

Hoitoon hakeutumisen ja hoidon alkamisen viivästymä rintasyöpöpotilailla

LEILA MÄNTYLÄ JA LASSE KANNAS

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, missä määrin suomalaisilla naispuolisilla rintasyöpöpotilailla esiintyi hoitoon hakeutumisen ja hoidon alkamisen viivästymistä. Tutkimus suoritettiin neljän keskussairaalan sädehoito-osastojen poliklinikoilla. Aineisto (N=258) kerättiin kyselylomakkeilla poliklinikakäynnin yhteydessä.

Nopeasti hoitoon tulleita potilaita oli 43 % (viive < 1 kk). 29 %:lla potilaista oli ollut 1-3 kk:n hoitoon hakeutumisen viivästymä. Yli puolen vuoden viive oli ollut 16 %:lla potilaista. 64 % potilaista pääsi hoitoon viipymättä eli hoidon alkamisen viivästymä oli alle kuukausi. Hoidon alkaminen viivästyi yli kolme kuukautta 10 %:lla potilaista.

Maassamme todetaan vuosittain n. 1400 uutta rintasyöpätapausta. Määrä on yli 20 % kaikista naisten pahanlaatuisista kasvaimista. Taudin insidenssi on kasvanut: v. 1971 todettiin 1149 uutta rintasyöpätapausta ja ennusteen mukaan määrä nousee vuoteen 1985 mennessä n. 1650 tapaukseen (Suomen Syöpärekisteri 1978). Kansainvälisissä rintasyöpätalustoissa Suomi sijoittuu keskivaiheille, ja pohjoismaissa vertailuissa Suomen insidenssiluvut ovat matalimmat (Teppo ym. 1975).

Rintasyövän syntymistä ei toistaiseksi voida estää. Sensijaan taudin hoito on tehokasta, jos se voidaan aloittaa aikaisessa vaiheessa. Hoitotulos määritellään tavallisesti potilaan eloonjäämisen perusteella. Hakaman ym. (1975) mukaan 50 % rintasyöpöpotilaista elää keskimäärin viisi vuotta. Potilaiden, joiden kasvain on paikallinen, keskimääräinen elinaika on kymmenen vuotta, ja kasvaimen ollessa levinnyt elinaika on kolme vuotta. Käytettyä hoitokeinoa ratkaisevammin hoitotulokseen vaikuttavat kasvaimen biologiset ominaisuudet ja potilaiden ikä (Hakama 1967) sekä oireiden kesto ennen hoidon alkamista (Fisher ym. 1977 ja Wilkinson ym. 1979).

Koska rintasyöpää ei voida ehkäistä, taudin varhainen toteaminen on tärkeää. Rintasyövän seulonnan hyötyä vähentävät mm. sairauden esiintyminen eri-ikäisillä, selvien riskiryhmien puuttuminen (Soini 1977) ja seulontatutkimusten kalleus ja työläys (Lahti 1977). Terveyskasvatuksella, kuten rintojen palpoinnin opetuksella, katsotaan olevan keskeinen osuus rintasyövän varhaistoteamisessa. Terveyskasvatuksella pyritään lisäämään yksilöiden valmiuksia taudin varhaisoireiden havaitsemiseen ja niihin reagointiin hoitoon hakeutumalla.

Sairauden oireita kokevien henkilöiden on todettu hakeutuvan eri tavoin hoitoon. Toiset etsivät lääkärinapua välittömästi havaittuaan jonkin sairauden merkin itsessään, kun taas toiset saattavat pitää selviä sairauden oireita pitkään hakeutumatta hoitoon (Wu 1973, 142). Selvinin (1974) mukaan 2/3:lla rintasyöpöpotilaista myöhäiseen hoitoon tulon vaikuttavat psykologiset tekijät. Näiden lisäksi terveyspalvelujen tarjonnan on katsottu selittävän erilaista hoitoon hakeutumista (Purola ym. 1971).

Tässä tutkimuksessa selvitetään:

1. Missä määrin rintasyöpöpotilailla esiintyy hoitoon hakeutumisen viivästymistä?

2. Missä määrin rintasyöpöpotilailla tapah-
tuu hoidon alkamisen viivästymistä?
3. Mitkä mahdollistavat ja altistavat tekijät
ovat yhteydessä hoitoon hakeutumisen
viivästymiseen?
4. Missä määrin terveystalvelujen saatavuus
on yhteydessä hoidon alkamisen viiväs-
tymiseen?

Psykkiset puolustusmekanismit

Wun (1973, 137—139) mukaan rintasyövän oireisiin voidaan vastata seuraavilla tavoilla: 1) yksilö ryhtyy toimenpiteisiin päästäkseen oireistaan esim. itselääkityksellä, kääntymällä kansanparantajan puoleen tai etsimällä lääketieteellistä asiantuntemusta, 2) yksilö ei ryhdy toimenpiteisiin esim. sen tähden, ettei hän tiedä kenen puoleen kääntyä apua saadakseen, 3) yksilö on kahden vaiheilla, ryhtyäkö toimenpiteisiin vai ei, ja näin viivyttelö avun etsimisessä, 4) yksilö jättää oireensa huomiotta, ts. kieltää oireensa.

Psykiatrisessa kirjallisuudessa on käsitelty hoitoon hakeutumista vakavan sairauden kokemisen aiheuttamien tunnereaktioiden kannalta. Gyllensköldin (1973) mukaan syöpä kuuluu pelätyimpiin sairauksiin, koska syöpä on vakava sairaus ja koska ei täysin tiedetä, miten syöpä syntyy. Kertomukset parantumattomista tapauksista herättävät usein pelottavia ja ahdistavia mielikuvia tästä sairaudesta. Gyllensköldin mukaan sairauden aiheuttama avuttomuuden tunne ja kehon vahingoittumisen pelko herättävät potilaassa ahdistusta. Erityisesti rintasyövässä pelko on keskeistä: rintasyöpäleikkauksessa potilas voi kokea menettävänsä osan identiteettiään poistettavan rintansa myötä. Potilas puolustautuu ahdistusta ja uhkaa vastaan psyykkisin mekanismein.

Psykkisten puolustusmekanismien taroituksena on säästää yksilöä kokemasta epämiellyttäviä tosiasioita ja tuskallisia tunteita. Psykkiset puolustusmekanismit mahdollistavat viivyttelyn hoitoon hakeutumisessa. Tärkein mekanismi on kieltäminen. Sen avulla potilas voi kokea oireensa pitkään merkityksettömiksi sekä lääkärin puoleen kääntymisen ja sairaan roolin omaksumisen tarpeettomaksi. Kieltäminen ei kuitenkaan ole aina tietoisuuteen tuleva tapahtuma. Potilas voi siten ylläpitää terveyden harhakuvaa tiedostamatta tätä. Mikäli oireet ovat näkyviä, kivuliaita tai muuten häiritseviä, saattaa täydellinen kieltäminen käydä mahdottomaksi. Tällöin saattaa esiin-

tyä sairauden osittaista kieltämistä, jonka avulla potilas kieltää oireensa vakavan taudin merkkeinä ja selittää ne vähäpätöisiksi. Joskus kieltämistä pyritään vahvistamaan reaktionmuodostuksella. Tällöin potilas ei tunnusta itselleen olevansa sairas, vaan sen sijaan lisää aktiivisuuttaan esim. työelämässä todistaakseen terveytensä itselleen ja toisille ihmisille (Tähkä 1977, 30—32).

Achté ja Vauhkonen (1967) ovat todenneet syöpöpotilaiden haastattelututkimuksessa potilailla esiintyneen torjunnan ja kieltämisen lisäksi taantumista eli regressiota ja projektiota, jolloin potilaat siirsivät ahdistavat tunteensa ulkomaailmaan. Tällöin ilmeni mm. vihamielisyyttä lääkäreitä kohtaan ja epäluuloa suoritettuihin tutkimuksiin.

Syövän pelkoon liittyvä ahdistus lienee yleisin torjuntamekanismeja laukaiseva tekijä. Syöpää pelätään siinä määrin, ettei uskaltauduta tutkimuksiin epäilyttävistä oireista huolimatta. Niin kauan kuin sairautta ei ole todettu, on mahdollista kieltää sen olemassaolo itseltään. Samoin voidaan pelätä syövän tutkimus- ja hoitomenetelmiä, eikä sen tähden uskalleta mennä lääkäriin. Pelon ohella häpeän ja syyllisyyden tunteet sekä sairauden kokeminen rangaistuksena liittyvät syöpään sairastumiseen (Tähkä 1977, 30—31).

Sairauskäyttämisen sosiaaliset vaikuttimet

Hoitoon hakeutuminen kytkee yksilön yhteiskunnan terveydenhuoltojärjestelmään. Purolo ym. (1971) jaottelevat terveystalvelujen käyttöä säätelevät tekijät hoidon käyttöön alttiuttaviin tekijöihin ja hoidon käytön mahdollistaviin tekijöihin.

Alttiuttavat tekijät säätelevät oireiden tulkintaa ja heijastuvat edelleen potilaan hoitoreaktioihin. Tällaisia tekijöitä ovat esim. yksilön tiedot ja uskomukset sairauksista sekä asenteet sairauksia ja niiden hoidettavuutta kohtaan, samoin sairauksiin liittyvät pelot, potilaan sosiaalinen eristyneisyys, jotkut demografiset seikat kuten ikä, sukupuoli tai rotu sekä sosiaalisen ympäristön, esim. toisten perheenjäsenten, vaikutus.

Hoidon käytön mahdollistavat tekijät, joilla tarkoitetaan potilaan sosiaalisten kytkentöjen säätelemiä sosiaalisia edellytyksiä, voidaan ilmaista seuraavilla käsitteillä: tarjonta, hinnat ja maksukyky. Terveystalvelujen käyttömahdollisuudet vaihtelevat yhteiskunnassa mm. sosiaaliryhmän, tulojen,

perheen koon ja palvelusten saatavuuden mukaan.

VIIVÄSTYMÄN MÄÄRITTELYÄ

Gyllensköld (1973) on pohtinut viivästy-mä-käsitteen teoreettista merkitystä. Tutkija esittää, että potilasviivästy-mästä (patient's delay) on kyse silloin, kun potilas laiminlyö lääketieteellisen asiantuntemuksen hyväksi-käytön huolimatta epäilyttävistä tai selvistä syövän oireista.

Viivästy-män operationaalinen määrittely on ollut sekavaa ja horjuvaa. Epäselvyyttä on aiheuttanut ennen kaikkea viivästy-män alka-misajankohdan määrittely. Suhteellisen yleisesti viivästy-mä on määritelty ensimmäisten sairauden oireiden alkamisen ja ensimmäiseen lääkärintaktiin näiden oireiden takia hakeutumisen väliseksi ajaksi (Dennis ym. 1975). Jotkut tutkijat taas katsovat viivästy-misen alkavan ajankohdasta, jolloin potilas havaitsee oireidensa tarvitsevan nimenomaan lääketieteellistä huomiota (Wu 1973).

Erilaista käytäntöä on myös esiintynyt sen suhteen, kuinka pitkä viivästy-mä on todellista, potilaan käyttäytymisestä johtuvaa viivästy-mistä. Esim. Gold (1964) ja Hammerschlag ym. (1964) ovat käyttäneet viivästyneenä hoitoon hakeutumisen rajana kahta kuukautta oireiden alkamisesta kun taas esim. Lynch ja Krush (1970) ovat määritelleet viivästy-män rajaksi kolme kuukautta ensioireiden esiinty-misestä.

Tässä tutkimuksessa käytetään potilaan aiheuttaman viivästy-män asemesta hoitoon hakeutumisen viivästy-mä -käsitettä. Viiväs-tymä määritellään ajanjaksoksi, joka kuuluu rintasyövän ensioireiden esiintymisestä poti-laan ensimmäiseen lääkärikäyntiin tämän oireen takia. Tässä tutkimuksessa alle kuu-kaudessa hoitoon hakeutuneet potilaat muodostavat viivyttelemättömän ryhmän.

Lynch ja Krush (1969) ovat pohtineet lääkärin aiheuttaman viivästy-män (doctor's delay) teoreettista merkitystä. Heidän mukaan lääkäristä johtunut viivästyminen merkitsee epäonnistumista potilaan oireen vakavuuden tunnistamisessa, tarkoituksenmukaisten tut-kimusten ja adekvaatin hoidon määräämi-ssä sekä sopivan seurannan järjestämisessä. Yleensä tutkijat ovat määritelleet operatio-naalisesti lääkärin aiheuttamaksi viivästy-miseksi ajanjakson potilaan ensimmäisestä lää-kärinkontaktista asianmukaisen hoidon alkamiseen (mm. Dennis ym. 1975).

Tässä tutkimuksessa käytetään laaja-

alaista hoidon alkamisen viivästy-mä-käsi-tettä, johon sisältyy sekä lääkäristä johtuva viivästyminen että terveydenhuoltojärjestel-mästä aiheutuva viivästyminen, kuten tut-kimus- ja leikkausjonot. Hoidon alkamisen viivästy-mä määritellään ajanjaksoksi, joka kuuluu potilaan ensimmäisestä lääkärikäyn-nistä rintasyövän hoidon (leikkaus) alkami-seen. Alle kuukaudessa aloitettu hoito katso-taan viivästy-mättömäksi tässä tutkimuksessa.

AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Magarey ym. (1977) haastattelivat 90:ää naista, joille oli määrä tehdä rintarauhasen biopsia epäilyttävien rintasyövän oireiden takia. Neljännes tutkittavista oli viivytelty tutkimuksiin menoaan yli neljä kuukautta, eikä puolet naisista ollut koskaan tutkinut rintojaan. Tiedostamattomat psykologiset prosessit kuten oireiden kieltäminen ja tor-junta selittivät tutkijoiden mukaan lähes puolet viivästy-misen vaihtelusta. Tiedostetut tekijät, joihin tutkijat sisällyttivät mm. iän, koulutuksen, tiedot syövästä sekä kuoleman ja sairauden pelon, eivät olleet yhteydessä viivästy-miseen, ei myöskään rintojen itse-tutkiminen (Magarey ym. 1977).

Gyllensköld (1973) on koonnut useiden tutkijoiden tutkimustuloksia hoitoon hakeu-tumisen viivästy-misestä. Siihen ovat liittyneet mm. lääketieteellisen hoidon saavutetta-vuus (taloudellinen ja maantieteellinen), sosio-ekonomiset elinolot, siviilisäätö, hoidettavana olevat alaikäiset lapset, perus- ja ammatti-koulutus, ansiotyö, suhtautuminen syöpään ja sairauksiin yleensä, lääkäreihin ja sairaalaan, aikaisemmat kokemukset syövästä, persoonallisuuden piirteet ja ruumiinrakenne.

Perssonin (1966) tutkimuksessa todettiin hoitoon hakeutumisessaan pitkään viivytel-leillä potilailla olleen korkea koulusivistys, useimmiten he olivat kotitrouvia tai naimat-tomia työssä käyviä henkilöitä, he olivat lap-settomia tai heillä oli ollut enemmän kuin neljä raskautta. Ruumiinrakenteeltaan he olivat useimmiten pyknikkoja. Ensimmäinen rintasyövän oire näillä potilailla oli ollut rinnan ulkonäön muutos.

Potilaat, jotka tunsivat itsensä oman ruumiinsa suhteen varmoiksi, viivytelivät hoitoon hakeutumisessaan eniten. He olivat vähiten huolestuneita oireistaan eivätkä näin kokeneet tarvetta hakeutua tutkimuksiin. Tutkijat päättelivät, että hoitosuhteen sisäl-tämä alistuminen viivyttää itsenäisten poti-

Taulukko 1. Otoksen ja palautettujen lomakkeiden jakaumat eri keskussairaaloissa

	otos	palautettujen lomakkeiden lukumäärä	vastaus- prosentti
	n	n	%
Turun yliopistollinen keskussairaala	80	65	81
Keski-Suomen keskussairaala	69	68	99
Tampereen keskussairaala	63	61	97
Vaasan keskussairaala	72	71	99
Yhteensä	284	265	93

laiden hoitoon hakeutumista. Psykkiset puolustusmekanismit eivät tässä tutkimuksessa vaikuttaneet viivästyemiseen. Greenberg ja Fisher (1977) ovat saaneet samansuuntaisia tuloksia kyselytutkimuksessaan.

Rintasyöpädiagnoosin viivästyemistä rintasyövässä selvitettiin ruotsalaisessa (Arner ym. 1978) tutkimuksessa, joka käsitti 188 26—96 -vuotiasta rintasyöpäpotilasta. Potilaat olivat jo aiemmin hakeutuneet hoitoon juuri sen oireen takia, joka myöhemmin johti rintasyöpä-diagnoosiin. Tulosten mukaan 18 %:lla potilaista diagnoosi viivästyi. Viivästyemän pituus vaihteli kahdesta viikosta neljään ja puoleen vuoteen mediaaninajan ollessa viisi kuukautta. Viivyttelystä potilaista lähes 40 %:lla diagnoosi oli viivästynyt yli vuoden.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus suoritettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) sädehoitoklinikan sekä Keski-Suomen (KSKS), Tampereen (TKS) ja Vaasan (VKS) keskussairaaloiden sädehoito-osastojen poliklinikoilla. Perusjoukon muodostivat kyseisten poliklinikoiden naispuoliset yli 15-vuotiaat rintasyöpäpotilaat. Perusjoukosta poimittiin otokseksi ne 284 potilasta, jotka kävivät sairaaloiden sädehoitopoliklinikoilla 20.11.1978 — 20.02.1979 sädehoitokonsultaatiossa, kontrollitutkimuksessa tai hoidossa. Tutkimuksen ulkopuolelle jätettiin huonokuntoiset potilaat, koska heille tutkimukseen osallistuminen olisi tuottanut kohtuutonta rasitusta. Muistivirheiden vähentämiseksi ei tutkimukseen otettu mukaan myöskään potilaita, joiden taudin toteamisesta oli kulunut aikaa yli kaksi vuotta.

Tiedot kerättiin kyselylomakkeilla poliklinikalla. Kyselylomakkeen tietoja täsmennettiin Keski-Suomen keskussairaalan potilaiden osalta sairauskertomusten tiedoilla taudin leviämistä. Potilaan diagnoosin tunteva henkilö (yleensä vastaava sairaanhoitaja) jakoi lomakkeet potilaan saapuessa vastaanotolle. Lomakkeen jakajalle oli annettu kirjalliset ohjeet tutkimuksen ulkopuolelle jätettävistä henkilöistä. Täytettyään lomakkeen potilas palautti sen poliklinikan henkilökunnalle saman poliklinikakäynnin yhteydessä. Jaetuista 284 lomakkeesta palautettiin 265 (93 %) (taulukko 1)

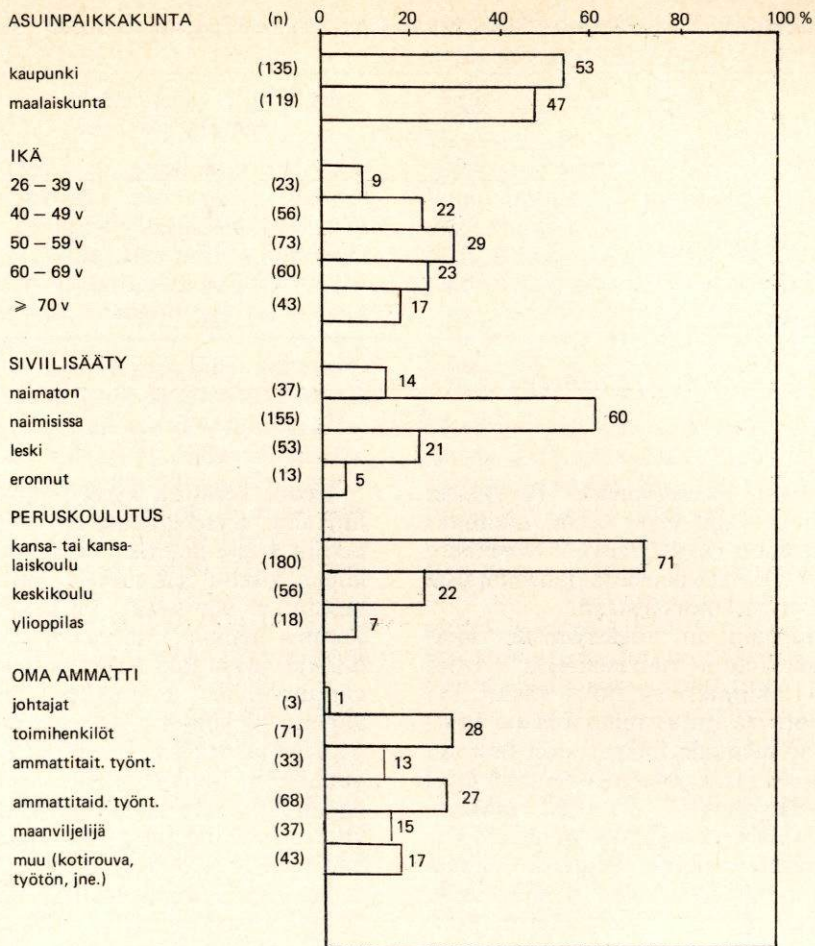
Jaetuista lomakkeista oli suomenkielisiä 255 ja ruotsinkielisiä 29, joista 23 oli VKS:stä ja 6 TYKS:stä. Puutteellisten tietojen vuoksi palautetuista lomakkeista jouduttiin hylkäämään seitsemän (2.6 %). Lopullisen aineiston kooksi tuli 258 eli 91 % näytteestä. Aineiston sosiodemografiset ominaisuudet ilmenevät kuvasta 1.

TULOKSET

Hoitoon hakeutumisen viivästyemä

Hoitoon hakeutuminen tapahtui yleensä rinnassa todetun kyhmy perusteella (81 %). Muina syinä mainittiin mm. särky rinnassa (6 %) ihon muutokset (4 %), yleiskunnon huononeminen (4 %). Vajaat 40 % potilaista arvioi subjektiivisesti hoitoon hakeutumisen viivästyneen. Objektiivisena viivästyemisen mittana käytettiin aikaa rintasyövän ensioireesta ensimmäiseen lääkärikäyntiin (taulukko 2)

Yleensä oli hoitoon hakeuduttu varhain, vaikkakin lyhyttä 1—3 kuukauden viivästyemistä esiintyi lähes kolmanneksella poti-



Kuva 1. Aineiston jakautuminen sosiodemografisten tekijöiden mukaan

laista. Sen sijaan yli puolen vuoden viivästy-
mistä oli vain noin 10 %:lla vastanneista.
Oireettomia potilaita oli vain muutama.

Potilailla, jotka arvioivat hoitoon hakeu-
tumisensa viivästyneen esiintyi objektiivis-
estikin mitattuna viivästyminen ($r = .32$).
On kuitenkin korostettava, että toisaalta
lähes kolmasosa (27 %) viivyttelemättömistä
potilaista koki viivästyminen tapahtuneen, ja
että toisaalta pisimmän viivästyneen ryhmän
potilaita 5 % ei tuntenut viivytelleensä
hoitoon hakeutumisessaan.

Hoitoon hakeutumisensa viivästyneeseen
potilaat mainitsivat useimmiten syyksi jono-
tuksen lääkärin vastaanotolle. Myös oireiden
vähäisyys ja syövä pelko olivat tavallisia
potilaiden ilmoittamia hoitoon hakeutumista
hidastaneita syitä.

Sairauskertomustietoihin perustuva taudin
levinneisyysaste määritettiin vain Keski-

Suomen keskussairaalan potilaiden osalta
($N = 67$)

Lähes viidennes potilaita tuli hoitoon
rintasyövän ollessa suhteellisen rajoittunut
(st. I), ja yli 80 % potilaita saapui hoitoon
taudin edettyä metastasointivaiheeseen.
Kuitenkin näistä vain 3 %:lla oli laajalle
levinnyt rintasyöpä (st. IV).

Mahdollistavien ja altistavien tekijöiden
yhteyksiä hoitoon hakeutumisen viivästyneeseen
analysointiin mm. regressioanalyysin avulla.
Mahdollistavina tekijöinä oli analyysissä
mukana asuinpaikan teollistuneisuusaste,
vastaajan koulutus, ammatti ja paikkakun-
nan terveyspalvelujen saatavuus. Altistavia
tekijöitä indikoivat vastaajan ikä, aikaisempi
terveydentila sekä siviilisääty. Taulukossa 3
esitetään regressiomalliin tulleet kolme selitys-
kyvyltään parhaita muuttujaa. Näiden
muuttujien yhteisselitysosuus jäi suhteellisen

Taulukko 2. Hoitoon hakeutumisen viivästy-
män kesto

Viivästyminen kesto	n	%
alle 1 kk	105	43
1-3 kk	71	29
4-6 kk	32	13
7-11 kk	6	2
12-23 kk	11	5
≥ 24 kk	12	5
ei oireita	5	2
Yhteensä	242	100

pieneksi ($R^2 = 10\%$). Eniten hoitoonhakeutumisen viivästyminen selitti potilaiden aikaisempi terveydentila: ennen rintasyövän toteamista terveinä olleet potilaat näyttivät hakeutuvan nopeimmin hoitoon (ks. taulukot 3 ja 4). Aikaisemman terveydentilansa erittäin hyväksi kokeneista potilaista n. 60 % tuli

lääkäriin kuukauden sisällä sairautensa ensioireista. Toisaalta potilaista, joiden terveydentila oli aikaisemmin ollut heikko, puolet viivytteli varsin pitkään lääkärin luo menoaan.

Muista taustamuuttujista vain potilaan siviilisäädellä ja jonotusajalla lääkärintarkastukseen oli tilastollisesti merkitsevä yhteys hoitoon hakeutumisen viivästyminen: Naimattomat viivyttelivät naimisissa olevia kauemmin hoitoon hakeutumisessaan.

Hoidon alkamisen viivästyminen

Rintasyövän hoito päästiin aloittamaan suhteellisen pian, sillä noin 2/3 potilaista pääsi hoitoon viipymättä eli alle kuukauden kuluessa hoitoon hakeutumisestaan (taulukko 5). Hoito viivästyi yli kolme kuukautta vajaalla 10 %:lla vastanneista. Potilaiden subjektiivinen arvio hoidon aloittamisnopeudesta vastasi kohtalaisen hyvin hoidon viivästyminen objektiivista mittaa. Hoitonsa alkamisen koki hitaaksi 10 % vastanneista.

Terveyspalvelujen saatavuutta kuvaavista muuttujista asuinpaikkakunnan koolla tai

Taulukko 3. Hoitoon hakeutumisen viivästyminen selittyminen valikoivalla regressioanalyysillä

Selittävät muuttujat	t-arvo ¹	β-kerroin	R	R ²	korrelaatiokerroin
Aikaisempi terveydentila	2.69 ^{☆☆}	.16	.20	.04	.20
Jonotusaika lääkärin tarkastukseen	2.98 ^{☆☆}	.18	.28	.08	.20
Siviilisäätö	-x0.22 [☆]	-.13	.30	.10	-.14

¹ ☆ = $p < .05$; ☆☆ = $p < .01$; ☆☆☆ = $p < .001$

Taulukko 4. Hoitoon hakeutumisen viivästyminen potilaan aikaisemman terveydentilan mukaan

Viivästyminen kesto	Aikaisempi terveydentila			
	erittäin hyvä %	melko hyvä %	tydyttävä %	huono %
alle 1 kk	59	43	43	21
1-3 kk	14	40	27	29
4-11 kk	23	11	20	-
≥ 12 kk	4	6	10	50
Yhteensä	100	100	100	100
(N)	(56)	(97)	(75)	(14)

$\chi^2 = 47.01$ d.f. = 9 $p < .001$

Taulukko 5. Hoidon alkamisen viivästymän kesto

Viivästymän kesto	n	%
alle 1 kk	156	64
1–3 kk	66	27
4–6 kk	13	5
≥7 kk	9	4
Yhteensä	244	100

potilaan taloudellisilla mahdollisuuksilla terveyspalvelujen käyttöön ei tässä tutkimuksessa ollut yhteyttä hoidon alkamisen viivästymiseen.

Potilaan arviolla hoidon aloittamisnopeudesta ja mahdollisuuksilla terveyspalvelujen käyttöön kotipaikkakunnallaan oli johdonmukainen yhteys. Hoito päästiin alkamaan potilaiden arvioimana sitä nopeammin, mitä paremmat terveyspalvelut olivat (taulukko 6).

Subjektiiivisia mielipiteitä hoidon alkamisen viivästymän syistä esitettiin runsaasti. Useat potilaat näyttivät kokeneen hoitonsa viivästyneen, vaikkei varsinaista näyttöä hoidon lykkääntymisestä ollutkaan. Lyhytkin odottaminen tutkimusten ja hoidon alkamiseen koettiin usein viivästymäksi. Potilaat mainitsivat tavallisimmin juuri tutkimuksiin ja hoitoon jonotuksen tärkeimmäksi syyksi hoidon alkamisen viivästymäksi. Myös kas-

vaimen hoitaminen muuna sairautena oli usein potilaiden mielestä syynä hoidon alkamisen hitauteen. Seuraavassa on esitetty eräitä poimintoja potilaiden mainitsemista viivästymän syistä:

”Kyhmy todettiin hyvänlaatuiseksi tunnustelemalla ensimmäisellä käynnilläni. Unohdin tietoisesti kyhmy, kunnes huomasin sen hiukan suurentuneen ja hakeuduin uudelleen vastaanotolle.” (viivästymä 9 kk)

”Ei uskottu kysymyksessä olevan syöpä. Jatkuvasti lääkäri toisensa jälkeen (2 terveydenhoitajaa + 3 lääkäriä) vakuutti, ettei se mitään ole.” (viivästymä 1–3 kk).

”Jag blev hemskickad flera gånger från sjukhuset”. (viivästymä 1–3 kk).

”Första läkarbesökets resultat: där fanns ingenting att oro sig för, var läkarens diagnos. Nytt besök hos ny läkare: intagning på sjukhus följande dag.” (viivästymä yli 6 kk).

”Jonotusta ensin terveyskeskukseen 1 viikko, sitten poliklinikalle 1,5 viikkoa ja leikkaukseen 2 viikkoa.” (viivästymä 1–3 kk).

”Lääkärit olivat sitä mieltä, että kyhmy oli vaaraton. Ilman omaa sinnikkyyttäni se olisi vieläkin leviämässä.” (viivästymä yli 6 kk).

Hoitoon hakeutumisen ja hoidon alkamisen viivästyminen näyttivät jossain määrin kausatuivilta ilmiöiltä ($r = .12$). Yli puolen vuoden hoidon alkamisen viivästymistä ei esiintynyt lainkaan viivyttelemättä hoitoon tulleilla potilailla. Sen sijaan hoidon viivästyminen oli yleisintä hoitoon hakeutumisessaan pitkään viivytelleillä potilailla.

Taulukko 6. Potilaan arvio hoidon aloittamisnopeudesta terveyspalvelusten saatavuuden mukaan

Hoito alkoi potilaan mielestä	Terveyspalvelujen saatavuus			
	erittäin hyvä %	hyvä %	keskinkertainen %	huono %
erittäin nopeasti	77	51	41	25
melko nopeasti	17	43	44	50
melko hitaasti	2	3	13	13
erittäin hitaasti	4	3	2	12
Yhteensä (N)	100 (48)	100 (112)	100 (68)	100 (8)

$$\chi^2 = 27.29 \text{ d.f.} = 9 \text{ p} < .01$$

POHDINTA

Aineisto koostui neljän keskussairaalan sädehoitopoliklinikoiden rintasyöpäpotilaista. Aineistolla on siis alueellista edustavuutta, mutta koko maahan tuloksia ei voitane yleistää. Potilaiden erityispiirteiden suhteen aineisto on osin valikoitunut. Koska vain elossa olevat potilaat voitiin tutkia, ovat huononusteisimmat jääneet luonnollisesti aineistosta pois. Tulokset ovat näin ollen yleistettävissä vain em. tutkimuspoliklinikoiden potilaisiin. Erityyppiset ja eriaiset rintasyöpätapaukset olivat melko hyvin edustettuina aineistossa, joskin TYKS:n osalta puuttuivat pienet, paikalliset rintasyöpätapaukset.

Tutkimus osoitti, että hoitoon oli yleensä hakeuduttu varhain, sillä yli 40 % potilaista tuli hoitoon viiveettöminä eli kuukauden kuluessa ensioireista. Tulos poikkesi huomattavasti amerikkalaisen Dennisin ym. (1975) tutkimustuloksista, joiden mukaan vain n. 20 % rintasyöpäpotilaista hakeutui hoitoon kuukauden sisällä ensioireiden esiintymisestä. Pitkähköä, 4—11 kk:n viivettä oli Dennisin ym. (1975) aineistossa 40 %:lla potilaista, kun taas tässä tutkimuksessa yhtä kauan viivytelleitä oli 15 %. Viivästyminen on vaikea kuitenkin saada täysin luotettavaa tietoa kyselymenetelmällä retrospektiivisen tutkimusasetelman puitteissa. Potilaan on vaikea arvioida viivytelyään täysin objektiivisesti, koska se saatetaan kokea kovinkin eri tavoin. Joidenkin potilaiden kohdalla hoitoon hakeutumisesta oli kulunut aikaa jo lähes kaksi vuotta, jolloin vastauksiin saattoi sisältyä muistivirheitä. Viivästyksen mittauksen ajankohta vaikuttaa siten myös tulosten luotettavuuteen.

Potilaan ilmoittamista subjektiivisesti koetuista viivytelystä syistä syövän pelko on kiinnostava. Huomattava osa potilaista (24 %) ilmoitti avoimesti syövän pelon hidastaneen hoitoon hakeutumistaan. Pelon osuus viivästyimatekijänä voi todellisuudessa olla ilmoitettua suurempi. Syövän pelko laukaisee psyykkisiä torjuntamekanismeja sairauden tuomaa ahdistusta vastaan. Intensiivinen pelko tekee jotkut yksilöt kykenemättömiksi kaikkeen toimintaan kuten etsimään apua oireiden lievittämiseksi. Tällöin voi esiintyä sairauden kieltämistä tai oireiden järjeistämistä (rationalisaatiota). Wun (1973) mukaan pelkotilanteessa on yksilön käyttäytymiselle ominaista kaiken pelon aiheuttajaan liittyvän, kuten syövästä keskustelemisen tai syöpäinformaation välttäminen.

Hoitoon hakeutumisen viivästyksen taustatekijöiden analyysissä sosiodemografiset tekijät eivät olleet kovinkaan merkityksellisiä. Tulokset eivät tukeneet aikaisempia tutkimustuloksia, joiden mukaan yksilön sosiaalinen ja taloudellinen asema vaikuttaisi erilaisiin hoitoon hakeutumismuotoihin (Wu 1973).

Potilaiden aikaisempi terveydentila selitti parhaiten hoitoon hakeutumisen viivästyksen. Aikaisemmin paljon sairastaneet henkilöt viivytelivät lääkärin luo menoaan kauemmin kuin potilaat, joiden aikaisempi terveydentila oli ollut hyvä. Syövän oireet saattavat paljon sairastaneilla peittyä muiden vaivojen taakse. Varsinkin, jos vaivat ovat olleet epämääräisiä ja pitkäaikaisia, ne voivat kätkeä syövän oireet. Potilas saattaa ymmärtää uudellaisinkin, syövästä johtuvat oireensa aikaisemmista sairauksistaan aiheutuviksi, eikä katso tarpeelliseksi hakeutua hoitoon niiden takia. Toisaalta voisi olettaa, että terveyspalvelujen käyttöön tottunut henkilö olisi alttiimpi niiden käyttöön ja hakeutuisi nopeasti hoitoon uusia oireita havaittuaan (vrt. Persson 1966).

Tässä tutkimuksessa hoidon alkamisen viivästyksen arviointi tapahtui potilaan oman arvion pohjalta. Hoito oli viivästynyt yli kuukauden 36 %:lla potilaista. Tulos on samansuuntainen kuin Dennisin ym. (1975) amerikkalaisesta aineistosta saama tulos. Tarkka vertailu em. aineistoon ei kuitenkaan ole mahdollista, koska Dennisin tutkimuksessa käytettiin sairauskertomustietoja.

Ruotsalaisessa aineistossa (Arner ym. 1978) diagnoosi oli viivästynyt 18 %:lla rintasyöpäpotilaista. Erilaisen tutkimusmenetelmän vuoksi ei em. tulos ole täysin verrattavissa tämän tutkimuksen tuloksiin. Kuitenkin potilaiden esittämät mielipiteet antoivat viitteitä siitä, että tämänkin aineiston potilailla oli jossain määrin tehty virheellisiä taudin määrittämiä ja tästä oli joillakin aiheutunut hoidon alkamisen viivästyminen.

1970-luvulla on rintasyöpään liittyvä terveyskasvatus tehostunut huomattavasti. Tämä myönteinen kehitys lienee osasyynä siihen, että valtaosalla tutkituista oli kohtalaisen lyhyt viivästyminen hoitoon hakeutumisessaan. Terveyskasvatuksen oma vaikutus on kuitenkin varsin vaikeasti tutkittavissa. Terveyskasvatuksen vaikuttavuuden vaikeasta arviotavuudesta huolimatta on syöpävalistusta edelleenkin tehostettava 1980-luvulla. Rintojen omakohtaisesta, säännöllisestä palpoinnista tulisi muodostua tiedostettu terveystottumus. Lääkintöhallituksen toimeksi-

annosta suoritettu tutkimus osoitti, että 40 % yli 15-vuotiaista naisista tutkii rintansa oma-toimisesti vähintään kerran kuukaudessa (Elovainio 1980). Tulos on toisaalta myönteinen, toisaalta se osoittaa, että terveyskasvatuksen tarve on edelleen suuri valtaosalla naisista.

Rintojen omatoimisen tutkimisen avulla voidaan siis lyhentää hoitoon hakeutumisen

viivästymää. Viivästymän keston merkitys hoitoennusteen kannalta on toistaiseksi kuitenkin vielä epäselvä. Eräät tutkimukset ovat osoittaneet viivästymän lyhentämisellä olevan suotuisia vaikutuksia rintasyövän prognoosiin (ks. Wilkinson ym. 1979). Joissakin tutkimuksissa em. yhteyttä ei ole kuitenkaan havaittu (ks. Dennis ym. 1975 ja Fisher 1977).

KIRJALLISUUS

- Achte K ja Vauhkonen M-L*: Syöpä ja psyyke. *Duodecim* 1967;83:678—685.
- Arner O, Bergström, J, Franzen S, Granberg P-O, Rutqvist L E, Theve N O ja Walgren A*: Läkarfördröjning vid diagnostik av bröstcancer. *Läkartidningen* 1978;75:3299—3300.
- Dennis C, Gardner B ja Lim B*: Analysis of survival and recurrence vs. patient and doctor delay in treatment of breast cancer. *Cancer* 1975;35:714—720.
- Fisher E R, Redmond C ja Fisher B*: A perspective concerning the relation of duration of symptoms to treatment failure in patients with breast cancer. *Cancer* 1977;3160—3167.
- Elovainio L*: Pyydä lääkäriä tutkimaan rintasi. *Syöpä* 1980;6:2—5.
- Gold M A*: Causes of patients delay in breast diseases. *Cancer* 1964;17:564—577.
- Greenberg R ja Fisher S*: The relationship between willingness to adopt the sick role and attitudes toward women. *Journal of Chronic Diseases* 1977;30:29—37.
- Gyllensköld K*: Cancerpatienters upplevelse av och anpassning till sin sjukdom. *Forskningsrapport*. s. 29—30, 51, 52, 62. Info-Gruppen 1973;3. Rotobekman, Stockholm.
- Hakama, M*: Syövän hoitotulosten vertailun vaikeuksia. *Duodecim* 1967;83:1275—1279.
- Hakama M, Riihimäki H ja Saxén E*: Suomessa 1953—1968 todettujen rintasyöpäpotilaiden ennuste. *Duodecim* 1975;91:266—277.
- Hammerschlag C, Fisher S, Decosse J ja Kaplan E*: Breast symptoms and patient delay: Psychological variables involved. *Cancer*: 1964;17:1480—1485.
- Lahti R*: Kliinisen tutkimuksen, mammografian ja termografian soveltuvuus rintasyövän joukkotutkimukseen. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:9. Vammala, Vammalan kirjapaino 1977.
- Lynch H T ja Krush A J*: Breast carcinoma and delay in treatment. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 1969;128:1027—1032.
- Lynch H T ja Krush A J*: Delay: A problem in cancer control. *The Nebraska State Medical Journal* 1970: Nov.:655—662.
- Magarey C J, Todd B J ja Blizard P J*: Psycho-social factors influencing delay and breast self-examination in women with symptoms of breast cancer. *Social Science and Medicine* 1977;11:229—232.
- Persson G*: Socioekonomiska faktorers inflytande på anamnäslängden hos kvinnor med symptom på brösttumör. s. 3. Trebetygsuppsats. Sociologiska institutionen, Stockholms Universitet 1966.
- Purola T, Nyman K, Kalimo E ja Sievers K*: Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Sarja A:7. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Kunnallispaino, Helsinki 1971.
- Selvini A*: Delay in diagnosis due to the patient: psychological motivations. *Public Educat Cancer* 1974;11: 55—57.
- Soini I*: Risk factors and selective screening for breast cancer. *Acta Universitatis Tamperensis ser A* vol 88. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos, Tampere 1977.
- Suomen Syöpärekisteri*. Syövän tapausmääräennuste vuosille 1980 ja 1985. Helsinki 1978.
- Teppo L, Hakama M, Hakulinen T, Lehtonen M ja Saxén E*: Cancer in Finland 1953—1970: Incidence, mortality, prevalence. *Acta pathologica et microbiologica scandinavica*. Section A 1975: suppl. 252:16—17.
- Tähkä V*: Potilas-lääkärisuhde. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki 1977.
- Wilkinson G S, Edgerton F, Wallace H J, Reese P, Paterson J ja Priore R*: Delay, stage of disease and survival from breast cancer. *Journal of Chronic Diseases* 1979;32:365—373.
- Wu R*: Behavior and illness. Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey 1973.

SUMMARY

Mäntylä L and Kannas L. patient and doctor delay among women with breast cancer. Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti • Journal of Social Medicine 1981:18:52—61.

The purpose of the study was to investigate how long a patient and doctor delay women with breast cancer had. The study was carried out in out-patient departments of x-ray treatment in four hospitals. The data was collected by a questionnaire during the visit to out-patient departments. The size of analyzed data was 258 patients i.e. 91 % of the sample.

A lump in the breast was the most usual reason to look after a doctor. Patient delay

was less than a month among 43 % of women. 29 % of patients had a delay of 1—3 months. Patient delay was more than among 16 % of patients. The previous state of health six months explained best the duration of patient delay. Those who were in good health before the first breast symptoms had shorter patient delay than those who were sick before breast symptoms.

64 % of patients with breast cancer had no doctor delay i.e. delay was less than a month. The beginning of treatment was delayed more than three months among 10 % of patients. The better health services the district had the shorter was the duration of doctor delay.

Kansanterveyden laitos
Jyväskylän yliopisto
40100 Jyväskylä 10