Optimalisatie van baarmoederhalskankerscreening in een multiculturele huisartsenpraktijk

Sofie De Becker, Ugent

Promotor: Dr. Kristin Hendrickx, UA

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

1 Abstract

Context : Elk jaar krijgen 700 vrouwen in België de diagnose invasieve baarmoederhalskanker en sterven er meer dan 100 vrouwen door deze aandoening. Nochtans kan screening de morbiditeit en mortaliteit door cervixkanker verminderen. De participatiegraad in België bedraagt slechts 59%.

Doel: 2 onderzoeksvragen worden gesteld: 1) Welke factoren hebben een invloed op het niet deelnemen aan de screening? 2) Verhoogt de participatiegraad door het actief aanspreken en het geven van informatie aan patiënten?

Methode: Op de websites van Cebam en Pubmed werden volgende zoektermen gecombineerd ingegeven: 'cervical cancer screening', 'PAP smear', 'Migrants', 'attitudes and beliefs', 'barriers', 'brochure' en 'invitation'. Bij de start van het onderzoek werd bepaald hoeveel % vrouwen een uitstrijkje bij de huisarts had laten afnemen. Vervolgens werden er enquêtes afgenomen. De vragenlijst peilt naar epidemiologische en gynaecologische gegevens, de kennis en het screeningsgedrag. Na het invullen werden er folders uitgedeeld. 1 vrouw op 3 kreeg tevens extra mondelinge informatie. Nadien volgde er een nameting a.d.h.v. deelnamepercentages aan de screening op de totale praktijkpopulatie, de enquête-deelnemers en de deelnemers die eveneens mondelinge info gekregen hadden.

Resultaten: De voormeting toonde een screeningspercentage van 13,52%. Er werden 154 enquêtes ingevuld. De voorkennis van de studiepopulatie is zwak (gemiddeld 2,3/6). Bijna de helft denkt dat een uitstrijkje jaarlijks moet genomen worden. Een derde weet dat dit slechts 1x per 3 jaar is. 74% liet ooit een uitstrijkje afnemen. Liefst 87,6% wist dat de huisarts een uitstrijkje kon afnemen. Bij 41,9% gebeurde dit ook effectief door de huisarts.

Redenen om zich niet te laten screenen waren: gebrekkige kennis en misvattingen, tijdsgebrek, het hebben van een mannelijke arts, angst, kostprijs, niet-Belgische etniciteit. Vrouwen die seksueel actief zijn blijken in onze studie meer kennis te hebben. Hun screeningsgedrag blijkt echter minder adequaat te zijn dan bij vrouwen die momenteel geen seksueel contact hebben. Vrouwen met afwijkingen aan de baarmoederhals of met een hysterectomie in de voorgeschiedenis hebben moeite met het definiëren van het juiste screeningsinterval. Tussen de literatuurstudie en het praktijkproject werden er ook tegenstrijdigheden gevonden i.v.m. het effect van diploma en leeftijd op de kennis en screeningsgedrag. In de studie werd er een correlatie gevonden tussen kennis en eenmalige screening. Er kon geen correlatie aangetoond worden tussen kennis en screeningsfrequentie.

Het geven van informatie levert zowel in de literatuurstudie als in het praktijkproject betere kennis en screeningsgedrag op. Toch gaan er in ons project enkele vrouwen op achteruit, wat aantoont dat de folder niet voor elke vrouw optimaal is. Wanneer men bovenop de folder nog extra mondelinge uitleg krijgt, treedt er nog een verbetering van kennis en screeningsgedrag op. Het lijkt er dus op dat de interventie in deze studie effectief is.

Conclusie:

Factoren om niet deel te nemen aan baarmoederhalskankerscreening zijn veelvuldig. Vaak speelt een combinatie van verschillende factoren een rol in het beslissingsproces. Het geven van informatie levert een betere kennis en screeningsgedrag op. Het lijkt er dus op dat de interventie in deze studie effectief is. Verder grootschalig onderzoek is dus noodzakelijk om de trends die in dit project werden blootgelegd te kunnen aantonen of verwerpen. Ook dienen er grootschalige informatiecampagnes te gebeuren om de kennis van de vrouw over baarmoederhalskanker en het uitstrijkje te verbeteren.

e-mail: sofiedebecker@hotmail.com

2 Inhoudstafel

Inhoudsopgave

1 Abstract 2

2 Inhoudstafel 3

3 Inleiding 5

4 Methode 7

4.1 Literatuuronderzoek 7

4.2 Studie-design 7

4.2.1 De nulmeting 7

4.2.2 Prospectief observationeel onderzoek 7

4.2.3 Interventie 8

4.2.4 Nameting 9

5 Resultaten 10

5.1 Resultaten literatuuronderzoek 10

5.1.1 Welke factoren hebben een invloed op het niet deelnemen aan de baarmoederhalskankerscreening? 10

5.1.2 Verhoogt de participatiegraad door het actief aanspreken en het geven van informatie aan patiënten? 13

5.2 Resultaten studie 14

5.2.1 Voormeting 14

5.2.2 Beschrijving van de onderzoekspopulatie 14

5.2.3 Kennis van baarmoederhalskanker 16

5.2.4 Screeningsgedrag 17

5.2.5 Invloed van de informatieverstrekking op de kennis van baarmoederhalskanker 18

5.2.6 Correlatie tussen patiëntkenmerken en de voorkennis van baarmoederhalskanker en screeningsgedrag 19

5.2.7 Correlatie tussen het krijgen van mondelinge informatie en de na- kennis 23

5.2.8 Correlatie kennis en gedrag 24

5.2.9 Nameting 24

6 Discussie 25

7 Besluit 30

8 Referenties 31

9 Bijlagen 34

9.1 Bijlage 1 : Visgraatanalyse 34

9.2 Bijlage 2: Informed consent en vragenlijst 1 35

9.3 Bijlage 3: Informatiefolder Nederlandse versie 39
9.4 Bijlage 4: Informatiefolder Franse versie 41
9.5 Bijlage 5: Informatiefolder Arabische versie 43
9.6 Bijlage 6: Informatiefolder Turkse versie 45
9.7 Bijlage 7: Informatiefolder Engelse versie 47
9.8 Bijlage 8: Mondelinge informatie 50
9.9 Bijlage 9: Vragenlijst 2 51
9.10 Bijlage 10: Tabellen correlatie tussen patiëntkenmerken en de voorkennis en gedrag 52

3 Inleiding

Elk jaar krijgen 700 vrouwen in België de diagnose invasieve baarmoederhalskanker en sterven er meer dan 100 vrouwen door deze aandoening. Nochtans kan screening d.m.v. uitstrijkjes, gevolgd door adequate opvolging van de gevonden afwijkingen, de morbiditeit en mortaliteit door cervixkanker verminderen. Goed georganiseerde screening elke 3 tot 5 jaar bij vrouwen van 30 tot 60 jaar met het conventioneel PAP-uitstrijkje reduceert de incidentie van baarmoederhalskanker met 80% of meer.[1]

De participatiegraad in België bedraagt echter slechts 59%. Concreet betekent dit dat er in België 1,1 miljoen vrouwen uit de doelgroep niet of niet recent gescreend zijn. Domus Medica constateerde dat het aandeel van de huisartsen afneemt. Nochtans heeft de huisarts een unieke bijdrage in het sensibiliseren van de doelgroep, aangezien de meeste van die vrouwen om andere redenen bij hen langskomen.[2]

De bepalende factoren voor deelname aan screening voor baarmoederhalskanker bestaan uit socio-demografische factoren (leeftijd, etniciteit, huwelijksstatus en leven op het platteland), socio-economische factoren (inkomen en onderwijsniveau) alsook kenmerken van de gezondheidswerkers en de organisatie van de gezondheidszorg. De kennis over HPV en baarmoederhalskanker bij de vrouw is laag. Vrouwen vragen naar meer informatie: deze wordt vaak niet voldoende gegeven.[1]

Domus Medica geeft aan dat een oproepbrief de participatiegraad kan verhogen.[2] Een vorige manama toonde aan dat een oproepbrief effectief was om de participatiegraad van baarmoederhalskankerscreening te verhogen. Er werd echter opgemerkt dat deze oproepbrief minder effect had op allochtone patiënten. Ook werd erin aangegeven dat het belangrijk was verder inzicht te verwerven over de redenen van niet-participatie.[3]

Als vrouwelijke arts werd ik reeds snel geconfronteerd met patiëntes met gynaecologische problemen. Ook wendden er zich enkele vrouwen voor hun uitstrijkje tot mij. Wat me hierbij opviel, was dat vrouwen die zich niet spontaan aanmelden voor screening, uit de boot vielen in onze praktijk. Eens vrouwen zich éénmaal hadden aangemeld voor screening is er een goede follow-up voorzien aan de hand van een kattenbelletje in het medisch dossier. In mijn opleidingspraktijk wordt er een screeninginterval van 3 jaar gebruikt bij een normaal resultaat. Het screeningsinterval wordt bij afwijkingen aangepast volgens de richtlijnen van Domus Medica.[2]

Om de verschillende actoren in kaart te brengen werd er een visgraatanalyse uitgevoerd (bijlage 1).

Uit deze analyse blijkt er niet zo zeer een probleem van middelen te zijn. Er is een kattenbelletje in het medisch dossier aanwezig. Tevens is het screeningsmateriaal voorhanden. Er is echter geen goede folder over baarmoederhalskanker aanwezig in de praktijk.

In de praktijk worden de patiënten niet actief opgeroepen. Tijdens een consultatie om een andere reden, denkt de huisarts er niet steeds aan. Soms vindt de arts en/of patiënte het geen geschikt moment en wordt er nagelaten een duidelijke afspraak te maken voor een PAP-consult.

Wanneer we de organisatie bekijken, valt ons op dat er zelden resultaten doorkomen van uitstrijkjes, afgenomen door de gynaecoloog. Ook wordt er opgemerkt dat wanneer het open spreekuur is en er een volle wachtzaal is, men niet altijd tijd heeft om ook nog een uitstrijkje af te nemen. Ook hier wordt er dan geen duidelijke afspraak voor PAP-consult gemaakt.

Als externe oorzaken ziet men de redenen van de patiënt om geen uitstrijkje te laten doen. Sommige hiervan zijn beïnvloedbaar zoals het gebrek aan kennis. Anderen, zoals etniciteit, zijn niet beïnvloedbaar.

Deze visgraatanalyse leidde tot volgende vraagstelling:

1. Welke factoren hebben een invloed op het niet deelnemen aan de screening?
2. Verhoogt de participatiegraad door het actief aanspreken en het geven van informatie aan patiënten?

Het doel van deze thesis is om hypothesen te vormen die later kunnen gebruikt worden in verder onderzoek.

4 Methode

4.1 Literatuuronderzoek

Volgende onderzoeksvragen werden weerhouden:

1. Welke factoren hebben een invloed op het niet deelnemen aan de screening?
2. Verhoogt de participatiegraad door het actief aanspreken en het geven van informatie aan patiënten?

De eerste stap in het literatuuronderzoek was het doornemen van de richtlijnen. Hierbij weerhield ik de richtlijnen van Domus Medica, NHG en KCE. Andere buitenlandse richtlijnen werden niet weerhouden.

The Cochrane Library leverde 12 zoekresultaten op. Er werd 1 relevant artikel behouden.

Met een systematische literatuursearch via de websites van Cebam en Pubmed ben ik op zoek gegaan naar meer bruikbare artikels. Volgende zoektermen werden gecombineerd ingegeven: 'cervical cancer screening', 'PAP smear', 'Migrants', 'attitudes and beliefs', 'barriers', 'brochure' en 'invitation'.

Enkel Engelse en Nederlandstalige teksten vanaf 2008 die gratis konden gedownload worden via de biomedische bibliotheek van Ugent en/of www.cebam.be werden bekeken. Alle artikels die handelen over de PAP-test werden weerhouden: andere onderzoeksmethoden werden geëxcludeerd. Artikels over algemene screening of screening van meerdere kankers werden niet opgenomen. Teksten die zich specifiek focussen op het HPV-vaccin werden niet opgenomen in deze literatuurstudie. Ook werd er niet geconcentreerd op bepaalde subgroepen, die niet gerelateerd zijn aan de nationaliteit, zoals o.a. lesbiennes, HIV-patiënten… Enkel artikels over vrouwen werden geïncludeerd. Artikels over follow-up na een abnormaal uitstrijkje werden ook niet verder doorgenomen.

Ten slotte heb ik nog relevante artikels gevonden via de referenties en voetnoten van de andere geselecteerde artikels.

De laatste zoektocht dateert van 10/1/2014.

4.2 Studie-design

4.2.1 De nulmeting

Om zicht te krijgen op de huidige situatie in de praktijk, voerden we, voor de start van het onderzoek (dag 0), een retrospectieve analyse uit. Het aantal vrouwen tussen 25 en 64 jaar evenals het aantal vrouwen in deze doelgroep die een uitstrijkje liet uitvoeren in de 3 jaar voorafgaand aan de startdatum, werden verkregen via het computerprogramma Medigest. Met deze gegevens werd het participatiepercentage berekend.

4.2.2 Prospectief observationeel onderzoek

Oorspronkelijk werd er geopteerd om gedurende 3 maanden (dag 1 t.e.m. dag 92) aan alle vrouwen die langskwamen op de praktijk, te vragen of ze willen deelnemen aan een enquête rond baarmoederhalskanker. Dit gebeurde aan de hand van een anonieme vragenlijst, voorafgegaan door een informed consentformulier. Beide documenten werden voor verwerking van elkaar gescheiden. Er werd gestart op 13 mei 2013.

Er werd gestreefd naar het afnemen van 256 enquêtes. Dit aantal werd bepaald aan de hand van de berekening in de paragraaf 'verantwoording van grootte van de studiepopulatie'. Dit aantal bleek

absoluut niet bereikt na 92 dagen, dus werd er geopteerd nog enige tijd verder te gaan. Uiteindelijk werd er 3 september (dag 115) gestopt met de enquêtes, omdat anders de nameting in het gedrang kwam.

De vragenlijst (bijlage 2) peilde naar de kennis over baarmoederhalskanker en de datum van het laatste uitstrijkje. Vrouwen die een uitstrijkje lieten uitvoeren, werden gevraagd of dit bij de huisarts of gynaecoloog gebeurde. Bij vrouwen die nog geen uitstrijkje lieten afnemen, werd er gepeild naar mogelijke redenen waarom ze het niet lieten doen. Tevens werden er enkele epidemiologische en relevante gynaecologische gegevens verzameld, om later mogelijke correlaties na te gaan. Aangezien het om een multiculturele patiëntenpopulatie gaat, werd er ook naar de etniciteit gepeild.

4.2.2.1 Verantwoording van grootte van studiepopulatie

Het aantal vrouwen van 25 tot 64 jaar in onze praktijk met term “beheer GMD” bedraagt 2401. Hierbij zitten echter veel vrouwen die ooit wel een GMD in onze praktijk gehad hebben, maar reeds enige tijd niet meer onze praktijk langskomen of overleden zijn. Er wordt dus besloten dat dit niet de reëel actieve doelgroep is.

We besluiten ons te focussen op de vrouwen met GMD die de laatste 3 jaar in onze praktijk geweest zijn. Dit aantal bedraagt 769. De termijn van 3 jaar wordt genomen, omdat in onze doelgroep ook gecontroleerd zal worden, wie de afgelopen 3 jaar een uitstrijkje genomen heeft.

Er wordt een powerberekening uitgevoerd via http://www.macorr.com/sample-size-calculator.htm. Volgende parameters worden ingevoerd: een populatiegrootte van 769, een betrouwbaarheidsinterval van 95% en betrouwbaarheidsniveau van 5%. De na te streven studiepopulatie bevat 256 personen.

Om de realiseerbaarheid hiervan na te kijken, wordt er op 11 april 2013 gekeken hoeveel doelgroeppatiënten (vrouw tussen 25 en 64 jaar met GMD) er de laatste 2 maanden op consult geweest zijn: dit aantal bedraagt 257 patiënten. Hier zitten de vrouwen uit de doelgroep nog niet verrekend die een familielid of kennis vergezelden op diens consultatie. Omdat niet iedereen bereid zal zijn een enquête in te vullen, lijkt 2 maanden te kort. Er wordt besloten enquêtes af te nemen gedurende 3 maanden.

4.2.3 Interventie

Na het invullen van de enquête werd er een folder afgegeven. Hiervoor selecteerden we de folder “baarmoederhalskanker voorkomen en ontdekken” van de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK). De folder is beschikbaar in het Nederlands, Frans, Arabisch en Turks (bijlage 3 t.e.m. 6). Een Engelse versie werd zelf gemaakt. Dit werd door tien mensen nagelezen om er verschillen in inhoud tussen de Nederlandstalige en nieuwe versie uit te halen (bijlage 7).

Aan elke derde persoon werd ook mondelinge informatie gegeven. Bij het afdrukken van de enquêtes werd op elk derde formulier een kruis aangebracht zodat de arts bij het uitdelen ervan, wist dat deze patiënt ook mondelinge informatie dient te krijgen. Omdat elke patiënt dezelfde mondelinge informatie zou krijgen, werd vooraf bepaald welke informatie er zal meegedeeld worden (bijlage 8).

Om leesbaarheid en duidelijkheid van de informatie (schriftelijk en mondeling) na te gaan, werden de patiënten gevraagd om na het lezen van de folder in de wachtzaal, kort zes vraagjes over de inhoud van de folder te beantwoorden (bijlage 9). Deze tweede vragenlijst werd gedeponeerd in een doos in de wachtzaal.

Na afloop van de enquêtes werd nog eens gecontroleerd of alle informed consents gescheiden zijn van de vragenlijst. Indien nodig, werden ze alsnog gescheiden. Vervolgens werd er bij de deelnemers op basis van de informed consents in het medisch dossier een label “deelname aan enquête” toegevoegd. Bij de patiënten die tevens mondelinge informatie kregen, werd ook de term “mondelinge informatie gekregen” aangebracht. Dit om later te controleren of er procentueel meer mensen die mondelinge informatie kregen, deelgenomen hebben aan de screening.

Nadien werden alle vragenlijsten geanalyseerd. Elke antwoordcategorie kreeg een antwoordnummer toegediend en ingevoerd in een Excelbestand. Aantallen, gemiddelden en percentages werd berekend.

4.2.4 Nameting

6 maanden na afloop van de enquêtes werd er een hercontrole van het participatiepercentage gedaan via het medische programma Medigest. Dit gebeurde op dezelfde methode dan de voormeting.

Tevens werd er gecontroleerd hoeveel vrouwen met het label “deelname aan de enquête” en “mondelinge informatie gekregen” zich hebben laten screenen.

5 Resultaten

5.1 Resultaten literatuuronderzoek

5.1.1 Welke factoren hebben een invloed op het niet deelnemen aan de baarmoederhalskankerscreening?

In de literatuur wordt er veel aandacht besteed aan de invloed van socio-demografische kenmerken op de deelname aan het screeningsonderzoek voor baarmoederhalskanker.

Leeftijd speelt in verschillende studies een rol. KCE citeert een registratiestudie in Antwerpen die aangeeft dat slechts 40% van de 55-64 jarigen zich laat screenen. In de leeftijdscategorie 25-44 jaar is dit percentage duidelijk hoger, nl. 54%.[1] Ook Domus medica bevestigt dat postmenopauzale vrouwen vaker uit de boot vallen.[2] Het Nederlands huisartsgenootschap geeft dan weer aan dat de opkomst bij vrouwen onder de 40 lager is.[4] Er hadden meer vrouwen boven de 35 jaar een uitstrijkje laten nemen volgens een studie in Turkije met 1035 vrouwen.[5] Een RCT bij Amerikanen van Vietnamese oorsprong vond dat vrouwen tussen 17 en 40 jaar minder geneigd waren om een Paptest te laten doen.[6] De studie in Bulgarije en Roemenië concludeert dat jonge vrouwen minder een uitstrijkje laten nemen.[7]

Over het opleidingsniveau bestaat er meer concensus: zowel de grote richtlijnen [2, 4], de Cochrane review [8] als enkele studies [6, 7, 9-13] bevestigen dat de lager opleidingsgraad een negatieve invloed heeft op de screeningsdeelname. Slechts 1 studie kon deze associatie niet aantonen.[5] In deze Turkse studiepopulatie kon men enkel de relatie tussen het educatieniveau en het zich bewust zijn van baarmoederhalskanker aantonen. Er werd geen correlatie vastgesteld tussen de opleidingsgraad en het effectief gebruik van het uitstrijkje.

Een WHO rapport over India geeft aan dat meer getrouwde vrouwen een uitstrijkje laten doen.[14] Ook in Turkije werd een associatie vastgesteld tussen getrouwd zijn en deelname aan de screening.[5] De verklaring van de auteurs was dat getrouwde vrouwen regelmatig seksueel contact hebben en daarom vatbaarder zijn voor gynaecologische klachten en hiervoor frequenter een ziekenhuis bezoeken. Ma G.X. et al. opperen dat het stigma rond seks buiten het huwelijk in de Vietnamese cultuur, ongetrouwde vrouwen ervan weerhoudt om een uitstrijkje te laten uitvoeren.[6] Ook onder een Amerikaanse studiepopulatie van Chinese afkomst werd geconcludeerd dat ongetrouwde vrouwen minder goed scoren op de afname van uitstrijkjes.[11]

NHG stelt dat er lage opkomst is in stedelijke gebieden.[4] Deze stelling werd in geen enkel ander weerhouden artikel getoetst.

Meer algemeen wordt gesteld dat een lage socio-economische status gecorreleerd is aan niet-deelname aan baarmoederhalskanker.[1, 4] Een studie onder inwoners van Australië afkomstig uit het Midden-Oosten en Azië stelt dat de participatiegraad laag is bij een lage socio-economische stand.[15] Bij een studie met Koreaanse vrouwen bleek de socio-economische status de grootste barrière te zijn. In deze nogal algemene term werden leeftijd, inkomen en educatie opgenomen.[12]

De kostprijs blijkt ook een belangrijke belemmering te zijn voor deelname aan de screening voor baarmoederhalskanker. The Cochrane Library vermeldt dat dit een van de belangrijkste negatieve voorspeller voor deelname is.[8] In een studie bij Amerikanen van Vietnamese origine gelooft 56,8% dat de paptest teveel geld kost.[6] In Bulgarije en Roemenië schatten de niet-gescreende vrouwen de kosten hoger dan de vrouwen die zich wel laten screenen. Ook in Botswana[16] en Kenya[17] blijken financiële beperkingen een negatieve rol te spelen in de participatie. De vrouwen in Kenya maken

zich vooral zorgen in de kosten van een behandeling indien er kanker ontdekt wordt. Bij Amerikaanse vrouwen van Aziatische oorsprong wordt de deelname ook verhinderd door de kostprijs.[18]

Rogers et al. rapporteert dat een gebrek aan ziektekostenverzekering en de kost van de zorg een grote barrière is voor cervixkankerscreening bij kwetsbare bevolkingsgroepen en minderheden.[19]

De Cochrane Library beweert dat behoren tot een etnische minderheid een negatieve voorspeller is voor deelname aan de baarmoederhalskankerscreening.[8] Domus Medica citeert een Nederlandse studie die aantoont dat de participatiegraad bij Nederlandse vrouwen het hoogst is, gevolgd door een iets lager percentage bij de Westerse vrouwen en een nog lager percentage bij de Marokkaanse vrouwen.[2] Ook het Nederlands Huisartsgenootschap registreert een lagere opkomst bij niet – westerse allochtone vrouwen.[4]

Acculturatie wordt ook vaak aangehaald. Deze term wordt gedefinieerd als het overnemen van de cultuur van hun nieuwe thuisland. Het bevat verschillende elementen zoals de kennis van de taal en het gezondheidssysteem, de culturele waarden. Een studie bij Koreaanse Amerikaanse immigranten ziet een verband tussen een lage acculturatie en een lage participatie aan de paptest. Hierbij komen vooral de gebrekkige kennis en culturele barrières zoals schaamte naar voren.[20] Een studie bij Latino's bevestigt eveneens dat bij hoge acculturatie er meer vrouwen zich laten screenen tegenover vrouwen met een lage acculturatie.[21] Een interviewstudie bij vroedvrouwen in Spanje besluit dat de immigratiestatus een belangrijke barrière vormt voor participatie.[22] De vroedvrouwen geven volgende redenen aan: de lage socio-economische status van de immigrant, geen ziekteverzekering en een beperkte kennis van het lokaal gezondheidssysteem. Bij Amerikanen van Chinese oorsprong vond men dat de gebrekkige taalvaardigheid van het Engels negatief geassocieerd was met participatie aan baarmoederhalskankerscreening.[11] Rogers et al. wijt de lagere participatiegraad van etnische minderheden aan een combinatie van culturele, socio-economische en structurele problemen. Cultureel halen ze aan dat een gebrekkige kennis van het Engels de informatieoverdracht over het belang van cervixscreening bemoeilijkt.[19] De taalbarrière wordt eveneens bij Amerikaanse vrouwen van Chinese vrouwen en vrouwen met een Hmong oorsprong aangehaald.[9, 23] Bij deze laatste groep wordt aangegeven dat ze een gebrek hebben aan de specifieke terminologie om te kunnen discussiëren rond cervixkanker en de screening. Ook pijnlijke ervaringen door hun gebrekkige taalkennis houdt hen tegen.

Ook de verblijfsduur in het land blijkt een rol te spelen. Amerikaanse vrouwen van Vietnamese oorsprong die minder dan 10 jaar in de USA wonen, waren minder geneigd een uitstrijkje te laten nemen dan vrouwen die reeds langer in de USA wonen.[6] Ook de leeftijd bij immigratie speelt een rol. Vrouwen met een hogere leeftijd bij immigratie laten minder een uitstrijkje uitvoeren dan jonge vrouwen.[9, 24]

Domus medica rapporteert een gebrekkige kennis bij vrouwen. Vrouwen voelen zich slecht geïnformeerd over HPV en weten slechts weinig over de risicofactoren van cervixkanker.[2] Deze gebrekkige kennis is een reden voor niet-participatie.[25-27] Bij vrouwen van Aziatische oorsprong werd er eveneens een beperkte kennis van baarmoederhalskanker en het uitstrijkje vastgesteld.[9, 15, 20, 28, 29] Men stelt eveneens veel misvattingen over de etiologie van baarmoederhalskanker, preventie en vroegdetectie vast.[18, 20] Bij vrouwen die behoren tot de hoog-risicogroep registreert men eveneens een significant gebrek aan kennis en bewustzijn van cervixkanker.[30] Tot de gebrekkige kennis behoort ook het zichzelf onterecht als niet at risk beschouwen voor baarmoederhalskanker.[2, 15, 31] Een studie over Chinese vrouwen besluit dat de meeste vrouwen hun risico lager inschatten dan het gemiddelde.[32] Ook Amerikaanse vrouwen van Aziatische oorsprong rekenen zichzelf als laag risico en duiden dit aan als voornaamste reden om geen uitstrijkje laten afnemen.[18] 75,7% van Turkse

getrouwde vrouwen vindt geen risico te lopen op cervixkanker.[33] In Botswana en Roemenië schatten vrouwen hun eigen risico ook niet hoog in en zien hierdoor slechts weinig voordelen door screening.[7,16] Ook het niet hebben van symptomen wordt onterecht aangekaart als om niet te moeten deelnemen aan baarmoederhalsscreening.[31, 34, 35]

Een andere reden om niet deel te nemen aan de screening is angst.[13, 27] Het betreft zowel angst voor een pijnlijke procedure als angst voor het hebben van kanker en de daaraan gekoppelde fatalistische houding.[2, 5, 8, 39] De fatalistische houding rond kanker werd zowel in de Latino-, Aziatische als Afrikaanse cultuur teruggevonden.[15, 24, 36-38] Een studie in Peru rapporteerde beide factoren en vrouwen opperden dat de angst voor de test zelf gebaseerd was op horrorverhalen van andermans pijnlijke ervaringen.[35] Ook persoonlijke vroegere negatieve ervaringen van het uitstrijkje zijn een reden om niet meer deel te nemen.[2, 39-40] Schaamte werd eveneens aangeduid als belangrijke negatieve voorspeller zijn voor screeningsparticipatie [23, 25, 31, 42, 43]

De meeste bronnen vermeldden het hebben van een mannelijke arts als belangrijke barrière voor deelname aan het uitstrijkje.[2, 25, 40, 42, 44, 45] Een focusgroepstudie in Peru geeft een iets meer genuanceerde versie. Zij geven aan dat enkele vrouwen een vrouwelijke arts verkozen voor de screening, maar dat het voor de meeste vrouwen het geslacht van de hulpverlener geen verschil maakt.[35]

Geen vaste hulpverlener hebben is negatief geassocieerd met de afname van het uitstrijkje.[16,31,46] Chinese vrouwen die reeds een uitstrijkje lieten nemen, consulteerden vaker een arts en zagen deze consultaties als een belangrijk actie voor hun gezondheid.[29] Amerikaanse vrouwen van Chinese oorsprong gaven aan dat het hebben van een vaste gezondheidswerker en het krijgen van een doktersaanbeveling voor een uitstrijkje goede voorspellers zijn voor participatie.[9] Het actief niet aanbevelen van de cervixkankerscreening door een arts is één van de frequentste barrières bij etnische minderheden.[25] KCE rapporteerde minder deelnames indien er geen aanbeveling door de arts was. Zij stellen ook dat opportunistische screening minder effectief is dan screening georganiseerd door de overheid, omdat enkel de happy few aangesproken worden.[1] 84.8% van de Thaïse vrouwen zeggen dat een advies door een arts deelname aan screening in de toekomst meer waarschijnlijk zou maken.[47]

Gebrek aan tijd en onmogelijke afspraaktijden wordt ook vaak opgegeven als belemmering voor screening.[5, 39] Waller et al. rapporteren dat vrouwen het moeilijk hebben om een afspraak te maken die past in hun andere verplichtingen en met hun menstruatie.[31] Chinese vrouwen die in Australië verblijven en Braziliaanse vrouwen, nemen vaak niet deel aan de screening wegens geen kinderopvang of transportproblemen.[10, 38] 55.1% van Vietnamese Amerikanen gelooft dat het uitstrijkje teveel tijd in beslag neemt.[6] Vrouwen van Hmong origine geven aan te weinig tijd te hebben voor zelfzorg waardoor preventie achterwege blijft.[23]

5.1.2 Verhoogt de participatiegraad door het actief aanspreken en het geven van informatie aan patiënten?

Zoals reeds eerder besproken in dit werk, zijn gebrek aan kennis en het niet krijgen van een aanbeveling door een arts, redenen om niet deel te nemen aan baarmoederhalskankerscreening. Op basis van deze gegevens werd de hypothese geformuleerd dat het actief aanspreken en het geven van informatie de participatiegraad verhoogt.

Domus Medica geeft aan dat het de taak van de huisarts is om niet-gescreende vrouwen te informeren en een uitstrijkje aan te bieden.[2] De Wereldgezondheidsorganisatie stelt dat gezondheidspromotie, incl. educatie en raadgeving, moet deel uitmaken van alle baarmoederhalskankerprogramma's.[48] Men stelt eveneens dat de educatie dient aangepast te worden aan de cultuur van het land en aan de persoon die de informatie krijgt.[38.46,48] Er werd ook aangetoond dat een informatiebrochure in eigen taal de participatie verhoogt. [39]

De Cochrane Review besluit dat uitnodiging en educatie de twee meest effectieve methodes zijn. Ze stellen echter vast dat er een grote heterogeniteit is tussen de studies, waardoor de waarde van evidentie beperkt is. Uitnodigingen door middel van telefoon of brief blijken significant te zijn. Eén studie handelde over face-to-face verzoek. Er kon geen significant verschil aangetoond worden. Hierbij dient wel vermeld te worden dat slechts 4 vrouwen van de ganse studiepopulatie (121 vrouwen) zich liet screenen. Rond educatie in welke vorm dan ook (brochures, (uitgebreide) studiesessies, massa media, …) kan onvoldoende evidentie in de vorm van statische significantie aangetoond worden, maar er heerst een wereldwijde consensus dat dit toch een positieve invloed heeft op de screeningsgraad. Een uitnodiging door een huisarts zou meer effect hebben dan door een overkoepelende organisatie. Een persoonlijke uitnodiging via telefoon zou meer effect hebben dan een brief.[8] KCE meent ook dat een persoonlijke aanpak met educatie de participatie verhoogt.[1]

5.2 Resultaten studie

Ondanks het verlengen van de enquêteduur van 92 dagen naar 115 dagen werd het streefaantal van 256 vrouwen niet gehaald. Tijdens de periode van de afname van enquêtes kwamen er 237 vrouwen langs uit de doelgroep. Zij werden gevraagd om de enquête in te vullen.

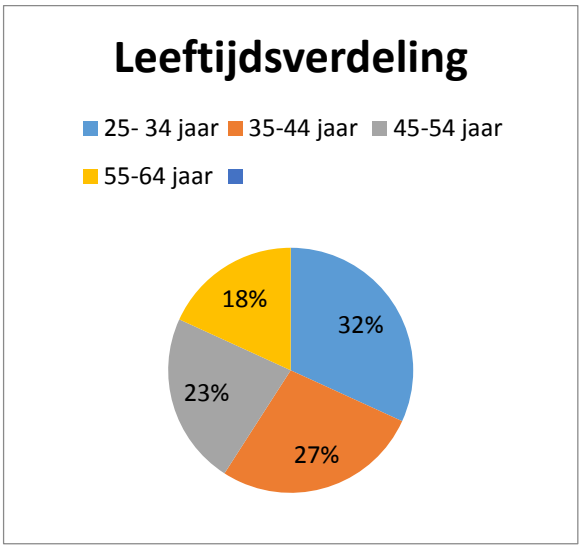
Uiteindelijk vulde er 154 vrouwen de enquête volledig in. 23 vrouwen vulden deel 1 in, maar brachten deel 2 niet binnen. Deze 23 deels ingevulde enquêtes werden niet meegenomen voor de analyse. Hierdoor werd een responsrate (volledig ingevulde enquêtes) van 64,9% bereikt. Uiteindelijk werd er 20 % van geselecteerde populatie bereikt.

5.2.1 Voormeting

Er behoorden 769 vrouwen tot onze doelgroep. Hiervan werd er van 104 vrouwen een uitstrijkje uitgevoerd. Dit betekent dat slechts 13,52% van de totale populatie een uitstrijkje door de huisarts liet uitvoeren.

5.2.2 Beschrijving van de onderzoekspopulatie

Alle leeftijdscategorieën waren vertegenwoordigd in de studiepopulatie.

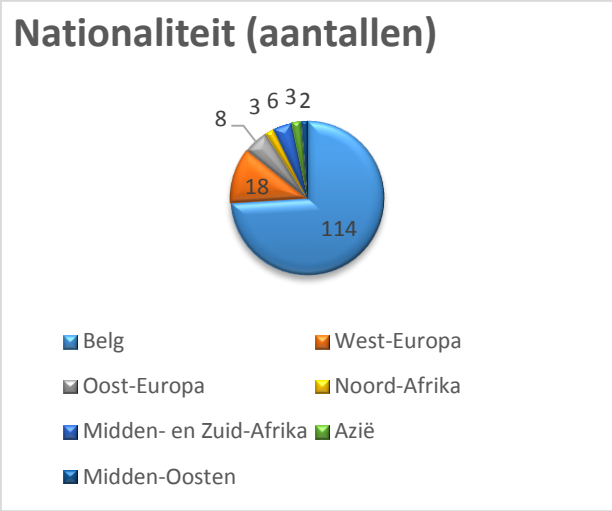


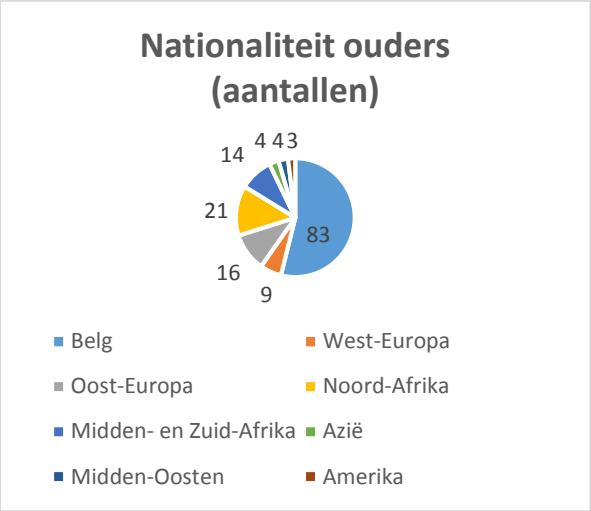
63 vrouwen gaven aan gehuwd te zijn. 41 vrouwen hebben een vaste relatie. 48 vrouwen waren alleenstaand. Slechts 1 vrouw was weduwe. 1 vrouw gaf geen antwoord op deze vraag.

De grootste groep vrouwen behaalde hun diploma middelbaar onderwijs (74 vrouwen). 10 vrouwen gaven aan geen diploma te hebben. 17 vrouwen bezitten een diploma lager onderwijs als hoogst behaalde diploma. 38 vrouwen behaalden hun hoogste diploma op de hoge school, nog eens 14 andere aan de universiteit. 1 vrouw liet deze vraag onbeantwoord.

97 vrouwen zijn actief op de arbeidsmarkt. 1 vrouw studeert nog. Er zijn 19 huisvrouwen in de studiegroep en 29 vrouwen leven van een uitkering. 8 vrouwen opteerden voor de antwoordmogelijkheid “andere”. In deze categorie werden volgende beroepen aangegeven: 1 maal poetsvrouw, 2 maal leerkracht, 5 maal gepensioneerde.

In de studiepopulatie waren er 22 nationaliteiten vertegenwoordigd. 114 vrouwen gaven aan Belg te zijn. De immigrantengroep werd onderverdeeld in 6 grote groepen, namelijk West-Europa, Oost-Europa, Noord-Afrika, Midden- en Zuid-Afrika, Azië en het Midden-Oosten. Ook de nationaliteit van moeder en/of vader werd onderverdeeld in dezelfde grote groepen.





127 vrouwen geven aan dagelijks Nederlands te spreken. De dagelijkse spreektaal van 5 vrouwen is Frans. Engels wordt 9 maal als dagelijkse spreektaal aangegeven. 6 vrouwen spreken dagelijks Arabisch. 7 vrouwen gebruiken een andere taal om te communiceren.

De moedertaal van 93 vrouwen was Nederlands. 2 vrouwen gaven aan dat dit Frans was. 4 keer werd Engels als moedertaal aangevinkt. 18 moeders spraken Arabisch en 1 Turks. 33 keer werd een andere taal aangeduid.

Meer dan de helft van de vrouwen bevestigen levenslang in België te verblijven (87 vrouwen). 13 vrouwen wonen reeds meer dan 20 jaar in België. 23 vrouwen verblijven reeds tussen de 10 en 20 jaar in België. 21 vrouwen wonen hier tussen de 5 à 10 jaar. 10 vrouwen zijn hier recent komen wonen (< 5 jaar).

76,7 % van de vrouwen komt jaarlijks 3 keer of meer langs bij de huisarts. 14,9% heeft 2 keer per jaar contact met hun huisarts. 7,8% consulteert de huisarts 1 keer per jaar. 1 vrouw beantwoordde deze vraag niet.

31 vrouwen geven aan nog nooit naar een gynaecoloog geweest te zijn. 30 vrouwen gingen alleen naar de gynaecoloog bij een zwangerschap en bevalling. 44 vrouwen daarentegen gingen er om de 2 jaar langs. 36 vrouwen tekenden een jaarlijks bezoek op in hun agenda. 13 vrouwen gaven aan meerdere malen per jaar de gynaecoloog te consulteren.

7 vrouwen zijn zwanger.

Slechts 5 vrouwen werden gevaccineerd voor het HPV-virus. Hiervan werden er 3 door de huisarts gevaccineerd, 1 op school en 1 door de gynaecoloog. Alle anderen werden niet gevaccineerd.

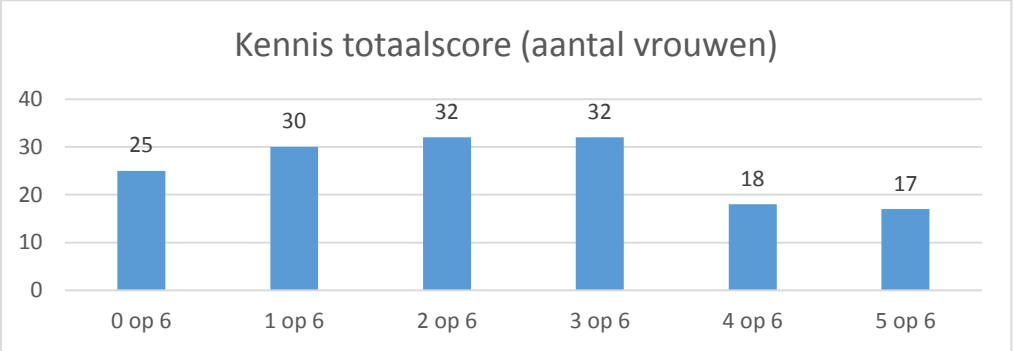
22 vrouwen lieten een hysterectomie uitvoeren. Bij 131 vrouwen is de baarmoeder nog afwezig. 1 vrouw gaf geen antwoord op deze vraag.

Tweederde van de vrouwen gaf aan seksueel actief te zijn. 18 percent van de vrouwen verklaarde niet seksueel actief te zijn. 14,9 % gaf aan ooit seksueel actief te zijn, maar op dit moment geen actief seksleven te hebben.

Bij 128 vrouwen werden er nooit afwijkingen aan de baarmoederhals vastgesteld. 24 vrouwen hadden reeds een positief resultaat gehad tijdens de screening. 2 vrouwen lieten deze vraag blanco.

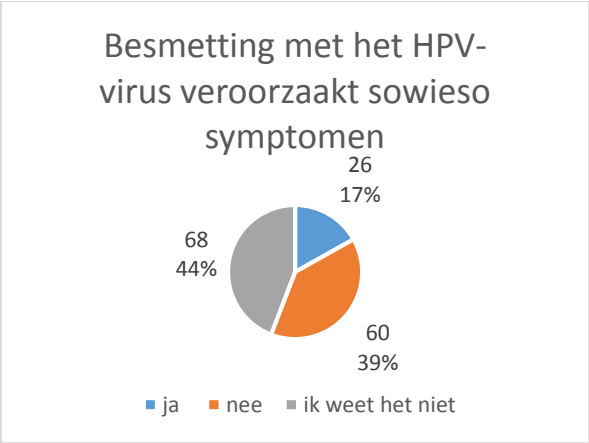
5.2.3 Kennis van baarmoederhalskanker

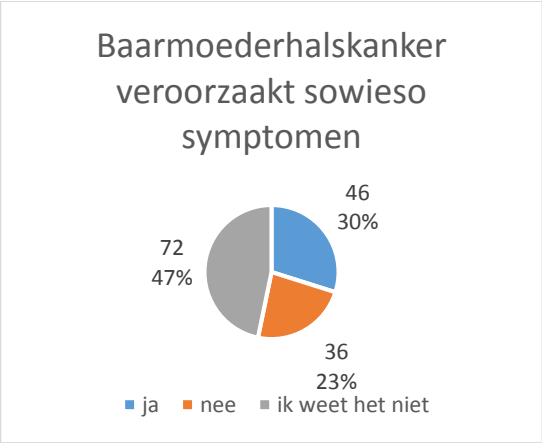
De voorkennis van de studiepopulatie is zwak. De gemiddelde score is 2,3/6.



Op de vraag hoeveel % van de bevolking dat in aanraking komt met HPV, weten slechts 29 vrouwen het juiste antwoord, namelijk 80%. 3 vrouwen overschatten het percentage. De overgrote meerderheid vinkt een waarde lager dan 80% aan. 18 vrouwen denken dat slechts 1 tot 5 % met het HPV-virus in aanraking komt. Liefst 61 vrouwen denken dat 20% het juiste antwoord is en 42 vrouwen geloven dat de helft van de bevolking met het HPV-virus in contact komt.

Men vertoont niet steeds symptomen wanneer men besmet raakt met het HPV-virus, evenmin wanneer het virus uiteindelijk baarmoederhalskanker veroorzaakt. Slechts een beperkt percentage vrouwen weet het juiste antwoord. Bijna de helft geeft aan dat ze het antwoord op deze vragen niet wisten.





109 vrouwen geloven dat het nemen van een uitstrijkje de sterfte door baarmoederhalskanker doet dalen en gaven dus het juiste antwoord. 15 vrouwen gaven het foute antwoord. 30 vrouwen onthielden zich.

68 vrouwen weten dat men na het HPV vaccin nog een uitstrijkje dient te nemen. 37 vrouwen denken dat het niet meer dient te gebeuren. 49 vrouwen geven toe het niet te weten.

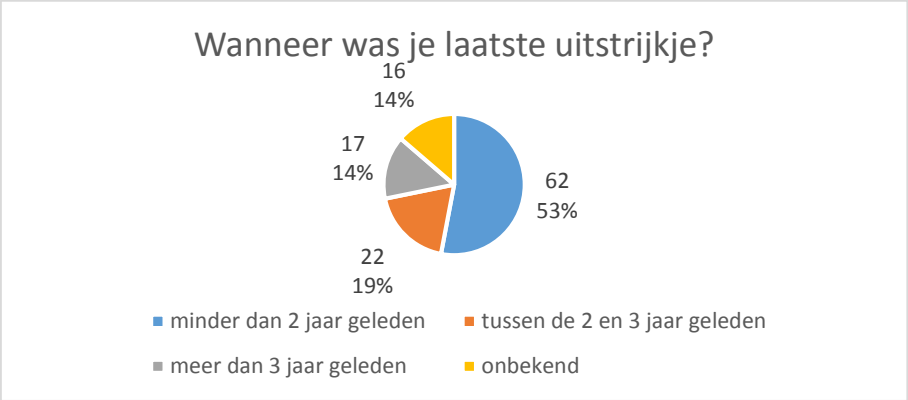
Bijna de helft van de vrouwen denkt dat een uitstrijkje jaarlijks moet genomen worden. Een derde weet dat dit slechts 1 maal per 3 jaar is. 14 vrouwen zouden dit zelfs 2 keer per jaar laten doen. 3 vrouwen denken dat het een uitstrijkje om de 5 jaar dient te gebeuren. 5 vrouwen zijn er van overtuigd dat een uitstrijkje enkel bij klachten dient te gebeuren en nog eens evenveel vrouwen veronderstellen dat een uitstrijkje nooit noodzakelijk is.

5.2.4 Screeningsgedrag

74% van de studiepopulatie liet ooit een uitstrijkje afnemen. 25,3 % van de vrouwen heeft nog nooit een uitstrijkje laten doen. 1 vrouw liet de vraag open.

Liefst 87,6% van de studiepopulatie wist dat de huisarts een uitstrijkje kon afnemen. Bij 41,9% gebeurde dit effectief door de huisarts en in 58,1% van de gevallen werd hiervoor de gynaecoloog geconsulteerd.

Er werd eveneens gepeild naar de redenen waarom men het uitstrijkje niet door de huisarts liet doen. 29 vrouwen waren gewoon hiervoor opgevolgd te worden door de gynaecoloog. 1 vrouw gaf aan dat het uitstrijkje in haar thuisland steeds door de gynaecoloog diende te gebeuren. 15 vrouwen gaven aan het niet te weten dat de huisarts het ook deed. 5 vrouwen vonden dat iedereen zijn stiel had en ze dus naar de gynaecoloog gingen voor een gynaecologisch onderzoek. 2 vrouwen werden doorgestuurd door de huisarts. 1 vrouw gaf aan dat ze een mannelijke huisarts had en hierdoor naar de gynaecoloog ging. Een andere vrouw rapporteerde dat ze een vertrouwensband had met haar huisarts en zich hierdoor moeilijk volledig bloot kon geven.



21 vrouwen laten het uitstrijkje een keer per 3 jaar of minder vaak doen. 11 vrouwen lieten het slechts eenmalig uitvoeren. Het merendeel laat zich overscreenen. 36 vrouwen doen het om de 2 jaar. 30 vrouwen laten zich om het jaar screenen. 4 vrouwen zelfs 2 keer per jaar. 2 vrouwen lieten deze vraag onbeantwoord.

In de peiling waarom vrouwen zich niet lieten screenen werden alle opties uit de vragenlijst (bijlage 2) minstens 1 maal aangekruist. 17 keer werd er gekozen voor "het werd me nooit voorgesteld". 12 vrouwen gaven aan geen tijd te hebben. 10 vrouwen hadden er nog nooit van gehoord. "Ik loop geen risico" en "ik heb geen symptomen, dus het is niet nodig" werden 6 maal aangevinkt. 4 vrouwen brachten aan nog maagd te zijn. De redenen "ik heb angst voor het resultaat", "ik heb angst voor pijn", "het is te duur" en "ik heb een slechte ervaring met mijn eerste/laatste uitstrijkje" werden 3 keer opgegeven door de ondervraagden. 2 vrouwen dachten dat er geen goede therapie was en wensten het dus niet te weten. 1 vrouw wenste geen uitstrijkje te laten doen door haar mannelijke arts. Een andere vrouw gaf aan post-menopauzaal te zijn en dacht dus geen uitstrijkje meer nodig te hebben.

14 vrouwen gaven "een andere reden" op. 3 vrouwen hadden er nooit bij stilgestaan. Iemand wist niet dat een uitstrijkje belangrijk was. 2 vrouwen dachten dat ze te jong waren voor screening. In het thuisland van een 29-jarige vrouw werd er pas gescreend vanaf 30 jaar. Eén vrouw gaf aan het slechts éénmalig te hebben gedaan omdat ze slechts 26 jaar was. Een andere vrouw liet tweejaarlijks een echo doen bij de gynaecoloog. 2 vrouwen gaven aan een hysterectomie te hebben ondergaan. Een patiënte wenste het in haar thuisland te laten doen, omdat ze beter kon communiceren in haar

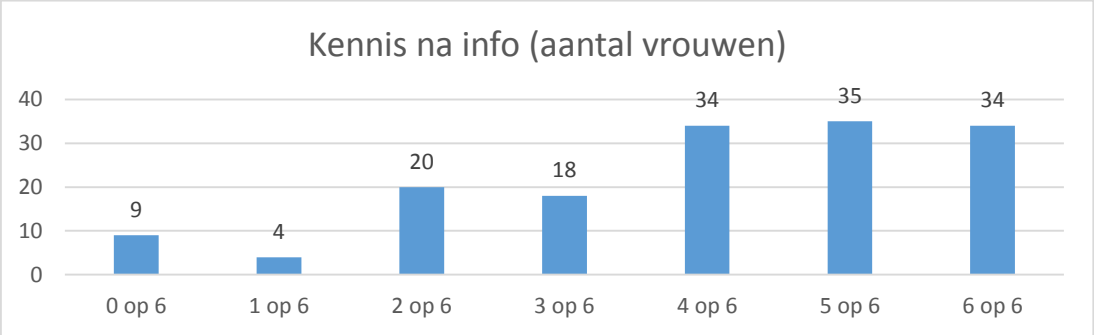
moedertaal. Twee vrouwen hadden seksueel misbruik in de voorgeschiedenis. Eentje wenste wel een uitstrijkje te laten doen, maar slaagde er maar niet in, eens een afspraak maken.

5.2.5 Invloed van de informatieverstrekking op de kennis van baarmoederhalskanker

Een derde van de vrouwen ontving mondelinge informatie en een brochure. Twee derde kreeg enkel de brochure als informatiebron.

De taalkeuze van de folder werd aan de patiënte overgelaten. 126 vrouwen kozen voor de Nederlandstalige folder. Slechts 5 vrouwen kozen voor de brochure in het Frans. 12 vrouwen lazen de informatie in het Engels. 11 vrouwen verkozen het Arabisch boven het Nederlands. De Turkse versie had bij geen enkele vrouw succes.

Na het verkrijgen van de informatie, was de gemiddelde totaalscore op de kennisvragen 3,9 op 6.



Wanneer men de individuele evolutie van de kennis voor en na de informatieverstrekking bekijkt, merkt men dat bij 14 vrouwen hun kennis achteruitgaat. 32 patiënten gaven hetzelfde aantal juiste antwoorden. Bij de overige 108 vrouwen ging de kennis er op vooruit.

74 vrouwen weten dat 80% van de bevolking ooit in aanraking komt met het HPV-virus. 71 vrouwen onderschatten het percentage. Na het doornemen van de brochure, denken 5 vrouwen dat iedereen met het virus in contact komt. 4 vrouwen lieten deze vraag open.

78,5 percent weet dat mensen die besmet zijn met het virus, niet steeds symptomen hebben. 10,4 % denkt dat men wel altijd symptomen heeft. 17 vrouwen gaven aan het niet te weten.

84 vrouwen zeggen dat baarmoederhalskanker niet altijd symptomen geeft. 51 vrouwen veronderstellen dat er steeds symptomen zijn bij baarmoederhalskanker. 19 vrouwen vinkten aan het niet te weten.

123 vrouwen weten dat het nemen van een uitstrijkje de sterfte doet dalen. 12 vrouwen denken dat dit niet het geval is en 19 vrouwen weten het niet.

42 vrouwen oordelen dat er geen uitstrijkje meer dient genomen te worden na vaccinatie voor het HPV-virus. 90 vrouwen hebben het bij het rechte eind. 21 vrouwen geven aan het niet te weten. 1 vrouw liet deze vraag blanco.

124 vrouwen denkt dat men zich om de 3 jaar moet laten screenen. 21 vrouwen denken dat een jaarlijkse screening de maatstaf is. 7 deelnemers denken dat men 2 maal per jaar een uitstrijkje dient te laten afnemen. 1 vrouw denkt dat dat dit alleen bij klachten dient te gebeuren. 1 vrouw denkt dat het nooit dient te gebeuren.

5.2.6 Correlatie tussen patiëntkenmerken en de voorkennis van baarmoederhalskanker en screeningsgedrag

Het doel van dit onderdeel is om hypothesen te vormen voor later onderzoek. De studiepopulatie is te klein om er echt statistisch harde bewijzen uit te trekken. Daarom werd er geopteerd geen statistische testen uit te voeren om significantie aan te tonen. Alleen de in het oog springende resultaten zullen hieronder besproken worden. Alle patiëntkenmerken werden vergeleken met alle antwoorden op de kennisvragen en het screeningsgedrag. Tevens wordt er steeds gekeken naar de invloed van de patiëntkenmerken op de totaalscore van de voorkennis.

5.2.6.1 Leeftijd

De jonge groep heeft de slechtste voorkennis met 1,7/6. De oudste groep scoort het best met 2,75/6. Deze trend is ook terug te vinden in alle kennisvragen afzonderlijk. (tabel 1, bijlage 10)

Wanneer we kijken naar het percentage vrouwen dat ooit een uitstrijkje liet afnemen, merken we dat er slechts 55,1% van de vrouwen in de leeftijdscategorie 25-34 jaar ooit een uitstrijkje lieten afnemen. Bij de oudste groep bedraagt dit percentage maar liefst 92,8%. (tabel 2, bijlage 10)

Men ziet een dalend percentage uitstrijkjes binnen de termijn van 3 jaar bij het ouder worden: 80,8% bij 25 t.e.m. 34-jarigen versus 59,3% bij 55-64-jarigen. (tabel 3 , bijlage 10)

Opvallend weinig vrouwen in de leeftijdscategorie 25-34 jaar weten dat een uitstrijkje door de huisarts kan afgenomen worden, namelijk 57,7%. In de andere leeftijdscategorieën vindt men een percentage boven de 80%. (tabel 4, bijlage 10)

5.2.6.2 Burgerlijke stand

Aangezien er slechts 1 weduwe in de studiepopulatie aanwezig was, werd deze weggelaten in de vergelijking. Alleen gehuwden, alleenstaanden en vrouwen met vaste relatie werden vergeleken.

Gehuwde vrouwen scoren gemiddeld 2,13 op 6. Vrouwen met een vaste relatie en alleenstaanden behaalden respectievelijk 2,51 en 2,40 op 6.

Tabel: Percentage van de bevolking dat in aanraking komt met HPV (aantal vrouwen per burgerlijke stand en (percentages))

	Gehuwd	**Vaste relatie**	**alleenstaand**
Onderschat	55 (87,30%)	30 (73,17%)	34 (72,34%)
80%	7 (11,11%)	10 (24,39%)	12 (25,53%)
Overschat	1 (1,59%)	1 (2,44%)	1 (2,13%)

Er blijkt een hoog percentage onderschattingen bij gehuwden (87,80%) te zijn in vergelijkingen met de overige categorieën.

Slechts 30,16% van de gehuwden denkt verkeerdelijk dat er steeds symptomen zijn bij baarmoederhalskanker. Bij vrouwen met vaste relatie of alleenstaanden is dit percentage meer dan verdubbeld.

Liefst 83,33% van de alleenstaanden lieten ooit een uitstrijkje afnemen. Dit percentage ligt beduidend hoger dan bij vrouwen met een vaste relatie en gehuwden, waar de percentages respectievelijk 65 en 73,02% zijn. (tabel 5, bijlage 10)

Bij deze alleenstaanden merkt men echter wel op dat slecht 58,54% een uitstrijkje liet uitvoeren binnen de periode van 3 jaar. Bij gehuwden was dit percentage 76,09% en bij vrouwen met een vaste relatie zelfs 89,29%.

Liefst 89,13% van de gehuwde vrouwen weet dat de huisarts een uitstrijkje afneemt, waarmee ze op nummer 1 staan. Wanneer we echter kijken naar hoeveel vrouwen er dan effectief een uitstrijkje door de huisarts laten uitvoeren, dan merken we ze het laagst score van alle categorieën, namelijk 30,43%. (tabel 6 en 7, bijlage 10)

5.2.6.3 Diploma

Tabel: gemiddelde totaalscore per scholingsgraad

Scholingsgraad	Totaalscore
Geen diploma middelbaar onderwijs	2,26/6
Diploma middelbaar onderwijs	2,11/6
Diploma hoger onderwijs	2,52/6

Hoe hoger de scholingsgraad hoe meer vrouwen zich laten screenen en hoe meer ze de screeningsfrequentie ook respecteren. Hierbij dient echter wel opgemerkt te worden dat er in de categorieën met lagere scholingsgraad er meer vrouwen aangaven de datum van hun laatste uitstrijkje niet te kennen, waardoor de screeningsfrequentie in deze groepen mogelijks vals verlaagd is. (tabel 8 en 9, bijlage 10)

5.2.6.4 Beroep

Aangezien er slechts 1 studente in de studiepopulatie aanwezig is, kan uit deze ene goede score geen conclusie trekken. Het scoreverschil tussen de actieve beroepsbevolking en de vrouwen die niet actief zijn in het beroepsleven is minimaal, namelijk respectievelijk 1,95 en 1,81 op 6.

Bij vrouwen die een job hebben zijn er meer vrouwen die ooit een uitstrijkje hebben laten afnemen. Ze respecteren ook beter de screeningsfrequentie. (tabel 10 en 11, bijlage 10)

Meer vrouwen zonder actief beroepsleven weten dat de huisarts een uitstrijkje afneemt. Ze laten het ook vaker door de huisarts doen in vergelijking met de werkende vrouwen. (bijlage 12 en 13, bijlage 10)

5.2.6.5 Nationaliteit

Hieronder wordt de invloed van de nationaliteit besproken op de kennis en gedrag van de vrouw. Er dient echter wel opgemerkt te worden dat de absolute aantallen per niet-Belgische nationaliteit niet groot zijn.

Wanneer we de gemiddelde totaalscore bekijken, valt op dat de Belgische populatie het best scoort met 2,58 op 6, gevolgd door Azië met 2,66, Noord- Afrika met 2,33 en het Midden-Oosten met 2 op 6. De gebieden “West-Europa”, “Oost-Europa” en “midden- en Zuid-Afrika” scoren opvallend slechter met 1,39 en 1 en 0,62 op 6. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er in deze laatste categorieën opvallend veel vrouwen 0 scoorden. (tabel 14, bijlage 10)

Slechts 41,18% van de West-Europese niet-Belgische vrouwen lieten ooit een uitstrijkje doen. Hoewel er slechts 2 vrouwen uit het Midden-Oosten deelnamen aan de enquête, lieten ze allebei minstens 1 uitstrijkje nemen. (tabel 15, bijlage 10)

Vrouwen afkomstig uit Azië en het Midden-Oosten respecteren allen het screeningsinterval. De middenmoot bestaat uit Midden- en Zuid-Afrika, Oost-Europa en België met respectievelijk 80%, 83,33% en 70,60%. In West-Europa houdt slechts 62,5% zich aan het screeningsinterval. Bij 50% van

de Noord-Afrikaanse populatie was het laatste uitstrijkje minder dan 3 jaar geleden. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het absolute aantal slechts 1 bedroeg. (tabel 16, bijlage 10)

Vrouwen met Oost-Europese, Noord-Afrikaanse en Aziatische nationaliteit lieten allen hun uitstrijkje afnemen door de huisarts. Bij de andere nationaliteiten wordt de uitvoering van de uitstrijkjes verdeeld onder huisarts en gynaecoloog. (tabel 17, bijlage 10)

5.2.6.6 Moeder en/of vaderland

Tabel: Gemiddelde totaalscore per nationaliteit

Nationaliteit	Totaalscore
België	2,83/6
West-Europa	1,11/6
Oost-Europa	1,13/6
Noord-Afrika	1,71/6
Midden- en Zuid-Afrika	1,86/6
Azië	2,5/6
Midden-Oosten	1,5/6
Amerika	2/6

Van de 3 vrouwen met Amerikaanse roots liet niemand ooit een uitstrijkje nemen. De Belgische vrouwen scoren het beste met liefst 85,54%. Vrouwen met een Noord-Afrikaanse ouder scoren ook minder goed: slechts 52,38% liet zich ooit screenen. (tabel 18, bijlage 10)

5.2.6.7 Verblijfsduur in België

De hoogste gemiddelde score, namelijk 5,59 op 6 wordt gezien bij vrouwen die levenslang of langer dan 20 jaar in België zijn. Vrouwen die hier tussen de 5 en 10 jaar en tussen de 10 en 20 jaar in België verblijven, scoren respectievelijk 1,43 en 1,48 op 6. Vrouwen die nog geen 5 jaar in België wonen scoren 1,6/6.

Slechts 38,09% van de vrouwen die hier 5 tot 10 jaar wonen, gelooft dat screening de sterfte voor baarmoederhalskanker doet dalen. Maar liefst 86% van de patiëntes die hier levenslang of meer dan 20 jaar gesetteld zijn, gelooft in de daling van het sterftecijfer door screening. Bij vrouwen die minder dan 5 jaar in België en 10 à 20 jaar zijn, ligt dit percentage rond de helft (respectievelijk 50 en 43,48%).

Tabel: Liet u ooit uitstrijkje nemen? (aantal vrouwen (percentages))

	Minder dan 5 jaar	5-10 jaar	10-20 jaar	Langer dan 20 jaar of levenslang
Ja	6 (60%)	11 (55%)	15 (65,22%)	82 (82%)
Nee	4 (40%)	9 (45%)	8 (34,78%)	18 (18%)

Opvallend is dat maar liefst 83,33% van de vrouwen minder dan 3 jaar geleden een uitstrijkje liet afnemen. Ze worden gevolgd door vrouwen die hier 5 tot 10 jaar zijn met 72,73%. Belgische vrouwen of vrouwen die hier meer dan 20 jaar leven, staan op de derde plaats met 69,41%. De laatste plaats komt toe aan vrouwen die hier 10 à 20 jaar verblijven met 60%

5.2.6.8 Moedertaal

Er was 1 vrouw met een moeder die Turks sprak; deze werd weggelaten uit de vergelijking.

Tabel: Gemiddelde totaalscore per moedertaal

moedertaal	Totaalscore
Nederlands	2,69/6
Frans	1,4/6 (slechts 3 personen in totaal, 1 met 0)
Engels	2/6
Arabisch	1,78/6
Andere taal	1,48 /6 (liefst 11 personen met 0)

Alle vrouwen met Engelstalige moeder lieten ooit een uitstrijkje afnemen. Slechts 44,44% van de Arabische moeders nam ooit deel aan de screening. De percentages van vrouwen met moeders die een andere taal spreken (Nederlands, Frans, andere taal) liggen tussen de 80 en 82%.

Alle dochters van moeders die Frans of Turks spreken en ooit een uitstrijkje afnamen, respecteren het screeningsinterval. Bij moeders met andere taal, is dit percentage slecht 57,14%. Bij vrouwen met Nederlands- of Engelstalige moeder, bedragen deze percentages respectievelijk 70,89 en 5%

51,90% van de vrouwen met Nederlandstalige moeder laten hun uitstrijkje door de huisarts doen. Bij alle andere talen bedraagt dit percentage 25% of minder.

5.2.6.9 Dagelijkse spreektaal

Vrouwen die dagelijks Nederlands spreken scoren gemiddeld 2,37 op 6. Engelstalige vrouwen staan op 2 met 2,11/6. Vrouwen die een andere taal spreken scoren tussen de 1 en 2 op 6.

Slechts 33,33% van de Arabische vrouwen lieten ooit een uitstrijkje nemen. De vrouwen die andere talen spraken scoorden allen boven de 70%. Van de vrouwen die ooit een uitstrijkje lieten afnemen, respecteerden alle Franstalige en Arabisch sprekende vrouwen het screeninginterval. Slechts 40% van de vrouwen die een “andere taal” spraken, respecteerden de termijn van 3 jaar. Bij Nederlandstalige en Franstalige vrouwen bedraagt dit percentage respectievelijk 71,43 en 75%.

46,94% van de Nederlands sprekende vrouwen laat het uitstrijkje uitvoeren door de huisarts. Bij de andere talen laat minstens 75% van de vrouwen het uitstrijkje door de gynaecoloog doen. (tabel 19, bijlage 10)

5.2.6.10 Gemiddeld aantal bezoek aan de huisarts

In deze categorie konden geen opvallende trends weerhouden worden.

5.2.6.11 Bezoek aan gynaecoloog

Ook in deze categorie konden geen opvallende trends weerhouden worden.

5.2.6.12 Zwanger

De groep zwangere vrouwen is te klein, waardoor er geen vergelijking werd uitgevoerd.

5.2.6.13 HPV vaccinatie

Er waren te weinig gevaccineerde vrouwen om er een conclusie uit te trekken.

5.2.6.14 Hysterectomie

Er konden geen grote verschillen in de totaalscore gevonden worden. Vrouwen met hysterectomie behaalden 2,1 op 6. Vrouwen die nog een baarmoeder hadden haalden iets meer: 2,3 op 6. Bij slechts 1 kennisvraag kon men iets opmerkelijk vaststellen. Vrouwen die een hysterectomie in hun

voorgeschiedenis hadden, denken dat het uitstrijkje frequenter moet uitgevoerd worden. Liefst 71,42% van hen denkt dat de frequentie vaker dan 1 keer per 3 jaar is. Bij de vrouwen met baarmoeder bedraagt dit percentage 54,62%. Vrouwen met baarmoeder houden zich beter aan de screeningsfrequentie: 37,69% versus 14,29% bij vrouwen zonder hysterectomie.* (tabel 20, bijlage 10)

Wanneer we kijken wanneer het laatste uitstrijkje effectief gebeurd is, valt op dat er meer vrouwen zonder baarmoeder niet meer weten wanneer dit exact gebeurd is (33,33% versus 10,10%) en dat dit bij 44,44% slechts 3 jaar geleden is. 76,77% van de vrouwen met baarmoeder meldt dat het laatste uitstrijkje maximaal 3 jaar geleden was. (tabel 21, bijlage 10)

Vrouwen die een hysterectomie ondergingen lieten het uitstrijkje vaker uitvoeren door de gynaecoloog dan vrouwen bij wie de baarmoeder nog aanwezig was (83,33% versus 53,54%).

5.2.6.15 Seksueel actief

Vrouwen die seksueel actief zijn, lijken toch iets meer kennis te hebben dan vrouwen die niet seksueel actief zijn. De totaalscore van vrouwen die seksueel actief zijn is 2,35 op 6. Vrouwen die geen seks hebben, haalden 2 op 6 en vrouwen die momenteel niet actief zijn, maar dit in het verleden wel waren, scoren 2,22 op 6.

Minder bemoedigend is dat het percentage vrouwen dat ooit een uitstrijkje liet afnemen lager ligt dan de niet seksueel actieve patiëntes (72,55 versus 75%). De vrouwen die momenteel geen seks hebben maar dit in het verleden wel hadden, scoren het best met 82,16%. Echter van de vrouwen die een uitstrijkje lieten nemen, houden de vrouwen die momenteel seks hebben zich het best aan het screeninginterval (81,58%). Bij 57,14% van de vrouwen die niet seksueel actief zijn en 50% vrouwen die tijdelijk niet seksueel actief zijn, was het laatste uitstrijkje maximaal 3 jaar geleden.

5.2.6.16 Baarmoederhalsafwijkingen

Vrouwen met afwijkingen aan de baarmoederhals lijken beter te scoren dan vrouwen zonder afwijkingen (2,54 versus 2,23 op 6).

65,22% van de vrouwen met een afwijking denken dat het screeninginterval frequenter is dan 1 maal per 3 jaar. Bij vrouwen zonder afwijking is dit percentage slechts 56,25%.

De helft van de vrouwen met letsels aan de baarmoederhals laat het uitstrijkje uitvoeren door de huisarts. Bij vrouwen zonder afwijkingen bedraagt dit percentage slechts 39,78%. Nochtans weet 81,82% van de vrouwen met afwijkingen en 77,42% van de vrouwen met een gezondere cervix dat de huisarts dit ook doet.

5.2.7 Correlatie tussen het krijgen van mondelinge informatie en de na- kennis

De totaalscore na brochure en mondelinge info bedraagt gemiddeld 4,71/6. De gemiddelde totaalscore van de vrouwen die enkel de folder meekregen was iets lager, namelijk 3,61/6.

5.2.8 Correlatie kennis en gedrag

5.2.8.1 Totaalscore versus reeds laten afnemen uitstrijkje?

	Score =1	score =2	score = 3	score = 4	score =5	score = 6
Uitstrijkje afgenomen	12 (48%)	27 (84,83%)	25 (78%)	15 (83,33%)	13 (86,67%)	1 (100%)
Uitstrijkje niet afgenomen	13 (52%)	5 (15,63%)	7 (21,88%)	3 (16,67%)	2 (13,33%)	0 (0%)

We zien dat hoe hoger de totaalscore is, hoe meer vrouwen ooit een uitstrijkje hebben laten afnemen.

5.2.8.2 Totaalscore versus hoe vaak een uitstrijkje?

Uit deze vergelijking kon geen eensluidende correlatie vastgesteld worden. (tabel 22, bijlage 10)

5.2.8.3 Weet u dat de HA uitstrijkje doet versus door wie?

Van de vrouwen die weten dat de huisarts een uitstrijkje afneemt, laat iets meer dan de helft (51,09%) het effectief door de huisarts afnemen. De anderen verkiezen de gynaecoloog.

Ondanks dat 2 vrouwen aangeven niet te weten dat een uitstrijkje ook door de huisarts kan, laten ze zich toch screenen door de huisarts.

5.2.9 Nameting

Door een uitbreiding van onze praktijk behoorden in maart van dit jaar 903 vrouwen tot onze doelgroep populatie. Hiervan lieten er 133 vrouwen een uitstrijkje uitvoeren door de huisarts. Het screeningspercentage bedraagt dus na de interventie 14,73%.

Van de 154 vrouwen die deelnamen aan studie lieten er 51 vrouwen de afgelopen 3 jaar een uitstrijkje nemen. Het screeningspercentage in deze groep bedraagt dus 33,12%.

Wanneer men kijkt naar de 42 vrouwen die deelnamen aan de enquête, blijken er zich 16 vrouwen zich de laatste 3 jaar te hebben laten screenen, wat neerkomt op 38,10% van deze populatie.

6 Discussie

Op basis van het medische dossier heeft slechts 13,52% van de praktijkpopulatie de laatste 3 jaar een uitstrijkje laten nemen bij de huisarts. Dit percentage ligt beduidend lager dan de screeningsgraad van 59% die het KCE-rapport aangeeft. Hier zijn 3 mogelijke verklaringen voor: vrouwen in onze praktijk laten hun uitstrijkje bij de gynaecoloog uitvoeren, vrouwen weigeren, al dan niet bewust, een uitstrijkje te laten doen of de uitstrijkjes worden onvoldoende in het dossier aangegeven. Dit lage cijfer is in ieder geval een reden om verder te zoeken naar redenen van niet-screening en verbeteringsmogelijkheden.

Uiteindelijk vulden 154 vrouwen de enquête volledig in en werd er een responsrate van 64,9% bereikt. Dit is echter lager dan het streefaantal van 256. Misschien ook logisch dat het streefaantal niet bereikt werd: de realiseerbaarheid van dit aantal werd berekend op basis van het aantal consultaties bij de doelgroep tussen 10 februari 2013 en 10 april 2013. In deze 2 maanden kwamen er 257 vrouwen tussen 25 en 65 jaar over de vloer. Hierdoor leek het aantal van 256 in 3 maanden als een realistisch streefdoel beschouwd. De wintermaanden zijn echter over het algemeen drukker in een huisartsenpraktijk dan de zomermaanden omwille van de vele infecties. Uiteindelijk kwamen er slechts 237 “geschikte” vrouwen over de vloer in de enquêteperiode, die reeds verlengd werd, en kon het doel sowieso niet gehaald worden. In deze periode werden er zoveel mogelijk vrouwen aangesproken. Toch glipten er af en toe tijdens de drukke momenten, voornamelijk tijdens de vrije raadpleging, patiënten door de mazen van het net. Niet alle vrouwen die aangesproken werden, wensten mee te werken aan de enquête. Hiervoor kunnen verschillende redenen aangehaald worden zoals tijdsgebrek of geen interesse in het onderwerp. Vrouwen die de taal niet machtig waren of minder goed kunnen lezen en schrijven, neigden ook minder snel om de enquête in te vullen. Verder werd er ook een massa-effect waargenomen: wanneer er in een volle wachtzaal 1 of 2 personen weigerden, waren de andere wachtenden ook minder geneigd om de enquête in te vullen. Dit werd vooral in de latere enquêtefase gezien, wanneer meerdere vrouwen in de wachtzaal de enquête reeds hadden ingevuld.

In de studiepopulatie waren alle leeftijdsgroepen gelijkmatig vertegenwoordigd. De meeste vrouwen hebben een vaste relatie of zijn getrouwd en bezitten een diploma middelbaar onderwijs. Bijna twee derde is actief op de arbeidsmarkt. Ondanks dat er 22 nationaliteiten aanwezig zijn in de praktijk, zijn er maar liefst 114 vrouwen met Belgische nationaliteit. Het merendeel spreekt Nederlands en heeft deze taal ook als moedertaal. Het overwicht woont ook reeds meer dan 20 jaar in België en consulteren meerdere malen per jaar de huisarts. Twee derde van de vrouwen is seksueel actief. Slechts enkele vrouwen zijn zwanger, kregen het HPV vaccin of ondergingen een hysterectomie. 15,6% van de vrouwen gaf aan een afwijking aan de baarmoeder te hebben. Bepaalde groepen zijn oververtegenwoordigd. Dit komt mogelijks door de selectiebias: bepaalde personen zijn meer geneigd om mee te werken aan een enquête-onderzoek.

De voorkennis is zeer beperkt met een gemiddelde van 2,3 op 6. In de literatuur is men het er over eens dat gebrekkige kennis een belangrijke actor is in het zich niet laten screenen. De twee meest genoteerde misvattingen in de enquête zijn: dat er steeds symptomen zijn bij een besmetting met HPV en dat er ook steeds symptomen zijn bij baarmoederhalskanker. Bijna de helft van de studiepopulatie denkt dit. Dit is een gevaarlijke misvatting: het niet hebben van symptomen wordt maar liefst door 6 van de 38 vrouwen aangegeven als reden voor niet-participatie. Ook in andere studies wordt aangegeven dat deze misvatting zorgt voor niet deelname aan de screening. [18,20]

Het merendeel van de vrouwen is er wel van overtuigd dat de afname van een uitstrijkje de sterfte door deze kanker doet dalen. Eén derde weet dat de screening 3-jaarlijks dient te gebeuren. Maar

liefst de helft denkt echter dat men zich jaarlijks moet laten screenen. Ook bij het onderdeel gedrag, ziet men dat de meeste vrouwen zich laten overscreenen. Tot 2009 was werd het uitstrijkje hier in Vlaanderen nog jaarlijks terugbetaald. Ondertussen is duidelijk geworden dat die frequentie niet noodzakelijk is, en is er een 3 jaarlijkse terugbetaling van de screening met uitzondering van symptomen of opvolging na het vaststellen van afwijkingen. Dit nieuws blijkt dus nog niet tot bij elke vrouw doorgedrongen te zijn. Ook dient de kanttekening gemaakt te worden dat er 15,6% baarmoederhalsafwijkingen heeft, waardoor ze zich terecht laten overscreenen.

Ondanks de lage voormeting, heeft 74% in de enquête aangegeven ooit een uitstrijkje te hebben gehad. Bij 72% van deze vrouwen is het laatste uitstrijkje minder dan 3 jaar geleden. Ook de selectiebias speelt hier een rol: vrouwen die ooit een uitstrijkje lieten afnemen, zijn beter bereid tot het invullen van een enquête rond baarmoederhalskanker. Maar liefst 58,1% laat de screening uitvoeren door de gynaecoloog: deze gegevens bereiken vaak het dossier van de huisarts niet, waardoor de voormeting vermoedelijk een onderschatting is van het werkelijke aantal. Omgekeerd geldt echter ook: overschatting van het percentage in de enquête omdat vrouwen antwoorden wat de dokter wenst te horen en ze zich dus beter voordoen dan ze zijn. Mogelijks onderschatten vrouwen ook de tijd die verlopen is sinds hun laatste uitstrijkje. Een andere misvatting die vrouwen kunnen maken, is dat ze een gynaecologisch onderzoek als een uitstrijkje beschouwen, terwijl er mogelijks geen uitstrijkje is afgenomen.

Hoewel 87,6% weet dat de huisarts een uitstrijkje afneemt, gaat toch het merendeel naar de gynaecoloog. De gerapporteerde redenen om niet voor de huisarts te opteren, zijn: de gewoonte opgevolgd te worden door een gynaecoloog, het hebben van een mannelijke huisarts en het specialisme van iedere arts.

Ook werd er in de enquête gepeild naar redenen om niet deel te nemen aan de screening. Het niet hebben van symptomen en het hebben van een mannelijke arts werden reeds eerder aangehaald. 17 vrouwen van de 38 gaven aan dat het hen nog nooit was voorgesteld en is daarmee reden nummer 1 om niet deel te nemen aan de screening. KCE[1] en een studie bij etnische minderheden[25] bevestigen dat er minder deelnames zijn wanneer er geen actieve aanbeveling is door een arts. KCE stelt ook dat opportunistische screening minder effectief is omdat zo alleen de happy few worden bereikt. Tijdsgebrek was de tweede meest gerapporteerde reden. Dit wordt ook in andere studies aangegeven als belemmering voor screening.[5, 6, 10, 23, 31, 38, 39] Gebrek aan kennis en misvattingen wordt ook vaak gemeld onder de vorm van volgende antwoorden: ‘ik heb nog nooit gehoord van een uitstrijkje’, ‘er is geen goede therapie” ‘ik ben postmenopauzaal, dus het is niet meer nodig’. Tot de gebrekkige kennis behoort ook het zichzelf onterecht als niet at risk beschouwen: de meeste vrouwen schatten hun eigen risico lager in dan het gemiddelde.[2,15, 18, 31, 32] Deze reden werd door de studiepopulatie 6 keer aangehaald. Hierbij dient de kanttekening te maken dat sommige vrouwen dit mogelijks terecht aangeven omdat ze nog maagd zijn of geen baarmoeder meer hebben.

Angst voor het resultaat of pijn werd ook verschillende keren aangegeven in onze populatie. Deze data worden ook terug gevonden in andere studies [2, 5, 8, 13, 27, 39] Deze angst wordt gekoppeld aan een fatalistische houding die men vooral terugvindt in Latino-, Afrikaanse en Aziatische culturen. Deze angst kan ook kaderen in eerdere slechte ervaringen, wat in deze studie 3 keer als reden werd aangegeven. De kostprijs werd eveneens 3 keer benoemd als reden. The Cochrane Library vermeldt dit als een van de belangrijkste negatieve voorspellers voor deelname.[8]

Ook werd er gezocht naar de correlatie en patiëntgebonden kenmerken. Gezien de kleine subgroepen kan men hier slechts van mogelijk opvallende trends spreken. Om meer gefundeerde conclusies te trekken dienen er grootschaliger studies te gebeuren. In de literatuur zijn er rond de leeftijdsfactor veel tegenstrijdigheden te vinden.[1-7] Wanneer we specifiek naar de leeftijd kijken in

onze studie, merken we dat de jongste groep minder voorkennis heeft en er minder jonge vrouwen ooit een uitstrijkje hebben laten nemen. Men ziet wel dat ze het beter laten herhalen. Hoe ouder, hoe minder vrouwen zich de laatste 3 jaar lieten screenen. Dit komt mogelijk omdat oudere vrouwen frequenter een hysterectomie hebben ondergaan. Postmenopauzale vrouwen zijn ook minder geneigd een uitstrijkje te laten doen, vermoedelijk omdat ze minder gynaecologische klachten ondervinden.

In de wetenschappelijke wereld concludeert men dat getrouwde vrouwen zich beter laten screenen op baarmoederhalskanker. [5,6, 11,14] In deze studie hadden getrouwde vrouwen echter de minste kennis en was er een opvallende onderschatting van het percentage vrouwen dat in contact komt met HPV. Een hoger percentage alleenstaanden liet ooit een uitstrijkje doen. Het screeningsinterval van 3 jaar werd dan wel beter gerespecteerd. Dit verschil met de literatuur kan mogelijks verklaard worden doordat de studies die deze factor controleerden, vooral gedaan werden in culturen waar seks voor het huwelijk taboe was en vrouwen die niet getrouwd waren zich dus niet durfden te laten screenen. In de Belgische populatie heerst dit taboe niet meer.

Hoewel men volgens de literatuur zou verwachten dat vrouwen met een middelbaar diploma beter zouden scoren dan vrouwen die geen of een lager diploma hebben, is het omgekeerde waar in onze studie, ook al is het verschil klein. Hoewel de kennis mogelijk minder goed is, doen vrouwen met een hoger diploma het qua screeningsgedrag wel beter. Meer vrouwen hebben ooit een uitstrijkje laten uitvoeren en het laatste uitstrijkje was ook minder dan 3 jaar geleden. We merken wel dat vrouwen met lage scholingsgraad vaak aangeven dat ze de datum van hun laatste uitstrijkje niet weten. Hierdoor kan de screeningsfrequentie wellicht verlagen en zijn ze mogelijk toch gescreend gedurende de laatste 3 jaar. Het verschil in voorkennis tussen de actieve en niet-actieve beroepsbevolking is minimaal. Men ziet toch dat meer vrouwen met een actief beroepsleven zich ooit hebben laten screenen en dat bij meer vrouwen het laatste uitstrijkje minder dan 3 jaar geleden is. Verschillende studies bevestigen dat een lage socio-economische status gecorreleerd is met niet-deelname aan baarmoederhalskanker-screening.[1, 4, 12, 15] Vrouwen zonder beroep weten dan weer beter dat de huisarts dit screeningsonderzoek ook verricht en laten het uitstrijkje ook vaker door de huisarts uitvoeren. Dit wijst op een betere bereikbaarheid van de huisarts ten opzichte van de tweede lijn voor deze bevolkingsgroep.

Belgische vrouwen lijken het best te scoren op kennisvragen en ook wat screeningsgedrag betreft, lijken ze bij de betere groepen te behoren. De niet-Belgische vrouwengroepen zijn echter te klein om goede conclusies te trekken. Er werden gelijkaardige feiten vastgesteld bij de categorie “nationaliteit” en “moeder- of vaderland”. Vrouwen die Nederlands spreken, behalen betere resultaten dan anderstaligen. Slecht 33.33% van de Arabische vrouwen liet ooit een uitstrijkje afnemen in hun leven, maar wanneer ze het laten uitvoeren, bleken ze het wel voldoende vaak te laten doen. Het lijkt echter logisch dat Belgische vrouwen beter scoren omdat de Vlaamse preventiecampagnes aangepast zijn aan onze taal en cultuur. Hierdoor kunnen vrouwen met een andere cultuur en/of taal uit de boot vallen. Bij Arabische vrouwen heerst vaak nog een taboe rond seks voor het huwelijk, waardoor niet-getrouwde vrouwen zich minder snel zullen laten screenen. Ze hebben ook vaak een fatalistische visie op ziektes.[25]

Hoe langer een vrouw in België verblijft, hoe beter haar kennis en ook hoe beter haar screeningsgedrag. Vrouwen die minder goed aangepast zijn aan de plaatselijke cultuur, zijn minder geneigd zich te laten screenen voor cervixkanker. [19-21]

Vrouwen in onze studie die een hysterectomie in de voorgeschiedenis hebben, presteren iets minder goed op de kennisvragen en dit vermoedelijk door de vraag over de screeningsfrequentie. Deze

vrouwen denken sneller dat ze zich vaker moeten screenen. Dit komt waarschijnlijk omdat de screeningsfrequentie nog maar enkele jaren geleden verlaagd is en deze dus nog hoger was, toen zij zich nog dienden te laten screenen voor baarmoederhalskanker.

In dit onderzoek lijken vrouwen, die seksueel actief zijn, toch iets meer kennis te hebben dan vrouwen die niet seksueel actief zijn. Nochtans zijn er minder seksueel actieve vrouwen die ooit een uitstrijkje lieten afnemen, terwijl het net deze vrouwen zijn die zich zeker zouden moeten laten screenen. In preventiecampagnes dient aan deze subgroep dus zeker aandacht besteed te worden.

Vrouwen met afwijkingen aan de baarmoederhals behalen betere punten op de kennisvragen. Ze geven echter kortere screeningsintervallen aan, wat ook logisch is aangezien ze zich ook vaker moeten laten screenen dan gezonde vrouwen.

Wanneer we de correlatie tussen kennis en het uiteindelijke gedrag in deze studiepoplatie analyseren, valt op dat een hogere kennis samenhangt met het zich minstens eenmalig laten screenen. Er kan echter geen correlatie gevonden worden tussen kennis en het zich houden aan het juiste screeningsinterval. Dit laatste wijst erop dat ondanks de kennis dat er toch ook nog andere barrières een rol spelen om uiteindelijk de stap tot screening te zetten. Hoewel alle factoren hierboven afzonderlijk beschreven zijn, blijkt de beslissing om zich al dan niet te screenen toch vaak een multifactorieel proces.

De kennis na informatieverstrekking is toch opvallend beter. 3,9 op 6 in plaats van 2,3 op 6. Toch zijn er enkele vrouwen waarvan de kennis achteruit gegaan is. Mogelijk omdat de brochure toch niet aangepast was aan hun taal, cultuur of opleidingsniveau, waardoor de brochure voor hen niet effectief was. Wellicht zijn er ook enkele vrouwen die de tweede vragenlijst te vluchtig hebben ingevuld, zonder het grondig doorlezen van de brochure. Wanneer we de totaalscore gaan vergelijken tussen de vrouwen die enkel de brochure kregen en zij die zowel de brochure als de mondelinge uitleg kregen, merken we op dat de gecombineerde aanpak een betere gemiddelde totaalscore oplevert: 4,71 versus 3,61 op 6.

Wanneer we het gedrag na de informatie bekijken, zien we ook een duidelijke verbetering. Bij de algemene praktijkpopulatie stijgt het screeningspercentage van 13,52% naar 14,73%. 33,12% van de vrouwen die deelnamen aan de screening en dus op z'n minst schriftelijke informatie kregen, lieten zich screenen. Bij de vrouwen die hierbij ook mondelinge informatie krijgen, bedraagt het screeningspercentage zelfs 38,10%. Uit deze gegevens lijkt het toch dat de educatie door middel van de brochure effect heeft. Ook wanneer er hier bovenop nog mondelinge informatie wordt gegeven, ziet men een stijging van de participatie. Wat mogelijk wijst op de effectiviteit van de interventie. Echter gezien de beperkte grootte van de populatie, kan men dit resultaat niet veralgemenen. Deze studie heeft buiten de beperkte studiegrootte nog andere beperkingen. In een enquêtestudie is de formulering van de vragen van groot belang. Sommige vragen kunnen verkeerd geïnterpreteerd worden: de vraagstelling kan te onnauwkeurig zijn of een stelling kan te ingewikkeld zijn. Hierbij halen we de stelling "na vaccinatie voor HPV dient er geen uitstrijkje meer genomen te worden" aan als voorbeeld. De ontkenning in deze stelling kon achteraf gezien voor wel wat verwarring zorgen. De vraag werd over het algemeen ook minder goed beantwoord dan de andere vragen.

Ook wat de antwoorden betreft zijn er enkele beperkingen. Er bestaat een response bias waarbij men bewust het verkeerde antwoord geeft omdat men het niet wil toegeven of omdat het andere antwoord sociaal meer wenselijk is. Ook zijn er soms ontbrekende data omdat er vragen niet ingevuld werden.

Bij de rekrutering van patiënten treedt er vaak een selectie bias op. Het invullen van de enquêtes gebeurt op vrijwillige basis. Bepaalde groepen hebben hierdoor meer kans geïncludeerd te worden. Vrouwen die bijvoorbeeld ongeletterd zijn of de taal niet machtig zijn zullen sneller weigeren mee te werken. Hierdoor ontstaat er mogelijk een non-responder bias, waarbij de antwoorden van de invullers grondig kunnen verschillen met die van de non-responders.

De kleinschaligheid van dit project is een belangrijke beperking. Hierdoor verliest de studie aan kracht en kunnen conclusies niet zo maar veralgemeend worden. De subgroep analyses waarin gewerkt werd met nog kleinere groepen waren zelfs soms onmogelijk. Desondanks deze beperkingen werd er wel gepoogd een antwoord te vinden op de 2 onderzoeksvragen en kwam men vaak tot dezelfde conclusies als vorige buitenlandse onderzoeken. Het is de eerste Belgische studie waar de oorzaken van niet-deelname aan baarmoederhalskankerscreening werden bevraagd. Verder onderzoek is echter nog nodig, maar de eerste trends werden blootgelegd.

7 Besluit

Uit de literatuurstudie en dit praktijkproject blijkt de gemiddelde kennis over baarmoederhalskanker laag te zijn. In onze huisartsenpraktijk bleek men gemiddeld maar 2,3 op 6 te behalen. Ook blijkt er bij de vrouwen die zich laten screenen een belangrijke overscreening te zijn. Uit de enquête blijkt dat het merendeel van de vrouwen het uitstrijkje door de gynaecoloog laat uitvoeren. Reden hiervoor zijn de gewoonte door de gynaecoloog opgevolgd te worden, het hebben van een mannelijke huisarts en het specialisme van iedere arts.

Factoren om niet deel te nemen aan baarmoederhalskankerscreening zijn veelvuldig. Vaak speelt een combinatie van verschillende factoren een rol in het beslissingsproces. Gebrekkige kennis, het niet hebben van symptomen, tijdsgebrek, angst en etniciteit, werkloosheid en korte verblijfsduur in België blijken allen een negatief effect te hebben. Vrouwen die seksueel actief zijn blijken in onze studie meer kennis te hebben. Hun screeningsgedrag blijkt echter minder adequaat te zijn dan bij vrouwen die momenteel geen seksueel contact hebben. Aangezien deze groep toch een beduidend risico loopt, dient er aan deze groep in preventiecampagnes extra aandacht besteed te worden. Vrouwen met afwijkingen aan de baarmoederhals of met een hysterectomie in de voorgeschiedenis hebben moeite met het definiëren van het juiste screeningsinterval. Dit is ook logisch: vrouwen met afwijkingen aan de baarmoederhals dienen zich frequenter te laten screenen. Ook is het screeningsinterval de laatste jaren veranderd van jaarlijks naar 3-jaarlijks, waardoor vrouwen zonder baarmoeder zich mogelijks nog jaarlijks dienden te laten screenen.

Tussen de literatuurstudie en het praktijkproject werden er ook enkele tegenstrijdigheden gevonden. De literatuur gaf aan dat getrouwde vrouwen en vrouwen met hoger diploma beter presteerden. In ons project deed de getrouwde vrouw het slechter wat kennis en gedrag betreft. Ook scoorden vrouwen zonder middelbaar diploma beter dan vrouwen met een diploma middelbaar onderwijs. Rond de leeftijd bleek er in de literatuur dan weer veel onenigheid te bestaan. In onze studie bleken jonge vrouwen minder voorkennis te hebben. Ook was er een lager percentage jonge vrouwen die ooit een uitstrijkje had laten nemen tegenover oudere vrouwen. Jonge vrouwen die zich lieten screenen hielden zich dan wel beter aan de juiste screeningsfrequentie.

In de studie werd er een correlatie gevonden tussen kennis en eenmalige screening. Er kon geen correlatie aangetoond worden tussen kennis en screeningsfrequentie.

Het geven van informatie levert zowel in de literatuurstudie als in het praktijkproject betere kennis en screeningsgedrag op. Toch gaan er in ons project enkele vrouwen op achteruit, wat aantoont dat de folder niet voor elke vrouw optimaal is. Wanneer men bovenop de folder nog extra mondelinge uitleg krijgt, treedt er nog een verbetering van kennis en screeningsgedrag op. Het lijkt er dus op dat de interventie in deze studie effectief is.

Er zijn echter enkele beperkingen aan deze studie. De kleinschaligheid van de studie zorgt ervoor dat men niet zomaar tot veralgemening van de resultaten kan overgaan. Het betreft ook een enquête waarbij sommige vragen misschien onnauwkeurig, te sturend naar een welbepaald antwoord of te ingewikkeld zijn opgesteld. Hierdoor ontstaat er een respons bias: mensen geven geen eerlijk antwoord, maar het antwoord dat het meest wenselijk is. Er is mogelijk een selectie bias, waarbij bepaalde groepen mogelijk meer of minder kans hebben om geïncludeerd te worden. Hierdoor kan er non-responder bias optreden waarbij de antwoorden van de deelnemers kan verschillen van de niet-deelnemers. Verder grootschalig onderzoek is dus noodzakelijk om de trends die in dit project werden blootgelegd te kunnen aantonen of verwerpen. Ook dienen er grootschalige informatiecampagnes te gebeuren om de kennis van de vrouw over baarmoederhalskanker en het uitstrijkje te verbeteren.

8 Referenties

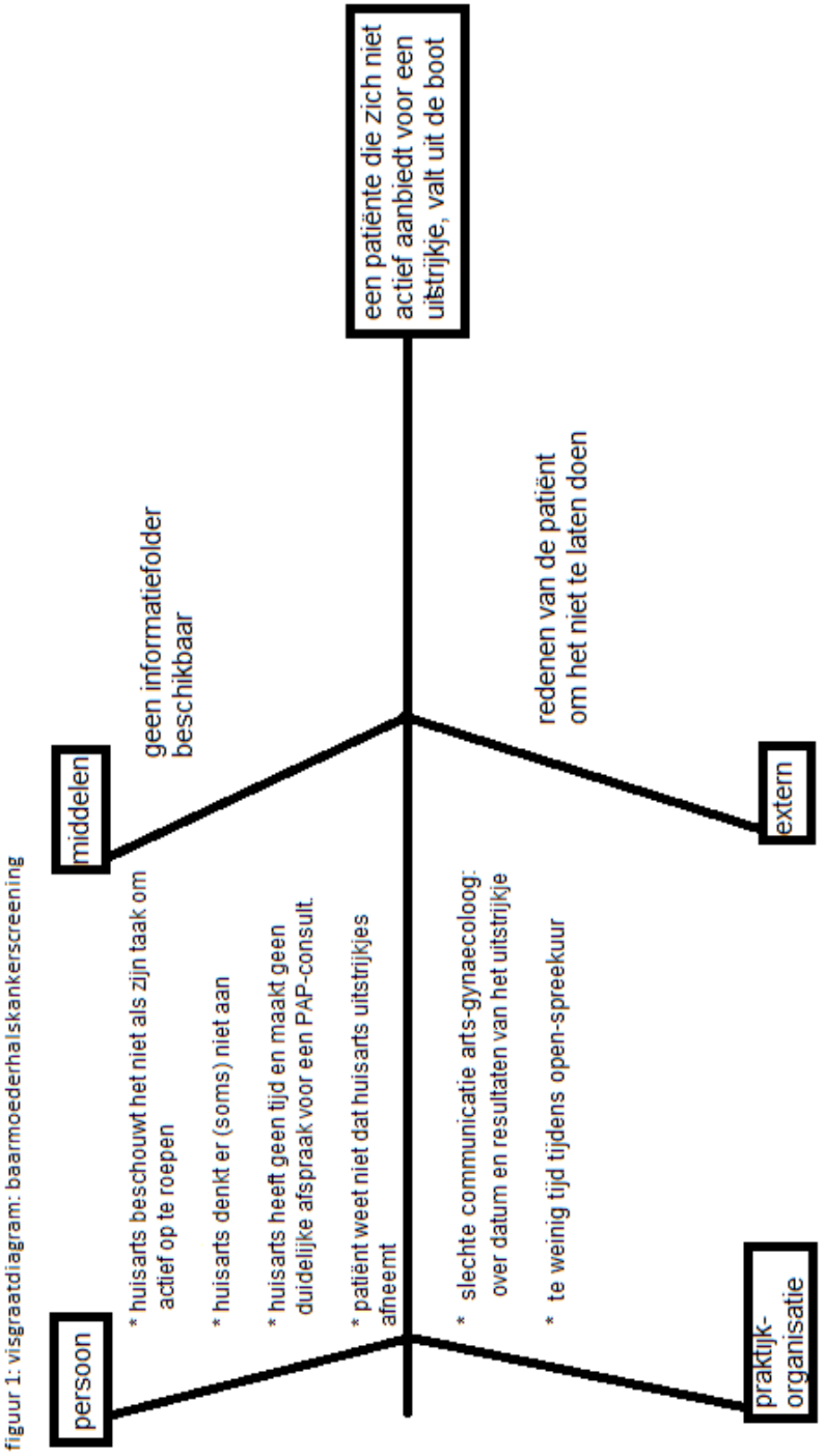
1. Hulstaert F, Arbyn M, Huybrechts M, Vinck I, Puddu M, Ramaekers D. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). Brussel: KCE, 2006. http://www.kce.fgov.be
2. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Huisarts Nu april 2011; Jaargang 40 (1): S64-S88.
3. Mazereel S. Baarmoederhalskankerscreening: Kan een oproepbrief de respons-ratio verhogen?. manama 2012.
4. Boomsma LJ, Buis PAJ, Collette C, Janssen PGH. NHG-Standaard Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom (Tweede herziening). Huisarts Wet 2009; 52(4): 182-191.
5. Yanikkerem E, Goker A, Piro N, Dikayak S, Koyuncu FM. Knowledge about cervical cancer, pap test and barriers towards cervical screening of women in Turkey. J Cancer Educ.; 2013 Jun; 28(2): 375-383**.**
6. Ma GX, Gao W, Fang CY, Tan Y, Feng Z, Ge S, Nguyen JA. Health beliefs associated with cervical cancer screening among Vietnamese Americans. J Womens Health (Larchmt); 2013 Mar: 22(3): 276-288.
7. Todorova I, Baban A, Alexandrova-Karamanova A, Bradley J. Inequalities in cervical cancer screening in Eastern Europe: perspectives from Bulgaria and Romania. Int J Public Health 2009; 54(4): 222-232.
8. Everett T, Bryant A , Griffin MF, Martin-Hirsch PPL, Forbes CA, Jepson RG. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. Cochrane Database Syst Rev. 2011 May 11; (5): CD002834.
9. Wang X, Fang C, Tan Y, Liu A, Ma GX. Evidence-based intervention to reduce access barriers to cervical cancer screening among underserved Chinese American women. J Womens Health (Larchmt) 2010 Mar; 19(3): 463-469.
10. Augusto EF, Rosa ML, Cavalcanti SM, Oliveira LH. Barriers to cervical cancer screening in women attending the Family Medical Program in Niterói, Rio de Janeiro. Arch Gynecol Obstet. 2013 Jan; 287(1): 53-58.
11. Ji CS, Chen MY, Sun J, Liang W. Cultural views, English proficiency and regular cervical cancer screening among older Chinese American women. Womens Health Issues 2010 Jul-Aug; 20(4): 272-278.
12. Park SJ, Park WS. Identifying barriers to Papanicolaou smear screening in Korean women: Korean National Health and Nutrition Examination Survey 2005. J Gynecol Oncol. 2010 Jun; 21(2): 81-86**.**
13. Wall KM, Rocha GM, Salinas-Martínez AM, Baraniuk S, Day RS. Modifiable barriers to cervical cancer screening adherence among working women in Mexico. J Womens Health (Larchmt) 2010 Jul; 19(7): 1263-1270**.**
14. Nene B, Jayant K, Arrossi S , Shastri S, Budukh A, Hingmire S, Muwonge R, Malvi S , Dinshaw K, Sankaranarayanan R. Determinants of women's participation in cervical cancer screening trial, Maharashtra, India. Bulletin of the World Health Organization 2007; 85(4): 245-324.
15. Aminisani N, Armstrong BK, Canfell K. Cervical cancer screening in Middle Eastern and Asian migrants to Australia: a record linkage study. Cancer Epidemiol. 2012 Dec; 36(6): e394-400.

16. McFarland DM. Associations of demographic variables and the Health Belief Model constructs with Pap smear screening among urban women in Botswana. Int J Womens Health 2013 Oct 24; 5: 709-716.
17. Ngugi CW, Boga H, Muigai AW, Wanzala P, Mbithi JN. Factors affecting uptake of cervical cancer early detection measures among women in Thika, Kenya. Health Care Women Int. 2012; 33(7): 595-613.
18. Fang CY, Ma GX, Tan Y. Overcoming Barriers to Cervical Cancer Screening Among Asian American Women. N Am J Med Sci (Boston) 2011; 4(2): 77-83.
19. Rogers NM, Cantu AG. The nurse's role in the prevention of cervical cancer among underserved and minority populations. J Community Health 2009 Apr; 34(2): 135-143.
20. Lee EE, Eun Y, Lee SY, Nandy K. Age-related differences in health beliefs regarding cervical cancer screening among Korean American women. J Transcult Nurs. 2012 Jul; 23(3): 237-245.
21. Ward KK, Roncancio AM, Breitkopf CR. The influence of cultural adaptation and sexual risk behaviors on cervical cytology in a Hispanic population. Am J Obstet Gynecol. 2010 Dec; 203(6): 549.e1-7.
22. Otero L, Sanz B, Blasco T. Early detection of cervical cancer according to the discourses of primary care midwives in Segovia, Spain. Rev Saude Publica. 2011 Oct; 45(5): 824-830.
23. Fang DM, Baker DL. Barriers and facilitators of cervical cancer screening among women of Hmong origin. J Health Care Poor Underserved 2013 May; 24(2): 540-555.
24. Nguyen-Truong CK, Lee-Lin F, Leo MC, Gedaly-Duff V, Nail LM, Wang PR, Tran T. A community-based participatory research approach to understanding pap testing adherence among Vietnamese American immigrants. J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012 Nov-Dec; 41(6): E26-40.
25. Johnson CE, Mues KE, Mayne SL, Kiblawi AN. Cervical cancer screening among immigrants and ethnic minorities: a systematic review using the Health Belief Model. J Low Genit Tract Dis. 2008 Jul; 12(3): 232-241.
26. Watts L, Joseph N, Velazquez A, Gonzalez M, Munro E, Muzikansky A, Rauh-Hain JA, Del Carmen MG. Understanding barriers to cervical cancer screening among Hispanic women. Am J Obstet Gynecol. 2009 Aug; 201(2): 199.e1-8.
27. Decker KM, Turner D, Demers AA, Martens PJ, Lambert P, Chateau D. Evaluating the effectiveness of cervical cancer screening invitation letters. J Womens Health (Larchmt) 2013 Aug; 22(8): 687-693.
28. Gor BJ, Chilton JA, Camingue PT, Hajek RA. Young Asian Americans' knowledge and perceptions of cervical cancer and the human papillomavirus. J Immigr Minor Health 2011 Feb; 13(1): 81-86.
29. Gu C, Chan CW, He GP, Choi KC, Yang SB. Chinese women's motivation to receive future screening: the role of social-demographic factors, knowledge and risk perception of cervical cancer. Eur J Oncol Nurs. 2013 Apr; 17(2): 154-161.
30. Montgomery K, Bloch JR. The human papillomavirus in women over 40: implications for practice and recommendations for screening. J Am Acad Nurse Pract. 2010 Feb;22(2):92-100.
31. Waller J, Jackowska M, Marlow L, Wardle J. Exploring age differences in reasons for nonattendance for cervical screening: a qualitative study. BJOG 2012 Jan; 119(1): 26-32.
32. Gu C, Chan CW, Twinn S, Choi KC. The influence of knowledge and perception of the risk of cervical cancer on screening behavior in mainland Chinese women. Psychooncology. 2012 Dec; 21(12): 1299-1308.

33. Esin MN, Bulduk S, Ardic A. Beliefs about cervical cancer screening among Turkish married women. J Cancer Educ. 2011 Sep; 26(3): 510-515.
34. Jia Y, Li S, Yang R, Zhou H, Xiang Q, Hu T, Zhang Q, Chen Z, Ma D, Feng L. Knowledge about cervical cancer and barriers of screening program among women in Wufeng County, a high-incidence region of cervical cancer in China. PLoS One. 2013 Jul 2; 8(7): e67005
35. Paz-Soldán VA, Nussbaum L, Bayer AM, Cabrera L. Low knowledge of cervical cancer and cervical pap smears among women in Peru, and their ideas of how this could be improved. Int Q Community Health Educ. 2010-2011; 31(3): 245-263.
36. Huchko MJ, Bukusi EA, Cohen CR. Building capacity for cervical cancer screening in outpatient HIV clinics in the Nyanza province of western Kenya. Int J Gynaecol Obstet. 2011 Aug; 114(2): 106-110.
37. Luque JS, Tyson DM, Markossian T, Lee JH, Turner R, Proctor S, Menard J, Meade CD. Increasing cervical cancer screening in a Hispanic migrant farmworker community through faith-based clinical outreach. J Low Genit Tract Dis. 2011 Jul; 15(3): 200-204.
38. Kwok C, White K, Roydhouse JK. Chinese-Australian women's knowledge, facilitators and barriers related to cervical cancer screening: a qualitative study. J Immigr Minor Health. 2011 Dec; 13(6): 1076-1083.
39. Jackowska M, von Wagner C, Wardle J, Juszczyk D, Luszczynska A, Waller J. Cervical screening among migrant women: a qualitative study of Polish, Slovak and Romanian women in London, UK. J Fam Plann Reprod Health Care. 2012 Oct; 38(4): 229-238.
40. Abdullahi A, Copping J, Kessel A, Luck M, Bonell C. Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. Public Health. 2009 Oct; 123(10): 680-685.
41. Waller J, Bartoszek M, Marlow L, Wardle J. Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. J Med Screen. 2009; 16(4): 199-204.
42. Logan L, McIlfatrick S. Exploring women's knowledge, experiences and perceptions of cervical cancer screening in an area of social deprivation. Eur J Cancer Care (Engl). 2011 Nov; 20(6): 720-727.
43. McFarland DM. Beliefs about the causes of cervical cancer in Botswana: implications for nursing. Int Nurs Rev. 2009 Dec; 56(4): 426-432.
44. Smith JL, Wilson KM, Orians CE, Byrd TL. AMIGAS: building a cervical cancer screening intervention for public health practice. J. Womens Health (Larchmt) 2013 Sep; 22(9): 718-723.
45. Cerigo H, Macdonald ME, Franco EL, Brassard P. Inuit women's attitudes and experiences towards cervical cancer and prevention strategies in Nunavik, Quebec. Int J Circumpolar Health 2012 Mar 19; 71: 179- 196.
46. Luque JS, Castañeda H, Tyson DM, Vargas N, Proctor S, Meade CD. HPV awareness among Latina immigrants and Anglo American women in the Southern U.S.: cultural models of cervical cancer risk factors and beliefs. NAPA Bull. 2010 Nov 1; 34(1): 84-104.
47. Tsui J, Tanjasiri SP. Cervical cancer screening among Thai women in Northern California. J Womens Health (Larchmt) 2008 Apr; 17(3): 393-401.
48. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research and Department of Chronic Diseases and Health Promotion. Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice. 2006.p. 284. www.who.int/entity/cancer/publications/9241547006/en/

9 Bijlagen

9.1 Bijlage 1 : Visgraatanalyse



figuur 1: visgraatdiagram: baarmoederhalskankerscreening

9.2 Bijlage 2: Informed consent en vragenlijst 1

Studie over "optimalisatie van baarmoederhalskankerscreening in een multiculturele huisartsenpraktijk": informed consent

If you don't understand Dutch, please ask the doctor to help you
Si vous ne comprenez pas le néerlandais, demandez l'aide du médecin.

Beste Mevrouw,

Deze vragenlijst kadert in een kwaliteitscontrole van de praktijk. Wij zouden u graag vragen om deze in te vullen. Het doel van dit onderzoek is nagaan wat de kennis en de visie is over baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen tussen 25 en 64 jaar. Er wordt nagegaan waarom vrouwen zich al dan niet laten screenen.

De arts zal u tijdens de consultatie informeren over baarmoederhalskankerscreening aan de hand van een folder. Er zal onderzocht worden of het geven van deze informatie effect heeft op de screeningsdeelname. Na het lezen van de folder, dient u nog kort 5 vraagjes te beantwoorden.
Na afloop van deze enquête vragen we u of we uw deelname in ons medisch dossier mogen noteren met de term "Deelname aan de enquête baarmoederhalskanker" voor de latere verwerking van de gegevens. Dit mag u uiteraard weigeren.

Vóór analyse van de vragenlijst wordt dit blad van uw antwoorden gescheiden, zodat deze volledig anoniem verwerkt zullen worden. U kan het eerste blad zelf losscheuren en apart in de antwoordbus steken.

We wensen te benadrukken dat deelname aan dit onderzoek volkomen los staat van de arts-patiënt relatie en deze op geen enkele manier zal beïnvloeden. Uw deelname aan deze studie is geheel vrijblijvend en u kan uw deelname te allen tijden stopzetten zonder dat dit gevolgen heeft op uw verdere medische behandeling. Uw deelname houdt geen enkel risico in, mogelijks haalt u er zelf voordeel uit: u krijgt namelijk extra informatie over baarmoederhalskankerscreening.

We staan steeds ter uwer beschikking, wanneer u nog vragen heeft of moeilijkheden ondervindt bij het invullen van de enquête.

Dr. Sofie De Becker en Dr. Roger Renders

(Contactgegevens: te couwelaarlei 86 te Deurne telefoonnummer 03/ 325 89 65)

Informed consent:

Ik, …….(*naam invullen*) begrijp dat in het kader van dit onderzoek anoniem gegevens ingezameld en verwerkt worden en ga hiermee vrijwillig akkoord.

Opgemaakt op ….. / ….. / 2013 te …….

Handtekening

Studie over "optimalisatie van baarmoederhalskankerscreening in een multiculturele huisartsenpraktijk": vragenlijst 1

Hieronder volgt een korte vragenlijst. Kruis aan, wat past.

Persoonlijke gegevens

Leeftijd: □ 25-34 □ 35-44 □ 45-54 □ 56-64

Burgerlijke stand: □ Gehuwd □ Vaste relatie □ Alleenstaand □ Weduwe

Hoogst behaalde diploma: □ Geen □ Lagere school □ Middelbare school
□ Hoge school □ Universiteit

Beroep: □ Zelfstandige □ Bediende □ Arbeidster □ Studente □ Huisvrouw
□ Werkzoekend □ Invaliditeit □ OCMW afhankelijk □ Andere: ……

Nationaliteit: …….. Moeder/vaderland: ……..
Hoe lang verblijft u al in België? □ minder dan 5 jaar □ tussen de 5 en 10 jaar
□ tussen de 10 en 20 jaar □ langer dan 20 jaar
□ levenslang

Moedertaal: ……..
Dagelijkse spreektaal: □ Nederlands □ Frans □ Engels □ Andere taal

Medische gegevens

Gemiddeld aantal bezoeken per jaar aan uw huisarts? □ 1 □ 2
□ 3 □ >3

Bezoek aan gynaecoloog? □ Nooit □ Enkel bij zwangerschap en bevalling
□ 1 keer om de 2 jaar □ 1keer per jaar
□ Meerdere malen per jaar

Bent u nu zwanger? □ Ja □ Nee

Bent u gevaccineerd voor HPV (het humaan papilloma virus is het virus dat baarmoederhalskanker kan veroorzaken. Het vaccin is beschikbaar in België sinds 2007)? □ Ja □ Nee
Zo ja, door wie? □ huisarts □ school □ gynaecoloog

Werd uw Baarmoeder verwijderd? □ Ja □ Nee

Seksueel actief? □ Ja □ Nee □ Nu even niet

Werden er ooit afwijkingen aan de baarmoederhals vastgesteld? □ Ja □ Nee

Kennis over baarmoederhalskanker en het uitstrijkje

Hoeveel % van de totale bevolking komt in aanraking met het humaan papilloma virus (HPV)?
□ 1-5 % □ 20% □ 50% □ 80% □ 100%

Als je besmet bent met dit virus, heb je sowieso symptomen?
□ Ja □ Nee □ Ik weet het niet

Als het virus uiteindelijk baarmoederhalskanker veroorzaakt, heb je sowieso symptomen?
□ Ja □ Nee □ Ik weet het niet

Het nemen van een uitstrijkje kan het sterfteaantal ten gevolge van baarmoederhalskanker doen dalen.
□ Ja □ Nee □ Ik weet het niet

Na vaccinatie voor HPV dient er geen uitstrijkje meer genomen te worden
□ Ja □ Nee □ Ik weet het niet

Hoe vaak dient een uitstrijkje genomen te worden?
□ 1 keer per jaar □ 2 keer per jaar □ 1 keer om de 3 jaar □ 1 keer om de 5 jaar
□ alleen bij klachten □ nooit

Afname van een uitstrijkje

Liet u reeds een uitstrijkje nemen? □ Ja □ Nee

Indien u 'ja' koos, ga naar **STAP 1**.
Indien u koos voor 'nee', ga naar **STAP 2**.

STAP 1: INDIEN U ANTWOORDDE DAT U REEDS EEN UITSTRIJKJE LIET NEMEN

Wat was de datum van uw laatste uitstrijkje? ……/……/……

Door wie werd het uitgevoerd? □ huisarts □ gynaecoloog

Weet u dat uw huisarts ook uitstrijkjes kan afnemen? □ Ja □ Nee

Indien u het niet door huisarts liet uitvoeren, waarom niet? ……

……

……

……

Hoe vaak laat u een uitstrijkje uitvoeren? □ ≤ 1 keer om de 3 jaar □ 1 keer om de 2 jaar
□ 1 keer per jaar □ 2keer per jaar □ eenmalig

Indien u eenmalig aankruiste, ga naar stap 2.
Anders, is deze enquête voor u afgelopen. Hartelijk dank voor uw medewerking!

STAP 2: INDIEN U ANTWOORDDE DAT U NOOIT of SLECHTS EENMALIG EEN UITSTRIJKJE LIET NEMEN

Wat hield/houdt u tegen om dit (meermaals) te doen? *(hieronder zijn enkele mogelijke redenen in willekeurige aangegeven, u mag er meerdere aanduiden)*

□ Ik loop geen risico.
□ Ik ben nog nooit seksueel actief geweest.
□ Ik ben post-menopauzaal: dus dit is niet meer nodig.
□ Ik heb geen symptomen, dus het is niet nodig.
□ Ik heb een mannelijke arts.
□ Ik heb angst voor het resultaat.
□ Er is toch geen goede therapie. Als ik het heb, sterf ik toch. Dus weet ik het liever niet.
□ Ik heb angst voor pijn.
□ Ik heb geen tijd.
□ Het werd me nooit voorgesteld.
□ Ik had er nog nooit van gehoord.
□ Het is te duur.
□ Ik had een slechte ervaring bij mijn eerste uitstrijkje.
□ Andere reden, specifieer: ……..

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Het uitstrijkje

14. HOE GEBEURT EEN UITSTRIJKJE?

De dokter opent voorzichtig de vagina met een instrument van metaal of plastic. Zo kan de dokter de mond van de baarmoeder goed zien. De dokter verzamelt met een borsteltje voorzichtig wat slijm met cellen van de baarmoedermond. De dokter laat de cellen onderzoeken in een lab.

15. WIE MOET EEN UITSTRIJKJE LATEN NEMEN?

Vrouwen tussen 25 en 64 jaar moeten om de 3 jaar een uitstrijkje laten nemen. Dat kan bij de huisarts of bij de gynaecoloog.

16. IS EEN UITSTRIJKJE NODIG ALS U AL EEN VACCIN KREEG?

Ja, dat is nodig. Waarom?

- Het vaccin beschermt niet tegen alle soorten van het virus.
- Als u al seks had voordat u het vaccin kreeg, dan kan u al besmet zijn met een van de twee gevaarlijke soorten virus. Het vaccin beschermt alleen maar tegen de soorten waarmee u nog niet besmet bent.

Het vaccin bestaat nog maar enkele jaren. Dokters weten nog niet hoelang het vaccin beschermt. Het is daarom erg belangrijk dat vrouwen vanaf 25 jaar om de 3 jaar een uitstrijkje laten nemen. Alleen op die manier kan de dokter vervormde cellen vinden.

17. TIPS ALS U EEN UITSTRIJKJE LAAT NEMEN

- U laat het best een uitstrijkje nemen bij een dokter bij wie u zich op uw gemak voelt. U kiest zelf of de dokter een man of een vrouw is.
- Het onderzoek gaat makkelijker als uw blaas leeg is en als u uw buik ontspant. Ga daarom net voor het onderzoek naar het toilet.
- U heeft het best 48 uur voor het onderzoek geen seks. Vermijd ook vaginale douches, crèmes die sperma doden, zeep voor de vagina, enz. Al die zaken kunnen een invloed hebben op de uitslag van het onderzoek.
- Heeft u pijn tijdens de seks of had u pijn bij een vorig onderzoek? Zeg dat dan tegen de dokter. Zij of hij kan dan een kleiner instrument gebruiken om uw vagina te openen.
- U kunt na het uitstrijkje wat bloed verliezen. Dat is normaal. U hoeft zich daar geen zorgen over te maken.

18. WANNEER LAAT U GÉÉN UITSTRIJKJE NEMEN?

U laat geen uitstrijkje nemen als:

- u uw menstruatie (maandstonden) heeft
- u zwanger bent
- u net bevallen bent
- u borstvoeding geeft
- u een infectie heeft aan uw vagina. U merkt een infectie op als u bloed of veel slijm verliest. U moet de infectie eerst laten behandelen.
- uw baarmoeder en baarmoederhals zijn weggenomen. Een uitstrijkje is dan niet meer nodig.

19. WAT GEBEURT ER ALS DE DOKTER VERVORMDE CELLEN IN HET UITSTRIJKJE VINDT?

U hoeft u zich geen zorgen te maken. De dokter zal na enkele maanden opnieuw een uitstrijkje nemen. De kans is groot dat er dan geen vervormde cellen meer zijn. Het lichaam heeft de cellen dan zelf opgeruimd. Dat kan 1 tot 1,5 jaar duren. Vindt de dokter nadien nog vervormde cellen? Dan zal hij of zij u verder onderzoeken.

Een uitgave van de Vlaamse Liga tegen Kanker. Koningsstraat 217, 1210 Brussel – Tel. 02/227.69.69 – Fax 02/223.22.00 – http://www.tegenkanker.be – Rek.nr. 488-6666666-84
De Vlaamse Liga tegen Kanker is de organisatie achter de campagne Kom op tegen Kanker – Verantwoordelijke uitgever: Leo Leys. Koningsstraat, 217, 1210 Brussel

Baarmoederhalskanker voorkomen en ontdekken

Wilt u meer weten over hoe u baarmoederhalskanker kunt voorkomen en vroeg ontdekken?

Lees dan zeker deze folder. U vindt er meer info over deze kanker, het uitstrijkje, het 'humaan papilloma' virus (HPV) en het vaccin tegen dit virus.

Baarmoederhalskanker

1. WAT IS DE BAARMOEDERHALS?

De baarmoeder is het orgaan waarin een bevruchte eicel uitgroeit tot een baby. De baarmoeder heeft onderaan een hals en een mond. Die verbinden de baarmoeder met de vagina.

2. WAT IS BAARMOEDERHALSKANKER?

In de hals en de mond van de baarmoeder zit slijmvlies. Dat slijmvlies bestaat uit cellen. De cellen in de mond zijn niet dezelfde als de cellen in de hals. Baarmoederhalskanker ontstaat meestal op de plaats waar die twee soorten cellen in elkaar overgaan.

Ontstaan en voorkomen

3. HOE ONTSTAAT BAARMOEDERHALSKANKER?

Baarmoederhalskanker krijgt u door het 'humaan papilloma' virus (HPV). Dat virus kunt u krijgen door vaginale of anale seks met iemand die het virus heeft. Zowel vrouwen als mannen kunnen besmet zijn met het virus en het virus doorgeven aan iemand waarmee ze seks hebben. Het virus kan zich ook langs de vingers en handen verspreiden. U kunt daarom al besmet raken door contact met de huid dicht bij de vagina of penis.

Er bestaan meer dan 150 soorten van het virus HPV. Niet alle soorten veroorzaken kanker. Er zijn ook soorten die wratten veroorzaken. Meestal verdwijnt het virus vanzelf, net zoals ook een verkoudheid vanzelf overgaat. Maar bij enkele vrouwen blijft het virus lange tijd in het lichaam, zonder dat ze daar iets van merken. Het virus kan er dan voor zorgen dat de cellen van de baarmoederhals een andere vorm krijgen. Op dat moment heeft de vrouw nog geen kanker. Ze kan nog altijd zonder behandeling genezen. Maar bij enkele vrouwen worden die vervormde cellen echte kankercellen. Dat gebeurt heel traag. Het duurt meestal 10 tot 15 jaar voor het virus kanker veroorzaakt. Uiteindelijk krijgt 1 op de 100 besmette vrouwen kanker als ze zich niet laat behandelen.

Hoe meer de cellen verschillen van normale cellen, hoe groter de kans dat er een kanker ontstaat die ook doordringt naar plaatsen die in de buurt van de baarmoederhals liggen.

4. HOE KUNT U VOORKOMEN DAT U BESMET RAAKT MET HET 'HUMAAN PAPILLOMA' VIRUS (HPV)?

Met een condoom heeft u minder kans dat u besmet raakt met het virus. Maar een condoom beschermt niet volledig. Mannen die besneden zijn, geven het virus minder makkelijk door.

U kunt het virus nooit krijgen:
- als u in uw hele leven geen enkele vorm van seks hebt.
- als u uw hele leven met maar één partner seks heeft gehad en hij of zij ook alleen met u.

Sinds enkele jaren kunt u zich ook laten vaccineren tegen het virus. Een vaccin beschermt u niet tegen alle soorten HPV. Maar het vaccin beschermt wel tegen de 2 gevaarlijkste soorten van het virus. Er zijn 2 vaccins gemaakt die tegen deze 2 gevaarlijke soorten beschermen.

1 daarvan beschermt ook nog tegen 2 andere soorten die wratten op de geslachtsdelen veroorzaken. Die wratten veroorzaken geen baarmoederhalskanker, maar ze kunnen wel erg vervelend zijn.

5. HET VIRUS BESTRIJDEN

Er bestaan geen medicijnen die HPV doden. Er zijn wel 2 vaccins gemaakt. 3 spuitjes van 1 vaccin voorkomen dat u besmet raakt met de 2 gevaarlijkste soorten van het virus. Die soorten veroorzaken de meeste gevallen van baarmoederhalskanker. De vaccins helpen alleen als u nog niet besmet bent met die twee soorten. Bent u al besmet met 1 van de 2 soorten? Dan helpt het vaccin wel nog tegen de andere gevaarlijke soort..

6. VOOR WIE ZIJN DE VACCINS BEDOELD?

Op jonge leeftijd reageert het lichaam het best op het vaccin. U kunt bovendien al besmet raken vanaf de eerste keer dat u seks hebt. Daarom laten meisjes zich het best vaccineren op jonge leeftijd. Vaccineren kan vanaf 12 jaar.

Het vaccin is ook nuttig voor meisjes die al seks hebben. Het beschermt namelijk tegen 2 gevaarlijke soorten van het virus die baarmoederhalskanker veroorzaken. Ook als u besmet bent met de ene soort, blijft het vaccin belangrijk. Het beschermt dan nog altijd tegen de andere gevaarlijke soort waarmee u nog niet besmet bent.

De overheid betaalt een groot deel van het vaccin terug voor meisjes van 12 tot 18 jaar. De overheid zal vanaf het najaar 2010 alle meisjes uit het eerste middelbaar in scholen in Vlaanderen gratis laten inenten met het vaccin.

Bent u ouder dan 18 jaar? Dan kan een vaccin ook nog nuttig zijn. U krijgt meer info bij uw dokter. Wie ouder is dan 18 moet het vaccin wel volledig zelf betalen.

7. ZET HET VACCIN AAN TOT SEKS?

Sommige ouders maken zich zorgen over het vaccin. Ze denken dat het vaccin een reden is om hun dochter op jonge leeftijd seks te laten hebben. Dat is natuurlijk niet zo. Het vaccin is belangrijk voor later, ook al hebben meisjes nu geen seks. Het lichaam reageert op jonge leeftijd het best op het vaccin. Meisjes hebben dan minder kans om later baarmoederhalskanker te krijgen.

Let op: het vaccin beschermt alleen tegen HPV. Het beschermt niet tegen andere ziekten die mensen door seks overdragen, zoals het hiv-virus (dat aids veroorzaakt). HPV en hiv hebben niets met elkaar te maken! Dus met een condoom vrijen blijft altijd belangrijk.

8. HOE GEBEURT DE VACCINATIE?

Elke dokter kan u het vaccin voorschrijven. U kunt het vaccin dan kopen in de apotheek. De dokter geeft 3 spuitjes in een periode van 6 maanden. De dokter spuit het vaccin in de arm. Een onderzoek van de baarmoederhals door de dokter is niet nodig.

De overheid zal vanaf het najaar 2010 alle meisjes uit het eerste middelbaar in scholen in Vlaanderen laten inenten met het vaccin. Dat is dan gratis. Het vaccin is niet verplicht. U moet dus nog wel uw toestemming geven.

9. HOE GROOT IS DE KANS OP BAARMOEDERHALSKANKER?

Iedereen die seks heeft, kan besmet raken met het virus. Eén partner is genoeg om besmet te raken. Zowel mannen als vrouwen kunnen besmet zijn met het virus. Meestal merken ze niets van de besmetting. Het virus verdwijnt gewoon vanzelf, net zoals ook een verkoudheid meestal vanzelf overgaat. Er zijn maar weinig vrouwen die baarmoederhalskanker krijgen.

10. WIE HEEFT MEER KANS OM DEZE KANKER TE KRIJGEN?

Alle vrouwen die besmet met het virus raken, kunnen deze kanker krijgen. Maar sommige zaken maken de kans groter. Aan sommige kunt u niets doen. Maar aan andere kunt u wel iets doen.

Leeftijd: vrouwen tussen 30 en 65 jaar hebben meer kans om deze kanker te krijgen.
Aantal partners: vrouwen die zelf of van wie de partner seks met meerdere partners hadden, hebben meer kans om besmet te raken met het virus. Toch is één keer seks al genoeg om besmet te raken met het virus. Het betekent dus niet dat wanneer een vrouw baarmoederhalskanker heeft, zij of haar partner 'dus' meerdere partners hebben gehad!
Seks op jonge leeftijd: de baarmoederhals verandert nog bij jonge meisjes. Daardoor kunnen ze sneller infecties krijgen.
Roken: rokers hebben minder weerstand tegen ziekte.
Zwakke weerstand: vrouwen met een zwakke weerstand genezen minder snel van een virus.
Geen uitstrijkje : vrouwen die nooit een uitstrijkje laten nemen bij een gynaecoloog of huisdokter, hebben meer kans om deze kanker te krijgen. (onder punt D leest u meer over het uitstrijkje)

C. Baarmoederhalskanker ontdekken

11. WELKE TEKENEN KUNNEN WIJZEN OP BAARMOEDERHALSKANKER?

In het begin merkt u helemaal niets wanneer de cellen in de baarmoederhals veranderen. Het eerste wat u merkt is dat u een beetje bloed verliest. Soms laat het bloed alleen wat bruine veegjes in het ondergoed achter. Het gaat hier dan om bloed dat u verliest:
- tussen twee menstruaties (maandstonden),
- tijdens of juist na seks,
- een bloeding na de menopauze. Vrouwen denken dan soms wel eens dat ze opnieuw hun maandstonden krijgen. Maar kreeg een vrouw een jaar niet meer haar maandstonden? Dan is zo'n bloeding geen gewone menstruatie.

Let op: bloedverlies kan ook andere oorzaken hebben dan baarmoederhalskanker. Meestal zijn de oorzaken helemaal niet erg. Toch gaat u dan best eens naar de dokter voor een controle.

12. WAAROM IS HET BELANGRIJK DAT DE DOKTER DE KANKER ZO VROEG MOGELIJK ONTDEKT?

Ontdekt de dokter de kanker vroeg? Dan hebt u meer kans om te genezen. Baarmoederhalskanker is een van de weinige kankers die de dokter gemakkelijk kan ontdekken. De kanker is ook goed en eenvoudig te behandelen als hij vroeg ontdekt wordt.

13. HOE KAN DE DOKTER DE KANKER ONTDEKKEN ?

De dokter kan de vervormde cellen met een uitstrijkje ontdekken. Cellen van de baarmoederhals die lange tijd door HPV besmet zijn, zien er dan anders uit dan normale cellen.

Le frottis

14. COMMENT SE PASSE UN FROTTIS?

Le médecin écarte délicatement les parois du vagin avec un instrument en métal ou en plastique. Le médecin peut ainsi bien voir le canal utérin. Le médecin rassemble délicatement un peu de muqueuse du canal utérin avec une petite brosse. Le médecin fait analyser les cellules prélevées dans un laboratoire.

15. QUI DOIT FAIRE UN FROTTIS?

Les femmes âgées de 25 à 64 ans doivent faire un frottis tous les 3 ans. Elles peuvent le faire chez leur médecin de famille ou chez leur gynécologue.

16. EST-IL NÉCESSAIRE DE FAIRE UN FROTTIS SI VOUS ÊTES DÉJÀ VACCINÉE?

Oui, c'est nécessaire. Pourquoi ?

- Le vaccin ne protège pas contre toutes les sortes de virus.
- Si vous avez déjà eu des rapports sexuels avant de vous faire vacciner, vous risquez d'avoir déjà attrapé une des deux sortes de virus dangereuses. Le vaccin protège uniquement contre les sortes de virus que vous n'avez pas encore attrapées.
- Cela ne fait que quelques années que le vaccin existe. Les médecins ne savent pas encore pendant combien de temps le vaccin protège.

C'est pourquoi il est vraiment important qu'à partir de 25 ans, les femmes fassent un frottis tous les 3 ans. C'est la seule façon pour que le médecin détecte les cellules tranformées.

17. CONSEILS LORSQUE VOUS FAITES UN FROTTIS

- Il vaut mieux faire le frottis chez un médecin avec qui vous vous sentez à votre aise. C'est vous qui choisissez s'il s'agit d'une femme ou d'un homme.
- L'examen est plus facile si vous expirez et détendez votre ventre. Il vaut donc mieux aller aux toilettes juste avant l'examen.
- Il vaut mieux ne pas avoir de rapports sexuels dans les 48 heures qui précèdent l'examen. Evitez également les douches vaginales, les crêmes spermicides, les savons intimes, etc. Toutes ces choses peuvent avoir une influence sur le résultat de l'examen.
- Avez-vous mal lors des rapports sexuels ou avez-vous eu mal lors d'un examen précédent ? Dites-le au médecin. Il ou elle utilisera alors un instrument plus petit pour écarter les parois du vagin.
- Il se peut que vous perdiez un peu de sang après un frottis. C'est normal. Vous ne devez pas vous en faire.

18. QUAND NE FAUT-IL PAS FAIRE DE FROTTIS?

Vous ne faites pas de frottis si :

- Vous êtes réglée (menstruations)
- Vous êtes enceinte
- Vous venez d'accoucher
- Vous allaitez
- Vous avez une infection vaginale. Lorsque vous avez une infection, vous perdez du sang ou beaucoup de glaire. Vous devez d'abord faire traiter l'infection.
- Vous avez subi une ablation de l'utérus et du col de l'utérus. Un frottis n'est plus nécessaire

19. QUE SE PASSE-T-IL LORSQUE LE MÉDECIN DÉCOUVRE DES CELLULES TRANSFORMÉES DANS LE FROTTIS?

Vous ne devez pas vous en faire. Le médecin refera un frottis après quelques mois. Il y a beaucoup de chance qu'il n'y ait alors plus de cellules transformées. Le corps aura alors évacué les cellules transformées par lui-même. Cela peut prendre de un an à un an et demi. Si le docteur trouve encore des cellules transformées par après, il procédera à des examens supplémentaires.

Een uitgave van de Vlaamse Liga tegen Kanker, Koningsstraat 217, 1210 Brussel – Tel. 02/227.69.69 – Fax 02/223.22.00 – http://www.tegenkanker.be – Rek.nr. 488-6666666-84
De Vlaamse Liga tegen Kanker is de organisatie achter de campagne Kom op tegen Kanker – Verantwoordelijke uitgever: Leo Leys, Koningsstraat, 217, 1210 Brussel

Cancer du col de l'utérus: prévention et dépistage

Vouls voulez savoir comment prévenir et dépister rapidement le cancer du col de l'utérus ?

Alors, lisez cette brochure ! Vous y trouverez plus d'informations sur ce cancer, le frottis, le "papillomavirus humain" (HPV) et le vaccin contre ce virus.

Le cancer du col de l'utérus

1. QU'EST-CE QUE LE COL DE L'UTÉRUS?

L'utérus est l'organe dans lequel un ovule fécondé se développe pour devenir un bébé. Le bas de l'utérus se termine par un canal qui traverse le col de l'utérus. Le canal cervical relie l'utérus au vagin.

2. QU'EST-CE QUE LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS?

Le canal et le col de l'utérus sont tapissés de muqueuse. Cette muqueuse est constituée de cellules. Les cellules qui constituent le canal et le col ne sont pas les mêmes. C'est à l'endroit ou ces deux sortes de cellules se rejoignent que la plupart des cancers du col de l'utérus apparaissent.

Apparition et prévention

3. COMMENT APPARAÎT LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS?

Le cancer du col de l'utérus est causé par le papillomavirus humain (HPV). Vous pouvez attraper ce virus au cours d'un rapport sexuel vaginal ou anal avec un partenaire porteur du virus. Tant les femmes que les hommes peuvent être porteur du virus et le transmettre lors d'un rapport sexuel. Le virus peut aussi se transmettre via les doigts et les mains. Vous pouvez donc déjà être contaminé en touchant la peau à proximité du vagin ou du pénis.

Il existe plus de 150 sortes de virus HPV. Toutes les sortes de virus n'entraînent pas un cancer. Certaines sortes de virus causent des lésions. La plupart du temps, le virus disparaît de lui-même, tout comme un rhume passe tout seul. Mais chez certaines femmes, le virus reste longtemps dans l'organisme, sans qu'elles ne s'en rendent compte. Le virus peut alors entraîner une transformation des cellules du col utérin. A ce moment-là, la femme n'a pas encore de cancer. Elle peut encore toujours guérir sans traitement. Mais chez certaines femmes, ces cellules transformées deviennent de véritables cellules cancéreuses. Le processus est très lent. Il faut en général compter de 10 à 15 ans pour que le virus entraîne un cancer. Une femme contaminée sur cent développera finalement un cancer si elle ne se fait pas traiter.

Au plus la différence entre les cellules transformées et les cellules normales est grande, au plus la femme risque de développer un cancer qui se propage également aux régions voisines du col de l'utérus.

4. COMMENT SE PROTÉGER CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HPV)?

Le préservatif réduit le rique de contamination. Mais un préservatif ne protège pas complètement. Les hommes circoncis risquent moins de transmettre le virus.

Il est possible de ne jamais attraper le virus:

- si vous n'avez aucune forme de rapports sexuels tout au long de votre vie.
- si vous n'avez de rapports sexuels qu'avec un(e) seul(e) partenaire tout au long de votre vie et que ce/cette dernière n'a de rapports sexuels qu'avec vous.

Depuis quelques années, vous pouvez également vous faire vacciner contre le virus. Un vaccin ne protège pas contre toutes les sortes d'HPV. Mais il protège bien contre les deux sortes de virus les plus dangereuses. Il existe deux vaccins qui protègent contrent ces deux sortes de virus dangereuses. L'un d'eux protège également contre deux autres sortes de virus qui entraînent des lésions aux organes génitaux. Ces lésions n'entraînent pas de cancer du col de l'utérus mais peuvent être extrèmement gênantes.

5. LA LUTTE CONTRE LE VIRUS

Il n'existe pas de médicaments qui tuent les HPV. Deux vaccins ont tout de même été développés. Trois injections d' un de ces vaccins protègent contre les deux sortes de virus les plus dangereuses. Ces deux sortes de virus sont responsables de la majorité des cas de cancer du col de l'utérus. Les vaccins ne vous protègent que si vous n'avez pas encore attrapé une de ces deux sortes de virus. Avez-vous déjà attrapé une de ces deux sortes de virus ? Si oui, le vaccin vous protègera alors tout de même contre l'autre sorte...

6. A QUI SONT DESTINÉS CES VACCINS?

Au plus on est jeune, au mieux le corps réagit au vaccin. De plus, il suffit d'un rapport sexuel pour être contaminé. Les jeunes filles ont donc intérêt à se faire vacciner quand elles sont jeunes. La vaccination peut se faire dès 12 ans.

Le vaccin est aussi utile pour les jeunes filles qui ont déjà eu des rapports sexuels. Il protège en effet contre deux sortes dangereuses de virus qui sont responsables du cancer du col de l'utérus. Même si vous avez déjà attrapé une sorte de virus, le vaccin reste important. Dans ce cas, il vous protègera encore toujours contre l'autre sorte dangereuse de virus que vous n'avez pas encore attrapée.

Le gouvernement rembourse une grande partie du vaccin pour les jeunes filles de 12 à 18 ans. A partir de l'automne 2010, le gouvernement fera vacciner gratuitement toutes les jeunes filles de première année secondaire dans les écoles néerlandophones.

Etes-vous âgée de plus de 18 ans ? Alors, cela peut encore valoir la peine de vous faire vacciner. Vous recevrez plus d'informations chez votre médecin. Le vaccin n'est cependant pas remboursé pour les femmes âgées de plus de 18 ans.

7. LE VACCIN INCITE-T-IL À AVOIR DES RAPPORST SEXUELS?

Le vaccin inquiète certains parents. Ces-derniers pensent que le vaccin incitera leur fille à avoir des rapports sexuels précoces. Ce n'est bien sûr pas le cas. Le vaccin est important pour l'avenir, même si les jeunes filles n'ont pas de rapports sexuels pour le moment. Au plus on est jeune, au mieux le corps réagit au vaccin. Les jeunes filles qui se font vacciner risquent moins de développer plus tard un cancer du col de l'utérus.

Attention: le vaccin protège uniquement contre les virus HPV. Il ne protège pas contre les autres maladies sexuellement transmissibles, comme le virus HIV (responsable du sida). Les virus HPV et HIV n'ont rien à voir ! Il reste donc important de porter un préservatif lors des rapports sexuels.

8. COMMENT SE PASSE LA VACCINATION?

Tous les docteurs peuvent vous prescrire le vaccin. Vous pouvez ensuite acheter le vaccin en pharmacie. Le docteur procède à trois injections sur une période de six mois. Le docteur injecte le vaccin dans le bras. Le docteur n'a pas besoin d'examiner le col de l'utérus.

A partir de l'automne 2010, le gouvernement fera gratuitement vacciner toutes les jeunes filles de la première année secondaire dans les écoles néerlandophones. Le vaccin n'est pas obligatoire. Vous devrez donc encore donner votre accord.

9. QUELS SONT LES RISQUES DE DÉVELOPPER UN CANCER DU COL DE L'UTÉRUS?

Toute personne ayant des rapports sexuels risque d'attraper le virus. Il suffit d'un partenaire pour être contaminé. Tant les hommes que les femmes peuvent attraper le virus. La plupart du temps, ils ne remarquent rien. Le virus disparaît simplement de lui-même, tout comme un rhume passe généralement tout seul. Il n'y a qu'un petit nombre de femmes qui développent un cancer du col de l'utérus.

10. QUELLES SONT LES PERSONNES À RISQUE?

Toutes les femmes qui attrapent le virus peuvent développer un cancer. Mais plusieurs facteurs augmentent les risques: certains sur lesquels vous n'avez aucune prise, d'autres contre lesquels vous pouvez agir.

L'âge: les femmes âgées de 30 à 65 ans ont plus de risques de développer un cancer.
Le nombre de partenaires: les femmes qui ont (ou dont le partenaire a) plusieurs partenaires sexuels ont plus de risques d'attraper le virus. Cependant, il suffit d'un rapport sexuel pour être contaminé par le virus. Lorsqu'une femme développe un cancer du col de l'utérus, cela ne signifie donc pas qu'elle ou que sont partenaire ont eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires !
Les rapports sexuels précoces: le col de l'utérus se modifie encore chez les jeunes filles. Elles risquent donc de développer des infections plus rapidement.
La cigarette: les fumeurs résistent moins bien aux maladies.
L'immunité: les femmes qui ont une faible immunité se remettent moins vite d'un virus.
L'absence de frottis: les femmes qui ne font jamais de frottis chez un gynécologue ou un généraliste courent davantage de risque de développer ce cancer (au point D vous trouverez plus d'informations sur le frottis)

Dépistage

11. QUELS SONT LES SYMPTÔMES D'UN CANCER DU COL DE L'UTÉRUS?

Au début, vous ne remarquez absolument rien lorsque les cellules du col de l'utérus se transforment. La première chose que vous constatez, c'est que vous perdez un peu de sang. Parfois, il ne s'agit que de petites traces brunâtres que vous remarquez dans vos sous-vêtements.

Il s'agit ici de saignements:

- entre deux menstruations (règles),
- pendant ou juste après les rapports sexuels,
- après la ménopause. Les femmes croient alors parfois qu'elles sont à nouveau réglées. Mais si une femme n'a plus été réglée depuis un an, un tel saignement est anormal.

Attention: d'autres raisons peuvent expliquer ces saignements. Cela ne signifie pas nécessairement que vous avez un cancer de l'utérus. La plupart du temps, ce n'est pas grave du tout. Mais il vaut toujours mieux se rendre chez le médecin pour faire un contrôle.

12. POURQUOI EST-IL IMPORTANT QUE LE MÉDECIN DÉPISTE LE CANCER LE PLUS TÔT POSSIBLE?

Si le médecin dépiste le cancer à un stade peu avancé, vous avez plus de chances de guérison. Le cancer du col de l'utérus est l'un des rares cancers que le médecin peut dépister facilement. Il est également facile et recommandé de traiter le cancer à un stade peu avancé.

13. COMMENT LE MÉDECIN PEUT-IL DÉPISTER LE CANCER?

Le docteur peut découvrir les cellules transformées grâce au frottis. Les cellules du col de l'utérus qui ont été longtemps contaminées par un virus HPV ont un aspect différent de celui des cellules normales.

د- المسحة (اللطاخة)

14- كيف يتم إجراء المسحة (اللطاخة)؟

يفتح الطبيب المهيل بحذر مستخدما اداة معدنية أو بلاستيكية، مما يمكنه من رؤية عنق الرحم جيدا. يجمع الطبيب بحذر وبمساعدة فرشاة بعض من المادة المخاطية و خلايا من عنق الرحم. يرسل الطبيب المسحة (اللطاخة) ليتم تحليلها في المختبر.

15-من عليها الخضوع لإجراء المسحة (اللطاخة)؟

يجب على جميع السيدات اللواتي تتراوح أعمارهن بين الـ 25 عاما والـ 64 عاما الخضوع لإجراء المسحة (اللطاخة) بشكل دوري كل 3 سنوات. ويمكن للطبيب العام كما الطبيب النسائي أن يقوم بإجرائها.

16- هل المسحة (اللطاخة) مفيدة لمن سبق لها وأخذت اللقاح؟

أجل، إن الخضوع لإجراء المسحة (اللطاخة) ناجما للأسباب التالية:

- لا يحمي اللقاح من جميع أنواع الفيروس.
- قد تكوني مصابة بأحد النوعين الخطيرين من الفيروس في حال كان لديك علاقة حميمة قبل أن تأخذي اللقاح، وفي هذه الحالة يحميك اللقاح من أنواع الفيروس الأخرى، والتي لم تصابي بها بعد.
- اللقاح متواجد منذ بضعة سنوات فقط، والأطباء لا يعرفون حتى الآن المدة التي قد يحمي اللقاح بها من الفيروس.

ولهذه الأسباب فإنه من الضروري جدا أن تخضع السيدات بدءا من سن الـ 25 لإجراء المسحة (اللطاخة) وبشكل دوري كل 3 سنوات. فهذه هي الطريقة الوحيدة التي قد تمكن الطبيب من اكتشاف الخلايا المتغيرة الشكل.

17- نصائح في حال اردت الخضوع لإجراء المسحة (اللطاخة)

- من المستحسن أن تذهبي لدى طبيب تعرفيه وتثقين به ليجري لك المسحة (اللطاخة). اختاري طبيبك أو طبيبتك بنفسك
- يتم إجراء المسحة بشكل أسهل في حال كانت مثانتك فارغة وبطنك غير منتفخ. عليك إذا الذهاب إلى دورة المياه قبل الخضوع للمسحة (اللطاخة).
- من المستحسن عدم القيام بعلاقة حميمة قبل 48 ساعة من إجراء المسحة (اللطاخة). تفادي أيضا الحقنات المهبلية، والمراهم التي تقتل الحيوان المنوي. غسل المهبل بالصابون، الخ... كل ما ورد ذكره قد يؤثر على نتيجة التحليل.
- هل انتابك الألم لدى قيامك بفحص سريري سابق؟ أيتابك الألم خلال العلاقة الحميمة؟ أخبري طبيبك بذلك ليقوم باستخدام أدوات أصغر لفتح المهبل.
- لا تقلقي إذا ما فقدت القليل من الدم بعد الخضوع للمسحة (اللطاخة) فهذا أمر طبيعي.

18- متى يجب أن تتجنبي إجراء المسحة (اللطاخة)؟

عليك تجنب الخضوع للمسحة (اللطاخة) في الحالات التالية:

- خلال الدورة الشهرية (الطمث).
- خلال فترة الحمل.
- بعد الانجاب بفترة قصيرة.
- خلال فترة الإرضاع.
- إذا ما كان لديك التهاب في المهبل. تلاحظين هذا الالتهاب إذا ما كنت تفقدين دم أوسائل مخاطي. عليك عندها معالجة الالتهاب قبل الخضوع للمسحة (اللطاخة).
- إذا كنت قد استأصلت الرحم وعنق الرحم وفي هذه الحالة المسحة غير ضرورية بتاتا.

19- ماذا يحدث إذا ما اكتشف الطبيب خلايا متغيرة عند اجراء المسحة (اللطاخة)؟

لا تقلقي. سيأخذ الطبيب مجددا منك مسحة أخرى (لطاخة) بعد عدة أشهر. الفرصة كبيرة بأنه لن يجد خلايا متغيرة الشكل. لأن الجسم يستطيع أن ينظف هذه الخلايا بنفسه. وقد تستمر هذه الحالة بين سنة وسنة ونصف.

وسيقوم طبيبك بإجراء تحاليل إضافية إذا ما وجد بعد هذه المدة أنه مازال لديك خلايا متغيرة الشكل.

Een uitgave van de Vlaamse Liga tegen Kanker. Koningsstraat 217, 1210 Brussel – Tel. 02/227.69.69 – Fax 02/223.22.00 – http://www.tegenkanker.be – Rek.nr. 488-6666666-84
De Vlaamse Liga tegen Kanker is de organisatie achter de campagne Kom op tegen Kanker – Verantwoordelijke uitgever: Leo Leys, Koningsstraat, 217, 1210 Brussel

اكتشاف سرطان عنق الرحم و الوقاية منه

تريدين معرفة المزيد عن كيفية الاكتشاف المبكر لسرطان عنق الرحم وعن كيفية الوقاية المبكرة منه؟

إقرأي إذن هذا الكتيب. ففيه ستجدين المزيد من المعلومات عن هذا السرطان، المسحات (اللطاخات)، عن فيروس "الورم الحليمي البشري" (HPV) وعن اللقاح المضاد لهذا الفيروس.

آ- سرطان عنق الرحم

1- ما هو عنق الرحم؟

عنق الرحم هو العضو الذي تنمو فيه البييضة الملقحة إلى أن تصبح جنيناً. يتكون الجزء السفلي من الرحم من عنق وفم. وهذان الأخيران يصلان الرحم بالمهبل.

2- ما هو سرطان عنق الرحم؟

يتواجد على عنق الرحم وفمه غشاءاً مخاطياً مؤلف من خلايا. خلايا فم الرحم تختلف عن تلك التي في عنقه.

إن سرطان عنق الرحم يبدأ عادةً عند نقطة تلاقي هذين النوعين المختلفين من الخلايا.

ب- النشأة والوقاية

3- كيف يتكون سرطان عنق الرحم؟

قد تتعرضين لسرطان عنق الرحم بعد الإصابة بفيروس "الورم الحليمي البشري" (HPV) وينتقل هذا الفيروس عن طريق العلاقات الجنسية مع شخص حامل للفيروس، سواءً كانت الممارسة عبر المهبل أو عبر فتحة الشرج.

تصاب النساء كما الرجال بهذا الفيروس وكلاهما له القدرة على نقل الفيروس إلى شريكهم الجنسي. كما يمكن للفيروس الانتشار عن طريق الأصابع أو الأيدي. وبالتالي يمكن الإصابة بهذا الفيروس عن طريق الاتصال الجلدي بالمنطقة القريبة من المهبل أو القضيب

هناك أكثر من 150 نوعا مختلفاً من فيروس (HPV). وليست جميعها مسببة للسرطان. فهناك أنواع تسبب الثآليل. وغالباً ما يختفي الفيروس من تلقاء نفسه، كما ولو أنه نزلة برد.

قد يبقى الفيروس في أجسام بعض النساء مدة طويلة دون أن يُحدث أية عوارض فيها، مما يتيح له أن يسبب تغيُّر في شكل خلايا عنق الرحم لديهن. وحتى حينه لا تكون السيدة مصابة بالسرطان. وقد تتمكنّ من الشفاء بدون علاج.

إلا أنه وفي حالة بعض النساء قد تتحول الخلايا المتغيرة الشكل إلى خلايا سرطانية. ويحدث هذا التحول ببطء شديد، حيث يحتّاج من 10 إلى 15 سنة قبل أن يتسبب بالسرطان. نهاية، تصاب واحدة من كل 100 سيدة بالسرطان في حال لم يتم علاج الفيروس.

كلما زاد اختلاف شكل الخلايا عن شكلها الأصلي، كلما زاد احتمال الإصابة بالسرطان الذي يتسرب بدوره إلى الخلايا المحيطة بعنق الرحم

4- كيف يمكن تفادي الإصابة بفيروس "الورم الحليمي البشري" (HPV)؟

إن فرص الإصابة بهذا الفيروس تقل عند استخدام الواقي أثناء العلاقات الحميمة. غير أن الواقي لا يشكل حماية كافية. الرجال المطهرون ينقلون العدوى بشكل أقل.

لن تصابي بالفيروس أبدا في الحالتين التاليتين:

- عدم القيام بأيةعلاقة جنسية مدى الحياة.

- حصر العلاقة الجنسية مدى الحياة بشريك واحد فقط. على ألا يكون لهذا الشريك أية علاقة مع شخص آخر.

منذ عدة سنوات، أصبح بإمكانك أخذ لقاحا مضادا لهذا الفيروس. لا يحميك هذا اللقاح من جميع أنواع الـ (HPV)، ولكنه يحميك من الإصابة بأخطر نوعين منه.

طوّر لقاحان مختلفان لحمايتك من هذين النوعين الخطيرين من الفيروس. أحد هذين اللقاحين يحميك أيضاً من نوعين مسببين لثآليل تتشكل على الأعضاء الجنسية. وهما غير مسرطنين غير أنهما مزعجين للغاية.

5- مكافحة الفيروس.

حتى وقتنا الحالي لم يتم اكتشاف دواء يقضي على فيروس الـ (HPV). إلا أنه طوّر لقاحان لحمايتك منه. إن 3 حقنات من لقاح واحد تحميك من الإصابة بأخطر نوعين من هذا الفيروس. وهذان النوعين هما المسببان لأكثر الإصابات بسرطان عنق الرحم.

هذان اللقاحان يساعداك فقط إذا لم تكوني مصابة بهذين النوعين قبلا. أما إذا كنت مصابة بأحد هذين النوعين، فسيحميك اللقاح من الإصابة بالنوع الخطير الثاني.

6- لمن يعطى هذين اللقاحين؟

يستجيب الجسم للقاح بشكل أفضل لدى الأعمار الفتية، مع العلم أنه من الممكن الإصابة بالفيروس في العلاقة الجنسية الأولى. ولهذا السبب يعطى اللقاح للفتيات اليافعات. حيث يمكن إعطاء اللقاح بدءاً من سن الـ 12.

ويفيد اللقاح أيضاً عند الفتيات اللواتي كان لهن مسبقًا علاقة حميمة قبل أخذ اللقاح. إذ أنه يحميهن من نوعين خطيرين من الفيروس قد يسببان سرطان عنق الرحم.

يظل اللقاح مهما في حال كنت مصابة مسبقا بأحد النوعين الخطيرين من الفيروس. حيث أنه يحميك من التعرض للنوع الخطير الثاني.

ترد الحكومة قسما كبيرا من كلفة اللقاح للفتيات اليافعات واللاتي يبلغن من العمر بين الـ 12 إلى الـ 18 سنة. وستقوم الحكومة ابتداء من خريف عام 2010 بإعطاء اللقاح مجانا لفتيات السنة الإعدادية الأولى في المدارس الفلمنكية.

لديك من العمر أكثر من 18 عاما؟ إذا اللقاح يفيدك أيضا. يمكنك الحصول على معلومات إضافية من طبيبك.

من تبلغ أكثر من 18 عاما عليها أن تدفع تكاليف اللقاح كاملة.

7- هل يحث اللقاح على العلاقات الجنسية؟

ينتاب بعض الأهالي القلق من اللقاح، لأنهم يعتقدون أنه السبب في جعل فتياتهم مستعدات للقيام بعلاقة جنسية بسن مبكر.

وهذا ليس بصحيح. حيث أن أهمية اللقاح تأتي في مرحلة لاحقة من عمر الفتيات حتى تلك اللاتي لم تقمن بأية علاقة حميمة.

فالأجسام اليافعة تستجيب للقاح بشكل أفضل. والفتيات اللواتي يتلقين اللقاح مبكرا يقللن من فرص إصابتهن بالسرطان في وقت لاحق.

انتبهي: يحميك اللقاح فقط ضد فيروس الـ (HPV) وليس ضد فيروسات أخرى مسببة لأمراض جنسية، كفيروس الـ HIV (الذي يسبب مرض الإيدز). ففيروس الـ HPV لا علاقة له بتاتا بفيروس الـ HIV. لذلك تعتبر دائما أن ممارسة الجنس باستخدام واقي أمرا بالغا في الأهمية.

8- كيف يتم اللقاح؟

يمكن لأي طبيب أن يصف لك اللقاح على شكل وصفة طبية. ويمكنك شراءه من الصيدلية. يعطيك الطبيب 3 حقنات في مدة 6 أشهر. وتكون الحقنة في الذراع، مما يعني أن الأمر لا يتطلب كشف الطبيب عن منطقة عنق الرحم الخاصة بك.

ابتداء من خريف عام 2010 ستوفر الحكومة اللقاح مجاناً لجميع فتيات الصف الأول الإعدادي في المدارس الفلمنكية. علما أن اللقاح ليس إجباري، وعليك أن تعطي موافقتك قبل أن تأخذيه.

9- ما هي احتمالات الإصابة بسرطان عنق الرحم؟

كل من يقوم بعلاقة جنسية، يمكن أن يصاب بالفيروس. إن شريكاً واحداً كافياً لنقل الفيروس. فالرجال كما النساء قد يصابون بالفيروس. غالبا ما لا يلاحظ المرء أنه مصاب. وقد يختفي الفيروس من تلقاء نفسه كما تتلاشى نزلة البرد من ذات نفسها. فهناك نساء قليلات قد يصبن بسرطان عنق الرحم.

10- من لديها احتمال أكبر بالإصابة بهذا السرطان؟

جميع النساء الحاملات لهذا الفيروس، هن عرضة للاصابة بهذا السرطان. قد يكبر الاحتمال بالإصابة في بعض الحالات أكثر من غيرها. وفي بعض الحالات قد تستطيعي تفادي الإصابة، وفي بعض الحالات لا يمكنك تفاديها.

- **العمر:** السيدات بين الـ 30 والـ 65 عاما، هن عرضة أكثر للإصابة بهذا السرطان.
- **تعدد الشركاء الجنسين:** السيدات اللاتي على علاقة جنسية بأكثر من شريك، أو أن شريكهن متعدد العلاقات، يصبن بشكل أكبر بالفيروس. علما ان إقامة علاقة حميمة واحدة تكون كافية للإصابة بهذا الفيروس. "بالتالي"، إن إصابة سيدة بسرطان عنق الرحم لا يعني بالضرورة أنها أو شريكها على علاقة بشركاء آخرين.
- **إقامة علاقة حميمة بسن مبكرة:** يتغير شكل عنق الرحم عند الفتيات اليافعات، لذلك تكون إصابتهن بالعدوى أسرع.
- **التدخين:** فالمدخنون لديهم مناعة أقل لمقاومة الأمراض.
- **نقص المناعة:** فالسيدات ذوات المناعة القليلة، يشفين بسرعة أقل إذا ما تعرضن لفيروس ما.
- **عدم إجراء المسحة (اللطخة):** النساء اللاتي لم يجرين مسحة (لطاخة) لدى طبيبهن النسائي أو الطبيب العام، يكنّ عرضة أكثر للإصابة بهذا السرطان. (يمكنك القراءة عن هذا الموضوع بشكل مفصل فيما بعد تحت الفقرة "د").

ت- اكتشاف سرطان عنق الرحم

11- ماهي الدلالات التي تشير إلى سرطان عنق الرحم؟

في بداية الأمر لا تلاحظين تغير في خلايا عنق الرحم. وأول ما قد تلاحظينه هو خسارة القليل من الدم. ففي بعض الأحيان يترك الدم لطخات بنية اللون على الملابس الداخلية.

ونحن هنا نتكلم عن الدم الذي تفقدينه في الحالات التالية:
- في الفترة ما بين دورتين شهريتين (دورتي طمث)،
- خلال العلاقة الحميمة أو مباشرة بعدها،
- خسارة الدم بعد مرحلة سن اليأس. فبعض السيدات اللواتي دخلن سن اليأس قد يظنن أحيانا أن دورتهم الشهرية قد عاودتهم من جديد.

كان هناك خسارة دم بعد انقطاع الطمث لمدة أكثر من عام؟ حتما إذا هذه ليست بالدورة الشهرية.

انتبهي: إن خسارة الدم قد تكون إشارة لأمراض أخرى غير سرطان عنق الرحم. وغالبا ما تكون العوارض غير خطيرة. عليك في جميع الأحوال زيارة الطبيب لإجراء الفحوصات اللازمة.

12- ما أهمية اكتشاف الطبيب للسرطان في أبكر وقت ممكن؟

اكتشف الطبيب السرطان بوقت مبكر؟ إذا لديك فرصة أكبر بالشفاء

حيث أن سرطان عنق الرحم هو من السرطانات القليلة التي يمكن للطبيب أن يكتشفها بسهولة. وان معالجة هذا السرطان مجدية وبسيطة إذا ما اكتشف مبكرا.

13- كيف يتمكن الطبيب من اكتشاف السرطان؟

يتمكن الطبيب من اكتشاف الخلايا المتغيرة الشكل عن طريق إجراء مسحة (لطاخة). فخلايا عنق الرحم المصابة بفيروس الـ HPV منذ وقت طويل يكون لها شكل مختلف عن تلك السليمة.

Pap Smear Testi

14. PAP SMEAR TESTİ NASIL YAPILIR?

Doktor, rahim ağzını açıkça görmesini için, metal veya plastik bir alet ile hafifçe vajinayı açar ve küçük bir fırça ile yavaşça rahim ağzında bulunan mukus hücrelerinden bir miktar toplar. Daha sonra bunları laboratuarda test yaptırır.

15. PAP SMEAR TESTİNİ KİMLER YAPTIRMALI?

25 - 64 yaş arası kadınlar 3 yılda bir Pap Smear Testi yaptırmalıdırlar. Bu test, ev doktoru veya bir jinekolog tarafından yaptırılabilir.

16. DAHA ÖNCE AŞI YAPILMIŞSA PAP SMEAR TESTİNE GEREK VAR MI?

Evet, gerek vardır. Neden mi?

- Aşı, her tür virüse karşı koruyucu değildir.
- Eğer cinsel ilişkiye girmeden önce aşı olmamış isen, tehlikeli iki tür virüsten birine yakalanabilirsin. Bu aşı sadece henüz enfekte olmadığınız virüs türüne karşı koruyucudur.
- Bu aşı henüz birkaç yıldır kullanımdadır. Doktorlar halen bunun koruma etkisinin ne kadar sürdüğünü bilmemektedirler.

Bu nedenle kadınların 25 yaşından sonra her 3 yılda bir Pap Smear Testi yaptırmaları çok önemlidir. Bu şekilde doktor değişim gösteren hücreleri zamanında saptar.

17. PAP SMEAR TESTİ YAPTIRANLARA TAVSİYELER

- Pap Smear Testini kendinizi rahat hissedeceğiniz bir doktor tarafından yaptırın. Muayene yapacak doktorun kadın mı erkek mi olmasına kendiniz karar verin.
- Göbeğinizi rahat tutmanız ve (idrar torbası) mesanenin boş olması muayeneyi kolaylaştırır. Bu nedenle muayeneden hemen önce tuvalete gidin.
- Muayeneye gitmeden 48 saat öncesinden itibaren vajinal duş ve vajinal krem kullanmayın, cinsel ilişkide bulunmayın. Bütün bunlar yapılacak muayene, tetkik ve sonuçlarını etkileyebilir.
- Eğer cinsel ilişki veya bir önceki muayene sırasında ağrı hissettiyseniz, bu durumu doktorunuza bildirin. Doktorunuz da bu durumu dikkate alarak vajinanızı açmak için daha küçük bir araç kullanır.
- Pap Smear Testi sonrası biraz kan kaybedebilirsiniz. Bu gayet normaldir. Bundan dolayı endişelenmenize hiç gerek yoktur.

18. PAP SMEAR TESTİ NE ZAMAN YAPTIRILMAZ?

Pap Smear testi aşağıdaki durumlarda yaptırılmaz:

- Âdet sırasında
- Hamileyken
- Yeni doğum yapmış iseniz
- Çocuk emziriyorsanız
- Eğer vajinanızda bir enfeksiyon varsa. Eğer kan veya mukus (salgı) kaybederken bir enfeksiyon fark ederseniz.
- Rahim ve rahim ağzı alınmış ise zaten bir Pap Smear Testine gerek yoktur.

19. EĞER DOKTOR PAP SMEAR TESTİNDE BOZUK HÜCRELER BULURSA NE OLUR?

Endişeye kapılmanıza hiç gerek yok. Doktorunuz bir kaç ay sonra tekrar yeniden Pap Smear Testi yapacaktır. Büyük bir olasılıkla daha önce değişime uğramış hücrelerin yok olduğu görülecektir.

Vücut bu hücreleri kendi kendine yok eder. Bu işlem 1 veya 1,5 yıl sürebilir. Eğer doktor daha sonra değişime uğramış hücrelerin halen mevcut olduğunu tesbit ederse, daha fazla araştırma yapar.

Een uitgave van de Vlaamse Liga tegen Kanker. Koningsstraat 217. 1210 Brussel – Tel. 02/227.69.69 – Fax 02/223.22.00 – http://www.tegenkanker.be – Rek.nr. 488-6666666-84
De Vlaamse Liga tegen Kanker is de organisatie achter de campagne Kom op tegen Kanker – Verantwoordelijke uitgever: Leo Leys. Koningsstraat. 217. 1210 Brussel

Rahim Ağzı Kanseri Önleme ve Teşhisi

Rahim ağzı kanserinin erken teşhisi ve önlenmesi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak mı istiyorsunuz?

Bu broşürü mutlaka okuyunuz. Rahim ağzı kanseri, simir testi, Human papilloma (HPV) virüsü ve bu virüse karşı aşılar hakkında daha geniş bilgiyi bu broşürde bulabilirsiniz.

Rahim Ağzı Kanseri

1. RAHİM AĞZI (SERVİKS) NEDİR?

Rahim, döllenmiş yumurtacığı büyüten dölyatağıdır. Rahmin alt kısmında rahmi vajinaya bağlayan bir boyun ve ağız bulunur.

2. RAHİM AĞZI KANSERİ NEDİR?

Rahim ağzında ve boynunda sümüksel zar (mukoza) bulunur. Bu zar (mukoza) hücrelerden oluşur. Ağızda bulunan hücreler ile boyunda bulunan hücreler aynı tip değildirler. Rahim ağzı (Serviks) kanseri genellikle bu iki tip hücrenin birleştiği bölgede oluşur.

Oluşumu ve Karşı Önlemler

3. RAHİM AĞZI KANSERİ NASIL OLUŞUR?

Rahim ağzı (serviks) kanseri "human papilloma" (HPV) virüsü ile bulaşır. Bu virüs, HPV infeksiyonu taşıyan kişi ile vajinal veya anal cinsel temastan sonra bulaşır. Hem kadınlar hem erkekler bu virüs ile enfekte olabilirler ve bu virüsü cinsel ilişkide bulundukları kişilere de bulaştırabilirler. Bu virüs aynı zamanda el ve parmak yoluyla da bulaşabilir. Yani kişi vajina ya da penise yakın cilt teması ile infekte olabilir.

HPV virüsünün 150'den fazla türü vardır. Bu virüsün tüm türleri kanser oluşumuna yol açmaz. Bunların arasında siğile neden olan türleri de vardır. Genellikle bu virüsler soğuk algınlığı gibidir. Bir müddet sonra etkinliklerini kaybederler. Ancak virüs bazı kadınlarda daha uzun süre vücutta kalır ve kişi bundan hiç birşey hissetmez. Bu virüs, rahim ağzı hücrelerinde değişiklikler yapar.

Fakat bu değişime uğrayan hücreler, kanseri olmayan kadın üzerinde fazla tesir yapmaz ve tedavisiz kendiliğinden iyileşir. Ancak bu değişime uğrayan hücreler bazı kadınlarda kanser hücresi haline gelebilir. Bu çok yavaş gelişir. Bu virüsün kansere dönüşmesi genellikle 10 veya 15 yıl sürer. Sonuçta, enfeksiyon taşıyan 100 kadından biri, kendini tedavi ettirmez ise, kanser olur. Ne kadar çok değişim gösteren hücre oluşursa, kanser olma riski o kadar yüksektir ve bu da rahim ağzı bölgesine yayılır.

4. HUMAN PAPILLOMA (HPV) VİRÜS ENFEKSİYONU NASIL ÖNLENİR?

Prezervatif kullanmak bu virüsün bulaşma riskini azaltır. Fakat prezervatif tam koruma sağlamaz. Bu virüsün, sünnet olan erkekler tarafından bulaşma riski daha azdır.

Bu virüse hiç yakalanmama yolları:

- Eğer hayatınız boyunca hiçbir şekilde cinsel ilişkide bulunmamış iseniz.
- Eğer hayatınız boyunca hep aynı kişi ile seks yapmış iseniz ve bu kişi de sadece sizinle cinsel ilişkide bulunmuş ise.

Bir kaç yıldan beri bu virüse karşı aşılanma olanağı sunulmaktadır. Bir aşı tüm HPV virüs türlerine karşı koruma sağlamaz. Fakat bir aşı en tehlikeli 2 virüs türüne karşı koruma sağlayabilir. Bu tehlikeli 2 virüse karşı 2 çeşit aşı vardır. Bunlardan 1 tanesi cinsel organlarda siğillere neden olan diğer 2 tür virüse karşı koruma sağlar. Bu siğiller rahim ağzı kanserine neden olmaz, ama çok can sıkıcı olabilir.

5. VİRÜSLE MÜCADELE

HPV virüsünü öldüren bir ilaç henüz mevcut değildir. Ama bu virüse karşı 2 çeşit aşı vardır. 1 aşıdan 3 defa enjeksiyon olmak bu en tehlikeli 2 virüse yakalanma riskini ortadan kaldırır. Çoğunlukla bu tür virüsler rahim ağzı kanserine neden olurlar. Aşılar, eğer bu iki tür virüs bulaşmamış ise faydalı olur. Eğer bu 2 tür virüsten birine yakalandı iseniz, aşılar bu durumda tehlikeli diğer vlrüse karşı etkili olur.

6. KİMLER AŞILANIR?

Aşıya en iyi yanıt genç ve erken dönemlerde alınır. Ayrıca kişiler ilk cinsel ilişkide de enfeksiyona yakalanabilirler. Bu nedenle, Genç kızların daha erken yaşlarda aşı yaptırmaları çok önemlidir. 12 yaştan itibaren aşı olunabilir.

Bu aşı daha önce cinsel ilişkide bulunmuş genç kızlar için de faydalıdır. Yani bu aşı, rahim ağzı kanserine neden olan tehlikeli 2 virüse karşı koruyucudur. Bu tehlikeli virüsün bir türüne yakalanmış olsanız dahi aşının önemi çok büyüktür. Başka bir değişle henüz enfeksiyonu oluşmamış diğer tehlikeli virüse karşı sizi korur.

12-18 yaş grubu kızlar için aşı parasının büyük bir kısmı devlet tarafından geri ödenir. Devlet, 2010 sonbaharından itibaren olmak üzere, Flaman Orta Okul birinci sınıfa giden tüm kızlara ücretsiz aşı yaptıma kararı almıştır.

18 yaşından büyük müsünüz? O halde aşı yaptırmanızda büyük yarar vardır. Bu konuda doktorunuzdan daha geniş bilgi alabilirsiniz. 18 yaşından büyük olanlar aşı parasının tamamını kendi cebinden öder.

7. BU AŞI CİNSEL İLİŞKİYE TEŞVİK EDER Mİ?

Bazı ebeveynlerin aşı konusunda endişeleri vardır. Bu aşının kızları genç yaşta cinsel ilişkiye teşvik etmek için yapıldığını zannedeler. Tabii ki bu doğru değildir. Bu aşı, henüz cinsel ilişkiye girmeyen kızlara ilerisi için de çok önemlidir. Zira aşıya en iyi yanıt genç ve erken dönemlerde alınır. Böylece kızların daha sonraki süreçte rahim ağzı kanserine yakalanma riski daha da azalır.

Dikkat edin: Bu aşılar sadece HPV virüsüne karşı korur. İnsanların cinsel ilişki yoluyla yakalandıkları (Aids'e neden olan) hiv-virüsü gibi diğer hastalıklara karşı bir etkisi yoktur. HPV ve hiv birbiriyle ilgisi olmayan tamamen farklı virüslerdir. Dolayısiyle cinsel ilişkilerde prezervatif kullanmak her zaman önemlidir.

8. AŞILAMA İŞLEMİ NASIL UYGULANIR?

Her doktor aşı için reçete yazabilir. Bu aşıyı eczanelerden satın alabilirsiniz. Doktor 6 aylık bir süre içinde üç enjeksiyon yapar ve aşıyı koldan uygular. Rahim ağzı muayenesinin ev doktoru tarafından yapılmasına gerek yoktur.

Devlet, 2010 sonbaharından itibaren olmak üzere, Flaman Orta Okul birinci sınıfa giden tüm kızların aşılanmalarını ön görmektedir. Bu aşı ücretsiz olup mecburi değildir. Yani sizing izin vermeniz gerekir.

9. RAHİM AĞZI KANSERİ OLMA RİSKİNİZ NEKADAR YÜKSEKTİR?

Prensip olarak cinsel ilişki kurmuş olan herkes HPV virüsü kapabilir. Cinsel ilişkide bulunduğunuz her kişi size bu virüsü bulaştırabilir. Kadınlar kadar erkekler de bu virüsü kapabilirler. Kişiler çoğunlukla virüs kaptıklarının farkına varmazlar. Genellikle bazı virüsler soğuk algınlığı gibidir. Bir müddet sonra etkinliklerini kaybederler. Rahim ağzı kanserine tutulan kadın sayısı çok azdır.

10. KİMLER DAHA FAZLA KANSERE YAKALANMA RİSKİ ALTINDADIR?

HPV virüs enfeksiyonu bulaşmış tüm kadınlar bu kansere yakalanabilirler. Fakat bazı durumlarda bu ihtimal daha yüksektir. Birine hiç bir şey yapamazsınız. Ama diğeri için bir şeyler yapmak mümkündür.

Yaş: 30 - 65 yaş arası kadınların bu kansere yakalanma riski daha fazladır.
Eş adedi: Kendisi veya eşi başka kişilerle cinsel ilişkide bulunmuş kadınların bu virüse yakalanma riski daha yüksektir. Bir defa cinsel ilişkide bulunmak dahi bu virüse yakalanmaya yeterlidir. Yani bu demek değildir ki, rahim ağzı kanserine yakanlanmak için kadın veya eşinin birden fazla kişileyle cinsel ilişki kurmuş olması gerekir.
Genç yaşta cinsel ilişki: Genç kızlar bluğ çağına girerken rahim ağızlarında değişmeler olur. Bundan dolayı virüse daha çabuk yakalanırlar.
Sigara kullanmak: Sigara içenler bu hastalığa karşı daha az dirençlidirler.
Düşük direnç: Bu virüse yakalanmış düşük dirençli kadınlar daha yavaş iyileşirler.
Pap Smear testinin ihmali: Ev doktoru veya bir jinekolog tarafından bu güne kadar hiç Pap Smear testi yaptırmamış kadınların bu kansere yakalanma riski daha yüksektir.
(Pap Smear testi hakkında bilgiyi D bölümünde bulabilirsiniz).

Rahim Ağzı Kanseri Teşhisi

11. RAHİM AĞZI KANSERİNİN BELİRTİLERİ NELERDİR?

Başlangıçta rahim ağzı hücrelerindeki değişiklik pek fark edilmez. Fark edilen ilk şey biraz kan kaybıdır. Bazen bu kan kaybından dolayı kilot üzerinde kahve rengi lekeler kalır.

Bu kan kaybetme durumları:

- İki adet arası kanama.
- Cinsi ilişki sırasında veya hemen sonrasındaki kanamalar.
- Menopoz sonrası kanamalar. Kadınlar, böyle durumlarda, bazen yeniden adet görmeye başladıklarını sanırlar. Fakat bir kadın bir yıl boyunca adet görmemiş ise, bu kanama normal bir adet kanaması değildir.

Dikkat: Bu kanamaların rahim ağzı kanserinden başka bir nedeni de olabilir. Genellikle nedenleri kötü değildir. Ancak yine de bir doktora kontrol olmakta fayda vardır.

12. DOKTORUN BU KANSERİ MÜMKÜN OLDUĞUNCA ERKEN TEŞHİS ETMESİ NEDEN ÖNEMLİDİR?

Eğer doktor bu kanseri erken teşhis ederse iyileşme şansı daha çok artar. Rahim ağzı kanseri, doktorların kolaylıkla teşhis edemekdikleri bir kaç kanserden biridir. Kanser ne kadar erken teşhis edilirse tedavisi o kadar iyi ve kolaydır.

13. DOKTOR KANSERİ NASIL TEŞHİS EDER?

Doktor, değişime uğramış hücreleri Pap Smear testi ile saptar. Uzun bir süre HPV virüsü tarafından enfekte olmuş rahim ağzı hücreleri normal bir hücrelerden daha başka bir görünüm verirler.

Preventing and detecting cervical Cancer

Do you want to know more about prevention and screening for cervical cancer?

Yes? Then you better read this folder. It contains a lot of information about cervical cancer, the screening test (cervical smear), the "Human Papilloma" virus (HPV) and the vaccination against this virus.

Cervical Cancer

1. What is the cervix?

The cervix is the lower, narrow portion of the uterus where it joins with the top of the vagina. The uterus is the female organ where the baby grows when you're pregnant.

2. What is cervical cancer?

Cervical cancer is an abnormal grow of the cells in the cervix.

The mechanism of origin and the prevention

3. What causes cervical cancer?

Cervical cancer is caused by a virus. This virus is called the Human Papilloma Virus (HPV). The virus is passed from one person to another through sexual contact. Woman and men can both be contaminated with the virus when having sex.

4. How can you prevent a "human papilloma virus" (HPV) infection?

Using a condom reduces the chance of contamination with the virus, but it doesn't completely protect you.

You cannot receive the virus :

- If you never had any kind of sex.
- If you had only sex with 1 partner during your entire life and he/she only had sex with you.

Since a couple of years, there's a vaccination against the virus. The vaccine doesn't protect against all types of HPV, but it protects you against the 2 most dangerous types. 2 vaccinations are made against those 2 dangerous types.

5. Treatment of the virus

There is no medication which kills the HPV, but there is a vaccination. 3 injections prevent the contamination of the 2 most dangerous types. Those types causes most of the cervical cancer cases. The vaccination only helps when you are not already contaminated with those 2 viruses. When you are already contaminated with 1 type, a vaccination helps to protect against the other type.

6. Who can be vaccinated?

The vaccination helps the best at young age. You can already be contaminated after the first time making love. For that reason, it's better to vaccinate girls at a young age. Vaccination is allowed from the age of 12.

The vaccination is also useful for girls who already have sex. It prevents against the 2 dangerous types of viruses. Even if you are already ~~be~~ contaminated with 1 virus, it protect against the other. The vaccination stays important.

The government refunds the biggest part of the vaccination for girls between 12 and 18 years old and started in 2010 with a free vaccination for all girls at the first year of secondary school in Flanders.

Are you older than 18? The vaccination can also be useful. Ask more information at your doctor. When you are 18+, you have to pay the vaccination completely by yourself.

7. Does the vaccination stimulate sex?

Some parents worry about the vaccination. They think that the vaccination is a reason for their daughter to have sex at a young age. But this is not the case. The vaccination is important for their future, even if girls don't have sex right now. The body reacts the best on the vaccination at a early age. These girls have less chance having cervical cancer.

Caution: the vaccination only prevents HPV. It doesn't prevent against any other infection, such as the HIV virus (which causes AIDS), which can be passed while having sex. Using a condom stays important!

8. How do we vaccinate?

Each doctor can prescribe the vaccine. With this prescription, you can buy it at the drug store. The doctor will give you 3 injection in a period of 6 months. The doctor will give the injection in the arm. He doesn't need to examine the cervix before vaccination.

9. How big is the chance for cervical cancer?

Everybody who have sex, can be contaminated with the virus. One partner is enough to be contaminated. Both men or women can be infected with the virus. In most cases, the contamination is not noticed by neither of them. The virus just disappears from itself, just like a cold. There are only few women who actually get cervical cancer.

10. Who has an increased chance to have this cancer?

All women who are contaminated with the virus, could have this cancer. But some things increases this chance. A couple of things are inevitable, but others things are controllable.

Age: Women between 30 and 65 years have a bigger chance to have this cancer.

Number of partners: women or their partner, who had sex with several partners before, have a bigger chance to get contaminated with the virus. Still, only one time having sex is enough to get contaminated with the virus. It does not mean that when a woman have cervical cancer, she or her partner have/had several partners before.

Sex at a young age: the cervix still changes with young girls. Therefore they are more easily exposed to infections.

Smoke: smokers have less resistance to illness.

Low immunity/resistance: women with a low resistance recover less fast from a virus.

No cervical smear: women who never take a smear at a gynaecologist or a doctor, have a bigger chance to be contaminated with this cancer. (you could read more about the smear in point D).

Detecting of cervical cancer

11. Which signs indicates the presence of cervical cancer?

At the beginning, it's impossible to detect when body cells in the cervical change. The first thing you notice, is the loss of a little bit of blood. Sometimes there's only a couple of brown streaks in the underwear. This is blood that you lose:

- between two menstruations (periods);
- during or just after sex;
- a bleeding after the menopause. Women often think that this is the beginning of a new period. But what if a woman had no period during the last year? In that case, a bleeding like this, is not a normal period.

Caution: a loss of blood could also have other causes then cervical cancer. Most of the times, these causes are not bad at all. Still, you should go to a doctor for a medical check.

12. Why is it important that the doctor detects the cancer as soon as possible?

Does the doctor detects the cancer soon? Then you have a bigger chance to be cured. Cervical cancer is one of the few cancers which can easily be detected by a doctor. The cancer could be treated very well, when detected early.

13. How can a doctor detect cervical cancer?

The doctor can detect the deformed cells with a smear. Cells of the cervix, which are already contaminated by HPV during a long time, look different than normal cells.

The cervical smear

14. What happens during a cervical screening test?

The doctor opens carefully the vagina with a special instrument. She gathers some cells from the cervix with a small brush. The doctor will send this brush to the lab for analysis.

15. Should you get a cervical smear?

Women between the age of 25 and 64 year should get a cervical smear every 3 years. A smear can be done by a family doctor or a gynaecologist.

16. Do you have to get a cervical smear after vaccination?

Yes, it is necessary because:

- the vaccine doesn't protect against all types of virus.
- if you already had sex before the vaccination, than you already can be contaminated with the virus. The vaccine only protect against the types of virus to which you are not yet be contaminated.

The vaccine only exist for a few years. Doctors don't know yet how long it protects. Therefore it is very important that women at the age of 25 started to screen their cervix every 3 years. It's the only way to detect abnormal cells.

17. Tips before and after the cervical smear.

- The smear should be done by a doctor who gives you a comfortable and secure feeling.
- The examination is easier with an empty bladder and relaxed abdominal muscles.
- Don't have sex 48h before the test. Avoid vaginal showers, creams which kills sperm, soaps for the vagina... All these things can influence the result of the examination.
- Do you have pain when you're having sex or when you had pain during a previous examination. The doctor will use a smaller instrument to open the vagina.
- After the smear, you can lose a little bit of blood. It's normal. You don't have to worry about it.

18. When you shouldn't have to get a cervical smear?

You shouldn't have to get a cervical smear when:

- You have your period (menstruation, monthly loss of blood)
- You are pregnant.
- You brought a child into the world only a few weeks ago.
- You breastfeed.
- You have an infection at the vagina. You can notice this when you lose a lot of blood or lots of mucus. In that case, we have to take care of the infection first.
- Your uterus or cervix are removed. Than you never need to get a cervical smear anymore.

19. What happens when the doctor finds abnormal cells at your smear?

You don't need to worry. The doctor will do the test again after a few months. There's a big chance the abnormal cells are disappeared. The body can eliminate the cells by this own. This can take 1 to 1,5 year. Does he/she still find abnormal cells after this period, further investigation is necessary.

9.8 Bijlage 8: Mondelinge informatie

Baarmoederhalskanker

- Kanker van de ingang van de baarmoeder.
- Oorzaak: een virus HPV (humaan papillomavirus). Er bestaan 150 soorten.

Besmetting met HPV

- Besmetting door seksueel contact. 80% van de bevolking komt in contact met het virus. Condoom vermindert kans, maar ze is niet nul.
- Niet alle besmettingen leiden tot kanker. Vaak verdwijnt het virus spontaan.
- Meestal weet een persoon niet dat hij besmet is (geen symptomen).
- Men kan niet besmet geraken wanneer men nooit enige vorm van seks heeft of wanneer beide partners alleen maar met elkaar gevreeën hebben in hun leven. Iedereen anders kan besmet zijn.

Vaccin

- Op jonge leeftijd reageert het lichaam het best op het vaccin. Sinds 2010 gratis vaccinatie bij alle meisjes uit 1ste middelbaar. 3 spuiten in periode van 6 maanden.
- Terugbetaling tot 18 jaar.
- Het vaccin beschermt tegen de 2 gevaarlijkste virussoorten. Tegen de andere soorten bestaat geen bescherming.
- Een uitstrijkje blijft noodzakelijk ook na vaccinatie.

Ontdekken baarmoederhalskanker

- Vaak geen symptomen. Soms (een beetje) bloedverlies tussen 2 menstruaties, tijdens/ vlak na seks en bloeding na menopauze. Dan moet je zeker naar de dokter.
- Men kan het testen via uitstrijkje.

Het uitstrijkje

- Om de kanker al te ontdekken vooraleer er symptomen zijn. Dan vaak goed te behandelen.
- Bij vrouwen tussen de 25 en 64 jaar om de 3 jaar bij huisarts of gynaecoloog.
- NIET bij zwangerschap, tijdens de menstruatie, bij vaginale infectie, wanneer u net bevallen bent of borstvoeding geeft, uw baarmoeder(hals) weggenomen werd.

Afwijkend uitstrijkje

Men hoeft zich vaak geen zorgen te maken. De vervormde cellen kunnen vaak nog vanzelf verdwijnen. Er zal na enkele maanden opnieuw een uitstrijkje doen. Het kan tot 1,5 jaar duren voor ze verdwenen zijn. indien er ernstige afwijkingen gevonden worden of afwijkingen die niet verdwijnen zal er verder onderzoek gebeuren.

9.9 Bijlage 9: Vragenlijst 2

Studie over "optimalisatie van baarmoederhalskankerscreening in een multiculturele huisartsenpraktijk": vragenlijst 2

Beste,

Gelieve na het lezen van de informatiefolder deze 5 vragen nog te beantwoorden en het formulier te deponeren in de antwoordbus in de wachtzaal.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

<u>Kennis over baarmoederhalskanker en het uitstrijkje</u>

Hoeveel % van de totale bevolking komt in aanraking met het humaan papilloma virus (HPV)?
□ 1-5 % □ 20% □ 50% □ 80% □ 100%

Als je besmet bent met dit virus, heb je sowieso symptomen?
□ Ja □ Nee □ Ik weet het niet

Als het virus uiteindelijk baarmoederhalskanker veroorzaakt, heb je sowieso symptomen?
□ Ja □ Nee □ Ik weet het niet

Het nemen van een uitstrijkje kan het sterfteaantal ten gevolge van baarmoederhalskanker doen dalen.
□ Ja □ Nee □ Ik weet het niet

Na vaccinatie voor HPV dient er geen uitstrijkje meer genomen te worden
□ Ja □ Nee □ Ik weet het niet

Hoe vaak dient een uitstrijkje genomen te worden?
□ 1 keer per jaar □ 2 keer per jaar □ 1 keer om de 3 jaar □ 1 keer om de 5 jaar
□ alleen bij klachten □ nooit

9.10 Bijlage 10: Tabellen correlatie tussen patiëntkenmerken en de voorkennis en gedrag

Tabel 1: Gemiddelde totaalscore per leeftijdscategorie

leeftijdscategorie	totaalscore
25-34 jaar	1,7/6
35-44 jaar	2,5/6
45-54 jaar	2,3/6
55-64 jaar	2,75/6

Tabel 2: Liet u ooit uitstrijkje nemen? (aantal vrouwen per leeftijdscategorie (percentages))

	25-34 jaar	**35-44 jaar**	**45-54 jaar**	**55-64 jaar**
Ja	27 (55,1%)	33 (80,5%)	28 (80%)	26 (92,8%)
Nee	22 (44,9%)	8 (19,5%)	7 (20%)	2 (7,2%)

Tabel 3: Datum van laatste uitstrijkje (aantal vrouwen per leeftijdscategorie (percentages))

	25-34 jaar	**35-44 jaar**	**45-54 jaar**	**55-64 jaar**
≤ 3 jaar geleden	21 (80,8%)	27% (74,3%)	21 (72,4%)	16 (59,3 %)
> 3 jaar geleden	3 (11,6%)	6 (17,1%)	5 (17,3%)	3 (11,1%)
Onbekend	2 (7,7%)	3 (8,6%)	3 (10,3%	8 (29,7%)

Tabel 4: Weet u dat de huisarts een uitstrijkje afneemt? (aantal vrouwen per leeftijdscategorie (percentages))

	25-34 jaar	**35-44 jaar**	**45-54 jaar**	**55-64 jaar**
Ja	15 (57,7%)	29 (82,9%)	24 (82,8%)	24 (88,9%)
Nee	11 (42,3%)	6 (17,1%)	5 (17,2%)	3 (11,1%)

Tabel 5: Steeds symptomen bij baarmoederhalskanker (aantal vrouwen per burgerlijke stand (percentages))

	Gehuwd	**Vaste relatie**	**alleenstaand**
Ja	19 (30,16%)	29 (70,73%)	31 (64,58%)
Nee	14 (22,22%)	3 (7,32%)	9 (18,75%)
Ik weet niet	30 (47,62%)	9 (21,95%)	8 (16,67%)

Tabel 6: Door wie werd uw uitstrijkje afgenomen? (aantal vrouwen (percentage))

	Gehuwd	**Vaste relatie**	**alleenstaand**
Huisarts	14 (30,43%)	17 (60,71%)	17 (41,46%)
Gynaecoloog	32 (69,56%)	11 (39,29%)	24 (58,54%)

Tabel 7: Weet u dat de huisarts een uitstrijkje afneemt? (aantal vrouwen (percentage))

	Gehuwd	**Vaste relatie**	**alleenstaand**
ja	41 (89,13%)	21 (75%)	29 (70,73%)
nee	5 (10,7%)	7 (25%)	12 (29,27%)

Tabe 8: Liet u ooit uitstrijkje nemen? (aantal vrouwen (percentage))

	Geen diploma middelbaar onderwijs	**Diploma middelbaar onderwijs**	**Diploma hoger onderwijs**
Ja	13 (48,15%)	56 (76,71%)	44 (84,62%)
Nee	14 (51,85%)	17 (23,29%)	8 (15,38%)

Tabel 9: Datum van laatste uitstrijkje (aantal vrouwen (percentage))

	Geen diploma middelbaar onderwijs	**Diploma middelbaar onderwijs**	**Diploma hoger onderwijs**
≤ 3 jaar geleden	9 (60 %)	39 (68,42%)	36 (81,82%)
> 3 jaar geleden	2 (13,33%)	9 (15,79%)	6 (13,63%)
Onbekend	4 (26,67%)	9 (15,79%)	2 (4,55%)

Tabel 10: Liet u ooit uitstrijkje nemen? (aantal vrouwen (percentage))

	Actief beroepsleven	**student**	**Geen actief beroepsleven**
Ja	78 (80,41%)	0	29 (61,70%)
Nee	19 (19,59%)	1	18 (38,30%)

Tabel 11: Datum van laatste uitstrijkje (aantal vrouwen (percentage))

	Actief beroepsleven	**Geen actief beroepsleven**
≤ 3 jaar geleden	60 (79,92%)	19 (61,29%)
> 3 jaar geleden	9 (11,54%)	7 (22,58%)
Onbekend	9 (11,54%)	5 (16,13%)

Tabel 12: Door wie werd uw uitstrijkje afgenomen? (aantal vrouwen (percentage))

	Actief beroepsleven	**Geen actief beroepsleven**
Huisarts	29 (37,18%)	15 (46,88%)
Gynaecoloog	49 (62,82%)	17 (53,12%)

Tabel 13: Weet u dat de huisarts een uitstrijkje afneemt? aantal vrouwen (percentage))

	Actief beroepsleven	**Geen actief beroepsleven**
Ja	58 (74,36%)	27 (84,38%)
Nee	20 (25,64%)	5 (15,62%)

Tabel 14: Gemiddelde totaalscore per nationaliteit

Nationaliteit	**totaalscore**
België	2,58/6
West-Europa	1,39/6 (4 pt van de 18 hebben 0)
Oost-Europa	0,62/6 (5 pt van de 8 hebben 0)
Noord-Afrika	2,33/6
Midden en Zuid-Afrika	1/6 (3 pt van de 6 hebben 0)
Azië	2,66/6
Midden-Oosten	2/6

Tabel 15: Liet u ooit uitstrijkje nemen? (aantal (percentage))

	België	**West-EU**	**Oost-Eu**	**n-Afrika**	**Midden en Z-Afrika**	**Azië**	**Midden-Oosten**
Ja	89 (78,07%)	7 (41,18%)	7 (87,50%)	2 (66,67%)	5 (83,33%)	2 (66,67%)	2 (100%)
Nee	25 (21,93%)	10 (58,82%)	1 (12,50%)	1 (33,33%)	1 (16,67%)	1 (33,33%)	0

Tabel 16: Datum van laatste uitstrijkje (aantal vrouwen (percentage))

	België	**West-EU**	**Oost-Eu**	**n-Afrika**	**Midden en Z-Afrika**	**Azië**	**Midden-Oosten**
≤ 3 jaar geleden	65 (70,6%)	5 (62,50%)	5 (83,33%)	1 (50%)	4 (80%)	2 (100%)	2 (100%)
> 3 jaar geleden	12 (13,04%)	2 (25%)	1 (16,67%)	1 (50%)	1 (20%)	0	0
Onbekend	15 (16,30%)	1 (12,50%)	0	0	0	0	0

Tabel 17: Door wie werd uw uitstrijkje afgenomen? (aantal vrouwen (percentage))

	België	**West-EU**	**Oost-Eu**	**n-Afrika**	**Midden en Z-Afrika**	**Azië**	**Midden-Oosten**
Huisarts	41 (44.,6%)	5 (62,50%)	0	0	2 (40%)	0	1 (50%)
gynaecoloog	51 (55,43%)	3 (37,50%)	6 (100%)	2 (100%)	3 (60%)	2 (100%)	1 (50%)

Tabel 18: Liet u ooit uitstrijkje nemen? (aantal vrouwen (percentage))

	België	West-EU	Oost-Eu	N-Afrika	Midden en Z-Afrika	Azië	Midden-Oosten	Amerika
Ja	71 (85,54%)	6 (75%)	11 (68,75%)	11 (52,38%)	9 (64,29%)	3 (75%)	3 (75%)	0
Nee	12 (14,46%)	2 (25%)	5 (31,25%)	10 (47,62%)	5 (35,71%)	1 (25%)	1 (25%)	3 (100%)

Tabel 19: Door wie werd uw uitstrijkje afgenomen? (aantal vrouwen per spreektaal (percentages))

	Nederlands	Frans	Engels	Arabisch	Andere taal
Huisarts	46 (46,94%)	1 (25%)	1 (12,50%)	0	1 (20%)
gynaecoloog	52 (53,06%)	3 (75%)	7 (87,50%)	2 (100%)	4 (80%)

Tabel 20 : Hoe vaak een uitstrijkje? (aantal vrouwen (percentage))

	Baarmoeder verwijderd	Baarmoeder aanwezig
Meer dan 1x per 3 jaar	15 (71,42%)	71 (54,62%)
1 x per 3 jaar	3 (14,29%)	49 (37,69%)
Minder dan 1x per 3 jaar	3 (14,29%)	10 (7,69%)

Tabel 21: Datum van laatste uitstrijkje (aantal vrouwen (percentage))

	Baarmoeder verwijderd	Baarmoeder aanwezig
Minder of gelijk aan dan 3 jaar geleden	8 (44,44%)	76 (76,77%)
Meer dan 3 jaar geleden	4 (22,22)	13 (13,13%)
Onbekend	6 (33,33%)	10 (10,10%)

Tabel 22: Totaalscore versus hoe vaak een uitstrijkje

	Score = 0	Score = 1	Score =2	Score= 3	Score = 4	Score = 5	Score= 6
≤ 1x/3 jaar	2 (18,18%)	5 (25%)	9 (33,33%)	6 (22.22%)	7 (46,67%)	5 (38.46%)	0
1x/ 2 jaar	3 (27,27%)	3 (15%)	6 (22,22%)	11 (40,74%)	3 (20%)	4 (30,77%)	2 (100%)
1x/jaar	1 (9,09%)	10 (50%)	7 (25,93%)	8 (29,63%)	4 (26,67%)	4 (30,77%)	0
2x/jaar	3 (27,27%)	0 (0%)	0	1 (3,70%)	0	0	0
eenmalig	2 (18,18%)	2 (10%)	5 (18,52%)	1 (3,70%)	1 (6,67%)	0	0