, joiden suvussa ei ollut rintasyöpää, koki riskinsä pieneksi tai erittäin pieneksi niiden joukossa, 55 % (n=996) verrattuna niihin, joiden suvussa rintasyöpää oli todettu, 30 % (n=209).



Kuvio 4. Sukulaisella todettu rintasyöpä ja koettu rintasyöpäriski

Huolestuneisuus rintasyövästä

Lomakkeessa kysyttiin myös sitä, huolestuttaako rintasyöpä vastaajia. Vastaajista 74 % (n=1909) ilmoitti, että rintasyöpä huolestuttaa hieman tai jonkin verran ja kymmentä prosenttia (n=257) rintasyöpä huolestutti paljon tai erittäin paljon. Noin 17 % vastaajista (n=432) ilmoitti, ettei rintasyöpä huolestuta heitä lainkaan.

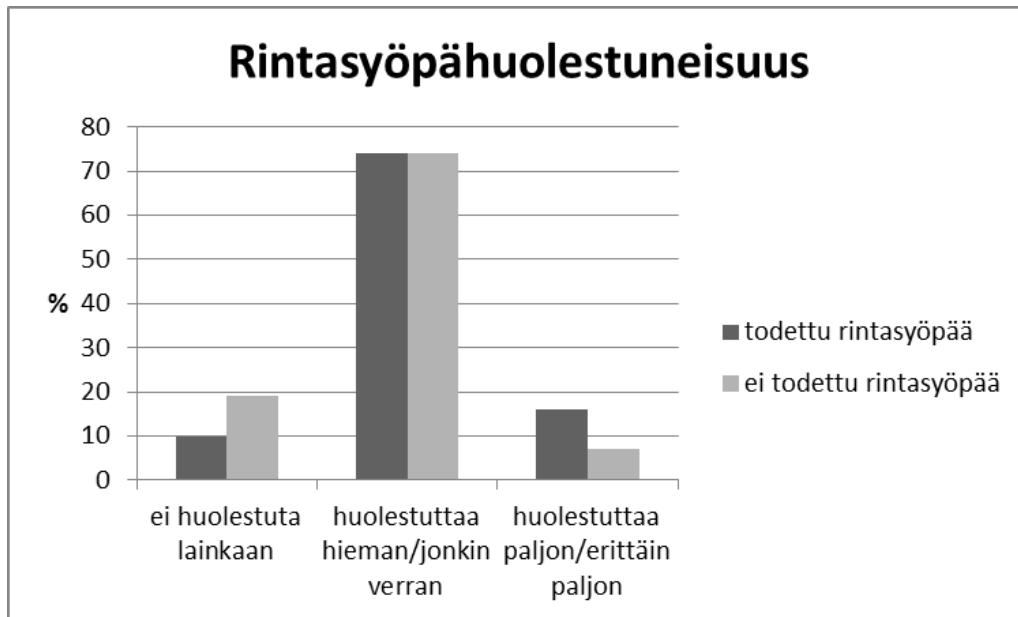
Rintasyöpähuolestuneisuudessa ei ilmennyt suuria eroja eri siviilisäätysten välillä. Sekä yksin että yhdessä asuvien kohdalla ei lainkaan huolestuneita oli 16–17 % (yksin asuvia n=172, yhdessä asuvia n=253) ja hieman tai jonkin verran huolestuneita 73–74 % (yksin asuvia n=741, yhdessä asuvia n=1163). Paljon tai erittäin paljon huolestuneita oli yksin asuvien joukossa 99 ja yhdessä asuvien joukossa 154 vastaajaa käsittäen molemmissa ryhmissä noin kymmenen prosenttia vastaajista.

Koulutusasteittain rintasyöpähuolestuneisuutta on kuvattu taulukossa 11. Yhteys osoitautui tilastollisesti merkitseväksi ($\chi^2=25,557$, $df=4$, $p=0,000$). Niitä, joita rintasyöpä ei huolestuttanut lainkaan oli perusasteen tai muun koulutuksen kategoriassa jopa 24 % (n=48), luvun ollessa keski- ja korkean asteen koulutuksen vastaajilla 15–16 % (keskiasteella n=170, korkealla asteella n=204). Erot olivat huomattavia myös hieman tai jonkin verran huolestuneiden ryhmässä. Näitä vastaajia oli perusasteen tai muun koulutuksen kohdalla 59 % (n=119), kun taas keskiasteen ja korkean asteen vastaajien joukossa heitä oli huomattavasti enemmän 74–75 % (keskiasteella n=819, korkealla asteella n=971). Eniten niitä, jotka ilmoittivat olevansa paljon tai erittäin paljon huolissaan rintasyövästä oli perusasteen tai muun koulutuksen vastaajissa 17 %:n osuudella (n=35). Keskiasteen ja korkean asteen koulutuksen vastaajien keskuudessa tämä osuus oli molemmissa noin yhdeksän prosenttia (keskiasteella n=102, korkealla asteella n=120).

TAULUKKO 11. Rintasyöpähuolestuneisuus eri koulutusasteilla

	Koulutusaste							
	Perusaste		Keskiaste		Korkea aste		Yht.	
Huolestuneisuus	%	n	%	n	%	n	%	n
Ei lainkaan	23,8	48	15,6	170	16,4	214	16,6	432
Hieman tai jonkin verran	58,9	119	75,1	819	74,4	971	73,5	1909
Paljon tai erittäin paljon	17,3	35	9,3	102	9,2	120	9,9	257
Yht.	100,0	202	100,0	1091	100,0	1305	100,0	2598

Kuviossa 5 esitetään sukulaisella todetun rintasyövän yhteys rintasyöpähuolestuneisuu- teen, joka osoittautui ristiintaulukoinnissa myös tilastollisesti merkitseväksi ($\chi^2=63,394$, $df=2$, $p=0,000$). Vastaajia, joita rintasyöpä ei huolettanut lainkaan oli 19 % ($n=354$) niiden joukossa, joiden suvussa ei ollut rintasyöpää todettu. Vastaava luku oli vain kymmenen prosenttia ($n=71$) niiden joukossa, joiden suvussa rintasyöpää oli todettu. Hieman tai jonkin verran huolestuneita vastaajia oli 526 niiden joukossa, joiden suvussa oli todettu rintasyöpää ja vastaavasti 1372 niiden, joiden suvussa ei ollut rintasyöpää todettu. Molemmissa ryhmissä heitä oli siis noin 74 %. Sen sijaan niiden vastaajien jou- kossa, joiden suvussa oli todettu rintasyöpää, noin 16 % ($n=113$) ilmoitti, että rintasyöpä huolestuttaa heitä paljon tai erittäin paljon. Vastaava luku oli vain noin seitsemän pro- senttia ($n=138$) niiden joukossa, joiden suvussa rintasyöpää ei ollut todettu.



Kuvio 5. Suvussa todetun rintasyövän ja rintasyöpähuolestuneisuuden yhteys

Hormonivalmisteiden käytön, koetun rintasyöpäriskin ja huolestuneisuuden yhteys

Analyysivaiheessa selvitettiin myös hormonikorvausvalmisteiden käytön ja koetun rintasyöpäriskin sekä huolestuneisuuden välistä yhteyttä. Tilastollisesti merkittävää yhteyttä ei voitu osoittaa tarkasteltaessa vain kysymystä, jolla selvitettiin pelkkien hormonikorvausvalmisteiden (HT) käyttöä, eikä myöskään hormonikierukan käyttö tarkasteluun sisällyttäen (HTK).

Taulukossa 12 esitetään koettu rintasyöpäriski ristiintaulukoituna hormonikorvausvalmisteiden (HT) käytön kanssa. Suureksi tai erittäin suureksi riskinsä koki valmisteita koskaan käyttämättömistä vajaa seitsemän prosenttia (n=136), aiemmista käyttäjistä 11 % (n=11) ja nykyisistä käyttäjistä myös vajaa seitsemän prosenttia (n=20).kohtalaiseksi riskinsä kokevien prosentuaaliset osuudet sijoittuivat kaikissa ryhmissä 41%:n ja 46 %:n välille. Pieneksi tai erittäin pieneksi riskinsä kokevia oli myös hyvin samanlaiset suhteelliset osuudet kussakin ryhmässä, 47,5 %:sta 47,8 %:iin.

TAULUKKO 12. Koettu rintasyöpäriski ja hormonikorvausvalmisteiden käyttö

Hormonikorvausvalmisteiden (HT) käyttö								
	en ole koskaan käyttänyt		käytin aiemmin		käytän nykyään		Yht.	
	%	n	%	n	%	n	%	n
koettu rintasyöpäriski								
suuri/erittäin suuri	6,5	136	11,1	11	6,5	20	6,7	167
kohtalainen	45,7	955	41,4	41	45,8	140	45,5	1136
pieni/erittäin pieni	47,8	999	47,5	47	47,7	146	47,8	1192
Yht.	100,0	2090	100,0	99	100,0	306	100,0	2495

Taulukossa 13 esitetään koetun rintasyöpäriskin ja hormonikorvausvalmisteiden ja/tai hormonikierukan yhteyttä. Tässä tarkastelussa ryhmien välillä eroja oli hieman enemmän. Valmisteita käyttämättömistä kuusi prosenttia (n=43) koki riskinsä suureksi tai erittäin suureksi, mutta suurin osuus, noin 48 %, koki riskinsä kohtalaiseksi. Pieneksi tai erittäin pieneksi riskinsä heistä koki vajaa 46 % (n=304). Aiemmistä käyttäjistä myös pienin osuus, noin seitsemän prosenttia (n=21), koki riskinsä suureksi tai erittäin suureksi, mutta suurin osuus oli riskinsä pieneksi tai erittäin pieneksi kokevia, jopa 51 % (n=150). Myös nykyisistä käyttäjistä pienin osuus, noin seitsemän prosenttia (n=108), koki riskinsä pieneksi tai erittäin pieneksi, kun taas aiempien käyttäjien lailla suurin osuus oli 48 %:lla (n=762) niitä, jotka kokivat riskinsä pieneksi tai erittäin pieneksi. (Taulukko 13.)

TAULUKKO 13. Koettu rintasyöpäriski ja hormonivalmisteiden ja/tai hormonikierukan käyttö

	Hormonikorvausvalmisteiden ja/ tai hormonikierukan (HTK) käyttö							
	en ole koskaan käyttänyt		käytin aiemmin		käytän nykyään		Yht.	
koettu rintasyöpäriski	%	n	%	n	%	n	%	n
suuri/erittäin suuri	6,4	43	7,2	21	6,8	108	6,8	172
kohtalainen	48,1	321	41,6	122	45,1	714	45,5	1157
pieni/erittäin pieni	45,5	304	51,2	150	48,1	762	47,8	1216
Yht.	100,0	668	100,0	293	100,0	1584	100,0	2545

Rintasyöpähuolestuneisuuden ja hormonikorvausvalmisteiden käytön välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($\chi^2=10,724$, $df=4$, $p=0,030$). Niiden vastaajien joukossa, jotka eivät koskaan olleet käyttäneet pelkkiä hormonikorvausvalmisteita (HT) oli 17 % ($n=360$) niitä, joita rintasyöpä ei huolestuttanut lainkaan. Nykyisten käyttäjien joukossa tämä osuus oli hieman yli 17 % ($n=54$), kun taas aiemmin käyttäneiden joukossa osuus oli vain kahdeksan prosenttia ($n=8$). Hieman tai jonkin verran huolestuneiden osuus oli aiemmin käyttäneiden ja ei koskaan valmisteita käyttäneiden kohdalla noin 77 ja 74 prosenttia (aiemmin käyttäneet $n=76$, ei koskaan käyttäneet $n=1579$), kun nykyisten käyttäjien osalta se oli vain 70 % ($n=219$). Eniten rintasyöpä huolestutti aiempia käyttäjiä, noin 15 %:n osuudella ($n=15$) käyttäjäryhmän vastaajista. (Taulukko 14.)

TAULUKKO 14. Rintasyöpähuolestuneisuus ja hormonikorvausvalmisteiden käyttö

	Hormonikorvausvalmisteiden (HT) käyttö							
	En ole koskaan käyttänyt		Käytin aiemmin		Käytän nykyään		Yht.	
Huolestuneisuus	%	n	%	n	%	n	%	n
Ei lainkaan	16,9	360	8,1	8	17,4	54	16,6	422
Hieman tai jonkin verran	74,0	1579	76,8	76	70,4	219	73,6	1874
Paljon tai erittäin paljon	9,2	196	15,2	15	12,2	38	9,8	249
Yht.	100,0	2135	100,0	99	100,0	311	100,0	2545

Tilastollisesti merkitsevä yhteys löytyi myös sekä hormonikorvausvalmisteet että hormonikierukan sisältämässä tarkastelussa ($\chi^2= 13,186$, $df=4$, $p= 0,010$). Nykyisten käyttäjien joukossa oli 19 % ($n=299$) oli niistä, joita rintasyöpä ei huolestuttanut lainkaan. Vähiten, 13 % ($n=88$), heitä oli niiden joukossa, jotka eivät koskaan olleet käyttäneet kyseisiä valmisteita. Paljon tai erittäin paljon rintasyöpä huolestutti nykyisistä käyttäjistä noin kymmentä prosenttia ($n=165$), osuuden yltäessä lähes samalle tasolle valmisteita käyttämättömissä ($n=63$) ja aiempien käyttäjien joukossa ($n=29$). (Taulukko 15.)

TAULUKKO 15. Rintasyöpähuolestuneisuus ja hormonikorvausvalmisteiden ja/tai hormonikierukan käyttö

Hormonikorvausvalmisteiden ja/tai hormonikierukan (HTK) käyttö								
	En ole koskaan käyttänyt		Käytin aiemmin		Käytän nykyään		Yht	
Huolestuneisuus	%	n	%	n	%	n	%	n
Ei lainkaan	13,0	88	14,7	45	18,5	299	16,6	432
Hieman tai jonkin verran	77,7	527	75,8	232	71,2	1148	73,5	1907
Paljon tai erittäin paljon	9,3	63	9,5	29	10,2	165	9,9	257
Yht.	100,0	678	100,0	306	100,0	1612	100,0	2596

8 Pohdinta

8.1 Tulosten yleistettävyys ja luotettavuuden arviointi

Tutkimusasetelma ja otoskoko

Poikkileikkaustutkimus on epidemiologisena tutkimusasetelmana hyvä menetelmä, kun halutaan selvittää tietyn altisteen ja vasteen esiintyvyyttä tietyssä populaatiossa tiettyinä ajankohtana. Tällä tutkimusasetelmalla voidaan myös selvittää asenteita, uskomuksia, tietoa ja kokemuksia määriteltyyn ilmiöön liittyen. (dos Santos Silva, 1999.) Tässä tutkimuksessa selvitettiin hormonikorvaushoidon käytön ja sukulaisella todetun rintasyövän yleisyyttä poikkileikkaustutkimukselle tyypillisesti, tietyssä populaatiossa tiettyinä aikana. Tutkimuksessa kerättiin myös tietoa naisten kokemuksista omasta rintasyöpäriskistään sekä rintasyöpään liittyvää huolestuneisuutta, mikä sopii hyvin poikkileikkaustutkimuksen asetelmaan.

Poikkileikkaustutkimuksen heikkouksiin kuuluu se, että sen avulla ei voida selvittää altisteen ja vasteen kausaalista suhdetta. Tämä johtuu siitä, että tässä tutkimustyyppissä saadaan esille altisteen ja vasteen esiintyvyydet, mutta ei ilmaantuvuutta. Myös aikavälin määrittelemisen on poikkileikkaustutkimuksissa haastavaa, eikä altisteen ja vasteen yhteyttä voida yksiselitteisesti todeta, vaikka tilastollinen analyysi tuottaisi tuloksen, joka on alle valitun merkitsevyystason. (dos Santos Silva, 1999.) Tämän vuoksi tässä tutkimuksessa oli mahdotonta tarkastella esimerkiksi, olisiko koettu rintasyöpäriski ollut erilainen vastaajalla ennen ja jälkeen sen, kun sukulaisella on todettu rintasyöpä.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 49-vuotiaat naiset, jotka osallistuvat kyselyyn noin vuotta ennen ensimmäistä rintasyövän seulontakutsua. Kyselyn saaneet poimittiin satunnaisesti väestörekisteristä syntymävuoden perusteella. Kyselytutkimuksissa satunnainen otoksen valinta on paras keino otoksen muodostamiselle, kun halutaan minimoida valikoitumisharhaa. Valikoitumisharha tarkoittaa sitä, että tutkimusotokseen valitut henkilöt eroavat ominaisuuksiltaan kohdeväestöstä. Tällöin altisteen ja vasteen välinen suhde voi vääristyä tutkimustuloksissa ja luotettavuus heikentyä. Kyselytutkimuksissa ongelmana on se, että kutsutuista vain tietty osa vastaa kyselyyn. Monesti aktiivisempia osallistujia ovat ne, jotka ovat terveystietoisempia tai joille aihe on läheinen tai kiinnostava. Myös korkeampi koulutustaso on aktiivisen vastaajan tyypillinen piirre. (dos Santos Silva, 1999.)

Vuonna 2012 Suomessa oli 37 843 vuonna 1963 syntynyttä naista (Suomen virallinen tilasto SVT: Väestölaskennat). Tähän kyselytutkimukseen kutsuttiin 5000 satunnaisesti väestörekisteristä poimittua naista, joista noin puolet, yhteensä 2615 naista, vastasi kyselyyn. Tutkimukseen kutsuttiin siis 13 prosenttia koko kohdeväestöstä, joten otoskokoa tässä tutkimusasetelmassa voi pitää kohtuullisen kattavana. Tutkimukseen osallistui 2615 naista eli seitsemän prosenttia koko kohdeväestöstä.

Valikoitumista arvioitaessa todettiin, että siviilisäädyltään yhdessä asuvat ja keski- tai korkean asteen koulutustaustaiset naiset olivat kaiken kaikkiaan aktiivisimpia osallistumaan tutkimukseen. Perusasteen koulutustason naisten vastausprosentti jäi alas, joten tutkimustulosten yleistettävyyttä ei ole heidän osalta yhtä vahvalla pohjalla. Näiden tulosten perusteella parhaiten kohdeväestöön yleistettävissä ovat korkean asteen ja keskiasteen koulutustaustaisten naisten vastauksista tehdyt päätelmät, sillä molempien koulutusasteiden osalta vastausprosentti ylittää yli viidenkymmenen prosentin.

Osallistumisprosentin ja tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa merkittävää on myös se, millaisia altisteita ja vasteita tutkitaan. Jos kyseessä on hyvin yleinen tekijä, voi vaatimattomampikin vastausprosentti riittää yleistämiseen, mutta harvinaisten tekijöiden kohdalla osallistumisprosentin tulisi olla korkea. (dos Santos Silva, 1999.) Vaihdevuosien hormonikorvaushoito on Suomessa yleistä ja rintasyöpä on maailmanlaajuisestikin yleisin naisten sairastama syöpä. Tutkimuksen vastausprosentti oli kohtuullinen (noin 52 %), mutta kuten muuttujien tilastollisissa analyysissä huomattiin, hormonikorvaushoidon käyttö ei ole kovin yleistä vielä 49 -vuotiaiden naisten keskuudessa. Näin ollen vaihdevuosien hormonikorvaushoitoa koskevien yksityiskohtaisemmat tulokset, kuten oireet ja lopettamissyöt, eivät ole kovin hyvin yleistettävissä. Yhtä kaikki tärkeää on todeta, että itse ilmoitettu vaihdevuosien hormonikorvaushoidon käyttö suomalaisten 49-vuotiaiden naisten keskuudessa on vähäistä. Tämä itsessään on jo arvokas tieto muun muassa jatkotutkimusaiheita pohtiessa.

Rintasyöpähuolestuneisuuden ja koetun rintasyöpäriskin osalta tutkimusasetelma oli toimiva. Näillä kysymyksillä saatiin kattavasti tietoa, jota voidaan myös yleistää kohdeväestöön. Lähes kaikki kyselyyn osallistuneista vastasivat näihin kysymyksiin, osaksi toki siksi, ettei mikään vaihtoehto sulkenut pois mahdollisuutta vastata niihin.

Tulosten luotettavuus, raportointi ja muistiharha

Kyselytutkimuksiin, joissa selvitetään aikaisempia tapahtumia, kuten lääkevalmisteiden käyttöä, voi liittyä muistiharhaa. Erityisesti muistiharhaa voi syntyä, jos kyseisestä tapahtumasta on kulunut pitkän aikaa tai tapahtuma oli hyvin lyhytaikainen. Tässä kyselytutkimuksessa muistiharhaa on voinut syntyä hormonikorvausvalmisteiden raportoinnissa, etenkin valmisteiden aiemman käytön osalta. Erityisesti valmistenimien ja käyttövuosien muistaminen on tällaiselle harhalle altis.

Tämän tutkimuksen osalta raportoinnissa ongelmalliseksi osoittautui kuitenkin pikemminkin informaatioharha. Hormonikorvaushoidon määritelmä ja käyttötarkoitus eivät olleet välttämättä täysin selviä kaikille kyselyyn vastanneille ja osa yhdistikin vaihdevuosien hormonikorvaushoidon ehkäisyvalmisteisiin. Tämäkään ei kuitenkaan ole välttämättä täysin väärin, sillä monia ehkäisyvalmisteita voidaan käyttää myös vaihdevuosioireiden hoidossa. Erityisesti kyselyssä nousi esiin hormonikierukka, joka monella naisella on saattanut olla useita vuosia ehkäisy tarkoituksessa, ja myöhemmin sen käyttötarkoitus muuttuu vaihdevuosien myötä. Valmiste voi kuitenkin olla täysin sama, eikä toimenpiteitä sen vaihtamiseksi tarvita. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan voida olla täysin varmoja siitä, että onko vastaaja ajatellut varmasti vaihdevuosien hormonikorvaushoitoa vastatessaan vai mahdollisesti muita estrogeeni- tai estrogeeni- ja progestiini valmisteita. Tämän vuoksi analyysivaiheessa jätettiin huomioimatta vain ne vastaukset, joissa oli selvästi mainittu valmiste, joka ei sisältänyt estrogeeniä eikä progestiinia. Muutoin kaikki estrogeeni- ja progestiini valmisteet ja käyttömaininnat sisällytettiin analyysiin käyttötarkoituksesta huolimatta.

Kaikki kyselyyn osallistuneet (n=2615) eivät vastanneet kaikkiin tässä tutkielmassa käsiteltyihin kysymyksiin. Osallistuneista 15 henkilöä jätti vastaamatta hormonaalisia tekijöitä koskeviin kysymyksiin, mutta he vastasivat kuitenkin rintasyöpäriskiä, huolestuneisuutta sekä sukulaisen rintasyöpää koskeviin kysymyksiin. Osallistujista kolme ei ollut vastannut lainkaan tässä tutkielmassa käsiteltyihin kysymyksiin. Tästä voisi päätellä, että hormonaalisia tekijöitä koskevat kysymykset saatettiin kokea hieman hankaliksi tai mahdollisesti liian henkilökohtaisiksi. Toisaalta voi olla, että jotkut vastaamatta jättäneistä kokivat, että hormonikorvaushoitoa koskevat kysymykset eivät koskettaneet juuri häntä tai voi olla, etteivät kysymykset yksinkertaisesti olleet heidän mielestään kiinnostavia. On myös huomioitava se, että kokonaisuudessaan kyselylomake oli varsin

laaja sisällöltään ja melko pitkä, sillä kysymyksiä oli yhteensä 18 sivua. Hormonaalisia tekijöitä koskevat kysymykset olivat lomakkeessa loppupuolella. On mahdollista, että osallistujien keskittyminen vastausten laatuun tai kiinnostus lomakkeen täyttämistä kohtaan voi heiketä, mitä pidemmälle lomakkeessa edetään. Tämä yhdistettynä siihen, että kysymykset saatettiin kokea haastavina, voi olla osatekijänä siinä, että nämä 15 henkilöä jättivät vastaamatta kysymyksiin. Kaiken kaikkiaan kyselyyn osallistuneet vastasivat kuitenkin hyvin tässä tutkielmassa käsiteltyihin kysymyksiin ja tutkimuksen sisäinen validiteetti on hyvä.

Tilastolliset menetelmät

Kaikki tutkittavaksi valitut kyselylomakkeen kysymykset olivat kategorisia muuttujia. Näin ollen sopiva tilastollinen menetelmä oli frekvenssien tarkastelu sekä ristiintaulukointi. Riippumattomuustestiksi valittiin khiin neliötesti, jolla saadaan tietoa mahdollisesti tilastollisesta yhteydestä eri muuttujien välillä. Tilastolliseksi merkitsevyystasoksi valittiin $p=0,05$, mikä tarkoittaa sitä, että tämän tason alittava tulos on tutkimuksen perusjoukossa 95 %:n todennäköisyydellä pätevä. Toisaalta merkitsevyystasoksi olisi voitu valita myös 0,001, jolloin tulokset olisivat joiltain osin olleet erilaisia ja esimerkiksi hormonivalmisteiden ja koulutusasteen välillä ei olisi todettu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

Merkityksellisimmäksi tässä tutkimuksessa osoittautui kuitenkin frekvenssien ja jakaumien vertailu. Nämä menetelmät sopivat myös parhaiten poikkileikkaustutkimukseen, sillä kausaliteetin tutkiminen ei ole tässä asetelmassa mahdollista. Vaihdevuosien hormonikorvaushoitoa ja hormonikierukkaa käsittelevien kysymysten osalta ristiintaulukointi ei välttämättä tuota kovin luotettavaa tulosta mahdollisista yhteyksistä muiden muuttujien kanssa. Tämä johtuu siitä, että kysymyksissä oli tulkinnanvaraa, joka voi aiheuttaa huomattavaa harhaa jopa käytön esiintyvyyden arvioinnissa. Jotta ristiintaulukoinnilla voitaisiin tuottaa tilastollisesti luotettavaa tietoa, tulee käytettävien muuttujien frekvenssitarkastelun olla luotettavaa.

Muuttujien luokittelu oli tutkimuksessa onnistunut. Kyselylomakkeessa oli annettu monessa kysymyksessä useampia vastausvaihtoehtoja, mutta tilastollisen käsittelyn kannalta niitä oli käytännöllisempää yhdistää uudelleen luokitellen. Kyselylomakkeessa on kuitenkin tärkeää olla useampia vastausvaihtoehtoja, jotta vastaajan mahdollisuudet

eivät olisi liian rajatut. Samankaltaisten vastausvaihtoehtojen yhdistäminen yhteisiin luokkiin helpottaa sekä tilastollisen vaiheen analyysia että tulosten tulkintaa.

8.2 Tutkimustulosten arviointia

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää suomalaisten 49-vuotiaiden naisten vaihdevuosisien hormonikorvausvalmisteiden käyttöä ja koettua rintasyöpäriskiä sekä rintasyöpähuolestuneisuutta. Myös näiden asioiden yhteyttä koulutustasoon, siviilisäätyyn ja sukulaisella todettuun rintasyöpään selvitettiin. Tutkimuksen taustana oli tieto siitä, että rintasyöpä on yleisintä yli 45-vuotiaiden naisten keskuudessa (www.cancer.fi) ja se, että rintasyöpä on jatkuvasti yleistyvä sairaus (IARC; Engholm ym., 2013). Koska hormonikorvaushoidon on todettu olevan rintasyövän riskitekijä, on tärkeää tutkia valmisteiden käyttöpäätöksiin vaikuttavia tekijöitä, kuten tietoisuutta valmisteista sekä asenteita vaihdevuosia ja rintasyöpää kohtaan.

Valikoitumista tässä tutkimuksessa oli jonkin verran. Siviilisäädyltään yhdessä asuvat ja korkeammin koulutetut naiset osallistuivat kyselyyn hieman aktiivisemmin kuin yksin asuvat ja matalamman koulutustason naiset. Tämä voi selittyä sillä, että korkeamman koulutustason naiset ovat tyypillisesti terveystietoisempia ja mahdollisesti myös kiinnostuneempia meneillään olevista tutkimuksista ja uudesta tiedosta (Wilkinson ym., 2009; Iversen & Kraft, 2006). Korkeammin koulutettujen naisten terveyskäyttäytymisen tässä tutkimuksessa on samansuuntainen kuin mm. Donatin ym. (2009) tutkimus naisten asenteista ja tiedosta vaihdevuosisien ja hormonikorvaushoidon suhteen. Sen mukaan korkeammin koulutetut naiset hakevat aktiivisemmin tietoa ja myös todennäköisemmin saavat tietoa kuin matalamman koulutustason naiset.

Kaiken kaikkiaan vaihdevuosisien hormonikorvaushoito oli harvinaista tämän tutkimuksen vastaajilla. Toisaalta todenmukaista käyttäjien määrää oli vaikea todentaa, sillä eri kysymyksiä tarkastellessa saatiin hyvin erilaisia vastauksia. Niiden mukaan nykyisten käyttäjien määrät vaihtelivat viidestä prosentista peräti kahteenkymmeneen prosenttiin. Tämä saattaa johtua siitä, että valtaosalla 49-vuotiaista naisista vaihdevuodet eivät ole vielä alkaneet. Vaihdevuosisien alkamisen keski-ikä onkin noin 50–52 vuotta (Ness & Kuller, 1999), minkä perusteella voidaan olettaa tämän kyselyn vastaajien edustavan pikemminkin premenopausaalisia naisia. Todennäköisesti he elävät parhaillaan siirtymäaikaa hedelmällisestä iästä hedelmättömään. Näin ollen on ymmärrettävää, että vaih-

devuosien hormonikorvaushoitoa käsitteleviin kysymyksiin vastaaminen on mahdollisesti ollut haastavaa.

Kuten Jalava-Broman ym. (2008) totesi tutkimuksessaan, valtaosalla naisista vaihdevuosisoireet alkavat ensimmäisen vuoden sisällä kuukautisten loppumisesta. Näin ollen myös oireiden, kuten limakalvo-oireiden, tunnistaminen juuri vaihdevuosisoireiksi voi riippua myös siitä, onko naisen kuukautiset jo loppuneet. Moni nainen ei välttämättä suo juuri ajatuksia vaihdevuosille ennen kuin tuntemukset ja kehon toiminnot poikkeavat selkeästi normaalista ja totutusta. Menopausaalinen status ei siis välttämättä ole vastaajalle itsellekään selvä. Etenkään niissä tapauksissa, kun muita hormonivalmisteita on käytetty pitkään. Monet vastaajista ilmoittivatkin käyttävänsä hormonikierukkaa. Käyttöaihe saattaa olla kuitenkin yhtä hyvin ehkäisy kuin vaihdevuosisoireet. Vaikka kyselylomakkeessa tiedusteltiin kuukautiskierron muutoksia, ei varsinaista menopausaalista statusta voitu kysymysten perusteella kaikkien osalta päätellä. Johtopäätöksenä näiden kysymysten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että 49-vuotiaat naiset eivät käytä suurissa määrin vaihdevuosien hoitoon tarkoitettuja valmisteita, mutta eivät ole välttämättä lopettaneet vielä ehkäisyvalmisteiden käyttöä.

Vaikka hormonikorvaushoidon käytöstä ei varmaa tietoa voitu saada, toteutettiin sen pohjalta kuitenkin tilastollinen analyysi muiden muuttujien kanssa. Tässä havaittiin, että vaihdevuosien hormonihoidon ja siviilisäädyn tai koulutusasteen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä, mutta hormonihoidon ja/tai hormonikierukan kohdalla yhteys oli osoitettavissa. Yhdessä asuvien ja korkeimpien koulutusasteiden naisilla oli tyyppillisempää, etteivät he olleet koskaan käyttäneet kyseisiä hormonivalmisteita kuin yksin asuvien ja perusasteen koulutuksen naisilla. Yleisempi käyttö voi olla yhteydessä tiheämmin tai herkemmin raportoituihin vaihdevuosisoireisiin.

Tässä tutkimuksessa hormonikorvausvalmisteiden ja/ tai hormonikierukan käyttö oli yleisempää yksin kuin yhdessä asuvilla sekä matalimmin koulutetuilla. Koulutustason suhteen tulos oli sikäli yllättävä, että hormonikorvaushoidon tyyppisin käyttäjä on yleensä profiloitu naiseksi, jolla on ennemminkin pitkä koulutustausta ja vahva sosioekonominen asema (Topo ym., 1999; Jalava-Broman ym., 2008). Useissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että alemman sosiaali- ja koulutusluokan naiset raportoivat herkemmin vaihdevuosisoireitaan (mm. Delanoë ym., 2012; Luoto ym., 2011). Tästä voisi päätellä, että varhaiset vaihdevuosisoireet voivat alemman koulutustason naisilla johtaa

herkemmin hormonikorvaushoidon käyttöön kuin korkeammin koulutetuilla, jos korkeammin koulutetut eivät koe oireitaan yhtä voimakkaasti. Voi myös olla, että koska korkeammin koulutetut naiset ovat terveystietoisempia (Wilkinson ym., 2009; Iversen & Kraft, 2006), heillä on enemmän tietoa vaihdevuosisoireista ja tämän ajanjakson etenemisestä, mikä johtaa siihen, että he päättävät odottaa oireiden voimistumista tai kehittymistä ennen lääkehoidon aloittamista.

Tässä tutkimuksessa luotettavaa kuvailua tyypillisestä hormonikorvaushoidon käyttäjästä ei kuitenkaan voida muodostaa juuri siksi, että tulokset eivät ole aivan yhdenmukaisia eivätkä toisaalta täysin päinvastaisiakaan aiemman tutkimustiedon kanssa. Hormonikierukan käyttöä arvioitaessa tulisi toki ottaa myös huomioon ne vastaajat, joilta kohtu on poistettu. Vasta tällöin saataisiin todelliset määrät potentiaalisista hormonikierukan käyttäjistä. Myös valmisteiden todelliset indikaatiot kertoisivat enemmän niiden yhteydestä vaihdevuosiin ja menopausaaliseen statukseen.

Tutkimuksessa selvitettiin myös hormonivalmisteiden käytön aloittamisen syitä ja vastaajien kokemia vaihdevuosisoireita. Yleisimmiksi syiksi nousivat vasomotoriset oireet, kuten kuumat aallot sekä genitaalialueen oireet, kuten limakalvojen kuivuus. Saadut tulokset olivat hyvin samankaltaisia aiempien tutkimustulosten kanssa ja kuvaillut oireet vastasivat hyvin yleisimmin raportoituja vaihdevuosisoireita. (ks. Greenblum ym., 2013; Donati ym., 2009.) Tiihosen (2012) tutkimuksessa kerrottiin paikallisestrogenien yleistyneen huomattavasti 2000-luvulla. Myös tässä tutkielmassa yleisimpien käytettyjen valmisteiden joukossa oli nimenomaan paikallisvalmisteita, joten voidaan todeta, että paikallisestrogenien yleistyvä trendi jatkuu yhä.

Kyselyssä ilmoitetut käytön lopettamissyöt vastasivat myös hyvin aiempaa tutkimustietoa. Tiihosen (2012) mukaan sekä fyysisten että psyykkisten haittavaikutusten kokeminen on melko yleistä hormonikorvaushoidon käyttäjillä, ja usein se johtaa valmisteiden vaihtamiseen tai käytön lopettamiseen. Tässä kyselyssä useampi vastaaja ilmoitti päätäneensä yrittää pärjätä ilman valmisteita, mikäli vain mahdollista. Myös sukulaisen tai vastaajan itsensä kohdalle osunut rintasyöpäpäily mainittiin useammassa lomakkeessa. Pelko syövästä nousi esille myös syynä siihen, miksi valmisteita ei alun perinkään ollut koskaan käytetty. Myös Tiihonen (2012) esitti tutkimuksessaan rintasyöpäpelon ja huolen nousseen voimakkaasti esille hormonikorvausvalmisteiden käytön yhteydessä. Tässä tutkielmassa tilastollista yhteyttä ei kuitenkaan pystytty osoittamaan sukulaisella tode-

tun rintasyövän ja hormonivalmisteiden käytön välillä. Osaltaan siihen vaikuttaa valmisteiden lähtökohtaisesti vähäinen käyttäjämäärä sekä se, ettei kaikilla tämän kyselyn käyttäjillä ole sukulaista, jolla olisi todettu rintasyöpä.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että vastaajat eivät koe rintasyöpäriskiään yleisesti kovin suureksi ja valtaosaa rintasyöpä myös huolestuttaa vain jonkin verran tai hieman. Rintasyöpäriskin kokeminen ei myöskään eroa merkittävästi eri koulutusasteiden ja siviilisäätyjen välillä. Myöskään hormonivalmisteiden käytön ja koetun rintasyöpäriskin välillä ei esiintynyt yhteyttä. Rintasyöpähuolestuneisuus jakautui mielenkiintoisella tavalla. Alimman koulutusasteen vastaajat edustivat huolestuneisuudessa molempia ääripäitä selkeällä enemmistöllä. Toisin sanoen suurin osa kaikista huolestuneimmista ja niistä, joita ei huolestuttanut lainkaan löytyivät juurikin matalimman koulutuksen vastaajista. Tämäkin voi johtua siitä, että matalimman koulutustason naisilla ei ole niin paljon tietoa rintasyövästä ja sen riskitekijöistä. Suuren huolestuneisuuden voisi selittää myös sillä, että alimpiin sosiaaliluokkiin tyypillisesti kertyy syöpien riskitekijöitä, jos nämä vastaajat tiedostavat tämän, se voi aiheuttaa huolta (Beckman & Kawachi, 2000). Toisaalta korkeammin koulutetuilla rintasyöpä on yleisempää (Klassen ym., 2011; Dickman ym. 1998), joka voisi johtaa korkeampaan huolestuneisuuteen, mutta syöpien ennuste on ylemmillä koulutusasteilla taas parempi (Pohkrel ym., 2010; Herndon ym., 2013), joka voisi vähentää huolestuneisuutta. Korkeammin koulutetuista naisista vain pieni osa oli paljon tai erittäin paljon huolestuneita, valtaosan sijoituessa jonkin verran tai ei lainkaan huolestuneiden joukkoon. Mahdollisesti he siis tiedostavat riskejä hyvin, mutta toisaalta tietävät myös rintasyövän ennusteen varhain havaittuna olevan melko hyvä.

Rintasyöpähuolestuneisuuden ja hormonikorvaushoidon ja/tai hormonikierukan käytön välillä ilmeni tilastollisestikin merkitsevä yhteys. Nykyiset ja aiemmat käyttäjät olivat pääsääntöisesti vain jonkin verran tai hieman huolestuneita, kun taas entiset käyttäjät olivat eniten huolissaan rintasyövästä. Tämä voi selittyä sillä, että nykyiset käyttäjät eivät todennäköisesti käyttäisi heitä huolestuttavia valmisteita. Näin ollen heidän täytyy kokea käyttämänsä valmisteet turvallisiksi. Sen sijaan naiset, jotka ovat entisiä käyttäjiä, ovat saattaneet juuri huolensa takia lopettaa valmisteiden käytön. Heitä voi myös arveluttaa jälkikäteen käytön turvallisuus ja mahdolliset pitkäaikaisvaikutukset. Useissa tutkimuksissa (mm. Tiihonen, 2012; Donati ym., 2009) pelot sivuvaikutuksista nousivat voimakkaasti esille ja useassa tapauksessa johti myös valmisteiden käytön väliaikaiseen

tai lopulliseen lopettamiseen. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan saatu tietoa naisten suhtautumisesta hormonikorvaushoitoon kovin kattavasti.

Tilastollisessa analyysissä selvitettiin vielä suvussa todetun rintasyövän yhteyttä koettuun rintasyöpäriskiin sekä rintasyöpähuolestuneisuuteen. Niiden joukossa, joiden suvussa ei ollut esiintynyt lainkaan rintasyöpää, oli eniten niitä, joita rintasyöpä ei huolestuttanut lainkaan. Vastaajat, joiden suvussa rintasyöpää oli todettu, edustivat enemmistöä niistä, joita rintasyöpä huolestutti paljon tai erittäin paljon. Myös suuremmaksi koettu rintasyöpäriski sijoittui suuremmalla osuudella niiden vastaajien joukkoon, joiden suvussa oli todettu rintasyöpää ja pieneksi koettu rintasyöpäriski oli yleisempää niiden joukossa, joilla rintasyöpää ei ollut todettu suvussa. Myös tämä tutkimustulos saa tukea aikaisemmasta tutkimustiedosta. Muun muassa Haberin ym. (2012) mukaan itsearvioitu rintasyövän sairastumisriski perustuu voimakkaasti suvussa esiintyneeseen rintasyöpään. Toisaalta rintasyöpäriski arvioidaan myös korkeammaksi, vaikka suvussa olisi esiintynyt muutakin kuin rintasyöpää tai peräti vain muita syöpiä. (Haber ym., 2012.)

Tämän tutkielman tulokset tuottivat tietoa 49-vuotiaiden hormonikorvaushoidon käytöstä ja koetusta rintasyöpäriskistä Suomessa. Erityisesti tuloksista on hyötyä jatkossa, kun kohorttia seurataan. Iän mukana sekä hormonikorvaushoidon käyttö, vaihdevuosisoireiden kokeminen sekä rintasyöpäriski kasvavat. Kaiken kaikkiaan rintasyövän ja hormonikorvaushoidon yhteyksien tutkiminen, myös taustamuuttujien suhteen, on kansanterveydellisesti tärkeää, kuten myös Bush ym. (2001) toteavat.

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Kyselytutkimus, jonka pohjalta tämä pro gradu –tutkielma tehtiin aloitettiin vuonna 2012, ja sitä on määrä jatkaa säännöllisin väliajoin, kunnes tutkittavat ylittävät seulon-taiän. Tässä pro gradu –tutkielmassa aineistoa on käsitelty poikkileikkaustutkimuksen tavoin, mutta seuranta mahdollistaa myöhemmissä vaiheissa tutkimuskohortin tarkastelua pitemmällä aikavälillä. Näin ollen jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista seurata, missä iässä hormonikorvausvalmisteiden käyttö kasvaa, minkälaiseksi muodostuu keskimääräinen valmisteiden käyttöaika ja milloin valmisteiden käyttö keskimäärin loppuu. Samassa yhteydessä voitaisiin saada arvokasta tietoa oireiden yleisyydestä,

valmisteiden käyttöaiheista sekä käytön lopettamisen syistä. Erityisen kiinnostavaa olisi myös tutkia, miten itse koettu rintasyöpäriski ja rintasyöpähuolestuneisuus muuttuu ajan myötä. ja voidaanko muutoksilla nähdä yhteyttä hormonikorvausvalmisteiden käyttöön tai sukulaisella todettuun rintasyöpään.

Poikkileikkaustutkimuksena tätä tutkielmaa voisi myös täydentää. Tässä tutkimuksessa koettiin ongelmalliseksi itse ilmoitettu hormonikorvausvalmisteiden käyttö, joten jatkotutkimuksena voisi Kansaneläkelaitoksen reseptitietokannoista hakea tiedot kaikista tämän kohortin naisista, joille vaihdevuosisien hormonikorvausvalmisteita on määrätty. Näin saataisiin tietoa todellisista käyttömääristä sekä itse ilmoitetusta käytöstä. Tämä antaisi mahdollisuuden arvioida raportoinnin luotettavuutta sekä naisten tietämystä hormonikorvausvalmisteista ja niiden käytöstä.

Sukulaisella todetulla rintasyövällä on tämän tutkimuksen tulosten mukaan yhteyttä rintasyöpähuolestuneisuuteen. Jatkotutkimukselle löytyisi sijaa myös siinä, miten hyvin ihmiset tiedostavat perinnöllisen rintasyövän riskin ja kuinka sukulaisen sairastama rintasyöpä vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen.

LÄHTEET

Anttila A., Sarkeala T., Hakulinen T. & Heinävaara S. 2008. Impacts of the Finnish service screening programme on breast cancer rates. *BMC Public Health* 8(38).

Archer D.F. 2007. Medical decisions regarding hormone therapy for menopausal women are significantly influenced by the media. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 16, 28-31.

Aula P., Kääriäinen H., Palotie A. ja Aittomäki K. 2006. *Perinnöllisyyslääketiede*. 3., uud. p. painos. Helsinki: Duodecim 2006.

Bell S.E. 1990. Sociological Perspectives on the Medicalization of Menopause. *Annals of the New York Academy of Science*, 170-175.

Berkman L.F. & Kawachi I. 2000. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press 2000.

Bush T.L., Whiteman M. & Flaws J.A. 2001. Hormone replacement therapy and breast cancer: a qualitative review. *Obstetrics & Gynecology* 98(3), 498-501.

Cardoso F., Loibl S., Paganì O., Graziottin A., Panizza P., Martincich L., Gentilini O., Peccatori F., Fourquet A., Delaloge S., Marotti L., Penault-Llorca F., Kotti-Kitromilidou A., Rodger A. & Harbeck N. 2012. The European Society of Breast Cancer Specialists recommendations for the management of young women with breast cancer. *European Journal of Cancer* 48, 3355-3377.

Collins S., Britten N., Ruusuvaari J., Thompson A. 2007. *Patient participation in health care consultations. Qualitative perspectives*. Maidenhead Open University Press.

Danaei G., Vander Hoorn S., Lopez A., Murray C., Ezzati M. 2005. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet* 366, 1784-93.

Delanoë D., Hajri S., Bachelot A., Mahfoudh Draoui D., Hassoun D., Marsicano E. & Ringa V. 2012. Class, gender in the culture in the experience of menopause. A comparative survey in Tunisia and France. *Social Science & Medicine* 75, 401-409.

den Heijer M., Vos J., Seynaeve C., Vanheusden K., Duivenvoorden H.J., Tilanus-Linthorst M., Menke-Pluymers M. & Tibben A. 2012. The impact of social and personal resources on psychological distress in women at risk for hereditary breast cancer. *Psycho-Oncology* 21, 153–160.

Dickman P., Auvinen A., Voutilainen E. & Hakulinen T. 1998. Measuring social class differences in cancer patient survival: Is it necessary to control for social class differences in general population mortality? A Finnish population-based study. *Epidemiol Community Health* 52, 727-734.

DiSaia P. & Creasman W. 2012. *Clinical gynecologic Oncology*. 8th Edition. Elsevier, Inc, 369-403.

Donati S., Cotichini R., Mosconi P., Satolli R., Colombo C., Liberati A. & Mele A. 2009. Menopause: Knowledge, attitude and practice among Italian women. *Maturitas* 63, 246-252.

dos Santos Silva I. 1999. *Cancer Epidemiology: principles and methods*. IARC, 214-221; 227-228; 276-278.

Edmonds K. 2011. *Dewhurst's textbook of obstetrics & gynaecology*. 8th ed. Wiley-Blackwell, 553-564.

Engholm G., Ferlay J., Christensen N., Johannesen T.B., Klint Å., Køtlum J.E., Milner M.C., Ólafsdóttir E., Pukkala E., Storm H.H. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 5.3 (25.04.2013). Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society. Available from <http://www.ancr.nu>, accessed on 28/08/2013

Eerola H., Pukkala E., Pyrhönen S., Blomqvist C., Sankila R. & Nevanlinna H. 2001. Risk of cancer BRCA1 and BRCA2 mutation-positive and -negative breast cancer families (Finland). *Cancer Causes and Control* 12, 739-746.

Elmore J.G, Ganschow P. & Geller B.M. Communication Between Patients and Providers and Informed Decision Making. *J Natl Cancer Inst Monogr* 41, 204–209.

Ewertz M., Mellekjær L., Poulsen A.H., Friis S., Sørensen H.T., Pedersen L., McLaughlin J.K. & Olsen J.H. 2005. Hormone use for menopausal symptoms and risk for breast cancer. A Danish cohort study. *British Journal of Cancer* 92, 1293-1297.

Fimea. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. www.fimea.fi Lainattu 1.8.2013

Greenblum C.A., Rowe M.A., Felber Neff D. & Greenblum J.S. 2013. Menopause: The Journal of the North American Menopause Society 20(1), 22-27.

Griffiths F. 1999. Women's control and choice regarding HRT. *Social Science & Medicine* 49, 469-481.

Haber G., Ahmed U.N. & Pekovic V. 2012. Family History of Cancer and Its Association With Breast Cancer Risk Perception and Repeat Mammography. *American Journal of Public Health* 102, 2322-2329.

Hartz A., He T. & Ross J. 2012. Risk factors for colon cancer in 150,912 postmenopausal women. *Cancer Causes Control* 23, 1599-1605.

Henderson K., Duan L., Sullivan-Haley J., Ma H., Clarke C., Neuhausen S., Templeman C. & Bernstein L. 2010. Menopausal hormone therapy use and risk of invasive colon cancer: The California Teachers Study. *American Journal of Epidemiology* 171, 415-425.

Henriksson K., Olsson H. & Kristoffersson U. 2004. The Need for Oncogenetic Counseling. Ten Year's Experience of a Regional Oncogenetic Clinic. *Acta Oncologica* 43(7), 637-649.

Herndon J., Kornblith A., Holland J. & Paskett E. 2013. Effect of socioeconomic status as measured by education level on survival in breast cancer clinical trials. *Psycho-Oncology* 22, 315-323.

Hinkula M. 2006. Incidence of gynaecological cancers and overall and cause specific mortality of grand multiparous women in Finland. Academic dissertation. Oulu University Press. Oulu 2006.

Hinkula M., Pukkala E., Kyyrönen P. & Kauppila A. 2001. Grand multiparity and the risk of breast cancer: population-based study in Finland. *Cancer Causes and Control* 12, 491-500.

Hoffmann M., Hammar M., Kjellgren K., Lindh-Åstrand L. & Brynhildsen J. 2005. Changes in women's attitudes towards and use of hormone therapy after HERS and WHI. *Maturitas* 52, 11-17.

IARC 2008. World cancer report 2008. Lyon, International Agency for Research on Cancer.

Iversen A. & Kraft P. 2006. Does socio-economic status and health consciousness influence how women respond to health related messages in media? *Health Education Research* 21(5), 601-610.

Jalava-Broman J., Mäkinen J., Ojanlatva A., Jokinen K., Sillanmäki L. & Rautava P. 2011. Change in frequency of HRT use from 2000 to 2005 in Finland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 90, 351-357.

Jaakkola S. 2012. Postmenopausal hormone therapy and the risk for uterine cancers. Academic dissertation. University of Helsinki.

Jalava-Broman J., Mäkinen J., Ojanlatva A., Jokinen K., Sillanmäki L. & Rautava P. 2008. Treatment of climacteric symptoms in Finland prior to the controversial reports on hormone therapy. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 87, 682-686.

Kennelly R., Kavanagh D., Hogan A. & Winter D. 2008. Oestrogen and the colon: potential mechanisms for cancer prevention. *Lancet Oncology* 9(4), 385-391.

Klassen A.C. & Smith K.C. 2011. The enduring and evolving relationship between social class and breast cancer burden: A review of literature. *Cancer Epidemiology* 35, 217-234.

Kenemans P., Bundred N.J., Foidart J.M., Kubista E., von Schoultz B., Sismondi P., Vassilopoulou-Sellin R., Yip C.H., Egberts J., Mol-Arts M., Mulder R., van Os S. 2009. Safety and efficacy of tibolone in breast-cancer patients with vasomotor symptoms: a double-blind, randomized, non-inferiority trial. *Lancet Oncology* 10, 135-146.

Koskinen S., Lundqvist A-M. & Ristiluoma N., toim. (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012.

Lichtenstein P., Holm N.V., Verkasalo P.K., Iliadou A., Kaprio J., Koskenvuo M., Pukkala E., Skytthe A. & Hemminki K. 2000. Environmental and heritable factors in the

causation of cancer. Analyses of Cohorts of Twins from Sweden, Denmark and Finland. *The New England Journal of Medicine* 343, 78-85.

Lindh-Åstrand L., Brynhildsen J., Hoffmann M., Kjellgren K. & Hammar M. 2007. Knowledge of reproductive physiology and hormone therapy in 53- to 54 -year-old Swedish women: a population-based study. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society* 14(6), 1039-1046.

Luoto R., Moilanen J., Alha P., Aalto A-M., Koponen P., Hemminki E. 2011. Naisten terveys keski-iässä. Terveys 2000-tutkimus. Tuloksia vuoden 2008 seurantatutkimuksesta. Raportti 67/2011 Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Lyytinen H., Pukkala E. ja Ylikorkala O. 2009. Breast cancer risk in postmenopausal women using estradiol-progestogen therapy. *Obstet Gynecol* 113, 65-73.

Marjoribanks J., Farquhar C., Roberts H. & Lethaby A. 2012. Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women (Review). *The Cochrane Collaboration*.

McPherson K., Steel C.M., Dixon J.M. 2000. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, genetics. *BMJ* 321, 624-8.

Mishra G., Kok H., Ecob R., Cooper R., Hardy R. & Kuh D. 2006. Cessation of Hormone Replacement Therapy After Reports of Adverse Findings From Randomized Controlled Trials: Evidence From a British Cohort. *American Journal of Public Health* 96 (7), 1219.

Moilanen J., Aalto A-M., Hemminki E., Aro A.R., Raitanen J. & Luoto R. 2010. Prevalence of menopausal symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas* 67, 368-374.

Murtagh M.J. & Hepworth J. 2003a Feminist ethics and menopause: autonomy and decision-making in primary medical care. *Social Science & Medicine* 56, 1643-1652.

Murtagh M.J. & Hepworth J. 2003b Menopause as a long-term risk to health: implications of general practitioner accounts of prevention for women`s choice and decision making. *Sociology of Health & Illness* 25(2), 185-207.

Mäklin & Rissanen. 2006. Syöpien aiheuttamat kustannukset. Suomen syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 67. Helsinki, Miktor.

NCI 2012. National Cancer Institute

<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/healthprofessional>

Ness R.B. & Kuller L.W. 1999. Health and Disease Among Women. Biological and Environmental Influences. New York. Oxford University Press, 213-217.

Neuberger L., Silk K.J., Yun D., Bowman N.D. & Anderson J. 2011. Concern as Motivation for Protection: An Investigation of Mothers' Concern About Daughters' Breast Cancer Risk, *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 16(10), 1055-1071.

Noruzinia M., Coupier I. & Pujol P. 2005. Is BRCA1/BRCA2 -Related Breast Carcinogenesis Estrogen Dependent? *Cancer* 104(8).

Närhi U., Helakorpi S. 2007. Sources of medicine information in Finland. *Health Policy* 84, 51-57.

Palosuo H. 2007. Terveysten eriarvoisuus Suomessa : sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.

Pokhrel A., Martikainen P., Pukkala E., Rautalahti M., Seppä K. & Hakulinen T. 2010. Education, survival and avoidable deaths in cancer patients in Finland. *British Journal of Cancer* 103, 1109-1114.

Pukkala E., Sankila R. & Rautalahti M. 2011. Syöpä Suomessa. Syöpäjärjestöjen julkaisu

http://cancerfbn.directo.fi/@Bin/14c0b8c0c7fc0f2380ff926e8929a550/1359723654/application/pdf/65401759/syopa%20suomessa%202011_web.pdf

Sarkeala T. 2008. Performance and effectiveness of organized breast cancer screening in Finland. Tampereen Yliopisto. *Acta Universitatis Tampensis* 1309.

Schierbeck L., Rejnmark L., Toften C., Stilgren L., Eiken P., Mosekilde L., Køber L. & Jensen J. 2012. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomized trial. *BMJ* 345.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestölaskennat. Helsinki Tilastokeskus. Viitattu 5.9.2013 Saantitapa: <http://www.stat.fi>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Luokitukset. Helsinki Tilastokeskus. Viitattu 5.9.2013 Saantitapa: <http://www.stat.fi>

Tiihonen M. 2012. Women`s experiences with hormones - A study of hormonal contraception and menopausal hormone therapy. Dissertation in Health Scienceec 96.2012. University of Eastern Finland.

Tiitinen A. 2009. Postmenopausaalinen hormonihoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125(20), 2225-8.

Tjønneland A., Christensen J., Thomsen B., Olsen A., Overvad K., Ewertz M. & Mellemkjær L. 2004. Hormone replacement therapy in relation to breast carcinoma incidence rate ratios. *Cancer* 100(11), 2328-2337.

Topo P., Luoto P., Hemminki E. & Uutela A. 1999. Declining socioeconomic differences in the use of menopausal and postmenopausal hormone therapy in Finland. *Maturitas* 32, 141-145.

van Gils., Peeters P.H., Bueno-de-Mesquita H.B., Boshuizen H.C., Lahmann P.H., Clavel-Chapelon F., Thiebaut A. ym. 2005. Consumption of vegetables and fruits and risk of breast cancer. *JAMA* 12;293(2), 183-93.

Vickers M.R., Martin J. & Meade T. 2007. The Women`s international study of long-duration oestrogen after menopause (WISDOM): a randomised controlled trial. *BMC Women`s Health* 7(2).

Walker M., Chiarelli A., Knight J., Mirea L., Glendon C. & Ritvo P. 2013. Perceived risk and adherence to breast cancer screening guidelines among women with a familial history of breast cancer: A review of the literature. *The Breast* 22, 395-404.

Weir R., Day P. & Ali W. 2007. Risk factors for breast cancer in women. A systematic review of the literature. *NZHTA Report*. 10(2).

White K. 2009. An introduction to the sociology of health and illness. 2. ed. painos. London: Sage cop. 2009.

Wilkinson A., Vasudevan V., Honn S., Spitz M. & Chamberlain R. 2009. Sociodemographic characteristics, health beliefs, and the accuracy of cancer knowledge. *Journal of cancer education* 24, 58–64.

Ylikorkala O & Tapanainen J. (toim.) 2011. Naistentaudit ja synnytykset. 5. p. Helsinki Duodecim.

www.cancer.fi Syöpäjärjestöt-Rintasyöpä

LIITTEET

LIITE 1

Elintavat, elämänlaatu ja terveys –kyselylomakkeen hormonaalisia tekijöitä käsittelevät sivut

LIITE 1

HORMONAALISET TEKIJÄT

L38. Onko teille tehty kohdunpoisto?

- ei
- kyllä, minulta on poistettu kohtu ja molemmat munasarjat noin [] [] -vuotiaana
- kyllä, minulta on poistettu kohtu ja toinen munasarjoista noin [] [] -vuotiaana
- kyllä, minulta on poistettu kohtu, ei munasarjoja noin [] [] -vuotiaana

L39. Ovatko kuukautisenne loppuneet?

- kyllä, noin [] [] -vuotiaana
- eivät ole, mutta ne ovat muuttuneet aiempaa epäsäännöllisemmiksi
- eivät ole, ja kierto on samanlainen kuin aiemmin
- en tiedä, koska käytän hormonikorvaushoitoa

L40. Oletteko käyttänyt tai käytättekö tällä hetkellä ehkäisypillereitä?

- kyllä, käytän tällä hetkellä ja olen käyttänyt noin [] [] vuoden ajan
- en, mutta olen aiemmin käyttänyt noin [] [] vuoden ajan
- en ole koskaan käyttänyt

L41. Oletteko käyttänyt tai käytättekö tällä hetkellä tavallista kierukkaa?

- kyllä, käytän tällä hetkellä ja olen käyttänyt noin [] [] vuoden ajan
- en, mutta olen aiemmin käyttänyt noin [] [] vuoden ajan
- en ole koskaan käyttänyt

L42. Oletteko käyttänyt tai käytättekö tällä hetkellä hormonikierukkaa?

- kyllä, käytän tällä hetkellä ja olen käyttänyt noin [] [] vuoden ajan
- en, mutta olen aiemmin käyttänyt noin [] [] vuoden ajan
- en ole koskaan käyttänyt

L43. Oletteko käyttänyt tai käytättekö nykyisin hormonikorvausvalmisteita?
= estrogeeni- tai estrogeeni- ja progestiini- ja progesteronivalmiste (suun kautta tai geelinä tai laastarina)

käytän nykyisin;

käyttö alkoi vuonna ; valmisteen nimi: _____

käyttö alkoi vuonna ; valmisteen nimi: _____

käytin aiemmin;

vuosina - ; valmisteen nimi: _____

vuosina - ; valmisteen nimi: _____

en ole koskaan käyttänyt (voitte siirtyä kysymykseen L46)

L44. Mikä oli hormonikorvausvalmisteiden käytön aloittamisen syy?

Voitte rastittaa useita vaihtoehtoja.

hikoilu, kuumat aallot

unihäiriöt

emättimen kuivuus, kutina ja/tai kirvely

yhdyntäkivut

tiheävirtsaaminen, virtsankarkailu, virtsatieinfektiot

lääkärin kehoitus käytön aloittamisesta

tuttavani aloittivat käytön, ja seurasin heidän esimerkkiään

muu syy, mikä? _____

L45. Jos olette käyttäneet hormonikorvausvalmisteita, mutta ette käytä niitä enää, mikä oli käytön lopettamisen syy? Voitte rastittaa useita vaihtoehtoja.

verenpaineen nousu, korkea verenpaine

kohdun limakalvomutokset

voimakas päänsärky tai migreeni

rintasyöpäepäily tai rintasyöpä itsellä tai sukulaisella

lääkärin kehoitus käytön lopettamisesta

tuttavani lopettivat käytön, ja seurasin heidän esimerkkiään

muu syy, mikä? _____

L46. Jos ette koskaan ole käyttänyt hormonikorvausvalmisteita, mikä on syy?

Voitte rastiittaa useita vaihtoehtoja.

- minulla ei ole ollut halua tai tarvetta hormonikorvausvalmisteiden käyttöön
- rintasyöpäepäily tai rintasyöpä itsellä tai sukulaisella
- lääkäri on kieltänyt hormonikorvausvalmisteiden käytön
- muu syy, mikä? _____

L47. Huolestuttaako rintasyöpä teitä?

- ei lainkaan
- hieman
- jonkin verran
- paljon
- erittäin paljon

L48. Todennäköisyys, että rintasyöpään sairastunut paranee täysin, on mielestänne:

- erittäin suuri
- suuri
- kohtalainen
- pieni
- erittäin pieni

L49. Millainen rintasyövän hoito olisi mielestänne toivottavaa?

Voitte rastiittaa useita vaihtoehtoja.

- säästävä leikkaus (poistetaan syöpäkasvain ja sitä ympäröivä lähikudos, ei koko rintaa)
- laaja leikkaus (esimerkiksi yhden rinnan tai molempien rintojen poisto)
- solunsalpaajahoido (sytostaattihoido, kemoterapia)
- sädehoito
- kevyin ja säästäv in hoitoyhdistelmä, jolla syöpäkasvain saadaan poistetuksi
- mikä tahansa hoitoyhdistelmä, jolla syöpäkasvain saadaan varmasti poistetuksi
- en tiedä

L50. Onko sukulaisillanne todettu rintasyöpää?

ei ole

kyllä, äidillä noin [] [] vuoden iässä

kyllä, sisarella tai sisarilla noin [] [] , [] [] , [] [] vuoden iässä

kyllä, muilla sukulaisilla, esimerkiksi tädillä tai tyttärellä

Kirjoittakaa sukulaisuussuhde ja arvioitu toteamisikä alla oleviin kohtiin:

_____ noin [] [] vuoden iässä

_____ noin [] [] vuoden iässä

L51. Oletteko itse koskaan hakeutunut tutkimuksiin rinnoissanne tapahtuneen muutoksen (esimerkiksi kyhmy) tai oireiden (esimerkiksi kipu tai vuoto) vuoksi?

en ole

kyllä, vuonna tai vuosina [] [] [] [] [] , [] [] [] [] [] , [] [] [] [] []

L52. Millaiseksi koette oman riskinne sairastua rintasyöpään elämäne aikana?

erittäin suureksi

suureksi

kohtalaiseksi

pieneksi

erittäin pieneksi

minulla todettiin rintasyöpä vuonna [] [] [] [] []