



Deelname van Turkse vrouwen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in de regio Twente

Esmée de Jong

Afstudeerscriptie voor de opleiding

Toegepaste Communicatiewetenschap, Universiteit Twente, Enschede

*Uitgevoerd in opdracht van de GGD Regio Twente en de Stichting Bevolkingsonderzoek
Baarmoederhalskanker Twente*

6 juni 2005

Afstudeercommissie:

dr. C.H.C. Drossaert, eerste begeleider van de Universiteit Twente

dr. H. Boer, tweede begeleider van de Universiteit Twente

drs. L.M. Bruin-Claus, eerste begeleider van de GGD Regio Twente

ir. N.C.W. ter Bogt, tweede begeleider van de GGD Regio Twente (tot 1 januari 2005)

drs. J. Olthof-Pal, tweede begeleider van de GGD Regio Twente (vanaf 1 januari 2005)

Samenvatting

Alhoewel de deelname bij Turkse vrouwen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker lager is dan die van Nederlandse vrouwen en baarmoederhalskanker ook meer voorkomt onder Turkse vrouwen, is er zover bekend nog niet eerder kwantitatief onderzoek gedaan naar de opvattingen (gedragsdeterminanten) van Turkse vrouwen over deelname aan het bevolkingsonderzoek, om zo een ingang te vinden voor manieren om de deelname van die groep vrouwen bij het bevolkingsonderzoek te vergroten. In dit onderzoek is dit wel gedaan. De onderzoeksvraag waarop in dit onderzoek een antwoord wordt gezocht is: Welke gedragsdeterminanten uit de Theorie van Gepland Gedrag spelen een rol bij de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker bij vrouwen met een Turkse etniciteit in de regio Twente.

Onderzoek is uitgevoerd onder de Turkse doelgroep van het bevolkingsonderzoek. Respondenten voor het onderzoek zijn geworven via buurthuizen en vervolgens via de sneeuwbal methode. Er zijn in totaal 539 vragenlijsten uitgezet. Voor het opstellen van de vragenlijst is vooronderzoek uitgevoerd onder Turkse Voorlichtsters Eigen Taal en Cultuur om belangrijke overwegingen bij Turkse vrouwen van deelname te achterhalen. De vragenlijst is opgesteld aan de hand van de Theorie van Gepland Gedrag. Vragen werden gesteld over onder andere achtergrondkenmerken, kennis, moreel plichtgevoel, attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole. De vragenlijst was beschikbaar in het zowel het Nederlands als het Turks. De afname was schriftelijk.

De respons was 37%. 183 vragenlijsten konden gebruikt worden voor de analyses. De respondenten waren gemiddeld 42 jaar. 64% van de respondenten had geen opleiding of had het lager onderwijs als hoogst genoten opleiding voltooid. 75% had een onvoldoende of matige beheersing van de Nederlandse taal. Er was bij alle kennisitems sprake van een tamelijk groot tot een zeer groot kennishiaat. De attitude ten opzichte van het bevolkingsonderzoek was zeer positief. De respondenten waren bij de fatalisme-/preventie-items overwegend positief over deelname aan het bevolkingsonderzoek. Bij emotie-beliefs werd aanmerkelijk lager gescoord. Respondenten voelden zich voor een overgroot deel moreel verplicht tot deelname. De normatieve verwachting was voor alle personen uit de omgeving positief. De subjectieve norm was het hoogst voor de huisarts, gezondheidsvoorlichtster en partner. Vrouwen communiceerden het meest met vriendinnen en de partner over het bevolkingsonderzoek. Ongeveer 30% van de vrouwen vond het moeilijk om de uitnodigingsbrief te begrijpen en om een telefonische afspraak met de huisarts te maken. Ook vonden vrouwen het moeilijk om te onthouden om een afspraak te maken met de huisarts voor een uitstrijkje. Deelnemers en niet-deelnemers verschilden significant van elkaar op de constructen kennis, morele plicht, algemene attitude en waargenomen gedragscontrole.

Er zijn weinig verschillen gevonden op de TBP-variabelen. Gedrag en gedragsintentie zijn moeilijk te verklaren aan de hand van het TPB. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn geen betrouwbare meting van wel- en niet-deelname aan het bevolkingsonderzoek, invloed van andere factoren die niet

zijn meegenomen in het onderzoek of de beslissing om deel te nemen is niet erg beredeneerd geweest.

Verder kan er geconcludeerd worden dat Turkse vrouwen een matig kennisniveau hebben, Turkse vrouwen en hun omgeving overwegend positief zijn ten aanzien van het bevolkingsonderzoek. Uitzondering zijn de verschillende emoties die zij ervaren omtrent deelname. Turkse vrouwen ervaren voor een deel barrières. Aanbevelingen zijn gedaan in de richting van het verhogen van de kennis en het wegnemen van barrières voor deelname. Dit kan gedaan worden door middel van voorlichtingsbijeenkomsten of door informatie in de eigen taal.

Abstract

Although the participation on cervix screening of Turkish women living in the Netherlands is less compared to Dutch women, and the incidence of Turkish women is larger, there has not been carried out any research on the conceptions of Turkish women about participation in cervix screening (to the knowledge of the researcher). In this research this has been done. The research question was: what are the determinants of the Theory of Planned Behaviour of participation in cervix screening for Turkish women in the region Twente?

Target group of the research were Turkish women in age of 30-60 year living in the region Twente. Respondents have been recruited in public 'neighbourhood' houses and also by the snowball method. 539 questionnaires have been spread. For designing the questionnaire a preliminary examination has been carried out with Turkish health advisors to trace reasons for (non-)participation of Turkish women. The design of the questionnaire has been based on the Theory of Planned Behaviour. Questions were about: background variables, knowledge, perceived moral obligation, attitude, subjective norm, perceived behavioural control. The questionnaire was written and available in Dutch and Turkish.

Response was 37%. 183 questionnaires could be used for analysis. The mean age of the respondents was 42 years. 64% of them had no education or elementary education as their highest finished education. 75% had an insufficient or a moderate level of being master of the Dutch language. On all knowledge items there was a rather large till large knowledge gap. The attitude towards participation in cervix screening was very positive. The respondents were in general very positive about belief items concerning fatalism. There was a lower score on belief items concerning emotions. Most respondents felt they were morally obligated to participation. Normative beliefs were for all referents positive. Subjective norm was largest for the general practitioner, the health advisor and the partner. Women communicated most with female friends and their partner about the cervix screening. About 30% of the women found it difficult to understand the invitation letter, to make an appointment by telephone with the general practitioner and to keep in mind to make an appointment with the general practitioner for a smear test. There were significant differences between participants and non-participants on the following constructs: knowledge, perceived moral obligation, attitude and perceived behavioural control.

There were found little differences between (non-)participants on TPB variables. Behaviour and behavioural intention are difficult to explain from the TPB model. Possible explanations for this are no reliable measure of (non-) participation in cervix screening, influence of other possible factors which were not taken into account in this research or the decision for participation was not reasoned.

There also can be concluded that Turkish women have a moderate knowledge level, Turkish women and their social environment are in general positive towards cervix screening. Exceptions are different perceived emotions. Also Turkish women perceive some barriers. Recommendations were made in the direction of increasing the knowledge and taking away the barriers for participation. This can be done by means of information meetings and by information in their own language.

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	7
1.1	Aanleiding van dit onderzoek.....	7
1.2	Doel en onderzoeksvraag.....	7
1.3	Opbouw van het rapport	7
2	Baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker	8
2.1	Wat is baarmoederhalskanker?.....	8
2.2	Risicofactoren voor baarmoederhalskanker	8
2.3	Voorkomen en ernst van baarmoederhalskanker	9
2.4	Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker	9
2.5	Organisatie bevolkingsonderzoek in de regio Twente	10
2.6	Deelname aan het bevolkingsonderzoek.....	11
2.7	Conclusies	11
3	Determinanten van deelname aan het bevolkingsonderzoek.....	12
3.1	Algemene determinanten.....	12
3.2	Determinanten van deelname van Turkse vrouwen	13
3.3	Theorie van Gepland Gedrag	15
3.4	Interventies gericht op Turkse vrouwen.....	18
3.5	Conclusies en onderzoeksvragen.....	19
4	Methode gedragsdeterminantenonderzoek.....	20
4.1	Respondenten	20
4.2	Onderzoeksinstrument.....	20
4.3	Onderzoeksprocedure	24
4.4	Statistische analyses	24

5	Resultaten gedragsdeterminantenonderzoek	26
5.1	Respons	26
5.2	Beschrijving van de onderzoeksgroep	26
5.3	Kennis	29
5.4	TPB-variabelen	30
5.5	Gedrag	35
5.6	Wel-deelnemers en niet-deelnemers vergeleken	35
5.7	Correlatie- en regressieanalyse	37
5.8	Wijze van informeren	38
6	Conclusies, discussie en aanbevelingen	40
6.1	Opvattingen van Turkse vrouwen over het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker	40
6.2	Met welke factoren kan opkomst het best voorspeld worden?	40
6.3	Reflectie op het theoretisch model/ onderzoeksmethode	41
6.4	Aanbevelingen	42
	Literatuur	43
	Bijlagen	46

1 Inleiding

1.1 Aanleiding van dit onderzoek

Al langer bestaat het beeld dat allochtone vrouwen in den lande minder deelnemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Dit beeld is nu ook voor de regio Twente in een postcodeonderzoek bevestigd (Ter Bogt, 2005). Uit dit onderzoek blijkt dat de factor nationaliteit een belangrijke voorspeller is van het niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Nu duidelijk is dat deze factor een rol speelt, is het de vraag hoe het komt dat specifieke etnische groepen minder deelnemen aan het bevolkingsonderzoek om zo aanknopingspunten te vinden voor verhoging van deze deelname.

1.2 Doel en onderzoeksvraag

Omdat de doelgroep Turkse vrouwen het grootst is van de verschillende etnische groepen in de regio Twente, is op deze doelgroep in dit onderzoek ingegaan. Het doel was om te onderzoeken waarom deze doelgroep minder deelneemt. Er is gekeken naar de volgende onderzoeksvraag:
Welke gedragsdeterminanten uit het TPB-model spelen een rol bij de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker bij vrouwen met een Turkse etniciteit in de leeftijd van 30-60 jaar in de regio Twente?

1.3 Opbouw van het rapport

In het tweede hoofdstuk zal de aandoening baarmoederhalskanker worden besproken en de belangrijkste manier om baarmoederhalskanker vroegtijdig op te sporen: het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. In het derde hoofdstuk komt literatuur over deelname aan het bevolkingsonderzoek van zowel Nederlandse als allochtone vrouwen aan bod. Aan het einde van het hoofdstuk zal ook de onderzoeksvraag uitgebreid worden besproken. In het vierde hoofdstuk zal de methodiek van het gedragsdeterminantenonderzoek beschreven worden. In het vijfde hoofdstuk zullen de resultaten van het gedragsdeterminantenonderzoek besproken worden. Het zesde hoofdstuk zal ingaan op de discussiepunten, conclusies en aanbevelingen.

2 Baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

2.1 Wat is baarmoederhalskanker?

De baarmoederhals (cervix) is het onderste, nauwe deel van de baarmoeder (uterus) dat in de vagina uitmondt. Baarmoederhalskanker ontstaat uit cellen in het slijmvlies op de grens van baarmoederhals en baarmoedermond. Dat gebeurt doorgaans heel langzaam: tussen het allereerste begin en het moment dat er uiteindelijk baarmoederhalskanker is ontstaan, kan wel tien tot vijftien jaar liggen. In het overgangsgedebied van de slijmvliesen kunnen afwijkende cellen ontstaan. Er is dan nog geen sprake van kanker. De afwijking kan bijvoorbeeld worden veroorzaakt door een ontsteking of infectie. Meestal herstelt het lichaam dit zelf weer. Als dat niet lukt en het aantal afwijkende cellen neemt toe, kan na verloop van tijd een voorstadium van baarmoederhalskanker ontstaan. De aandoening is in dit stadium nog heel beperkt en kan met een eenvoudige behandeling worden verholpen. Als dit voorstadium niet wordt behandeld, ontstaat uiteindelijk baarmoederhalskanker. Na behandeling van het voorstadium is de kans op genezing vrijwel 100 procent (Nederlandse Kankerbestrijding/ Koningin Wilhelmina Fonds, 2003).

2.2 Risicofactoren voor baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker is niet erfelijk of besmettelijk (Nederlandse Kankerbestrijding/ Koningin Wilhelmina Fonds, 2003). Wel kunnen de onderstaande omstandigheden het risico op deze ziekte vergroten.

Zo speelt bij het ontstaan van baarmoederhalskanker het humaan papilloma virus (HPV) een rol. Dit virus wordt via geslachtsgemeenschap overgebracht. (Nederlandse Kankerbestrijding/ Koningin Wilhelmina Fonds; American Cancer Society, 2004). Aanwezigheid van het HPV komt veel voor: ongeveer 80% van de vrouwen krijgt ooit tijdens hun seksueel actieve jaren een HPV-infectie (Nederlandse Kankerbestrijding/ Koningin Wilhelmina Fonds). In de regel ruimt het afweersysteem van de mens dit soort virussen op. Bij sommige vrouwen lukt dat niet. Het virus kan dan veranderingen in de cellen van de baarmoederhals teweegbrengen. In een aantal gevallen leidt dit tot baarmoederhalskanker (Nederlandse Kankerbestrijding/ Koningin Wilhelmina Fonds). Bepaalde soorten van seksueel gedrag vergroten de kans van een vrouw om geïnficeerd te raken met het HPV. Zo is er een verband met de seksarchie, de leeftijd waarop voor het eerst geslachtsgemeenschap plaatsvindt: hoe lager de leeftijd bij het eerste seksuele contact is, hoe groter de kans is op een infectie met het HPV en daardoor het krijgen van baarmoederhalskanker. Dit komt waarschijnlijk, doordat de baarmoederhals in de eerste jaren van de geslachtsrijpe leeftijd allerlei veranderingen ondergaat, waardoor deze gevoeliger wordt voor versturende invloeden van buitenaf (College voor Zorgverzekeringen, 2002-2005). Daarnaast komt een HPV-infectie vaker voor bij vrouwen met

wisselende seksuele contacten en bij vrouwen die een partner hebben met wisselende contacten. Ook het hebben van seks met onbesneden mannen vergroot het risico op een infectie met HPV en daardoor de kans op het krijgen van baarmoederhalskanker (American Cancer Society, 2004).

Baarmoederhalskanker blijkt vaker voor te komen bij vrouwen die roken dan bij vrouwen die niet roken. Roken beïnvloedt het afweersysteem waardoor het meer moeite kan hebben het humaan papilloma virus op te ruimen (Nederlandse Kankerbestrijding/ Koningin Wilhelmina Fonds, 2003; American Cancer Society, 2004). Vrouwen die roken hebben ongeveer twee keer zoveel kans om baarmoederhalskanker te krijgen dan niet-rokers (American Cancer Society, 2004).

Naar het gebruik van de pil en het mogelijke risico op baarmoederhalskanker wordt nog steeds onderzoek verricht. De uitkomsten tot nu toe vormen geen reden om het gebruik van de pil af te raden vanwege een mogelijk vergroot risico op het ontstaan van baarmoederhalskanker (Nederlandse Kankerbestrijding/ Koningin Wilhelmina Fonds, 2003).

Ook is het hebben van een lage sociaal-economische status een risicofactor voor het krijgen van baarmoederhalskanker (American Cancer Society, 2004; Ferenczy en Franco, 2002).

2.3 Voorkomen en ernst van baarmoederhalskanker

In Nederland krijgen per jaar ongeveer zeventienhonderd vrouwen de diagnose baarmoederhalskanker. Deze ziekte komt voor bij vrouwen van alle leeftijden, maar vooral bij vrouwen tussen de 30 en 50 jaar. Baarmoederhalskanker is een ernstige ziekte: er sterven jaarlijks ruim tweehonderd vrouwen aan baarmoederhalskanker (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2005).

Uit onderzoek blijkt dat bepaalde etnische groepen vrouwen een verhoogd risico hebben om baarmoederhalskanker te krijgen in vergelijking met de groep autochtone vrouwen. In een onderzoek dat is uitgevoerd in Noord-Holland was de naar leeftijd gestandaardiseerde incidentie van baarmoederhalskanker voor autochtonen in 1988-1998 8,2 per 100.000 vrouwen per jaar. Voor vrouwen geboren in Turkije (10,5) was de incidentie duidelijk hoger (Visser, Busquet, Van Leeuwen, Aaronson, & Öry, 2003).

In een onderzoek van de Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker West (2002) is gekeken naar de relatieve risico's van de diagnose infectie of ontsteking van de cervix na het laten uitvoeren van een uitstrijkje. Een infectie of een ontsteking kan een voorbode zijn van baarmoederhalskanker. Het blijkt dat het relatieve risico dat bij een Turkse vrouw (RR=1,79) de diagnose infectie of ontsteking wordt gesteld na het laten uitvoeren van een uitstrijkje veel hoger is dan bij een Nederlandse vrouw (RR=1) als gekeken wordt naar de totale populatie. Ook bij een vergelijking met matchgroepen (mensen uit dezelfde postcodegebieden worden met elkaar vergeleken), blijkt dat bij Turkse vrouwen vaker deze diagnose wordt gesteld (RR=1,25).

2.4 Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

In Nederland worden vrouwen tussen 30 en 60 jaar om de vijf jaar uitgenodigd om een uitstrijkje te laten maken. Dit zijn in Nederland circa 3,6 miljoen vrouwen en jaarlijks worden circa 700.000

vrouwen uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek. Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker heeft als doel (de voorstadiën van) baarmoederhalskanker vroegtijdig op te sporen, zodat patiënten eerder kunnen worden behandeld en hun kansen op genezing, vermindering van klachten en overleving toenemen. Het uitstrijkje, waarbij cellen van de baarmoederhals worden geschraapt en onder de microscoop bekeken, kan baarmoederhalskanker en voorstadiën daarvan opsporen, voordat er uiterlijke ziekteverschijnselen zijn.

Ondanks dat er geen gerandomiseerde onderzoeken zijn geweest om het effect van bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker aan te tonen, zijn er sterke aanwijzingen dat het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker de sterfte reduceert (Laara, Day, & Hakama, 1987). De geschatte mortaliteitsreductie van het Nederlandse bevolkingsonderzoek bedraagt 50% indien er een deelnamepercentage van 75% en een georganiseerde screening is (Van Ballegooijen e.a., 1993). Naast het terugdringen van de mortaliteit zorgt het bevolkingsonderzoek ervoor dat er vaak een minder ingrijpende behandeling nodig is dan wanneer het in een later stadium ontdekt wordt. Zo hoeft bij de ontdekking in een vroeg stadium de baarmoeder vaak niet verwijderd te worden. Dit maakt zeker voor vrouwen met een kinderwens de behandeling minder zwaar.

2.5 Organisatie bevolkingsonderzoek in de regio Twente

In de regio Twente wordt het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker uitgevoerd door de Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Twente (SBBT). De SBBT is een samenwerkingsverband van de Districts Huisartsen Vereniging Twente, de GGD Regio Twente, de Stichting Laboratorium Pathologie Oost Nederland, de Twentse Gynaecologen en het Intergraal Kankercentrum Stedendriehoek Twente.

De Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Twente is als houder van de vergunning op basis van de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) en als subsidieontvanger verantwoordelijk voor de opzet, uitvoering en de procesmatige kwaliteit van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in de regio Twente.

Bij de screening op baarmoederhalskanker worden in principe alle vrouwen die zijn ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie en die een leeftijd hebben tussen 30 en 60 jaar, iedere vijf jaar opgeroepen zich te laten onderzoeken. De GGD Regio Twente is geautoriseerd om de gegevens van de vrouwen uit de doelgroep vanuit de Gemeentelijke Basisadministratie te ontvangen.

Het uitnodigen voor het bevolkingsonderzoek wordt voor het grootste gedeelte door de huisartsen gedaan: 92% van de huisartsenpraktijken nodigt de vrouwen die tot de doelgroep van het bevolkingsonderzoek horen zelf uit. Slechts een klein gedeelte wordt centraal uitgenodigd. Dit gaat als volgt in zijn werk: de huisartsen leveren hun uit te nodigen patiëntenbestand aan de SBBT. Alle bestanden van huisartsen worden vergeleken met de gegevens van de Gemeentelijke Basisadministratie; de vrouwen die daarbij geen 'match' hebben worden uitgenodigd door de SBBT.

Vrouwen worden uitgenodigd door middel van een uitnodigingsbrief die samen met een voorlichtingsfolder wordt verstuurd. Er wordt de vrouwen zelf verzocht contact op te nemen met de huisarts om een afspraak te maken voor het uitstrijkje. Vrouwen die niet kunnen deelnemen, kunnen

dit aangeven op een antwoordformulier. Vrouwen die én niet deelnemen én geen antwoordformulier terugsturen, krijgen binnen vier tot zes maanden een tweede oproep voor een uitstrijkje opgestuurd.

2.6 Deelname aan het bevolkingsonderzoek

Het bevolkingsonderzoek is alleen effectief als vrouwen ook daadwerkelijk deelnemen aan dit bevolkingsonderzoek. Het is bekend dat juist vrouwen die een verhoogd risico hebben om baarmoederhalskanker te ontwikkelen, minder deelnemen aan het bevolkingsonderzoek (RIVM, 2002).

In een onderzoek van het Erasmus Medisch Centrum (2003) wordt de deelname aan het bevolkingsonderzoek in Nederland geschat op 62,4 à 64,6% in 2001. Uit ditzelfde onderzoek waarin ook een vergelijking wordt gemaakt tussen de opkomstpercentages van de twaalf verschillende screeningsregio's blijkt dat de opkomst voor de regio Twente 82,2 à 82,9% is. Dit regionale percentage is het hoogst in vergelijking met de andere elf regio's (Erasmus Medisch Centrum, 2003).

De deelname van de Twentse vrouwen is volgens de SBBT in 2003 op basis van de gegevens uit het Cervix Informatie Systeem (CIS), het registratiesysteem van de SBBT, ongeveer 72% (SBBT, 2004). Dit percentage is echter niet goed te vergelijken met het landelijke percentage omdat hier een ander registratiesysteem is gebruikt. Ondanks het redelijk hoge opkomstpercentage in de regio Twente (72%), zijn er wel bepaalde subgroepen waar de deelname achterblijft in vergelijking met het gemiddelde opkomstpercentage van Twente. Zo blijkt dat in Twente (voor de gemeente Tubbergen en Enschede) de factor nationaliteit naast andere factoren als leeftijd, inkomen en woongemeente, een rol te spelen bij het deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (Ter Bogt, 2005). De groep Turkse vrouwen - deze is met 4% de grootste niet-Nederlandse, etnische groep in Twente - neemt significant minder deel dan de groep Nederlandse vrouwen (60% tegenover 69%, BI: 0.69-0.97) (Ter Bogt, 2005).

2.7 Conclusies

Concluderend kan gezegd worden dat baarmoederhalskanker een ernstige ziekte is, die relatief gezien meer voorkomt bij Turkse vrouwen dan bij Nederlandse vrouwen. Het bevolkingsonderzoek kan de gevolgen van baarmoederhalskanker verminderen, namelijk het reduceren van zwaardere behandelingen en het reduceren van de mortaliteit. De opkomst in Twente is relatief hoog. Echter de groep Turkse vrouwen, die juist meer risico loopt om de ziekte baarmoederhalskanker te krijgen, neemt in de regio Twente minder deel aan het bevolkingsonderzoek. De vraag is nu hoe deze opkomst onder Turkse vrouwen verhoogd kan worden. In het volgende hoofdstuk zal daarom beschreven worden wat al bekend is in de onderzoeksliteratuur over factoren die samenhangen met deelname aan het bevolkingsonderzoek.

3 Determinanten van deelname aan het bevolkingsonderzoek

3.1 Algemene determinanten

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan om factoren te achterhalen die samenhangen met deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Uit eerder onderzoek is gebleken dat een aantal achtergrondvariabelen van invloed is op deelname. Deze achtergrondvariabelen worden hieronder beschreven.

Deelname hangt allereerst samen met verschillende demografische factoren. Er is gebleken dat leeftijd van invloed is op deelname. Tot 45 jaar geldt dat leeftijd positief gerelateerd is aan deelname aan het bevolkingsonderzoek. Vanaf 45 jaar is deze relatie andersom: er is een negatief verband tussen leeftijd en deelname (Ter Bogt, 2005). Ook is er een relatie tussen burgerlijke staat en deelname. Ongetrouwde vrouwen nemen minder vaak deel aan de screening (De Jonge & Roorda, 1993). Ook is er een verband tussen opleiding en deelname: hoog opgeleide vrouwen blijken minder deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek (Van der Poel, 1993). Vrouwen met een lager inkomen nemen minder deel dan vrouwen met een hoger inkomen (Ter Bogt, 2005). Ook is het hebben van een lage sociaal-economische status is negatief gecorreleerd aan deelname op screening (Ter Bogt, 2005). Vrouwen uit een stedelijke gemeente nemen minder vaak deel aan het bevolkingsonderzoek dan vrouwen uit een plattelandsgemeente (Ter Bogt, 2005). Vrouwen met een fulltime baan nemen minder deel aan het bevolkingsonderzoek dan vrouwen met een parttime baan en vrouwen zonder werk (Van der Poel, 1993). Tot slot blijkt de demografische factor nationaliteit een voorspeller te zijn van deelname. Allochtone vrouwen nemen minder vaak deel aan het bevolkingsonderzoek dan autochtone vrouwen (Ter Bogt, 2005).

Deelname hangt ook samen met allerlei zorggerelateerde factoren. Ziekenfondsverzekerden nemen meer deel aan het bevolkingsonderzoek dan particulier verzekerde vrouwen (Van der Poel, 1993). Vrouwen die door de eigen huisarts worden opgeroepen nemen vaker deel aan screening dan vrouwen waarbij de oproep niet van de eigen huisarts afkomstig is (Palm, Kant, Van den Bosch, Vooijs, & Van Weel, 1993). Ook hangt een positieve houding ten opzichte van de huisarts positief samen met deelname aan het bevolkingsonderzoek (Van der Poel, 1993). Eerder een uitstrijkje hebben gehad is positief gerelateerd aan deelname aan het bevolkingsonderzoek (Van der Poel, 1993).

Tot slot blijkt deelname ook samen te hangen met een aantal psychologische factoren. Een hoger kennisniveau van baarmoederhalskanker is positief gerelateerd aan deelname van het bevolkingsonderzoek evenals het nuttig achten van het bevolkingsonderzoek (Van der Poel, 1993).

Alhoewel nationaliteit een belangrijke voorspeller is van niet-deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, is er nog maar weinig onderzoek uitgevoerd onder allochtone vrouwen om te achterhalen waarom dat zo is.

3.2 Determinanten van deelname van Turkse vrouwen

Over deelname van Turkse vrouwen aan het bevolkingsonderzoek was nog maar weinig bekend. Literatuurstudie bracht twee onderzoeken aan het licht: Verhoeven (1994) en Lale, Detmar en Öry (2003). Deze onderzoeken worden hieronder beschreven.

Verhoeven (1994) heeft een kleinschalig, kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder Turkse en Marokkaanse vrouwen. Zij heeft door middel van interviews bij Turkse (n=12) en Marokkaanse (n=13) vrouwen informatie verzameld om achter de factoren en overwegingen te komen die van invloed zijn op deelname bij deze groep vrouwen. Hieronder worden de belangrijkste conclusies uit haar onderzoek beschreven.

Het verkeerd ontvangen van de oproepkaart of de onduidelijke bedoeling van deze oproep is van invloed op de opkomst. Een gebrekkige voorlichting over baarmoederhalskanker en het doel en de uitvoering van het uitstrijkje draagt daaraan bij. Naarmate een vrouw meer sociale contacten heeft, waaronder ook met Nederlanders, en werk buitenshuis verricht, is de kans groter dat ze een uitstrijkje laat maken. Over het algemeen kan gezegd worden dat wanneer kennis over en ervaring met het uitstrijkje groter zijn, een vrouw meer geneigd zal zijn om deel te nemen aan de screening. Een positieve houding ten opzichte van de gezondheidszorg in het algemeen bevolkingsonderzoek beïnvloedt ook de deelname aan de screening positief. Een groot deel van de vrouwen spreken hun voorkeur uit voor een vrouwelijke arts die het uitstrijkje maakt. Niet-deelnemers geven vaker aan angstig te zijn voor de uitslag van het onderzoek. De angst voor baarmoederhalskanker heeft echter geen invloed op de deelname. Een groot deel van de vrouwen ervaart gevoelens van schaamte bij het onderzoek. Soms leidt dit ertoe dat een vrouw geen uitstrijkje laat maken. Opvattingen van andere vrouwen en de echtgenoot blijken een belangrijke rol te spelen bij de beslissing om gehoor te geven aan de oproep. Zowel negatieve als positieve beïnvloeding komt voor. De echtgenoot keurt deelname soms af of verbiedt dit zelfs. In de meeste gevallen blijkt hij echter zijn vrouw te stimuleren om mee te doen, terwijl zij dat misschien niet gedaan zou hebben uit onbekendheid met of twijfel aan het onderzoek. Hoewel niet gebleken is dat het geloof een belangrijke rol speelde, is wel regelmatig gewezen op het feit dat een fatalistische houding ertoe kan bijdragen dat een vrouw geen uitstrijkje laat maken (Verhoeven).

Een ander onderzoek dat is uitgevoerd is onder Turkse vrouwen is dat van Lale, Detmar en Öry (2003). Dit onderzoek van Lale e.a. (2003) bestaat uit twee deelonderzoeken. Het eerste deelonderzoek betreft een kwalitatief onderzoek waarin gevraagd is aan niet-deelnemende Turkse vrouwen (n=50) om aan te geven waarom zij niet deelnemen aan de screening. Een totaaloverzicht van de redenen die genoemd zijn voor niet-deelname is te vinden in tabel 1.

Tabel 1: Redenen van Turkse vrouwen voor niet deelnemen (n=50) (bron: Lale, Detmar, & Öry, 2003)

Redenen	Aantal keren genoemd
Ik had geen symptomen	21
Ik had geen oproep gekregen	20
Ik wist het belang van het onderzoek niet	7
Ik schaamde me	6
Ik wist niet dat zo'n onderzoek bestond	6
Ik kon geen tolk vinden	5
Ik had geen tijd	5
Ik was bang voor de uitslag kanker	4
Ik wist niet of er een vrouwelijke arts was	4
Ik begreep de oproep niet	3
Ik wist niet wat het onderzoek inhield	2
Ik was zwanger	2
Ik wist niet wat baarmoederhalskanker was	1
Ik wist niet hoe het onderzoek gedaan zou worden	1
Ik wist niet waar de GG&GD was	1

In de tabel is te zien dat de belangrijkste redenen die genoemd worden door Turkse vrouwen om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek zijn: het niet hebben van symptomen, geen oproep gekregen hebben, het belang van het onderzoek niet weten, zich schamen en niet weten dat zo'n onderzoek bestaat.

In dit onderzoek (Lale e.a., 2003) is ook een vraag over de redenen om eventueel niet deel te nemen aan screening uit het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS voorgelegd aan de bovengenoemde groep niet-deelnemende Turkse vrouwen om zo een vergelijking wat betreft redenen voor niet-deelname te kunnen maken tussen autochtone en Turkse vrouwen. Er is te zien (tabel 2) dat voor Turkse vrouwen andere redenen gelden dan voor Nederlandse vrouwen. De antwoordcategorieën 'ik vond het niet nodig' komt duidelijk vaker voor bij Turkse vrouwen (36%) dan bij Nederlandse vrouwen (7%). De categorie 'anders' wordt door Turkse vrouwen ook vaak genoemd (44%), maar is moeilijk interpreteerbaar.

Tabel 2: Redenen van Nederlandse en Turkse vrouwen om niet naar de screening op baarmoederhalskanker te gaan (bron: Lale, Öry en Detmar, 2003)

Redenen	Nederlandse vrouwen	Turkse vrouwen
	%	%
Ik vond het niet nodig	7	36
Ik vond het onderzoek onplezierig	13	-
Ik had er geen tijd voor	10	8
Ik was al behandeld, geopereerd	15	6
Ik word al regelmatig gecontroleerd	10	-
Ik had pas nog een uitstrijkje laten maken	16	6
Anders	20	44
Weet niet	9	-

Het tweede deelonderzoek van Lale e.a. (2003) is een kwantitatief onderzoek. In dit onderzoek is onderzocht welke factoren bij Turkse vrouwen een rol spelen bij het niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Er is bij zowel bij Turkse vrouwen die wel deelnemen (n=50) als bij Turkse vrouwen die niet deelnemen (n= 50) informatie verzameld om te kijken welke factoren van invloed zijn op niet-deelname. Dit is gedaan door middel van het persoonlijk interviewen van de respondenten door een onderzoekster met een Turkse achtergrond. De wel-deelnemers en de niet-deelnemers zijn met elkaar vergeleken op sociaal-demografische gegevens (leeftijd, burgerlijke staat, opleiding, inkomen, beheersing van het Nederlands) en ervaren gezondheid, tevredenheid met de huisarts, kennis over baarmoederhalskanker en de wijze van uitnodigen voor de screening. Daarnaast is gevraagd naar invloed vanuit de omgeving op deelname. De volgende factoren bleken significante voorspellers zijn voor deelname aan het onderzoek bevolkingsonderzoek: beheersing van de Nederlandse taal, tevredenheid met de tijd die huisarts voor patiënten neemt, tevredenheid met de vakkundigheid van de huisarts (Lale e.a., 2003).

Samenvattend kan gezegd worden dat er wel wat onderzoek is gedaan over deelname van Turkse vrouwen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Echter het onderzoek van Verhoeven (1994) was kwalitatief en kleinschalig. Het onderzoek van Lale e.a. (2003) was voor een deel weliswaar wel grootschalig, maar er is voornamelijk informatie over achtergrondgegevens verzameld. Het onderzoek van Lale e.a. is niet ingegaan op de achterliggende cognities van vrouwen die gerelateerd kunnen zijn aan deelname aan bevolkingsonderzoek (met uitzondering van één vraag over de invloed van de omgeving op deelname). Dat het gebruik van een cognitief model voor gedragsverandering wel bruikbaar kan zijn voor het verklaren van screeningsgedrag zal in de volgende paragraaf beschreven worden.

3.3 Theorie van Gepland Gedrag

De Theorie van Gepland Gedrag ofwel de Theory of Planned Behaviour (TPB) van Ajzen (1991) heeft als theoretisch kader gediend voor dit onderzoek. Er is voor dit model gekozen omdat de TPB een

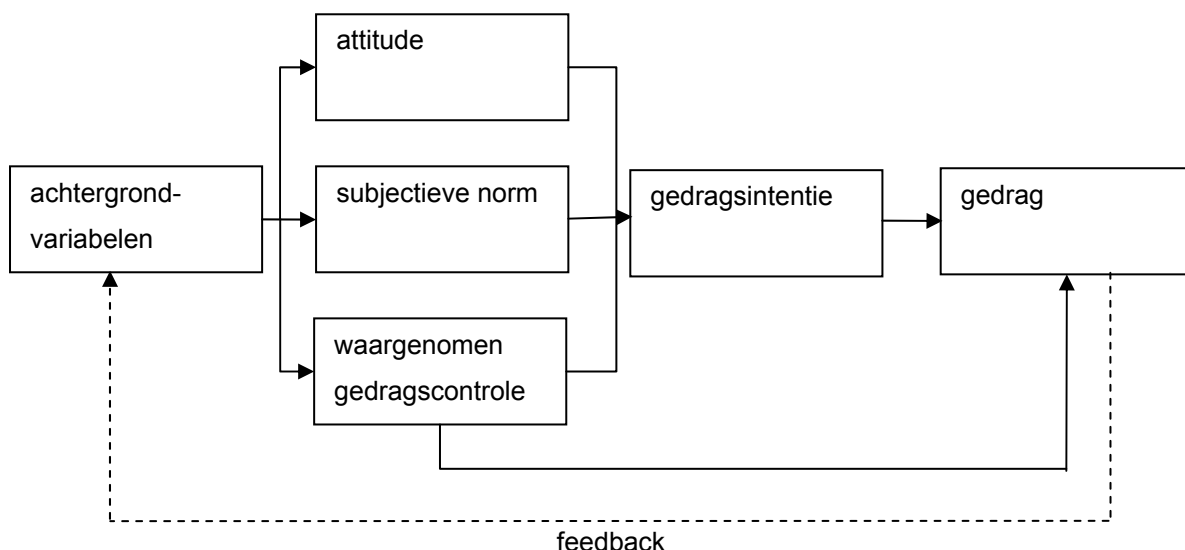
goed verklingsmodel is gebleken voor allerlei typen gezondheidsgedragingen (Godin & Kok, 1996) en ook specifiek voor gedragingen die vallen onder de categorie gezondheidsgedraging “klinisch en screening”. Onder deze categorie vallen in het onderzoek van Godin en Kok (1996) gedragingen als het screenen op kanker en het doen van een gezondheidscheck. Het bleek dat gemiddelde verklaarde variantie op gedragsintentie voor de categorie “klinisch en screening” in dit onderzoek 45% was. Ook in het onderzoek van Bish, Sutton & Golombok (2000) bleek de TPB een goed model voor de verklaring van deelname aan baarmoederhalskankerscreening: de TPB verklaarde 51% van de variantie op de screeningsintentie. Daarnaast is er voor de TPB als verklingsmodel gekozen, omdat de TPB door Ajzen (2002) gedetailleerd wordt uitgewerkt wat betreft de operationalisatie en de analyse van de onderdelen die het model kent.

In de TPB wordt gesteld dat het gedrag het best te voorspellen is door aan mensen te vragen of zij plan zijn om bepaald gedrag te vertonen: de gedragsintentie. Wanneer het voor iemand onmogelijk is om het gedrag te vertonen, zal de intentie zich niet uiten in gedrag. Volgens Ajzen (1991) wordt de gedragsintentie bepaald door een drietal determinanten:

1. de attitude: de eigen opvattingen over het gedrag
2. de subjectieve normen: de verwachtingen van anderen met betrekking tot het gedrag
3. de waargenomen gedragscontrole: de inschatting van de eigen mogelijkheden het gedrag uit te voeren

In figuur 1 is een schematische weergave van de determinanten van de TPB te vinden.

Figuur 1: Schematische weergave van de Theorie van Gepland Gedrag (Ajzen, 1991).



Volgens het TPB-model voorspellen attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole de gedragsintentie, die vervolgens het gedrag voorspelt. Achtergrondvariabelen, zoals bijvoorbeeld demografische factoren en kennis, worden verondersteld het gedrag alleen te beïnvloeden via de drie determinanten en de gedragsintentie. Attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole

bepalen de gedragsintentie vóórdát het gedrag vertoond is. De gedragsintentie is op zich een goede voorspeller van het werkelijke gedrag, maar de theorie geeft ook aan dat de waargenomen gedragscontrole de inschatting is van de voor het gedrag benodigde vaardigheden en (daardoor wellicht) van de mogelijkheid om barrières te overwinnen. Daarom is een directe invloed verondersteld van waargenomen gedragscontrole op gedrag. De daadwerkelijke uitvoering van het gedrag leidt tot feedback over de verwachtingen die men van het gedrag had. Het uitvoeren van het gedrag kan dus leiden tot veranderingen in de determinanten van dat gedrag.

Attitude

De attitude bestaat uit de voor- en nadelen die de persoon zelf aan het gedrag verbonden ziet (Ajzen, 1988). De attitude van een persoon kan volgens Fishbein en Ajzen (1975) direct worden bepaald door te vragen naar een totaaloordeel, de zogenaamde algehele attitude. Ook kunnen specifieke voor- en nadelen, de zogenoemde beliefs, die de persoon aan het gedrag verbindt worden achterhaald. De beliefs die iemand heeft zijn belangrijk voor de vorming van de attitude en kunnen specifieke aanknopingspunten voor voorlichting bieden. De attitude wordt volgens Fishbein en Ajzen tevens bepaald door hoe men de uitkomsten evalueert die aan de respectievelijke overwegingen verbonden zijn: de evaluaties van de overwegingen. Het meten van deze evaluaties leidt echter vaak alleen tot veel extra vragenlijstitems die weinig extra informatie bieden (Evans, 1991; Swanborn, 1996). Omdat het meten van de evaluaties niet of nauwelijks leidt tot een beter verklarend model kiezen onderzoekers er vaak voor deze evaluaties niet te meten.

Subjectieve norm

De subjectieve norm omvat ideeën over wat belangrijke anderen in de directe omgeving verwachten omtrent bepaald gedrag. Het is bij de subjectieve norm niet alleen van belang welke normatieve verwachtingen een persoon meent dat anderen over zijn gedrag hebben, maar ook de mate waarin die persoon geneigd is zich daar iets van aan te trekken.

Waargenomen gedragscontrole

De term waargenomen gedragscontrole van Ajzen lijkt sterk op het door Bandura (1997) geïntroduceerde concept eigen-effectiviteitsverwachting. Met de eigen-effectiviteitsverwachting wordt de mate waarin iemand zichzelf in staat acht tot het daadwerkelijk uitvoeren van een bepaald gedrag bedoeld. Om hun doelen te bereiken proberen mensen controle te krijgen over de gebeurtenissen die invloed hebben op hun leven. Mensen zullen eerder geneigd zijn actie te ondernemen wanneer zij geloven dat controle mogelijk is en dat hun gedragingen het gewenste effect zullen opleveren. Bandura stelt dat de eigen-effectiviteitsverwachting varieert op drie dimensies: moeilijkheid, generaliseerbaarheid en zekerheid. De moeilijkheid kan gemeten worden door te vragen naar hoe moeilijk de persoon het vindt om het desbetreffende gedrag te vertonen. De generaliseerbaarheid kan worden bepaald door te vragen de problemen bij het vertonen van het gedrag in verschillende situaties. De zekerheid kan onderzocht worden door mensen te vragen hoe zeker ze ervan zijn dat ze het gedrag kunnen realiseren.

3.4 Interventies gericht op Turkse vrouwen

Er was bij het aanvangen van dit onderzoek in de literatuur nog niks bekend of en zo ja welke interventies er gebruikt worden om de deelname onder Turkse vrouwen bij het bevolkingsonderzoek te vergroten. Daarom is er een telefonische enquête uitgevoerd onder een steekproef van voorlichters (n=8), die in de verschillende screeningsregio's verantwoordelijk zijn voor de voorlichting omtrent het bevolkingsonderzoek. Er is tijdens deze telefonische enquêtes onder andere gevraagd naar of zij specifieke activiteiten voor allochtone vrouwen organiseren, indien dit zo is wat voor soort activiteiten dit zijn en ook of er iets bekend is over de effectiviteit van deze activiteiten op het opkomstpercentage. De telefonische enquêtes zijn uitgevoerd onder voorlichters die werkzaam waren in (sub)regio's: Zuid-Hollandse Eilanden; Zeeland; Zuid-Holland Zuid; Groningen; Limburg; Amsterdam; Gooi en Vechtstreek; Kop van Noord-Holland, Noord Kennemerland, West-Friesland en Waterland. In tabel 3 is een overzicht van de activiteiten per (sub)regio te vinden.

Tabel 3: Activiteiten gericht op opkomstbevordering van Turkse vrouwen bij het bevolkingsonderzoek

(Sub)regio	Activiteiten
1. Zuid-Hollandse Eilanden	Poster in het Turks
2. Zeeland	Geen activiteiten
3. Zuid-Holland Zuid	Voorlichtingsbijeenkomsten vrouwen
4. Groningen	Geen activiteiten
5. Limburg	Voorlichtingsbijeenkomsten vrouwen
6. Amsterdam	Vertaalde uitnodigingsbrieven met verwijzing naar FONA FONA (telefonische infolijn in eigen taal) Website met informatie in vier verschillende talen. Voorlichtingsbijeenkomsten vrouwen Voorlichtingsbijeenkomsten mannen Individuele voorlichting in huisartsenpraktijk (door voorlichter) Advertenties (meertalig) in lokale media
7. Gooi en Vechtstreek	Voorlichtingsbijeenkomsten vrouwen
8. Kop van Noord-Holland, Noord Kennemerland, West-Friesland en Waterland.	Voorlichtingsbijeenkomsten vrouwen

De meeste van de ondervraagde (sub)regio's ontplooiën weinig of geen extra activiteiten om de deelname onder allochtone vrouwen te verhogen, met uitzondering van de subregio Amsterdam. Van geen van de genoemde activiteiten was bekend of zij effect hebben op het opkomstpercentage.

Na het uitvoeren van deze telefonische enquêtes is er een onderzoeksrapport van Pacemaker (2004) verschenen. In dat onderzoek zijn alle screeningsorganisaties gevraagd naar interventies specifiek gericht op allochtone vrouwen en de eventuele effecten daarvan op de opkomst. Daar kwam nagenoeg hetzelfde beeld naar voren als bij de resultaten van de bovengenoemde telefonische enquêtes. Er worden over het algemeen weinig activiteiten ontplooid, met uitzondering van de

subregio Amsterdam. Ook is er niks bekend over effecten van de verschillende activiteiten op de opkomst.

3.5 Conclusies en onderzoeksvragen

Concluderend kan er gezegd worden dat er van de twee onderzoeken die gedaan zijn over deelname van Turkse vrouwen aan het bevolkingsonderzoek er één onderzoek kwalitatief en erg kleinschalig was. Het andere onderzoek was weliswaar grootschalig, maar ging vooral in op de achtergrondvariabelen van Turkse vrouwen. Omdat nog niet eerder op grote schaal én op een systematische manier de opvattingen zijn geïnventariseerd van Turkse vrouwen, en het TPB-model in het verleden een goed bruikbaar model is gebleken om zulke opvattingen over screeningsgedrag op een systematische wijze te onderzoeken, zal dat in dit onderzoek wel gedaan worden. De onderzoeksvraag waarop in dit rapport een antwoord wordt gezocht is:

Welke gedragsdeterminanten uit het TPB-model spelen een rol bij de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker bij vrouwen met een Turkse etniciteit in de regio Twente?

4 Methode gedragsdeterminantenonderzoek

4.1 Respondenten

Voor dit onderzoek zijn Turkse vrouwen in de leeftijd van 30-60 jaar benaderd. Er is in eerste instantie via buurthuizen geworven (directe methode). Hier worden onder andere koffieochtenden, taallessen, voorlichtingen en fietslessen georganiseerd. Vooraf zijn de contactpersonen van de verschillende groepen uit de buurthuizen benaderd. Deze contactpersonen zijn veelal verkregen via de Turkse Voorlichtsters Eigen Taal en Cultuur die werkzaam zijn in de regio Twente. Ook is er door de contactpersonen zelf geattendeerd op andere groepen Turkse vrouwen. Alle contactpersonen die zijn benaderd waren bereid om hun groep Turkse vrouwen open te stellen voor deelname aan dit onderzoek. Ook zijn enkele respondenten via de directe wijze geworven via gezondheidscentra en huisartsenpraktijken. Naast deze directe methode van werven, zijn via de sneeuwbal methode Turkse kennissen en vriendinnen van de Turkse vrouwen uit de buurthuizen gevraagd om mee te werken aan dit onderzoek. De groepen Turkse vrouwen die via de directe methode zijn benaderd, komen uit de gemeente Enschede, Hengelo, Almelo en Oldenzaal. In totaal zijn er via de directe methode 115 vragenlijsten uitgedeeld en via de sneeuwbal methode 424 vragenlijsten.

4.2 Onderzoeksinstrument

Voor het ontwerpen van het onderzoeksinstrument is vooronderzoek uitgevoerd. Het betrof interviews onder Turkse Voorlichtsters Eigen Taal en Cultuur (VETC'ers) die werkzaam zijn in de regio Twente (n=10). In totaal zijn er in de regio Twente 11 Turkse VETC'ers werkzaam. De reden dat er is gekozen om het vooronderzoek onder Turkse VETC'ers uit te voeren is omdat zij in hun werk veelvuldig met de doelgroep Turkse vrouwen te maken hebben en ook in combinatie met het onderwerp bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Zij geven namelijk voorlichting over dit onderwerp aan Turkse vrouwen. Daarnaast hebben de geïnterviewde VETC'ers zelf ook allemaal een Turkse achtergrond. Om die reden kunnen zij zich goed inleven in de doelgroep. In de interviews met de VETC'ers werd gevraagd welke redenen een rol spelen bij het wel en niet deelnemen van Turkse vrouwen bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, wat de algemene mening is van Turkse vrouwen over het bevolkingsonderzoek, welke rol het sociale netwerk speelt bij het wel of niet deelnemen van Turkse vrouwen en op welke manier een grotere deelname bereikt kan worden bij deze doelgroep. Het interviewschema dat hiervoor is gebruikt is te vinden in bijlage 1. De belangrijkste resultaten hiervan zijn te vinden in bijlage 2.

Als onderzoeksinstrument is gekozen voor een vrijwel geheel gesloten, schriftelijke vragenlijst. Alvorens de vragenlijst in gebruik werd genomen is een Nederlandse versie gepretest onder vijf Turkse vrouwen die behoorde tot de doelgroep van het vragenlijstsonderzoek. Deze vrouwen werd gevraagd de vragenlijst in te vullen en de moeilijkheden die ze daarbij ondervonden hardop te noemen. Omdat de vrouwen op een matig niveau de Nederlandse taal beheersten verliep deze

pretest moeizaam. Toch zijn er enkele pretestresultaten naar voren gekomen. De vragenlijst is aangepast op basis van deze resultaten.

De aangepaste vragenlijst is vertaald naar het Turks om zo te voorkomen dat het niet-beheersen van de Nederlandse taal een barrière zou vormen voor deelname aan het vragenlijstonderzoek. Deze vertaling van de vragenlijst is verzorgd door een professioneel vertaalbureau. Om zeker te weten dat er geen grote verschillen zouden zitten in de interpretatie van Turkse versie ten opzichte van de Nederlandse versie van de vragenlijst, heeft een studente van een sociaal-wetenschappelijke studie met een Turkse achtergrond steekproefsgewijs verschillende items van de Turkse versie van de vragenlijst terugvertaald naar het Nederlands. De vertaling van de verschillende items kwam goed overeen met de oorspronkelijke Nederlandse versie. Ook heeft een Turkse VETC'er de Nederlandse en de Turkse versie van de vragenlijst met elkaar vergeleken. Ook zij kwam tot de conclusie dat de Turkse vragenlijst een goede afspiegeling was van de Nederlandse versie. De Nederlandse versie van de vragenlijst is te vinden in bijlage 3; de Turkse versie van de vragenlijst is te vinden in bijlage 4.

Hieronder zullen de verschillende elementen die in de vragenlijst zijn opgenomen behandeld worden.

Achtergrondkenmerken

Als achtergrondkenmerken zijn geboortjaar, het eigen geboorteland, het geboorteland van de ouders, de lengte van het verblijf in Nederland, de burgerlijke staat, het opleidingsniveau, beheersing van het Nederlands, het hebben van een vaste huisarts en het geslacht van de huisarts gemeten. Daarnaast is gevraagd naar de bekendheid met het bevolkingsonderzoek, of iemand ooit een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek heeft ontvangen, of er ooit baarmoederhalskanker is geconstateerd bij die persoon en of de baarmoeder is verwijderd.

Kennis

De kennis over baarmoederhalskanker en over het bevolkingsonderzoek is gemeten aan de hand van acht items. Er werd gevraagd aan te geven of de gestelde uitspraken volgens de respondent waar of niet waar waren. Per item kon gekozen worden uit drie antwoordcategorieën: waar, weet ik niet, niet waar. De eerste vijf items zijn ontleend uit het onderzoek van Van der Poel (1993). De laatste drie kennisitems zijn geconstrueerd naar aanleiding van het vooronderzoek. Op deze schaal is geen betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd, omdat het bij deze schaal niet van belang is dat de items voldoende samenhang bezitten. Elk van de items beslaat een ander deel van de kennis over baarmoederhalskanker/ het bevolkingsonderzoek. Voor alle items uit de kennisschaal is voor een juist antwoord een score van +1 toegekend, voor een onjuist antwoord een score van 0 en als de respondent aangaf het antwoord niet te weten ook een score van 0. Per item is steeds de gemiddelde kennisscore berekend en voor de totaalscore zijn de scores van de zeven items bij elkaar opgeteld.

Waargenomen morele plicht

Waargenomen morele plicht is ook gebleken een factor te zijn die van invloed is op screeningsgedrag (Lechner, De Vries, Offermans, 2002). De waargenomen morele plicht is in dit onderzoek gemeten door de vraag te stellen: 'Ik vind het mijn plicht om een uitstrijkje te laten maken als ik daarvoor wordt opgeroepen' (zeer oneens (1)zeer eens (5)).

Gedrag

De ondervraagde gedragingen waren wel/ niet deelname bij het laatste bevolkingsonderzoek, het jaartal van de laatste deelname aan het bevolkingsonderzoek, de frequentie van deelname aan het bevolkingsonderzoek en wel/ niet deelname bij alle keren dat iemand is uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek.

TPB-variabelen ten aanzien van deelname aan het bevolkingsonderzoek

Alle constructen van de TPB zijn in de vragenlijst verwerkt. Het operationaliseren van de TPB-variabelen is gebeurd aan de hand van de richtlijnen van Ajzen (2002) voor het opstellen van een vragenlijst.

De *algemene attitude* ten aanzien van deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is gemeten met drie items. Na controle op de interne betrouwbaarheid bleef hier een twee-itemschaal van over ($r=0.49$). De items die voor deze schaal gebruikt zijn, zijn: 'Ik vind meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker zeer zinloos (1)zeer zinvol (5)' en 'Ik vind meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker zeer onbelangrijk (1)zeer belangrijk (5)'. De schaal is geconstrueerd door het gemiddelde te berekenen op de scores van de twee attitude-items.

Er zijn tien verschillende *belief-items* opgenomen in de vragenlijst. De beliefs zijn geconstrueerd naar aanleiding van de resultaten van het vooronderzoek. Van de tien items zijn er negen gepresenteerd als nadeel en één als voordeel. Een voorbeeld van een belief-item dat is gepresenteerd als nadeel is 'Het laten maken van een uitstrijkje kost naar mijn idee veel tijd' (zeer oneens (1)zeer eens (5)). Het beliefitem dat is gepresenteerd als voordeel was 'Een goede uitslag van het uitstrijkje geeft mij geruststelling' (zeer oneens (1)zeer eens (5)). De tien items vormden samen een schaal ($\alpha=0.74$). Er is factoranalyse uitgevoerd op de verschillende belief-items om te onderzoeken of er factoren zijn die meer verklaren dan de oorspronkelijke individuele items. Er bleken drie factoren te zijn met een eigenwaarde (EW) groter dan één. Factor 1 (EW=3.2); factor 2 (EW=1.3) en factor 3 (EW=1.3) verklaarden respectievelijk 32%, 13% en 11% van de variantie. Ook is er een geroteerde factormatrix gemaakt, te vinden in tabel 4, waarbij het criterium is aangehouden dat variabelen die hoger dan 0.50 op een factor laden relevant zijn voor die factor. Te zien is dat de belief-items 1 t/m 5 relevant zijn voor factor 1. Deze items hebben allemaal te maken met emoties die zich voordoen bij deelname aan het bevolkingsonderzoek. Factor 1 wordt dan ook factor "emotie" genoemd ($\alpha=0.73$). Ook is te zien dat de items 6 t/m 8 relevant zijn voor factor 2. Deze items hebben allemaal betrekking op fatalisme/ nut inzien van preventie. Deze factor wordt "fatalisme/ preventie" genoemd ($\alpha=0.58$). Item 9 en 10 zijn relevant voor factor 3. Het is moeilijk om aan deze

twee items een overkoepelend, inhoudelijk thema te koppelen. Daarom is ervoor gekozen om in de verdere analyses alleen factor 1 “emoties” en factor 2 “fatalisme/ preventie” mee te nemen. (Sub)totaalscores bij de beliefs zijn berekend door het gemiddelde van de verschillende items te nemen.

Tabel 4: De geroteerde factormatrix van belief-items over deelname aan het bevolkingsonderzoek

De tien belief-items	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Het laten maken van een uitstrijkje lijkt mij pijnlijk	0.6	0.4	0.4
2. Het laten maken van een uitstrijkje maakt mij angstig	0.7	0.2	0.3
3. Ik schaam mij als een mannelijke dokter bij mij een uitstrijkje maakt	0.7	-0.1	-0.0
4. Ik schaam mij als een vrouwelijke dokter bij mij een uitstrijkje maakt	0.8	0.1	0.0
5. Ik ben bang voor de uitslag van het uitstrijkje	0.5	0.2	0.0
6. Ik vind het niet nodig om een uitstrijkje te laten maken als ik geen klachten heb	0.2	0.6	0.3
7. Ik mag van mijn geloof geen uitstrijkje maken	0.2	0.8	-0.0
8. Als je baarmoederhalskanker krijgt, is dat Gods wil en moet je daar niks aan willen veranderen	-0.0	0.8	-0.1
9. Het laten maken van een uitstrijkje kost naar mijn idee veel tijd	0.3	0.3	0.7
10. Een goede uitslag van het uitstrijkje geeft mij geruststelling	-0.1	-0.2	0.8

Items 1 t/m 9 zijn omgeschaald alvorens er factoranalyse op is uitgevoerd.

De *subjectieve norm* wordt gevormd door het product van de normatieve verwachting (acht items) en de geneigdheid om in te stemmen met deze verwachting (acht items). Een voorbeeld van een item over de normatieve verwachting is: ‘Ik denk dat mijn partnervindt dat ik wel moet meedoen aan het onderzoek (+1)hier geen mening over heeft (0) ...vindt dat ik niet moet meedoen het onderzoek (-1)’. Een voorbeeld van een item waarbij de geneigdheid om in te stemmen met de normatieve verwachting gemeten is, is: ‘Hoeveel trekt u zich aan van de mening van uw partner bij de beslissing om wel of niet een uitstrijkje te laten maken voor het bevolkingsonderzoek?’ (niets (0)zeer veel (4)). Ook kon steeds bij elke vraag over normatieve verwachting/ geneigdheid in te stemmen worden aangegeven als de persoon in kwestie waarnaar gevraagd werd niet voorkwam in de omgeving. Deze werd gescoord met 0. De subjectieve norm wordt dan verkregen door deze twee voorgaande items met elkaar te vermenigvuldigen. Deze subjectieve norm vormde een schaal (alpha=0.86). De schaal is berekend door het gemiddelde te nemen van de acht referenten uit de omgeving.

Naast de subjectieve norm is er ook *communicatie met de omgeving* gemeten: praat de respondent met de belangrijke personen uit de omgeving over het bevolkingsonderzoek? Deze is gemeten aan de hand van een vijf-itemschaal. Op deze schaal is geen betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd, omdat het bij deze schaal niet van belang is dat de items voldoende samenhang bezitten. Een voorbeeld van zo’n vraag is: ‘Hebt u ooit gepraat met uw partner over de uitnodiging die u hebt gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?’ (nee (0) en ja

(1)). De totaalscore op deze schaal is berekend door de scores op de individuele items bij elkaar op te tellen.

De *waargenomen gedragscontrole* is gemeten via een vijf-itemschaal ($\alpha=0,80$). Een voorbeeld van zo'n item is: 'Het begrijpen van de uitnodigingsbrief is voor mij zeer moeilijk (1) zeer makkelijk (5)'. Totaalscore op deze schaal is berekend door de scores op de verschillende items van de schaal te middelen.

De *gedragsintentie* is op twee verschillende manieren gemeten. Er is gevraagd naar de gedragsintentie voor deelname aan het bevolkingsonderzoek de eerstvolgende keer dat iemand wordt uitgenodigd en naar de gedragsintentie van deelname iedere keer dat iemand wordt uitgenodigd. De items zagen er als volgt uit: 'Bent u van plan om, de eerstvolgende keer dat u wordt uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, een uitstrijkje te laten maken?' (beslist niet (1) beslist wel (5)) en 'Het bevolkingsonderzoek wordt om de vijf jaar gehouden. Bent u van plan om iedere keer dat u wordt uitgenodigd deel te nemen?' (beslist niet (1) beslist wel (5)).

4.3 Onderzoeksprocedure

De vragenlijst is bij de verschillende buurthuizen groepsgewijs afgenomen op een vooraf met de contactpersoon afgesproken tijdstip. Vooraf kregen de respondenten eerst in het Nederlands en daarna in het Turks een korte uitleg over het doel van het onderzoek, welke leeftijdsgroep tot de onderzoeksdoelgroep behoort, dat er gekozen kan worden tussen een Nederlandse en een Turkse versie van de vragenlijst en hoe de vragenlijst het beste ingevuld kan worden. Ook werd de nadruk gelegd op het goed doorlezen van de instructie op de eerste twee bladzijdes van de vragenlijst. Daarna zijn de vragenlijsten en pennen uitgedeeld. Tijdens het invullen was de onderzoeker en/ of de Turkse contactpersoon steeds aanwezig om eventuele problemen met het invullen van de vragenlijst op te lossen. Respondenten die niet (goed) konden lezen zijn met de vragenlijst geholpen door de Turkse contactpersoon. Die ging dan met de respondent apart zitten, las de vraag en de eventuele antwoordcategorieën voor en vulde vervolgens het antwoord in dat door de respondent werd genoemd. Na het invullen en retourneren van de vragenlijst is aan de respondenten gevraagd of zij ook nog vragenlijsten aan Turkse kennissen/ vriendinnen in de leeftijd van 30-60 jaar wilden uitdelen. Om de vragenlijsten die werden meegegeven zat een antwoordenvolp. De vragenlijst kon derhalve kosteloos worden teruggestuurd. Bij sommige groepen was er niet de tijd om de vragenlijst ter plekke in te vullen en is er voor gekozen om de vragenlijst met de antwoordenvolp mee te geven met de vraag aan de respondent om de vragenlijst thuis in te vullen en te retourneren via de antwoordenvolp.

4.4 Statistische analyses

In het volgende hoofdstuk zullen eerst de resultaten beschreven worden van de algehele onderzoeksgroep. Daarna zullen de resultaten voor de twee verschillende groepen respondenten, de wel-deelnemers en de niet-deelnemers, worden besproken. Verschillen tussen deze twee groepen zijn

getoetst met de t-toets bij twee onafhankelijke groepen en met de Pearson chi-kwadraattoets, afhankelijk van het soort variabele dat het betrof. Toetsing is steeds tweezijdig gebeurd en voor alle analyses is uitgegaan van een significantieniveau van $\alpha \leq 0,05$. Voor alle statistische analyses is gebruik gemaakt van het programma SPSS, versie 12.0.1.

5 Resultaten gedragsdeterminantenonderzoek

In dit hoofdstuk zullen allereerst de beschrijvende resultaten worden besproken. Vervolgens wordt ingegaan op de relaties tussen de variabelen.

5.1 Respons

Van de 539 vragenlijsten zijn er 197 ingevuld retour gekomen. Dit is een respons van 37%. De respons voor de vragenlijsten die via de directe wervingsmethode verspreid zijn, was 85% en die via de sneeuwbal methode 23% (respectievelijk 98 van de 115 en 99 van de 424 vragenlijsten retour).

5.2 Beschrijving van de onderzoeksgroep

Van de 197 mensen die een vragenlijst hebben ingevuld, waren er 14 mensen (7,1%) van wie de baarmoeder verwijderd is. De analyses zijn alleen uitgevoerd op de 183 respondenten die nog wel een baarmoeder hebben.

Tabel 5 biedt een overzicht van de algemene achtergrondkenmerken van de respondenten.

Tabel 5: Algemene achtergrondkenmerken van de respondenten

Variabelen	Antwoordcategorieën	n	%
Leeftijdscategorie	(1) 30-35 jr.	42	26%
	(2) 35-40 jr.	32	19%
	(3) 40-45 jr.	27	16%
	(4) 45-50 jr.	23	14%
	(5) 50-55 jr.	17	10%
	(6) 55-60 jr.	24	15%
Burgerlijke staat	(1) Alleenstaand/ ongehuwd	2	1%
	(2) Samenwonend/ gehuwd	162	89%
	(3) Gescheiden	7	4%
	(4) Weduwe	12	7%
Opleiding	(1) Geen opleiding	27	15%
	(2) Lager onderwijs	88	49%
	(3) Lager middelbaar onderwijs	27	15%
	(4) Hoger middelbaar onderwijs/ MBO	28	16%
	(5) HBO/ WO	5	3%
	(6) Anders	3	2%
Vaste huisarts	(1) Ja	180	99%
	(2) Nee	1	1%
Geslacht huisarts	(1) Man	103	63%
	(2) Vrouw	20	12%
	(3) Zowel man als vrouw	40	25%

De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 42,4 jaar ($n=165$, $SD= 8,9$). Het grootste deel van de respondenten zat in de jongste drie leeftijdsgroepen (61%). Het grootste gedeelte (89%) van de respondenten woonde samen of was getrouwd. 64% van de respondenten heeft geen opleiding of het lager onderwijs als hoogst genoten opleiding voltooid. Bijna iedereen (99%) had een vaste huisarts, waarvan het grootste gedeelte (63%) een man als huisarts had.

Tabel 6 biedt een overzicht van de achtergrondkenmerken die meer specifiek zijn voor het beschrijven van een allochtone onderzoeksgroep.

Tabel 6: Achtergrondkenmerken die gerelateerd zijn aan het allochtoon zijn

Variabelen	Antwoordcategorieën	n	%
Geboorteland	(1) Nederland	6	3%
	(2) Turkije	176	96%
	(3) Anders	1	1%
Geboorteland vader	(1) Nederland	1	1%
	(2) Turkije	178	98%
	(3) Anders	2	1%
Geboorteland moeder	(1) Nederland	2	1%
	(2) Turkije	176	98%
	(3) Anders	2	1%
Verblijf in Nederland	(1) Hele leven in Nederland	7	4%
	(2) Niet hele leven in Nederland	171	96%
Beheersing Nederlands	(1) Onvoldoende	57	32%
	(2) Matig	78	43%
	(3) Voldoende	20	11%
	(4) Ruim voldoende	8	4%
	(5) Goed	17	9%
Begrip Nederlandse brief	(1) niets uit de brief	43	24%
	(2) een klein gedeelte uit de brief	73	41%
	(3) ongeveer de helft van de brief	18	10%
	(4) een groot gedeelte van de brief	22	12%
	(5) alles uit de brief	23	13%
Lezen Nederlandse brief	(1) zelfstandig/ alleen	71	40%
	(2) met hulp	76	43%
	(3) niet	29	17%

Het overgrote deel van de vrouwen (96%) is net als hun vader (98%) en hun moeder (98%) geboren in Turkije. Slechts een klein deel van de vrouwen heeft het gehele leven in Nederland gewoond, namelijk 4%. De gemiddelde verblijfsduur in Nederland van de respondenten was 22,0 jaar ($n=168$, $SD=8,5$) en de gemiddelde leeftijd waarop een vrouw zich in Nederland gevestigd heeft, is 20,9 ($n=154$, $SD=8,3$). Een groot gedeelte van de respondenten (75%) had een onvoldoende of matige beheersing van de Nederlandse taal, wat er in resulteert dat 65% aangaf weinig tot niets van een Nederlandse brief te begrijpen. Ook al was de beheersing van het Nederlands bij een groot deel onvoldoende of matig, er

was toch nog een aanzienlijk deel (40%) dat een Nederlandse brief zelfstandig/ alleen probeerde te lezen. Opvallend was dat 17% van de respondenten, als zij een Nederlandse brief ontvangen, hem helemaal niet lezen.

5.3 Kennis

Hieronder in tabel 7 is per individueel kennisitem aangegeven wat de gemiddelde score was. Daarnaast is in dezelfde tabel weergegeven wat de totaalscore was op de kennisschaal.

Tabel 7: Frequenties juist beantwoorde kennisvragen en totaalscore op de kennisvragen (n=183)

Kennisvragen	%
1. Iedere vrouw kan baarmoederhalskanker krijgen, ook al heeft zij geen klachten	78%
2. Baarmoederhalskanker is eigenlijk altijd goed te genezen	7%
3. Als baarmoederhalskanker in een vroeg stadium wordt opgespoord, is het voor vrijwel 100% te genezen	57%
4. Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich meestal snel	7%
5. Baarmoederhalskanker komt niet meer voor na de overgang	28%
6. Het uitstrijkje kan altijd door een vrouwelijke arts of een doktersassistente worden uitgevoerd	43%
7. Als je in de oproepperiode zwanger bent, hoef je het uitstrijkje niet op een later tijdstip in te halen	40%
8. Je bent verplicht om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker	15%
<i>Totaalscore (0/8)</i>	<i>2.7</i>

Stellingen 1, 3 en 6 zijn waar; stellingen 2, 4, 5, 7 en 8 zijn niet waar.

Uit de tabel kan worden afgelezen dat kennis onder de respondenten over baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek beperkt was. Er was bij alle kennisitems sprake van een tamelijk groot tot een zeer groot kennishiaat. De kennisitems waarop het slechtst werd gescoord, zijn 'baarmoederhalskanker is eigenlijk altijd goed te genezen' en 'baarmoederhalskanker ontwikkelt zich meestal snel': 93% wist niet dat dit onjuist is. Ook wist 72% niet dat baarmoederhalskanker ook na de overgang voorkomt en 85% wist niet dat het bij het bevolkingsonderzoek om vrijwillige deelname gaat. Daarnaast waren vrouwen er slecht van op de hoogte dat het uitstrijkje altijd door een vrouw kan worden uitgevoerd (57% wist dit niet) en dat je het uitstrijkje op een later tijdstip moet inhalen als je in de oproepperiode zwanger bent (60% wist dit niet).

5.4 TPB-variabelen

5.4.1 Attitude

Om te kunnen zien wat de algemene opvatting was over deelname aan het bevolkingsonderzoek, zijn de frequenties en de gemiddelde scores voor de attitudevragen berekend (tabel 8).

Tabel 8: Frequenties en gemiddelde scores op de attitude-items (177 ≤ n ≤ 180)

Attitude	Ik vind meedoen aan het bevolkingsonderzoek...					Gem	SD
	1	2	3	4	5		
(1) zeer zinloos (5) zeer zinvol	1%	1%	2%	2%	95%	4,9	0,5
(1) zeer onbelangrijk (5) zeer belangrijk	1%	1%	1%	3%	94%	4,9	0,5
<i>Gemiddelde totaalscore</i>	<i>1%</i>	<i>1%</i>	<i>2%</i>	<i>3%</i>	<i>95%</i>	<i>4,9</i>	<i>0,5</i>

In tabel 8 is te zien dat de algemene attitude ten opzichte van deelname aan het bevolkingsonderzoek zeer positief was: 97% van de vrouwen vond het zinvol en 98% van de vrouwen vond het belangrijk om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek.

5.4.2 Beliefs

In tabel 9 zijn de frequenties en de gemiddelde scores van de verschillende opvattingen over deelname aan het bevolkingsonderzoek weergegeven.

Tabel 9: Frequenties en gemiddelde scores op de beliefs-items (174 ≤ n ≤ 182)

Beliefs	1 zeer oneens	2 beetje oneens	3 niet oneens / niet eens	4 beetje eens	5 zeer eens	Gem	SD
<i>Emotie-items</i>							
1. Het laten maken van een uitstrijkje lijkt mij pijnlijk	52%	11%	7%	19%	10%	3.8	1.5
2. Het laten maken van een uitstrijkje maakt mij angstig	51%	11%	7%	19%	13%	3.7	1.5
3. Ik schaam mij als een mannelijke dokter bij mij een uitstrijkje maakt	27%	9%	4%	23%	37%	2.7	1.7
4. Ik schaam mij als een vrouwelijke dokter bij mij een uitstrijkje maakt	59%	8%	2%	18%	13%	3.8	1.6
5. Ik ben bang voor de uitslag van het uitstrijkje	29%	15%	4%	26%	25%	3.0	1.6
<i>Gem. totaalscore emotie-items</i>						3.4	1.1
<i>Fatalisme-/ preventie-items</i>							
6. Ik vind het niet nodig om een uitstrijkje te laten maken als ik geen klachten heb	81%	2%	3%	3%	11%	4.4	1.3
7. Ik mag van mijn geloof geen uitstrijkje maken	88%	2%	1%	2%	7%	4.6	1.1
8. Als je baarmoederhalskanker krijgt, is dat Gods wil en moet je daar niks aan willen veranderen	73%	6%	3%	3%	15%	4.2	1.5
<i>Gem. totaalscore fatalisme/preventie-items</i>						4.4	1.0
<i>Overige items</i>							
9. Het laten maken van een uitstrijkje kost naar mijn idee veel tijd	68%	5%	3%	8%	15%	4.0	1.6
10. Een goede uitslag van het uitstrijkje geeft mij geruststelling	2%	0%	1%	2%	95%	4.9	0.6
<i>Gem. totaalscore 10 items</i>						3.9	0.8

Voor de frequenties op de individuele items zijn de originele percentages voor de waardes weergegeven (1= zeer oneens; 2 = beetje oneens; 3 = niet oneens, niet eens; 4 = beetje eens; 5 = zeer eens); echter voor het berekenen van de gemiddelden zijn de negatief geformuleerde items (1 t/m 9) omgeschaald.

De respondenten zijn bij de fatalisme-/preventie-items en bij de overige items net als bij de algemene attitude overwegend positief over deelname aan het bevolkingsonderzoek. Echter op de items die gerelateerd zijn aan emoties werd aanmerkelijk lager gescoord. Zo werd er door een groot deel van de vrouwen (60%) schaamte ervaren als het uitstrijkje door een man zou worden uitgevoerd. Deze schaamte was aanzienlijk hoger als die wordt vergeleken met schaamte voor een vrouwelijke

uitstrijker (31%). Ook is een aanzienlijk deel van de vrouwen (61%) bang voor de uitslag van het uitstrijkje.

5.4.3 Waargenomen morele plicht

Tabel 10 geeft de frequenties en gemiddelde score weer van de waargenomen morele plicht om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek.

Tabel 10: Frequenties en gemiddelde van de waargenomen morele plicht (n = 178)

Waargenomen morele plicht	1	2	3	4	5	Gem	SD
	zeer oneens	beetje oneens	niet oneens / niet eens	beetje eens	zeer eens		
Ik vind het mijn plicht om een uitstrijkje te laten maken als je daarvoor wordt opgeroepen	6%	1%	3%	6%	84%	4.6	1.0

De respondenten voelden zich voor een overgroot deel (90%) moreel verplicht om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek.

5.4.4 Normatieve verwachting, subjectieve norm en communicatie met omgeving

In tabel 11 zijn de scores op de normatieve verwachting te vinden.

Tabel 11: Frequenties en scores op de normatieve-verwachting-items (159 ≤ n ≤ 172)

Mening van	Niet deel- nemen (%) (-1)	Geen mening (%) (0)	Wel deel- nemen (%)(+1)	Gem
Partner	4%	22%	74%	0.7
Moeder	2%	55%	43%	0.4
Schoonmoeder	2%	63%	34%	0.3
Kinderen	3%	41%	55%	0.5
Vriendinnen	3%	14%	83%	0.8
Gezondheidsvoorlichtster	3%	25%	72%	0.7
Huisarts	3%	14%	83%	0.8
Omgeving algemeen	1%	20%	79%	0.8
<i>Gemiddelde totaalscore</i>				0.6

Over het algemeen hadden de personen uit de omgeving van de respondenten een positieve normatieve verwachting over deelname aan het bevolkingsonderzoek. Er is maar zeer weinig

gescoord op de negatieve normatieve verwachting: het grootste deel van de personen uit de omgeving steunde deelname aan het bevolkingsonderzoek of hadden hier anders geen mening over.

In tabel 12 zijn de scores op de geneigdheid om in te stemmen weergegeven.

Tabel 12: Frequenties en scores op de items van de geneigdheid om in te stemmen (165 ≤ n ≤ 172)

Geneigdheid om in te stemmen	0 niets/ persoon komt niet voor	1 weinig	2 niet veel/ niet weinig	3 veel	4 zeer veel	Gem	SD
Partner	36%	15%	8%	27%	15%	1.7	1.5
Moeder	66%	10%	6%	12%	6%	0.8	1.3
Schoonmoeder	74%	9%	8%	4%	5%	0.6	1.1
Kinderen	41%	14%	9%	21%	15%	1.6	1.6
Vriendinnen	34%	24%	14%	18%	11%	1.5	1.4
Gezondheidsvoorlichtster	23%	13%	7%	35%	23%	2.2	1.5
Huisarts	7%	8%	7%	41%	36%	2.9	1.2
Omgeving algemeen	38%	23%	18%	16%	5%	1.3	1.3
<i>Gemiddelde totaalscore</i>						<i>1.6</i>	<i>0.9</i>

Te zien is dat vrouwen zich het meest aantrekken van de mening van de huisarts, gezondheidsvoorlichtster en de partner.

In tabel 13 zijn de scores op de subjectieve norm weergegeven.

Tabel 13: Scores op de subjectieve norm (-4/+4) (159 ≤ n ≤ 169)

Subjectieve norm	Gem	SD
Partner	1.2	1.7
Moeder	0.5	1.3
Schoonmoeder	0.3	1.0
Kinderen	0.9	1.7
Vriendinnen	1.2	1.5
Gezondheidsvoorlichtster	1.7	1.8
Huisarts	2.3	1.7
Omgeving algemeen	1.1	1.3
<i>Gemiddelde totaalscore</i>	<i>1.1</i>	<i>1.0</i>

Zoals te verwachten, naar aanleiding van de scores op de normatieve verwachtingen, waren de scores op de subjectieve norm voor alle personen uit de omgeving positief. Bij de meeste personen uit de omgeving was er een vrij lage positieve score. Alleen de huisarts en de gezondheidsvoorlichtster scoorden relatief wat hoger op de subjectieve norm.

In tabel 14 zijn de frequenties en de totaalscore van communicatie met mensen uit de omgeving te vinden.

Tabel 14: Frequenties en totaalscore van communicatie met mensen uit de omgeving over het bevolkingsonderzoek (173 ≤ n ≤ 179)

Communicatie met...	Ja	Nee	Afwezig
Partner	69%	25%	5%
Moeder	17%	43%	40%
Schoonmoeder	9%	54%	37%
Kinderen	28%	71%	1%
Vriendinnen	79%	21%	1%
<i>Totaalscore (0/5)</i>	<i>2.0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Afwezig = persoon komt niet voor in omgeving; Ja = 1; Nee = 0; Afwezig = 0

Vrouwen praatten het meest met vriendinnen (79%) en de partner (69%) over het bevolkingsonderzoek. Opvallend is dat 25% van de vrouwen helemaal niet met de partner over het bevolkingsonderzoek heeft gepraat. 11% van de respondenten praatte met helemaal niemand uit de omgeving over het bevolkingsonderzoek.

5.4.5 Waargenomen gedragscontrole

De scores op vragen over de waargenomen gedragscontrole zijn te vinden in tabel 15.

Tabel 15: Frequenties en scores op de items over de waargenomen gedragscontrole (176 ≤ n ≤ 180)

Waargenomen gedragscontrole	1	2	3	4	5	Gem	SD
	zeer moeilijk	beetje moeilijk	niet moeilijk/ niet makke- lijk	beetje makke- lijk	zeer makke- lijk		
1. Begrijpen van de uitnodigingsbrief	8%	21%	12%	10%	48%	3.7	1.5
2. Maken van een telefonische afspraak met een huisarts voor een uitstrijkje	16%	16%	10%	9%	50%	3.6	1.6
3. Onthouden om de huisarts te bellen voor een afspraak om een uitstrijkje te laten maken	13%	16%	11%	9%	51%	3.7	1.5
4. Naar de huisartsenpraktijk toe komen	6%	9%	10%	13%	61%	4.1	1.3
5. Tijd vrijmaken voor het bevolkingsonderzoek	---	3%	9%	13%	75%	4.6	0.8
<i>Gemiddelde totaalscore</i>						3.9	1.0

Vrouwen ondervonden over het algemeen niet zo heel veel moeite met het uitvoeren van de gedragingen die ten grondslag lagen aan deelname aan het bevolkingsonderzoek. Echter met een aantal van de individuele gedragingen had een deel van de vrouwen wel moeite. Het moeilijkst

vonden vrouwen het begrijpen van de uitnodigingsbrief (29% vond dit moeilijk), het maken van een telefonische afspraak met de huisarts (32% vond dit moeilijk) en het onthouden van het bellen van de huisarts om een afspraak te maken voor het uitstrijkje (29% vond dit moeilijk).

5.4.6 Gedragsintentie

De precieze frequenties en scores op de gedragsintentie zijn af te lezen in tabel 16.

Tabel 16: frequenties en scores op gedragsintentie ($174 \leq n \leq 175$)

Gedragsintentie	1 beslist niet	2 waar- schijn- lijk niet	3 weet ik niet	4 waar- schijn- lijk wel	5 beslist wel	Gem	SD
1. Eerstvolgende keer	7%	1%	3%	19%	70%	3.7	1.5
2. Alle volgende keren	5%	1%	3%	19%	72%	3.6	1.6

De intentie van de vrouwen om een volgende keer of alle volgende keren deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek is zeer positief.

5.5 Gedrag

Er waren 114 wel-deelnemers (62%) en 58 niet-deelnemers (32%) als het gaat om deelname aan het afgelopen bevolkingsonderzoek. Van 11 respondenten (6%) was niet bekend of zij de afgelopen keer hebben deelgenomen. Opmerkelijk is dat van de niet-deelnemers 37 respondenten nooit een uitnodiging hebben ontvangen voor het bevolkingsonderzoek. Dit is 64% van de niet-deelnemers.

5.6 Wel-deelnemers en niet-deelnemers vergeleken

De wel- en niet-deelnemers van het afgelopen bevolkingsonderzoek verschilden niet van elkaar wat betreft achtergrondvariabelen.

Hieronder in tabel 17 is een vergelijking te vinden tussen wel- en niet-deelnemers op de factoren kennis, attitude, beliefs, morele plicht, normatieve verwachting, subjectieve norm, communicatie met de omgeving en waargenomen gedragscontrole. Er is bij de vergelijking tussen wel- en niet-deelnemers zowel gekeken naar werkelijk gedrag (deelname afgelopen keer) en naar de gedragsintentie (intentie om de eerstvolgende keer deel te nemen). Daarbij zijn de respondenten die 'waarschijnlijk wel' en 'zeker wel' scoorden op gedragsintentie gerekend tot de wel-deelnemers; de respondenten die 'beslist niet', 'waarschijnlijk niet' en 'weet ik niet' scoorden op gedragsintentie zijn gerekend tot de niet-deelnemers.

Tabel 17: Verschillen tussen wel- en niet-deelnemers

Constructen	Gedrag					Gedragsintentie				
	Wel-deeln.		Niet-deeln.			Wel-deeln.		Niet-deeln.		
	103 ≤ n ≤ 114		50 ≤ n ≤ 58			139 ≤ n ≤ 155		17 ≤ n ≤ 20		
	Gem	SD	Gem	SD		Gem	SD	Gem	SD	
Kennis (0/8)	2.9	1.4	2.4	1.5	*	2.8	1.5	2.7	1.0	n.s.
Attitude (1/5)	4.9	0.4	4.9	0.7	n.s.	5.0	0.3	4.5	0.9	*
Totaal beliefs (1/5)	4.0	0.7	3.8	0.9	n.s.	4.0	0.7	3.6	0.8	n.s.
Emotie-beliefs (1/5)	3.4	1.0	3.3	1.2	n.s.	3.4	1.0	3.0	1.1	n.s.
Fatalisme-beliefs (1/5)	4.4	0.9	4.2	1.2	n.s.	4.4	1.0	4.0	1.1	n.s.
Morele plicht (1/5)	4.8	0.1	4.3	0.2	*	4.7	0.1	4.1	0.3	n.s.
Norm. verwachting (-1/+1)	0.7	0.3	0.6	0.4	n.s.	0.6	0.3	0.6	0.3	n.s.
Subjectieve norm (-4/+4)	1.2	0.9	1.0	1.0	n.s.	1.1	1.0	1.1	0.9	n.s.
Comm. omgeving (0/5)	2.1	1.1	1.7	1.1	n.s.	2.0	1.1	1.8	1.3	n.s.
W.gedragscontrole (1/5)	4.0	0.9	3.8	1.1	n.s.	4.0	1.0	3.5	1.0	*

* p < 0.05

Opmerkelijk is, is dat er maar weinig significante verschillen zijn tussen wel- en niet-deelnemers. Er is te zien dat voor gedrag deelnemers en niet-deelnemers alleen op de constructen kennis en morele plicht significant van elkaar verschillen. Bij de gedragsintentie zijn er alleen op de attitude en waargenomen gedragscontrole significante verschillen.

Om na te gaan waar precies de verschillen in kennis zitten tussen wel- en niet-deelnemers, zijn de frequenties goed gescoorde antwoorden op de individuele kennisitems hieronder in tabel 18 opgesplitst voor wel- en niet-deelnemers. Ook is het verschilpercentage en de verschillscore berekend tussen wel- en niet-deelnemers.

Tabel 18: Frequenties juist beantwoorde kennisvragen en totaalscore op de kennisvragen voor wel-deelnemers (n=114) en niet-deelnemers (n=58)

Kennisvragen	Wel-deeln.	Niet-deeln.	Verschil
1. Iedere vrouw kan baarmoederhalskanker krijgen, ook al heeft zij geen klachten	80%	79%	1%
2. Baarmoederhalskanker is eigenlijk altijd goed te genezen	9%	3%	6%
3. Als baarmoederhalskanker in een vroeg stadium wordt opgespoord, is het voor vrijwel 100% te genezen	60%	50%	10%
4. Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich meestal snel	8%	7%	1%
5. Baarmoederhalskanker komt niet meer voor na de overgang	31%	22%	9%
6. Het uitstrijkje kan altijd door een vrouwelijke arts of een doktersassistente worden uitgevoerd	47%	36%	11%
7. Als je in de ooproepperiode zwanger bent, hoef je het uitstrijkje niet op een later tijdstip in te halen	42%	34%	8%
8. Je bent verplicht om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker	18%	10%	8%
Totaalscore (0/8)	2.9	2.4	0.5

Stellingen 1, 3 en 6 zijn waar; stellingen 2, 4, 5, 7 en 8 zijn niet waar.

Het grootste verschil tussen wel- en niet-deelnemers wat betreft kennis is te zien op de items 11, 3 en 5: 'Het uitstrijkje kan altijd door een vrouwelijke arts of een doktersassistente worden uitgevoerd', 'Baarmoederhalskanker komt niet voor na de overgang' en 'Als baarmoederhalskanker in een vroeg stadium wordt opgespoord, is het voor vrijwel 100% te genezen'. Ook zijn niet-deelnemers er een stuk minder van op de hoogte dan deelnemers dat je het uitstrijkje op een later moment moet inhalen als je in de ooproeperiode zwanger bent.

Om na te gaan waar precies de verschillen in waargenomen gedragscontrole zitten tussen wel- en niet-deelnemers, zijn de scores op de individuele items hieronder in tabel 19 opgesplitst voor wel- en niet-deelnemers. Ook is de verschillscore berekend tussen wel- en niet-deelnemers.

Tabel 19: Scores op vragen over waargenomen gedragscontrole voor wel-deelnemers (150 ≤ n ≤ 152) en niet-deelnemers (18 ≤ n ≤ 20)

Vragen waargenomen gedragscontrole	Wel-deeln.	Niet-deeln.	Ver-schil	
1. Begrijpen van de uitnodigingsbrief	3.8	2.8	1.0	**
2. Maken van een telefonische afspraak met een huisarts voor een uitstrijkje	3.7	3.1	0.6	n.s.
3. Onthouden om de huisarts te bellen voor een afspraak om een uitstrijkje te laten maken	3.8	3.1	0.7	n.s.
4. Naar de huisartsenpraktijk toe komen	4.2	3.9	0.3	n.s.
5. Tijd vrijmaken voor het bevolkingsonderzoek	4.6	4.6	0.0	n.s.
<i>Gemiddelde totaalscore</i>	<i>4.0</i>	<i>3.5</i>	<i>0.5</i>	<i>*</i>

* p < 0.05; ** p < 0.01

Te zien is dat deelnemers vooral van niet-deelnemers verschillen op het begrijpen van de uitnodigingsbrief. Niet-deelnemers scoren significant lager op het begrip van de uitnodigingsbrief dan wel-deelnemers.

5.7 Correlatie- en regressieanalyse

In tabel 20 zijn de correlaties voor de TPB-variabelen te vinden.

Tabel 20: Correlaties tussen de verschillende TPB-variabelen

	1	2	3	4	5	6	7	8
0 gedrag	.05	.02	.11	.06	.12	.14	.08	.09
1 Intentie		.24 **	.12	.10	.14	.08	.01	.21 **
2 Attitude			.18 *	.21 **	.10	.05	.04	.13
3 Totaal beliefs				.91 **	.68 **	.11	.02	.22 **
4 Emotie-beliefs					.40 **	.03	-.07	.27 **
5 Fatalisme-beliefs						.13	.01	.13
6 Normatieve verwachting							.60 **	.19 *
7 Subjectieve norm								.04
8 Waargenomen gedragscontrole								

* p < 0.05; ** p < 0.01

Uit de correlatietabel kan worden afgelezen dat alleen de attitude en de waargenomen gedragscontrole samenhang vertoonden met de gedragsintentie. Geen van de TPB-variabelen vertoonde samenhang met gedrag.

Er is vervolgens regressieanalyse uitgevoerd met de TPB-variabelen attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole. De variabelen hadden samen een verklaarde variantie van 10%.

5.8 Wijze van informeren

23% van de respondenten (n=172) heeft de uitnodigingsbrief niet gelezen. Belangrijkste redenen daarvoor waren (n = 39) niet (goed) Nederlands kunnen (49%) en de brief niet ontvangen hebben (44%). Niet-deelnemers hadden significant (<0.05) vaker de uitnodigingsbrief niet gelezen dan deelnemers: 31% tegenover 18%. Belangrijkste redenen voor het niet lezen van de brief zijn hieronder in tabel 21 voor wel- en niet-deelnemers weergegeven.

Tabel 21: Frequenties van redenen voor het niet lezen van de brief voor wel- en niet-deelnemers

Reden	Wel-	Niet-
	deelnemers (n = 21)	deelnemers (n = 16)
Kan niet (goed) Nederlands	62%	25%
Niet ontvangen	33%	63%
Anders	1%	2%

Opvallend is dat zo'n 21 niet-deelnemers zeggen de uitnodiging wel gelezen te hebben, terwijl eerder 37 respondenten behorend tot de niet-deelnemers groep aangaven nooit een uitnodiging ontvangen te hebben. De belangrijkste reden voor wel-deelnemers om een brief niet te lezen is een gebrekkige beheersing van het Nederlands en voor niet-deelnemers het niet ontvangen hebben van de brief.

29% van de respondenten (n = 165) heeft de folder niet gelezen. Er waren geen significante verschillen tussen wel- en niet-deelnemers. Hieronder in tabel 22 zijn de redenen voor het niet lezen van de folder weergegeven.

Tabel 22: Frequenties van redenen van het niet lezen van de folder

Reden	Totaal deelnemers (n = 48)	Wel- deelnemers (n = 28)	Niet- deelnemers (n = 19)
Kan niet (goed) Nederlands	38%	46%	21%
Niet ontvangen	46%	39%	58%
Inhoud folder bekend	10%	11%	11%
Anders	6%	4%	11%

De belangrijkste reden voor de totale groep voor het niet lezen van de folder is het niet ontvangen hebben van de folder. Dit was ook de belangrijkste reden voor niet-deelnemers. Voor deelnemers was echter de belangrijkste reden van het niet lezen een gebrekkige beheersing van het Nederlands.

De uitnodigingsbrief wordt altijd in het Nederlands gestuurd. In welke taal er een folder wordt meegestuurd hangt veelal af van de huisartsen. Die beslissen welke folder zij bij de uitnodigingsbrief voegen. Hieronder is in tabel 23 weergegeven in welke taal de respondenten de folder ontvangen hebben

Tabel 23: Taal waarin de folder ontvangen is en de voorkeurtaal van de brief en folder

Taal	Folder ontvangen (n = 168)	Voorkeur brief (n = 179)	Voorkeur folder (n = 179)
Nederlands	53%	15%	10%
Turks	30%	50%	55%
Nederlands + Turks	8%	35%	36%
Weet niet	8%	---	---

Te zien is dat de taal waarin de respondenten het liefst de brief of de uitnodiging zouden ontvangen niet overeenkomt met de situatie zoals die op dit moment is.

Op de vraag of de respondent als er bij haar in de buurt een voorlichtingsbijeenkomst zou worden georganiseerd over het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker deze zou bezoeken, antwoordt 96% (n = 178) van de respondenten 'ja'. 55% heeft thuis toegang tot internet en 22% gebruikt zelf internet. Er zijn geen verschillen tussen wel- en niet-deelnemers.

6 Conclusies, discussie en aanbevelingen

Baarmoederhalskanker is een ernstige ziekte, die relatief gezien meer voorkomt bij Turkse vrouwen dan bij Nederlandse vrouwen. Het bevolkingsonderzoek kan de gevolgen van baarmoederhalskanker verminderen. Alhoewel de opkomst in Twente relatief hoog is, neemt de groep Turkse vrouwen, die juist meer risico loopt om de ziekte baarmoederhalskanker te krijgen, in de regio Twente minder deel aan het bevolkingsonderzoek. Onderzocht is welke determinanten uit de Theorie van Gepland Gedrag een rol spelen bij de deelname van Turkse vrouwen in de regio Twente.

6.1 Opvattingen van Turkse vrouwen over het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

Zover bekend is dit is het eerste kwantitatieve onderzoek naar de opvattingen van Turkse vrouwen over het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Hieronder worden de conclusies over deze onderzochte opvattingen beschreven.

Turkse vrouwen hebben over het algemeen weinig kennis over baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek. Eén van de subdoelstellingen van het bevolkingsonderzoek is dat vrouwen die worden uitgenodigd voor dit bevolkingsonderzoek hier ook goed over geïnformeerd worden. Uit de kennistoets die is gedaan in dit onderzoek blijkt dat Turkse vrouwen niet goed geïnformeerd zijn.

Turkse vrouwen zijn over het algemeen zeer positief over deelname aan het bevolkingsonderzoek. Turkse vrouwen, ook niet-deelnemers, zien over het algemeen wel het nut in van preventie. Dit komt niet overeen met wat is gevonden in het onderzoek van Lale e.a. (2003) waarin het niet hebben van geen klachten als een belangrijke reden voor niet-deelname werd genoemd. Turkse vrouwen zijn minder positief als het gaat om de emoties die ze ervaren. Schaamte en angst spelen hierbij een grote rol.

De omgeving is zeer positief over deelname aan het bevolkingsonderzoek. De vrouwen trekken zich echter over het algemeen weinig aan van de mening van de personen uit de omgeving.

Turkse vrouwen hebben over het algemeen een hoge waargenomen gedragscontrole. Vrouwen ervaren echter wel wat barrières als het gaat om deelname aan het bevolkingsonderzoek. Het moeilijkst vonden vrouwen het begrijpen van de uitnodigingsbrief, het maken van een telefonische afspraak met de huisarts en het onthouden van het bellen van de huisarts om een afspraak te maken voor het uitstrijkje.

6.2 Met welke factoren kan opkomst het best voorspeld worden?

Naast dat er gekeken is naar de opvattingen van Turkse vrouwen over het bevolkingsonderzoek, is er ook gekeken op welke determinanten (niet-)deelnemers van elkaar verschillen. In dit onderzoek is op verschillende manieren naar gedrag gekeken, naar zelfgerapporteerde in het verleden en naar gedragsintentie. De onderzoeksvraag was: Welke gedragsdeterminanten uit het TPB-model spelen

een rol bij de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker bij vrouwen met een Turkse etniciteit in de regio Twente?

Hoewel er minder verschillen waren dan verwacht, bleken de belangrijkste verschillen tussen wel- en niet-deelneemsters te zitten op: de algemene attitude en de waargenomen gedragscontrole bij gedragsintentie en op kennis en moreel plichtsgevoel bij zelfgerapporteerde gedrag in het verleden. Het verschil op waargenomen gedragscontrole zat hem vooral in het verschil tussen de moeilijkheid van het begrijpen van de uitnodigingbrief: niet-deelnemers vonden dit moeilijker dan wel-deelnemers. Bij kennis was het grootste verschil tussen wel- en niet-deelnemers te zien op de kennisvragen die gingen over: 'Het uitstrijkje kan altijd door een vrouwelijke arts of een doktersassistente worden uitgevoerd', 'Baarmoederhalskanker komt niet voor na de overgang' en 'Als baarmoederhalskanker in een vroeg stadium wordt opgespoord, is het voor vrijwel 100% te genezen'.

6.3 Reflectie op het theoretisch model/ onderzoeksmethode

De vraag is nu hoe het kan dat er zo weinig verschillen zijn gevonden op deze TPB-variabelen tussen wel- en niet-deelnemers. Verschillende factoren zijn mogelijkverantwoordelijk voor de lage proportie van de verklaarde variantie van het TPB-model.

De meeste respondenten in het onderzoek hadden een positieve tot een zeer positieve intentie om het gedrag uit te voeren. Hierdoor is het moeilijk om significante verschillen te vinden tussen een kleine groep die de intentie niet heeft ($n = 20$) en een veel grotere groep die de intentie wel heeft ($n = 155$).

Als niet wordt gekeken naar intentie, maar naar daadwerkelijk gedrag was er op zich wel een redelijke verdeling van wel-deelnemers ($n = 114$) ten opzichte van niet-deelnemers ($n = 58$). Echter de vraag is hoe beredeneerd het gedrag is van een deel van de niet-deelnemers. Een groot deel van de niet-deelnemers heeft mogelijk hun beslissing om niet deel te nemen niet op een beredeneerde wijze genomen. Dit valt te concluderen uit het feit dat een groot deel van de niet-deelnemers (64%) aangaf nog nooit een uitnodiging te hebben ontvangen voor het bevolkingsonderzoek. De groep niet-deelnemers die wel een uitnodiging heeft ontvangen ($n = 21$) is te klein om een goede vergelijking te kunnen maken tussen deze 'beredeneerde' groep niet-deelnemers en de wel-deelnemers. Er kwamen in ieder geval geen significante verschillen uit voor alle constructen.

De TPB verwacht een positief verband tussen gedragsintentie en het gedrag. Er is in dit onderzoek geen significant verband gevonden tussen die twee variabelen. Wellicht wordt dit verband niet gevonden, omdat het gedrag niet op hetzelfde niveau van specificiteit gemeten wordt. Het tijdstip van deelname de laatste keer en de volgende keer dat iemand wordt uitgenodigd liggen immers vijf jaar uit elkaar. De TPB stelt dat er sprake is van een betere voorspelling wanneer het tijdstip van het vaststellen van de determinanten niet te ver afligt van het gedrag dat men wil voorspellen.

Wellicht zijn andere factoren die in dit onderzoek niet zijn meegenomen van invloed op deelname. Er is echter uitgebreid vooronderzoek gedaan om alle mogelijke factoren die samenhangen met deelname te achterhalen. Daarom lijkt dit niet heel erg waarschijnlijk.

6.4 Aanbevelingen

Er is verschil gevonden op de waargenomen gedragscontrole. Het blijkt vooral dat dit ligt aan het niet begrijpen van de uitnodigingsbrief. Het is daarom goed om enkele Turkse zinnen in de uitnodigingsbrief te zetten en als de vrouw niet reageert te laten nabellen door de doktersassistent of als de patiënt gebrekkig Nederlands spreekt te laten nabellen door een Turkse VETC'er.

Het kennisniveau is laag. Het is wenselijk dat dit omhoog wordt gebracht. Niet alleen omdat hier ook een verschil is gevonden tussen wel- en niet-deelnemers, maar ook omdat dit over het algemeen gezien laag is. Een voorlichtingsbijeenkomst in eigen taal lijkt wel een goede mogelijkheid om deze kennis te vergroten, ook omdat het overgrote deel van de vrouwen willend is om naar een voorlichtingsbijeenkomst toe te gaan. Een brief sturen lijkt niet de beste methode om vrouwen voor zo'n bijeenkomst uit te nodigen, als gekeken wordt naar op welke manier de uitnodigingsbrief gelezen wordt (bijna een kwart leest die niet). Het zou beter zijn om deze vrouwen mondeling en indien nodig in eigen taal te proberen te bereiken voor zo'n voorlichtingsbijeenkomst. Ook het altijd opsturen van Turks informatiemateriaal naast het Nederlands informatiemateriaal lijkt een pre, omdat er een slechte beheersing is van de Nederlandse taal. Ook is het belangrijk om duidelijk te vermelden dat het uitstrijkje altijd door een vrouw kan worden uitgevoerd.

Er zijn weliswaar ook verschillen gevonden op morele plicht en algemene attitude. Echter zowel deelnemers als niet-deelnemers scoren allebei vrij hoog op deze variabelen. Het lijkt daarom moeilijker om het morele plichtgevoel en de algemene attitude nog meer te verhogen. Vandaar dat alleen wordt aanbevolen om het kennisniveau van de vrouwen te verhogen en het makkelijker te maken voor de vrouwen om deel te nemen.

Literatuur

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: The Dorsey Press.

Ajzen, I (1991). Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Ajzen (2002). Constructing a TpB-model. Opgehaald, 3 januari, 2005, van <http://www.unix.oit.umass.edu/~aizen/>

Ajzen (2002). TpB-model. Opgehaald, 3 januari, 2005, van <http://www.unix.oit.umass.edu/~aizen/>

American Cancer Society (2004). *What Are the Risk Factors for Cervical Cancer?*. Opgehaald, 3 januari, 2005, van <http://www.cancer.org>

Ballegooijen, M. van, Boer, R., Oortmarssen, G.J. van, Koopmanschap, M.A., Lubbe, J.T.N., Habbema, J.D.F. (1993). *Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker: leeftijdsgrenzen en intervallen*. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg.

Bandura (1997). Self-efficacy. *Harvard mental health letter* 13(9), 4-6.

Bish, A., Sutton, S, & Golombok, S. (2000). *Psychology and Health*, 15(1), 35-50.

Bogt, N.C.W. ter (2005). *Opkomst Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Twente 2001-2002*. Enschede: GGD Regio Twente.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2005). *Overledenen per primaire doodsoorzaak*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.

College voor Zorgverzekeringen (2002-2005). *Risicofactoren*. Opgehaald, 3 januari, 2005, van <http://www.preventie.cvz.nl>

Erasmus Medisch Centrum/ Universitair Medisch Centrum Rotterdam (2001). *De praktijk van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in Nederland in 2001*. Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum/ Universitair Medisch Centrum Rotterdam.

Evans (1991). The problem of analyzing multiplicative composites. *American Psychologist*, 46(1), 6-15.

Ferenczy, A. & Franco, E. (2002). Persistent human papillomavirus infection and cervical neoplasia. *The Lancet Oncology*, 3(1), 11-16.

Fishbein, M., & Ajzen (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Godin, G., & Kok, G. (1996). The Theory of Planned Behavior: A Review of Its Applications to Health-related Behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 87-98.

Jonge, A. de, & Roorda, J. (1993). *Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Evaluatie van de eerste ronde in Twente: het vragenlijstonderzoek*. Enschede: GGD Twente.

Laara, E., Day, N.E., Hakama, M. (1987). Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *The Lancet*, 329(8544), 1247-1249.

Lale, N. Öry, F., Detmar, S. (2003). Factoren die geassocieerd zijn met het niet deelnemen van Turkse vrouwen aan screening op baarmoederhalskanker. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 81(4), 184-188.

Lechner, L.M.P.H., Vries, H.Ph.D. de, & Offermans, N.M.P.H. (2002). Participation in a Breast Cancer Screening Program: Influence of Past Behavior and Determinants on Future Screening Participation. *Preventive Medicine*, 26(4), 473-482.

Nederlandse Kankerbestrijding/ Koningin Wilhelmina Fonds (2003). *Baarmoederhalskanker* [brochure]. Amsterdam: Nederlandse Kankerbestrijding/ Koningin Wilhelmina Fonds.

Pacemaker (2004). *Knelpunten en kansen om de opkomst van allochtone vrouwen voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker te verhogen*. Amsterdam: Pacemaker.

Palm, B.T.H.M., Kant, A.C., Bosch, W.J.H.M. van den, Vooijs, G.P., & Weel, C. van (1993). Preliminary results of a general practice based call system for cervical cancer screening in the Netherlands. *The British Journal of General Practice*, 43(377), 503-506.

Poel, M.B.P. van der (1993). *Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: een onderzoek naar de motieven van vrouwen om al of niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker "nieuwe stijl" in Rotterdam en omstreken*. Rotterdam: GGD Rotterdam en omstreken.

RIVM (2002). *Baarmoederhalskankerpreventie*. Opgehaald op 3 januari, 2005, van <http://www.rivm.nl/vtv/kompas/preventie/prevziekte/prevnieuwvorm/prevbaarmoederhalskanker>

Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Regio West (2002). *Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Regio West: Jaarverslag 2002*. Leiden: Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Regio West.

Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Twente (2004). *Jaarverslag 2003: Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Twente*. Hengelo: Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Twente.

Swanborn, P.G. (1996). De Fishbein/Ajzen-theorie in kritiek. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 51(1), 35-46.

Verhoeven, A. (1994). *Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: deelname van Turkse en Marokkaanse vrouwen*. Leiden: Wetenschapswinkel Rijksuniversiteit Leiden.

Visser, O., Busquet, E.H., Leeuwen, F.E. van, Aaronson, N.K., & Ory, F.G. (2003). Incidentie van baarmoederhalskanker naar geboorteland bij vrouwen in Noord-Holland in 1988-1998. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 147(2) (2003), 70-73.

Bijlage 1: Interviewschema van onderzoek onder Turkse VETC'ers

Introductie:

Ik wil beginnen om nog een keer het doel van het interview uit te leggen. Voor mijn afstuderen van de studie Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente ben ik in opdracht van de GGD Regio Twente een onderzoek aan het uitvoeren. Dit onderzoek gaat over de deelname van Turkse vrouwen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

Omdat u als VETC'er goede kennis hebt van de doelgroep Turkse vrouwen, heb ik u gevraagd mee te werken aan dit interview.

Door middel van dit interview wil ik proberen te achterhalen welke factoren mogelijk mee kunnen spelen bij het wel of niet deelnemen van Turkse vrouwen aan het bevolkingsonderzoek en ook hoe het mogelijk is de deelname van Turkse vrouwen aan het bevolkingsonderzoek te vergroten. Hierover ga ik u straks vragen stellen.

Voor alle duidelijkheid: ik ga straks alle antwoorden van u opschrijven. De antwoorden die u geeft zullen anoniem verwerkt worden. Het is dus achteraf voor anderen niet te achterhalen welke antwoorden van u afkomstig zijn.

Ook zal ik het gesprek opnemen op de bandrecorder, zodat ik na afloop van dit gesprek nog even kan nalopen of ik alles wat u gezegd heb wel goed heb opgeschreven. Daarna wordt het bandje gewist.

Nou, tot slot nog dit: ik heb hier de vragenlijst waarop alle vragen staan die ik u ga stellen. U hoeft dus niets anders te doen dan daarop zo goed, accuraat en volledig mogelijk te antwoorden. Alles bij elkaar zullen we zo'n half uur nodig hebben.

Vragen:

Algemene gegevens:

1. Wat is uw leeftijd?
2. Heeft u uw hele leven in NL gewoond?
 ja nee → hoe lang al in NL? jaar
3. Welke opleiding heeft u gedaan? Welke opleiding heeft u gedaan om VETC'er te worden?
4. Hoeveel jaar werkt u al als VETC'er?
5. Zou u in het kort iets kunnen vertellen over uw werk als VETC'er bij? Wat zijn zoal uw dagelijkse taken en activiteiten?
6. Hoeveel uur in de week werkt u?
7. Praat u tijdens uw werk wel eens met vrouwen over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker? Op welke manier?

Attitude en eigeneffectiviteit:

8. Als u reacties om u heen hoort over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, wat vinden Turkse vrouwen dan van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker? Wat is hun mening over het onderzoek?

Een meerderheid van de Turkse vrouwen in de regio Twente (zo'n 60%) doet mee aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

9. Wat zijn naar uw idee redenen voor een Turkse vrouw om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek? Welke redenen hebben zij genoemd om wel deel te nemen?

Het blijkt dat Turkse vrouwen over het algemeen minder deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in vergelijking met Nederlandse vrouwen. (60% [T] om 69% [NL] in Enschede)

10. Kunt u redenen bedenken waarom een Turkse vrouw niet naar het bevolkingsonderzoek toekomt? Hebt u van vrouwen om u heen gehoord dat ze niet deelnemen? Welke redenen hebben zij genoemd voor niet-deelname?

Sociale norm:

Ik ben ook geïnteresseerd om iets meer te weten te komen over de sociale omgeving van de Turkse vrouw.

11. Een Turkse vrouw praat vast wel eens met andere mensen of zij beter wel of beter niet kan meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Met welke personen denkt u dat een Turkse vrouw hier zoal over praat?
12. Welke personen zijn voor een Turkse vrouw belangrijk bij het nemen van de beslissing om wel of niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek? Op welke manier zijn zij van invloed op de beslissing om wel of niet mee te doen?
13. Zijn er bepaalde plekken waar Turkse vrouwen elkaar regelmatig ontmoeten? (buiten huis)
Welke?

Bereik Turkse vrouwen

14. Stel we willen de deelname van Turkse vrouwen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker vergroten. Wat zouden we moeten doen om dit te bereiken?

Alle vrouwen die worden opgeroepen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker krijgen een uitnodigingsbrief en een informatiefolder over het bevolkingsonderzoek.

15. Is dit naar uw idee over het algemeen voldoende informatie voor een Turkse vrouw. Waarom wel/niet?
16. Werkt een schriftelijke manier van uitnodigen, zoals de uitnodigingsbrief goed bij Turkse vrouwen of denkt dat een andere manier van uitnodigen beter werkt bij Turkse vrouwen? Welke manier?
17. U hebt die en die redenen genoemd waarom Turkse vrouwen niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek... Hoe kunnen deze redenen veranderd worden...? → Bijv. als iemand "schaamte" noemt... Hoe kan ervoor gezorgd worden dat vrouwen zich minder schamen voor het onderzoek? Wat zou hiervoor veranderd moeten worden? (zie voor genoemde redenen de antwoorden die zijn gegeven op vraag 10)
18. Wanneer ik een Turkse vrouw in de leeftijd van 30-60 jaar wil benaderen, hoe doe ik dat? Waar kan ik haar vinden?

Bijlage 2: Resultaten van interviews onder Turkse VETC'ers

Tabel 24: Frequentietabel van redenen van Turkse vrouwen om niet deel te nemen (n=10)

Genoemde redenen	n	%
<i>Attitude</i>		
Angst voor het laten maken van het uitstrijkje	1	10%
Het niet hebben van klachten	3	30%
Schaamte (mannelijke uitstrijker)	10	100%
Geloof: je niet laten onderzoeken als het niet echt nodig is	2	20%
Fatalisme: je bent voorbestemd voor wat er met je gebeurt	2	20%
Ze vinden het niet belangrijk	1	10%
Bang voor pijn	3	30%
Angst voor een negatieve uitslag	4	40%
<i>Subjectieve norm</i>		
Man overlegt de brief niet met de analfabete/ niet-Nederlands sprekende vrouw	1	10%
Man heeft er moeite mee als vrouw zo'n intiem onderzoek moet ondergaan	2	20%
Taboe (om met mannen) over vrouwenklachten te praten	2	20%
<i>Waargenomen gedragscontrole</i>		
Taalbarrière	6	60%
Het niet begrijpen van de uitnodiging	6	60%
Moeilijk vinden een afspraak met de huisarts te maken	1	10%
Analfabetisme	4	40%
Het niet kunnen lezen van de uitnodiging	4	40%
Het vergeten van de afspraak	2	20%
Afhankelijk van man/ kinderen voor vervoer naar huisarts	1	10%
<i>Overig</i>		
Onwetendheid (o.a. geen kennis hebben over het nut van het onderzoek)	6	60%

Tabel 25: Frequentietabel van redenen van Turkse vrouwen om wel deel te nemen (n=10)

Genoemde redenen	n	%
Angst voor het krijgen van kanker	2	20%
Kanker willen tegengaan (vroeger opsporing helpt)	6	60%
Omdat de huisarts een uitnodiging stuurt	1	10%
Bang bij eventuele niet-deelname de volgende keer niet meer serieus te worden genomen door huisarts	1	10%
Alles wat onderzocht wordt is goed	1	10%
Positieve sociale invloed van vrouwen met kennis	2	20%
Het belangrijk vinden	2	20%
Persoonlijk aangesproken voelen door uitnodiging	1	10%
Vinden het goed	1	10%
Geruststelling bij een goede uitslag	1	10%
Voelen zich verplicht deel te nemen	1	10%

Tabel 26: Frequentietabel van genoemde manieren om de deelname bij Turkse vrouwen te vergroten (n=10)

Manieren om deelname te vergroten	n	%
Voorlichting (informatie + bewust maken van belang deelname)	10	100%
Voorlichting over mogelijkheid laten uitstrijken door vrouw	2	20%
Voorlichting door vrouw die zelf baarmoederhalskanker heeft gehad	1	10%
Voorlichting over dat je ook zelf naar huisarts kan als het misgaat met de administratie (als vrouw geen uitnodiging heeft gekregen)	1	10%
Vrouwelijke uitstrijkers	6	60%
Foldermateriaal ook in eigen taal	7	70%
Videoband laten zien naast voorlichting	2	20%
Uitnodiging ook in eigen taal	5	50%
Belang deelname en evt. negatieve gevolgen bij niet-deelname in brief benadrukken	1	10%
Telefoonnummer Turks sprekende voorlichtster	1	10%
Nabellen bij niet-deelname	4	40%
Discussieochtend waarop wel- en niet-deelnemers elkaar ontmoeten	1	10%
Wel-deelnemers andere vrouwen laten stimuleren	1	10%
Aandacht aan het onderwerp besteden als patiënt bij huisarts komt	2	20%
Telefonisch benaderen voor bevolkingsonderzoek als huisarts weet dat vrouw geen Nederlands kan	1	10%
Tv en radio (evt. Turkse zender)	2	20%
Krant	2	20%
Sleutelfiguur in wijk traceren (die kan vrouwen stimuleren tot deelname)	1	10%
Al datum en tijdstip in uitnodiging voor bevolkingsonderzoek vermelden	2	20%
Verplicht stellen om een uitstrijkje te laten maken	1	10%

Tabel 27: Frequentietabel ontmoetingsplekken Turkse vrouwen (n=10)

Ontmoetingsplekken	n	%
<i>Ontmoetingsplekken in de huiselijke sfeer</i>		
Bij elkaar thuis	8	80 %
Feesten (zoals bruiloften)	1	10 %
<i>Ontmoetingsplekken in de niet-huiselijke sfeer</i>		
Moskee	7	70 %
Koranles	1	10 %
Buurthuis/ welzijnsorganisatie/ ROC	10	100 %
Groepsvoorlichting	3	30 %
Koffiethemaochtend	6	60 %
Kruipgroep moeders	1	10 %
Taalles	5	50 %
Schrijven-/ lezenles	1	10 %
Fietsles	1	10 %
Naailes	2	20 %
Sportles/ bewegingsles	1	10 %
Projecten (zoals 'Opstap', een project voor jonge moeders)	1	10 %
Turkse/ internationale (vrouwen)vereniging	5	50 %
Maandelijkse vrouwendag (in Enschede)	1	10 %
Maandelijks feest voor Turkse vrouwen (in Waarbeek/ Enschede)	1	10 %
School(plein)	1	10 %
Peuterspeelzaal	1	10 %
Speeltuin	1	10 %

Bijlage 3: Nederlandse versie vragenlijst gedragsdeterminantenonderzoek

Vragenlijst “Het uitstrijkje in het kader van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker”

Deze vragenlijst is bedoeld voor vrouwen in de leeftijd van 30-60 jaar

– Bu soru listesinin Türkçe çevirisi de mevcuttur! Hollandaca soru listesinin yerine Türkçe soru listesini doldurmayı tercih ederseniz, bunu grup başkanına bildirmenizi rica ederiz. –

Instructie

Leest u eerst het onderstaande voordat u begint met het invullen van de vragenlijst.

Doel van de vragenlijst

Deze vragenlijst maakt deel uit van een onderzoek naar de deelname van vrouwen (30-60 jaar) aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de Universiteit Twente en de GGD Regio Twente.

Hoe moet u de vragenlijst invullen?

De meeste vragen gaan over uw mening of ervaring. Het is de bedoeling dat u het antwoord aankruist dat het meest met uw mening overeenkomt (zie voorbeeld 1 op pagina 2). Bij alle vragen is er maar één antwoord mogelijk. Als u per ongeluk een verkeerd antwoord hebt aangekruist, dan kunt u het beste het goede antwoord alsnog aankruisen en hier een pijltje (→) voor zetten (zie voorbeeld 2 op pagina 2). Soms moet u zowel iets aankruisen als iets invullen (zie voorbeeld 3 op pagina 2).

Werkwijze

De vragenlijst zal anoniem en vertrouwelijk behandeld worden. Er kan dus achteraf niet achterhaald worden wie welke vragenlijst heeft ingevuld. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 20-30 minuten.

Tot slot:

- Vult u de vragenlijst individueel in; dus zonder overleg met andere personen.
- Vult u de vragenlijst op uw gemak in.
- Vult u de vragenlijst naar waarheid in.
- In de meeste gevallen gaat het om uw mening, dit betekent dat er eigenlijk geen goede of foute antwoorden bestaan.
- Lees de vragen zorgvuldig en sla alstublieft geen vragen over. Vergeet u ook niet de vragen op de achterkant van het blad.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking!!!

Voorbeeld 1:

Als u het invullen van een vragenlijst makkelijk vindt, dan plaatst u een kruisje bij het antwoord 'makkelijk'. Als volgt:

Het invullen van een vragenlijst vind ik:

- Makkelijk
- Niet makkelijk, niet moeilijk
- Moeilijk

Voorbeeld 2:

Hebt u per ongeluk het verkeerde antwoord aangekruist (u hebt 'moeilijk' aangekruist in plaats van 'makkelijk'), dan kunt u het beste het goede antwoord alsnog aankruisen en hier een pijltje (→) voor zetten. Als volgt:

Het invullen van een vragenlijst vind ik:

- Makkelijk
- Niet makkelijk, niet moeilijk
- Moeilijk

Voorbeeld 3:

Hebt u een witte trui aan, dan beantwoordt u de vraag als volgt:

Welke kleur trui hebt u aan?

- Blauw
- Rood
- Anders, namelijk..... *wit*.....

ACHTERGRONDVRAGEN

1. In welk jaar bent u geboren?

In het jaar 19.....

Bent u niet geboren tussen 1943-1975? Dan hoeft u de vragenlijst niet verder in te vullen. Wilt u wel de vragenlijst teruggeven aan de groepsleider of terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolpette?

Bent u wél geboren tussen 1943-1975? Gaat u dan door met het invullen van de vragenlijst.

2. Wat is uw geboorteland?

- Nederland
- Turkije
- Anders,
namelijk.....

3. Hoe lang woont u al in Nederland?

- Mijn hele leven
- Niet mijn hele leven, namelijk in totaal jaar

4. Wat is het geboorteland van uw vader?

- Nederland
- Turkije
- Anders,
namelijk.....

5. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- Nederland
- Turkije
- Anders,
namelijk.....

6. Wat is uw burgerlijke staat?

- Alleenstaand/ ongehuwd
- Samenwonend/ gehuwd
- Gescheiden
- Weduwe

7. Wat is uw hoogst voltooide schoolopleiding?

- Geen opleiding
(lager onderwijs niet afgemaakt)
- Lager onderwijs
(basisonderwijs)
- Lager middelbaar onderwijs
(zoals 3 jaar algemene middelbare school in Turkije of zoals LBO, LTS, LEAO, LHNO, VMBO, MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t in Nederland)
- Hoger middelbaar onderwijs/ middelbaar beroepsonderwijs
(zoals het algemeen of beroepsgericht voortgezet onderwijs in Turkije of zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS, HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS in Nederland)
- Hoger beroepsonderwijs/ wetenschappelijk onderwijs
(zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs, universiteit)
- Anders,
namelijk.....

8. In welke mate beheerst u de Nederlandse taal?

- Onvoldoende
- Matig
- Voldoende
- Ruim voldoende
- Goed

9. Als ik een Nederlandse brief ontvang, dan begrijp ik...

- niets uit de brief
- een klein gedeelte van de brief
- ongeveer de helft van de brief
- een groot gedeelte van de brief
- alles uit de brief

10. Als ik een Nederlandse brief ontvang, dan lees ik hem...

- zelfstandig/ alleen
- met hulp
- niet

11. Hebt u een vaste huisarts?

- Ja (→ ga door met vraag 12)
- Nee (→ sla vraag 12 over en ga door met vraag 13)

12. Is uw huisarts een man of een vrouw?

- Een man
- Een vrouw

**ALGEMENE VRAGEN OVER HET UITSTRIJKJE VOOR HET
BEVOLKINGSONDERZOEK NAAR BAARMOEDERHALSKANKER**

13. Hebt u wel eens gehoord van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker voordat u deze vragenlijst ging invullen?

- Ja
- Nee

14. Is er bij u ooit baarmoederhalskanker geconstateerd?

- Ja
- Nee

15. Is uw baarmoeder verwijderd?

- Ja
- Nee

Is er bij u ooit baarmoederhalskanker geconstateerd en/ of is uw baarmoeder verwijderd, dan hoeft u de vragenlijst niet verder in te vullen. Wilt u wel de vragenlijst teruggeven aan de groepsleider of terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolpette?

16. Hebt u ooit een uitnodiging gekregen om een uitstrijkje te laten maken voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

- Ja (→ ga door met vraag 17)
- Nee (→ sla vraag 17 t/m 20 over en ga door met vraag 21)

17. Hebt u de laatste keer dat u bent uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker een uitstrijkje laten maken?

- Ja
- Nee

18. Wanneer hebt u voor het laatst een uitstrijkje laten maken voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

Jaartal:

19. Hebt u álle keren die u bent uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker een uitstrijkje laten maken?

- Ja
- Nee

20. Hoe vaak hebt u al een uitstrijkje laten maken voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

..... keer

21. Bent u van plan om, de eerstvolgende keer dat u wordt uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, een uitstrijkje te laten maken?

- Beslist niet
- Waarschijnlijk niet
- Weet ik niet
- Waarschijnlijk wel
- Beslist wel

22. Het bevolkingsonderzoek wordt om de vijf jaar gehouden. Bent u van plan om iedere keer dat u wordt uitgenodigd deel te nemen?

- Beslist niet
- Waarschijnlijk niet
- Weet ik niet
- Waarschijnlijk wel
- Beslist wel

UW MENING OVER DEELNEMEN AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK NAAR BAARMOEDERHALSKANKER

Hieronder volgen enkele uitspraken over het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Als u nog nooit eerder hebt meegedaan aan het onderzoek, probeert u dan toch aan te geven hoe u denkt dat het zit. Uw mening is belangrijk voor de uitkomst van dit onderzoek.

23. Ik vind het meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker:

- Zeer zinloos
- Beetje zinloos
- Niet zinloos, niet zinvol
- Beetje zinvol
- Zeer zinvol

24. Ik vind het meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker:

- Zeer onbelangrijk
- Beetje onbelangrijk
- Niet onbelangrijk, niet belangrijk
- Beetje belangrijk
- Zeer belangrijk

25. Ik vind het meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker:

- Zeer slecht
- Beetje slecht
- Niet slecht, niet goed
- Beetje goed
- Zeer goed

Hieronder volgen enkele uitspraken over het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. De bedoeling is dat u bij iedere uitspraak aangeeft in hoeverre u het eens of oneens bent. Er zijn geen goede of foute antwoorden mogelijk. Het gaat steeds om wat u vindt of denkt. Het gaat dus om úw mening. Uw mening is belangrijk voor de uitkomst van dit onderzoek.

Als u nog nooit eerder hebt meegedaan aan het onderzoek, probeert u dan toch aan te geven hoe u denkt dat het zit.

26. Het laten maken van een uitstrijkje kost naar mijn idee veel tijd.

- Zeer oneens
- Beetje oneens
- Niet oneens, niet eens
- Beetje eens
- Zeer eens

27. Het laten maken van een uitstrijkje lijkt mij pijnlijk.

- Zeer oneens
- Beetje oneens
- Niet oneens, niet eens
- Beetje eens
- Zeer eens

28. Het laten maken van een uitstrijkje maakt mij angstig.

- Zeer oneens
- Beetje oneens
- Niet oneens, niet eens
- Beetje eens
- Zeer eens

29. Ik schaam mij als een mannelijke dokter bij mij een uitstrijkje maakt.

- Zeer oneens
- Beetje oneens
- Niet oneens, niet eens
- Beetje eens
- Zeer eens

30. Ik schaam mij als een vrouwelijke dokter of doktersassistente bij mij een uitstrijkje maakt.

- Zeer oneens
- Beetje oneens
- Niet oneens, niet eens
- Beetje eens
- Zeer eens

31. Ik vind het niet nodig om een uitstrijkje te laten maken als ik geen klachten heb.

- Zeer oneens
- Beetje oneens
- Niet oneens, niet eens
- Beetje eens
- Zeer eens

32. Ik ben bang voor de uitslag van het uitstrijkje.

- Zeer oneens
- Beetje oneens
- Niet oneens, niet eens
- Beetje eens
- Zeer eens

WAT IS UW MENING?

33. Ik mag van mijn geloof geen uitstrijkje laten maken.

- Zeer oneens
- Beetje oneens
- Niet oneens, niet eens
- Beetje eens
- Zeer eens

34. Als je baarmoederhalskanker krijgt, is dat Gods wil en moet je daar niks aan willen veranderen.

- Zeer oneens
- Beetje oneens
- Niet oneens, niet eens
- Beetje eens
- Zeer eens

35. Je moet baarmoederhalskanker niet willen tegengaan.

- Zeer oneens
- Beetje oneens
- Niet oneens, niet eens
- Beetje eens
- Zeer eens

36. Ik vind het mijn plicht om een uitstrijkje te laten maken als je daarvoor wordt opgeroepen.

- Zeer oneens
- Beetje oneens
- Niet oneens, niet eens
- Beetje eens
- Zeer eens

37. Een goede uitslag van het uitstrijkje geeft mij geruststelling.

- Zeer oneens
- Beetje oneens
- Niet oneens, niet eens
- Beetje eens
- Zeer eens

38. Ik kan mij goed laten behandelen tegen de (voorstadia van) baarmoederhalskanker als de uitslag van het uitstrijkje slecht blijkt te zijn.

- Zeer oneens
- Beetje oneens
- Niet oneens, niet eens
- Beetje eens
- Zeer eens

ZIJN DE ONDERSTAANDE UITSPRAKEN WAAR OF NIET WAAR?

Hieronder volgen enkele uitspraken over baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek. Deze uitspraken kunnen waar of niet waar zijn.

39. Iedere vrouw kan baarmoederhalskanker krijgen, ook al heeft zij geen klachten.

- Waar
- Weet ik niet
- Niet waar

40. Baarmoederhalskanker is eigenlijk altijd goed te genezen.

- Waar
- Weet ik niet
- Niet waar

41. Als baarmoederhalskanker in een vroeg stadium wordt opgespoord, is het voor vrijwel 100% te genezen.

- Waar
- Weet ik niet
- Niet waar

42. Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich meestal snel.

- Waar
- Weet ik niet
- Niet waar

43. Baarmoederhalskanker komt niet meer voor na de overgang.

- Waar
- Weet ik niet
- Niet waar

44. Het uitstrijkje kan altijd door een vrouwelijke arts of een doktersassistente worden uitgevoerd.

- Waar
- Weet ik niet
- Niet waar

45. Als je in de ooproepperiode zwanger bent, hoef je het uitstrijkje niet op een later tijdstip in te halen.

- Waar
- Weet ik niet
- Niet waar

46. Je bent verplicht om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

- Waar
- Weet ik niet
- Niet waar

SOCIALE OMGEVING

47. Hebt u ooit gepraat met *uw partner* over de uitnodiging die u hebt gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

- Ja
- Nee
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

48. Hebt u ooit gepraat met *uw moeder* over de uitnodiging die u hebt gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

- Ja
- Nee
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

49. Hebt u ooit gepraat met *uw schoonmoeder* over de uitnodiging die u hebt gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

- Ja
- Nee
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

50. Hebt u ooit gepraat met *uw kinderen* over de uitnodiging die u hebt gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

- Ja
- Nee
- Deze personen komen niet voor in mijn omgeving

51. Hebt u ooit gepraat met *uw vriendinnen* over de uitnodiging die u hebt gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

- Ja
- Nee
- Deze personen komen niet voor in mijn omgeving

52. Hebt u ooit gepraat met *de gezondheidsvoorlichtster* over de uitnodiging die u hebt gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

- Ja
- Nee
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

53. Hebt u ooit gepraat met *uw huisarts* over de uitnodiging die u hebt gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

- Ja
- Nee
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

VINDEN DE MENSEN IN UW OMGEVING DAT U MOET MEEDOEN AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK NAAR BAARMOEDERHALSKANKER?

54. Ik denk dat *mijn partner*:

- vindt dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- hier geen mening over heeft
- vindt dat ik níet moet meedoen het onderzoek
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

55. Ik denk dat *mijn moeder*:

- vindt dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- hier geen mening over heeft
- vindt dat ik níet moet meedoen het onderzoek
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

56. Ik denk dat *mijn schoonmoeder*:

- vindt dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- hier geen mening over heeft
- vindt dat ik níet moet meedoen het onderzoek
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

57. Ik denk dat *mijn kinderen*:

- vinden dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- hier geen mening over hebben
- vinden dat ik níet moet meedoen het onderzoek
- Deze personen komt niet voor in mijn omgeving

58. Ik denk dat *mijn vriendinnen*:

- vinden dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- hier geen mening over hebben
- vinden dat ik níet moet meedoen het onderzoek
- Deze personen komen niet voor in mijn omgeving

59. Ik denk dat *de gezondheidsvoorlichtster*:

- vindt dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- hier geen mening over heeft
- vindt dat ik níet moet meedoen het onderzoek
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

60. Ik denk dat *mijn huisarts*:

- vindt dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- hier geen mening over heeft
- vindt dat ik níet moet meedoen het onderzoek
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

61. Ik denk dat *mensen in mijn omgeving over het algemeen*:

- vinden dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- hier geen mening over hebben
- vinden dat ik níet moet meedoen het onderzoek

De volgende vragen gaan over hoeveel u zich aantrekt van de mening van de mensen in uw omgeving, als het gaat om het meedoen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

62. Hoeveel trekt u zich aan van de mening van *uw partner* bij de beslissing om wel of niet een uitstrijkje te laten maken voor het bevolkingsonderzoek?

- Niets
- Weinig
- Niet weinig, niet veel
- Veel
- Zeer veel
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

63. Hoeveel trekt u zich aan van de mening van *uw moeder* bij de beslissing om wel of niet een uitstrijkje te laten maken voor het bevolkingsonderzoek?

- Niets
- Weinig
- Niet weinig, niet veel
- Veel
- Zeer veel
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

64. Hoeveel trekt u zich aan van de mening van uw schoonmoeder bij de beslissing om wel of niet een uitstrijkje te laten maken voor het bevolkingsonderzoek?

- Niets
- Weinig
- Niet weinig, niet veel
- Veel
- Zeer veel
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

65. Hoeveel trekt u zich aan van de mening van uw kinderen bij de beslissing om wel of niet een uitstrijkje te laten maken voor het bevolkingsonderzoek?

- Niets
- Weinig
- Niet weinig, niet veel
- Veel
- Zeer veel
- Deze personen komen niet voor in mijn omgeving

66. Hoeveel trekt u zich aan van de mening van uw vriendinnen bij de beslissing om wel of niet een uitstrijkje te laten maken voor het bevolkingsonderzoek?

- Niets
- Weinig
- Niet weinig, niet veel
- Veel
- Zeer veel
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

67. Hoeveel trekt u zich aan van de mening van de gezondheidsvoorlichtster bij de beslissing om wel of niet een uitstrijkje te laten maken voor het bevolkingsonderzoek?

- Niets
- Weinig
- Niet weinig, niet veel
- Veel
- Zeer veel
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

68. Hoeveel trekt u zich aan van de mening van uw huisarts bij de beslissing om wel of niet een uitstrijkje te laten maken voor het bevolkingsonderzoek?

- Niets
- Weinig
- Niet weinig, niet veel
- Veel
- Zeer veel
- Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

69. Hoeveel trekt u zich over het algemeen aan van de mening van mensen in uw omgeving bij de beslissing om wel of niet een uitstrijkje te laten maken voor het bevolkingsonderzoek?

- Niets
- Weinig
- Niet weinig, niet veel
- Veel
- Zeer veel

HOE MOEILIK IS HET VOOR U OM MEE TE DOEN AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK?

De volgende vragen gaan over hoe moeilijk u het vindt of zou vinden om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

70. Het begrijpen van de uitnodigingsbrief is voor mij:

- zeer moeilijk
- beetje moeilijk
- niet moeilijk, niet makkelijk
- beetje makkelijk
- zeer makkelijk

71. Een telefonische afspraak maken met een huisarts voor een uitstrijkje is voor mij:

- zeer moeilijk
- beetje moeilijk
- niet moeilijk, niet makkelijk
- beetje makkelijk
- zeer makkelijk

72. Onthouden om de huisarts te bellen voor een afspraak om een uitstrijkje te laten maken is voor mij:

- zeer moeilijk
- beetje moeilijk
- niet moeilijk, niet makkelijk
- beetje makkelijk
- zeer makkelijk

73. Naar de huisartsenpraktijk toe komen is voor mij:

- zeer moeilijk
- beetje moeilijk
- niet moeilijk, niet makkelijk
- beetje makkelijk
- zeer makkelijk

74. Tijd vrijmaken voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is voor mij:

- zeer moeilijk
- beetje moeilijk
- niet moeilijk, niet makkelijk
- beetje makkelijk
- zeer makkelijk

VRAGEN OVER DE WIJZE VAN INFORMEREN

75. Hebt u de uitnodigingsbrief gelezen?

- Ja (→ sla vraag 76 over en ga door met vraag 77)
- Nee (→ ga door met vraag 76)

76. Waarom hebt u de uitnodigingsbrief niet gelezen?

- Ik kan geen/ niet voldoende Nederlands
- Anders,
namelijk.....

77. Hebt u de informatiefolder die bij de uitnodigingsbrief zit gelezen?

- Ja (→ sla vraag 78 over en ga door met vraag 79)
- Nee (→ ga door bij vraag 78)

78. Waarom hebt u de informatiefolder niet gelezen?

- Ik kan geen/ niet voldoende Nederlands
- De inhoud van de folder was voor mij bekend
- Anders,
namelijk.....

79. In welke taal hebt u de informatiefolder ontvangen?

- Nederlands
- Turks
- Meerdere talen, waaronder ook het Turks
- Weet ik niet

80. In welke taal zou u het liefst een uitnodigingsbrief ontvangen?

- Nederlands
- Turks
- In zowel het Nederlands als het Turks

81. In welke taal zou u het liefst de informatiefolder ontvangen?

- Nederlands
- Turks
- In zowel het Nederlands als het Turks

82. Wat zou u de prettigste manier vinden om te worden uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker?

- Per telefoon
- Per brief

83. Stel er wordt bij u in de buurt een voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd over het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Zou u naar deze voorlichtingsbijeenkomst komen?

- Ja
- Nee

84. Hebt u thuis toegang tot het internet?

- Ja
- Nee

85. Gebruikt u zelf wel eens het internet?

- Ja
- Nee

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!!!

Wilt u de vragenlijst wel teruggeven aan de groepsleider of terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolpette? Een postzegel is niet nodig.

Mocht u de enveloppe met het adres erop kwijt zijn... Wilt u de vragenlijst dan zelf in een enveloppe doen en opsturen naar het onderstaande adres? Dit is gratis; een postzegel is niet nodig.

**GGD Regio Twente
Afdeling O&O
Antwoordnummer 127
7500 VB ENSCHEDE**

Bijlage 4: Turkse versie vragenlijst gedragsdeterminanten- onderzoek

"Rahim ağzı kanseri sağlık taraması çerçevesindeki smear testi" soru listesi

Bu soru listesi, 30-60 yaşları arasındaki kadınlar için hazırlanmıştır

– *Er is ook een Nederlandse versie van deze vragenlijst! Wilt u liever geen Turkse vragenlijst invullen, maar wel een Nederlandse, meldt u dit dan bij de groepsleider.* –

Talimatlar

Soru listesini doldurmaya başlamadan önce, aşağıdaki bilgileri okuyun.

Soru listesinin amacı

Bu soru listesi, rahim ağzı kanseri sağlık taramasına (30-60 yaşları arasındaki) kadınların katılımı ile ilgili araştırmanın bir parçasıdır. Söz konusu araştırma, Twente Üniversitesi ve GGD Regio Twente tarafından gerçekleştirilmektedir.

Soru listesini nasıl doldurmanız gerekir?

Soruların çoğu sizin görüşünüz veya deneyiminiz ile ilgilidir. Sizin görüşünüze en çok uyan cevabı işaretlemeniz gerekir (sayfa ikideki örnek 1'e bakın). Bütün sorularda sadece tek bir cevap verme mümküniyeti var. Eğer kazaen yanlış bir cevabı işaretlediyseniz, yine de doğru cevabı işaretleyin ve doğru cevabın karesinin önüne bir ok işareti (→) koyun (sayfa ikideki örnek 2'ye bakın). Bazen, hem karenin içine çarpı koyarak işaretlemeniz, hem de açıklama yazmanız gerekir (sayfa ikideki örnek 3'e bakın).

Soru listesinin işleniş şekli

Soru listesi isim belirtilmeden ve gizlilikle ele alınacaktır. Yani, kimin hangi soru listesini doldurduğu sonradan anlaşılamayacaktır. Soru listesinin doldurulması yaklaşık 20-30 dakikanızı alır.

Son olarak:

- Soru listesini kendiniz doldurun; yani, başka kişiler ile fikir alışverişinde bulunmayın.
- Soru listesini sakin bir şekilde doldurun.
- Soru listesinde gerçekleri belirtin.
- Çoğu durumlarda sizin görüşünüz sorulur. Yani, aslında 'doğru' veya 'yanlış' cevap yoktur.
- Soruları dikkatlice okuyun ve lütfen hiç bir soruyu atlamayın. Arka sayfadaki soruları cevaplamayı da unutmayın.

İşbirliğiniz için şimdiden teşekkürler!!!

Örnek 1:

Eğer soru listesinin doldurulmasını kolay buluyorsanız, 'Kolay' cevabının yanına çarpı işareti koyun. Şu şekilde:

Soru listesinin doldurulmasını şöyle buluyorum:

- Kolay
- Ne kolay, ne de zor
- Zor

Örnek 2:

Eğer kazaen yanlış bir cevap işaretlediyseniz (örneğin 'Kolay' cevabı yerine 'Zor' cevabını işaretlediyseniz), yine de doğru cevabı işaretleyin ve doğru cevabın karesinin önüne bir ok işareti (→) koyun. Şu şekilde:

Soru listesinin doldurulmasını şöyle buluyorum:

- Kolay
- Ne kolay, ne de zor
- Zor

Örnek 3:

Eğer üstünüzdeki kazağın rengi beyaz ise, soruyu şu şekilde cevaplayın:

Kazağınızın rengi nedir?

- Mavi
- Kırmızı
- Başka,
yanibeyaz.....

ÖZGEÇMİŞİNİZ İLE İLGİLİ SORULAR

1. Hangi yıl doğdunuz?

19..... yılında

1943-1975 yılları arasında doğmadınız mı? Öyleyse, soru listesinin bundan sonraki kısmını doldurmanız gerekmez ve soru listesini doldurduktan sonra grup başkanına geri vermenizi veya ekteki cevap zarfına koyarak geri göndermenizi rica ederiz.

1943-1975 yılları arasında doğdunuz mu? Öyleyse, soru listesini doldurmaya devam edin.

2. Hangi ülkede doğdunuz?

- Hollanda
 Türkiye
 Başka,
yani.....

3. Ne zamandan beri Hollanda'da yaşıyorsunuz?

- Doğduğumdan beri
 Doğduğumdan beri değil; yani, toplam yıl Hollanda'da yaşadım

4. Babanız hangi ülkede doğdu?

- Hollanda
 Türkiye
 Başka,
yani

5. Anneniz hangi ülkede doğdu?

- Hollanda
 Türkiye
 Başka,
yani

6. Medeni haliniz nedir?

- Yalnız yaşıyor / bekar
 Birlikte yaşıyor / evli
 Ayrılmış
 Dul

7. Bitirdiğiniz en yüksek dereceli okul nedir?

- Eğitimim yok
(*ilkokulu bitirmedim*)
 İlkokul
(*temel öğretim*)
 Düşük dereceli orta öğretim
(*Türkiye'deki 3 yıllık ortaokul veya Hollanda'daki LBO, LTS, LEAO, LHNO, VMBO, MAVO, (M)ULO, kısa MBO, VMBO-t eğitimi gibi*)
 Yüksek dereceli orta öğretim / orta dereceli meslek eğitimi
(*Türkiye'deki lise veya meslek lisesi veya Hollanda'daki uzun MBO, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS, HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS eğitimi gibi*)
 Yüksek meslek eğitimi / yüksek öğrenim
(*HBO, HTS, HEAO, HBO-V, ön lisans, üniversite gibi*)
 Başka,
yani

8. Hollandacayı hangi derecede biliyorsunuz?

- Yetersiz
- Orta
- Yeterli
- Oldukça iyi
- İyi

9. Hollandaca bir mektup aldığınızda ...

- Mektubu hiç anlamıyorum
- Mektubun az bir kısmını anlıyorum
- Mektubun yaklaşık yarısını anlıyorum
- Mektubun büyük bir kısmını anlıyorum
- Mektuptaki her şeyi anlıyorum

10. Hollandaca bir mektup aldığınızda ...

- Kendim / yalnız başıma okuyorum
- Birisinin yardımıyla okuyorum
- Mektubu okumuyorum

11. Belli bir ev doktorunuz var mı?

- Evet (→ 12. soruya geçin)
- Hayır (→ 12. soruyu atlayıp, 13. soruya geçin)

12. Ev doktorunuz erkek mi yoksa kadın mı?

- Erkek
- Kadın

RAHİM AĞZI KANSERİ SAĞLIK TARAMASI İÇİN SMEAR TESTİ İLE İLGİLİ GENEL SORULAR

13. Bu soru listesini doldurmadan önce, rahim ağzı kanseri sağlık taramasını duymuş muydunuz?

- Evet
- Hayır

14. Sizde hiç rahim ağzı kanseri teşhis edildi mi?

- Evet
- Hayır

15. Rahminiz alındı mı?

- Evet
- Hayır

Eğer sizde rahim ağzı kanseri teşhis edildiyse ve/veya rahminiz alındıysa, soru listesinin bundan sonraki kısmını doldurmanız gerekmez ve soru listesini grup başkanına geri vermenizi veya ekteki cevap zarfına koyarak geri göndermenizi rica ederiz.

16. Rahim ağzı kanseri sağlık taraması çerçevesinde smear testi yapılması için size hiç davetiye gönderildi mi?

- Evet (→ 17. soruya geçin)
- Hayır (→ 17. sorudan 20. soruya kadar olan soruları atlayıp, 21. soruya geçin)

17. Rahim ağzı kanseri sağlık taraması için son defa davet edildiğinizde, smear testi¹ yaptırdınız mı?

- Evet
- Hayır

¹ Smear testi: tahta spatul, ucunda pamuk bulunan bir çubuk kullanarak rahim ağzı çevresinden hücreler alınır ve analiz edilmek üzere laboratuvara gönderilir.

18. Rahim ağzı kanseri sağlık taraması için en son ne zaman smear testi yaptırdınız?

Yıl:

19. Rahim ağzı kanseri sağlık taraması için davet edildiğiniz her defa smear testi yaptırdınız mı?

- Evet
- Hayır

20. Rahim ağzı kanseri sağlık taraması için kaç defa smear testi yaptırdınız?

..... defa

21. Rahim ağzı kanseri sağlık taraması için bundan sonra yapılacak ilk davette smear testi yaptırmayı planlıyor musunuz?

- Kesinlikle yaptırmayacağım
- Büyük olasılıkla yaptırmayacağım
- Bilmiyorum
- Büyük olasılıkla yaptıracağım
- Kesinlikle yaptıracağım

22. Sağlık taraması, beş yılda bir yapılmaktadır. Her davet edilişinizde katılmayı planlıyor musunuz?

- Kesinlikle katılmayacağım
- Büyük olasılıkla katılmayacağım
- Bilmiyorum
- Büyük olasılıkla katılacağım
- Kesinlikle katılacağım

RAHİM AĞZI KANSERİ SAĞLIK TARAMASINA KATILIM İLE İLGİLİ GÖRÜŞÜNÜZ

Aşağıda, rahim ağzı kanseri sağlık taraması ile ilgili bazı görüşler yer almaktadır. Daha önce taramaya katılmamış olsanız bile, görüşünüzü bildirmeye gayret edin. Görüşünüz bu testin sonuçları için önemlidir.

23. Rahim ağzı kanseri sağlık taramasına katılımı:

- Çok anlamsız buluyorum
- Biraz anlamsız buluyorum
- Ne anlamsız, ne de anlamlı buluyorum
- Biraz anlamlı buluyorum
- Çok anlamlı buluyorum

24. Rahim ağzı kanseri sağlık taramasına katılımı:

- Çok önemsiz buluyorum
- Biraz önemsiz buluyorum
- Ne önemsiz, ne de önemli buluyorum
- Biraz önemli buluyorum
- Çok önemli buluyorum

25. Rahim ağzı kanseri sağlık taramasına katılımı:

- Çok kötü buluyorum
- Biraz kötü buluyorum
- Ne kötü, ne de iyi buluyorum
- Biraz iyi buluyorum
- Çok iyi buluyorum

Aşağıda, rahim ağzı kanseri sağlık taraması ile ilgili bazı görüşler yer almaktadır. Her görüş için, bu görüşe ne derecede katılıp katılmadığınızı belirtmenizi rica ederiz. 'Doğru' veya 'yanlış' cevap yoktur. Sizin nasıl bulduğunuz veya ne düşündüğünüz önemlidir. Yani, sizin görüşünüz söz konusudur. Görüşünüz bu testin sonuçları için önemlidir.

Daha önce taramaya katılmamış olsanız bile, görüşünüzü bildirmeye gayret edin.

26. Bence smear testi yaptırmak çok zamana mal olur.

- Hiç katılmıyorum
- Biraz katılmıyorum
- Ne katılmıyorum, ne de katılıyorum
- Biraz katılıyorum
- Çok katılıyorum

27. Bence smear testi yaptırmak ağırlıdır.

- Hiç katılmıyorum
- Biraz katılmıyorum
- Ne katılmıyorum, ne de katılıyorum
- Biraz katılıyorum
- Çok katılıyorum

28. Smear testi yaptırmak beni korkutuyor.

- Hiç katılmıyorum
- Biraz katılmıyorum
- Ne katılmıyorum, ne de katılıyorum
- Biraz katılıyorum
- Çok katılıyorum

29. Bir erkek doktor bana smear testi yaptığında, utanıyorum.

- Hiç katılmıyorum
- Biraz katılmıyorum
- Ne katılmıyorum, ne de katılıyorum
- Biraz katılıyorum
- Çok katılıyorum

30. Bir kadın doktor veya doktor asistanı bana smear testi yaptığında, utanıyorum.

- Hiç katılmıyorum
- Biraz katılmıyorum
- Ne katılmıyorum, ne de katılıyorum
- Biraz katılıyorum
- Çok katılıyorum

31. Eğer bir şikâyetim yoksa, smear testi yaptırmamın gereksiz olduğuna inanıyorum.

- Hiç katılmıyorum
- Biraz katılmıyorum
- Ne katılmıyorum, ne de katılıyorum
- Biraz katılıyorum
- Çok katılıyorum

32. Smear testinin sonucundan korkuyorum.

- Hiç katılmıyorum
- Biraz katılmıyorum
- Ne katılmıyorum, ne de katılıyorum
- Biraz katılıyorum
- Çok katılıyorum

GÖRÜŞÜNÜZ NEDİR?

33. İnancım smear testi yaptırmama izin vermiyor.

- Hiç katılmıyorum
- Biraz katılmıyorum
- Ne katılmıyorum, ne de katılıyorum
- Biraz katılıyorum
- Çok katılıyorum

34. Rahim ağzı kanserine yakalanıldığında, bu Tanrının isteğidir ve insanın bu konuda bir şey değiştirmek istemesi yanlıştır.

- Hiç katılmıyorum
- Biraz katılmıyorum
- Ne katılmıyorum, ne de katılıyorum
- Biraz katılıyorum
- Çok katılıyorum

35. Rahim ağzı kanserine karşı koymamak gerekir.

- Hiç katılmıyorum
- Biraz katılmıyorum
- Ne katılmıyorum, ne de katılıyorum
- Biraz katılıyorum
- Çok katılıyorum

36. Davet edildiğimde, smear testi yaptırmamın benim görevim olduğuna inanıyorum.

- Hiç katılmıyorum
- Biraz katılmıyorum
- Ne katılmıyorum, ne de katılıyorum
- Biraz katılıyorum
- Çok katılıyorum

37. Smear testi sonucunun iyi çıkması, beni rahatlatır.

- Hiç katılmıyorum
- Biraz katılmıyorum
- Ne katılmıyorum, ne de katılıyorum
- Biraz katılıyorum
- Çok katılıyorum

38. Smear testi sonucunun kötü olduğu anlaşıldığında, rahim ağzı kanseri (veya erken dönemdeki rahim ağzı kanseri) iyi tedavi edilebilir.

- Hiç katılmıyorum
- Biraz katılmıyorum
- Ne katılmıyorum, ne de katılıyorum
- Biraz katılıyorum
- Çok katılıyorum

AŞAĞIDAKİ GÖRÜŞLER DOĞRU MUDUR YOKSA YANLIŞ MIDIR?

Aşağıda, rahim ağzı kanseri ve sağlık taraması ile ilgili bazı görüşler yer almaktadır. Bu görüşler, doğru veya yanlıştır.

39. Şikâyetleri olmasa bile, her kadın rahim ağzı kanserine yakalanabilir.

- Doğru
- Bilmiyorum
- Yanlıştır

40. Rahim ağzı kanseri aslında her zaman iyi tedavi edilebilir.

- Doğru
- Bilmiyorum
- Yanlış

41. Eğer rahim ağzı kanseri erken dönemde teşhis edilirse, hemen hemen %100 tedavi edilebilir.

- Doğru
- Bilmiyorum
- Yanlış

42. Rahim ağzı kanseri çoğunlukla çabuk gelişir.

- Doğru
- Bilmiyorum
- Yanlış

43. Rahim ağzı kanseri menopozdan sonra görülmez.

- Doğru
- Bilmiyorum
- Yanlış

44. Smear testi her zaman bir kadın doktor veya doktor asistanı tarafından yapılır.

- Doğru
- Bilmiyorum
- Yanlış

45. Eğer test için davet edildiğinizde hamileyseniz, yapılmayan smear testini daha sonra telafi etmeniz gerekmez.

- Doğru
- Bilmiyorum
- Yanlış

46. Rahim ağzı kanseri sağlık taramasına katılmak zorunludur.

- Doğru
- Bilmiyorum
- Yanlış

SOSYAL ÇEVRE

47. Rahim ağzı kanseri sağlık taramasına katılmanız için size gönderilen davetiye hakkında hiç eşinizle konuştunuz mu?

- Evet
- Hayır
- Eşim yakın çevremde değil

48. Rahim ağzı kanseri sağlık taramasına katılmanız için size gönderilen davetiye hakkında hiç annenizle konuştunuz mu?

- Evet
- Hayır
- Annem yakın çevremde değil

49. Rahim ağzı kanseri sağlık taramasına katılmanız için size gönderilen davetiye hakkında hiç kayınvalidenizle konuştunuz mu?

- Evet
- Hayır
- Kayınvalidem yakın çevremde değil

50. Rahim ağzı kanseri sağlık taramasına katılmanız için size gönderilen davetiye hakkında hiç **çocuklarınızla** konuştunuz mu?

- Evet
- Hayır
- Çocuklarım yakın çevremde değil

51. Rahim ağzı kanseri sağlık taramasına katılmanız için size gönderilen davetiye hakkında hiç **kadın arkadaşlarınızla** konuştunuz mu?

- Evet
- Hayır
- Kadın arkadaşlarım yakın çevremde değil

52. Rahim ağzı kanseri sağlık taramasına katılmanız için size gönderilen davetiye hakkında hiç **sağlık bilgilendirmecisiyle** konuştunuz mu?

- Evet
- Hayır
- Sağlık bilgilendirmecisi yakın çevremde değil

53. Rahim ağzı kanseri sağlık taramasına katılmanız için size gönderilen davetiye hakkında hiç **ev doktorunuzla** konuştunuz mu?

- Evet
- Hayır
- Ev doktorum yakın çevremde değil

ÇEVRENİZDEKİ KİŞİLER RAHİM AĞZI KANSERİ SAĞLIK TARAMASINA KATILMANIZ GEREKTİĞİNİ DÜŞÜNÜYORLAR MI?
--

54. Sanırım **eşim**:

- sağlık taramasına katılmam gerektiğini düşünüyor
- bu konuda fikir sahibi değil
- sağlık taramasına katılmamam gerektiğini düşünüyor
- Eşim yakın çevremde değil

55. Sanırım **annem**:

- sağlık taramasına katılmam gerektiğini düşünüyor
- bu konuda fikir sahibi değil
- sağlık taramasına katılmamam gerektiğini düşünüyor
- Annem yakın çevremde değil

56. Sanırım **kayınvalidem**:

- sağlık taramasına katılmam gerektiğini düşünüyor
- bu konuda fikir sahibi değil
- sağlık taramasına katılmamam gerektiğini düşünüyor
- Kayınvalidem yakın çevremde değil

57. Sanırım **çocuklarım**:

- sağlık taramasına katılmam gerektiğini düşünüyorlar
- bu konuda fikir sahibi değiller
- sağlık taramasına katılmamam gerektiğini düşünüyorlar
- Çocuklarım yakın çevremde değil

58. Sanırım **kadın arkadaşlarım**:

- sağlık taramasına katılmam gerektiğini düşünüyorlar
- bu konuda fikir sahibi değiller
- sağlık taramasına katılmamam gerektiğini düşünüyorlar
- Kadın arkadaşlarım yakın çevremde değil

59. Sanırım sağlık bilgilendirmecisi:

- sağlık taramasına katılmam gerektiğini düşünüyor
- bu konuda fikir sahibi değil
- sağlık taramasına katılmamam gerektiğini düşünüyor
- Sağlık bilgilendirmecisi yakın çevremde değil

60. Sanırım ev doktorum:

- sağlık taramasına katılmam gerektiğini düşünüyor
- bu konuda fikir sahibi değil
- sağlık taramasına katılmamam gerektiğini düşünüyor
- Ev doktorum yakın çevremde değil

61. Sanırım çevremdeki kişiler genel olarak:

- sağlık taramasına katılmam gerektiğini düşünüyorlar
- bu konuda fikir sahibi değil
- sağlık taramasına katılmamam gerektiğini düşünüyorlar

Aşağıdaki sorular, rahim ağzı kanseri sağlık taramasına katılım söz konusu olduğunda, çevrenizdekilerin görüşlerini ne kadar hesaba kattığınız ile ilgilidir.

62. Sağlık taraması için smear testi yaptırıp yaptırmama kararınızda eşinizin görüşünü ne kadar hesaba katıyorsunuz?

- Hiç hesaba katmıyorum
- Biraz hesaba katıyorum
- Ne az, ne de çok hesaba katıyorum
- Çok hesaba katıyorum
- Çok fazla hesaba katıyorum
- Eşim yakın çevremde değil

63. Sağlık taraması için smear testi yaptırıp yaptırmama kararınızda annenizin görüşünü ne kadar hesaba katıyorsunuz?

- Hiç hesaba katmıyorum
- Biraz hesaba katıyorum
- Ne az, ne de çok hesaba katıyorum
- Çok hesaba katıyorum
- Çok fazla hesaba katıyorum
- Annem yakın çevremde değil

64. Sağlık taraması için smear testi yaptırıp yaptırmama kararınızda kayınvalidenizin görüşünü ne kadar hesaba katıyorsunuz?

- Hiç hesaba katmıyorum
- Biraz hesaba katıyorum
- Ne az, ne de çok hesaba katıyorum
- Çok hesaba katıyorum
- Çok fazla hesaba katıyorum
- Kayınvalidem yakın çevremde değil

65. Sağlık taraması için smear testi yaptırıp yaptırmama kararınızda çocuklarınızın görüşlerini ne kadar hesaba katıyorsunuz?

- Hiç hesaba katmıyorum
- Biraz hesaba katıyorum
- Ne az, ne de çok hesaba katıyorum
- Çok hesaba katıyorum
- Çok fazla hesaba katıyorum
- Çocuklarım yakın çevremde değil

66. Sağlık taraması için smear testi yaptırıp yaptırmama kararınızda kadın arkadaşlarınızın görüşlerini ne kadar hesaba katıyorsunuz?

- Hiç hesaba katmıyorum
- Biraz hesaba katıyorum
- Ne az, ne de çok hesaba katıyorum
- Çok hesaba katıyorum
- Çok fazla hesaba katıyorum
- Kadın arkadaşlarım yakın çevremde değil

67. Sağlık taraması için smear testi yaptırıp yaptırmama kararınızda sağlık bilgilendirmecisinin görüşünü ne kadar hesaba katıyorsunuz?

- Hiç hesaba katmıyorum
- Biraz hesaba katıyorum
- Ne az, ne de çok hesaba katıyorum
- Çok hesaba katıyorum
- Çok fazla hesaba katıyorum
- Sağlık bilgilendirmecisi yakın çevremde değil

68. Sağlık taraması için smear testi yaptırıp yaptırmama kararınızda ev doktorunuzun görüşünü ne kadar hesaba katıyorsunuz?

- Hiç hesaba katmıyorum
- Biraz hesaba katıyorum
- Ne az, ne de çok hesaba katıyorum
- Çok hesaba katıyorum
- Çok fazla hesaba katıyorum
- Ev doktorum yakın çevremde değil

69. Sağlık taraması için smear testi yaptırıp yaptırmama kararınızda genel olarak çevrenizdeki kişilerin görüşlerini ne kadar hesaba katıyorsunuz?

- Hiç hesaba katmıyorum
- Biraz hesaba katıyorum
- Ne az, ne de çok hesaba katıyorum
- Çok hesaba katıyorum
- Çok fazla hesaba katıyorum

SAĞLIK TARAMASINA KATILMAK SİZİN İÇİN NE KADAR ZORDUR?

Aşağıdaki sorular, rahim ağzı kanseri sağlık taramasına katılmayı ne kadar zor bulduğunuz veya bulabileceğiniz ile ilgilidir.

70. Davet mektubunu anlamak benim için:

- Çok zor
- Biraz zor
- Ne zor, ne de kolay
- Biraz kolay
- Çok kolay

71. Smear testi için bir ev doktorundan telefonla randevu almak benim için:

- Çok zor
- Biraz zor
- Ne zor, ne de kolay
- Biraz kolay
- Çok kolay

72. Smear testi yaptırmak için randevu almak amacıyla ev doktorunu telefonla aramayı aklında tutmak benim için:

- Çok zor
- Biraz zor
- Ne zor, ne de kolay
- Biraz kolay
- Çok kolay

73. Ev doktorunun muayenehanesine gitmek benim için:

- Çok zor
- Biraz zor
- Ne zor, ne de kolay
- Biraz kolay
- Çok kolay

74. Rahim ağzı kanseri sağlık taraması için zaman ayırmak benim için:

- Çok zor
- Biraz zor
- Ne zor, ne de kolay
- Biraz kolay
- Çok kolay

BİLGİLENDİRME ŞEKLİ İLE İLGİLİ SORULAR

75. Davet mektubunu okudunuz mu?

- Evet (→ 76. soruyu atlayıp, 77. soruya geçin)
- Hayır (→ 76. soruya geçin)

76. Davet mektubunu neden okumadınız?

- Hollandaca bilmiyorum / yeterince bilmiyorum
- Başka,
yani

77. Davet mektubu ile birlikte gönderilen bilgilendirme broşürünü okudunuz mu?

- Evet (→ 78. soruyu atlayıp, 79. soruya geçin)
- Hayır (→ 78. soruya geçin)

Bilgilendirme broşürünü neden okumadınız?

- Hollandaca bilmiyorum / yeterince bilmiyorum
- Broşürde yazılanları zaten biliyordum
- Başka,
yani

78. Size hangi dilde bilgilendirme broşürü gönderildi?

- Hollandaca
- Türkçe
- Türkçe'nin de yer aldığı birden fazla dilde
- Bilmiyorum

79. Davetiye mektubunu hangi dilde almayı tercih ederdiniz?

- Hollandaca
- Türkçe
- Hem Hollandaca, hem de Türkçe

80. Bilgilendirme broşürünü hangi dilde almayı tercih ederdiniz?

- Hollandaca
- Türkçe
- Hem Hollandaca, hem de Türkçe

81. Rahim ağız kanseri sađlık taramasına nasıl davet edilmeyi tercih ederdiniz?

- Telefonla
- Mektupla

82. Muhitinizde rahim ağız kanseri sađlık taraması ile ilgili bir bilgilendirme toplantısı düzenleneceđini farz edin. Bu bilgilendirme toplantısına gelir miydiniz?

- Evet
- Hayır

83. Evde internet bađlantınız var mı?

- Evet
- Hayır

84. Kendiniz bazen internet kullanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

İŞBİRLİĐİNİZ İÇİN TEŞEKKÜRLER!!!

Soru listesini doldurduktan sonra grup başkanına geri vermenizi veya ekteki cevap zarfına koyarak geri göndermenizi rica ederiz. Zarfı pul yapıştırmanız gerekmez.

Eđer üzerinde adres yazılı zarfı kaybettiyseniz, soru listesini kendiniz bir zarfa koyduktan sonra aşıđıdaki adrese gönderir misiniz? Bu adrese posta göndermek ücretsizdir; yani, zarfı pul yapıştırmanız gerekmez.

**GGD Regio Twente
Afdeling O&O
Antwoordnummer 127
7500 VB ENSCHEDE**