

**Tartu Ülikool  
Tervishoiu instituut**

**EESTI NAISTE TEADLIKKUS EMAKAKAELAVÄHI  
SÕELUURINGUST, RISKIFAKTORITEST JA VÕIMALIKUD MITTE-  
OSALEMISE PÕHJUSED SÕELUURINGUS**

**Magistritöö rahvatervishoius**

**Alice Kivistik**

**Juhendajad:**

**Piret Veerus, PhD, Tervise Arengu Instituut, epidemioloogia ja biostatistika  
osakond, teadur**

**Katrin Lang, PhD, Tartu Ülikool, Tervishoiu instituut, dotsent**

**Tartu 2011**

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis ja Tervise Arengu Instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 13.05.2011 lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Oponent: Dr. Terje Raud, SA TÕ naistekliinik, naistearst-õppejõud

Kaitsmine: 08.06.2011

Magistriõpinguid ja magistritöö valmimist toetas Norra Finantsmehhanismi grant EE0016 Tartu Ülikooli tervishoiu instituudile projekti „Epidemioloogia õpe ja terviseinfo analüüs“ teostamiseks.



## SISUKORD

LÜHIKOKKUVÕTE.....	4
1. SISSEJUHATUS .....	5
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	6
2.1 Emakakaelavähk ja selle riskitegurid .....	6
2.2 Emakakaelavähi epidemioloogia ülevaade Eestis ning Euroopas .....	7
2.3 Emakakaelvähi esmane ja teisene ennetus.....	9
2.4 Varasemad uuringud sõeluuringu teadlikkuse ja osalemissoovi kohta .....	11
2.4.1 Emakakaelavähi sõeluuringus osalemissoovi uuringud.....	11
2.4.2 Emakakaelavähi teadlikkuse uuringud .....	13
2.5 Sõeluuringuprogrammid ja nende hõlmatus teistes riikides võrreldes Eestiga .....	14
2.5.1 Sõeluuringuprogrammid Euroopas.....	14
2.5.2 Sõeluuringuprogramm Eestis .....	16
3. TÖÖ EESMÄRGID .....	18
4. METOODIKA .....	19
4.1 Uuringu läbiviimine.....	19
4.2 Andmeanalüüs.....	20
5. TULEMUSED .....	21
5.1 Naiste osalemissoov ja teadlikkus sõeluuringust .....	23
5.2 Teadlikkus emakakaelavähi riskiteguritest.....	25
5.3 Sõeluuringus mitteosalemise põhjused.....	26
5.4 Sõeluuringu organisatoorsed eelistused.....	28
6. ARUTELU.....	30
7. JÄRELDUSED .....	33
8. KASUTATUD KIRJANDUS.....	34
SUMMARY.....	38
CURRICULUM VITAE .....	40
TÄNUAVALDUS .....	41
LISAD .....	42
Lisa 1 Emakakaelavähi sõeluuringu eestikeelne küsimustik.....	40
Lisa 2 Emakakaelavähi sõeluuringu venekeelne küsimustik .....	44

## LÜHIKOKKUVÕTE

Käesoleva töö eesmärk oli välja selgitada põhjused, miks naised ei osale emakakaelavähi sõeluuringus, kui kõrge on teadlikkus sõeluuringust ja emakakaelavähi riskiteguritest ning millised on naiste eelistused sõeluuringu läbiviimisel.

Uuringu meetodika oli kvantitatiivne küsitlusuuring, mis viidi läbi 2010.aastal. Juhuvaim moodustati 37 276 sõeluuringu sihtrühma kuuluvast naisest. Koos sõeluuringu kutsega saadeti 2942 naisele ankeet, mille nad said tagasi saata ümbrikus, mille postimaks oli tasutud. Hiljem saadeti sama valimi 1600 naisele, kes ei olnud veel sõeluuringus osalenud, ka kordusankeet ja kokkuvõttes oli vastasmäär oli 36%. Töös on analüüsitud, kuidas erinevad sotsiaaldemograafilised tegurid- vanus, rahvus, elukoht ja laste arv on seotud naiste teadlikkusega sõeluuringust ja emakakaelavähi riskiteguritest. Kirjeldatud on sõeluuringust loobumise põhjuseid ja naiste organisatoorseid eelistusi uuringu korralduses.

Tulemuste järgi oli ligi 75% naisi teadlikud sõeluuringust ja emakakaelavähi olulisemast riskitegurist- HPV viirusest. Riskiteguritest teati kõige vähem suitsetamise mõjust vähi tekkele. Teadlikkus sõeluuringust ja riskiteguritest oli kõige enam seotud rahvusega - see on kõrgem eestlaste kui mitte-eestlaste hulgas.

Peamise sõeluuringust loobumise põhjusena toodi välja hiljutist kontrolli naistearsti juures. Siit võib järeldada vajadust vähendada Pap-testide tegemise arvu väljaspool sõeluuringu programmi, sest see ei vähenda suremust ega haigestumist. Nimetati ka hirmu uuringu ees, pikki ootejärjekordi ja ebasobivaid vastuvõtuaegu. Selle üle kaebasid pigem nooremad ja linnapiirkondades elavad naised.

Sõeluuringu organisatoorse poolega olid naised üldiselt rahul. Sõeluuringule eelistati registreerida telefoni teel, Pap-testi teha naistenõuandlas ning ligi 90% naisi tunneks heameelt, kui perearst tuletaks neile meelde sõeluuringus osalemist. Pap-testi vastuste teadasaamiseks eelistati võrdselt nii telefoni kui elektronposti. Peamine allikas, kust sooviti infot sõeluuringu kohta oli posti teel saadetav infoleht ja isiklik kutse.

Kokkuvõttes võib töö tulemustest järeldada, et vaja on jätkata teavitustööd naiste hulgas ning suuremat tähelepanu on vaja pöörata muukeelsele elanikkonnale. Kindlasti tuleb jätkata koostööd perearstidega ning olulisi organisatoorseid muudatusi sõeluuringu korralduses ei ole vaja teha.

## 1. SISSEJUHATUS

Maailmas on emakakaelavähk naiste pahaloomuliste kasvajate haigestumuses teisel kohal (1). 2008. aastal avastati maailmas ligi 529 000 uut emakakaelavähi juhtu, kuid 85% kõigist juhtudest pärinevad arenguriikidest. Kõrgeim haigestumuskordaja maailmas on Ida-, Lääne-, ja Lõuna-Aafrikas, Lõuna-, ja Kesk-Aasias ning Lõuna-Ameerikas (2).

2008. aasta andmete järgi on Euroopas madalaim emakakaelavähi haigestumus ja suremus Soomes, Kreekas ja Maltal, kõrgeim aga Rumeenias, Leedus ja Lätis. Eesti kuulub samuti kõrgema haigestumuse ja suremusega riikide hulka (3). Igal aastal avastatakse Eestis 143–190 uut raskekujulise emakakaelavähi esmasjuhtu ning 23–48 algstaadiumis limaskestasisesse ehk nn pindmise vähi juhtu. Aastas sureb Eestis emakakaelavähi tagajärjel kuni 70 naist. Haigestumus on kasvanud just nooremate vanuserühmade, 20–40-aastaste seas. Emakakaelavähk on välditav haigus. Emakakaela vähieelne seisund võib kesta 10–15 aastat ning selle õigeaegsel avastamisel on emakakaelavähk ennetatav (4).

Viimaste aastakümnete jooksul on emakakaelavähi haigestumus vähenenud mitmetes arenenud piirkondades üle maailma tänu sõeluuringu programmide levikule (5).

Eestis alustati emakakaelavähi sõeluuringu eeluuringuga 2003. aastal. Selle käigus kutsuti aastatel 2004–2005 naised Pap-testi tegema peamiselt meedia vahendusel ja osaliselt personaalsete kutsetega. Alates 2006. aastast saadetakse kõigile sihtrühma kuuluvatele naistele personaalsed kutsed. Alates 2007. aastast on emakakaelavähk osa Eesti riiklikust vähiennetuse strateegiast ning tegevust koordineerib Eesti Haigekassa. Sõeluuringut rahastatakse ravikindlustuse eelarvest ja uuringule kutsutakse ainult ravikindlustatud naised. Eestis on jäänud probleemiks naiste madal osalemismäär sõeluuringus. Teiste riikide kogemused on näidanud, et sõeluuring on efektiivne, kui sihtelanikkonna hõlmatus on vähemalt 80%. Eestis on hõlmatus olnud seni igal aastal ligi 20–30%. Madala osalusemäära oletatavaid põhjuseid võib olla mitmeid - naiste madal teadlikkus, kutse mitte kättesaamine või sõeluuringu korralduslikud puudujäägid.

Käesoleva töö jaoks viidi sõeluuringu kutse saanud naiste seas läbi küsitlusuuring, mille eesmärk oli anda ülevaade emakakaelavähi sõeluuringu teadlikkusest, seda mõjutavatest teguritest ja võimalikest teguritest, mis takistavad sõeluuringus osalemist. Kokkuvõtte teadusartiklitest annab ülevaate emakakaelavähi riskiteguritest, emakakaelavähi epidemioloogiast Euroopas, varasematest samateemalistest uuringutest ning Euroopa sõeluuringu programmidest. Läbiviidud uuringu tulemused kirjeldavad naiste teadlikkust emakakaelavähi riskiteguritest, rahulolu või rahulolematust sõeluuringu korraldusega ning põhjuseid, miks ei soovita osa võtta sõeluuringust.

## 2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

### 2.1 Emakakaelavähk ja selle riskitegurid

Emakakaelavähk on emakakaela lamerakkepiteelist arenenud pahaloomuline kasvaja. Emakakaelavähi kõige olulisem riskitegur on inimese papilloomviirus (HPV)(6). HPV viirus on maailmas üks enam levinum seksuaalsel teel ülekanduv infektsioon. Selle viirusega nakatumise risk on äärmiselt kõrge. Pärast seksuaalelu alustamist on enamik inimesi antud viirusele eksponeeritud. Kumulatiivne haigestumusmäär HPV viirusesse on 50% kolme aasta jooksul pärast esimest seksuaalvahekorda (7-8).

Samas ainult HPV viirus üksi ei ole võimeline põhjustama emakakaelavähki, sest viirusega nakatumine leiab aset ligi 1000 korda sagedamini kui emakakaelavähki haigestumus ning üle 80% viirustest paranevad inimese organismis 2 aasta jooksul iseenesest (9). Kui aga viirus jääb organismi aastateks püsima, siis võib emakakaelavähk välja areneda 10–20 jooksul, harvematel juhtudel isegi 1–2 aasta jooksul (10).

HPV viirusel on ligi 130 erinevat genotüüpi ning neist 15 võivad põhjustada emakakaela, tupe, häbeme ja päraku vähki. Suguelundite (*genital*) HPV tüübid on kategoriseeritud vastavalt nende epidemioloogilisele seosele emakakaelavähiga kõrge ja madala riskitasemega tüüpideks. Kõrge riskiga HPV genotüüpide alla kuuluvad 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 55, 56, 58, 59, 68, 73 (11). Need tüübid on peamised emakakaela-, pärasoole- ja suguelundite vähi põhjustajad. Kõrge riskitasemega HPV viirust on avastatud 99% emakakaelavähkide puhul (12). Umbes 70% emakakaelavähkidest on põhjustatud HPV tüüpide 16 ja 18 poolt (13). Geograafiliselt on kõigis piirkondades kõrge riskiga HPV viirustest enam levinud tüübid 16 ja 18, ülejäänud kõrge riskiga viiruste levik varieerub vastavalt piirkonnale (14). Hinnanguliselt põhjustavad Euroopas 73–76% emakakaelavähist HPV tüübid 16 ja 18 (15). Eestis on HPV viirustest kõige enam levinud tüübid 16, 53 ja 66 (16).

Nakatumine madala riskitasemega HPV genotüüpi (näiteks tüüpi 6 ja 11) võib põhjustada healoomulisi muutusi emakakaelalimaskestarakkudes, kondüloome suguelunditele ja papilloome hingamiseldites (15). Suguelundite kondüloomid (*anogenital warts*) mõjutavad ühte protsenti seksuaalselt aktiivseid inimesi ja moodustavad paljudes Euroopa riikides 15–20% kõigist sugulisel teel ülekanduvatest haigustest, Ameerika Ühendriikides aga 70% ning 95% Aafrikas (17). Hinnanguliselt on 80% seksuaalselt aktiivselt naisi

eksponeeritud HVP viirusele 50-ndaks eluaastaks (18). HPV viirusega nakatumine on nii meeste kui naiste seas kõrgeim vanuses 16–20 (19).

Emakakaelavähi arengus on ka teisi olulisi põhjuseid. Uuringud on näidanud, et lisaks HPV infektsioonile, suurendavad emakakaelavähi riski suitsetamine, pikaajaline rasestumisvastaste pillide kasutamine, seksuaalpartnerite arvukus ja teised infektsioonid (näiteks HIV) (20).

Suitsetamise mõju emakakaelavähi tekkele kinnitab Ameerika Ühendriikides Kentuckys läbi viidud uuring, kus lingiti omavahel Kentucky Vähiregistri 2661 naise andmed, kellel oli diagnoositud emakakaelavähk ajavahemikus 1995–2005 surmaregistri andmetega seisuga 31.12.2005. Tulemustest selgus, et suitsetajatel on 21% suurem tõenäosus surra emakakaelavähki kui mittesuitsetajatel (21).

Võimalikud kaasriskitegurid võib üldiselt jagada 3 gruppi: 1) keskkonnast tingitud või välised riskitegurid, kuhu kuuluvad oraalised rasestumisvastased vahendid, suitsetamine, dieetid, emakakaela traumad, infektsioonid; 2) viiruslikud riskitegurid: näiteks kindla HPV viirustüübi infektsioon, teiste HPV viirustüüpide kaasinfektsioonid ja viiruste koosinemine (*intergration*); 3) individuaalsed riskitegurid, kuhu kuuluvad endogeensed hormoonid, geneetilised faktorid, näiteks inimese leukotsiidide antigeenid ja teised immuunvastusega seotud tegurid (17).

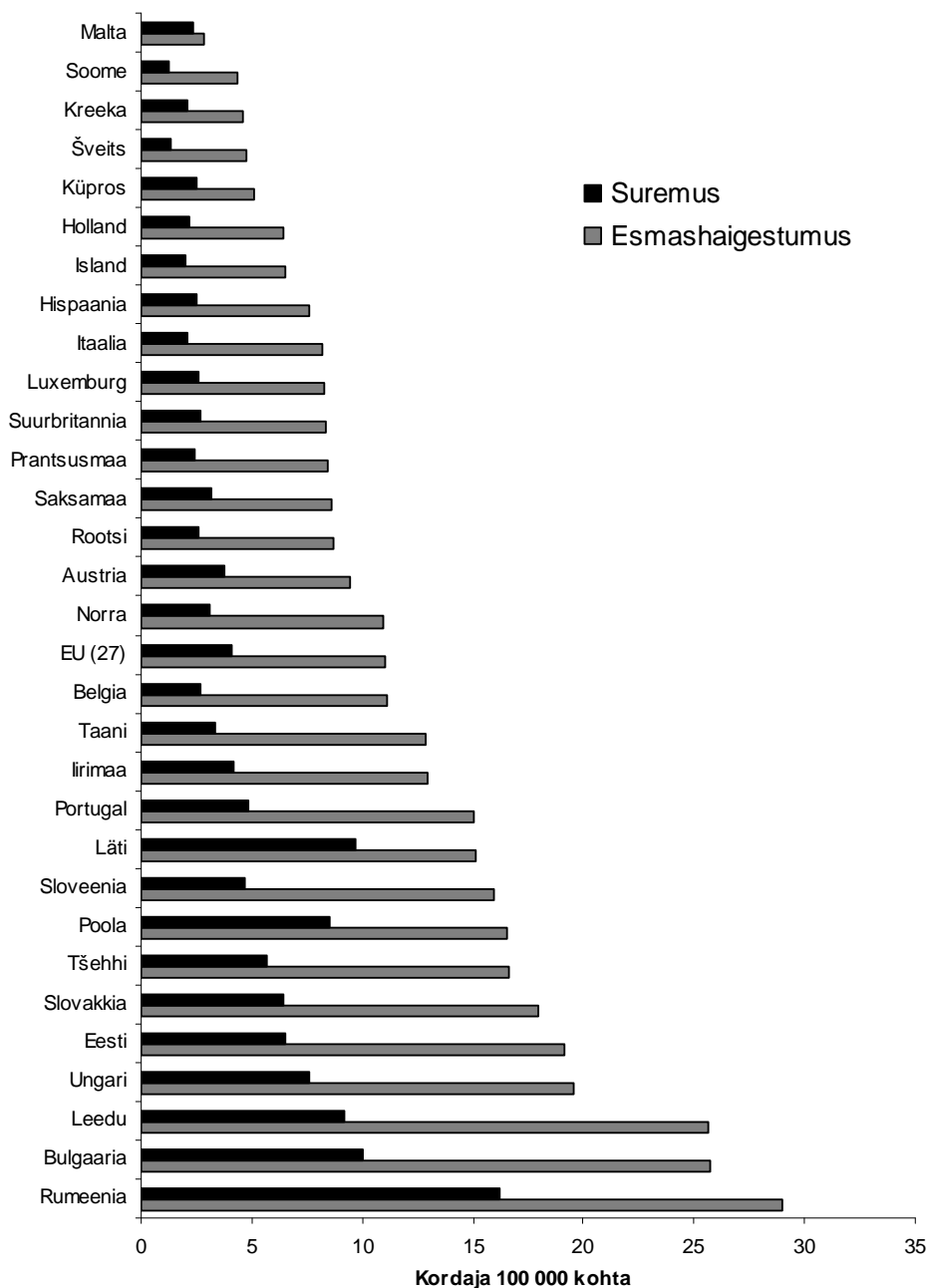
## **2.2 Emakakaelavähi epidemioloogia ülevaade Eestis ning Euroopas**

Emakakaelavähihaigete 5-aasta elulemus on Eestis 53%, Euroopa keskmine on 62% ning Ameerika Ühendriikides 73% (22). Emakakaelavähi esmashaigestumuskordaja on Euroopas suhteliselt madal– alla 15 100 000 inimese kohta, võrreldes arenguriikidega, kus see on üle 30 100 000 naise kohta (23).

2004. aastal avastati ligi 31 000 naisel Euroopa Liidus emakakaelavähk ning ligi 14 000 surid haiguse tagajärjel. Märkimisväärne erinevus on 15 vana ja 10 uue Euroopa Liidu liikmesriigi vahel: maailmarahvastikule standarditud haigestumuskordaja ( $10^5$  naisaasta kohta) 9,5 versus 16,7; standardiseeritud suremuskordaja 4,9 versus 10,7; kumulatiivne suremuskordaja 0,27% versus 0,71%. Iga 100 naise kohta sureb uutes EU10 liikmesriikides rohkem kui üks naine emakakaelavähki enne 75 eluaastat, mis on kaks korda sagedasem võrreldes 15 vana liikmesriigiga (23).

Joonisel 1 on 25 EU liikmesriiki järjestatud 2008. aasta emakakaelavähi standarditud suremuskordaja järgi. Suremus 100 000 naise kohta oli madalaim Soomes- 1,2, esmashaigestumuskordaja oli seal 4,4. Kõrgeim suremuskordaja oli Rumeenias (16,2) ning

kõrgeim esmashaigestumus (>16,0) oli Sloveenias, Tšehhis, Slovakkias, Eestis, Ungaris, Poolas ja Leedus (23).



**Joonis 1. Vanuse järgi standarditud emakakaelavähi haigestumus ja suremus 100 000 naise kohta Euroopa Liidus aastal 2008 (24).**

2008. aastal oli Eestis maailmarahvastikule standarditud haigestumuskordaja 15,9 100 000 naise kohta ning avastati 153 uut esmajuhtu (24). Haigestumus- ja suremuskordaja olid Eestis ligi neli korda kõrgemad kui naaberriigis Soomes (25).



## 2.3 Emakakaelavähi esmane ja teisene ennetamine

Emakakaelavähi esmase ennetuse alla käib riskitegurite vältimine ja vaktsineerimine. Teisene ennetus on sõeluuring.

Efektiivne sõeluuring peab täitma kolm eesmärki: 1) 70% sihtrühmast peaksid osalema uuringus vähemalt kord elu jooksul 2) sõeluuringu testid ja diagnostika peavad olema usaldusväärsed, piisava tundlikkuse ja spetsiifilisusega, et avastada muutusi rakkudes 3) pakutav ravi peab olema adekvaatne (26).

Emakakaelavähi vastaseid vaktsiine on välja töötatud kaks - Cervarix TM on HPV tüüpide 16 ja 18 vastu ning Gardasil tüüpide 6, 11, 16 ja 18 vastu. Euroopas, Põhja- ja Ladina-Ameerikas läbi viidud kliinilised uuringud näitavad, et mõlemad vaktsiinid on turvalised, immunogeensed ja efektiivsed, et ennetada vastavate HPV tüüpidega nakatumist (27). Eestis on naistele kättesaadavad mõlemad vaktsiinid, kuid kumbki vaktsiin ei kuulu riiklikku vaktsineerimisprogrammi ning on inimesele omafinantseeritavad. Vaktsiini hind on kuni 385 eurot.

Uuringud näitavad, et vaktsiin viie enam levinud HPV viiruse tüübi vastu võib vähendada emakakaelavähi esmashaigestumust kuni 90% (28).

Ametlikult ei ole meeste vaktsineerimine soovitatav, sest vaktsineerimise strateegiad, mis saavutavad noorte tüdrukute >70% vaktsineerituse kaetuse peaksid olema kulu-efektiivsemad emakakaelavähi vähendamisel kui meeste vaktsineerimine (29).

Nii vaktsiin kui sõeluuring on mõlemad olulised emakakaelavähi ennetamisel. HPV viiruse vaktsiin on tähtis, et oluliselt vähendada tervishoiu süsteemi koormust emakakaelavähi ennetamisel ja sõeluuring on vajalik vaktsiini piiratud toime tõttu. Vaktsiini efekt on limiteeritud - 25–30% emakakaelavähi juhtudest on seotud mõne muu tüübiga kui 16 või 18 (30). Seega vaktsiin ei suuda ära hoida kõiki vähijuhtumeid ning vaktsineeritud naised peaksid ikkagi osalema ka sõeluuringus.

Tõenäoliselt pikemas perspektiivis HPV viiruse vaktsiini osatähtsus emakakaelavähi ennetamisel võib tõusta. HPV vaktsiinist võib saada lahendus emakakaelavähile ning ka teistele välissuguelundite vähkidele naiste ja meeste hulgas. Seda siis, kui vaktsiini kaitsevõime ulatus on täielikult selgeks saanud ja/või lisandunud on täiendavaid HPV viiruse tüüpe vaktsiine (30).

Emakakaelavähki on võimalik ennetada naisel ka riskiteguritest hoidumisega. HPV viirusega nakatumist on võimalik vältida kondoomi kasutades. Longituuduuring, mis viidi läbi 18–22 aastaste süütute naiste seas näitas, et kui naise partner kasutas 8 kuu jooksul

100% kondoomi oli HPV haigestumuskordaja 37,8 100 patsiendi aasta kohta ning kui partner kasutas kondoomi vähem kui 5% kordadel oli HPV viiruse haigestumuskordaja 89,3 100 patsiendi aasta kohta (31).

Suitsetamise vältimine on samuti abinõuks, et HPV viirusega nakatumist vähendada. Leitud on, et suitsetamine suurendab lamerakuliste kartsinoomide (*squamous cell carcinoma*) teket (32).

Emakakaelavähi tekke riski saab vähendada ka suukaudsete kontraseptiivide kasutamise vältimisega- leitud on, et naistel, kes kasutavad suukaudseid kontraseptiive 5-9 aastat on 2,82 korda kõrgem tõenäosus haigestuda emakakaelavähk (OR=2,82; 95% uv 1,46–5,42) ning naistel, kes on neid tarbinud rohkem kui 10 aastat 4,03 korda suurem tõenäosus (OR=4,03; 95% uv 2,09–8,02) (33).

Seksuaalkäitumine mõjutab samuti emakakaelvähi riski - HPV-ga nakatunud naiste seas, on seitsme täispika raseduse korral 4 korda kõrgem risk lamerakuliste kartsinoomide tekkeks võrreldes naistega, kellel ei ole ühtegi rasedust ning kaks ja kolm korda suurem risk on 1 ja 2 täispika rasedusega naistel (34).

## **2.4 Varasemad emakakaelavähi teadlikkuse ja osalemissoovi uuringud**

### **2.4.1 Emakakaelavähi sõeluuringus osalemissoovi uuringud**

Eestis ei ole varem läbi viidud ühtegi uuringut naiste seas, kes ei soovi osaleda emakakaelavähi sõeluuringus. Mitmed varasemad rahvastikupõhised uuringud on näidanud, et sõeluuringus mitteosalevate naiste hulgas on emakakaelavähi esmashaigestumus kõrgem (35).

Teadlaste arvates mõjutavad naiste osalemist sõeluuringul sisemised faktorid (*intrinsic factors*), mille alla kuulub naiste teadlikkus, veendumused ning suhtumine sõeluuringusse ja vähki. Naised, kes käivad regulaarselt tervisekontrollis ning tajuvad vähem barjääre, osalevad suurema tõenäosusega ka sõeluuringus (36). Suurem tõenäosus on sõeluuringus osaleda ka nendel naistel, kelle sugulased neid julgustavad seda tegema (37).

Olulised on ka sotsiaaldemograafilised tegurid - madalam on osalemismäär naiste hulgas, kes on vanemad, madala haridusega, kellel on madal sotsiaal-majanduslik taust või puudub sotsiaalne tervisekindlustus või kes elavad maapiirkondades (38). Kõrgema sotsiaalse staatusega naised tunnevad suuremat moraalselt kohustust osaleda uuringus, samal ajal madala sotsiaalse staatusega naised tunnevad madalamat emakakaelavähi riski (39).

Üks võimalus naiste osalemismäära tõstmiseks sõeluuringus on meeldetuletuskirjade saatmine ning Soomes ja Rootsis on saadetud naistele koju ka isetehtavaid Pap-teste, mille proovi võtavad naised kodus ise ja saadavad selle pärast laborisse analüüsi. Soomes, Espoo linnas läbi viidud uuringus tõsteti läbi nende kahe interventsiooni sõeluuringu osalemismäära 64%-lt 75,4%-ni (40).

**Tabel 1. Emakakaelavähi sõeluuringus osalemise põhjuseid kirjeldavad uuringud maailmas**

Autorid	Uuringu kirjeldus	Tulemused
Blomberg, K; et al. 2008 (40).	Kvalitatiivne uuring Rootsi naiste hulgas, kes ei osale sõeluuringus, 10 telefoniintervjuud, 86 faxi sõnumit ajavahemikul 1993-2000.	Naised, kellel on vähene usk sõeluuringu hüvedesse, eelnev negatiivne tervishoiu kogemus, usk, et avastavad ise muutusi tervises, usk, et ei kuulu riskigruppi, ebaharilikud sotsiaalsed ja poliitilised seisukohad- ei osale sõeluuringus.
Grange, G; et al. 2008 (41).	Läbilõikeline, rahvastikupõhine, intervjuud Prantsusmaal 5354 naisega vanuses 18–70 (2005).	Osalemist mõjutavad ametialane aktiivsus, hirm emakakaelavähi ees, haridustase, regulaarsed günekoloogilised ülevaatused.
Walsh, JC, 2006 (42).	Küsitlusuuring 1114 Iiri naise seas.	Osalemisbarjäärid: testi tegemine on aeganõudev, test põhjustab stressi, hirm testi ees.
Neilson, A; et al. 2007 (43)).	72 naist Šoti naist vanuses 20–60, <i>face to face</i> intervjuud, telefoniintervjuud ja postiküsitlus.	Osalemisbarjäärid: hirm testi ees ja üldine ebaseaduslikkus.
Tacken MA; et al. 2008 (44).	Küsitlusuuring 1392 Hollandi naise seas- 968 skriinitud ja 424 skriinimata.	Kõige tõenäolisemalt osalevad naised vanuses 40–50 eluaastat, kes tunnevad isiklikku moraalselt kohustust, elu jooksul olnud 1 seksuaalpartner, perearst saadab meeldetuletuse ja kutse.
Winkler, J; et al. 2008 (45).	Intervjuud kodudes, Põhja-Peruus, valim 311 naist– 155 skriinimata ja 151 skriinitud.	Sõeluuringus osalevad pigem rikkamad naised, neil on tugevam lähedaste inimeste toetus ning nad on rahulolevad terviseteenuste pakkujatega.

## 2.4.2 Emakakaelavähi teadlikkuse uuringud

2007. aastal korraldati Eestis 300 emakakaelavähi sõeluuringus osalenud naise seas rahulolu uuringu, mille eesmärk oli saada tagasisidet uuringus osalemise kohta ning tulemusi arvesse võttes parandada edaspidi sõeluuringu läbiviimist. Selgus, et sõeluuringus osalenud naised peavad uuringut oluliseks ning on võimaluse korral nõus ka edaspidi sõeluuringutel osalema. Uuringu organisatoorse poolega jäädi üldjoontes rahule. Leiti ka, et võimaluse korral tuleks lihtsustada uuringule registreerumist ning viia uuringu ooteaeg võimalikult lühikeseks.

2008. aasta sügisel rahvastiku rahulolu-uuringu käigus küsiti 806 naiselt vanuses 15–74 aastat ka emakakaelavähi sõeluuringu teadlikkuse ja osalemise kohta. Tulemuste järgi olid 90% naised teadlikud sõeluuringust, niisama palju naised andis ka vastuse, et on valmis minema oma tervist kontrollima kui haigekassa neile kutse saadab. Madalam osalemismäär sõeluuringus ja vähem teadlikumad olid Ida-Virumaa naised (71%), põhiharidusega naised (71%), õpilased (63%), lihttöölised (83%), samuti naised, kes pidasid oma tervist väga halvaks (60%) ning naised, kellel on 4 või enam last (47).

Ameerika Ühendriikides uuriti nende naiste teadlikkust emakakaelavähi riskiteguritest, kellel oli diagnoositud emakakaelavähk. Vastamismäär oli 27,9%. Ainult 19% respondentidest nimetas HPV viirust peamiseks riskiteguriks. HPV teadlikkusega olid kõige enam seotud vastaja vanus ning haridustase - nooremad ja kõrgema haridusega naised olid teadlikumad emakakaelavähi riskiteguritest (48).

Brüiti naiste seas uuriti HPV viiruse teadlikkust. Juhuvalimi teel viidi läbi küsitlus respondentide kodudes. Esimesena küsiti avatud küsimus: „Mis põhjustab Teie arvates emakakaelavähki?“ Vaid 2% oskas spontaanselt vastata, et HPV viirus. Seda oli veidike rohkem kui 2002. aastal läbi viidud samasuguses uuringus (49).

Leedus tehti 2006. aastal rahvastikupõhine uuring 1524 inimese seas ning ainult 22% vastajatest teadsid, et emakakaelavähi peamine põhjus on HPV viirus, mis tähendab et 78% elanikest ei ole teadlikud emakakaelavähi põhjustest (50).

Inglismaal läbi viidud uuringu järgi on teadlikkus emakakaelavähi sõeluuringust seotud naise perekonnaseisu ja laste arvuga- kõrgem on teadlikkus abielus olevate ja vähemalt ühe lapse sünnitanud naiste seas. Sama uuringu andmete järgi aga teadlikkus HPV viirusest ei sõltunud naise abielustaatusest ega laste arvust (51).

## **2.5 Sõeluuringuprogrammid ja nende hõlmatus teistes riikides võrreldes Eestiga**

### **2.5.1 Sõeluuringuprogrammid Euroopas**

Rahvastikupõhist emakakaelavähi sõeluuringut on tutvustatud laialdaselt ja entusiastlikult kui emakakaelavähki ennetavat meetodit alates 1940-ndatest, kui arenes Papanicolaou määramise test (Pap-test) (52).

2003. aastal võttis Euroopa Komisjon vastu soovitused, et rakendada rahvastikupõhine rinna- ja emakakaelavähi sõeluuring naistele ning käärsoole ja pärasoole sõeluuring nii naistele kui meestele kõikides Euroopa Liidu liikmesriikides. Leiti, et tsütoloogilist skriiningut ei ole vaja alustada enne 20 eluaastat, kuid mitte hiljem kui 30 eluaastal. Sõeluuringu võib lõpetada 60–64 eluaastal, kui varasemad Pap-testid on olnud korras. Siiski kuuluvad vanemad sõeluuringus mitte-osalevad naised riskirühma, keda tuleks kindlasti jälgida (53).

Sõeluuringu korraldus on Euroopa riikides erinev. Mõnedes riikides on rahvastikupõhised programmid, kus iga kord individuaalselt tuvastatakse sõeluuringu sihtrühma kuuluv naine ja kutsutakse isiklikult sõeluuringul osalema (54). Sellised programme on võimalik rakendada üleriigiliselt või riigi teatud piirkondades. Rahvastikupõhistel programmidel on suurem võimalus vähendada vähi haigestumust ja suremust tänu sellele, et rahvastiku kaetus on laiem, tulemusi on võimalik ajas jälgida ning teostada kvaliteedi kontrolli. Rahvastikupõhine tsütoloogiline sõeluuring 3–5-aastase intervalliga võib vähendada emakakaelavähi haigestumist kuni 80%. Seda on võimalik saavutada ainult tagades sõeluuringu kõrge kvaliteedi igas etapis (51).

Rahvastikupõhised sõeluuringu programmid on käivitunud 15 liikmesriigis, mitte-rahvastikupõhised on 12 liikmesriigis. Euroopa Liidus on ligi 109 miljonit naist, kes kuuluvad sõeluuringu sihtgruppi vanuses 30–60 eluaastat. Sõeluuringu programmid erinevad üksteisest intervalli ja sihtgruppi kuuluvate naiste vanuse poolest. Üheaastase intervalliga sõeluuringu programmid on rakendatud kuues liikmesriigis (Austrias, Tšehhis, Saksamaal, Kreekas, Luksemburgis, Slovakkias). Kaheaastane skriiningu intervall on ainult Bulgaarias ja kolmeaastane intervall on rakendatud 14 liikmesriigis, nendest üheksas on selline intervall kogu sihtrühmale (Belgia, Prantsusmaa, Ungari, Itaalia, Läti, Leedu, Poola, Portugal ja Sloveenia) ja viies on kehtestatud osaliselt ka viie aastane intervall sõltuvalt naise vanusest ja regioonist (Taani, Iirimaa, Hispaania, Rootsi, Suurbritannia). Viieaastane intervall kogu sihtrühmale on kasutusel neljas liikmesriigis (Eesti, Soome, Holland, Rumeenia) (tabel 2).

**Tabel 2. Emakakaelavähi sõeluuringu korraldus Euroopa Liidus (25)**

Riik	Sõeluuringu tüüp	Staatus	Vanusevahemik	Pap-testi intervall	Testid elu jooksul	Esmas haigest umus	Suremus kordaja
Austria	oportunistlik	riiklik	18–määratlemata	1	50+	9,42	3,75
Belgia	oportunistlik	riiklik	25–64	3	14	11,15	2,7
Bulgaaria	oportunistlik	riiklik	31–65	2	21	25,75	10,01
Küpros	–	–	–	–	–	5,06	2,53
Tšehhi	oportunistlik	riiklik	25–69	1	45	16,62	5,7
Eesti	rahvastikupõhine	riiklik	30–59	5	6	19,09	6,55
Soome	rahvastikupõhine	riiklik	(25) 30–60(65)	5	7–9	4,37	1,22
Prantsusmaa	oportunistlik	riiklik	(20) 25–65	3	14	8,47	2,41
		kohalik/	(20) 25 (50)–				
	rahvastikupõhine	regionaalne	65(74)	3	14 (9)		
Saksamaa	oportunistlik	riiklik	20–määratlemata	1	50+	8,58	3,18
Kreeka	oportunistlik	riiklik	20–määratlemata	1	50+	4,63	2,06
Ungari	rahvastikupõhine	riiklik	25–65	3	14	19,51	7,63
Iirimaa	rahvastikupõhine	riiklik	25–60	3 või 5	10	12,92	4,15
Itaalia	rahvastikupõhine	riiklik	25–64	3	14	8,19	2,07
Läti	oportunistlik	riiklik	20–70	3	17	15,1	9,68
Leedu	oportunistlik	riiklik	30–60	3	11	25,61	9,21
Luksemburg	oportunistlik	riiklik	15–määratlemata	1	50+	8,27	2,61
Malta	–	–	–	–	–	2,88	2,34
Holland	rahvastikupõhine	riiklik	30–60	5	7	6,42	2,14
Poola	oportunistlik	riiklik	25–59	3	12	16,5	8,51
	rahvastikupõhine	kohalik	25–59	3	12		
Portugal	rahvastikupõhine	riiklik	25–64	3	14	15,04	4,82
	rahvastikupõhine	regionaalne	25–64	3	14		
Rumeenia	rahvastikupõhine	riiklik	25–65	5	9	28,96	16,21
Slovakkia	oportunistlik	riiklik	18–määratlemata	1	50+	17,98	6,4
Sloveenia	rahvastikupõhine	riiklik	20–64	3	15	15,99	4,71
			(18)30(35)	–			
Hispaania	oportunistlik	regionaalne	59(65)	3 või 5	15	7,6	2,53
	rahvastikupõhine	regionaalne	(25) 30–(50)65	3	15		
				3			
				vanuses			
				23–50			
Rootsi	rahvastikupõhine	riiklik	23–60	siis 5	12	8,7	2,58
Suurbritannia	rahvastikupõhine	riiklik	(20) 25–(60)64	3 ja 5	12	8,38	2,71

Üks paremaid näiteid edukast sõeluuringu süsteemist on Soome. Soomes on organiseeritud sõeluuringu programmi läbiviidud juba üle 40 aasta, vähendades vanusele standarditud haigestumust ja suremust ligi 80% (55). Esmashaigestumuskordaja on praeguseks 4,4 100 000 naise kohta. Soomes kutsutakse sõeluuringusse naised vanuses 30–60 5-aastase intervalliga. Mõned omavalitsused on sõeluuringu vanusepiiri laiendanud 25–65 eluaastani. Sellest hoolimata avastatakse igal aastal ligi 160 emakakaelavähi uut juhtu, mis teeb emakakaelavähi kolmandaks günekoloogiliseks vähiks, kuid 20-ndaks vähiks Soome naiste hulgas. Viimase 10 aasta jooksul on emakakaelavähi haigestumus tõusnud nooremate naiste hulgas, mille on põhjustanud peamiselt ebapiisav osavõtumäär sõeluuringu programmist (55).

Samuti Rootsis on 40 aasta jooksul pärast sõeluuringu rakendamist emakakaelavähi esmashaigestumus vähenenud 67% - kui 1965. aastal oli 20 juhtu 100 000 naise kohta, siis 2005. aastal oli juba ainult 6,6 juhtu 100 000 naise kohta (56). Organiseeritud sõeluuring rakendus Rootsis aastatel 1967–1977 (56). Riiklik juhend soovitab Pap testi teha kõigile naistele vanuses 23–60 3-aastase intervalliga ning 5-aastase intervalliga vanuses 51–60. Üle 60-aastaseid naisi ei kutsuta sõeluuringusse, sest naistel, keda on kuni 60-nda eluaastani regulaarselt skriinitud on väga väike tõenäosus haigestuda emakakaelavähki (57).

Kui 1995. aastal alustati sõeluuringuga Norras, siis kahe esimese aasta jooksul vähenes esmashaigestumus 22% võrreldes varasemaga (58). Sõeluuringu programmi keskmeks on rahvastikupõhine tsütoloogiaregister, kus registreeritakse andmed kõikide Norras tehtud tsütoloogiliste uuringute kohta. Linkides tsütoloogia ja rahvastikuregistri andmebaase omavahel, saab täieliku ülevaate naiste haaratusest uuringutega. Alates 2009. aastast vaksineeritakse ka Norras kõiki 12-aastased tüdrukuid kahe onkogeense HPV tüübi vastu (59).

### **2.4.3 Sõeluuringuprogramm Eestis**

Eestis alustati sõeluuringu käivitamise projektiga 2003. aastal. Esimesel aastal saadeti kutsed juhuvaliku meetodil 12 960 tervisekindlustusega naisele vanuses 30–40. Uuringus osales 2808 naist (21,7%). Projekti oli kaasatud 5 kliinikut ja üks labor. Järgmisel aastal teavitati juba kogu sihtrühma meedia vahendusel, kuid isiklike kutseid ei saadetud. Naisi tuli sõeluuringule 5264. 2005. aastal pilootprojekti käigus saadeti Tartumaa naistele personaalsed kutsed, kuid ülejäänud sihtrühma teavitati jällegi meedia vahendusel. Uuringule tuli 6522 naist, kellest 1239 olid saanud isikliku kutse (60).

2006. aastal algas Eestis riiklikult organiseeritud sõeluuring- lähtuvalt riiklikust vähistrateegiast (60) saadetakse iga 5 aasta tagant pärast eelnevat negatiivset Pap-testi tervisekindlustusega naistele kirjalik sõeluuringu kutse. Naised, kelle on diagnoositud emakakaelavähk, kellel puudub tervisekindlustus või kellele on viimase 12 kuu jooksul tehtud Pap-test- eemaldatakse kutsutavate nimekirjast. 2006. aastal saadeti 30 123 kutset 1956, 1958, 1961, 1966 ja 1971 sünnikohordi naistele. Nendest osales sõeluuringus 6249 naist (20,7%) (60). 2009. aasta II poolaastast alates mindi kutsete saatmisel üle rahvastikuregistri aadressidele. Aasta alguses saavad kutse vanemate sünniaastate naised, aasta teises pooles nooremad naised. Aasta teises pooles on saadetud ka korduvaid kutseid, kuid korduskutsete saatmine ei ole olnud süstemaatiline. Haigekassa edastab kutsutavate nimekirjad alates 2006.



aastast ka perearstidele, et neil oleks võimalus oma nimistu naisi ennetavatel uuringutel osalema nõustada (62).

Praegu võtavad Pap-teste eriväljaõppe saanud ämmaemandad üle Eesti 19 kliinikus ning tsütoloogilisi analüüse tehakse 7 laboris. Testi tulemuse teadasaamiseks peavad naised teatud kellaajal ja kuupäeval kliinikuga ühendust võtma. Uuringute vastused ei sisalda delikaatseid isikuandmeid, vaid ainult infot, kas naine vajab lisauuringuid või mitte ning mis ajal on soovitatav teha järgmine uuring või korduv Pap-test. Sõeluuringut rahastab Eesti Haigekassa ravikindlustuseelarve ja Riiklik Vähistrateegia. Süsteemi üks olulisemaid vajakajäämisi on elektroonilise sõeluuringuregistri puudumine, mis võimaldaks hõlbustada andmekogumist, ning jälgida lisauuringute ja ravi läbiviimist halbade testi tulemustega naistel. Samuti on oluline probleem naiste madal osalusmäär sõeluuringus. Sõeluuringu raames tehtavad uuringud moodustavad vaid alla 10% kõigist testidest, enamik Pap-teste tehakse naistearstide tervisekontrolli raames (62).

Haigekassa mõõdab alates 2006. aastast sõeluuringu tulemusnäitajana ka naiste hõlmatust ravikindlustuse andmekogu põhjal, võttes arvesse nii sõeluuringus osalemise kui mujal tehtud Pap-testid. Selleks, et vaadelda, kes on jäänud sõeluuringust kõrvale, arvestatakse hõlmatuseks protsenti uuringule kutsututest, kellele on 3 aasta jooksul tehtud mammograafiline või Pap-test (62).

### **3. TÖÖ EESMÄRGID**

Antud uuringu eesmärk oli anda ülevaade emakaelavähi sõeluuringuga seonduvast teadlikkusest ja mitteosalemise põhjustest.

Alaeesmärgid

- a) välja selgitada põhjused, miks naised ei osale emakaelavähi sõeluuringu programmis
- b) kirjeldada naiste teadlikkust emakaelavähi riskiteguritest
- c) anda ülevaade naiste eelistustest sõeluuringu läbiviimisel ning
- d) anda soovitusi sõeluuringu ja teavituskampaaniate paremaks läbiviimiseks.

## 4. METOODIKA

### 4.1 Uuringu läbiviimine

2010. aastal saatis Eesti Haigekassa emakakaelavähi sõeluuringus osalemise kutsed 37 276 naisele vanuses 30–55 eluaastat. Rahvastikuregistri andmete järgi saadeti kutsed 1955, 1960, 1965, 1970, 1975 ja 1980 aastal sündinud naistele. Nendest andmetest moodustati juhuvalim, mis koosnes 3047 naisest, kelle seas sooviti küsitlusuuring läbi viia. Kõigile 3047 naisele ei olnud erinevatel põhjustel võimalik ankeeti saata: 39 naist jäid valimist välja, kuna neil oli kindlustuskaitse katkenud, 3 isikut oli surnud, 63 naisel oli rahvastikuregistris puudulik aadress.

Lõpuks jäi valimisse 2942 naist, kellele saadeti koos sõeluuringu kutsega anonüümne küsimustik, mille nad said täidetult tagasi saata ümbrikus, mille postimaks oli tasutud. Kõigile naistele saadeti nii eesti- kui venekeelsed küsimustikud. Selleks, et välja selgitada, kes olid juba osalenud sõeluuringus, lingiti omavahel haigekassa andmbaasi isikukoodid valimis olevate naiste isikukoodidega ning 2010. aasta detsembris saadeti neile 1600 naisele valimis, kes ei olnud sõeluuringus käinud, kordusankeet. Ankeeti lisati palve ankeeti uuesti mitte täita neil, kes olid seda juba korra teinud.

Ankeedi küsimused olid teemade kaupa jagatud: vastajate sotsiaaldemograafilised andmed, naiste osalemissoov emakakaelavähi sõeluuringus ja teadlikkus sellest, sõeluuringus mitteosalemise põhjused, teadlikkus emakakaelavähi riskiteguritest ning soovid sõeluuringu korralduse osas.

Põhiuuringule eelnes ka eeluuring, kus valimi suurus oli 10 korda väiksem, st. välja saadeti 300 ankeeti - igale vanusrühmale 50. Eeluuringu ankeedid saadeti välja detsembris 2009. Eeluuringu andmeid kasutati eelkõige küsimustiku testimiseks. Põhiuuringu ankeedid saadeti laiali ajavahemikul 29.03–2.04. 2010. Kordusankeedid postitati 2010. aasta detsembris.

Valimi suuruse arvutamisel võeti eeskujuks vastamismäär analoogilises Soomes läbiviidud uuringus. Soomes aastatel 2008 ja 2009 läbiviidud sarnases küsitlusuuringus oli vastamismäär sõeluuringus osalejate hulgas 80% ja mitteosalejate hulgas 20% (keskmiselt 30%), seejuures saadeti kõigile mittevastanutele posti teel ka meeldetuletus [*andmed avaldamata*].

Antud uuringu küsitlusankeet valmis Tervise Arengu Instituudi, TÜ Tervishoiu Instituudi ja Eesti Naistearstide Seltsi koostöös.

## 4.2 Andmeanalüüs

Statistiliseks andmeanalüüsiks kasutati tarkvarapaketti STATA 10.

Uuringu tulemused on esitatud teemade alagrupidena: vastajate sotsiaaldemograafiline kirjeldus, naiste osalemissoov emakakaelavähi sõeluuringus ja teadlikkus sellest ning emakakaelavähi riskiteguritest, sõeluuringust loobumise põhjused ja soovid sõeluuringu organisatoorses korralduses. Sotsiaaldemograafilisi tunnuseid on kirjeldatud on sagedustabelis suhteliste sagedustega. Sotsiaaldemograafiliste tunnustena on kasutatud rahvust, vanust, elukohta, perekonnaseisu, majanduslikku aktiivsust ning laste arvu.

Sõeluuringu teadlikkuse ja osalemissoovi vahelist seost sotsiaaldemograafiliste tunnustega on hinnatud logistilise regressioonanalüüsi kaudu. Sõltuvate tunnustena kasutati teadlikkust, osalemissoovi, arusaadavust infolehest ja kutsest ning sõltumatute tunnustena rahvust, elukohta, vanust ja laste arvu. Võrreldud on naisi, kes ei ole sünnitanud või on sünnitanud ühe lapse, naistega, kes on sünnitanud vähemalt kaks last, sest varasemad uuringud on näidanud, et naised, kes on rohkem sünnitanud, on ka teadlikumad sõeluuringust ja riskiteguritest. Vastaja rahvus on kodeeritud binaarseks tunnuseks- eestlane ja mitte-eestlane. Vastaja elukoht on logistilises regressioonanalüüsis samuti kodeeritud binaarseks tunnuseks- linnapiirkonna (suurlinna ja väikelinna elanikud) ja maapiirkondade elanikud (külad ja asulad).

Sõeluuringust loobumise põhjuseid, organisatoorseid eelistusi ja teadlikkust riskiteguritest on kirjeldatud suhteliste sagedustega. Logistilises regressioonanalüüsis on vaadatud nende seost ka sotsiaaldemograafiliste tunnustega. Välja on arvatatud nii kohandatud kui kohandamata šansisuhted (OR, *odds ratio*) koos 95% usaldusvahemikuga (95% uv). Šansisuhted on kohandatud vanusele, elukohale, rahvusele ja laste arvule.

## 5. TULEMUSED

Valimi suurus oli 2942 naist, tagasi saadeti 1054 ankeeti. Vastamismäär oli 36%. Tabelis 3 on toodud valimit iseloomustavad tunnused. Rahvuse järgi oli rohkem eestlasi (70,3%), perekonnaseisu järgi abielus või vabaabielus (74,3%), majandusliku hõivatuse järgi töötavaid (78,4%) ning elukoha järgi suurlinnade elanikke (46,0%). Kõige enam oli vastajaid vanuses 55 (20,9%). Vastajate keskmine vanus oli 43 eluaastat ning keskmiselt olid naised sünnitatud 1,8 last.

**Tabel 3. 30-55-aastaste Eesti naiste sotsiaaldemograafiline jaotus emakaelavähi teadlikkuse uuringus, 2010**

<b>Tunnus</b>	<b>Arv</b>	<b>%</b>
Kokku	1054	36
Vanus, aastates		
30	130	12,5
35	155	14,9
40	168	16,2
45	173	16,7
50	194	18,7
55	217	20,9
Rahvus		
Eestlane	728	70,3
Mitte-eestlane	308	29,7
Perekonnaseis		
Abielus	783	74,3
Vallaline	111	10,5
Lahutatud/lesk	158	14,5
Majanduslik aktiivsus		
Töötav	811	78,4
Kodune/õppur	116	11,5
Pensionär/töötu	125	11,9
Elukoht		
Suurlinn/maakonnakeskus	483	46,0
Väikelinn	245	23,3
Asula	133	12,7
Küla	189	18,0
Laste arv		
0	121	11,6
1	254	24,3
2	459	43,8
3	157	15,0
≥4	50	5,4

**Tabel 4. 30–55-aastaste Eesti naiste tervisekäitumine, 2010**

<b>Tunnus</b>	<b>Arv</b>	<b>%</b>
Viimane naistearsti külastus		
- kuni aasta tagasi	483	46,2
- kuni viis aastat tagasi	379	36,3
- üle viie aasta tagasi	112	10,7
- ei mäleta	70	6,7
Rasestumisvastaste tablettide kasutamine		
- jah	522	49,8
- ei	521	49,7
- ei tea	6	0,6
Kunagi põdenud suguhaigusi		
- jah	335	31,9
-ei	655	62,4
- ei tea	60	5,7
Igapäevane suitsetaja		
- jah	231	22,0
- ei, pole kunagi suitsetanud	573	54,5
- suitsetas varem igapäevaselt	247	23,5
Seksuaalpartnerite arv		
0-1	222	22,1
2	139	13,8
3	135	13,4
4	110	10,9
≥5	400	39,9

Tabelis 4 on toodud välja tulemused naiste tervisekäitumise kohta. Ligi pooled naistest olid külastanud naistearsti kuni aasta aega tagasi (46,2%), veidi enam naisi olid kasutanud rasestumisvastaseid tablette (49,8%). 60,4% ei olnud kunagi põdenud sugulisel teel edasikanduvaid haigusi ning 54,5% naisi ei olnud kunagi suitsetanud. Suuremal osal naistest oli elu jooksul olnud viis või rohkem seksuaalpartnerit (39,9%).

## 5.1 Naiste osalemissoov ja teadlikkus sõeluuringust

Emakakaelavähi sõeluuringu teadlikkuse šansisuhted sotsiaaldemograafiliste tegurite järgi on esitatud tabelis 5. Teadlikkust mõõdeti küsimusega „Kas olete teadlik emakakaelvähi sõeluuringust?“. 72,1% naisi vastasid, et nad on teadlikud sõeluuringust, mis tähendab, et ligi veerand naistest on ainult osaliselt või üldse mitte teadlikud emakakaelavähi sõeluuringust. Kohandamata mudelis sõltus teadlikkus laste arvust - vähemalt kaks last sünnitanud naistel oli 1,5 korda kõrgem šans olla teadlik sõeluuringust. Samuti oli seos elukoha ja teadlikkuse vahel- maapiirkondade naistel oli 1,9 korda suurem tõenäosus olla teadlik sõeluuringust.

Šansisuhted kohandati vanusele, rahvusele, elukohale ja laste arvule. Kohandatud logistilise regressioonanalüüsi järgi sõltus teadlikkus sõeluuringust kõige enam rahvusest- eestlastel oli 4,4 korda suurem šans olla teadlik sõeluuringust kui mitte-eestlastel, vähemalt 2 last sünnitanud naistel oli 1,4 korda suurem tõenäosus olla teadlik sõeluuringust. Kohandatud mudelis puudus seos sõeluuringu teadlikkuse ja naise elukoha vahel.

**Tabel 5. Emakakaelavähi sõeluuringu teadlikkuse šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikuga sotsiaaldemograafiliste tegurite järgi Eesti naistel vanuses 30–55, 2010**

Tunnus	Arv	OR (95% uv)	Kohandatud OR (95% uv) <sup>1</sup>
Vanuserühm (aastad)			
30 ja 35	285	1	1
40 ja 45	341	1,36 (0,96–1,94)	1,21 (0,83–1,79)
50 ja 55	411	1,07 (0,77–1,48)	1,16 (0,82–1,67)
Rahvus			
Mitte-eestlane	308	1	1
Eestlane	728	4,54 (3,39–6,08)	4,4 (3,21–6,03)
Elukoht			
Linn	728	1	1
Maa	322	1,89 (1,38–2,59)	1,18 (0,82–1,68)
Laste arv			
0–1	375	1	1
≥2	672	1,54 (1,16–2,03)	1,42 (1,05–1,93)

<sup>1</sup> kohandatud vanusele, rahvusele, elukohale, laste arvule.

Küsimusele, kas plaanitakse osaleda emakakaelavähi sõeluuringus, vastas 75,4% naisi, et nad kavatsevad seda teha.

Kohandatud mudeli järgi on kõige kõrgem tõenäosus osaleda 40 ja 45-aastastel naistel (OR=1,61; 95% uv 1,10–2,37). Teiste uuritud tunnuste osas olulisi seoseid ei ilmnenu (tabel 6).

**Tabel 6. Emakakaelavähi sõeluuringus osalemise kavatsuse šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikuga 30–55-aastaste Eesti naiste hulgas, 2010**

<b>Tunnus</b>	<b>Arv (jah/ei)</b>	<b>OR (95% uv)</b>	<b>Kohandatud OR (95% uv)<sup>1</sup></b>
Vanuserühm (aastad)			
30 ja 35	206/76	1	1
40 ja 45	276/65	1,57 (1,07–2,28)	1,61 (1,10–2,37)
50 ja 55	302/105	1,06 (0,75–1,50)	1,12 (0,77–1,58)
Rahvus			
Eestlane	547/175	1	1
Mitte-eestlane	233/74	1,01 (0,74–1,36)	1,00 (0,72–1,40)
Elukoht			
Linn	550/74	1	1
Maa	241/78	0,98 (0,72–1,34)	0,92 (0,68–1,29)
Laste arv			
0–1	281/93	1	1
≥2	508/158	1,06 (0,79–1,43)	0,98 (0,72–1,34)

<sup>1</sup> kohandatud vanusele, rahvusele, elukohale, laste arvule.

Ankeedis oli küsimus ka kutse ja lisatud infolehe arusaadavuse kohta (tabel 7). 97,3% naisi vastasid, et neile on kutse ja lisatud infoleht arusaadav. Kohandatud tulemuste järgi on eestlastel 3,3 korda suurem tõenäosus kutsest ja infolehest aru saada kui mitte-eestlastel. Samuti on 30 ja 35-aastastel naistel ligi 2 korda suurem tõenäosus kutset ja infolehte mõista, kui 50 ja 55-aastastel naistel.

**Tabel 7. Emakakaelavähi sõeluuringu kutse ja lisatud infolehe arusaadavuse šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikuga 30–55-aastaste Eesti naiste hulgas, 2010**

<b>Tunnus</b>	<b>Arv</b>	<b>OR (95% uv)</b>	<b>Kohandatud OR (95% uv)<sup>1</sup></b>
Vanuserühm (aastad)			
30 ja 35	411	2,49 (0,81–7,64)	2,33 (0,74–7,31)
40 ja 45	341	1,31 (0,56–3,06)	1,11 (0,47–2,64)
50 ja 55	285	1	1
Rahvus			
Mitte-eestlane	308	1	1
Eestlane	728	3,60 (1,65–7,84)	3,43 (1,45–8,10)
Elukoht			
Maa	322	1	1
Linn	728	0,75 (0,31–1,78)	1,05 (0,38–2,88)
Laste arv			
0–1	375	1	1
≥2	672	1,15 (0,53–2,49)	1,31 (0,59–2,91)

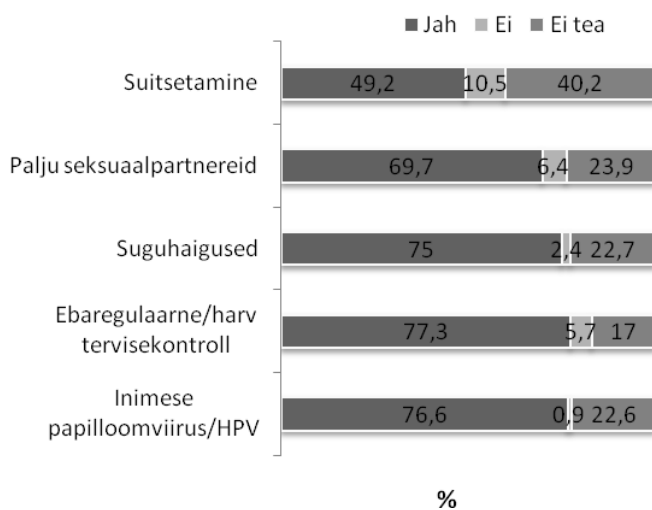
<sup>1</sup> kohandatud vanusele, rahvusele, elukohale, laste arvule.



## 5.2 Teadlikkus riskiteguritest

Ankeedis oli vastajatele esitatud tabel kõigi emakakaelavähi riskiteguritega ning paluti märkida, kas nende arvates on vastav põhjus riskitegur või mitte. Tulemused on toodud joonisel 3. Selgus, et kõige vähem ollakse teadlikud suitsetamise mõjust emakakaelavähi tekkele- seda pidasid riskiteguriks 49,2% naisi. 40,2% naisi ei osanud öelda, kas suitsetamine on riskitegur või mitte ning 10,5% arvasid, et see ei ole riskitegur. Seksuaalpartnerite arvukust pidasid riskiteguriks 71% naisi.

Kõige paremini teadsid naised HPV viiruse ohtlikkust- seda nimetas riskitegurina 76,6% vastajatest. Samas ligi 23% naisi ei olnud viiruse mõjust teadlikud. Kohandatud logistilise regressioonanalüüsi järgi on HPV teadlikkus seotud vastaja rahvusega- teadlikkus on kõrgem eestlaste seas (vastavalt OR=2,50; 95% uv 1,79–3,49) ja vanusega- teadlikumad olid naised vanuses 30 ja 35 kui 50 ja 55 (OR=1,85; 95% uv 1,25–2,73).



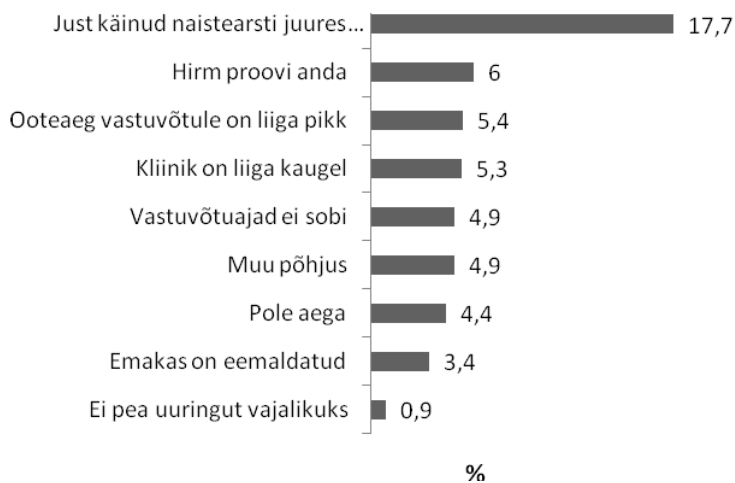
**Joonis 3. 30–55-aastaste Eesti naiste teadlikkus emakakaelavähi riskiteguritest sageduse järgi, 2010.**

### 5.3 Võimalikud sõeluuringus mitteosalemise põhjused

Sõeluuringus mitteosalemise põhjused on käsitletud joonisel 4. Küsimusele, mis võiks takistada neil sõeluuringus osalemist, andis oma vastuse 41,9% (442) küsitletud naistest. Kõige sagedamini nimeti sõeluuringus mitteosalemise põhjusena hiljutist kontrolli naistearsti juures (17,7%). Järgmised olulised loobumise põhjused on hirm proovi anda (6,0%), pikad ooteajad vastuvõtule (5,4%), kliiniku liiga kaugel asukoht (5,3%) ning ebasobivad vastuvõtuajad (4,9%).

Kohandatud regressioonanalüüsi järgi on naistearsti juures hiljuti käinud pigem eestlased kui mitte-eestlased (OR=2,26; 95% uv 1,49–3,45) ning naised vanuses 30 ja 35 (OR=1,52; 95% uv 1,10–2,73). Seos vastaja elukoha ja hiljutise naistearsti juures käigu vahel puudus.

Hirm proovi anda on 30 ja 35-aastaste naiste seas 1,5 korda tõenäolisem kui 50 ja 55 aastaste naiste hulgas (OR=1,50; 95% uv 0,81–2,78). Samuti on see kõrgem naiste seas, kes ei ole sünnitanud või on sünnitanud ühe lapse (OR=1,61; 95% uv 0,94–2,76). Vastuvõtuajad ei sobi pigem linnapiirkondade kui maapiirkondade naistele (OR=2,08; 95% uv 1,06–4,09). Samuti peavad ooteaega vastuvõtule liiga pikaks linnapiirkondades elavad naised (OR=1,68; 95% uv 0,85–3,33) ja nooremad naised (OR=1,66; 95% uv 0,83–3,32) (tabel 8). Kliinikut pidasid kaugeks pigem 50 ja 55-aastased kui 30 ja 35-aastased (OR=1,45; 95% uv 0,74–2,84) ja maapiirkondades elavad naised (OR=1,71; 95% uv 0,93–3,15).



**Joonis 4. Emakakaelavähi sõeluuringus võimalikud mitte-osalemise põhjused 30–55-aastaste Eesti naiste seas, 2010.**

**Tabel 8. Sõeluuringus olemist takistavate tegurite šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikuga 30-55-aastaste Eesti naiste hulgas, 2010**

<b>Tunnus</b>	<b>Arv (jah/ei)</b>	<b>OR (95% uv)</b>	<b>Kohandatud OR(95% uv)<sup>1</sup></b>
<b>Hiljuti käinud naistearsti juures kontrollis</b>			
Vanuserühm (aastad)			
30 ja 35	63/222	1,69 (1,14–2,51)	1,52 (0,79–1,76)
40 ja 45	62/279	1,33 (0,90–1,96)	1,18 (0,79–1,76)
50 ja 55	59/352	1	1
Rahvus			
Mitte-eestlane	33/275	1	1
Eestlane	153/575	2,22 (1,48–3,32)	2,26 (1,49–3,45)
Elukoht			
Maa	56/266	1	1
Linn	131/597	1,04 (0,74–1,47)	1,20 (0,83–1,72)
Laste arv			
0–1	72/303	1	1
≥2	114/558	0,86 (0,62–1,19)	0,90 (0,64–1,27)
<b>Hirm proovi anda</b>			
Vanuserühm (aastad)			
30 ja 35	24/261	1,55 (0,86–2,81)	1,50 (0,81–2,78)
40 ja 45	15/326	0,78 (0,40–1,51)	0,76 (0,38–1,52)
50 ja 55	23/388	1	1
Rahvus			
Mitte-eestlane	19/289	1	1
Eestlane	43/685	0,95(0,55–1,67)	0,86 (0,47–1,57)
Elukoht			
Maa	21/301	1	1
Linn	42/686	0,88 (0,51–1,51)	0,76 (0,42–1,37)
Laste arv			
0–1	30/345	1	1
≥2	32/640	0,57 (0,34–0,96)	0,62 (0,36–1,07)
<b>Ebasobivad vastuvõtuajad</b>			
Vanuserühm (aastad)			
30 ja 35	16/269	1	1
40 ja 45	15/326	0,77 (0,38–1,59)	0,77 (0,36–1,61)
50 ja 55	21/390	0,91 (0,46–1,78)	1,01 (0,50–2,04)
Rahvus			
Mitte-eestlane	4/304	1	1
Eestlane	47/681	5,24 (1,87–14,69)	6,56 (2,31–18,64)
Elukoht			
Maa	12/310	1	1
Linn	40/688	1,50 (0,78–2,90)	2,08 (1,06–4,09)
Laste arv			
0–1	17/358	1	1
≥2	35/657	1,16 (0,64–2,09)	1,18 (0,64–2,21)

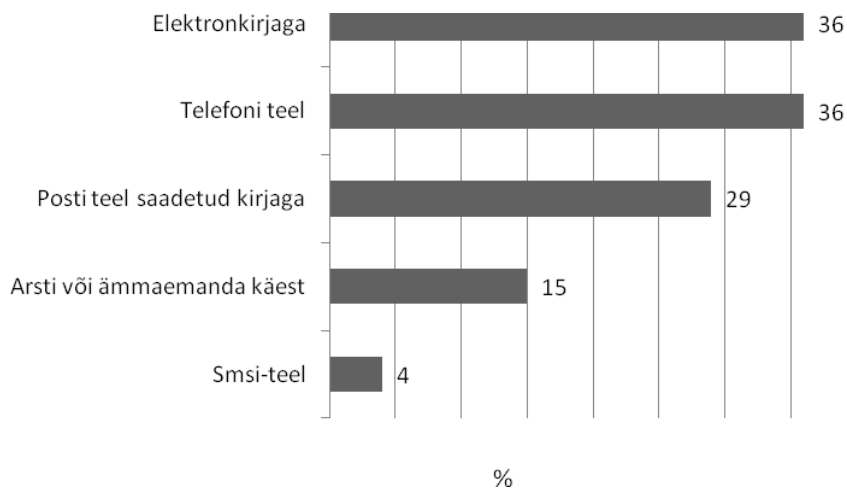
<sup>1</sup> kohandatud vanusele, rahvusele, elukohale, laste arvule

## 5.4 Sõeluuringu organisatoorsed eelistused

Eelistused sõeluuringu tulemuste teadasaamiseks on toodud joonisel 5. Tulemuste kätte saamiseks eelistatakse võrdselt nii telefoni (33,9%) kui elektronkirja (34,3%). Posti teel saadetud kirja (29,5%) eelistatakse aga arstile ja ämmaemandale (17,3%). Kõige ebasobivam meetod tulemuste kättesaamisel on SMS-i teel- seda soovis vaid 3,9% naisi.

Enamikule naistele (83,2%) sobib praegune uuringule registreerimise viis- telefoni teel. 13,0% vastasid, et soovivad registreerida elektronposti teel ning peaaegu sama palju naisi avaldasid soovi ka veebilehe kaudu registreerida (10,4%).

Pap-testi eelistatakse teha pigem naistenõuandlas kui perearstikeskuses- vaid 7,9% naisi avaldas soovi seda teha ka perearsti juures.



**Joonis 5. 30–55-aastaste Eesti naiste eelistused info kättesaamiseks sõeluuringu tulemustest, 2010.**

Tabelis 9 on toodud välja naiste eelistused, millistest allikatest nad ootavad informatsiooni sõeluuringu kohta. Valdav enamik ootab infot sõeluuringu kohta posti teel saadetud isiklikust kutsest koos infolehega (74,8%). Mõnevõrra vähem vastati, et oodatakse infot perearstikeskuses (18,9%) ning temaatilisi kirjutisi ja reklaami naisteajakirjades (18,0%). Reklaami televisioonis peab oluliseks 9,8%. Vaid 5,8% ütlesid, et nad ei soovi rohkem lisainfot. Muude variantide alla pakuti kõige sagedamini välja informatsiooni internetis.

89,0% naisi tunneks heameelt, kui perearsti/pereõde tuletaks neile meelde osalemist sõeluuringus. 7,1% ei oska öelda, kuidas nad sellele reageeriksid.

**Tabel 9. 30–55-aastaste Eesti naiste eelistatumad sõeluuringu alased infoallikad, 2010**

<b>Infoallikas</b>	<b>Arv</b>	<b>%</b>
Posti teel saadetud infoleht ja isiklik kutse	784	74,8
Info perearstikeskuses	198	18,9
Temaatilised kirjutised ja reklaam naisteajakirjades	189	18,0
Reklaam televisioonis	103	9,8
Ei soovi rohkem lisainfot	61	5,8
Muu	28	2,7

## 6. ARUTELU

Käesoleva töö eesmärk oli anda ülevaade emakakaelvähi sõeluuringuga seotud teadlikkusest ja sõeluuringus mitte-osalemise põhjustest. Koos emakakaelvähi sõeluuringu kutsega saadeti nii eesti- kui venekeelne küsitlusankeet 1955, 1960, 1965, 1970, 1975 ja 1980. aastal sündinud 2942 naisele. Vastamismäär koos korduspostitusega oli 36%.

Juba uuringut kavandades tuli uuringu läbiviijatel arvestada asjaoluga, et suurema tõenäosusega vastavad ankeedile naised, kes soovivad sõeluuringus osaleda või on juba käinud naistearsti juures kontrollis- seda põhjusel, et neile pakub antud teema rohkem huvi. Ka varasemates mujal läbiviidud samateemaliste küsitlusuuringute üheks probleemiks on olnud madal osalusmäär naiste hulgas, kes ei osale sõeluuringus (61). Seda peegeldavad osaliselt ka praegused uuringu tulemused- 75,7% naisi plaanivad sõeluuringus osaleda ning peamise loobumise põhjusena märgiti hiljutist kontrolli naistearsti juures (17,7%). Ühe huvitava tulemusena võib esile tuua tulemust, et ligi 75% plaanivad enda sõnul sõeluuringust osa võtta, kuid igal aastal on tegelik naiste osalemismäär 20-30%. Selle nähtuse taga võivad olla erinevad põhjused – ei saada kutset kätte või ei pöörata sellele piisavalt tähelepanu, ajapuudus või unustamine. Vajalik oleks tulevikus valimi andmed linkida haigekassa andmebaasiga, et näha, kui suur oli lõplik osalemismäär küsitlusuuringus osalenud naiste seas, sh nende hulgas, kes algselt plaanisid sõeluuringus osaleda. Suur naiste osakaal, kes väidavad, et nad on just käinud naistearsti juures, võib olla tingitud sellest, et nad on kasutanud eraarsti teenuseid, mille kohta haigekassal andmed puuduvad või on neil meenutusnihe. Meenutusnihe tähendab, et naised ei mäleta enam täpselt, millal nad käisid viimati naistearsti juures kontrollis- nad arvavad, et käisid hiljuti, kuid tegelikkuses võis see tunduvat kauem aega tagasi juhtuda. Samas tuli välja ka teisi olulisi sõeluuringust loobumise põhjuseid, millele tuleb tähelepanu pöörata- naistel on hirm proovi anda, vastuvõtuajad ei sobi, ootejärjekorrad on liiga pikad ja kliinik asub liiga kaugel. Sarnased tulemused leiti Šoti naiste hulgas läbi viidud uuringus (44). Ka varasemates uuringutes on leitud, et üks oluline psühholoogiline barjäär, miks naised ei osale sõeluuringus, on hirm vähi ees. Seda hirmu on leitud pigem naiste hulgas, kes ei ole kunagi Pap-testi teinud või on teinud seda väga ammu (63). Ärevus võib olla üldine hirm vähi ees, mitte aga konkreetse vähiliigi või protseduuri ees. Eelneva uuringu järgi oli ärevuse tase naistel tulemuste teadasaamisel tunduvalt kõrgem kui näiteks mammograafia protseduuri enda ees (64).

Antud uuringus märkisid linnapiirkondades elavad naised aga tunduvalt sagedamini, et neile ei sobi vastuvõtuajad ja ootejärjekorrad on liiga pikad, mis võib tähendada, et teenus ei

ole piisavalt kättesaadav linnapiirkondades. Vanematel ja maapiirkondade naistel oli aga probleemiks, et kliinik on liiga kaugel.

Olulise tulemusena tuli ka välja, et ligi veerand ankeedile vastajatest ei olnud üldse või olid ainult osaliselt kuulnud emakakaelavähi sõeluuringust. Teadlikkus oli seotud kõige tugevamini rahvusega- eestlastel oli ligi 4 korda suurem tõenäosus olla teadlik sõeluuringust. Eestlastel oli ka 3,3 korda suurem tõenäosus saada aru sõeluuringu kutsest ja lisatud infolehest, kui venekeelsel elanikkonnal, seega tuleks ülekontrollida venekeelne kutse ja infoleht ning vajadusel täiendada või parandada nende arusaadavust.

Ligi veerand naistest ei ole teadlikud ka peamistest emakakaelavähi riskiteguritest. Kõige vähem teatakse suitsetamise mõjust- seda märkisid ainult 49,2% naisi. Aga ka teiste riskitegurite kohta on teadmised puudulikud. Teadlikkus on kõrgem nooremate ja eesti rahvusest naiste seas, mis läheb kokku varasemate uuringute tulemustega (48).

Tulemustest võib välja lugeda, et sõeluuringu korraldusega ollakse üldiselt rahul. Enamik naisi eelistab Pap-testi teha naistenõuandlas, mitte perearsti juures. Samas üle 90% naisi tunneks heameelt, kui perearst või -õde tuletaks neile meelde sõeluuringus osalemist. Seda suunda tuleks kindlasti ka Eesti jätkata, sest varasemad Ameerikas ja Euroopas läbi viidud uuringud on jõudnud järeldusele, et just esmatasandi arstid mängivad võtmerolli nii rinna- kui emakakaelavähi sõeluuringu edendamisel ning neid tuleks otseselt kaasata riikliku sõeluuringu programmi (65).

Sõeluuringule eelistatakse registreerida telefoni teel, kuid uuringutulemusi soovitakse kätte saada üsna võrdselt nii elektronkirja kui telefoni teel. Siinkohal võibki kaaluda uuringutulemuste teavitamiseks ka elektronkirja kasutamist.

Antud uuringu tulemuste põhjal ei ole vaja teha olulisi organisatoorseid muudatusi sõeluuringu programmis, kuid võib kaaluda erinevaid variante, mida on tehtud teistes riikides, et tõsta naiste osalemismäära- näiteks posti-teel saadetavad isetehtavad Pap-testid (40) või regulaarselt saadetav meeldetuletuskiri mitte-osalejatele (66).

Võrreldes Statistikaameti rahvastiku koosseisu näitajaid (vanusrühm, elukoht, rahvus) tagasi saadetud ankeetide andmetega, võib öelda, et tulemused on piisavalt representatiivsed, et teha üldistusi kogu elanikkonna kohta.

Käesoleva uuringu üheks olulisemaks puuduseks võib pidada seda, et vastajatelt jäi küsimata nende haridustase, sest varasemad uuringud on näidanud olulist seost tervisekäitumise ja haridustaseme vahel. On leitud, et põhi- või madalama haridusega naistel on emakakaelavähki kaks korda sagedamini kui kesk- või kõrgema haridusega naistel ning kirjaoskamatu hulgas on kuus korda rohkem emakakaelavähki kui kõrgharidusega naiste seas (67).

Järgnevates samateemalistes uuringutes võiks lisada ankeeti küsimusi ka üha olulisemaks saava primaarse preventsiiooni- emakakaelavähi vastase vaktsiini kohta. Uuringutulemuste detailsemaks analüüsiks tuleks ankeedid järgmisel korral isikustada nii, et neid saaks hiljem ka Haigekassa andmebaasiga linkida.



## 7. JÄRELDUSED

Käesolev uuring oli Eestis esmakordne ja tulemustest on võimalik teha mitmeid järeldusi:

1. Vaja on tõsta naiste teadlikkust nii sõeluuringu kui ka emakakaelavähi riskitegurite kohta, sest ligi veerand vastajatest on ainult osaliselt või üldse mitte teadlikud sõeluuringust. See näitaja võib tegelikkuses veel kõrgem olla, sest eeldatavasti võtsid uuringust osa pigem need naised, kes selle teema vastu huvi tunnevad ja plaanivad nagunii ka sõeluuringus osaleda. Teavitustööd tehes tuleb suuremat tähelepanu pöörata muukeelsele elanikkonnale.
2. Peamine sõeluuringust loobumise põhjus oli hiljutine kontroll naistearsti juures, mille tulemusena on vaja vähendada väljaspool sõeluuringut tehtavate Pap-testide arvu, sest see ei vähenda emakakaelavähi haigestumust ega suremust.
3. Kuna tulemustest tuli välja, et naistel on hirm proovi anda ning arvatakse, et ooteajad vastuvõtule on liiga pikad ja vastuvõtuajad ebasobivad, siis ka siinkohal oleks vaja naisi rohkem teavitada või kontrollida teenuse kättesaadavust linnapiirkondades.
4. Kindlasti tuleks jätkata naistele isikliku kutse saatmist koos infolehega, sest see on nende jaoks eelistatuim viis info saamiseks emakakaelavähi ja sõeluuringu kohta.
5. Koostööd perearstide/õdedega tuleks kindlasti jätkata, sest 90% naisi reageerivad positiivselt kui perearst/õde tuletab neile sõeluuringus osalemist meelde.
6. Uuringu korralduslikus osas võiks kaaluda uuringutulemuste teavitamiseks lisaks telefonile ka elektronkirja kasutamist, sest need olid naiste kaks peamist võrdset eelistust.

## 8. KASUTATUD KIRJANDUS

- 1.Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005;55:74–108.
- 2.Jemal A, Bray F, Center M, et al. Global cancer statistics. *CA J Clin* 2011;61:69–90.
- 3.Arbyn M, Raify AO, Weiderpass E, et al. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. *Eur J Cancer* 2009;45:2640–8.
- 4.Parkin D, Whelan SL, Ferlay J, et al. *Cancer incidence in five continents, Vol VIII*, Lyons, France: International Agency for Research on Cancer; 2002, IARC Sci Publ No. 155.
- 5.Bergtröm R, Sparén P, Adami HO. Trends in cancer of the cervix uteri in Sweden following cytological screening. *Br J Cancer* 1999;81:159–66.
- 6.Walboomers J, Jacobs M, Manos M, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999;189:12–9.
- 7.Collins S, Mazloomzadeh S, Winter H, et al. High incidence of cervical human papillomavirus infection in women during the first sexual relationship. *Br J Obstet Gynaecol* 2002;109:96–8.
- 8.Paavonen J, Lehtinen M. First-generation vaccines against human papillomavirus. *Women's Health* 2005;1:223–9.
- 9.Ho G, Bierman R, Beardsley L, et al. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 1998;338:423–8.
- 10.Schiffman M, Khan M, Solomon D, et al. A study of the impact of adding HPV types to cervical cancer screening and triage tests. *J Natl Cancer Inst* 2005;97:147–50.
- 11.Giordano G, D'Adda T, Gnetti L, et al. Detection of human papillomavirus in organs of upper genital tract in women with cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 16:1601–7.
- 12.Bosch FX, de Sanjose S. Human Papillomavirus and cervical cancer-burden and assessment of causality. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;31:3–13.
- 13.Clifford G, Smith J, Aguardo T, et al. Comparison of HPV type distribution in high-grade cervical lesions and cervical cancer: a metaanalysis. *Br J Cancer* 2003;89:101–5.
- 14.Munoz N, Bosch F, Castellsague X, et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? *Int J Cancer* 2004;111:278–85.
- 15.Greer C, Wheeler C, Ladner M, et al. Human papillomavirus (HPV) type distribution and serological response to HPV type 6 virus-like particles in patients with genital warts. *J Clin Microbiol* 1995;33:2058–63.
- 16.Uusküla A, Kals M, Kosenkranius L, et al. Population-based type-specific prevalence of high-risk human papillomavirus infection in Estonia. *BMC Infect Dis* 2010;10:1–8.
- 17.Bosch F, de Sanjose S. Human papillomavirus and cervical cancer-burden and assessment of causality. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003; 31:3–13.

18. Wang K. Human papillomavirus and vaccination in cervical cancer. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2007;46:352–62.
19. Luciani S, Jauregui B, Kieny C. Human papillomavirus vaccines: new tools for accelerating cervical cancer prevention in developing countries. *Immunotherapy* 2009; 1:795–807.
20. Castellsague X, Munoz N: Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis-role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;31:20–8.
21. Coker A, DeSimone C, Eggleston K, et al. Smoking and survival among Kentucky women diagnosed with invasive cervical cancer: 1995-2005. *Gynecol Oncol* 2009;112:365–9.
22. Gondos A, Chokunonga E, Brenner H, et al. Cancer survival in southern African urban population. *Int J Cancer* 2004;112:860–4.
23. Arbyn M, Autier P, Ferlay J. Burden of cervical cancer in the 27 member states of the European Union: estimates for 2004. *Ann Oncol* 2007;18:1425–7.
24. The GLOBOCAN 2008 database. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. International Agency for Research on Cancer. <http://globocan.iarc.fr>. 2010.
25. Anttila A, Ronco G. Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union. *Eur J Cancer* 2009;45:2685–708.
26. Gravitt P, Belinson J, Salmeron J, et al. Looking ahead: a case for HPV testing of self-sampled vaginal specimens as 1 a cervical cancer 2 screening strategy. *Int J Cancer* 2011(in press).
27. Govan V. A novel vaccine for cervical cancer: quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16 and 18) recombinant vaccine (Gardasil). *Ther Clin Risk Manag* 2008;4:65–70.
28. Urman C, Gottlieb A. New viral vaccines for dermatologic disease. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:361–70.
29. Kulasingam SL, Myers ER. Potential health and economic impact of adding a human papillomavirus vaccine to screening programs. *JAMA* 2003;290:781–9.
30. Bosch F, Castellsague X, Sanjose S. HPV and cervical cancer: screening or vaccination? *Br J Cancer* 2008;98:15–21.
31. Hildesheim A, Brinton LA, Mallin K, et al. Barrier and spermicidal contraceptive methods and risk of invasive cervical cancer. *Epidemiology* 1990;1:266–72.
32. Brinton L. Epidemiology of cervical cancer-overview. *IARC Sci Publ* 1992; 119:3–23.
33. Moreno V, Bosch F, Muñoz N. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002;359:1085–92.
34. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002;359:1093–101.
35. Aristizabal N, Cuello C, Correa P, et al. The impact of vaginal cytology on cervical cancer risks in Cali, Colombia. *Int J Cancer* 1984;34:5–9.
36. Twinn S, Cheng F. Increasing uptake rates of cervical cancer screening amongst Hong Kong Chinese women: the role of the practitioner. *J Adv Nurs* 2000;32:335–42.

37. Lechner L, de Vries H, Offermans N. Intention to have a mammogram in the future among women who have underused mammography in the past. *Health Educ Behav* 1997;25:473–82.
38. Van der Velden K, Fleming D, Abrahamse H. Screening in primary care: health for all? A study in Dutch general practice. *Eur J Public Health* 1999; 9:290–3.
39. Orbell S. Cognition and affect after cervical screening: the role of previous test outcome and personal obligation in future uptake expectations. *Soc Sci Med* 1996;43:1237–43.
40. Virtanen A, Anttila A, Luostarinen T, et al. Self-sampling versus reminder letter: Effects on cervical cancer screening attendance and coverage in Finland. *Int J Cancer* 2010. (Electronic article).
41. Blomberg, K; Ternstedt, BM; Törnberg, S, et al. How do women who choose not to participate in population-based cervical cancer screening reason about their decision? *Psychooncology* 2008;17:561–9.
42. Grange G, Malvy D, Lancon F, et al. Factors associated with regular cervical cancer screening. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;102:28–33.
43. Walsh, JC. The impact of knowledge, perceived barriers and perceptions of risk on attendance for a routine cervical smear. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006;11:291–6.
44. Neilson A; Jones, RK. Women's lay knowledge of cervical cancer/cervical screening: accounting for non-attendance at cervical screening clinics. *J Adv Nurs* 1998; 28:571–5
45. Tacken MA, Braspenning JC, Hermens RP et al. Uptake of cervical cancer screening in The Netherlands is mainly influenced by women's beliefs about the screening and by the inviting organization. *Eur J Public Health* 2007;17:178–85.
46. Winkler, J; Bingham, A; Coffey, P; et al. Women's participation in a cervical cancer screening program in northern Peru. *Health Educ Res.* 2008;23:10–24.
47. Faktum & Ariko. Patsientide hinnangud tervisele ja arstiabile. Tallinn; Faktum & Ariko 2008.
48. Stark A, Gregoire L, Pilarski R, et al. Human papillomavirus, cervical cancer and woman's knowledge. *Cancer Detect Prev* 2008;32:15–22.
49. Marlow L, Waller J, Wardle J. Public awareness that HPV is a risk factor for cervical cancer. *Br J Cancer* 2007;97:691–4.
50. Kurtinaitiene R, Drasutiene G, Apeikiene L, et al. Vilnius high school student's knowledge of cervical cancer risk factors. *Acta Medica Lituanica* 2007;14:291–6.
51. Pitts M, Clarke T. Human papillomavirus infection and risks of cervical cancer: what do Women know? *Health Educ Res* 2002;17:706–14.
52. Bryder L. Debates about cervical screening: an historical overview. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62:284–7.
53. The Council of the European Union. Council recommendation of 2 December on cancer screening. *Off J Eur Union* 2003; 878:34–8.
54. Karsa L, Anttila A, Ronco G, et al. Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. International Agency for Research on Cancer; 2008.

55. Anttila A, Pukkala E, Söderman B. Effect of organized screening on cervical cancer incidence and mortality in Finland 1963–1995, recent increase in cervical cancer incidence. *Int J Cancer* 1999; 83:59–65.
56. Dillner J. Cervical cancer screening in Sweden. *Eur J Cancer* 2000;36:2255–9.
57. Andrae B, Kemetli L, Sparén P, et al. Screening-preventable cervical cancer risks: evidence from a nationwide audit in Sweden. *J Natl Cancer Inst* 2008;622–9.
58. Nygård J, Skare G, Thoresen S. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992–2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. *J Med Screen* 2002;9:86–91.
59. Nahkur S. Ülevaade vähi sõeluuringutest Eestis. *Eesti Arst* 2010;89:364–5.
60. Veerus P, Arbyn M, Amati C, et al. Impact of implementing a nationwide cervical cancer screening program on female population coverage by Pap-test in Estonia. *Tumori* 2010;96:524–8.
61. Sotsiaalministeerium. Riiklik Vähistrateegia aastateks 2007–2015. Tallinn 2007
62. Vaask S, Raud T, Klaar U. Emakakaelavähi sõeluuringu korraldus ja tulemused Eestis. *Eesti Arst* 2009;88:748–54.
63. Agurto I, Bishop A, Sanchez G, et al. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Prev Med* 2004;39:91–8.
64. Mainiero M, Schepps B, Clements N, et al. Mammography-related anxiety: effect of procedural patient education. *Women's Health Issues* 2001;11:110–5.
65. Spadea T, Bellini S, Kunst A, et al. The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: A review. *Prev Med* 2010;50:159–64.
66. Baron R, Melillo S, Rimer B. Intervention to increase recommendation and delivery of screening for breast, cervical, and colorectal cancers by healthcare providers: a systematic review of provider reminders. *Am J Prev Med* 2010;38:110–17.
67. Corral F, Cueva P, Yopez J, et al. Limited education as a risk factor in cervical cancer. *Bull Pan Am Health Organ (PAHO)* 1996;30:322–9

## SUMMARY

### **Women's knowledge about cervical cancer risk factors, screening, and reasons for non-participation in cervical cancer screening programme in Estonia**

The aim of this study was to identify awareness of cervical cancer screening program and investigate reasons why Estonian women do not participate in the cervical cancer screening program and wishes for better organization of the programme.

In 2010 the Estonian Health Insurance Fund mailed 37 275 personal invitations to women aged 30 to 55 to participate in cervical cancer screening program. Invitations, based on the data from the Estonian Population Registry, were sent to women born in 1955, 1960, 1965, 1970, 1975 and 1985. Of those women a random sample was selected and 2942 women received a questionnaire and a prepaid envelope with a screening invitation. All women got questionnaires both in the Estonian and in the Russian language. Reminders with questionnaires were sent to 1600 women who had not attended the screening programme after the first mailing. Final response rate was 36%.

An important outcome from our study was that approximately a quarter of respondents had not at all or only partially heard of cervical cancer screening. According to other studies the awareness was lower among minority groups, and also in our study the Russian-speaking respondents were less aware of the screening. Also emerges that there is a strong need to improve women's knowledge about cervical cancer risk factors. Women do not know enough about main cervical cancer risk factors, especially low is knowledge about impact of smoking.

The most common reason for not participate in screening was recent health control at a gynaecologist, which was more likely the reason for non-participation among Estonian than non-Estonian women. Other reasons were fear to give a Pap-smear, long waiting list for appointment, clinic is far away and unsuitable reception times. Women from urban areas found more likely that appointment times are not suitable and queues are too long.

Most respondents were satisfied with the present organization of screening programme.

They prefer the current system to register by phone for the reception to give the Pap-smear. Also women prefer to give a Pap-smear at women's clinic rather than at general practitioner. To receive Pap-smear results, women prefer equally phone and e-mail. Most of them are

waiting information about cervical cancer screening programme from personally sent invitations with information leaflets.

In conclusion, there is a need for better information sharing about cervical cancer risk factors and screening in the whole screening population. Russian-speaking women, older women and women with smaller number or no deliveries need special attention. To increase effectiveness of the program and reduce cervical cancer burden, there is a need to decrease Pap-smears taken outside screening program.

Instead of big campaigns, women in Estonia prefer individualized and delicate information sharing; this should be taken into account when tailoring the campaigns and invitations.

## CURRICULUM VITAE

Nimi Alice Kivistik

Sünniaeg ja koht: 21.03.1985, Tallinn

Perekonnaseis: vallaline

Aadress, telefon, e-post: Kivila 17, 55540003, [alice.kivistik@gmail.com](mailto:alice.kivistik@gmail.com)

Praegune töökoht, amet: Tervise Arengu Insituut, teaduriabi

Haridus: 2004-2008 Tartu Ülikool- sotsioloogia, bakalaureusekraad  
1992-2004 Kuristiku Gümnaasium

Töökogemus: 2008-2009 Saar Poll OU, sotsioloog



# TÄNUAVALDUS

Käesolev magistritöö valmis Tervise Arengu Instituudi epidemioloogia ja biostatistika osakonnas ning Tartu Ülikooli Tervishoiu instituudis. Uuringu läbiviimist toetas DG Sanco EUROCHIP 3 (grandileping 2007121).

Soovin tänada:

- Piret Veerust igakülgse abi, nõuannete ja mõistva suhtumise eest kogu magistritöö kirjutamise vältel;
- Katrin Langi ettepanekute ja kasulike kommentaaride eest;
- Mati Rahu kasulike nõuannete eest;
- Eesti Haigekassat korraldusliku abi eest uuringu läbiviimisel;
- Kõiki naisi, kes uuringust osa võtsid;
- Tervishoiu instituudi töötajaid heade õppimisvõimaluste loomise eest.

## LISAD

### Lisa 1 Eestikeelne küsimustik



Lp. kindlustatu

Eesti Haigekassa on alates 2003. aastast koostöös Tervise Arengu Instituudi ja SA Vähi Sõeluuringud korraldanud **emakakaelavähi sõeluuringut**.

Emakakaelavähk on üks vähi liikidest, mida on võimalik vältida. Emakakaela vähieelne seisund võib kesta 10 kuni 15 aastat, selle õigeaegsel avastamisel sõeluuringuga on emakakaelavähk välditav. Kõik suguelu alustanud naised peaksid 2-3 aastase vahega andma **PAP-testi**, mille abil leitakse emakakaelal muutused enne, kui on välja kujunenud emakakaelavähk.

Seetõttu kutsub Haigekassa igal aastal suure osa naistest, kellele ei ole eelneva aasta jooksul eeltoodud uuringut tehtud, emakakaelavähi sõeluuringule. Kahjuks on olnud sõeluuringutest osavõtt meie naiste hulgas küllaltki tagasihoidlik, emakakaelavähi ennetavatele uuringutele tuleb Eestis vaid iga kolmas naine (Soomes tuleb uuringutele 70% kutsutud naistest).

Selleks, et tulevikus paremini korraldada emakakaelavähi sõeluuringut ja saada aru, miks paljud naised Eestis loobuvad emakakaelavähi sõeluuringus osalemisest, palume teil vastata allolevatele küsimustele, ümbritsedes teie jaoks sobivaim vastus ringiga või kirjutades vastuse selleks etteantud reale. Küsitlus on anonüümne, aga teie vastused on väga olulised!

Kokkuvõtte küsitluse tulemustest avaldame järgmise aasta alguseks Haigekassa kodulehel <http://www.haigekassa.ee/ennetus>

Käesolev korduv kutse ja küsitlusankeet on saadetud Teile Haigekassa poolt ravikindlustuse andmekogus olevale rahvastikuregistri aadressil.

Küsimuste korral võite ühendust võtta

Sirje Vaask, Eesti Haigekassa, tel. 6208455, [sirje.vaask@haigekassa.ee](mailto:sirje.vaask@haigekassa.ee)

Ülle Ilves, Tervise Arengu Instituut, tel. 6593984, [ulle.ilves@tai.ee](mailto:ulle.ilves@tai.ee)

**Täname!**

Täidetud küsimustik palume lisada anonüümselt kaasapandud ümbrikusse ja postitada Tervise Arengu Instituuti. Postimaks on juba tasutud.

## KÜSIMUSTIK NAISTELE

Selleks, et tulevikus paremini korraldada emakakaelavähi sõeluuringut, palume Teil vastata allolevatele küsimustele, ümbritsedes teie jaoks sobivaim vastus ringiga või kirjutades vastuse selleks etteantud reale.

1. Kas olete teadlik emakakaelavähi sõeluuringust?

- 1 jah
- 2 olin osaliselt kuulnud, aga täpselt ei tea
- 3 ei

2. Kas sõeluuringu kutse ja lisatud infolehe tekst on Teile arusaadav?

- 1 jah
- 2 ei

Kui ei, siis mis ei olnud teile kutse ja infolehe juures arusaadav? .....

3. Kas Te plaanite osaleda emakakaelavähi sõeluuringus, mille kutse saite?

- 1 jah
- 2 ei

Järgnevalt loetleme mõned põhjused, mis võivad Teile puhul olla takistuseks sõeluuringus osalemiseks. Palun ümbritsege ringiga kõik vajalikud vastusevariandid!

4. Ma ei soovi uuringus osaleda, sest:

- 1 olen just käinud naistearsti juures kontrollis
- 2 mul pole uuringuks aega
- 3 vastuvõtuajad ei sobi
- 4 kliinik on liiga kaugel
- 5 ooteaeg vastuvõtule on liiga pikk
- 6 ma kardan proovi anda
- 7 mul on emakas eemaldatud
- 8 ma ei pea seda uuringut vajalikuks
- 9 muu põhjus, nimelt.....

5. Kuidas eelistaksite end uuringule registreerida?

- 1 telefoni teel
- 2 elektronposti teel
- 3 veebilehe vahendusel

6. Kus Te tahaksite emakakaelavähi sõeluuringuks Pap-testi teha?

- 1 naistenõuandlas
- 2 perearsti juures

7. Kuidas sooviksite teada saada oma uuringutulemust?

- 1 telefoni teel
- 2 posti teel saadetud kirjaga
- 3 elektronkirjaga
- 4 Sms-i teel

5 sooviksin uuringutulemust teada saada arsti või ämmaemanda käest

8. Millal külastasite viimati naistearsti?

- 1 aasta tagasi
- 2 kuni viis aastat tagasi
- 3 üle viie aasta tagasi
- 4 ei mäleta

9. Kuidas Te reageeriksite perearsti/pereõde otsesele pöördumisele, kui ta tuletataks Teile meelde osalemist sõeluuringus?

- 1 tunneksin heameelt, et perearst huvitub minu tervisest
- 2 mul oleks ükskõik
- 3 mulle ei meeldiks, kui perearst/pereõde mind tülitab
- 4 ei oska öelda
- 5 muu, nimelt .....

10. Kust sooviksite saada infot sõeluuringu kohta?

- 1 temaatiline reklaam televisioonis
- 2 rohkem temaatilisi kirjutisi ja reklaami naisteaajakirjades
- 3 info perearstikeskuses (plakatid, voldikud, jms)
- 4 posti teel saadetud kutsest ja infolehest koos isikliku kutsega
- 5 ma ei soovi rohkem lisainfot
- 6 muu, nimelt .....

11. Millised on Teie arvates emakakaelavähi riskitegurid?

	Jah	Ei	Ei tea
Suitsetamine			
Palju seksuaalpartnereid			
Inimese papilloomiviirus (HPV)			
Ebaregulaarne /harv tervisekontroll			
Suguhaigused			

Nüüd palume vastata veel mõnedele küsimustele, et teada Teie elutingimusi ja tervises seisundit.

12. Teie vanus aastates.....

13. Teie rahvus.....

14. Milline on Teie perekonnaseis?

- 1 abielus/vabaabielus
- 2 vallaline
- 3 lahutatud
- 4 lesk

15. Kas Te töötate praegu?

- 1 jah
- 2 ei, olen kodune
- 3 ei tööta, õpin
- 4 olen pensionil

5 olen töötu

16. Kas Te olete igapäevane suitsetaja?

1 jah

2 ei, pole kunagi suitsetanud

3 ei, kuid suitsetasin varem igapäevaselt

17. Mitu korda olete sünnitanud? (Palun kirjutage number selleks etteantud reale)

.....

18 Kas Teil on kunagi elus olnud sugulisel teel edasiantavaid haigusi (klamüdioos, gonorröa, trihhomonoos, herpes)?

1 jah

2 ei

3 ei tea

19. Kas Te olete kunagi kasutanud rasestumisvastaseid tablette?

1 jah

2 ei

3 ei tea

20. Kui palju seksuaalpartnereid on Teil elus kokku olnud? (Palun kirjutage number selleks etteantud reale) .....

21. Teie elukoht:

1 suurlinnas, maakonnakeskuses

2 väikelinnas

3 asulas

4 külas

Kui Teil on ettepanekuid sõeluuringu paremaks korraldamiseks, palume Teil need siia kirja panna

.....  
.....  
.....

Täname!

## Lisa 2 Venekeelne küsimustik



Ув. застрахованная!

Начиная с 2003 года, Эстонская Больничная Касса в сотрудничестве с Институтом Развития Здоровья и ЦУ Исследования Рака организуют **скрининговое исследование рака шейки матки**.

Рак шейки матки - это один из видов рака, которого можно избежать. Предраковое состояние шейки матки может продолжаться от 10 до 15 лет, при его своевременном обнаружении в ходе скринингового исследования рака шейки матки можно избежать. Все начавшие жить половой жизнью женщины должны проходить с интервалом в 2-3 года **РАР тест**, при помощи которого изменения в шейке матки обнаруживаются прежде, чем разовьется рак шейки матки.

Поэтому Эстонская Больничная Касса ежегодно приглашает большую часть женщин, которые в течение предыдущего года не были охвачены обследованием, на скрининговое исследование рака шейки матки. К сожалению, участие наших женщин в скрининговом обследовании было довольно скромным, предупреждающие рак шейки матки обследования проходит лишь каждая третья женщина Эстонии (в Финляндии на обследования приходят 70% приглашенных женщин).

Для того чтобы в будущем лучше организовать скрининговое исследование рака шейки матки и понять, почему многие женщины в Эстонии отказываются от участия в скрининговом исследовании рака шейки матки, просим Вас ответить на приведенные ниже вопросы, обведя кружком наиболее подходящий для Вас ответ, или написав ответ в предусмотренную для этого строку. Опрос анонимный, но Ваши ответы очень важны! Заключение по результатам опроса мы опубликуем в начале следующего года на домашней странице Больничной Кассы <http://www.haigekassa.ee/ennetus>

Данное повторное приглашение и опросная анкета высланы Вам Больничной Кассой на адрес, указанный в регистре населения в базе данных медицинского страхования.

При возникновении вопросов Вы можете связаться с нами:

Сирье Вааск, Эстонская Больничная Касса, тел. 6208455, [sirje.vaask@haigekassa.ee](mailto:sirje.vaask@haigekassa.ee)

Юлле Ильвес, Институт Развития Здоровья, тел. 6593984, [ulle.ilves@tai.ee](mailto:ulle.ilves@tai.ee)

### **Благодарим!**

Заполненный вопросник просим анонимно вложить в прилагаемый конверт и отослать в Институт Развития Здоровья. Почтовый сбор уже уплачен.

### **ВОПРОСНИК ДЛЯ ЖЕНЩИН**

Для того чтобы в будущем лучше организовать скрининговое исследование рака шейки матки, просим Вас ответить на приведенные ниже вопросы, обведя кружком наиболее подходящий для Вас ответ, или написав ответ в предусмотренную для этого строку.

1. Известно ли Вам о скрининговом исследовании рака шейки матки?

- 1 да
- 2 что-то слышала, но точно не знаю
- 3 нет

2. Понятны ли Вам приглашение на скрининговое обследование и текст приложенного инфолистка?

- 1 да
- 2 нет

Если нет, то что в приглашении и инфолистке не было для Вас понятным?  
.....

3. Планируете ли Вы участвовать в скрининговом исследовании рака шейки матки, приглашение на которое Вы получили?

- 1 да
- 2 нет

Ниже мы перечислим некоторые причины, которые могут быть для Вас препятствием для участия в скрининговом обследовании. Просим обвести кружком все необходимые варианты ответов!

4. Я не желаю участвовать в обследовании, так как:

- 1 я недавно проверялась у гинеколога
- 2 у меня нет времени на обследование
- 3 время приема не подходит
- 4 клиника слишком далеко
- 5 время ожидания приема слишком долгое
- 6 я боюсь сдавать пробы
- 7 у меня удалена матка
- 8 я не считаю это обследование необходимым
- 9 другая причина, в частности .....

5. Как Вы предпочли бы зарегистрироваться на обследование?

- 1 по телефону
- 2 по электронной почте
- 3 через web-страницу

6. Где Вы хотели бы сделать PAP-тест для скринингового исследования рака шейки матки?

- 1 в женской консультации
- 2 у семейного врача

7. Как Вы желали бы узнать результат своего обследования?

- 1 по телефону
- 2 письмом по почте
- 3 электронным письмом
- 4 с помощью SMS
- 5 хотела бы получить результат своего обследования у врача или акушерки

8. Когда Вы в последний раз были у гинеколога?

- 1 год назад
- 2 до пяти лет назад
- 3 более пяти лет назад
- 4 не помню

9. Как бы Вы прореагировали на прямое обращение семейного врача/семейной сестры, если бы он напомнил Вам об участии в скрининговом обследовании?

- 1 была бы рада тому, что семейный врач интересуется моим здоровьем
- 2 мне было бы все равно
- 3 мне не понравилось бы, что семейный врач/семейная сестра беспокоит меня
- 4 не могу сказать
- 5 другое, в частности .....

10. Откуда Вы хотели бы получить информацию о скрининговом обследовании?

- 1 из тематической рекламы по телевидению
- 2 больше тематических публикаций и рекламы в женских журналах
- 3 информация в центрах семейных врачей (плакаты, буклеты и т. п.)
- 4 из отправленного по почте приглашения и инфолистка вместе с личным приглашением
- 5 я не желаю больше дополнительной информации
- 6 другое, в частности .....

11. Каковы, по Вашему мнению, факторы риска рака шейки матки?

	Да	Нет	Не знаю
Курение			
Много сексуальных партнеров			
Папилломавирус человека (ВПЧ)			
Нерегулярный /редкий контроль здоровья			
Венерические болезни			

Теперь просим ответить еще на некоторые вопросы, чтобы знать Ваши условия жизни и состояние здоровья.

12. Ваш возраст в годах .....

13. Ваша национальность .....

14. каково Ваше семейное положение?

- 1 замужем/в гражданском браке
- 2 незамужняя
- 3 разведена
- 4 вдова

15. Работаете ли Вы сейчас?



- 1 да
- 2 нет, домохозяйка
- 3 не работаю, учусь
- 4 на пенсии
- 5 безработная

16. Курите ли Вы ежедневно?

- 1 да
- 2 нет, никогда не курила
- 3 нет, хотя раньше курила ежедневно

17. Сколько раз Вы рожали? (Пожалуйста, напишите цифру в предназначенную для этого строку) .....

18. Были ли у Вас когда-нибудь в жизни венерические заболевания, передающиеся половым путем (хламидиоз, гонорея, трихомоноз, герпес)?

- 1 да
- 2 нет
- 3 не знаю

19. Принимали ли Вы когда-нибудь противозачаточные таблетки?

- 1 да
- 2 нет
- 3 не знаю

20. Сколько сексуальных партнеров было всего в Вашей жизни? (Пожалуйста, напишите цифру в предназначенную для этого строку) .....

21. Ваше место жительства:

- 1 в большом городе, уездном центре
- 2 в маленьком городе
- 3 в поселке
- 4 в селе

Если у вас имеются предложения по лучшей организации скринингового исследования, просим написать их сюда

.....  
.....  
.....

Спасибо!