

Vrije Universiteit Brussel

Huisartsgeneeskunde

Het nakijken kennisniveau VUB studenten over seksuele overdraagbare aandoenningen

Najib Afsaneh

Promotor : Prof Dr Jan kartounian

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012-2013

INHOUDSTABEL

Dank woord 4

Abstract 5

1.Inleiding 6

2.Literatuur onderzoek 6

3.Seksuele overdraagbare aandoennigen 9

3.01 Chlamydia 10
3.02 Genitale wratten 10
3.03 Gonorrhoeae 11
3.04 Herpes genitalis 12
3.05 Hepatitis **B** 13
3.06 Hiv & aids 13
3.07 Schurft infectie 14
3.08 Luizen 15
3.09 Tricomoniasis 16
3.10 Bacteriel vaginose 16
3.11 Candida infectie 17
3.12 Syfilis Trichomonas 17

4.Preventie van seksuele overdraagbare aandoeningen 18

5.De onderzoeksmethodiek 20
5.1. Het verzamelen van een populatie 20

5.2. Het verwerken van gegevens 20

6. Statistische analyse 21

7.Resultaten analyse 21

7.1. Hoeveel enquete werden in totaal ingevuld? 21

7.2. De socio-demografische factoren 21

7.3. Belangrijke informatiebronnen 24

7.4. Kennis van de soa 24

7.5. Kennis van HIV-aids 25
7.6. Informatie met betreking tot de procedures van het inschatten van de risico's 27

08. Logistieke regressie analyse **28**
8.1. & 8.2 kennis soa en hiv **30**
8.3. Gemiddelde scores kennis van soa &HIV **30**

09. Discussie over onderzoeks resultaten **32**

10. Sterke aspecten van het studie **34**

11. Bepreking van het onderzoek **34**

12. Besluit **34**

Bijlage .....

De vragenlijst **36**

Bronnen **40**

Dank woord

Graag wil ik een woord van dank richten aan enkele mensen die hebben bijgedragen aan de realisatie van deze masterproef.

Vooreerst wil ik mijn promotor, ***Prof. Dr. Jan kartounian*** bedanken.

Natuurlijk dank ik ook mijn praktijkopleider ***Dr. Huybregts Elisabeth*** die stond steeds klaar met tips en aanwijzingen in verband met mijn manama .
Nog dank ik mijn lieve collega's bij vUb huisarts groepspraktijk die me veel ivm mijn manama geholpen.

Ook wil ik graag alle deelnemende studenten bedanken. Zonder deze deelnemers zou het niet mogelijk geweest zijn om deze manama te maken.

Bedankt allemaal!

ABSTRACT
Haio: Afsaneh Najib
Universiteit Vrije universiteit Brussel
Promotor : Prof Dr Jan kartounian
Praktijkopleider: Dr. Elisabeth Huybregts

Contex :
Een groot deel van ons bevolking bevat jonge populatie die volop met het ontwikkelen van hun seksualiteit bezig zijn. Jaarlijks toename in het aantal seksuele overdraagbare aandoeningen in België maakt men ongerust over een veralgemeende toestand betreft seksuele overdraagbare aandoeningen. Vergroting kennis over seksuele overdraagbare aandoeningen is vooral bij jongeren als kwetsbare groep essentieel. Om goede en gerichte voorlichting te kunnen geven aan jongeren over veilige seksgedrag is het belangrijk om na te gaan over welke kennis de jongeren al dan niet reeds beschikken.We gaan met dit onderzoek een beter zicht te krijgen op de zwakke punten in de kennis van hoog opgeleide jongeren betreft seksuele overdraagbare aandoeningen tot hun behoeftes en noden kan beter zichtbaar te maken .

Onderzoeksvraag:
- Wat is het kennisniveau van de hoog opgeleide jongeren over seksuele overdraagbare aandoeningen ?
-Is er een verschil in kennisniveau bij jongens en meisjes ?

Methode :
Op basis van SENSOA & KU leuven //Thomas , verschillende Engels versies werd een vragenlijst opgemaakt inclusief 34 vragen. Doelgroep in dit onderzoek was VUB- studenten campus etterbeek met leeftijd tussen 18 en 30 , Belgische nationaliteit & Nederlandstalig . In het totaal werd aan **128** studenten gevraagd om de vragenlijst in te vullen . **121** studenten hebben positief gereageerd . **5.5 %** heeft geweigerd omwille van tijdsgebrek of " **geen zin** " om deel te nemen. Het responspercentage is dus **94.5% .** De deelneemers werden verdeeld in twee groepen :
-Groep een : De correct antwoorders.
-Groep twee: De fout antwoorders of diens die het juiste antwoord wisten niet .
Een juist antwoord leverde één punt op en zero voor een foutief of "ik weet het niet". Nadien de antwoorden op vragenlijst werden verwerkt en dan descriptieve & logistische regressie analyse gebeurde door SPSS 18 .In logistische regressie analyse werd de kennis van studenten beschouwd als afhankelijke factor en leeftijd ,opleidingsniveau ,religie en geslacht ,hunantworden op vragenlijst als onafhankelijke factoren.

Resultaten:
De VUB studenten die aan ons onderzoek deelgenomen , hebben een goede scores over kennis niet hiv-soa (14.6/20) & hiv (8.7/11) behaald . Meisjes studenten hadden betere kennis betreft seksuele overdraagbare aandoeningen dan de jongens studenten . De gemmidelde scores over kennis seksueel overdraagbare aandoeningen en kennis HIV samen die onderzoekspopulatie heeft behaald , is **23** op **31** (**67** persoon ; **55.4%**) , vandaar **37** vrouw (**56%**) en **30** man (**54.5%**) van respondenten . Volgens dit onderzoek kunnen onderstaande factoren de kennis van de onderzoekspopulatie in een significante wijze beïnvloeden : opleidingsniveau(p=**0.045**) , kennis over meest frequente seksuele overdraagbare aandoeningen in België (p=**0.039**), rol van alcohol en drug op voorkomen van een seksuele overdraagbare aandoeningen(p=**0.025**) , kennis over seropositief HIV personen (p= **0.040**) .

Conclusies:

Hoewel twee op derde respondenten gaf aan dat ze voldoende kennis bezitten , maar zien we soms belangrijke gebreken in de algemene achtergrondkennis van jongeren (zoals kennis van besmettingsweg , voorkomen HIV , asymptomatische gevallen , verloop van seropositieve patiënten, kennis aard en verloop van seksuele overdraagbare aandoeningen , het beleid in geval van vermoeden aan een seksuele overdraagbare aandoeningen).
Hiernaast vinden de volgende aanbevelingen plaats:

- Algemeen kennis jongeren over seksuele overdraagbare aandoeningen vergroten ;
- Jongeren meer bewust maken over asymptomatische en/of subklinisch verloop van seksuele overdraagbare aandoeningen (niet hiv-soa en hiv) en kans op besmetting in zon geval duidelijker te maken,
- Jongeren moet een positieve houding aannemen in geval van alcohol / drugsgebruik samen met seks (kans op seksuele overdraagbare aandoeningen).

E. mail : anajib@vub.ac.be **ICPC-code : X,Y Geslachtsorganen man & vrouw**

1.Inleiding

De recente evolutie van de seksuele overdraagbare aandoeningen data in heel West -Europa en Belgie maakt men ongerust dat we met een veralgemeende toename van seksuele overdraagbare aandoeningen geconfronteerd zijn(10).In ons maatschappij werd ook gezien dat het aantal gonorroe en syfilis die vroeger kwam niet vaak voor , voorlopig is toegenomen(1 ,9) .

Jongeren als een groot deel van ons bevolking zijn volop bezig met het ontwikkelen van hun seksualiteit.Ze zijn kwetsbaar voor seksuele risico's als seksueel overdraagbare aandoeningen en ongeplande zwangerschap, zaken met ingrijpende gevolgen op het vlak van gezondheid en welzijn.In het feit schatten jongeren altijd hun risico's op bovenvermelde thema's lager dan hun werkelijke kans (7). Om risico's te voorkomen is er verschillende manieren die jongeren kunnen kiezen en gebruiken.Candoom en pil zijn bij jongeren goed gekend.Pil is tegen zwangerschap en candoom tegen geslachtziektes.Combinatie gebruik van pil en candoom(doubel-touch) kan mens niet helpen om een seksuele overdraagbare aandoeningen te vermijden . Het is wel een extra veiligheid om ongepland zwangerschap te vermijden.

De kennis jongeren over domein van seks bepaalt hun attitude en kan hun seksgedraag beïnvloeden .Juist en gerichte informatie geven ,vindt hier plaats tot jongeren daarover te kunnen helpen .In België stond er echt weinig recent representatief onderzoek dat naar de kennisnivaue van jongeren betreft seksuele overdraagbare aandoeningen peilt (5 ,6).

1.1Probleemstelling en Doelstelling

De jongeren zouden over een goede seksuele en reproductieve gezondheid beschikken daarom is hun kennis over seksuele overdraagbare aandoeningen essentieel.De literatuurstudie voorafgaand aan dit veldwerk toonde aan dat jongeren kennis over seksuele overdraagbare aandoeningen niet genoeg geweest is .

De universitaire groepspraktijk van de Vrije Universiteit Brussel bestaat voor een groot deel uit jonge patiënten .Het leek ons nuttig en ideal om na te kijken het kennisniveau van VUB studenten over seksuele overdraagbare aandoening.Met dit onderzoek zal ik getracht worden te achterhalen welke kennisniveau moeten nog meer of minder aan bod komen.In tweede instantie kunnen de onderzoeksresultaten later door de universitaire groepspraktijk van de Vrije Universiteit Brussel aangewend worden om een efficiëntere voorlichting en informatie te geven die meer aangepast is aan de noden van de studenten.

2.Literatuuronderzoek:

Eerst zal ik van start gaan met het schetsen van het onderzoek en een theoretisch kader.Ik achtte dat

nodig is om een studie te maken van de reeds bestaande literaturen in veldwerk seksuele overdraagbare aandoeningen om mijn resultaat beter te kunnen interpreteren. Dus werd literatuuropzoek met trefworden: seksuele overdraagbare aandoening , soa , kennis jongeren over soa/hiv en kennisniveau over soa/hiv en skesualiteit bij medline via ovid(cebam) en nog bij Nederlandstalige Pubmed via icho site gebeurd. De rest van studies werd via google met dezelfde trefworden verzameld.
Uit het verzamelde data heb ik een aantal nationale en internationale studies gebruik die de kennis over seksuele overdraagbare aandoeningen in verschillende landen hebben bestudeerd. In deze paragraaf wordt nagegaan welke resultaten eerdere onderzoeken naar kennis al aan het licht brachten.

Internationaal

De literatuur toont enkele representatieve studies over de kennis van jongeren over seksuele en reproductieve gezondheid. Een onderzoeksrapport stelt vast dat een grotere deel van jonge populaties onvoldoende geïnformeerd geweest over seks en seksuele overdraagbare aandoeningen en aids (unaids , unicef en world health organization 2002). Jongeren horen dagelijk veel over hiv en seks , maar ze hebben werkelijk geen visie over de verspreiding en de preventie.Het resultaat van een onderzoek in 2008 heeft aangetoond dat slechts **40%** van de jongens en **38%** van de meisjes tussen 15 en 24 jaar beschikken over accurate en verstaanbare kennis over hiv en de preventie ervan.In 2009 heeft nog een onderzoek bevestigt eveneens dat de kennis van jongeren over de overdracht van hiv bij veel jongeren nog onvoldoende is.Wat de preventie van hiv en aids betreft, is de algemene trend dat meisjes en vrouwen hierover een minder goed kennisniveau hebben dan jongens en mannen.

Amerika

Amerikaanse jongeren worden geconfronteerd met tegengestelde en verwarrende informatie over de seksuele overdaraagbare aandoeningen.Ruim 20 procent van de Amerikaanse jongeren is van mening dat condoom niet effectief is in het voorkomen van hiv/aids of andere seksuele overdraagbare aandoening.In andere kant zijn ook veel jonge Amerikanen slecht geïnformeerd over het type van bescherming dat geleverd wordt door de anticonceptiepil. Drie op tien adolescenten weten niet dat orale anticonceptie geen bescherming tegen hiv en andere seksuele overdraagbare aandoeningen biedt . In het algemeen hebben seksueel actieve jongeren iets meer kennis over de anticonceptiemethoden en seksuele overdraagbare aandoeningen dan jongeren die nog geen seks gehad hebben.

Europa

In Europa blijkt ook dat het kennisniveau van jongeren betreffende seks en reproductiviteit niet te voldoende is geweest. Enkele studies in Zweden en Denemarken geven een overzicht van de belangrijkste gebreken in de kennis van jongeren over seksuele en reproductieve onderwerpen .De resultaten uit dit

onderzoek toonde aan dat het kennisniveau verschillend is voor jongens en meisjes. Meisjes zouden meer kennis hebben over seksuele en reproductieve topics dan jongens .

België

Wanneer zoekt mens in de literatuur naar het kennisniveau van jongeren in België over seksuele en reproductieve topics, kan men enkel concluderen dat hier tot nog toe weinig representatief onderzoek naar gedaan is. Er is enkelen die naar de kennis jongeren over anticonceptiemiddelen peilt (**2000 , 2002 , 2005**). Over de kennis van jongeren over de andere seksueel overdraagbare aandoeningen zijn er in België geen betrouwbare onderzoeksgegevens beschikbaar.
In de factsheet "Feiten en Cijfers: Jongeren en Seksualiteit" : sensoa 2005 geeft aan dat de kennis jongeren rond hiv en aids voldoende is. Tenzij ander onderzoek heeft aangetoond dat de kennis jongeren over het algemeen minder goed was betreft bescherming tegen seksuele overdraagbare aandoeningen (6).

Uit analyses van het resultaten bleek dat een aantal socio-demografische kenmerken kennis jongeren over seksuele overdraagbare aandoeningen en hiv zal typeren :

Opleidingsniveau:Kennis over domein seks van jongeren hangt sterk aan opleidingsniveau. Jongeren uit lagere onderwijstypes hadden zwakker scoren op AIDS-kennis en hun gedrag vertoont ook duidelijke signalen die wijzen op een verhoogd risico voor een seksuele overdraagbare aandoeningen (5 , 6) maar met een tolerantere houding dan volwassenen tegenover seropositieve personen (6).

Leeftijd :Jongeren die vroeg met seks starten , worden vaak als bijzonder kwetsbaar omdat zij nog niet over de kennis en vaardigheden zouden beschikken om verantwoorde seksuele keuzes te maken(28). Nog jongeren die vroeg met seks starten ,zouden hier ook vaker spijt over hebben en dit dan voornamelijk bij meisjes .

Levensbeschouwing: In België is het niet de gewoonte om etnische achtergrond van mensen te registreren. Maar recent onderzoek wijst uit dat gelovige en/of allochtone meisjes vaker risicogedrag stellen dan niet-gelovige meisjes (29).

Informatiebronnen : Overzicht van de informatiebronnen van jongeren toonde aan dat Jongeren voornamelijk informatie betreft seksualiteit bij hun vrienden **(95.6%)** halen en daaropvolgend bij klasgenoten **(91.7%)** . Op de derde plaats worden de media **(89.6%)** en dan ouders **(84.2%)** geplaats .In dalende volgorde halen ze hun informatie uit tijdschriften, uit boeken **(75.3%),**van een leerkracht **(63.5%)** . Het internet is de laatste jaren een steeds belangrijkere informatiebron. Het internet biedt het voordeel dat

informatie in verband met seksualiteit op een zeer laagdrempelige wijze kan worden opgezocht. In Nederland haalt 1 op 2 meisjes en 3 op 4 jongens wel eens informatie over seks van het internet (SENSOA 2011) .

3. Seksueel overdraagbare aandoeningen

Seksueel overdraagbare aandoeningen of soa behoren tot de brede groep van ziekten die hoofdzakelijk via één of andere seksvariant worden overgedragen . Ze worden veroorzaakt door een waaier van infectieuze agentia zoals pyogene kokken, Gram-negatieve staafvormige bacteriën, intracellulaire bacteriën, spirocheten, virussen, protozoa en artropoden (tabel 1)(2). De verschijnselen van seksuele overdraagbare aandoeningen varieert van acute symptomen als lokale zweertjes tot opklimmende infecties , systemische klachten (koorts , malaise ,moeheid), soms kan zich met complicaties als infertiliteit , kanker en ectopische zwangerscha ten gevolge van een litteken aantonen.Op die manier hebben seksuele overdraagbare aandoeningen een belangrijke impact op fysiek, psychisch en sociaal-economisch vlak (3).

Tabel .1 heeft een overzicht van de belangrijkste seksuele overdraagbare aandoeningen en hun verantwoordelijke infectieuze agentia bij mens getoond.

Tabel 1. Overzicht van de belangrijkste SOA en hun verantwoordelijke infectieuze agentia

Aandoening	Infectieus agens
Chlamydia-infectie	***Chlamydia trachomatis***
Condyloma acuminata / genitale wratten	**Humaan papilloma virus (HPV)**
Donovanose / granuloma inguinale	***Calymmatobacterium granulomatis***
Gonorroe	***Neisseria gonorrhoeae***
Herpes genitalis	**Herpes simplex virus (HSV- I en HSV- II)**
Hepatitis B	**Hepatitis B-virus**
HIV en aids	**HIV-virus (HIV-I en HIV-II)**
Lymphogranuloma venereum	***Chlamydia trachomatis*** L_1 L_2 L_3
Scabies	**Sarcoptes scabiei**
Schaamluizen	***Phthirius pubis***
Syfilis	***Treponema pallidum***
Trichomonase	***Trichomonas vaginalis***
Ulcus molle	***Haemophilus ducreyi***

3.1. Chlamydia

Chlamydia is gekend als de meest voorkomende seksueel overdragbare aandoening bij jongeren (min-25 jarigen) (42).Chlamydia infectie die zeer besmettelijk is , loopt meestal asymptomatisch op en kan zelfs maanden tot jaren onopgemerkt blijven(42) .Chlamydia heeft een incubatie van twee weken . Vaginale afscheiding ; tussentijds bloedverlies ; bloedverlies na de coïtus , pijn tijdens het vrijen ; veranderingen in het menstruatiepatroon kunnen wijzen op een besmetting met Chlamydia bij de vrouw.

In geval van anale besmetting door anale seks bij vrouwen zowel bij mannen kan zich met de volgende symptomen presenteren : anale slijmafscheiding en bloedverlies ; pijnlijke ontlasting , abnormaal stoelgangpatroon. Eileiderontsteking , uitbreiding infectie naar de buikholte(PID) ,verklevingen ten gevolge chronische infectie en littekens , onvruchtbaarheid of een buitenbaarmoederlijke zwangerschap zijn complicaties bij een chlamydia infectie als werd niet behandeld (30 ,43).

Symptomatische chlamydia infectie bij mannen toont zich als een urinebuisontsteking .In zon geval heeft besmette persoon last van penisverlies (doorschijnende tot witachtige afscheiding) ; branderiggevoel tijdens het plassen; ongemakkelijk gevoel tijdens de zaadlozing .Opstijgende ontsteking komt minder voor dan bij vrouwen .Als complicatie van een chlamydia infectie bij de man spreekt men van bijbalontsteking ; littekens en verklevingen in de plasbuis en zaadleiders (zorg voor verminderde vruchtbaarheid).

Diagnose van chlamydia infectie is mogelijk uit onderzoek van de urine ,door uitstrijkje van baarmoedermond en nog anale of penis kweekstokje (44).
Chlamydia infectie werd meestal met een eenmalige antibioticumkuur behandeld(45) .Chlamydia-infectie in de anus heeft een langere kuurperiode nodig (één tot drie weken) .
Partnerwaarschuwing is van belang bij een chlamydia infectie .Bij besmette persoon en asymptomatisch moet alle sekspartners van voorbije zes maanden en bij symptomatische gevallen werden alle sekspartners uit de zes weken op de hoogte gebracht (46).

3.2Genitale wratten

Genitale wratten op de genitale regio en rond de anus zijn ook een seksueel overdraagbare aandoening .Ze zijn frequent maar onschuldig .Het humaan papillomavirus (HPV) is de veroorzaker die verschillende subtypen heeft . Subtype zes en elf werden de oorzaak van genitale wratten voorgesteld (34) .Sommige van humaan papillomavirus kunnen tot baarmoederhalskanker leiden maar genitale wratten hebben geen relatie met baarmoederhalskanker (32).Besmettingsweg is door direct contact tussen de geslachtsdelen, via de vingers en zelfs door handdoeken van besmette personen (30).Genitale wratten ontstaan enkele weken

tot maanden na het contact met besmette persoon.Bij vrouwen vinden ze plaats voornamelijk op of rond de schaamlippen, in de vagina ingang of rond de anus.Soms worden in de vagina of op de baarmoedermond gezien. Bij mannen zitten genitale wratten vooral op of rond de penis, de balzak, en rond de anus.Uitbreiding en groei van genitale wratten werd bij een hiv-infectie (35)of zwangerschap gezien (13).

Zoals eerder wordt gezegd dat genitale wratten onschuldig zijn en de enige reden om ze te behandelen is cosmotische reden.Ze zijn meestal hardnekig tegen behandeling .In de meeste gevallen verdwijnen ze vanzelf maar dit zou jaren kunnen duren. De behandeling bestaat uit het regelmatig aanbrengen van een crème of een vloeistof op de wratten.De kuurperiode duurde soms van vijf tot zestien weken.Bevriezen, wegbranden of –snijden zijn andere behandeling .Complicaties tijdens de behandeling zijn hypo- of hyperpigmentatie,met mindere mate littekens ter plaats , chronische pijn syndroom(vulvodynie, hyperesthesie), bij behandeling van anale wraten pijnlijke deficatie en fistula vorming (33).

3.3Gonorrhoeae

Gonorrhoeae of druiper wordt door gonokok bacterië veroorzakt .Door onveilige seks werd men besmet zowel vrouwen als manen (12,13) . Deze bacterië vind plaats in de slijmvliezen van de anus, vagina, penis, ogen en keel. Gonorrhoeae heeft een incubatieperiode van twee tot viertien dagen. Gonorrhoeae is bekend als de belangrijke oorzaak van urethritis bij mannen en cervicitis bij vrouwen(49) .Deze infectie kan tot eileiderontsteking (PID), onvruchtbaarheid, ectopische zwangerschap en chronische bekkenpijn resulteren.

Vele gevallen van gonorroe infectie bij de vrouwen loopt asymptomatisch op(30 à 60%) .

Ingeval van symptomatische infectie bji de vrouw, heeft men last van toename hoeveelheid vaginale verlies,tussentijds bloedverlies, urinaire klachten als pijn en branderiggevoel bij het plassen,dyspareunie , keelpijn(50). Bartholinitis en infecties in het kleine bekken (PID:endometritis,salpingitis,tuba-ovarieel abces en peritonitis) zijn complicaties bij de vrouw (49).De meest voorkomende complicatie van onbehandelde gonorroe is infecties in het kleine bekken.

Integendeel treedt gonorrhoeae infectie bij 90% van de mannen klachten op . Urethritis klachten ontstaan meestal binnen enkele dagen (twee à vijf dagen) na de infectie (50). Branderig gevoel ,pijn bij het plassen en een veelal pussige afscheiding, die gering maar ook heel hevig kan zijn (‘druiper’). Epididymitis, prostatitis en urethrale stenose ten gevolge chronische urethrale infectie zijn complicaties bij de man .Gonokokken kunnen ook keel , anus aantasten(51) . De gonokokken komen soms in de bloedbanen terecht . In zon geval (bacteriëmie) zou gegeneraliseerde infectie gebeuren .Andere complicaties van gonokokinfecties zijn: polyartralgie in extremiteiten en septische artritis , sepsis, endocarditis en meningitis .Ernstige complicatie van gonorroe is perihepatitis(een ontsteking van het leverkapsel) .Patiënten met perihepatitis hebben last van pijn in de rechter bovenbuik, koorts met gestoorde levertesten. Gonokokinfectie tijdens zwangerschap kan tot een septische miskraam, chorioamnionitis, te vroeg gebroken vliezen en postpartumendometritis

leiden . Geboorte via geïnfecteerde kanaal treedt tot conjunctivitis gonorrhoïca bij pasgeborene op die tot blindheid kan leiden als wordt niet behandeld (49).

Diagnosis van gonorroe zou door stalen uit urine , uitstrijkje van de keel , vagina of anus ,bloedkweek (49).DNA test werd meestal gebruik om te screenen.Het kweek resultaat duurt langer dan bloed test (50).

Behandeling :Omdat gonorroe nogal besmettelijke ziekte is, is het belangrijk dat besmette personen geen seksueel contact hebben voordat de infectie geheel is uitgeschakeld. Algemene behandeling bij mannen met complicaties bestaat uit zitbaden bij prostaatontsteking en bedrust, koude pakkingen en immobilisatie als de bijbal besmet raakt.Wanneer de eileiders bij vrouwen zijn aangetast is bedrust noodzakelijk, eventueel gevolgd door een chirurgische behandeling als dit geen resultaat oplevert. Alle seksuele partners moet worden onderzocht (51), dat bacteriekweken op de juiste manier worden afgenomen en worden behandeld. De juiste antibiotica met juiste dosis en kuurperiode zijn van belang (49).De helft van besmette personen met gonorroe zijn ook geïnfecteerd met chlamydia daarom behandeling chlamydia infectie is tegelijk van belang(50).

3.4. Herpes genitalis

Herpes genitalis is een seksuele overdraagbare aandoening die door het virus herpes simplex viruses type1 (HSV-1) of type 2 (HSV-2) wordt veroorzaakt(37). Het wordt overgedragen door seksueel contact met iemand die herpes heeft en voornamelijk wordt overdracht van een besmette man naar zijn vrouwelijke partner (37). Het virus simplex type 2 kan alleen genitale regio aantasten, tegendeel herpes simplex type 1 tast slijmvliezen rond de lippen ,mond en genitalia aan(37). Herpes is niet te genezen en het virus heeft zich uit de huid of slijmvliezen teruggetrokken in een zenuwknoop, waar het blijft te sluimeren . Herhaal uitbraken van herpes komt veel voor met name in het eerste jaar na de infectie.Herhalingen van genitale herpes variëren van persoon tot persoon in frequentie. Symptomen zijn ook meestal korter in duur en minder ernstig dan de eerste uitbraak van genitale herpes. Hoewel de infectie kan onbeperkt in het lichaam blijven , het aantal uitbraken heeft neiging te dalen over een periode van jaren (37).

Degenen met een onderdrukt immuunsysteem hebben waarschijnlijk vaker en ernstiger terugkerende episodes van genitale herpes.In zon geval is de kuurperiode is vaak langer en intensiever. Een genitale herpes infectie verhoogt het risico op besmetting met HIV tot drie keer in zowel mannen als vrouwen (38).

De **diagnose** wordt op basis van de karakteristieke blaasjes en klachten van patiënt gesteld. Als nodig is ,kan men de diagnose uit het vocht in de blaasjes of door uitstrijkje van de bodem van de blaasjes bevestigen.De diagnose van herpes genitalia tussen uitbraken is door het bloedonderzoek mogelijk(37).

Er is geen **behandeling** voor herpes simplex virus en behandeling is niet ook noodzakelijk , omdat een uitbraak van genitale herpes zal meestal vanzelf overgaan. Antivirale middelen zijn alleen nodig om de ernst van een uitbraak te verminderen.

Preventie : Als iemand heeft een aanval van genitale herpes doorgemaakt, is het beter om helemaal geen seksuele contact te hebben. Mocht dat toch gebeuren, is dan het belangrijk condoom te gebruiken. In geval van aanwezigheid van koortslip is het beter dat besmet persoon geen orale seks heeft(38) .

3.5. Hepatitis-B

Het hepatitis B virus is wereldwijd verspreid . Men schat dat in België 0,3 tot 0,7% van de bevolking drager is van het hepatitis B virus.Ruim van zeven procent van de Belgische bevolking heeft antistoffen tegen het hepatitis B virus en dit beteken dat ze ooit in contact geweest is(36).De besmetting verloop voornamelijk via seksuele contact,contact met bloed en bloedproducten,van moeder op kind,via wondjes, krabletsels,scheergerief of tandenborstels(36).Het virus nestelt zich in de levercellen en veroorzaakt een ontsteking .Met behulp van bloedonderzoek wordt de besmetting met het virus aangetoond.

Een besmette persoon met het hepatitis B virus (HBV) kan verschillende stadia van de ziekte aantonen. Bij elk stadia is vershil van prognose en vereist een verschillende therapeutische aanpak. Stadia bepalling kan door biochemie testen en soms via leverbiopt gebeuren . De serologie speelt hierbij een cruciale rol (36) .

Bij chronische actieve hepatitis B veroorzaakt het virus een chronische ontsteking in de levercellen. Deze kan in de loop van jaren ernstige gevolgen hebben, want er zou littekenweefsel in de lever ontstaan (levercirrose). In zon geval is het leverfunctie bij levercirrose minder goed daarom kan de klachten waardoor ontstaan(30).

Behandeling : Acute hepatitis B gaat meestal binnen een half jaar vanzelf over. Bij de acute hepatitis B is de beste behandeling : zoveel mogelijk rust ,geen alcohol en wordt voedingsmiddelen als vet en koffie ook afgeraden .Bij de chronische hepatitis B vinden wel medicijnen plaats. Bij 40 procent van de geïnfecteerden wordt het virus hierdoor geremd. In tien procent van de gevallen verdwijnt het virus uit het bloed .

Preventie : Iedere persoon moest zich bewust zijn van de gevaren van hepatitis B.Het beste wapen is nog steeds preventie.De vaccinatie is doeltreffendste bescherming tegen hepatitis B.Aan alle mensen die een verhoogd risico op besmetting zouden hebben wordt het vaccin aanbevolen.Hoog risico groepen zijn: pasgeborenen van een besmette moeder, mensen die door hun werk in contact komen met bloed en bloedderivaten, leden van een gezin waarvan iemand besmet is en mensen die naar een land gaan waar de besmettingsgraad hoog is.Passieve immunisatie is mogelijk door toediening van antistoffen (gammaglobuline). Dit is alleen aangewezen bij een accidentele besmetting (bijvoorbeeld prikletsels van een besmette naald). Door snelle toediening van antistoffen kan infectie voorkomen worden (binnen enkele uren na de besmetting). Deze bescherming duurt slechts maximaal drie tot zes maanden en moet tegelijk vaccinatie ook uitgevoerd worden .

3.6. HIV-infectie, Aids

De infectie met HIV (Human Immunodeficiency Virus) die een virus in de groep van retrovirussen is , beschadigd CD_4 T-cellen van lymfocyten (witte bloedcellen). Deze zijn belangrijke cellen die ons lichaam

tegen verschillende bacteriën, virussen en andere ziektekiemen beschermt. AIDS (acquired immunodeficiency syndrome)is een term in geval van een verzwakt immuunsysteem dat de infectiekiemen makkelijk het lichaam kunnen aantasten(31).

Deze micro-organismen zullen bij gezonde mensen geen ziekte veroorzaken(opportunistische infecties). Hiv infectie kan door onbeschermde seksueel contact gebeuren.Het gebruiken van ongesteriliseerde naalden, injectie of transfusie van besmet bloed of bloedproducten ,accidentale prikletsels ,van moeder op kind zijn nog andere besmettingswegen(31).

Veel mensen met HIV weten niet dat ze besmet zijn. In de Verenigde Staten, is het waarschijnlijk dat 20 procent van de hiv-positieve personen zich niet bewust zijn van hun infectie.Veel mensen ontwikkelen geen symptomen nadat ze voor het eerst besmet raken met hiv. Anderen hebben een geschiedenis van een griep-achtig ziektebeeld binnen enkele dagen tot weken na blootstelling aan het virus. Vroege hiv-symptomen zijn koorts , hoofdpijn , vermoeidheid, en vergrote lymfeklieren in de hals. Deze symptomen verdwijnen meestal op hun eigen binnen een paar weken. Daarna voelt de persoon zich normaal en zonder klachten.Deze asymptomatische fase duurt vaak jaren.De progressie van de ziekte varieert sterk tussen individuen. Deze toestand kan van een paar maanden tot meer dan tien jaar duren.Gedurende deze periode is het virus nog steeds actief en infecteert en doodt de cellen van het immuunsysteem.Hoewel is de persoon in deze periode asymptomatisch maar is besmettelijk en kan hiv aan anderen doorgeven.Aids is de latere fase van hiv infectie (wanneer begint het lichaam te verliezen het vermogen om infecties te bestrijden). Zodra het aantal CD_4-cellen werd gedaald , wordt aids ziekte genoemd.Soms wordt de diagnose van aids gemaakt, omdat de persoon ongebruikelijke infecties of kanker heeft die in geval van verzwakte het immuunsysteem word gezien. Deze infecties werd opportunistische infecties genoemd . De infecties omvatten :longontsteking veroorzaakt door Pneumocystis,herseninfectie met toxoplasmose; wijdverspreide infectie met een bacterie genaamd MAC (Mycobacterium avium complex);schimmelinfectie (histoplasmose) van de slokdarm die pijn bij het slikken veroorzaakt .Een verzwakt immuunsysteem kan ook tot andere ongewone omstandigheden zoals lymfoom en kaposi-sarcoom leiden .Aids werd niet meer beschouwd als een fatale ziekte na ontdeking van antivirale middelen.Nu moet men als een chronische ziekten aan aids bekijken en tegelijk met medicatiekuur ,psychologische behandeling ook starten (13).

Diagnose van aids is mogelijk door een bloedonderzoek die de antistoffen na vier à zes weken (na de besmetting) kan aantoonbaar maken.Sneltest werd in urgente gevallen gebruikt .Het resultaat zou binnen een uur klaar worden maar opvolg testen om bevestiging nog nodig is (na een week) (30).Hiv is één van de belangrijkste infectieziekten ter wereld die qua maatschappij en economie veel van de landen (Afrika , Azië) kan ernstig bedreig worden (13) daarom preventie van aids is zeer belangrijk.

3.7. Schurft

Schurft is een besmettelijke huidziekte die door een aantasting door de jeuk mijt Sarcoptes scabiei werd

veroorzaakt. Die kleine achtpotige parasieten (in tegenstelling tot insecten, die zes benen hebben) zijn klein, met 1/3 millimeter lang .Ze vinden plaats in de huid en veroorzaken intense jeuk voornamelijk 's nacht.

Schurft mijten kan met een vergrootglas of microscoop gezien worden.De schurft mijten kunnen alleen kruipen(kan niet vliegen of springen).Ze zijn onbeweeglijk bij temperaturen onder 20° C(hoewel ze zou langdurig bij deze temperaturen overleven) (48).Schurft besmetting komt wereldwijd voor .Er wordt geschat dat wereldwijd ongeveer 300 miljoen gevallen doen zich per jaar. Schurft werd soms gemeld als epidemieën in verpleeghuizen ,ziekenhuizen , langdurige zorg voorzieningen, en andere instellingen . In de Verenigde Staten (VS) wordt het vaak in de dakloze bevolking en populatie met lage sociaal-economische situatie geraporteerd.

De ziekte kan gebeuren door sekscontact met een besmette persoon , door in een bed te slapen van iemand die schurft heeft of door diens kleren te dragen.De meeste gevallen van schurft infectie kan door het beschrijven van de symptomen door behandelde arts en door onderzoek van de huid gediagnosticeerd worden.Er is geen bloedtest voor schurft. Een huid schrapen is een bekende manier om de diagnose te bevestigen. Dit wordt uitgevoerd door een druppel olie of zout bovenop een getroffen gebied van de huid. Daarna met een scalpel,wordt het gebied geschraapt , en het verzamelde materiaal wordt onder de microscoop gezocht(opzoek naar de mijt of haar eieren).Vaak zijn er maar weinig mijten en kan moeilijk worden te vinden. Daarom, zelfs als de schraapsel negatief is ,kan nog steeds de behandeling aanbevelen als hij of zij zeer verdacht is aan de schurft .De patiënt en alle contactpersonen moet met een scabicide middel behandel worden .Wassen of luchten van kleding/bedden is als verdere behandeling bij scabies infectie.Gebruik van antihistaminica,mentholpoeder,vetcrèmes werd ook geadviseerd om jeuk te vermijden. Daarnaast is het gebruikelijk om aan contactopsporing te doen,achterhalen van de bron en nagaan of er personen in de omgeving zijn die ook besmet kunnen zijn geraakt. Waarschuwing en behandeling van die persoon kan hier nuttig zijn (48).

3.8. Schaamluis (platjes)

Vervelende schaamluizen zijn ongevaarlijke parasieten die meestal door directe contact,besmette kleding, beddengoed en handdoeken worden overgebracht. De Luizen hebben bloed nodig om te overleven. Ze voeden zich met bloed van de gastheer en kunnen zich ook op alle behaarde delen van het lichaam bevinden.Jeuk is de hallmark van schaamluis infectie(twee week na besmetting).Het is een allergische reactie op de beten van de luizen.De beestjes zitten meestal op de haren rond de geslachtsdelen,rond de anus, soms ook in wimpers en wenkbrauwen. De luizen leven van menselijk bloed, waardoor ze vlekjes van rode of bruine ontlasting achterlaten in het ondergoed.Op de huid laten de beten van de luis grijsblauwe plekjes achter. Irritatie van het huid en roodhuid en huidinfecties kan de gevolgen van schaamluis infectie zijn.

De diagonse is door rechtstreek gezien van eitjes of neten van parasit op behaarde delen.Soms kan ook de luizen zelf ter plaats gezien worden. De behandeling bestaat uit een antiluizenprodukt die op de plaats waar de neten aanwezig zou zijn ,moest aanbrengen worden (30).

3.9. Trichomoniasis

Trichomoniasis is een infectie van de vagina of geslachtorganen bij een man door Trichomonas vaginalis. In geval van symptomatische infectie spreekt man van urethritis, vaginitis, af en toe cystitis,epididymitis of -prostatitis (47). Trichomonas vaginalis is een seksueel overdraagbare protozoa die vaker vrouwen (ongeveer 20 procent van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd) infecteert dan mannen. Infectie kan asymptomatisch zijn bij beide geslacht, maar asymptomatisch is de regel voor mannen (47). Bij mannen kan protozoa voor een lange periode in de genitale kanalen asymptomatisch blijven leven , en onbewust werd doorgegeven aan seksuele partners.Trichomonas is verantwoordelijk voor ongeveer van vijf procent van de nongonokokale-,nonchlamydial urethritis bij mannen.Co-infectie gebeurd vaak met gonorroe en andere seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's)(47) .

De symptomen bij vrouwen is variërt van geen tot geel-groen vaginale afscheiding met pijn op de vulva en perineum, dyspareunie en dysurie.De vaginale wand kan door de trichomoniasis rood en puntvormig als "aardbei" gezien worden.Symptomen bij mannen zijn urethritis , schuimige of purulent penis verlies, dysurie, frequentie. Bijbalontsteking en prostatitis zijn zeldzame complicaties bij trichomoniasis (47).

Microscopische onderzoek van afscheiding(vaginal),urethrale swab en urinekweek bij mannen zijn diagnostische methoden.

Een eenmalige dosis van antibiotica is de behandeling.De seksuele partner(s) moet ook behandeld worden(asymptomatisch / symptomatisch).Het is van belang dat alle seksuele partners uit de laatste vier weken worden gewaarschuwd en (mee)behandeld, ongeacht of zij wel of geen klachten hebben (30).

3.10. Bacteriële vaginose

Bacteriële vaginose (BV) is een veel voorkomende aandoening van de vagina die door een overmatige groei van verschillende bacteriën (kiemen) werd veroorzaakt.Bacteriële vaginose is een van de meest voorkomende oorzaken van vaginale afscheiding bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd. De lozing is vaak wit-grijs van kleur, en heeft vaak een visachtige geur.De geur kan meer merkbaar zijn tijdens de seks. Bacteriële vaginose is niet de enige oorzaak van een vaginale afscheiding.Spruw (candida)vaginose veroorzaakt ook vaginale verlies maar in tegenstelling de bacteriële vaginose leidt candida vaginose meestal een dikkere witte afscheiding aan die jeuk en pijn rond vulva en vagina veroorzaakt.Veel vrouwen met bacteriële vaginose hebben geen symptomen (tot de helft van de gevallen).Bacteriële vaginose kan toeval bij een afname vaginale swab om andere redenen worden gevonden.Bacteriële vaginose wordt niet alleen door een bacterie(kiem) veroorzaakt(39) .In bacteriële vaginose treedt een overmatige groei van verschillende bacteriën op in de vagina. Het is duidelijk dat het door een verstoring van de zuurgraad in de vagina werd gebeurd.In deze omstandigheden kan verschillende onschadelijke bacteriën in de vagina groeien.Bacteriële vaginose wordt ook door slechte hygiëne of overmatig wassen(de normale bacteriëlebalans van vagina werd gestoord)

veroorzaakt.Eileiders ontsteking en het kleine bekken infectie(PID) , verminderde vruchtbaarheid ,bij een zwangere vrouw: vroeggeboorte,miskraam,laag geboortegewicht of het ontwikkelen van een infectie van de baarmoeder zijn de complicaties van bacteriële vaginose .Vrouwen met een bacteriële vaginose hebben meer kans om een hiv-infectie en andere soa's op te lopen(39).Bepaling van vaginale zuurte graad en vaginale swab helpt men om de diagnose van bacteriële vaginose te bevestigen.

Symptomatische vrouwen werden behandeld.Er is ook een goede kans dat bacteriële vaginose vanzelf verwijdert.Elke verstoring in vaginale balans kan op natuurlijke wijze worden gecorrigeerd.Dus asymptomatisch of vrouwen met milde klachten hebben geen behandeling nodig.Symptomatische of asymptomatische zwangere vrouwen die bacteriële vaginose hebben kunt ze nog steeds geadviseerd worden voor een behandeling met antibiotica(een korte medicijnkuur)(39,30).

3.11. Candida-infectie

De meeste vrouwen ervaren van een candida vaginose op een bepaald moment. Candida vaginose is een vaginale infectie als gevolg van de schimmel Candida albicans .Candida albicans is een veel voorkomende soort schimmel.Het wordt vaak in kleine hoeveelheden in de vagina,mond,maag-darmkanaal en de huid teruggevonden die meestal geen ziekte of symptomen veroorzaakt (40).Candida en de vele andere kiemen die normaal in de vagina leven,houden elkaar in evenwicht.Soms verhoogt het aantal candida waardoor een schimmelinfectie werd veroorzaakt.Als men heeft antibiotica ingenomen om andere soorten infecties te behandelen wordt de kans om een candida vaginose te groot .Omdat antibiotica het normale evenwicht van vaginale flora door vermindering van het aantal beschermende bacteriën kan beinvloeden.Zwangerschap, obesitas,diabetes melitus hebben ook dezelfde effect.Een schimmelinfectie is geen seksuele overdraagbare aandoening (soa). Toch zullen sommige mensen symptomen zoals jeuk en huiduitslag op de penis na seksueel contact met een geïnfecteerde partner aantonen.Vaginale verlies,jeuk,dyspareunie,irritatia vulva,pijnlike plassen zijn de klachten van een candida vaginose (40,41).

Microscopische onderzoek van vaginale secreties en KOH test zijn de diagnostische methoden .Acute candida vaginose kan tot een chronische(in geval van onvoldoende behandeling of onderliggende ziektes) en secundaire infectie (ter plaats krabben) leiden(41).

De behandeling bestaat uit van antibiotica.Het kuurperiode varieert van drie à zeven dagen tot 14 dagen(hangt aan intensiteit van de klachten)(40) .Preventie bij candida vaginose heeft een belangrijke rol.Houdt het genitale gebied door het dragen van ondergoed of panty met katoen kruis en loszittende broek droog aan , niet te dragen van natte badpakken of oefening kleding voor lange tijd, en was zelf na elk gebruik zijn een paar van maatregelen om een candida vaginose te vermijden (40).

3.12. Syfilis

Treponema pallidum is de oorzaak van syfilis. Deze infectie kan penis, de vagina,de anus of (minder vaak) de mond aantasten (12). Syfilis heeft verschillende stadia.Besmet persoon kan in het eerste als het tweede stadia

asymptomatisch zijn.Als de syfilis werd niet behandeld, komt de ziekte in een sluimerperiode die patiënt niks merkt maar blijft besmettelijk voor anderen.De hallmark van eerste stadium bij een symptomatische geval is een zweertje op penis(chancre) van een centimeter die rood,hard en pijloos is. Die toont zich twee tot twaalf weken na besmetting aan .De zweer verdwijnt spontaan gedurende een tot drie maanden ,maar de ziekte blijft sluimeren en besmettelijk.Men kan de zweer in andere lokalen terugvinden bijvoorbeeld :in de anus of vagina . In zon geval merkt men er niets van .Regionale lymfklieren kunnen ook geïnfecteerd raken (47) .

In tweede stadium (drie tot acht weken nadat de zweer is ontstaan) heeft besmet persoon last van moeheid , malaise,koorts,spier-, gewrichts-, hoofd- en keelpijn (47); soms vlekjes over het lichaam die jeuken niet. Andere verschijnselen zijn oogontsteking,soms kale plekken tussen haren,wratachtige bolletjes bij penis,anus of vagina(30).Onbehandelde gevallen komen na twee tot dertig jaar in het derde stadium van de ziekte.In dit stadium is mogelijk tot aantasting van alle organen,zelfs in huid en botten.Er kan hersenvliesontsteking ontstaan en getroffene kunt verward en verlamd raken (47).

Diagnose van syfilis is mogelijk door bloedonderzoek (drie maanden na besmetting).Uitstrijkje van de zweer bij een symptomatische patiënt kan eerder de infectie zichtbaar te maken (Darkfield microscopie onderzoek(47).

Behandeling van syfilis is noodzakelijk om uitbreiding van de infectie te voorkomen .Behandeling bestaat uit van antibiotica (in de vorm van penicilline-injecties). In derde stadium of niet bekende infectie of bij zwangere vrouwen is de kuurinjectie tot drie met een tussentijd van een week.Het is noodzakelijk dat de eerste twee jaar na behandeling wordt het bloed om de paar maanden gecontroleerd.Als bloedonderzoek heeft getoond dat infectie weg is ,is dan het persoon niet meer besmettelijk(47) .

Het is van belang dat de seksuele partners van de afgelopen drie maanden in het eerste stadium van syfilis worden onderzocht. In het tweede stadium moeten de seksuele partners van de afgelopen zes maanden en in de sluimerperiode de seksuele partners van de afgelopen 12 maanden worden onderzocht (30).

4. Preventie seksuele overdraagbare aandoeningen

De preventie en zorg over seksueel overdraagbare aandoeningen is een interventie die de gezondheidstoestand van de bevolking kan beïnvloeden .Daarom unaids en de who adviseren dat een hoge prioriteit gericht op dit doel moet gericht worden (52).

Primaire preventie

Primaire preventie- activiteiten zijn hetzelfde in wezen voor klassieke seksuele overdraagbare aandoeningen als voor hiv, omdat de primaire wijze van overdracht voor beide geslachtsgemeenschap is. Het is logisch dat er nauwe coördinatie tussen de verantwoordelijken voor aids / hiv preventie en degenen die verantwoordelijk zijn voor de soa -preventie -activiteiten moest gebeuren . De bedoeling van het primaire preventie is om een seksuele overdraagbare aandoening te voorkomen . Deze kan door bevordering van veilige seksueel gedrag en het gebruik van condooms voor penetrerende seksuele handelingen zijn .Het verstrekken van onderwijs,

behandeling en effectieve remedie voor personen die per definitie een verhoogd risico op infectie en overdracht van infectie loopt ,biedt een belangrijke kans voor primaire preventie.

Educatieve boodschappen die specifiek op seksuele overdraagbare aandoeningen betrekking hebben zijn onder andere:

-Informatie dat veel seksuele overdraagbare aandoeningen behandelbaar en geneesbaar zijn ;

-Informatie die vroege behandeling noodzakelijk is om complicaties en permanente gevolgen te voorkomen;

-Informatie die symptomen en verschijnselen niet kan worden opgemerkt, vooral bij vrouwen;

-Beschrijving van de herkenbare tekenen en symptomen ;

-Een lijst van de plaatsen waar seksuele overdraagbare aandoening- advies kan worden verkregen (dat wil zeggen basisgezondheidszorg) en, indien beschikbaar soa klinieken en vrijwillige counseling centra ;

-Advies over het beoordelen van iemands die meer risico op een seksuele overdraagbare aandoeningen kunnen hebben , en ook over de seksuele partner (s).

Secundaire preventie

Secundaire preventie is het bieden van behandeling en zorg voor besmette en getroffene personen. De activiteiten moeten omvatten:

-Bevordering van de gezondheidszorg in veldwerk gedragzoekend,niet alleen gericht op symptomatische patiënte maar ook op die met verhoogde risico op een soa of hiv-infectie ;

-Het aanbieden van klinische diensten die toegankelijk en aanvaardbaar en doeltreffend zijn.Welke die diagnose en effectieve behandeling voor zowel symptomatische als asymptomatische patiënten met een soa, en hun partners aanbod kunnen geven ;

-Ondersteuning en begeleiding voor zowel soa's en hiv- patiënten ;

-Bevordering van kennis over een gezond gedrag voor vrouwen, mannen en jongeren in hun relaties tot de kans van een seksuele ziekte te beperken.

Unaidsen de who zijn als een prioriteit voor de ontwikkeling van de beste methoden voor de verschillende instellingen op veldwerk soa's en hiv infectie (52).

5. De onderzoeksmethodiek

Het gaat om een prospectief onderzoek dat gebaseerd is op een vragenlijst . Op basis van reeds bestaande literatuur en opzoek naar Sensoa , AIDS - en SOA quiz , Ik zie je graag : KU-Leuven // Thomas en eigen inzicht werd een vragenlijst samengesteld over de onderwerpen kennis van seksuele overdraagbare aandoeningen , in het bijzonder over HIV en belangrijke informatiebronnen en testen op soa . Bij het opstellen van de vragenlijst werden uiteindelijk **34** vragen geselecteerd en deze concentreerden zich op verschillende thema's : de socio-demografische gegevens en informatie met betrekking tot kennis van jongeren over de seksuele overdraagbare aandoeningen , informatie over HIV en aids . Achteraf werden de antwoorden van de deelneemers op de verschillende vragen samengebracht en met elkaar vergeleken. Op basis van deze observatie werden een aantal conclusies getrokken.

5.1.Het verzamelen van een populatie

De doelgroep van dit onderzoek bestaat uit universiteitsstudenten met een leeftijd tussen 18 en 30 jaar . Alle studenten die tot deze leeftijdscategorie behoren en ook Nederlands spreken en de Belgische nationaliteit hebben (dit omdat we voor deze groep makkelijker adviezen kunnen geven naar het beleid toe) werd gevraagd de vragenlijst in te vullen . De vragenlijst is anoniem .

In de periode april 2012 tot augustus 2012 werd aan elke student die zich aanbood op de Universitaire groepspraktijk van de VUB (campus Etterbeek) gevraagd om ter plaatse een vragenlijst in te vullen . Deelneemers werkten de vragenlijst alleen af (vragenlijst in bijlage 1).

De keuze voor de doelgroep van jonge universiteitsstudenten is zeer bewust gemaakt. Deze leeftijdsgroep blijkt nog vaak schadelijke gevolgen te hebben ten gevolge gebrek aan de kennis over de seksuele overdraagbare aandoeningen . Ik als toekomstige huisarts gaf er de voorkeur aan om mij hoofdzakelijk te richten op jonge studenten uit de faculteiten van de VUB . Ik studeer en werk zelf aan de VUB en bijgevolg is het voor me gemakkelijk om deze studenten te bereiken en te ondervragen. Ik heb studenten uit alle faculteiten , te Etterbeek Campus, gevraagd om deel te nemen aan dit onderzoek .

5.2.Het verwerken van gegevens

Het eerste thema wordt bestudeerd aan de hand van vragen die peilen naar de geslacht,leeftijd, opleidingsniveau ,levensbeschouwelijke opvatting .Ook vroeg ik over hun kennis over seksuele overdraagbare aandoeningen.Verder wordt gevraagd welke bronnen ze gebruiken over de informatie rond seksuele overdraagbare aandoeningen.

Het tweede thema omvat vragen die polsen naar de algemene kennis van de respondenten tegenover de seksuele overdraagbare aandoeningen . Het derde thema behandelt de vragen die gaan over de kennis van respondenten over hiv / aids . Onderzocht wordt welke aspecten in dit veldwerk goed gekend zijn en welke minder goed en was er een verschil in kennisniveau bij jongens en meisjes .

De vragenlijst zijn vrijwel altijd door mijzelf uitgedeeld en weer ingenomen(de vragenlijst in bijlage) . De verschillende deelneemers werden vooraf duidelijk geïnformeerd over het doel , het nut en de anonimiteit van het onderzoek. De studenten kregen voldoende tijd (ongeveer tien minuten) om de enquête in te vullen. Alle ingenomen enquêtes zijn daarom volledig ingevuld. Er is nadrukkelijk gevraagd de enquêtes serieus in te vullen en dit is ook gebeurd. De vragenlijsten zijn correct ingevuld en geven een goede analyse van de mening van studenten over de seksuele overdraagbare aandoeningen.In totaal hebben **121** studenten de vragenlijst ingevuld . In twee geslachtgroep van : vrouw **66** , man **55** .De vragenlijst voor dit onderzoek werd opgesteld in het Nederlands waarbij we kozen voor meerkeuzevragen. De Belgische studenten die naar de universitaire groepspraktijk van de VUB komen, zijn hoofdzakelijk Nederlandstalig .

6.Statistische analyse

De verwerking van de resultaten gebeurde door middel van SPSS 17 . De deelneemers werden verdeeld in twee groepen : degenen die correct antwoordden, en degenen die foutief antwoordden of die zeiden dat ze het antwoord niet wisten . Een juist antwoord leverde **één** punt op , **zero** bij een foutief antwoord of het antwoord : ik weet het niet .

7. Resultaten

Dit onderzoek vertrekt vanuit een aantal basisvragen . Deze basisvragen houden verband met de kennis van de deelnemers over de seksuele overdraagbare aandoeningen en uitzonderlijk over de aids . Ondertussen heb ik ook onze manier bij onze groepspraktijk geobserveerd in geval van nodige onderzoeken of nodige informaties .In dit deel werd de antwoorden op onze enquête geanalyseerd. De bedoeling van de analyse is om te komen tot een soort profiel .Om de analyse zo overzichtelijk mogelijk te maken , analyse ik de antwoorden aan de hand van drie luiken bij deelnemende studenten : 'De socio - demografische ', ' De algemene kennis over de seksuele overdraagbare aandoeningen ' of ' Niet hiv soa','De kennis van hiv en aids ' .

7.1. Hoeveel enquêtes werden in totaal ingevuld?

Aan **128** studenten werd gevraagd om de vragenlijst in te vullen . **121** studenten hebben positief gereageerd . **5.5 %** heeft geweigerd omwille van tijdsgebrek of " **geen zin** " om deel te nemen . Het responspercentage is dus **94.5% .**

7.2 .De Socio - demografische factoren

In een eerste luik wordt gepeild naar de socio - demografische kenmerken van de respondenten zoals geslacht, leeftijd ,opleidingniveau en levensbeschouwelijke opvatting (tabel 1) . De meerderheid van de 121 ondervraagde VUB- studenten hebben een leeftijd van 18 tot 20 (**37.2%**), de leeftijd van de respondenten,de vrouwelijke respondenten zijn gemiddeld jonger dan de mannelijke respondenten [44(**66.6%**)vrouw 18 à 22j , 30(**54.5%**) man 18 à 22] . In onderzoekspopulatie werd meer vrouwen (**54.5%**) ondervraagd dan mannen (**45.5%**) .

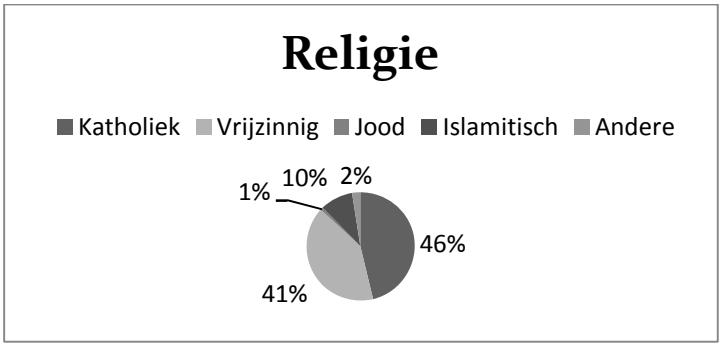
Deelnemers hebben Nederlands als moedertaal (**100 %**) , die met een meerderheid van **54.5%** volgen bacheloropleiding (**tabel 1**) . Op de VUB zijn er ook buitenlandse studenten maar dit onderzoek is gericht op Belgen.

Tabel 1. De socio- demografische informatie met frequentie en (%)

Demografische factoren	Frequentie N =121 *	Percentage %
Geslacht		
-Vrouw	66	54.5%
-Man	55	45.5%
Leeftijd		
- 18 a =20j	45	37.2%
- >20 a = 23j	42	34.7%
- >23 a = 26j	22	18.2%
- >26 a =30j	12	9.9%
-Gemiddelde leeftijd	22 j	
Opleidingsniveau :		
-Bachelor	66	54.5%
-Master	42	34.7%
-Master na master	2	1.65%
-Andere	11	9.09%
Levensbeschouwelijke Opvatting		
-Katholiek	56	46.3%
-Vrijzinnig	49	40.5%
-Joods	1	0.8%
-Islamitisch	14	11.6%
-Andere	1	0.8%

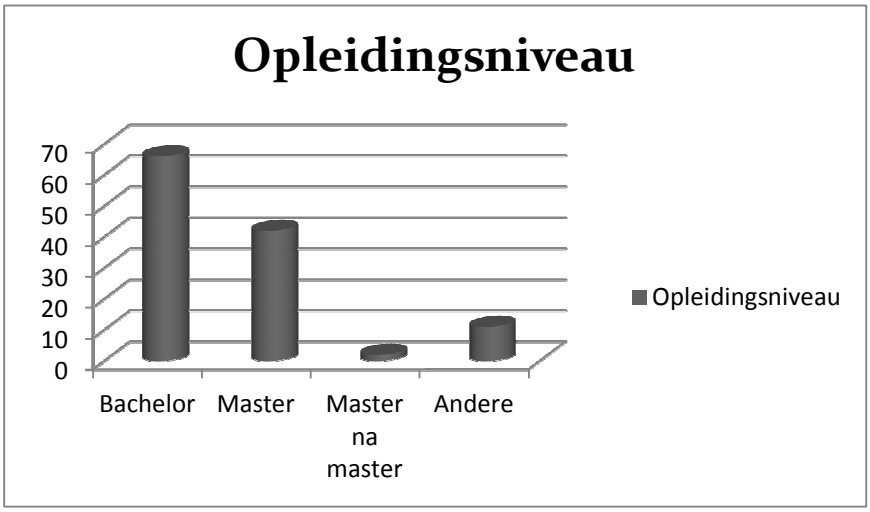
Opmerking: Deze groep van 121 studenten is niet representatief voor de VUB – studenten

Bij **46.3%** van de deelnemers werd katholieke genoteerd als hun levensbeschouwelijke opvatting . Vrijzinnig (**40.5%**) en islam **(11.6%)** waren op de tweede & derde aan gemelde religie bij ons respondenten .



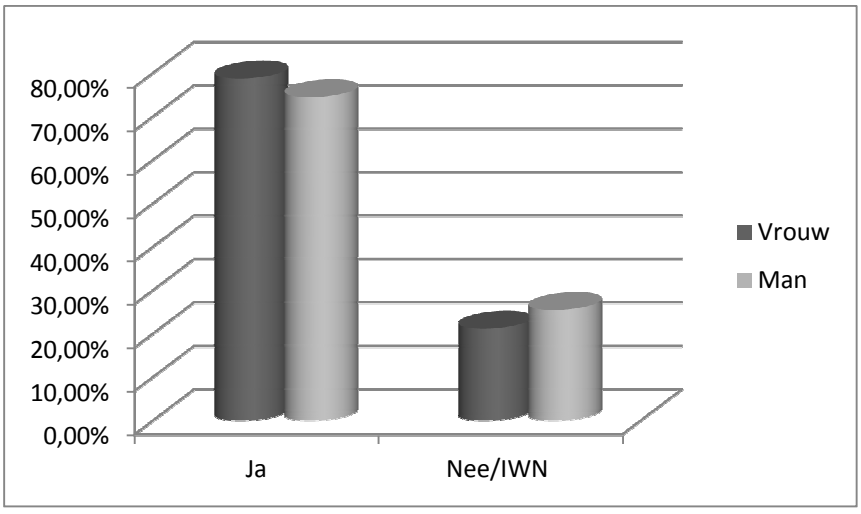
Boven staande diagram **(Diagram 1)** geeft een overzicht over de religies van deelnemers aan ons studie.Uit analyse van resultaten bij dit onderzoek werd genoteerd dat **54.5%** (66) van de respondenten een bachelor opleiding volgen tenzij **34.7%** (42) master en **1.65%** master na master .De rest van een **9.09%** volgen andere opleiding als doctoraat.

Diagram2.Opleidingsniveau van respondenten aan onderzoek



79.3% (96 totaal waaravan 44man , 52vrouw) van respondenten hebben beantwoord dat ze genoeg geïnformeerd zijn geweest over de seksuele overdraagbare aandoeningen tenzij alleen een kleine meerderheid van **20.6%** (**25** totaal waarvan **11** man ,**14** vrouw) hebben nee of ik weet het niet beantwoorden.

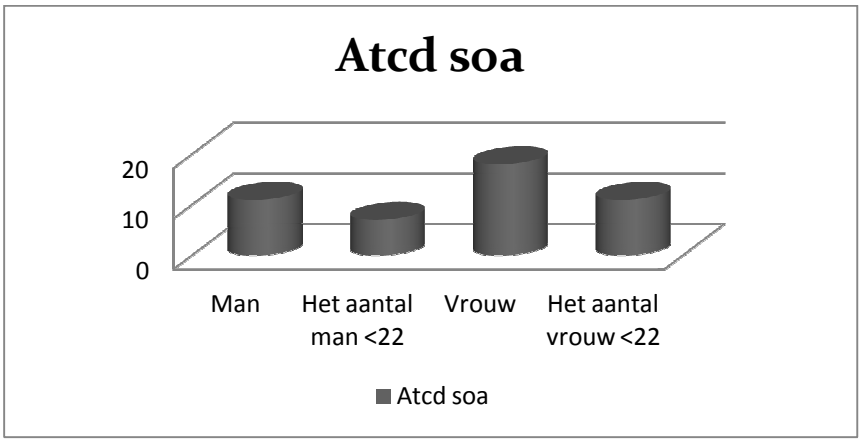
Diagram 3 : Genoeg geïnformeerd over de seksuele overdraagbare aandoeningen



De resultaten uit literatuur bekomen tonen aan dat seksuele overdraagbare aandoeningen werd meer gediagnosticeerd bij lagere leeftijd (20 à 24jaar) (24) .Uit **Diagram 4** is af te lezen dat **24%** (29 persoon) van bestudeerde populatie tenminste een keer soa achter de rug hebben gehad . Vandaar was **11** jongens

(**20%**)en **18** meisjes (**27.3%)** die **63.6%** jongens en **61.1%** meisjes onder 22jaar waren. **24%** van deelnemers aan dit onderzoek met een atcd van soa hebben zelf aangemeld dat ze niet genoeg over soa geïnformeerd waren .

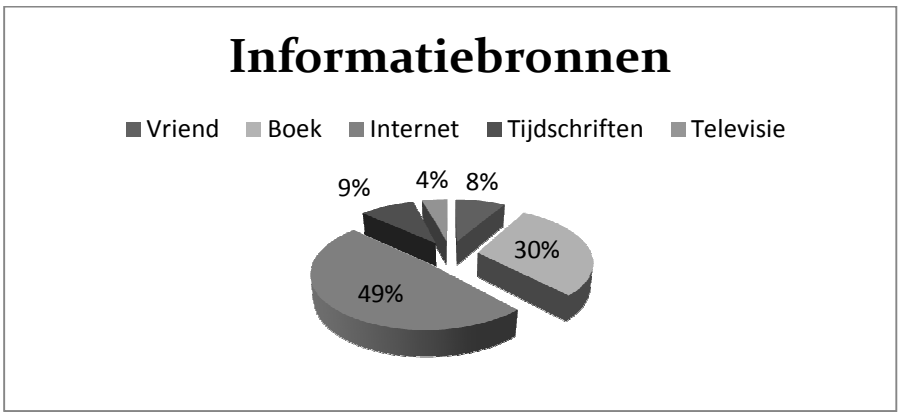
Diagram 4. Antecedent van seksuele overdraagbare aandoening naar geslach



7.3.Belangrijke informatiebronnen

In het onderzoek ' wordt gevraagd naar gebruik en waardering van verschillende informatiebronnen ' . Hieruit blijkt internet het beste te scoren ; vrijwel 59 respondenten (**48.8%)** zeggen via internet(vrouw **54.2%** ,man **45.8%**) informatie over soa te kunnen krijgen.Ongeveer een derde van jongeren krijgt daarnaast informatie via boeken(**36 , 29.7%**).Tijdschriften (vrouw **63.6%** , Man **36.3%**) en informatie via vriend (vrouw **50%** , Man **50%**) en televisie (vrouw **40%** , man **60%**)hebben de volgende scoren gehaald (26 ,**21.5%)** .

Diagram 5: De informatiebronnen over de seksuele overdraagbare aandoeningen



7.4. Kennis van de Seksuele overdraagbare aandoeningen :

Er zijn verschillende vragen in de enquete opgenomen om de kennis van de respondenten te toetsen. In

tabel 2 staat een overzicht van de kennisvragen en het percentage van de respondenten dat correct of oncorrect hebben geantwoord**.**

Uit dit tabel blijkt dat **74** van de respondenten **(61.5%)** de vraag "Wat is de meest voorkomende soa in België? " correct beantwoordt met 'chlamydia'.Ruim de **38.5%** van de respondenten beantwoordt deze vraag dus fout .Opvallend is dat vrouwen deze vraag opmerkelijk beter beantwoorden dan de mannen;**60 %** van de vrouwen beantwoordt deze vraag goed tegen **39.5 %** van de mannen.Ruim van **40.4%** van deelnemers hebben de vraag " wat is double Dutch ?" fout beatwoorden .

Een aantal kennisvragen zijn redelijk bekend (**tabel 3**) , zoals kennis afkorting : wat een soa is? (**100%** correct), dat de gevaarlijkste soa hiv is (**83.5 %** correct), syfilis heeft de tweede plaats bij antwoorden genomen (**16.5%**) en dat antibiotica de enige behandeling tegen seksuele overdraagbare aandoening is (**89.3 %** correct) en dat zelf wassen na het sekscontact helpt niet om een seksuele overdraagbare aandoeningen te voorkomen (**90.9%**) . Een aantal stellingen zijn minder bekend ,slecht **71.9 %** van de respondenten weet dat bij alcohol overdrijven en drugconsumptie de kans om een soa te hebben, werd verhoogd (indirect invloed).

69.5% van respondenten weet dat soa nooit vanzelf zou overgaan(dus **30.5%** fout beantwoordt). Hiernaast is het behoorlijk minder bekend onder de respondenten dat "je extra vatbaar niet bent voor als je een andere soa hebt" , slechts **76.9%** beantwoordde deze vraag correct .Het is hiernaast behoorlijk onbekend onder de respondenten dat als " je denk dat een soa hebt wat moet je doen?" , slechts **56.2 %** beantwoordde deze vraag correct (Zo snel mogelijk naar de dokter gaan en moet partner waarschuwen).

De stelling " Wat is de meest voorkomende soa ?" is ook slecht beantwoord ; slechts **53.7%** van de respondenten had deze vraag correct . Bijna **38%** van respondenten hebben gedacht als men geen klachten van een soa heeft , kan niet een andere toch besmetten en dus laat zelf niet testen op soa (tabel 2) .

7.5.Kennis van HIV & aids

In het totaal werd elf (11) vragen voorgesteld bij onze vragenlijst over hiv en aids . Op de vraag "Waar komt hiv het meest voor?"hebben 100% van de respondenten correct beantwoordt.Een aantal kennisvragen zijn redelijk bekend zoals "Hoe wordt men getest voor hiv?" **(98.3%)** en dat " Hoe kan je HIV voorkomen? "**(92.6%)** of dat " Kan je genezen van hiv ? "**(91.7%)** .Het is hiernaast behoorlijk onbekend onder de respondenten dat hiv komt het meest voor bij.. , hebben **66.9%** correct beantwoordt en meer dan **33%** fout beantwoordt(tabel 3).Bij de vraag 'Hoe kan men hiv voorkomen ?' blijkt **65.3%** de voorkeur te geven aan condoom te gebruiken (tabel 3) . Op de vraag 'Na een aantal jaren kan het aids virus spontaan uit het lichaam verdwijnen ?' hebben **31.4%** van de deelnemer foutief beantwoordt (**22%** ik weet het niet en **9.4%** nee).Bij de vraag " Iemand die seropositief is ,is altijd erg ziek" heeft ruim de **72%** van de deelnemers juist beantwoordt (**38%** fout beantwoordt).

Tabel 2. Overzicht van de stellingen,de correcte antwoorden op de stellingen en het percentage

Vragen over de kennis van soa	N% Juist	N% Fout	N% Total
1)Wat is een soa ?	100%	0	100%
2)Hoe voorkom je een soa?	80.2%	19.8%	100%
3)Wat is 'double dutch'?	59.6%	40.4%	100%
4)Wie is vatbaar voor soa ?	64.5%	35.5%	100%
5)Hoe kan je besmet geraken ?	84.3%	15.7%	100%
6)Jezelf wassen na het sekscontact helpt een SOA te voorkomen?	90.9%	9.1%	100%
7)Als je de pil gebruikt hoeft niet de condoom gebruiken?	86.7%	13.3%	100%
8)Hoeveel verschillende soorten soa bestaan er ongeveer?	65.3%	34.7%	100%
9)Wat is de meest voorkomende soa ?	53.7%	46.3%	100%
10)Wat is de gevaarlijkste soa ?	83.5%	16.5%	100%
11)Welke soa komt het meest voor bij jongeren in België?	61.5%	38.5%	100%
12)Wat moet je doen als je denk een soa te hebben?	56.2%%	43.8%	100%
13)Als u besmet geraakt met soa moest u altijd klachten daarover te hebben ?	81.8%	18.2%	100%
14)Als je geen klachten van een SOA hebt, kun je een ander toch besmetten?	62%	38%	100%
15)Twee condooms over elkaar is extra veilig ?	72.7%	27.3%	100%
16)Als je veel alcohol drinkt of drugs gebruikt en je vrijt, loop je meer risico om besmet te worden met een SOA ?	71.9%	28.09%	100%
17)Kan een soa vanzelf overgaan zonder behandeling?	69.5%	30.5%	100%
18)Hoe onderzoekt men of je een soa hebt?	81.8%	18.2%	100%
19)Waaruit kan de behandeling van een soa bestaan?	89.3%	10.7%	100%
20)Als je ooit eens een soa hebt gehad, ben je vatbaarder voor andere soa die niets met elkaar te maken hebben. Juist of fout ?	76.9%	23.1%	100%

Tabel 3 : Overzicht van aantallen en % van de juist en foute antwoorden per vraag over HIV & aids

Vragen over de kennis HIV & aids	N% Juist	N% Fout	N% Total
1)Waar komt HIV het meest voor?	100%	0%	100%
2)HIV komt het meest voor bij...	66.9%	33.1%	100%
3)Mensen die met AIDS besmet zijn, weten dit altijd?	70.3%	29.7%	100%
4)Als je iemand met AIDS een (tong)zoen geeft, loop je risico besmet te worden?	84.3%	15.7%	100%
5)Iemand die seropositief is, is meestal erg ziek?	71.9%	28.1%	100%
6)Na een aantal jaren kan het AIDS virus weer uit het lichaam verdwijnen ?	68.6%	31.4%	100%
7)Je wordt op HIV getest door middel van ?	98.3%	1.7%	100%
8)Hoe kan je HIV voorkomen?	65.3%	34.7%	100%
9)Kan je genezen van HIV ?	91.7%	8.3%	100%
10)Als je besmet bent met HIV, kun je dan een gezond kindje krijgen?	74.4%	25.6%	100%
11)Kun je gewoon studeren als je HIV hebt?	88.4%	11.6%	100%

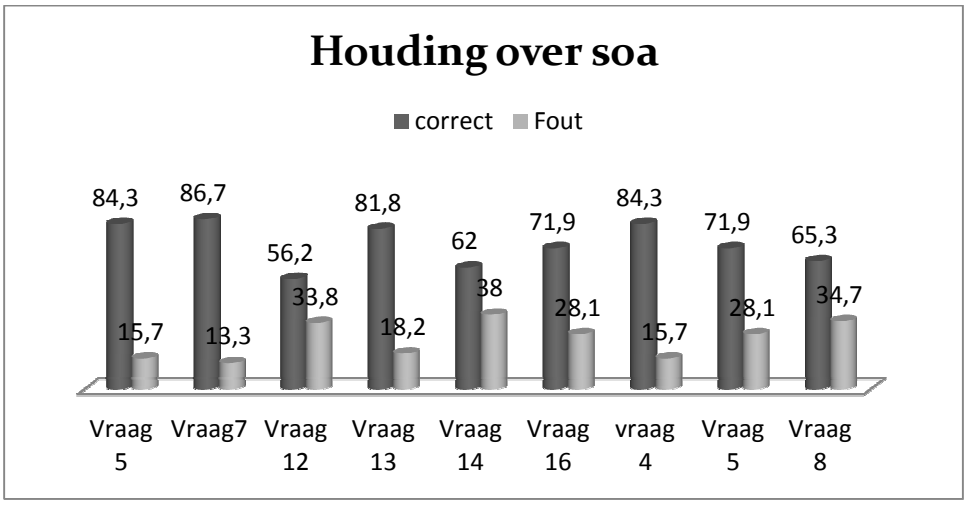
7.6. Informatie met betrekking tot de procedures van het inschatten van de risico's

Bij de vragenlijst zijn er enkele vragen die peilen naar de informatie van de respondenten tot houding en veilige vrijen om een HIV of een andere soa te voorkomen en die zijn : zeven vragen aan de deel van algemene kennis van jongeren over de seksuele overdraagbare aandoeningen (vragen nummer : vijf,zeven , elf ,twaalf , dertien , veertien en zestien) en nog drie vragen aan tweede deel die over de kennis van jongeren over aids gaan(vierde en vijfde en achtste vraag) .

Enkele stellingen in dit veldwerk zijn minder bekend als de meeste deelnemers nemen aan dat bij de vraag "Wat moet men doen als denkt een soa heeft ?"(vraag nummer twaalf)blijkt voorkeur te geven"Wachten zodat het misschien over gaat, zo niet naar de dokter zou gaan"(**56.2%** correct en **43.8%** fout beantwoordt) of op de vraag "Als je geen klachten van een soa hebt, kun je een ander toch besmetten?" (**62%** correct en **38%** foutief beantwoordt) . De rest van de vragen zijn behoorlijk bekend maar verwacht men van een hoog opgeleide respondenten dat een hogere score te kunnen behalen .Aan de deel van HIV kennis blijkt dat enkele stellingen ook nog niet goed gekend is als " Hoe kan men een HIV voorkomen ?" , **34.7%** van de respondenten hadden voorkeur te geven aan de antwoord " door uit de buurt te blijven van iemand met

HIV ” . En ook heeeft **28.1%** van respondenten op vraag “Iemand die seropositief is , is meestal erg ziek ?” fout beantwoordt (**71.9%** correct beantwoordt).

Diagram 6 . Houding over seksuele overdraagbare aandoeningen



Uit het analyse van dit resultaat vindt men dat inschatten op een oploop van een soa bij ons bestudeerde populatie is niet zo hoog maar zijn nog opvallende percentage van hoog opgeleide populaties die nog kans op een seksuele overdraagbare aandoeningen kunnen hebben.

8. Logistieke regressie analyse

Om de significantie van bepaalde varianten over kennis seksuele overdraagbare aandoeningen na te kijken, werd er gebruik gemaakt van een logistische regressie analyse. In de bivariate analyse wordt voor elke onafhankelijke variabele afzonderlijk nagegaan of er een verband bestaat met de afhankelijke variabele, hier de kennis van respondenten .Bij de mulitivariate analyse worden meerdere onafhankelijke variabelen tegelijk onderzocht om na te gaan welke factoren een onafhankelijke invloed hebben op kennis seksuele overdraagbare aandoeningen .

8.1Kennis niet HIV-soa

In de bivariate analyse in verband met algemene kennis van respondenten over seksuele overdraagbare aandoeningen wordt aangetoond dat opleidingsniveau [**OR 0.376 , 95% CI [0.145-0.978] , P < 0.05**] een significante effect heeft op de kennis van respondenten over seksuele overdraagbare aandoeningen (soa) .

Kennis niet HIV-soa			
	OR	95% BI	p-waarde
Leeftijd <22j & >22j.	0.465[0.179 – 1.210]	NS	0.117
Geslacht Man / Vrouw	1.129 [0.472-2.692]	NS	0.785
Opleidingsniveau Bachelor /master&MNM	0.376 [0.145-0.978]		0.045
Religie Katholiek / niet katholiek	1.007 [0.422-2.423]	NS	0.771
Informatiebronnen Internet / boeken & tijdschriften	0.799[0.323-1.084]	NS	0.559
Atcd van soa	0,818 [0.304 – 2.199]	NS	0.691
Bescherming tegen soa	0,682 [0.211-2.205]	NS	0.523
Vaatbare men voor soa	1.174 [0.479-2.876]	NS	0.725
Hygiënische maatregelen	2.286 [0.614-8.508]	NS	0.218
Combinatie pil &condoom Tegen soa	0.823 [0.216-3.735]	NS	0.775
Gevaarlijkste soa	0.598 [0.161-2.224]	NS	0.443
Meeste voorkomende soa	2.597 [1.051-6.419]		0.039
Frequentste soa in België	1.261[0.529-0.309]	NS	0.600
Soa & symptomen?	1.092[0.361-3.306]	NS	0.876
Soa & besmettingskans	1.538[0.639-1.699]	NS	0.337
Extra veiligheid met Twee condoom	0.414[0.131-1.309]	NS	0.414
Effect van alcohol &drug op soa	0.542 [0.185-1.5.9$]		0.025
Kans vanzelf genezen	0.632[0.241-1.552]	NS	0.342
Onderzoeksmethoden	1.965[0.703-5.488]	NS	0.197
Behandeling van soa	0.277 [0.034-2.233]	NS	0.228

Tabel 5. Resultaten van de bivarate logistische regressie analyse voor respondenten)

Afkortingen :NS=niet significant , BI=betrouwbaarheidsinterval , n.v.t. = niet van toepassing , OR = oods retio

Kennis van meest voorkomende soa [**OR2.597 ,95% CI[1.051-6.419], P <0.05**]en ook effect van alcohol & drug op seksuele overdraagbare aandoeningen [**OR 0.542 , 95% BI [0.185-1.5.9] , p <0.05**]heeft ook een significante effect . In dit groep kan leeftijd ook zwakke significante [**OR 0.465 ,95%BI(0.179-1.029)**], factore in verband met kennis seksuele overdraagbare aandoening zijn. Er werd toch verder geen significante factoren teruggevonden, waarschijnlijk heeft dit te maken met het beperkte aantal respondenten bij ons onderzoek . In multivariate statistieke analyse werd opleidingsniveau en kennis over de meest voorkomende soa , significante onafhankelijke factor gevonden om te maken hebben met hun kennis bij ondervraagde populatie met Belgische origine.

8.2 Kennis hiv-soa

Kennis HIV & aids			
	BI95%	OR	P-waarde
Bewust van HIV altijd?	**1.559 [0.558-4.120]**	**NS**	**0.276**
Besmetting met zoenen	**0.644 [0.172-2.475]**	**NS**	**0.513**
Seropositief & erg ziek	**1.482 [0.586-3.750]**		**0.040**
Vanzelf overgaan HIV. Ag?	**0.963[0.377-2.461]**	**NS**	**0.937**
Diagnostische test	**0.999 [n.v.t.]**	**n.v.t**	
Beschermen tegen aids	**1.174 [0.479-2.879]**	**NS**	**0.725**
Genezen van aids	**1.640[0.393-6.840]**	**NS**	**0.497**
Gezond kind met HIV+	**1.391[0.535-3.619]**	**NS**	**0.498**
Studeren & HIV +	**0.902[0.235-3.369]**	**NS**	**0.881**

In de bivariate analyse in verband met kennis deelnemers over hiv en aids wordt aangetoond dat kennis betreft hiv-positieve personen en bewustheid dat ze niet altijd ziek zou zijn;een significante effect [**OR 1.482 ,BI (0.586-3.750) , P<0.05**] op kennisniveau van deelnemers gehad heeft . Er werd toch verder geen significante factoren in de bivariatie analyse teruggevonden, waarschijnlijk heeft dit te maken met het beperkte aantal respondenten bij ons onderzoek.

In multivariate statistieke analyse werd weer kennis deelnemers over hiv-positieve personen significante onafhankelijke factor gevonden om te maken hebben met hun kennis bij ondervraagde populatie met Belgische origin.

8.3.Gemiddeldescores kennis van soa en HIV

De gemiddelde scores met betrekking tot de kennis van seksuele overdraagbare aandoeningen bij de respondenten is **14.6 /20** .We onderscheidden vier categorieën : matige tot zeer goed kennis (0 –5 op 20: niet goed), en(5-10 op 20 : matig), (10-15 op 20 :goed), (15-20 op 20 zeer goed kennis) .

Score kennis van soa	**Frequentie %**
Score 0-5	**0**
Score 5-10	**8(6.6%)**
Score 10-15	**67(55.4%)**
Score 15-20	**46 (38%)**
Total	**121 (100%)**

[vragen kennis over soa : 20]

Uit het resultaat blijkt dat **37.8%** (25) van de vrouwen en **38.2%** (21) met mannelijke geslacht hebben in dit veldwerk scores tussen 15 à 20 behaald . Hoewel hebben vrouwelijke respondenten de hoogste scores **(19 op 20)** bij algemene kennis over seksuele overdraagbare aandoeningen behaald .

De gemiddelde scores met betrekking tot de kennis over HIV en aids bij de respondenten is **8.7 / 11** .
We onderscheidden drie categorieën : matige tot zeer goede kennis :(0 –4 op 11 : matig), en(5-8 op 11 : goed), (9-11 op 11 : zeer goed kennis) .

Score kennis van HIV & aids	**Frequentie %**
Score 0-4	**1 (0.8%)**
Score 5-8	**44 (36.3%)**
Score 9-11	**76 (62.8%)**
Total	**121 (100%)**

[Vragen kennis over HIV : 11]

Uit het resultaat van ons onderzoek(kennis over HIV en aids) blijkt dat in het totaal **62.8% (76)** van respondenten scores tussen 9 à 11 behaald vandaar **65.1% (43)** vrouw en **58.2% (32)** man waren . In dit groep hebben mannen de hoogste scores **(11)** bij kennis over HIV .

De gemmidelde scores over kennis seksueel overdraagbare aandoeningen en kennis HIV-aids samen die ons onderzoek populatie heeft behaald , is **23** op **31** (**67** persoon ; **55.4%**) , vandaar **37** vrouw (**56.06%**) en **30** man (**54.5%**) van respondenten .

De muslim respondenten hebben ook dezelfde gemmidelde scores behaald (**14** persoon met gemiddelde **22.78 %**) .

De jode deelnemster heeft ook in het totaal boven de gemmidelde score in ons onderzoek behaald [kennis algemeen over soa **17/20** & kennis HIV & aids **9/11**].

9. Discussie over onderzoeksresultaten :

De belangrijkste bevinding van dit onderzoek is dat respondenten een goede kennis scores over seksuele overdraagbare aandoeningen (niet HIV en HIV) hebben behaald (bij **HIV** test **8.7/11** , **niet HIV 14.6/20** , **totaal 23 op 31**) . Dit resultaat komt niet overeen met het resultaat van reeds bestaande onderzoeken. Dit zou verklaard kunnen worden door te kijken naar het aantal van bestudeerde populatie bij ons onderzoek en ook hun opleidingsniveau.

Hierbij is het opvallend dat opleidingsniveau van onderzoekspopulatie een significante effect op kennis van respondenten heeft en dat is overeen uit literatuur(26). Bij ons onderzoek hebben we gemerkt dat kennis van respondenten een positieve relatie met hun leeftijd en opleidingsniveau heeft gehad. Dus hoe jonger en lage opleidingsniveaue hoe meer kans om een seksuele overdraagbare aandoening op te lopen .

Dit onderzoek toonde ook aan dat het kennisniveau verschillend is voor jongens en meisjes. Meisjes hebben in ons studie betere kennis dan jongens die overeen met al bestaande litteratuur is. De verklaring zou berust zijn want meisjes zouden meer kennis hebben over seksuele en reproductieve topics dan jongens doordat zij misschien meer praten over seks en voortplanting met hun vriendinnen .

Het religieuze onderwerp van respondenten heeft geen significante effect over kennis soa bij dit onderzoek. Volgens ons resultaat muslims respondenten hebben ook dezelfde scores behaald betreft seksueel overdragbare aandoening en HIV . Dit kan te wijten zijn aan het opleidingsniveau van ons bestudeerde populatie en ook het aantal van respondenten , hun leeftijd.

De informatiebronnen bij dit onderzoek is overeen met het resultaat uit literatuur . De meeste jongeren zoeken hun informatie betrekking soa via internet op (27) . De informatiebronnen van jongeren(meisjes en

jongen) verschillen sterk van elkaar. In vergelijking met vroegere informatiebronnen merkt men de maatschappelijke evolutie. De jongeren maken veel meer gebruik van verschillende bronnen. Niet alleen in aantal gebruiken zij er dus meer, ook het gebruik per informatiebron stijgt aanzienlijk .

Bij ons onderzoek heeft niemand huisarts als een informatiebron aangemeld.Dit kan erop wijzen dat seksualiteit en veilig vrijgedrag zijn thema's waar de gemiddelde mensen niet gemakkelijk tegen huisarts gaan over spreken .

Het is opmerkelijk dat vrouwelijke respondenten in meerdere mate ervaring van een seksuele overdraagbare aandoening hebben genoteerd en dit komt overeen met de resultaten bekomen uit de literatuur dat jonge vrouwen in Vlaanderen het meeste risico lopen op soa .

Tweederde respondenten gaf aan dat ze voldoende kennis bezitten , hoewel de antwoorden op de kennisvragen toch gebreken in de algemene achtergrondkennis van jongeren blootlegden. (zoals kennis van besmettingsweg , voorkomen HIV , asymptomatische gevallen , verloop van seropositieve patiënten, kennis over aard en verloop van soa , het beleid in geval van vermoeden aan een soa).

Eigenlijk om de bekomen resultaten wat betreft kennis jongeren tegenover seksuele overdraagbare aandoeningen te evalueren , is er geen betrouwbare basisonderzoek aan de hand in België daarom vergelijken we ons resultaat met europese resultaten .

Het kennis over gebruik van alcohol en drug en kans op seksuele overdraagbare aandoeningen is andere significante factor op kennis respondenten bij ons onderzoek , toch blijkt dat alcohol voor een groot deel van de respondenten nog wel een belangrijke rol speelt bij de keuze om al dan niet veilig te vrijen . Het goede kennis over 'de meest frequente soa in België' , kan verklaard worden door opleidingsniveau van respondenten .Er is hier verschil naar geslacht (betere kennis bij meisjes).Een mogelijke verklaring voor het verschil in antwoorden is het feit dat chlamydia bij vrouwen tot onvruchtbaarheid kan leiden. Mogelijk blijft deze boodschap bij vrouwen beter hangen. Wat ook mee zou kunnen spelen is de leeftijd van de respondenten,de vrouwelijke respondenten zijn gemiddeld jonger dan de mannelijke respondenten.

Men moest nog een aantal respondenten op de hoogte te brengen over asymptomatische en subklinische verloop van seksuele overdraagbare aandoeningen en ook verhooging besmettingskans in zon geval . Er is nog aantal van hoog opgeleide personen die denken dat men van alle seksuele overdraagbare aandoeningen zomaar kunt genezen zonder behandeling. Jonge populatie en gebrekig kennis over de aard en verloop van seksuele overdraagbare aandoeningen zou hier kunnen meespelen op uitkomende resultaten dus hier meer educatie en voorlichting komen aanbod .

Hoewel bestudeerde populatie heeft in het totaal een goede scores over kennis hiv en aids bekomen maar er is nog stellingen die nog niet genoeg gekend zijn.Dit zou verklaard kunnen worden door steeds aanwezigheid taboe over hiv-infectie .Ons voorlichtingstak is hier van belang , versterking kennis over aids (verloop , aard & voorkomen en kuur) kan keiharde feiten en taboe in naam van aids bij opgeleide studenten verkleinen .

10. Sterke aspecten van het studie :

-Bestudeerde populatie waren hoog opgeleide respondenten met Belgische afkomst .
-Alle deelnemers hebben alle vragen beantwoordt en weinig personen weigerden de vragenlijst in te vullen.
-Respondenten namen spontaan deel aan dit studie.

11. Beperkingen van het onderzoek :

Dit onderzoek was **i**n kwestie aan een aantal beperkingen die onmogelijk kon vermeden worden.
-De meeste vragen bij vragenlijst heb ik zelf opgesteld op basis van informatie die ik in de gespecialiseerde literatuur vond dus is niet invalideert .
-Het aantal deelnemers waren beperkt (**121** in het totaal) want de lijst werd van april 2012 tot en met begint augustus 2012 gebruikt.Van eind mei 2012 tot en met juni 2012 was het blokperiodes /examens en waren de meeste studenten afwezig. Tijdens de blokperiodes gingen veel studenten thuis studeren en na examen was ook zomer periode en alleen studenten die tweede zittijd hadden of diegene moest op hun thesis blijven werken , waren aanwezig .
-De steekproef gaat over huisartspatiënten en ook hoog opgeleide deelnemers daarom het onderzoek geeft geen beeld over de algemene populatie .
-In dit onderzoek werden onafhankelijke risicofactoren gedichotomiseerd om statistieke analyse gemakkelijker te maken maar het geeft aanleiding tot een verlies van informatie.

12. Besluit

Uit dit onderzoek blijkt dat ons bestudeerde populatie een goede kennis over seksuele overdraagbare aandoeningen heeft . Vrouwelijke studenten hadden betere kennis over seksuele overdraagbare aandoeningen dan de mannen.

Volgens dit onderzoek kunnen onderstaande factoren de kennis van de onderzoekspopulatie in een significante wijze beïnvloeden : opleidingsniveau , kennis over meest frequente soa in België , effect van alcohol en drug op seksuele overdraagbare aandoeningen , kennis over seropositief HIV personen .

Beste deelnemer,

In het kader van mijn MaNaMa thesis huisartsgeneeskunde ga ik na hoe zit het met kennisniveau van VUB studenten over seksuele overdraagbare aandoeningen .

Het doel van de studie is om de verzamelde gegevens van de deelnemers te gebruiken als basis van dit onderzoek . Deze informatie zal op anonieme wijze verwerkt worden .

Om een grondige studie te kunnen maken en onze resultaten te kunnen vergelijken met bestaande literaturen in verband met seksuele overdraagbare aandoeningen is uw bijdrage van essentieel belang!

Mag ik uw kostbare tijd (slechts 10 minuten) voor mijn onderzoek ?

Hartelijk dank voor uw deelname!

Najib Afsaneh haio 9de jaar

Bijlage : Vragenlijst

Geslacht : **Leeftijd : ……**

- Vrouw
- Man

Opleiding :

- Bachelor
- Master
- Master na master
- Andere ……

Levensbeschouwelijke opvatting:

- Katholiek
- Vrijzinnig
- Joods
- Islamitisch
- Andere: ……

1) **Bent u genoeg geinformeerd over de soa ?**
   - Ja
   - Nee
   - Ik weet het niet
2) **Welke bronnen maakt u gebruik om informatie over seks te krijgen?**
   - Boeken
   - Televise
   - Internet
   - Tijdschriften
   - Huisarts
   - Andere ……
3) **Hebt u al soa gehad ?**
   - Ja
   - Nee
4) **Wat is een soa ?**
   - Seksueel overdraagbare aandoening
   - Seksuele ongewenste activiteiten
   - Seksueel ondraagbare aandoening
   - Ik weet het niet
5) **Hoe voorkom je een soa?**
   - De pil nemen
   - Een (vrouwen)condoom gebruiken
   - Voor de man klaarkomt zich terug trekken
6) **Wat is 'double dutch'?**
   - Gecombineerd gebruik van de pil en het condoom
   - Twee condooms over elkaar aandoen
   - Twee lieven tegelijk hebben
7) **Wie is vatbaar voor soa ?**
   - Iedereen die seks heeft
   - Enkel mannen
   - Alleen vrouwen

- Ik weet het neit
- Iedereen die onveilig seks heeft , vooral met meerdere partners

8) Hoe kan je besmet geraken ?

- Enkel door seksueel contact
- Door seksueel contact & door besmet bloed
- Door seksueel contact, van moeder op kind overdragen ,door besmet bloed

9) Jezelf wassen na het neuken helpt een SOA te voorkomen?

- Waar
- Niet waar
- Ik weet het niet

10) Als je de pil gebruikt hoeft niet de condoom gebruiken?

- Waar
- Niet waar
- Ik weet het niet

11) Hoeveel verschillende soorten soa bestaan er ongeveer?

- 5
- Meer dan 20
- Een 20 tal
- Zo een 15 tal

12) Wat is de meest voorkomende soa ?

- Genitale wratten
- Hepatitis B
- Herpes genitalis
- Syfilis

13) Wat is de gevaarlijkste soa ?

- Genitale wraten
- HIV & AIDS
- Gonnorroe
- Syfilis

14) Welke soa komt het meest voor bij jongeren in België?

- Hiv
- Chlamydia
- Syfilis

15) Wat moet je doen als je denk een soa te hebben?

- Zo snel mogelijk naar de dokter gaan & je partner waarschuwen
- Wachten zodat het misschien over gaat, zo niet naar de dokter gaan.
- Zo vlug mogelijk naar de dokter gaan en wachten op de uitslag om je partner te waarschuwen
- Ik weet het niet

16) Als u besmet geraakt met soa moest u altijd klachten daarover te hebben ?

- Juist
- Fout
- Ikweet het niet

17) **Als je geen klachten van een SOA hebt, kun je een ander toch besmetten?**
    - Waar
    - Niet waar
    - Ik weet het niet
18) **Twee condooms over elkaar is extra veilig ?**
    - Waar
    - Niet waar
    - Ik weet het niet

19) **Als je veel alcohol drinkt of drugs gebruikt en je vrijt, loop je meer risico om besmet te worden met een SOA ?**
    - Waar
    - Niet waar
    - Ik weet het niet
20) **Kan een soa vanzelf overgaan zonder behandeling?**
    - Dat kan als u geen klachten hebt
    - Moet altijd behandeld worden
    - Ja , in elk geval
    - Ik weet het niet
21) **Hoe onderzoekt men of je een soa hebt? Geef drie mogelijkheden.**
    - Bloedonderzoek
    - Lichamelijk onderzoek
    - Urineonderzoek
    - Een uitstrijkje
    - Wissertje urinebuis
22) **Waaruit kan de behandeling van een soa bestaan?**
    - Een dieet
    - Een antibioticakuur
    - Temporary geen seks hebben
    - Ik weet het niet
23) **Als je ooit eens een soa hebt gehad, ben je vatbaarder voor andere soa's die niets met elkaar te maken hebben. Juist of fout ?**
    - Juist
    - Fout
    - Ik weet het niet
24) **Waar komt HIV het meest voor?**
    - Europa
    - Afrika
    - Zuid Amerik
    - Ik weet het niet
25) **HIV komt het meest voor bij…**
    - Evenveel mannen als vrouwen hebben HIV
    - Mannen
    - Vrouwen
26) **Mensen die met AIDS besmet zijn, weten dit altijd?**
    - Waar
    - Niet waar
    - Ik weet het niet
27) **Als je iemand met AIDS een (tong)zoen geeft, loop je risico besmet te worden?**
    - Waar
    - Niet waar
    - Ik weet het niet

28) Iemand die seropositief is, is meestal erg ziek?

- Waar
- Niet waar
- Ik weet het niet

29) Na een aantal jaren kan het AIDS virus weer uit het lichaam verdwijnen ?

- Waar
- Niet waar
- Ik weet het niet

30) Je wordt op HIV getest door middel van ?

- Een vragenlijst
- Een bloedtest
- Een urinetest

31) Hoe kan je HIV voorkomen?

- Door uit de buurt te blijven van iemand met HIV
- Door gebruik van een condoom
- Door altijd je handen goed te wassen

32) Kan je genezen van HIV ?

- Ja
- Nee, maar er zijn wel medicijnen die de ziekte onderdrukken
- Nee

33) Als je besmet bent met HIV, kun je dan een gezond kindje krijgen?

- Alleen als de vrouw geen HIV heeft
- Nee
- Ja
- Ik weet het niet

34) Kun je gewoon studeren als je HIV hebt?

- Ja, als je naar een speciale school gaat
- Ja, er is zelfs een speciale regeling voor
- Nee
- Ik weet het niet

Bronnen

1)Vlaams infectieziektebulletin , De epidemiologie van seksuele overdraagbare aandoeningen in België 2003 .

2)Avonts D, Steylaerts C, Van Royen P, Denekens J. Integratie van HIV-cijfers en SOA-preventie in Vlaanderen. Onderzoeksrapport universiteit Antwerpen juli 1996. Antwerpen: Universiteit Antwerpen, 1996.

3)Nicoll A, Hamers FF. Are trends in HIV, gonorroea, and syfilis worsening in western Europe? BMJ 2002; 324: 1324-7.

4)Instituut voor tropische geneeskunde , Hiv-aids & SOA's

5)SENSOA ; feiten en cijfers : Jongeren en seksualiteit , Juli 2011
6)Gezondheidsenquête 2008 , Van Rossem 2010

7)Van Berten, 2009, Van Rossem, 2010
8)Serneels, 2007
9)http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/plabnl/plabannl /07_036n_r.pdf
10)http://www.infectieziektebulletin.be/ 2010
11)Vlaams Expertisecentrum voor Sexuele Gezondheid Sensoa 2012
12)NHG : Nedrlandse huisartsen genootschap // mei 2011

13)Soa Aids Nederland 2012 › Veilig vrijen › Week van de liefde › Handleiding voor organisatoren › Determinanten : Determinanten: kennis, houding en vaardigheden

14)Gedrag en gezondheid ; gezondheidpsychologie , Marc Brysbaert-2006
15)Gezondheid vlaanderen .be
16)Effectiviteit van condooms in het voorkomen van HIV-besmetting; Pinkerton SD , Abramson PR . Centrum for AIDS Intervention Research , Medical College of Wisconsin , Milwaukee ,USA 1997 , 2001 .
17)Wilkinson D. ; Condom effectiviteit bij het verminderen van heteroseksuele HIV transmissie : RHL commentaar (laatste herziening: 11 november 2002) De WHO Reproductive Health Library; Genève . World Health Organization .

1) UNFPA (2005) 'Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2005'
19)Stichting Anticonceptie Nederland, mei 2011 , Beksinska M et al. Contraception, januari 2012
20) Soa's opnieuw in opmars maandag ; Bron : Gazet van Antwerpen(ITG) , 30 juli 2012 .
21)Sasse, A . , Defraye , A., Bouziarsist , J. , & an Beckhoven , D. (2011). Epidemiologie van Aids- en hiv-infectie in België. Toestand op 31 december 2010. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid .
22) European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)/ WHO Regional Office for Europe: HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. Stockholm, ECDC 2008.
23) Hamers ,F.F., & Phillips, A.N. (2008). Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europa. HIV Medicine : S6-S12.

24) Trend in Chlamydia trachomatis: Gegevens uit soa-surveillance en laboratoriumsurveillance 2001-2005 ; I.M. de Boer - RIVM-CIb, Epidemiologie en Surveillance ,M.J. Veldman-Ariesen – RIVM CIb, Epidemiologie en Surveillance ,E.L.M. Op de Coul - RIVM-CIb, Epidemiologie en Surveillance , M.J.W. van de Laar - RIVM-CIb, Epidemiologie en Surveillance, tijdelijk gedetacheerd bij het ECDC in Stockholm , SOA AIDS 2007 .

25) SAFESEX.NL, 'Handleiding veilig vrijen en seksualiteit voor het jeugdwelzijnswerk', zoals: 'krasloten' en 'quiz' .

26) SOI- surveillance via een peilnetwerk van artsen: resultaten Vlaanderen 2006 , Andrè Sasse 1 , Ann Defraye .

27) Nationaal kompas volksgezondheid , Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) ; Omvang van het probleem , Beschrijving van gebruikte gegevensbronnen ; Koedijk FDH (RIVM), Laar MJW van de (RIVM). Beschrijving van gebruikte gegevensbronnen. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Infectieziekten\Soa, 21 juni 2012.

28) Hublet A, Vereecken C, Maes L. (2011) Studie Jongeren en Gezondheid 2010. Vakgroep Maatschappelijke gezondheidkunde; Universiteit Gent.

29) De Wilde, M. (2011) op basis van rapporten van de Evaluatiecommissie, SPE en ADSEI.

30) Webmed sexual conditions center (information on STD en safe sex)
31) Weiss RA (May 1993). "How does HIV cause AIDS?". *Science* **260** (5112): 1273–9
32)Vaccinatie tegen baarmoederkanker , I-191/AK/KG/cn/831-E ,31 maart 2008 .
33) Gotovtseva EP, Kapadia AS, Smolensky MH, et al. Optimal frequency of imiquimod (aldara) 5% cream for the treatment of external genital warts in immunocompetent adults: a meta-analysis. Sex Transm Dis 2008;35:346–51.
34) Garland SM, Steben M, Sings HL, et al. Natural history of genital warts: analysis of the placebo arm of 2 randomized phase III trials of a quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) vaccine. J Infect Dis 2009;199:805–14.

35) Dolev JC, Maurer T, Springer G, et al. Incidence and risk factors for verrucae in women. AIDS 2008;22:1213–19.

36) Fevery J, Vanfleteren L, Dockx S, Perez-Gutierrez N, Nevens F. Hoe inactief is de leverziekte bij hepatitis B-"surface"-antigeenpositieve patiënten met normale transaminasen? Tijdschrift voor geneeskunde 2007;63 (12) 549 – 555.

37)Centers for disease control and prevention , American social health association (ASHA),Division of STD prevention (DSTDP).

38)Gupta R,Warren,T & Wald (2007) " Genitale herpes" ,The Lancet ,22 december/29,2007,vol.370: 2127-37

39)Trusted medical information and support :patient.co.uk ,Rigel Medical (Health information and advies).

40) Eckert LO, Lentz GM. Infections of the lower genital tract: vulva, vagina, cervix, toxic shock syndrome, HIV infections. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds. Comprehensive Gynecology. 5th ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2007:chap 22.

41) Merritt DF. Vulvovaginitis. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 543.

42) CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2008. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2009.

43) Scholes D, Stergachis A, Heidrich FE, et al. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. N Engl J Med 1996;334:1362–6.

44) CDC. Guidelines for the laboratory diagnosis of gonorrhea, chlamydia and syphilis. Available at http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Pages/stdtestingguidelines.aspx.

45) Geisler WM, Wang C, Morrison SG, et al. The natural history of untreated *Chlamydia trachomatis* infection in the interval between screening and returning for treatment. Sex Transm Dis 2008;35:119–23.

46) Golden MR, Whittington WL, Handsfield HH, et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydial infection. N Engl J Med 2005;352:676–85.

47) The Merck Manual for health care proffesionalis 2008.

48) Fleischer, Alan. The Clinical Management of Itching. New York: The Parthenon Publishing Group, 2000.

49) Shrestha RK, Englund K. Infectious disease. In: Carey WD, ed. *Cleveland Clinic: Current Clinical Medicine 2010* . 2nd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2010:section 8.

50)Workowski KA, Berman S; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* . 2010 Dec 17;59(RR-12):1-110.

51)U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Gonorrhea: Recommendation Statement. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005. Accessed April 17, 2011.

52) Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care(WHO/UNAIDS).