

Deelname van Turkse en Nederlandse vrouwen met een lage sociaal economische status aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in de regio Twente

C.E. Zander

Masterthese Psychologie, Universiteit Twente, Enschede

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

15 april 2008

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 (tot 1 maart 2008)

drs. S. Buikema, eerste begeleider van de GGD Regio Twente (vanaf 1 februari 2007 tot 1 mei 2007)

ir. O. Haitsema, eerste begeleider van de GGD Regio Twente (vanaf 1 maart 2008)



Samenvatting

Hoewel de overall deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker goed is, nemen met name autochtone- en allochtone vrouwen met een lage sociaal economische status minder deel, terwijl juist zij meer risico lopen op baarmoederhalskanker.

Het doel van dit onderzoek was om te bepalen welke gedragsdeterminanten een rol spelen bij de deelname van Turkse- en Nederlandse vrouwen met een lage sociaal economische status in de regio Twente aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en wat de redenen zijn voor het al dan niet deelnemen aan het onderzoek. Ook werd er gekeken naar wat hierbij de verschillen zijn tussen Turkse- en Nederlandse vrouwen. Er is gekeken naar de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke opvattingen hebben Turkse- en Nederlandse vrouwen ten aanzien van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederkanker en in welk opzicht wijken Turkse- en Nederlandse vrouwen van elkaar af?
2. Welke variabelen uit de Theory of Planned Behavior (TPB) zijn het belangrijkste bij de beslissing om wel of niet deel te nemen en zijn bij Turkse vrouwen andere factoren belangrijk dan bij Nederlandse vrouwen?

Om antwoord te kunnen op deze onderzoeksvragen is een kwantitatief onderzoek uitgevoerd. De respondenten van dit onderzoek zijn onder andere geworven via buurtcentra en het ROC-volwasseneneducatie. De vragenlijst is opgesteld aan de hand van de Theory of Planned Behavior. In het totaal zijn 304 van de 1056 vragenlijsten retour gekomen, waarvan 205 bruikbaar. De respons onder Turkse- en Nederlandse vrouwen was respectievelijk 37% en 21%. Met name het werven van Nederlandse vrouwen bleek erg moeilijk te zijn, doordat zij slecht zijn georganiseerd. Het ROC-volwasseneneducatie bleek hiervoor de beste mogelijkheid.

De algemene attitude van de Turkse- en Nederlandse vrouwen ten aanzien van deelname aan het bevolkingsonderzoek is zeer positief, maar de kennis van beide groepen vrouwen over baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is zeer beperkt. De meerderheid van de Turkse vrouwen geeft aan de Nederlandse taal onvoldoende of matig te beheersen. Dit heeft bij de Turkse vrouwen invloed op de eigen effectiviteit. Bij de Turkse vrouwen is kennis de belangrijkste voorspeller van gedrag, bij de Nederlandse vrouwen is dat de intentie. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn onder andere het sociaal wenselijk antwoorden van Turkse vrouwen of een andere werking van het model bij beide groepen vrouwen. Aanbevelingen zijn gedaan in de richting van het verhogen van de kennis en het wegnemen van barrières voor deelname. Dit kan worden gedaan door middel van voorlichtingsbijeenkomsten en door het geven van informatie in eigen taal.

Abstract

Although the overall participation on cervix screening is fairly high, the participation of ethnic groups and autochthonous women with low socioeconomic status is below average, even though they are more at risk for cervix cancer.

The purpose of this research was to describe the determinants of participation in cervix screening for Turkish- and Dutch women with low socioeconomic status in the region Twente and the reasons for not attending the screening program. Differences between Turkish- and Dutch women were also evaluated. The research questions were:

1. What is the opinion of Turkish- and Dutch women towards cervix screening and what are the differences between Turkish- and Dutch women?
2. Which determinants of the Theory of Planned Behaviour are the most important in the decision to participate in the cervix screening program and are there different determinants important for Turkish- than for Dutch women?

A qualitative research has been carried out to answer these research questions. Respondents have (among others) been recruited in community centres and ROC-adult education. The design of the questionnaire has been based on the Theory of Planned Behaviour. In total 304 out of 1056 questionnaires returned, of which 205 could be used for analysis. The response of Turkish- and Dutch women was respectively 37% and 21%. Recruiting Dutch women has not been as easy as recruiting Turkish women. To reach Dutch women Roc-adult education turned out to be the best possibility.

In general the attitude of Turkish- and Dutch women towards participation in the cervix screening program is very positive. However, the knowledge about cervix cancer and the screening program is low for both groups. The majority of the Turkish women mention to have problems with understanding the Dutch language, which is of influence on their self-efficacy. For Turkish women knowledge is the most important predictor of behaviour, for the Dutch women it is the intention. There is a possibility that the Turkish women gave a social desired answer to the questions. Another possibility is that the Theory of Planned Behaviour may not be appropriate to apply on Turkish women.

Recommendations are made in the direction of increasing the knowledge and taking away the barriers for participation. This can be accomplished by means of information meetings and by giving information in Turkish as well as in Dutch.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	6
2 Baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker	7
2.1 Wat is baarmoederhalskanker?	7
2.2 Prevalentie en incidentie	7
2.3 Risicofactoren voor baarmoederhalskanker	7
2.4 Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker	11
2.5 Deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	11
2.6 Conclusies	12
3 Determinanten van deelname aan het bevolkingsonderzoek	13
3.1 Algemene achtergrondkenmerken	13
3.2 Kenmerken van de organisatie van het bevolkingsonderzoek	16
3.3 Psychologische kenmerken	16
3.4 Conclusies en onderzoeksvragen	19
4 Methode gedragsdeterminantenonderzoek	21
4.1 Respondenten en procedure	21
4.2 Onderzoeksinstrument	23
4.3 Statistische analyses	26
5 Resultaten gedragsdeterminantenonderzoek	27
5.1 Respons	27
5.2 Beschrijving onderzoeksgroep	28
5.3 Bekendheid met onderzoek & uitnodiging	29
5.4 Kennis	30
5.5 Waargenomen morele plicht	31
5.6 TPB- Variabelen	32
5.6.1 Attitude	32
5.6.2 Subjectieve norm en communicatie met omgeving	32
5.6.3 Eigen effectiviteit	35
5.6.4 Beliefs	35
5.6.5 Gedragintentie	37
5.6.6 Gedrag	38
5.7 Verbanden tussen constructen	38
5.8 Vergelijking van wel-deelneemsters en niet-deelneemsters	41

6 Conclusies, discussie en aanbevelingen	42
6.1 Opvattingen van Turkse- en Nederlandse vrouwen over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	42
6.2 Determinanten van deelname	43
6.3 Bereiken van Turkse- en Nederlandse vrouwen met een lage sociaal economische status	45
6.4 Aanbevelingen	45
6.5 Beperkingen van het onderzoek	46
7 Referenties	47
8 Bijlagen	54

1 Inleiding

Screening op baarmoederhalskanker kwam in Nederland in 1976 op grote schaal op gang. Sinds 1996 wordt in Nederland iedere vrouw in de leeftijd van 30-60 jaar eens in de vijf jaar opgeroepen om deel te nemen aan het onderzoek. De participatie aan het bevolkingsonderzoek is ruim 70% (Berkers & Isken, 2005; Bos, Rebolj, Dik, Habbema, & Van Ballegooijen, 2006). Incomplete participatie is de belangrijkste reden voor baarmoederhalskanker incidentie (Bos et al., 2006). Uit onderzoek blijkt dat autochtone en allochtone vrouwen met een lage sociaal economische status een verhoogde incidentie hebben van baarmoederhalskanker en daardoor een risicogroep vormen. Deze verhoogde kans komt onder andere voort uit het vertonen van risicovol gedrag en een lagere deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

Het doel van dit onderzoek is om te bepalen welke gedragsdeterminanten een rol spelen bij de deelname van Turkse- en Nederlandse vrouwen met een lage sociaal economische status in de regio Twente aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en wat de redenen zijn voor het al dan niet deelnemen aan het onderzoek. Ook wordt er gekeken naar wat de hierbij de verschillen zijn tussen Turkse- en Nederlandse vrouwen. Er is gekeken naar de volgende onderzoeksvragen:

1. *Welke opvattingen hebben Turkse- en Nederlandse vrouwen ten aanzien van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederkanker en in wel opzicht wijken Turkse- en Nederlandse vrouwen van elkaar af?*
2. *Welke TPB variabelen zijn het belangrijkste bij de beslissing om wel of niet deel te nemen en zijn bij Turkse vrouwen andere factoren belangrijk dan bij Nederlandse vrouwen?*

Als theoretisch kader van dit onderzoek is gebruik gemaakt van de Theory of Planned Behavior (TPB) van Ajzen (1991). Uit eerdere onderzoeken, waarbij men getracht heeft om opvattingen over screening gedrag te onderzoeken, is namelijk gebleken dat het TPB model hierbij een bruikbaar hulpmiddel is.

De opbouw van het rapport ziet er als volgt uit: In hoofdstuk twee worden de aandoening baarmoederhalskanker, de prevalentie en incidentie en de risicofactoren voor baarmoederhalskanker besproken. Verder wordt er in gegaan op het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en de deelname aan het bevolkingsonderzoek. In hoofdstuk drie worden de determinanten van deelname aan het bevolkingsonderzoek en de Theory of Planned Behavior besproken. In het vierde hoofdstuk zal de methodiek van het gedragsdeterminantenonderzoek worden beschreven. In het vijfde hoofdstuk worden de resultaten van het gedragsdeterminantenonderzoek besproken. In het zesde hoofdstuk zal ten slotte worden ingegaan op de discussiepunten, de conclusies en de aanbevelingen.

2 Baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

2.1 Wat is baarmoederhalskanker?

Zoals het woord al aangeeft is baarmoederhalskanker een vorm van kanker die in de baarmoederhals ontstaat. De baarmoederhals (cervix) is het onderste, nauwe deel van de baarmoeder (uterus) en vormt de verbinding tussen de baarmoeder en de vagina. Baarmoederhalskanker (cervixcarcinoom) ontstaat uit cellen in het slijmvlies op de grens van de baarmoederhals en de baarmoedermond. In het begin ontwikkelt zich een aantal afwijkende cellen. Er is dan nog geen sprake van kanker. Deze afwijkende cellen kunnen worden veroorzaakt door bijvoorbeeld een ontsteking of infectie. Het lichaam herstelt dit meestal zelf weer. Als het aantal afwijkende cellen toeneemt, ontstaat een voorstadium van baarmoederhalskanker, wat uiteindelijk kan leiden tot baarmoederhalskanker. Dit proces gaat over het algemeen heel langzaam via enkele voorstadia. Tussen het allereerste begin en het uiteindelijke ontstaan van baarmoederhalskanker ligt vaak 10-15 jaar, hoewel het zich soms ook sneller ontwikkelt (American Cancer Society, 2005). Door middel van een uitstrijkje worden cellen uit het slijm van de baarmoederhals geschraapt en onder de microscoop bekeken. Hierdoor is het mogelijk om beginnende afwijkingen op te sporen die zich (nog) niet tot kanker hebben ontwikkeld (Berkers & Isken, 2005).

2.2 Prevalentie en incidentie

Elk jaar wordt in Nederland bij ongeveer 750 vrouwen baarmoederhalskanker vastgesteld. Het komt voor bij vrouwen van alle leeftijden, maar vooral bij vrouwen boven de 30 (Berkers & Isken, 2005). Sterfte aan baarmoederhalskanker is vanaf 1962 eerst geleidelijk en vanaf 1970 sterker gedaald. In 2003 stierven er ruim 200 vrouwen aan deze ziekte, dat is de helft minder dan in 1970. Deze vermindering is nog groter na correctie voor de toename en veroudering van de bevolking en is waarschijnlijk voor de helft toe te schrijven aan screening. Het incidentiecijfer als ook het absolute aantal gevallen van baarmoederhalskanker zullen naar verwachting tot 2015 nog verder dalen (Ikcnet, 2007).

2.3 Risicofactoren voor baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker kan bij iedere vrouw voorkomen, maar er zijn wel risicofactoren die de kans op het ontstaan van deze ziekte vergroten. In het onderstaande worden de belangrijkste risicofactoren toegelicht.

HPV

De belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van baarmoederhalskanker is het wrattenvirus Humaan Papilloma Virus (HPV). Dit virus kan via geslachtsgemeenschap worden overgedragen (Krüger Kjaer, Chackerian, Van den Brule, Svare, Paull, Walbomers, Schiller, Bock, Sherman, Lowy & Meijer, 2001). Naast geslachtsgemeenschap wordt ook iedere andere vorm van seksueel contact zonder geslachtsgemeenschap geassocieerd met een verhoogd risico op besmetting (Winer, Lee, Hughes, Adam, Kiviat & Koutsky, 2003).

Het blijkt dat bijna iedere vrouw die baarmoederhalskanker krijgt, ook een infectie met hoogrisico-HPV heeft of heeft gehad (Bosch, Manos, Muñoz, Sherman, Jansen, Peto, Schiffman, Moreno, Kurman & Shan, 1995). In het onderzoek van Bosch et al. (1995) naar de prevalentie van HPV in baarmoederhalskanker werd in 93 procent van de tumoren HPV DNA vastgesteld. Walboomers, Jacobs, Manos, Bosch, Kummer, Shah, Snijder, Peto, Meijer & Munoz (1999) stellen echter dat dit een onderschatting is. In hun onderzoek kwamen zij tot de conclusie dat er wereldwijd in 99,7 procent van de gevallen van baarmoederhalskanker de aanwezigheid van HPV is geconstateerd.

Condoom gebruik

Hoewel in eerder onderzoek werd gesuggereerd dat het gebruik van een condoom vrouwen weinig tot geen bescherming biedt tegen een HPV infectie (Manhart & Koutsky, 2002; Winer et al., 2003), lijkt recent onderzoek uit te wijzen dat consistent condoomgebruik het risico op een HPV infectie wel degelijk reduceert. Uit onderzoek van Winer, Hughes, Feng, O'Reilly, Kiviat, Holmes & Koutsky (2006) blijkt namelijk dat de incidentie van HPV infectie 37,8 per 100 patiënt jaren at risk is voor vrouwen van wie de partner altijd een condoom gebruikt en 89,3 per 100 patiënt jaren at risk voor vrouwen van wie de partner in minder dan 5% van de gevallen een condoom gebruikt. Het aantal seksuele partners is ook van invloed; hoe meer seksuele partners een vrouw heeft des te groter haar kans is op een HPV infectie (Krüger Kjaer et al., 2001). Het hebben van een seksuele partner die zelf nog nooit eerder een seksuele partner heeft gehad verlaagd het risico op een HPV infectie (Winer et al., 2006). De kans op besmetting is groter bij seksueel contact op jonge leeftijd (Svare, Kjaer, Worm, Østerlind, Meijer & Brule, 2002) en wanneer de eerste partner tot een oudere leeftijdsgroep behoort (Krüger Kjaer et al., 2001).

Anticonceptie

Uit een studie van Smith, Green, Berrington de Gonzalez, Appleby, Plummer, Franceschi & Beral (2003) komt naar voren dat jarenlang gebruik van de pil het risico op baarmoederhalskanker significant verhoogt. Hoe langer een vrouw de pil gebruikt hoe groter het risico op baarmoederhalskanker is. Vrouwen die minder dan vijf jaar de pil hebben gebruikt hebben een verhoogd risico van 10% op baarmoederhalskanker in vergelijking tot vrouwen die nog nooit de pil hebben gebruikt. Vrouwen die de pil tussen de vijf en tien jaar gebruiken hebben een verhoogd risico van 60% en tien jaar of langer gebruik geeft 120% meer risico op het krijgen van

baarmoederhalskanker. Vrouwen die besmet zijn met HPV hebben al na enkele jaren pilgebruik een verhoogd risico van 90% op baarmoederhalskanker. Deze bevindingen komen niet helemaal overeen met de bevindingen van Moreno, Bosch, Munoz, Meijer, Shah, Walboomers, Herrero & Francheschi (2002). Uit hun studie, onder vrouwen die besmet zijn met HPV, komt namelijk naar voren dat vrouwen die minder dan vijf jaar de pil hebben gebruikt geen verhoogd risico hebben op baarmoederhalskanker in vergelijking tot vrouwen die nog nooit de pil hebben gebruikt. Wel stellen zij het risico op baarmoederhalskanker bij langdurig gebruik van de pil wordt verhoogd.

Zwangerschap

Er is uit meerdere onderzoeken naar voren gekomen dat er een directe associatie bestaat tussen het aantal voldragen zwangerschappen en baarmoederhalskanker. Bij vrouwen die besmet zijn met HPV neemt het risico op baarmoederhalskanker toe met de toename van het aantal levend geboren (Hildesheim, Herrero, Castle, Wacholder, Braati, Sherman, Lorincz, Burk, Morales, Rodriguez, Helgesen, Alfaro, Hutchinson, Balmaceda, Greenberg & Schiffman, 2001; Munoz, Franceschi, Bosetti, Moreno, Herrero, Smith, Shah, Meijer & Bosch, 2002; Bayo, Bosch, De Sanjosé, Muñoz, Lucia Combata, Coursaget, Diaz, Dolo, Van den Brule & Meijer, 2002). Vrouwen met zeven of meer voldragen zwangerschappen die HPV positief zijn hebben vier keer zoveel kans op baarmoederhalskanker in vergelijking tot HPV positieve vrouwen zonder een voldragen zwangerschap en twee keer zoveel kans op baarmoederhalskanker dan vrouwen met één of twee voldragen zwangerschappen (Munoz et al., 2002).

Roken

Uit een onderzoek van Gunnell, Tran, Torrång, Dickman, Sparén & Ylitalo (2006) is naar voren gekomen dat vrouwen die in de twee jaar voor hun eerste uitstrijkje roken een verhoogde kans van 70% hebben op carcinoma in situ (hierbij is de buitenste laag normale cellen vervangen door kanker cellen) vergeleken met vrouwen die niet roken. Verder is uit datzelfde onderzoek gebleken dat rokende vrouwen die positief getest zijn voor HPV-16 meer dan veertien keer zoveel kans hebben op het ontwikkelen van baarmoederhalskanker. Naast het feit dat roken het risico op een HPV vergroot bij seksueel actieve vrouwen (Winer et al., 2003), vergroot het ook het risico op baarmoederhalskanker bij vrouwen met HPV (Plummer, Herrero, Franceschi, Meijer, Snijder, Bosch, De Sanjose, & Munoz 2003).

Overgewicht

Vrouwen met overgewicht hebben een verhoogde kans om te overlijden aan allerlei soorten kanker waaronder baarmoederhalskanker (Calle, Rodriguez, Walker-Thurmond & Thun, 2003). Sterftecijfers van baarmoederhalskanker zijn positief en significant gecorreleerd aan de body-mass-index (Guo, Hsing, Li, Chen, Chow & Blot, 1994). Verder blijkt uit een onderzoek van Wee, Phillips & McCarthy (2005) dat blanke vrouwen met zwaar overgewicht minder vaak een uitstrijkje laten maken dan blanke

vrouwen met een normaal gewicht.

Allochtonen en autochtonen met lage sociaal economische status

Verscheidene auteurs (De Sanjosé, Bosch, Muñoz, Tafur, Gili, Izarzugaza, Izquierdo, Navarro, Vergara, Muñoz, Ascunce & Shah, 1996; Parikh, Brennan & Boffetta, 2003; Van Leeuwen, De Nooijer & Hop, 2005) hebben geconstateerd dat vrouwen met een lagere sociaal economische status, in vergelijking met vrouwen met een hogere sociaal economische status, een grotere kans op baarmoederhalskanker hebben. Zo bleek bijvoorbeeld uit meta-analyse van Parikh et al. (2003) waarin 57 studies op een rij werden gezet, dat er een verhoogd relatief risico op baarmoederhalskanker is bij een daling van sociale klasse. Wat betekent dat vrouwen met een lage sociaal economische status in vergelijking tot vrouwen met een hoge sociaal economische status een verhoogd risico van 80% hebben op afwijkingen aan de baarmoederhals. Dit verhoogde risico is in West-Europese landen kleiner (45%) dan in Noord-Amerika of landen in Zuid-Amerika, Azië en Afrika (100%).

Uit een onderzoek van Van Leeuwen et al. (2005) kwam naar voren dat bij vrouwen met een lage sociaal economische status 1.5 keer vaker abnormale uitstrijkjes worden gevonden dan bij vrouwen met een hoge sociaal economische status. In datzelfde onderzoek zijn ook verschillen gevonden tussen de diverse etnische groepen voor wat betreft abnormale uitstrijkjes. Vrouwen uit niet-westerse landen (Turkije, Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen) en andere westerse landen vertonen een hoger percentage van abnormale uitstrijkjes (respectievelijk 2.7% en 2.2%) dan vrouwen uit Nederland.

In de literatuur worden verscheidene verklaringen aangedragen voor het verhoogde risico op baarmoederhalskanker voor vrouwen met een lage sociaal economische status. Naast het hebben van een lage sociaal economische status zijn er vaak ook nog andere risicofactoren die een rol spelen en die dus de kans op baarmoederhalskanker vergroten. Een aantal van die risicofactoren zijn hiervoor reeds besproken.

Als belangrijkste risicofactor geven Parikh et al. (2003) seksueel gedrag dat samengaat met een verhoogde kans om besmet te worden en/of om een chronische drager te worden van HPV. Andere verklaringen die worden gegeven voor het verhoogde risico zijn: het eten van voedsel met minder voedingswaarden en minder beweging (Van der Lucht, 2006), bepaald gezondheid gerelateerd gedrag, zoals roken, alcohol gebruik, (Droomers, 2002) en een lagere deelname aan gezondheidsonderzoeken, waaronder kanker screening (De Sanjosé et al., 1996; Fukuda, Nakamura & Takano, 2005; Van der lucht, 2006).

De Sanjosé et al. (1996) stellen dat het verhoogde risico voor een gedeelte kan worden verklaard door het voorkomen van verschillen in de aanwezigheid van HPV DNA.

2.4 Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

Indien baarmoederhalskanker in een vroeg stadium wordt ontdekt is het goed behandelbaar. Om vroege opsporing te bevorderen worden in Nederland sinds 1996 vrouwen in de leeftijdscategorie van 30 tot 60 jaar eens in de vijf jaar uitgenodigd om een uitstrijkje te laten maken door de huisarts of de huisartsassistent(e). Jaarlijks krijgen circa 800.000 vrouwen een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek (Berkers & Isken, 2005). Ruim 70% van de vrouwen die een uitnodiging krijgen geeft gehoor aan deze uitnodiging (Bos et al., 2006). Deelname aan het onderzoek is van groot belang omdat de kans op genezing na behandeling van het voorstadium van baarmoederhalskanker bijna 100 procent is. Hierdoor sterven minder vrouwen aan baarmoederhalskanker. Daarnaast worden behandelingen voor invasieve baarmoederhalskanker voorkomen en hoeft bij ontdekking in een vroeg stadium de baarmoeder vaak niet te worden verwijderd (Berkers & Isken, 2005).

Jaarlijks worden er ongeveer 225 van de 10.000 vrouwen die een uitstrijkje hebben laten maken doorverwezen voor vervolgonderzoek (herhalingsuitstrijkje of verwijzing naar de gynaecoloog). Bij 66% van deze vrouwen wordt uiteindelijk geen kanker of afwijking aangetroffen. Naar schatting wordt bij drie op de 10.000 vrouwen door de screening daadwerkelijk baarmoederhalskanker voorkomen. Dit is een schatting omdat onzeker is hoeveel gevallen van baarmoederhalskanker dankzij screening daadwerkelijk worden voorkomen, omdat onbekend is welk percentage van de behandelde voorstadia zich tot kanker zou hebben ontwikkeld (Fracheboud & Berkers, 2005).

Niet iedere vrouwen geeft gehoor aan een vervolgonderzoek. In 2001 onderging ongeveer 7% van de vrouwen met een ernstig afwijkende uitslag geen vervolgonderzoek binnen vijf maanden. Van de vrouwen met een licht afwijkende uitslag had ongeveer 16% na één jaar nog geen herhalingsuitstrijkje laten maken (Isken, 2005).

2.5 Deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

De overall deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is meer dan 70% (Bos et al., 2006). Dit houdt echter niet meteen in dat de niet-deelname aan het onderzoek 30% is. Er zijn namelijk ook legitieme redenen om niet deel te nemen aan het onderzoek. Deze redenen zijn onder andere: uterusexstirpatie, zwangerschap, het reeds onder controle staan van een specialist, recentelijk een uitstrijkje hebben laten maken of andere (medische) redenen zoals ten tijden van de oproep (langdurig) opgenomen zijn in het ziekenhuis of ernstig ziek zijn.

Deelname is niet voor alle leeftijdsgroepen gelijk. De actieve participatie is het hoogst bij vrouwen in de leeftijdsgroep van 40 tot 44 jaar en het laagst bij vrouwen tussen de 60 en 64 (Van Leeuwen et al., 2005). Verder vallen onder de slecht deelnemende groepen onder andere ook vrouwen met een lage sociaal economische status en allochtone vrouwen. In hoofdstuk 3 zal hier dieper op worden ingegaan.

Uit onderzoek blijkt dat, zelfs naar 20 jaar screenen in Nederland, incomplete participatie de belangrijkste reden voor de incidentie van baarmoederhalskanker is (Bos et al., 2006). Participatie van de gehele doelgroep is de belangrijkste factor voor de effectiviteit van een screening programma (Van Ballegooijen, Van der Akker- van Marle, Patnick, Lynge, Arbyn,

Antilla, Ronco, Dik & Habbema, 2000). Complete participatie zou de screening resultaten aanzienlijk meer verbeteren dan het intensiveren van het screeningsprogramma naar kortere intervallen of bredere leeftijdsgrenzen, en ook meer dan screenen met testen met hogere sensitiviteit (Bos et al., 2006).

2.6 Conclusies

Baarmoederhalskanker is een ernstige ziekte die, indien in een vroeg stadium ontdekt, goed behandelbaar is. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker kan de gevolgen van baarmoederhalskanker verminderen door vermindering van zwaardere behandelingen en het verminderen van de mortaliteit. Hoewel de overall deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker goed is, zijn er bepaalde groepen die minder deelnemen. De opkomst bij het bevolkingsonderzoek is met name laag onder autochtone en allochtone vrouwen met een lage sociaal economische status, terwijl juist zij meer risico lopen op baarmoederhalskanker. Bovendien komen er onder vrouwen met een lage sociaal economische status en allochtone vrouwen vaker abnormale uitstrijkjes voor. Het is dan ook van groot belang om te bepalen waarom de opkomst onder autochtone en allochtone vrouwen met een lage sociaal economische status zo laag is en om uit te zoeken op welke manier(en) de opkomst onder deze vrouwen verhoogd kan worden.

In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de determinanten van deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

3 Determinanten van deelname aan het bevolkingsonderzoek

Al enkele onderzoekers hebben zich bezig gehouden met het achterhalen van determinanten van deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Sommigen hebben vooral gekeken naar algemene achtergrondkenmerken als leeftijd, burgerlijke staat en woonomgeving. Andere onderzoekers hebben meer gekeken naar factoren uit de organisatie. Weer anderen hebben vooral gekeken naar de psychologische determinanten. Hieronder staat een overzicht van de meest voorkomende factoren die van invloed zijn op deelname aan het bevolkingsonderzoek.

3.1 Algemene achtergrondkenmerken

Van een aantal achtergrondkenmerken is bekend dat ze van invloed zijn op de deelname aan het bevolkingsonderzoek. Deze worden hieronder beschreven.

Leeftijd

Eén van de factoren die van invloed is op deelname aan het bevolkingsonderzoek is leeftijd. Onderzoek heeft uitgewezen dat de actieve participatie is het hoogst bij vrouwen tussen de 40-44 jaar (61%) en het laagst bij vrouwen tussen de 60-64 jaar (49.9%). De overall non-response rate is het hoogst in de jongste en oudste leeftijdsgroepen, respectievelijk 32.2% en 31.6% (Van Leeuwen et al., 2005). Uit een onderzoek van Ter Bogt (2005) naar de opkomst bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in Twente bleek dat de kans op deelname stijgt met de leeftijd en vanaf 45 jaar weer daalt tot een kleinere kans dan voor de 30 jarigen. Fernbach (1999) kwam in haar onderzoek tot de conclusie dat vrouwen zichzelf met het stijgen van hun leeftijd, steeds minder vatbaar achten voor baarmoederhalskanker. Oudere vrouwen voelen zich echter wel meer verantwoordelijk voor hun gezondheid dan jonge vrouwen, toch mijden oudere vrouwen vaker het laten maken van een uitstrijkje.

Burgerlijke staat & aantal personen in de huishouding

Deelname aan het bevolkingsonderzoek hangt ook samen met burgerlijke staat. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat ongetrouwde vrouwen minder vaak deelnemen aan het bevolkingsonderzoek dan getrouwde vrouwen (Coughlin, Thompson, Hall, Logan & Uhler, 2002; Fukuda et al., 2005). Over de deelname van gescheiden vrouwen zijn de meningen verdeeld. Fukuda et al. (2005) kwamen in hun onderzoek onder Japanse vrouwen tot de conclusie dat getrouwde vrouwen een hogere deelname aan screening voor baarmoederhalskanker hebben dan ongetrouwde of gescheiden vrouwen of vrouwen die weduwe zijn. Sutton & Rutherford (2005) kwamen in hun onderzoek onder Britse vrouwen juist tot de conclusie dat getrouwde en gescheiden vrouwen vaker deelnemen aan screening dan alleenstaande vrouwen of weduwen.

Het aantal personen in de huishouding is ook van invloed op deelname. Het hebben van minder dan drie personen binnen een huishouding wordt geassocieerd met het recent hebben laten maken

van een uitstrijkje (Coughlin et al., 2002).

Woonomgeving

Deelname aan het bevolkingsonderzoek hangt ook samen met de woonomgeving al zijn de meningen hierover enigszins verdeeld. Uit een onderzoek van Ter Bogt (2005) blijkt dat vrouwen uit sterk stedelijke gebieden (65.3%) aanzienlijk minder vaak deelnemen aan het bevolkingsonderzoek dan vrouwen in niet-stedelijke gebieden (74.1%). Ook Fukuda et al. (2005) komen in hun onderzoek onder Japanse vrouwen tot deze conclusie. Coughlin et al. (2002) hebben juist het tegenovergestelde vastgesteld. In hun onderzoek, uitgevoerd onder Amerikaanse vrouwen, komen zij tot de conclusie dat vrouwen afkomstig van het platteland minder vaak deelnemen aan het bevolkingsonderzoek dan vrouwen uit stedelijke gebieden. Als mogelijke verklaringen hiervoor geven zij de grotere afstanden tot medische faciliteiten en een lagere toegankelijkheid van diensten. Deze factoren worden beide geassocieerd met de lagere opleidings- en inkomensniveaus in landelijke gebieden. Deze verschillen werden echter alleen gevonden bij niet-blanke vrouwen.

Gezondheidsbeleving

Vrouwen die een slecht ervaren gezondheid hebben vertonen een lagere deelname (Maxwell, Bancej, Snider & Vik, 2001). Een goede of uitstekende gezondheidsstatus wordt juist geassocieerd met het recent hebben laten maken van een uitstrijkje (Coughlin et al., 2002). Ook een artsbezoek in het afgelopen jaar wordt geassocieerd met het recent hebben laten maken van een uitstrijkje (Coughlin et al., 2002).

In hoofdstuk 2 werd reeds vermeld dat er verschillen bestaan in deelname aan het bevolkingsonderzoek tussen vrouwen met een lage sociaal economische status en vrouwen met een hoge sociaal economische status. Ook bestaan er verschillen in deelname tussen autochtone- en allochtone vrouwen. Dit is zorgwekkend te noemen omdat er bij zowel vrouwen met een lage sociaal economische status als allochtone vrouwen vaker afwijkende uitstrijkjes worden gevonden. Hieronder zal dieper worden ingegaan op de determinanten van deelname van vrouwen met een lage sociaal economische status en allochtone vrouwen.

Allochtonen en autochtonen met lage sociaal economische status

Uit een onderzoek van Van Leeuwen et al. (2005) is naar voren gekomen dat er grote verschillen zijn tussen allochtone- en autochtone vrouwen en tussen de diverse sociaal economische status groepen voor wat betreft de deelname aan het bevolkingsonderzoek. Vrouwen die geboren zijn in Nederland nemen significant vaker deel aan het onderzoek dan vrouwen die geboren zijn in andere westerse of in niet-westerse. De non-response rates voor vrouwen die geboren zijn in Nederland 28.6%. De non-response rate voor vrouwen die geboren zijn in andere westerse of niet-westerse landen is voor beide 40.9%.

Verder stellen Van Leeuwen, et al (2005) dat de actieve participatie in de hoge sociaal economische status groep acht percentage punten hoger is dan in de lage sociaal economische status groep. Ook Ter Bogt (2005) stelt dat vrouwen uit buurten met een lager inkomen per inkomensontvanger minder vaak deelnemen aan het bevolkingsonderzoek dan vrouwen uit buurten met een hoger inkomen per inkomensontvanger, respectievelijk 62.9% en 68.0% (OR 0.80).

Voor allochtone vrouwen met een lage sociaal economische status ligt de opkomst lager dan voor autochtone vrouwen met een lage sociaal economische status. Etniciteit en sociaal economische status hebben, onafhankelijk van elkaar, invloed op de deelname; binnen alle bestudeerde etnische groepen zijn er verschillen geconstateerd tussen de diverse sociaal economische status groepen en vice versa (Van Leeuwen et al., 2005).

Er worden verschillende redenen gegeven waarom allochtone vrouwen en vrouwen met een lage sociaal economische status minder deelnemen aan screening. Uit een Australisch onderzoek in achterstandswijken, naar de verschillen tussen vrouwen die zich regelmatig laten screenen en vrouwen die dat niet doen, blijkt dat vrouwen die zich niet regelmatig laten screenen zich minder verantwoordelijk voelen voor hun gezondheid dan vrouwen die zich regelmatig laten screenen. Ze hebben ook meer last van negatieve gevoelens, zoals schaamte, nerveusheid en gespannenheid ten aanzien van het ondergaan van een test de volgende dag dan vrouwen die zich regelmatig laten screenen. Vrouwen die zich niet regelmatig laten screenen geven zelf aan dat zij het wel belangrijk vinden om een uitstrijkje te laten maken. Dit suggereert dat de reden waarom zij toch geen uitstrijkje laten maken eerder een kwestie van vergeten of uitstellen is dan van het bewust kiezen voor het niet laten maken van een uitstrijkje (Fernbach, 1999). Huismans (2001) gaf als belangrijkste reden voor de slechte deelname aan screening door Turkse en Marokkaanse vrouwen het niet machtig zijn van de Nederlandse taal. Ontevredenheid over de professionaliteit van de huisarts en het niet hebben van symptomen waren ook belangrijke redenen voor het niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek (Van Leeuwen et al., 2005).

Opleiding

Opleiding is van invloed op deelname aan het bevolkingsonderzoek. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen met een hogere opleiding vaker deelnemen aan screening. Onderwijs kan vrouwen er zich bewust van maken dat screening belangrijk is en zo hun bereidheid voor deelname vergroten. Bovendien zou onderwijs er ook voor kunnen zorgen dat vrouwen de informatie over screening en de gesprekken met artsen beter begrijpen en dat ze beter in staat zijn om de resultaten van de testen te interpreteren. Daarnaast vergroot onderwijs iemands eigen effectiviteit en zelfvertrouwen. Dit kan een positief effect hebben op de beslissing om deel te nemen aan screening (Sabates & Feinstein, 2006).

Opleiding is een sterke voorspeller van gezondheid. Laagopgeleiden zijn over het algemeen ongezonder dan mensen met een hoge opleiding (De Hollander, Hoeymans, Melse, Van Oers & Polder, 2006). De relatie tussen opleiding en gezondheid is voor vrouwen lineair; hoe hoger opgeleid

hoe beter de gezondheid. Opleiding is iets beter dan inkomen in staat om gezondheidsverschillen tussen autochtone en allochtone volwassenen te verklaren (Kunst, Dalstra, Bos, Mackenbach, Otten & Geurts, 2005).

3.2 Kenmerken van de organisatie van het bevolkingsonderzoek

Naast de bovengenoemde algemene achtergrondkenmerken zijn er ook kenmerken van de organisatie die van invloed zijn op de deelname aan het bevolkingsonderzoek. Zo is bijvoorbeeld de manier waarop vrouwen worden uitgenodigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek van invloed op de deelname. Na een uitnodiging door de huisarts is de participatie voor de gehele bevolking 7,9% hoger dan na een uitnodiging door de GGD. Dit verschil is groter in de groep vrouwen geboren in Marokko, Turkije, Suriname en de Nederlandse Antillen/Aruba, bij vrouwen uit de laagste leeftijdsgroep, bij vrouwen met een lage sociaal economische status en bij vrouwen uit een sterk stedelijk gebied. De verschillen zijn het groots bij niet-westerse vrouwen die tevens tot een andere beperkt deelnemende groep behoren. Zo is de participatie van niet-westerse vrouwen uit de lage en midden sociaal economisch status klassen 16,5% en 19,3% hoger bij een uitnodiging door de huisarts dan bij een uitnodiging door de GGD (De Nooijer, De Waart, Van Leeuwen & Spijker, 2005).

Ook de uitnodigingsprocedure die door een huisarts wordt gehanteerd is van invloed op de deelname. Kuiper, Holwerda & Dijkstra (2005) komen in hun onderzoek tot de conclusie dat een huisarts die vrouwen een brief stuurt met het verzoek om zelf een afspraak te maken een lagere opkomstpercentage (<68.4%) heeft dan een huisarts die in zijn brief een datum en tijdstip vermeldt waarop de vrouw kan komen om een uitstrijkje te laten maken (opkomstpercentage >78.3%).

3.3 Psychologische kenmerken

Naast de algemene achtergrondkenmerken en kenmerken van de organisatie zijn er ook psychologische kenmerken, zoals kennis, attitude, subjectieve norm & eigen effectiviteit, die van invloed zijn op de deelname aan het bevolkingsonderzoek. Voor het onderzoeken van al deze kenmerken wordt vaak gebruik gemaakt van psychologische gedragsdeterminanten modellen. Een vaak gebruikt model is de Theory of Planned Behavior van Icek Ajzen (1991).

Volgens de Theory of Planned Behavior oefenen de achtergrondkenmerken en de kenmerken van de organisatie invloed uit op het gedrag via de drie determinanten attitude, subjectieve norm & eigen effectiviteit en de gedragsintentie (zie figuur 1 voor een schematische weergave van de TPB).

Attitude

Een attitude is de eigen houding ten aanzien van een bepaald gedrag. Het weerspiegelt wat iemand van het gedrag vindt. Een attitude kan om die reden dus zowel positief als negatief zijn, en specifiek gedrag remmen, of juist aanzetten tot dit gedrag. Een attitude komt tot stand op basis van het

overwogen van de mogelijke consequenties van het gedrag (Conner & Norman, 2005).

Uit een onderzoek van Sutton & Rutherford (2005) gehouden onder Britse vrouwen, kwam naar voren dat attitudes ten aanzien van screening (bijvoorbeeld "Het heeft geen nut om deel te nemen aan screening als je geen symptomen hebt.") significante onafhankelijke voorspellers van deelname aan het bevolkingsonderzoek zijn. Vrouwen met een fatalistische attitude ten aanzien van gezondheid, of met de perceptie dat gezondheid wordt gestuurd door externe factoren (externe locus of control) vertonen ook een lagere deelname (Seow, Huang & Tay Straughan, 2000). Uit Amerikaans onderzoek naar de barrières ten aanzien van baarmoederhalskanker screening blijkt dat de intentie voor het ondergaan van een uitstrijkje een positieve relatie heeft met iemands attitude ten aanzien van de test (Burnett, Steakley & Tefft, 1995).

Kennis

Kennis valt binnen de TPB onder attitude. De kennis over baarmoederhalskanker is van invloed op de deelname. Een vrouw die weet wat baarmoederhalskanker is en die weet wat het doel van de screeningsmethoden zijn neemt eerder deel aan het bevolkingsonderzoek dan een vrouw die hier helemaal niets over weet (Bonelli, Branca, Ferreri, Barizzone, Rossi, Cedri, Bruzzi & Santi 1996; Lee, 2000).

Vrouwen die niet deelnemen aan het onderzoek denken dat baarmoederhalskanker minder ernstig is dan andere vormen van kanker. Denken dat het laten maken van een uitstrijkje niet noodzakelijk is als er geen klachten zijn is ook een reden voor niet-deelname (Eaker, Adami & Sparén, 2001).

Waargenomen morele plicht

De waargenomen morele plicht is waarschijnlijk van invloed op de attitude en op die manier weer van invloed op de intentie en het gedrag (Shepherd, Sparks & Guthrie, 1995).

De waargenomen morele plicht blijkt een factor te zijn die van invloed is op screeningsgedrag. Uit onderzoek van De Jong (2005) blijkt dat er een significant verschil is tussen wel- en niet-deelnemers aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker voor wat betreft de waargenomen morele plicht.

Subjectieve norm

De subjectieve norm is de sociale druk die iemand voelt om zich op een bepaalde manier te gedragen. De perceptie of belangrijke anderen denken dat iemand een bepaald gedrag wel of niet zou moeten vertonen. Ook de subjectieve norm kan zowel positief als negatief zijn (Conner & Norman, 2005).

Uit onderzoek van Knops-Dullens et al. (2004) blijkt dat vrouwen die deelnemer aan het bevolkingsonderzoek een significant positievere sociale invloed ervaren, meer rolmodellen hebben, vaker met anderen praten over het bevolkingsonderzoek en een meer positieve norm percipiëren voor wat betreft deelname. Ook Seow et al. (2000) kwamen in hun onderzoek tot de conclusie dat vrouwen die een uitstrijkje hebben laten maken vaker hechte vriendschappen onderhouden met personen met

wie zij over hun gezondheid kunnen praten.

Uit Amerikaans onderzoek naar de barrières ten aanzien van baarmoederhalskanker screening blijkt dat de intentie voor het ondergaan van een uitstrijkje een positieve relatie heeft met de invloed van belangrijke anderen (Burnett, Steakley & Tefft, 1995).

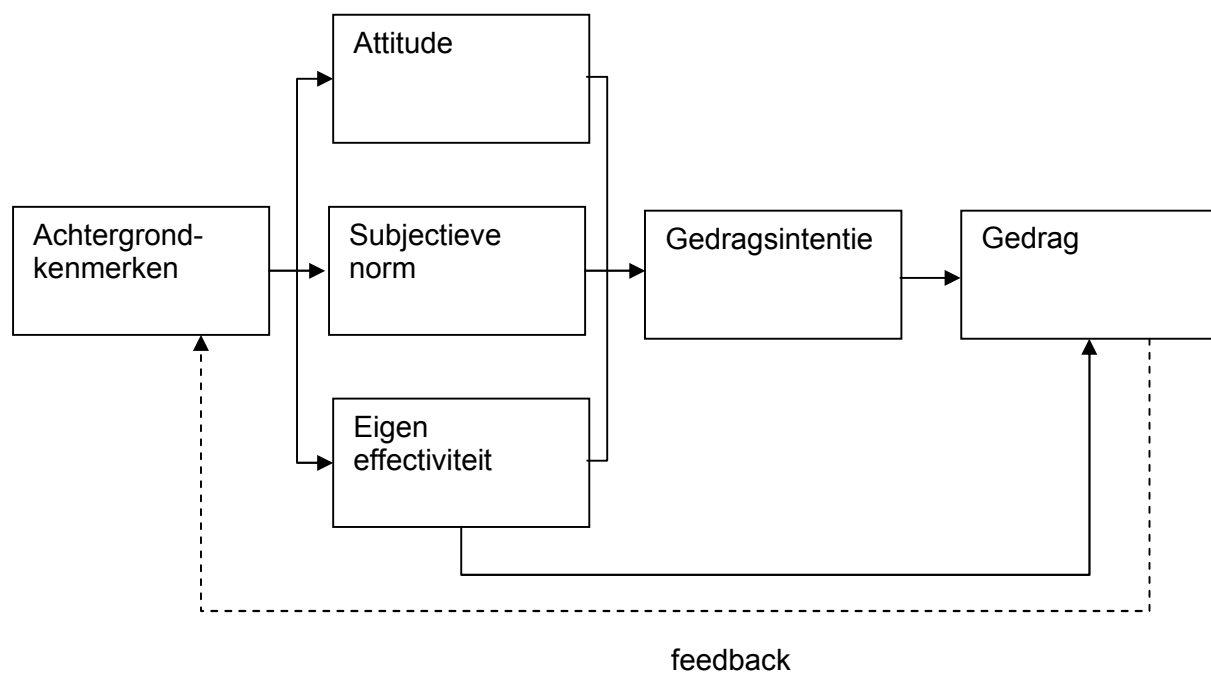
Eigen effectiviteit

Eigen effectiviteit is de inschatting van de eigen mogelijkheden om het gedrag uit te voeren. Voor het uitvoeren van bepaald gewenst gedrag is het van belang dat de persoon er zelf van overtuigd is dat hij/zij daadwerkelijk in staat is om dat gedrag te vertonen. Bovendien moet men ervan overtuigd zijn dat de noodzakelijke bronnen en kansen om het gedrag succesvol uit te voeren aanwezig zijn (Conner & Norman, 2005).

Uit onderzoek van Knops-Dullens et al. (2004) kwam naar voren dat de eigen effectiviteitverwachting van deelnemers significant hoger is in vergelijking tot niet-deelnemers ($p < .01$). Het zelf maken van een afspraak bij de huisarts blijkt voor niet-deelnemers veel moeilijker te zijn dan voor deelnemers ($p < .01$).

Het ervaren van emotionele nadelen van het bevolkingsonderzoek heeft een negatieve invloed op het deelnemen aan het bevolkingsonderzoek. Vrouwen die zich onzekerder voelen, angst hebben voor het laten maken van een uitstrijkje en die verwachten dat ze last krijgen van schaamtegevoelens tijdens het laten maken van een uitstrijkje, nemen minder vaak deel aan het bevolkingsonderzoek (Knops-Dullens et al., 2004).

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



Attitude, subjectieve norm en eigen effectiviteit voorspellen de gedragsintentie, die vervolgens het gedrag voorspelt. De theorie stelt ook dat de eigen effectiviteit de inschatting is van de voor het gedrag benodigde vaardigheden en (daardoor wellicht) van de mogelijkheid om barrières te overwinnen. Er wordt een directe invloed verondersteld van eigen effectiviteit 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.

Verschillen tussen allochtone en autochtone vrouwen met een lage sociaal economische status in gedragsintentie en gedrag zouden dus voort kunnen komen uit verschillen in opvattingen (attitude, subjectieve norm & eigen effectiviteit) en daardoor indirect uit de verschillen in kenmerken van de organisatie en verschillen in achtergrondkenmerken tussen deze twee groepen vrouwen. Verschillen zouden echter ook kunnen worden veroorzaakt door een andere werking van het model.

De TPB is al in veel gezondheidsonderzoeken met succes toegepast. Het model is succesvol gebleken bij het voorspellen van gezondheidsbeschermend gedrag zoals lichaamsbeweging, afvallen en condoom gebruik. Ook is de TPB verscheidene keren toegepast om screening gedrag te voorspellen. Voorbeelden hiervan zijn borstkanker zelfonderzoek en baarmoederhalskanker screening (Conner & Norman, 2005).

Bish, Sutton & Golombok (2000) hebben in hun onderzoek naar het voorspellen van de opkomst voor het laten maken van een uitstrijkje een vergelijking gemaakt tussen het Health Belief Model en de Theory of Planned Behavior. Resultaten van hun onderzoek tonen aan dat een positieve attitude ten aanzien van een uitstrijkje de beste voorspeller is voor een screening intentie. Tevens kwamen zij tot de conclusie dat de TPB verreweg het beste model is voor het voorspellen van screening intenties. De manier waarop de componenten van de modellen zijn geoperationaliseerd kan hierop echter wel van invloed zijn geweest.

3.4 Conclusies en onderzoeksvragen

Concluderend kan er worden gezegd dat naast algemene achtergrondkenmerken als leeftijd, burgerlijke staat, woonomgeving, opleiding en kennis ook kenmerken van de organisatie van invloed zijn op deelname aan het bevolkingsonderzoek. Verder is het hebben van een lage sociaal economische status negatief gecorreleerd aan deelname aan screening. Voor allochtone vrouwen met een lage sociaal economische status ligt de opkomst lager dan voor autochtone vrouwen met een lage sociaal economische status. Met name opleiding is hierbij van invloed. Psychologische kenmerken als attitude, subjectieve norm en eigen effectiviteit zijn ook medebepalend voor het al dan niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek. Het is belangrijk om de opkomst onder autochtone en allochtone vrouwen met een lage sociaal economisch status te verhogen omdat er juist bij deze

vrouwen vaker abnormale uitstrijkjes worden gevonden.

In dit onderzoek zal op een systematische manier de opvattingen worden geïnventariseerd van autochtone en allochtone vrouwen met een lage sociaal economische status. Uit eerdere onderzoeken, waarbij men getracht heeft om opvattingen over screening gedrag te onderzoeken is gebleken dat het TPB- model hierbij een bruikbaar hulpmiddel is. In dit onderzoek zal dan ook gebruik worden gemaakt van dit model.

De onderzoeksvragen waarop in dit onderzoek een antwoord wordt gezocht zijn:

1. *Welke opvattingen hebben Turkse- en Nederlandse vrouwen ten aanzien van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederkanker en in wel opzicht wijken Turkse- en Nederlandse vrouwen van elkaar af?*
2. *Welke TPB variabelen zijn het belangrijkste bij de beslissing om wel of niet deel te nemen en zijn bij Turkse vrouwen andere factoren belangrijk dan bij Nederlandse vrouwen?*

4 Methode gedragsdeterminantenonderzoek

Uit de voorgaande hoofdstukken kan worden afgeleid dat de opkomst bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker bij autochtone en allochtone vrouwen met een lage sociaal economische status lager is. Dit onderzoek is uitgevoerd om na te gaan wáárom de opkomst bij deze twee groepen lager is. Hiervoor is een vragenlijst uitgezet onder Nederlandse- en Turkse vrouwen met een lage sociaal economische status. Hiermee worden de achtergrondkenmerken, kennis, attitude, eigen effectiviteit en de sociale norm van deze groepen nader onderzocht.

In dit hoofdstuk zal dieper worden ingegaan op de respondenten & procedure, het onderzoeksinstrument en de statistische analyses.

4.1 Respondenten & procedure

Voor dit onderzoek zijn Nederlandse- en Turkse respondenten met een lage sociaal economische status in de leeftijd van 30-60 jaar benaderd.

Voor het benaderen van Turkse vrouwen is de hulp ingeroepen van Turkse Voorlichtsters Eigen Taal en Cultuur (VECT'ers). Zij hebben onder andere geholpen met het in contact komen met contactpersonen binnen buurtcentra. De Turkse respondenten zijn in Almelo, Enschede, Hengelo en Oldenzaal geworven bij de onderstaande locaties (tabel 1).

Voor het benaderen van Nederlandse vrouwen is eerst een wijkanalyse uitgevoerd voor de gemeenten Hengelo en Enschede. Dit is gedaan om te kunnen bepalen in welke wijken, binnen deze twee gemeenten, de meeste vrouwen met een lage sociaal economische status wonen. Hiervoor is niet alleen gebruik gemaakt van de internetsite van de gemeenten, maar is ook contact gezocht met sleutelfiguren binnen de gemeenten. Het interviewschema dat is gebruikt voor deze gesprekken is weer te vinden in bijlage 3. Voor de gemeente Hengelo kwamen hierbij de volgende wijken naar voren: Binnenstad, Hengelose Es, Berflo Es en Noord. Uit de wijkanalyse voor de gemeente Enschede is naar voren gekomen dat in de wijken Laares, Velve-Lindenhof, Cromhoffsbleek-Kotman, Pathmos, Stevenfenne, Mekkelholt, Deppenbroek, Wesselerbrink N.O., Wesselerbrink Z.O. en Dolphia de meeste mensen met een lage sociaal economische status wonen. De uitgevoerde analyses voor de gemeente Hengelo en Enschede zijn terug te vinden in respectievelijk bijlage 1 en 2.

Omdat Nederlandse vrouwen met een lage sociaal economische status slecht zijn georganiseerd, bleek het erg moeilijk te zijn om deze vrouwen te benaderen. Om te bepalen waar Nederlandse vrouwen het beste bereikt kunnen worden zijn er daarom gesprekken gevoerd met sleutelfiguren binnen de gemeente. Voor de gemeente Enschede is contact opgenomen met de Stadsdeelteams van de wijken Zuid, Centrum, Oost, West en Noord, dit omdat de desbetreffende achterstandbuurten in die wijken liggen. Vervolgens is er ook contact gezocht met Alifa. Alifa is verantwoordelijk voor het gehele wijkwerk, jongerenwerk, speeltuinwerk en peuterspeelzaalwerk in Enschede. Voor de gemeente Hengelo is contact opgenomen met de stadsdeelcoördinatoren/ stadsdeelregisseuren van

de wijken Noord, Berflo Es, Binnenstad en Hengelose Es. Deze stadsdeelcoördinatoren/stadsdeelregisseuren fungeren als contactpersoon voor de sociale aspecten in de wijk. Tevens is er contact gezocht met Wijkaanpak. Wijkaanpak is het centrale aanspreekpunt van de gemeente Hengelo voor informatie over sociale- en welzijnsvraagstukken. Het interviewschema dat is gebruikt voor de gesprekken met sleutelfiguren zijn weer te vinden in bijlage 4. Op basis van deze gesprekken zijn een aantal locaties geselecteerd (tabel1).

Tabel 1 geeft een overzicht van de locaties waar vrouwen zijn geworven voor dit onderzoek.

Tabel 1 Locaties waar vrouwen geworven zijn

Turks	Nederlands
1) Buurtcentra	1) Buurtcentra
2) Gezondheidscentra	2) Gezondheidscentra
3) Huisartsenpraktijken	3) Ambassadeurs ¹
	4) Vrouwencentrum
	5) Schoonmaakbedrijven ²
	6) ROC volwassen educatie
	7) De Waag ³
	8) Eigen omgeving

1) Ambassadeurs hebben als taak het bevorderen van gezondheid en welzijn van mensen in een uitkeringssituatie in diverse wijken in Hengelo

2) EW dienstengroep, Asito

3) Een re-integratie project voor langdurig WAO-ers

De vragenlijsten werden zoveel mogelijk ter plekke ingevuld. Voor het uitreiken van de vragenlijsten kreeg iedere respondent een korte uitleg over het doel van het onderzoek, het belang van hun medewerking hieraan en de beste manier van invullen van de vragenlijst. Bij de Turkse respondenten werd deze uitleg zowel in het Nederlands als in het Turks gegeven.

Als de vragenlijst ter plekke werd afgenomen dan was er tijdens het invullen van de vragenlijst altijd iemand aanwezig om eventuele problemen die iemand ondervond bij het invullen ervan op te lossen. Na het invullen en teruggeven van de vragenlijst werd aan de respondenten gevraagd om vragenlijsten mee te nemen voor vrouwelijke familieleden, vrienden en kennissen in de leeftijd van 30-60 jaar, zodat ook zij een vragenlijst in konden vullen. Bij deze vragenlijsten zat een gefrankeerde enveloppe, zodat hij kosteloos kon worden teruggestuurd. Als het voor de respondent niet mogelijk was om de vragenlijst ter plekke in te vullen dan kreeg zij een vragenlijst (met gefrankeerde antwoordenvolp) mee om deze thuis in te vullen. Er was zowel een Turkse als een Nederlandse versie van de vragenlijst beschikbaar en de respondenten konden zelf kiezen welke versie zij in wilden vullen.

4.2 Onderzoeksinstrument

Voor het ontwerpen van het onderzoeksinstrument is er eerst vooronderzoek uitgevoerd. Hiervoor zijn interviews gehouden onder Turkse Voorlichtsters Eigen Taal en Cultuur (VETC'ers) die werkzaam zijn in de regio Twente (n=10) (De Jong, 2005). Het interviewschema dat gebruikt is tijdens deze interviews en de belangrijkste resultaten van deze interviews zijn te vinden in respectievelijk bijlage 5 en 6. De vragenlijst voor de Nederlandse vrouwen was grotendeels identiek aan de vragenlijst voor Turkse vrouwen die werd ontwikkeld door De Jong (2005).

Het onderzoeksinstrument bevatte vrijwel alleen gesloten vragen. Alvorens de vragenlijst in gebruik werd genomen is deze eerst gepretest onder zowel de Turkse als de Nederlandse respondenten die behoren tot de doelgroep van dit onderzoek. Aan deze vrouwen werd gevraagd om de vragenlijst in te vullen en de eventuele problemen die zij daarbij ondervonden aan te geven. De vragenlijst is aangepast op basis van de resultaten van deze pretesten.

Om te voorkomen dat het niet beheersen van de Nederlandse taal, onder Turkse vrouwen, een barrière zou vormen voor deelname aan het onderzoek is de aangepaste vragenlijst vertaald naar het Turks. Deze vertaling is verzorgd door een professioneel vertaalbureau. De Nederlandse versie van de vragenlijst, zoals deze is gebruikt bij de Nederlandse respondenten, is weer te vinden in bijlage 7. Verschillen tussen de vragenlijsten, zoals deze zijn gebruikt bij de Turkse- en de Nederlandse respondenten, staan in het onderstaande gedeelte vermeld.

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

1. *Algemene achtergrondkenmerken*

Als algemene achtergrondkenmerken zijn leeftijd, burgerlijke staat, geboorteland zelf, geboorteland ouders, lengte van het verblijf in Nederland, beheersing van het Nederlands, het hebben van een vaste huisarts en het geslacht van de huisarts gemeten. Tevens is er gevraagd of er bij de desbetreffende persoon ooit baarmoederhalskanker is geconstateerd en of de baarmoeder is verwijderd. Daarnaast werden in de Turkse versie van de vragenlijst nog vragen gesteld over de toegang tot internet en het gebruik ervan. Aan de Nederlandse respondenten is ook gevraagd of de baarmoederhals is verwijderd. Verder zijn er aanvullend vragen gesteld over het aantal kinderen dat iemand heeft, hoeveel personen er in huis wonen, tevredenheid over de huisarts, de huidige werkzaamheden van de respondent zelf en eventuele partner, het netto maandinkomen en of ze al dan niet moeite hebben met rondkomen van het inkomen.

2. *Bekendheid met en deelname aan het bevolkingsonderzoek*

Om de bekendheid met en de deelname aan het bevolkingsonderzoek te meten is gevraagd of iemand ooit een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek heeft ontvangen, het jaartal waarop iemand voor het laatst een uitstrijkje heeft laten maken en hoe vaak iemand (na het krijgen van een uitnodiging) een uitstrijkje heeft laten maken. Daarnaast werd er in de Turkse versie van de vragenlijst gevraagd of iemand alle keren (na het krijgen van een uitnodiging) een uitstrijkje heeft laten maken en of iemand de laatste keer (na het krijgen van een uitnodiging) een uitstrijkje heeft laten maken. In de

Nederlandse versie van de vragenlijst is ook gevraagd naar de bekendheid met het bevolkingsonderzoek en hoe vaak iemand een uitnodiging heeft gekregen voor het laten maken van een uitstrijkje.

3. *Kennis*

Voor het meten van de kennis over baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek werd gebruik gemaakt van de acht items. Bij drie van deze items was het antwoord 'waar' het juiste antwoord en bij vijf van de items het antwoord 'niet waar'. Per item kon gekozen worden uit drie antwoordcategorieën: waar, weet ik niet, niet waar. Het item 'Het is belangrijk om ook de laatste keer dat je een uitnodiging krijgt (op je 60^{ste}) een uitstrijkje te laten maken' is aan de Nederlandse versie van de vragenlijst toegevoegd, maar niet meegenomen in de berekeningen. Verder is in de Nederlandse versie de volgorde van de items en het taalgebruik aangepast.

De items beslaan allemaal een ander deel van de kennis over baarmoederhalskanker of het bevolkingsonderzoek. Voor alle items uit de kennisschaal is voor een juist antwoord een score van +1 toegekend. Voor een onjuist antwoord of als de respondent aangaf het antwoord niet te weten is een score van 0 toegekend. Per respondent werd een kennisscore berekend door de scores op de acht items te sommeren. Over de acht items werd een betrouwbaarheid gemeten van 0,47 (Cronbach's alpha).

4. *Waargenomen morele plicht*

De waargenomen morele plicht is in dit onderzoek gemeten met de vraag: 'Ik vind het mijn plicht om een uitstrijkje te laten maken als ik daarvoor wordt opgeroepen' (zeer oneens (1) zeer eens (5)).

5. *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 (2006) voor het opstellen van een TPB-vragenlijst.

De attitude ten aanzien van deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is gemeten met drie items. De items die zijn gebruikt voor deze schaal zijn: 'Ik vind meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker zeer zinloos (1) ... zeer zinvol (5)', 'Ik vind meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker zeer onbelangrijk (1) ... zeer belangrijk (5) en 'Ik vind meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker zeer slecht (1) ... zeer goed (5). De interne betrouwbaarheid voor de attitude was voldoende (Cronbach's alpha = 0,70).

Er zijn 10 belief-items opgenomen in de vragenlijst. Het item 'Ik mag van mijn geloof geen uitstrijkje laten maken' is in de Nederlandse versie van de vragenlijst als voordeel en niet zoals in de Turkse versie als nadeel gepresenteerd. Het item 'Je moet baarmoederhalskanker niet willen tegengaan' is in de Nederlandse vragenlijst niet meegenomen. Van de 10 items zijn er acht gepresenteerd als nadeel en twee als voordeel. Een voorbeeld van een belief-item dat is gepresenteerd als nadeel is: 'Het laten

maken van een uitstrijkje vind ik pijnlijk' (zeer oneens (1) ... zeer eens (5)). Een voorbeeld van een belief-item dat is gepresenteerd als voordeel is: 'Een goede uitslag van het uitstrijkje geeft mij geruststelling' (zeer oneens (1) zeer eens (5)). De Cronbach's alpha voor de items die zijn gesteld als voordeel was 0,35 en voor de items die zijn gesteld als nadeel 0.70.

De subjectieve norm wordt gevormd door het product van de *normatieve verwachting* (zeven items) en de *geneigdheid om in te stemmen* met deze verwachting (zeven items). Een voorbeeld van een item over de normatieve verwachting is: 'Ik denk dat mijn moeder: vindt dat ik wel moet meedoen aan het onderzoek (+1) ... hier geen mening over heeft (0) ... vindt dat ik niet moet meedoen aan het onderzoek (-1)'. Een voorbeeld van item die de geneigdheid om in te stemmen met de normatieve verwachting meet is: '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 (0) ... zeer veel (4)). Bij iedere vraag over de normatieve verwachting en de geneigdheid om in te stemmen met die verwachting is de mogelijkheid gegeven om aan te geven dat een persoon in kwestie waarnaar gevraagd werd niet voorkwam in de omgeving. De items over de gezondheidsvoorlichtster zijn niet opgenomen in de Nederlandse vragenlijst. Over de zeven producten werd een interne betrouwbaarheid gemeten van 0,76 (Cronbach's alpha).

De eigen effectiviteit is gemeten met zes items. Een voorbeeld van zo'n item is: 'Het begrijpen van de uitnodigingsbrief is voor mij zeer moeilijk (1) zeer makkelijk (5)'. Het item 'Meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is voor mij zeer moeilijk (1) zeer makkelijk (5)' is aan de Nederlandse vragenlijst toegevoegd. De Cronbach's alpha voor de eigen effectiviteit was 0,81.

Naast de subjectieve norm is ook de communicatie met de omgeving gemeten: praat de respondent over het bevolkingsonderzoek met de belangrijke personen uit haar omgeving? Deze communicatie met de omgeving is gemeten aan de hand van zes items. Een voorbeeld van zo'n item is: 'Hebt u ooit gepraat met uw moeder over de uitnodiging die u hebt gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?' (nee (0) en ja (1)). Ook bij deze items kreeg de respondent de mogelijkheid om aan te geven dat deze persoon niet voorkwam in haar omgeving (0). Over de zes items werd een interne betrouwbaarheid gemeten, deze was 0,53 (Cronbach's alpha).

De gedragsintentie is in de Turkse versie van de vragenlijst op twee en in de Nederlandse versie op drie verschillende manieren gemeten. In beide versies is er 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 voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. In de Nederlandse vragenlijst is ook gevraagd naar de gedragsintentie voor het tenminste één keer deelnemen aan het bevolkingsonderzoek voor het 60^{ste} levensjaar. Deze vraag is niet meegenomen in de analyses. Over de twee overgebleven items werd een interne betrouwbaarheid gemeten van 0,93 (Cronbach's alpha).

Het gedrag waarnaar wordt gevraagd zijn: het jaartal van de laatste deelname aan het bevolkingsonderzoek en hoe vaak er een uitstrijkje is gemaakt in het kader van het bevolkingsonderzoek. Verder is er in de Turkse versie van de vragenlijst gevraagd naar wel/niet deelname bij het laatste bevolkingsonderzoek en wel/niet deelname bij alle keren dat iemand is uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek. In de Nederlandse versie van de vragenlijst is verder gevraagd naar hoe vaak iemand een uitnodiging heeft gekregen voor deelname aan het bevolkingsonderzoek.

4.3 Statistische analyses

In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van het gedragsdeterminantenonderzoek besproken. Allereerst zullen de frequentieanalyses van alle variabelen worden besproken. Vervolgens zal er worden ingegaan op de resultaten voor de Turkse- en Nederlandse vrouwen en de resultaten voor wel- niet deelnemers. Verschillen tussen deze groepen worden getoetst met de Mann-Whitney U toets en de Chi-kwadraattoets. Toetsing wordt tweezijdig uitgevoerd en voor alle analyses zal worden uitgegaan van een significantieniveau van $\alpha < 0.05$.

Om inzicht te krijgen in de samenhang tussen de gedragsdeterminanten, de intentie en het gedrag zal er een correlatieanalyse worden uitgevoerd. Omdat er geen sprake is van een normale verdeling wordt er gebruik gemaakt van de Spearman correlatiecoëfficiënt. Om het causale verband tussen de diverse variabelen vast te stellen wordt multiple regressie uitgevoerd.

Voor alle statistische analyses wordt gebruikt gemaakt van het programma SPSS, versie 12.0.

5 Resultaten gedragsdeterminantenonderzoek

5.1 Respons

Tabel 2 geeft een overzicht van de locaties waar vragenlijsten zijn uitgezet onder Nederlandse vrouwen. Tevens biedt de tabel een overzicht van de retour gekomen vragenlijsten per locatie en de daarbij behorende respons.

Tabel 2 Locaties uitgezette vragenlijsten onder Nederlandse vrouwen

	Uitgezet	Retour	Respons
Uitgezet in:	n	n	
1) Eigen omgeving	35	6	17%
2) Buurtcentrum	100	19	19%
3) Ambassadeurs	32	6	19%
4) Vrouwencentrum	70	21	30%
5) Schoonmaakbedrijf	100	10	10%
6) ROC	90	41	46%
7) Gezondheidscentrum	60	2	3%
8) De Waag	30	2	7%
<i>Totaal</i>	<i>517</i>	<i>107</i>	<i>21%</i>

De respons hing sterk af van de locatie waar geworven werd. Op de meeste locaties was de respons onder Nederlandse vrouwen laag (minder dan 20%). Met name bij het gezondheidscentrum en bij De Waag was deze zelfs zeer laag te noemen (respectievelijk 3% en 7%). Alleen bij het vrouwencentrum (30%) en het ROC (46%) was de respons hoger.

Onder de Nederlandse vrouwen zijn er in het totaal 517 vragenlijsten uitgezet, waarvan er 107 retour zijn gekomen. Dit is een respons van 21% (zie tabel 3).

Onder de Turkse vrouwen zijn 539 vragenlijsten uitgezet, hiervan zijn er 197 retour gekomen (zie tabel 3). De respons was wisselend. Van de 539 vragenlijsten zijn er 115 uitgezet via buurtcentra, gezondheidscentra en huisartsenpraktijken, hiervan zijn er 98 retour gekomen. De overige 424 vragenlijsten werden meegegeven aan respondenten voor familie en vriendinnen, hiervan zijn er 99 retour gekomen. Dit is een respons van respectievelijk 85% en 23%.

Tabel 3 Respons Turkse- en Nederlandse vrouwen met een lage sociaal economische status

	Turks	Nederlands
Aantal vragenlijsten	n	n
Uitgezet	539	517
Retour	197	107
Verwijderd vanwege		
- Incompleteet	2	1
- Baarmoeder verwijderd	14	9
- Te hoge SES	35	20
- Allochtoon	-	13
<i>Overgebleven</i>	<i>141</i>	<i>64</i>

Respondenten van wie de baarmoeder is verwijderd, die deze vraag niet hebben beantwoord, en respondenten met een te hoge sociaal economische status zijn niet meegenomen in de rest van het onderzoek. De sociaal economische status is gemeten aan de hand van opleiding, waarbij respondenten met een opleiding hoger dan MAVO uit het bestand zijn verwijderd. Tevens zijn bij de Nederlandse respondenten de respondenten die geboren zijn in het buitenland niet meegenomen in de rest van het onderzoek. De analyses zijn uitgevoerd op de overgebleven 141 Turkse- en 64 Nederlandse respondenten.

5.2 Beschrijving onderzoeksgroep

Tabel 4 biedt een overzicht van de algemene achtergrondkenmerken van de respondenten.

Tabel 4 Algemene achtergrondkenmerken

Variabelen	Antwoordcategorieën	Turks (139 ≤ n ≤ 141)		Nederlands (63 ≤ n ≤ 64)	
		n	%	n	%
Burgerlijke staat **	(1) Gehuwd/ samenwonend	121	86%	41	64%
	(2) Ongehuwd/ alleenstaand	20	14%	23	36%
Vaste huisarts	(1) Ja	138	99%	62	98%
	(2) Nee	1	1%	1	2%
Opleiding **	(1) Geen opleiding	27	19%	7	11%
	(2) Lager onderwijs	87	62%	17	27%
	(3) Lager middelbaar onderwijs/MAVO	27	19%	40	47%

Verschillen getoetst met Mann-Whitney U-test

* p = < .05

** p = < .01

De gemiddelde leeftijd van de Turkse respondenten was 43.2 jaar (n = 129, SD = 9.3). De gemiddelde leeftijd van de Nederlandse respondenten was 47.6 jaar (n = 64, SD = 9.0). Dit was een significant verschil ($p < .01$). De meeste Turkse- en Nederlandse respondenten waren getrouwd, al lag dit percentage bij de Turkse respondenten iets hoger. Ook hadden bijna alle Turkse- en Nederlandse respondenten een vast huisarts. De grootste groep Turkse respondenten had lager onderwijs als

hoogst genoten opleiding (62%), terwijl 40% van de Nederlandse respondenten lager middelbaar onderwijs/MAVO als hoogst genoten opleiding had. Dit was een significant verschil ($p < .01$).

Tabel 5 geeft een overzicht van de beheersing van de Nederlandse taal onder Turkse- en Nederlandse respondenten.

Tabel 5 Beheersing van de Nederlandse taal

Variabelen	Antwoordcategorieën	Turks (138 ≤ n ≤ 139)		Nederlands (n = 64)	
		n	%	n	%
Beheersing Nederlands **	(1) Onvoldoende	49	35%	-	-
	(2) Matig	67	48%	3	5%
	(3) Voldoende	12	9%	14	22%
	(4) Ruim voldoende	5	4%	16	25%
	(5) Goed	6	4%	31	48%
Begrip Nederlandse brief **	(1) Niets uit die brief	43	31%	-	-
	(2) Een klein gedeelte uit die brief	57	41%	-	-
	(3) Ongeveer de helft van die brief	15	11%	5	8%
	(4) Een groot gedeelte van die brief	13	9%	25	39%
	(5) Alles uit die brief	10	7%	34	53%

Verschillen getoetst met Mann-Whitney U-test

** $p < .01$

Een groot gedeelte van de Turkse respondenten (83%) had naar eigen zeggen een onvoldoende of matige beheersing van de Nederlandse taal. Bij de meeste Nederlandse respondenten was de beheersing van de Nederlandse taal juist ruim voldoende of goed (73%). Verder gaven 100 van de Turkse (72%) en geen één van de Nederlandse respondenten aan niets of een klein gedeelte van een Nederlandse brief te begrijpen. Bij de Nederlandse respondenten gaf juist 92% aan een groot gedeelte van of alles uit een Nederlandse brief te begrijpen. De verschillen tussen de Turkse- en Nederlandse respondenten voor zowel de beheersing van de Nederlandse taal als het begrip voor een Nederlandse brief was significant ($p < .01$).

5.3 Bekendheid met onderzoek & uitnodiging

Uit tabel 6 kan worden afgeleid dat de meerderheid van de Turkse- en Nederlandse respondenten aangeeft de voorkeur te hebben voor een uitnodiging per brief. Als er wordt gekeken naar de verschillen tussen de groepen dan valt op dat meer Nederlandse- dan Turkse respondenten de uitnodigingsbrief hebben gelezen (respectievelijk 97% en 75%). Dit is een significant verschil ($p < .01$). De folder werd ook vaker door Nederlandse- dan door Turkse respondenten gelezen (respectievelijk 82% en 71%). Verder gaf 96% van de Turkse- en 73% van de Nederlandse respondenten aan dat ze een voorlichtingsbijeenkomst zouden bezoeken. Dit is een significant verschil ($p < .01$).

Tabel 6 Bekendheid met onderzoek en uitnodiging

Variabelen	Antwoordcategorieën	Turks (122 ≤ n ≤ 140)		Nederlands (59 ≤ n ≤ 63)	
		n	%	n	%
Bekend met onderzoek	(1) Ja	126	90%	60	95%
	(2) Nee	14	10%	3	5%
Uitnodigingsbrief gelezen? **	(1) Ja	99	75%	60	97%
	(2) Nee	33	25%	2	3%
Folder gelezen?	(1) Ja	86	71%	51	82%
	(2) Nee	36	30%	11	18%
Voorkeur wijze uitnodiging	(1) Per telefoon	3	2%	3	5%
	(2) Per brief	130	98%	58	95%
Zou u een voorlichtingsbijeenkomst bezoeken? **	(1) Ja	130	96%	43	73%
	(2) Nee	6	4%	16	27%

1) Verschillen zijn getoetst met chi-kwadraat toets

2) * $p < .05$

** $p < .01$

5.4 Kennis

In tabel 7 worden de frequenties van de juist beantwoorde kennisvragen en de totaalscore weergegeven.

Tabel 7 Frequenties juist beantwoorde kennisvragen en totaalscore op de kennisvragen

Kennisvragen	Turks (n = 141)	Nederlands (n = 64)
	%	%
1. Iedere vrouw kan baarmoederhalskanker krijgen, ook al heeft zij geen klachten	76%	80%
2. Als BMHK in een vroeg stadium wordt opgespoord, is het voor vrijwel 100% te genezen	56%	55%
3. Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich meestal snel **	5%	17%
4. Baarmoederhalskanker komt niet meer voor na de overgang **	28%	48%
5. Het uitstrijkje kan altijd door een vrouwelijke arts of -assistente worden uitgevoerd *	48%	64%
6. Baarmoederhalskanker is eigenlijk altijd goed te genezen **	5%	16%
7. Als je in de oproepperiode zwanger bent, dan hoef je het uitstrijkje niet in te halen	36%	33%
8. Je bent verplicht om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar BHK **	13%	88%
<i>Totaalscore (0-8) **</i>	<i>2.7</i>	<i>4.0</i>

1) Stellingen 1, 2, 5 en 9 zijn waar (1); stellingen 3, 4, 6, 7 en 8 zijn niet waar (0)

2) Verschillen zijn getoetst met chi-kwadraat toets

3) * $p < .05$

** $p < .01$

Het gemiddeld totaal aantal goed beantwoorde vragen was bij de Turkse respondenten 2.7 en bij de Nederlandse respondenten 4.0. Nederlandse respondenten waren dus beter op de hoogte van baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker dan de Turkse respondenten ($p < .01$), maar de kennis was voor beide groepen zeer beperkt. Zo wist bijvoorbeeld 64% van de Turkse respondenten en 70% van de Nederlandse respondenten niet dat het uitstrijkje

moet worden ingehaald als je tijdens de oproepperiode zwanger bent. Daarnaast waren de respondenten slecht op de hoogte van het feit dat baarmoederhalskanker voor vrijwel 100% te genezen is, als deze in een vroeg stadium wordt opgespoord; slechts 56% van de Turkse en 55% van de Nederlandse respondenten was hiervan op de hoogte.

Als er wordt gekeken naar de verschillen tussen de groepen dan valt op dat meer Nederlandse respondenten (64%) dan Turkse respondenten (48%) ervan op de hoogte waren dat een uitstrijkje altijd door een vrouwelijke arts of –assistente kan worden uitgevoerd ($p = < .05$). Het grootste verschil tussen de Turkse- en Nederlandse respondenten kwam echter voor bij hun kennis over of ze al dan niet verplicht zijn om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Onder de Nederlandse respondenten wist 70% dat medewerking aan dit onderzoek niet verplicht is, bij de Turkse respondenten was slechts 13% hiervan op de hoogte ($p = < .01$). Ook op het kennisitem 'baarmoederhalskanker is eigenlijk altijd goed te genezen' werd zeer slecht gescoord: 95% van de Turkse respondenten en 86% van de Nederlandse respondenten wist niet dat dit onjuist is ($p = < .01$). Verder dacht 95% van de Turkse respondenten en 89% van de Nederlandse respondenten dat baarmoederhalskanker zich snel ontwikkelt, terwijl dat niet het geval is ($p = < .01$). Ten slotte wist 72% van de Turkse respondenten en 64% van de Nederlandse respondenten niet dat baarmoederhalskanker ook na de overgang nog steeds voorkomt ($p = < .01$).

5.5 Waargenomen morele plicht

Om te kunnen zien wat de waargenomen morele plicht is ten aanzien van deelname aan het bevolkingsonderzoek, zijn de frequenties en gemiddelde scores voor de morele plicht berekend (tabel 8).

Tabel 8 Frequenties en gemiddelde scores van de waargenomen morele plicht

	Turks (n = 137)							Nederlands (n = 64)						
	1	2	3	4	5	Gem	SD	1	2	3	4	5	Gem	SD
Waargenomen morele plicht														
Ik vind het mijn plicht om een uitstrijkje te laten maken **	5%	1%	2%	7%	85%	4.7	1.0	11%	6%	19%	17%	47%	3.8	1.4

1. De antwoordcategorieën variëren van 1= zeer oneens, 2= beetje oneens, 3= niet oneens/niet eens, 4= beetje eens tot 5= zeer eens.

2. Verschillen getoetst met Mann-Whitney U-test

3. ** $p = < .01$

De meeste respondenten voelden een morele verplichting om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek, al ligt het percentage voor de Turkse respondenten wat hoger dan voor de Nederlandse respondenten, respectievelijk 92% en 64%. Dit is een significant verschil ($p = < .01$).

5.6 TPB-variabelen

5.6.1 Attitude

In tabel 9 zijn de frequenties en de gemiddelde scores van de algemene attitude ten aanzien van deelname aan het bevolkingsonderzoek weergegeven.

Tabel 9 Frequenties en gemiddelde scores op de attitude-items

Attitude	Turks (136 ≤ n ≤ 138)								Nederlands (63 ≤ n ≤ 64)							
	Ik vind meedoen aan het bevolkingsonderzoek								Ik vind meedoen aan het bevolkingsonderzoek							
	1	2	3	4	5	Gem	SD		1	2	3	4	5	Gem	SD	
(1) ¹ Zeer zinloos ... (5) Zeer zinvol **	-	-	3%	1%	96%	4.9	0.3		-	2%	3%	9%	86%	4.8	0.6	
(2) ² Zeer onbelangrijk ... (5) Zeer belangrijk*	1%	-	2%	3%	95%	4.9	0.4		-	-	-	16%	84%	4.8	0.4	
(3) ³ Zeer slecht (5) Zeer goed	1%	-	1%	3%	96%	4.9	0.4		-	-	2%	8%	91%	4.9	0.4	
<i>Gemiddelde totaalscore (1-5)</i>									<i>4.9 0.3</i>							
									<i>4.8 0.4</i>							

1) De antwoordcategorieën variëren van 1 = zeer zinloos, 2 = beetje zinloos, 3 = niet zinloos, niet zinvol, 4 = beetje zinvol tot 5 = zeer zinvol.

2) De antwoordcategorieën variëren van 1 = zeer onbelangrijk, 2 = beetje onbelangrijk, 3 = niet onbelangrijk, niet belangrijk, 4 = beetje belangrijk tot 5 = zeer belangrijk.

3) De antwoordcategorieën variëren van 1 = zeer slecht, 2 = beetje slecht, 3 = niet slecht, niet goed, 4 = beetje goed, 5 = zeer goed.

4) Verschillen zijn getoetst met de Mann-Whitney U-test

5) * p = < .05

6) ** p = < .01

De algemene attitude van de Turkse respondenten ten aanzien van deelname aan het bevolkingsonderzoek was zeer positief: 96% van de respondenten vond het zeer zinvol en zeer goed en 95% vond het belangrijk om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek. Bij de Nederlandse respondenten waren deze cijfers iets gematigder. Van hen vond 91% het zeer goed om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek, 86% vond het zeer zinvol en 84% vond het zeer belangrijk.

5.6.2 Subjectieve norm en communicatie met omgeving

De subjectieve norm wordt gevormd door het product van de normatieve verwachting (nb) en de geneigdheid om in te stemmen met deze verwachting (mc). In tabel 10 zijn de scores op de subjectieve norm weergegeven.

Tabel 10 Scores op de subjectieve norm (nb x mc)

Subjectieve norm	Turks (121 ≤ n ≤ 131)		Nederlands (n = 63)	
	Gem	SD	Gem	SD
Huisarts	2.4	1.6	2.5	1.5
Vriendin(nen)	1.2	1.5	1.4	1.6
Partner	1.3	1.8	1.2	1.6
Omgeving algemeen	1.1	1.3	1.2	1.5
Kind(eren)	0.9	1.7	1.1	1.7
Moeder **	0.5	1.2	1.1	1.6
Schoonmoeder *	0.3	1.0	0.5	1.1
<i>Gemiddelde totaalscore</i>	<i>1.0</i>	<i>1.0</i>	<i>1.3</i>	<i>1.0</i>

De spreiding van de antwoordcategorieën loopt van -4 ... +4

Verschillen getoetst met Mann-Whitney U-test

* p = < .05

** p = < .01

Over het algemeen ondervonden zowel de Turkse- als de Nederlandse respondenten geen of een licht positieve druk van mensen uit hun omgeving. De meeste Turkse- en Nederlandse respondenten waren van mening dat hun huisarts positief denkt over deelname aan het onderzoek (respectievelijk 83% en 95%). Ook trokken zowel de Turkse- als de Nederlandse respondenten zich veel tot zeer veel aan van de mening van hun huisarts (respectievelijk 80% en 73%). Verder dachten de meeste Turkse- en Nederlandse respondenten dat hun schoonmoeder geen mening heeft over deelname aan het bevolkingsonderzoek (respectievelijk 65% en 52%). Zowel de Turkse- als de Nederlandse respondenten trokken zich niets tot zeer weinig aan van de mening van hun schoonmoeder (respectievelijk 81% en 78%).

In tabel 11 zijn de frequenties en de totaalscore van communicatie met mensen uit de omgeving te vinden.

Tabel 11 Frequenties en totaalscore van communicatie met mensen uit de omgeving over het bevolkingsonderzoek

Communicatie met	Turks (133 ≤ n ≤ 138)			Nederlands (n = 64)		
	Ja	Nee	Afwezig	Ja	Nee	Afwezig
Vriendin(nen) **	78%	21%	1%	58%	39%	3%
Partner	68%	26%	6%	66%	13%	22%
Huisarts	40%	59%	1%	52%	48%	-
Moeder **	16%	43%	41%	42%	31%	27%
Kind(eren)	30%	69%	2%	31%	53%	16%
Schoonmoeder *	10%	55%	36%	20%	38%	42%
<i>Totaalscore (0/5)</i>	2.7			2.7		

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

2) Verschillen zijn getoetst met chi-kwadraat toets

3) * p = < .05

4) ** p = < .01

Turkse- en Nederlandse respondenten praatten het meest met hun vriendinnen (respectievelijk 78% en 58%) en hun partner (respectievelijk 68% en 66%) over het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Echter bij vriendinnen lag het percentage bij Nederlandse respondenten een stuk lager dan bij Turkse respondenten zijn ($p = < .01$).

Verder valt op dat zowel de Turkse- als de Nederlandse respondenten het minst met hun schoonmoeder praatten over het bevolkingsonderzoek.

5.6.3 Eigen effectiviteit

De frequentie en gemiddelde scores op items over de eigen effectiviteit zijn weergegeven in tabel 12.

Tabel 12 Frequenties en gemiddelde scores op de items over de eigen effectiviteit

Eigen effectiviteit	Turks (134 ≤ n ≤ 135)							Nederlands (n = 64)						
	1	2	3	4	5	Gem	SD	1	2	3	4	5	Gem	SD
1. Het begrijpen van de uitnodigingsbrief is voor mij: **	10%	24%	12%	11%	42%	3.5	1.5	-	6%	11%	20%	63%	4.4	0.9
2. Een telefonische afspraak maken met een huisarts voor een uitstrijkje is voor mij: **	19%	19%	11%	7%	44%	3.4	1.6	-	8%	11%	13%	69%	4.4	1.0
3. Onthouden om de huisarts te bellen om een afspraak te maken voor een uitstrijkje is voor mij: **	16%	19%	11%	10%	44%	3.5	1.6	-	2%	6%	19%	73%	4.6	0.7
4. Naar de huisartsen-praktijk toegaan is voor mij: *	7%	10%	11%	16%	55%	4.0	1.3	-	6%	6%	20%	67%	4.5	0.9
5. Tijd vrij maken voor het bevolkingsonderzoek is voor mij:	-	3%	7%	13%	76%	4.6	0.8	3%	2%	6%	17%	72%	4.5	0.9
Gemiddelde totaalscore **	3.9 1.0							4.4 0.7						

1) De antwoordcategorieën variëren van 1= zeer moeilijk, 2= beetje moeilijk, 3= niet moeilijk/niet makkelijk, 4= beetje makkelijk tot 5= zeer makkelijk.

2) Verschillen zijn getoetst met de Mann-Whitney U-test

3) * $p < .05$

4) ** $p < .01$

Voor Nederlandse respondenten lijkt het deelnemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker gemakkelijker te zijn dan voor Turkse vrouwen ($p < .01$). De Nederlandse respondenten hadden alleen iets meer moeite (5%) met tijd vrijmaken voor het onderzoek dan Turkse respondenten (3%). Van de Turkse respondenten had 19% zeer veel moeite met het begrijpen van de uitnodigingsbrief. Ook gaf 16% van hen aan het erg moeilijk te vinden om te onthouden om de huisarts te bellen voor het maken van een afspraak voor het laten maken van een uitstrijkje.

5.6.4 Beliefs

In tabel 13 zijn de frequenties en de gemiddelde scores op de belief-items weergegeven.

Tabel 13 Frequenties en gemiddelde scores op de belief-items (Turks $132 \leq n \leq 141$ & Nederlands $61 \leq n \leq 64$)

Beliefs		1	2	3	4	5	Gem	SD
	Turks/ LSES	zeer oneens	beetje oneens	niet oneens/ niet eens	beetje eens	zeer eens		
<i>Items gesteld als nadeel</i>								
1. Het laten maken van een uitstrijkje vind ik pijnlijk.	Turks	52%	12%	5%	21%	10%	3.7	1.5
	NED	30%	24%	16%	27%	3%	3.5	1.3
2. Het laten maken van een uitstrijkje maakt mij angstig.	Turks	50%	10%	6%	20%	15%	3.6	1.6
	NED	35%	10%	16%	29%	11%	3.3	1.5
3. Ik schaam mij als een mannelijk dokter of assistent een uitstrijkje bij mij maakt. **	Turks	27%	9%	3%	21%	40%	2.6	1.7
	NED	30%	11%	20%	34%	5%	3.3	1.3
4. Ik schaam mij als een vrouwelijke dokter of assistent een uitstrijkje bij mij maakt.	Turks	56%	9%	3%	18%	14%	3.8	1.6
	NED	44%	20%	22%	14%	-	3.9	1.1
5. Ik ben bang voor de uitslag van een uitstrijkje.	Turks	27%	14%	5%	27%	27%	2.9	1.6
	NED	18%	25%	11%	44%	2%	3.1	1.2
6. Ik vind het niet nodig om een uitstrijkje te laten maken als ik geen klachten heb.	Turks	79%	2%	4%	4%	12%	4.3	1.4
	NED	67%	3%	16%	5%	9%	4.1	1.4
7. Als je BMHK krijgt dan is dat Gods wil en daar moet je niets aan willen veranderen. **	Turks	74%	5%	3%	2%	15%	4.2	1.5
	NED	89%	2%	8%	-	2%	4.8	0.7
8. Het laten maken van een uitstrijkje kost veel tijd.	Turks	66%	6%	2%	10%	16%	4.0	1.6
	NED	62%	16%	11%	5%	6%	4.2	1.2
<i>Gem totaalscores items gesteld als nadeel</i>	<i>Turks</i>						3.6	0.9
	<i>NED</i>						3.8	0.7
<i>Items gesteld als voordeel</i>								
9. Een goede uitslag van een uitstrijkje geeft mij een gerustgesteld gevoel. **	Turks	2%	-	-	2%	96%	4.9	0.5
	NED	3%	-	5%	11%	81%	4.0	1.1
10. Ik kan mij goed laten behandelen tegen de (voorstadia van) BMHK als de uitslag van het uitstrijkje slecht blijkt te zijn. **	Turks	2%	2%	4%	13%	78%	4.6	0.8
	NED	3%	3%	29%	19%	45%	4.7	0.8
<i>Gem totaalscore items gesteld als voordeel **</i>	<i>Turks</i>						4.8	0.5
	<i>NED</i>						3.6	0.9

1) Voor de frequenties op de individuele items zijn de originele percentages voor de waarden 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 omgeschaald.

2) Verschillen zijn getoetst met de Mann-Whitney U-test

3) * $p < .05$

4) ** $p < .01$

Wat bij items die gesteld zijn als een nadeel het meeste opvalt is dat een groter deel van de Turkse respondenten (40%) dan van de Nederlandse respondenten (5%) zeer veel schaamte ervoer als het uitstrijkje door een man werd gemaakt ($p = < .01$). Deze schaamte ligt een stuk hoger in vergelijking tot de schaamte die werd ervaren als het uitstrijkje door een vrouwelijke arts of –assistente werd uitgevoerd. Onder de Turkse respondenten gaf 14% aan zich in die situatie erg te schamen, terwijl geen één van de Nederlandse respondenten aangaf zich dan zeer te schamen. Ook valt op dat bij zowel de Turkse- als de Nederlandse respondenten de meningen bij het item “Ik ben bang voor de uitslag van een uitstrijkje” sterk verdeeld zijn. Verder komt naar voren dat 15% van de Turkse respondenten en 2% van de Nederlandse respondenten het eens is met de stelling: “Als je baarmoederhalskanker krijgt dan is dat Gods wil en daar moet je niets aan willen veranderen” ($p = < .01$).

Bij de items die gesteld zijn als voordeel zit het grootste verschil tussen de Turkse- en de Nederlandse respondenten in het item: “Ik kan mij goed laten behandelen tegen de (voorstadia) van baarmoederhalskanker als de uitslag van het uitstrijkje slecht blijkt te zijn”. Onder de Turkse respondenten was 78% het daar mee eens, terwijl maar 45% van de Nederlandse respondenten daar hetzelfde over dacht ($p = < .01$).

5.6.5 Gedragsintentie

Tabel 14 geeft de frequenties en gemiddelden weer van de gedragsintentie om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek.

Tabel 14 Frequenties en gemiddelde scores op gedragsintentie (Turks & Nederlands)

Gedragsintentie	Turks (134 ≤ n ≤ 136)							Nederlands (60 ≤ n ≤ 62)						
	1	2	3	4	5	Gem	SD	1	2	3	4	5	Gem	SD
1. Eerstvolgende keer	7%	-	4%	20%	69%	4.4	1.1	2%	2%	8%	25%	64%	4.5	0.8
2. Alle volgende keren	5%	1%	2%	22%	69%	4.5	1.0	2%	2%	8%	21%	68%	4.5	0.8
3. Voor 60 ^{ste}	-	-	-	-	-	-	-	5%	2%	3%	22%	68%	4.5	1.0
tenminste 1 keer														

1). De antwoordcategorieën variëren van 1= beslist niet, 2= waarschijnlijk niet, 3= weet ik niet, 4= waarschijnlijk wel tot 5= beslist wel.

2) Verschillen zijn getoetst met de Mann-Whitney U-test

3) * $p = < .05$

4) ** $p = < .01$

De meeste Turkse- en Nederlandse respondenten hebben de intentie om een volgende keer of alle volgende keren deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. Ook geeft 90% van de Nederlandse respondenten aan dat ze de intentie hebben om voor hun 60^{ste} tenminste één keer deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. De gedragsintentie voor de Turkse- en Nederlandse vrouwen werd berekend over de eerste twee items. Hierbij zijn geen significante verschillen gevonden.

5.6.6 Gedrag

Tabel 15 geeft een overzicht van de deelname van Turkse- en Nederlandse respondenten aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

Tabel 15 Deelname Turkse- en Nederlandse vrouwen

Deelname	Turks (n=131)		Nederlands (n=58)	
	n	%	n	%
Ja	88	67%	44	76%
Nee	43	33%	14	24%

Onder de 205 respondenten (141 Turkse en 64 Nederlandse) waren er 132 wel-deelnemers (64%) en 57 niet-deelnemers (28%) als het gaat om deelname aan het laatste bevolkingsonderzoek. Van 16 respondenten (8%) was niet bekend of zij de afgelopen keer hebben deelgenomen. Van de niet-deelnemers onder de Nederlandse respondenten geeft één respondent (7%) aan nooit een uitnodiging te hebben ontvangen. Onder de Turkse niet-deelnemers geven 29 respondenten (67%) aan nooit een uitnodiging te hebben ontvangen. Zowel bij de Turkse respondenten ($p < .01$) als bij de Nederlandse respondenten ($p < .05$) zat een significant verschil tussen deelname aan het laatste bevolkingsonderzoek en het ooit hebben ontvangen van een uitnodiging.

5.7 Verbanden tussen constructen

In de tabellen 16 & 17 zijn de correlaties tussen de verschillende TPB-variabelen bij respectievelijk de Turkse- en de Nederlandse respondenten weer te vinden.

**Tabel 16 Correlaties tussen de verschillende TPB-variabelen bij Turkse respondenten
(128 ≤ n ≤ 141)**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Gedrag	1	.10	.19*	.03	.08	.21*	.10	-.04	.07	.25**
2 Intentie		1	.33**	.12	.28**	.06	.02	-.06	.23**	.23**
3 Attitude			1	.12	.31**	.08	-.03	.15	.14	.18*
4 Subjectieve norm				1	-.08	.02	.18*	-.04	-.02	.01
5 Eigen effectiviteit					1	-.08	-.00	.16	.30**	.35**
6 Kennis						1	.03	.07	-.01	.06
7 Communicatie							1	-.07	-.04	.13
8 Beliefs-voordeel								1	.10	.24**
9 Beliefs-nadeel									1	.23**
10 Morele plicht										1

Correlaties zijn getoetst met Spearman

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Zoals verwacht is er een significante correlatie tussen gedrag en attitude ($r = .33$) en kennis ($r = .21$). Ook is er een significante correlatie tussen gedrag en morele plicht ($r = .25$). Er is echter geen sterk verband tussen gedrag en intentie en dat werd wel verwacht. Ook is er geen significante correlatie tussen gedrag en de overige variabelen. Voor wat betreft intentie kan er worden vastgesteld dat deze significant correleert met attitude ($r = .33$), eigen effectiviteit ($r = .28$), beliefs-nadeel ($r = .23$) en morele plicht ($r = .23$). De verwachting was dat intentie ook significant zou correleren met de overige variabelen, dit was echter niet het geval. Verder kan worden vastgesteld dat er een significante correlatie is tussen attitude en morele plicht ($r = .18$). Er is echter geen significante correlatie gevonden tussen attitude en kennis, dit werd wel verwacht. Het sterkste verband is gevonden tussen eigen effectiviteit en morele plicht ($r = .35$). Wat verder opvalt, is dat morele plicht met de meeste variabelen een sterk verband vertoont.

Tabel 17 Correlaties tussen de verschillende TPB-variabelen bij Nederlandse respondenten ($61 \leq n \leq 64$)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Gedrag	1	.50**	.27*	.18	.18	.33*	.10	.13	.42**	.29*
2 Intentie		1	.61**	.24	.12	.23	.09	.32*	.31*	.33**
3 Attitude			1	.24	.28*	.14	.03	.22	.22	.34**
4 Subjectieve norm				1	.13	.27*	.26*	.31*	.11	.39**
5 Eigen effectiviteit					1	.16	.37**	.07	.53**	.19
6 Kennis						1	.20	.28*	.28*	.06
7 Communicatie							1	0.1	.25*	-.05
8 Beliefs-voordeel								1	.23	.34**
9 Beliefs-nadeel									1	.33**
10 Morele plicht										1

Correlaties zijn getoetst met Spearman

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Zoals verwacht is er een significante correlatie tussen gedrag en intentie ($r = .50$), attitude ($r = .27$) en kennis ($r = .33$) en beliefs-nadeel ($r = .42$). Ook is er een significante correlatie tussen gedrag en morele plicht ($r = .29$). Er is echter geen significante correlatie tussen gedrag en de overige variabelen. Voor wat betreft intentie kan er worden vastgesteld dat deze significant correleert met attitude ($r = .61$), beliefs-voordeel ($r = .32$), beliefs-nadeel ($r = .31$) en morele plicht ($r = .33$). De verwachting was dat intentie ook significant zou correleren met de overige variabelen, dit was echter niet het geval. Wel kan worden vastgesteld dat er een significante correlatie is tussen attitude en morele plicht ($r = .34$). Er is echter geen significante correlatie gevonden tussen attitude en kennis. Ook bij de Nederlandse vrouwen vertoont de morele plicht met de meeste variabelen een sterk verband.

In tabel 18 zijn de resultaten van de regressieanalyse met intentie als afhankelijke variabele en de TPB-variabelen als voorspellers weer te vinden voor zowel de Turkse- als de Nederlandse respondenten.

Tabel 18 Regressieanalyse intentie

Intentie	Turks	Nederlands
	β	β
Attitude	.20*	.76**
Subjectieve norm	.05	.01
Eigen effectiviteit	.18	.08
Communicatie	.03	.08
Morele plicht	.02	.11
Kennis	.03	.01
	$R^2 = .10$	$R^2 = .62$

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Bij de Turkse vrouwen wordt 10% van de variantie van intentie verklaard door de variabelen attitude, subjectieve norm, eigen effectiviteit, communicatie, morele plicht en kennis $F(2,08)$, dit is niet significant. Bij de Nederlandse vrouwen wordt 62% van de intentie verklaard door de overige variabelen ($F = 14,85$; $p < .01$). Bij beide groepen vrouwen is attitude de belangrijkste voorspeller van intentie.

In tabel 19 zijn de resultaten van de regressieanalyse met gedrag als afhankelijke variabele en de TPB-variabelen als voorspellers weer te vinden voor zowel de Turkse- als de Nederlandse respondenten.

Tabel 19 Regressieanalyse gedrag

Gedrag	Turks	Nederlands
	β	β
Intentie	.06	.46**
Attitude	.12	.00
Subjectieve norm	.08	.08
Eigen effectiviteit	.08	.21
Communicatie	.15	.02
Morele plicht	.18	.20
Kennis	.20*	.06
	$R^2 = .13$	$R^2 = .38$

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Bij de Turkse vrouwen wordt 13% van de variantie van gedrag verklaard door de variabelen intentie, attitude, subjectieve norm, eigen effectiviteit, communicatie, morele plicht en kennis ($F = 2,27$; $p < .05$). Bij de Nederlandse vrouwen wordt 38% van de intentie verklaard door de overige variabelen ($F = 4,18$; $p < .01$).

Uit de logistische regressieanalyse kan worden afgeleid dat bij de Turkse respondenten kennis de belangrijkste voorspeller is van gedrag ($p < .05$), terwijl bij de Nederlandse respondenten intentie de belangrijkste voorspeller is van gedrag ($p < .05$).

5.8 Vergelijking van wel-deelnemers en niet-deelnemers

De wel- en niet-deelnemers aan het laatste bevolkingsonderzoek verschilden niet van elkaar wat betreft leeftijd, opleiding en burgerlijke staat.

Tabel 20 geeft een overzicht van de verschillen tussen de wel- en niet-deelnemers.

Tabel 20 Verschillen tussen wel- en niet-deelnemers

Constructen	Turks				Nederlands			
	Wel-deelname (76 ≤ n ≤ 88)		Niet-deelname (35 ≤ n ≤ 43)		Wel-deelname (43 ≤ n ≤ 44)		Niet-deelname (12 ≤ n ≤ 14)	
	Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD
Intentie (1/5)	4.5	1.0	4.5	0.9	** 4.8	0.4	3.8	1.0
Kennis (0/8)	* 2.9	1.4	2.6	1.4	* 2.0	0.3	2.3	0.4
Attitude (1/5)	* 5.0	0.2	4.9	0.4	* 4.9	0.2	4.7	0.5
Beliefs-voordeel (1/5)	4.8	0.5	4.8	0.5	4.4	0.8	4.3	0.7
Beliefs-nadeel (1/5)	3.7	0.9	3.5	1.0	** 4.0	0.6	3.3	0.6
Subjectieve norm (-4/+4)	0.5	0.6	0.6	0.8	1.4	1.0	0.9	1.2
Communicatie (0/5)	2.4	1.3	2.0	1.2	2.8	1.7	2.4	1.9
Morele plicht (1/5)	** 4.8	0.7	4.4	1.2	4.1	1.2	3.3	1.5
Eigen effectiviteit (1/5)	3.9	1.0	3.7	1.1	4.5	0.6	4.3	0.7

1) Verschillen zijn getoetst met de Mann-Whitney U-test

2) * $p < .05$

3) ** $p < .01$

Bij de Turkse Respondenten zijn er tussen de wel- en niet deelnemers significante verschillen gevonden op de constructen attitude, kennis en morele plicht. Item analyse op kennis wees uit dat er alleen een significant verschil was bij het item “Je bent verplicht om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.” ($p < .05$).

Bij de Nederlandse respondenten zijn er tussen de wel- en niet deelnemers significante verschillen gevonden op de constructen intentie, kennis, attitude en beliefs-nadeel. Item analyse op kennis wees uit dat er significante verschillen waren op de items “Iedere vrouw kan baarmoederhalskanker krijgen, ook al heeft zij geen klachten.” ($p < .05$) en “Het uitstrijkje kan altijd door een vrouwelijk arts of doktersassistente worden uitgevoerd.” ($p < .01$).

6 Conclusies, discussie en aanbevelingen

Baarmoederhalskanker is een ernstige ziekte, die indien in een vroeg stadium ontdekt, goed behandelbaar is. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker kan de gevolgen van baarmoederhalskanker verminderen. Hoewel de overall deelname aan het bevolkingsonderzoek goed is, nemen met name autochtone- en allochtone vrouwen met een lage sociaal economische status minder deel, terwijl zij juist meer risico lopen op baarmoederhalskanker.

Het doel van dit onderzoek was om te bepalen welke gedragsdeterminanten een rol spelen bij de deelname van Turkse- en Nederlandse vrouwen met een lage sociaal economische status in de regio Twente aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en wat de redenen zijn voor het al dan niet deelnemen aan het onderzoek. Ook werd er gekeken naar wat de hierbij de verschillen zijn tussen Turkse- en Nederlandse vrouwen. Er is gekeken naar de volgende onderzoeksvragen:

1. *Welke opvattingen hebben Turkse- en Nederlandse vrouwen ten aanzien van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederkanker en in wel opzicht wijken Turkse- en Nederlandse vrouwen van elkaar af?*
2. *Welke TPB variabelen zijn het belangrijkste bij de beslissing om wel of niet deel te nemen en zijn bij Turkse vrouwen andere factoren belangrijk dan bij Nederlandse vrouwen?*

6.1 Opvattingen van Turkse- en Nederlandse vrouwen over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Uit dit onderzoek blijkt dat de algemene attitude van de Turkse- en Nederlandse vrouwen ten aanzien van deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker zeer positief is. De meerderheid van de Turkse- en Nederlandse vrouwen geeft dan ook aan de intentie te hebben om de eerstvolgende keer deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. De overall deelname in Nederland aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is meer dan 70% (Bos et al., 2006). De opkomst in dit onderzoek wijkt daar niet veel van af. Van de Turkse vrouwen geeft 67% aan de laatste keer te hebben deelgenomen, bij de Nederlandse vrouwen is dat 76%.

Uit onderzoek van Van Leeuwen et al. (2005) is naar voren gekomen dat vrouwen met een lage sociaal economische status minder deelnemen aan het bevolkingsonderzoek dan vrouwen met een hoge sociaal economische status. Er werd dan ook verwacht dat deelname binnen dit onderzoek lager zou zijn dan de overall deelname landelijk gezien. Dit was echter niet het geval. Bij de Nederlandse vrouwen lag de deelname zelfs iets hoger. Het feit dat deelname binnen dit onderzoek zo hoog ligt zou kunnen zijn veroorzaakt door respons bias of door het sociaal wenselijk beantwoorden van deze vraag.

De bevinding Van Leeuwen et al. (2005) dat voor allochtone vrouwen met een lage sociaal economische status de opkomst lager ligt dan voor autochtone vrouwen met een lage sociaal

economische status werd in dit onderzoek enigszins bevestigd.

Over het algemeen kan worden gesteld dat de kennis van de Turkse- en Nederlandse vrouwen over baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker zeer beperkt is. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat kennis van invloed is op de deelname aan het bevolkingsonderzoek (Bonelli et al., 1996; Lee, 2000). In dit onderzoek wordt dat bevestigd. Het gebrek aan kennis onder Turkse vrouwen zou voort kunnen komen uit hun gebrek aan beheersing van de Nederlandse taal, omdat deze over het algemeen matig tot onvoldoende is. Hierdoor wordt vaak maar een klein gedeelte van een Nederlandse brief begrepen. Dit komt overeen met een onderzoek van Huismans (2001), waarin hij stelde dat het niet machtig zijn van de Nederlandse taal, de belangrijkste reden voor de slechte deelname van Turkse vrouwen aan het bevolkingsonderzoek is. Verder kan het feit dat de meeste Turkse vrouwen ten hoogste lager onderwijs hebben genoten bijdragen aan het gebrek aan kennis over het bevolkingsonderzoek. Deze lagere opleiding van Turkse vrouwen zou voort kunnen komen uit het feit dat er in Turkije een ander opleidingssysteem wordt gehanteerd. Dit neemt echter niet weg dat het verschil in opleiding tussen Turkse- en Nederlandse vrouwen significant is.

6.2 Determinanten van deelname

TPB variabelen die belangrijk zijn bij de beslissing om wel of niet deel te nemen

Bij de Turkse vrouwen zijn er tussen de wel- en niet deelnemers geen significante verschillen gevonden voor wat betreft de achtergrondkenmerken leeftijd, burgerlijke staat en opleiding. Wel werden er significante verschillen gevonden op de constructen attitude, kennis en morele plicht. Item analyse op kennis wees uit dat er alleen een significant verschil was bij het item “Je bent verplicht om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.” Het gevonden verschil tussen wel- en niet deelnemers op het construct attitude komt overeen met een onderzoek van Sutton & Rutherford (2005) waaruit bleek dat attitudes ten aanzien van screening significante voorspellers van deelname aan het bevolkingsonderzoek zijn. De verwachte verschillen op subjectieve norm, eigen effectiviteit, intentie, beliefs en communicatie zijn in dit onderzoek niet teruggevonden.

Uit de regressie analyse kan worden afgeleid dat attitude de belangrijkste voorspeller is van intentie en dat kennis de belangrijkste voorspeller is van gedrag. De correlatie tussen intentie en gedrag was bijzonder laag.

Ook bij de Nederlandse vrouwen zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de wel- en niet deelnemers op de achtergrondkenmerken leeftijd, burgerlijke staat en opleiding. Wel zijn er significante verschillen gevonden op de constructen intentie, attitude, kennis en beliefs-nadeel. Item analyse op kennis wees uit dat er significante verschillen waren op de items “Iedere vrouw kan baarmoederhalskanker krijgen, ook al heeft zij geen klachten.” en “Het uitstrijkje kan altijd door een vrouwelijk arts of doktersassistente worden uitgevoerd.”

Voor wat betreft beliefs-nadeel werden er tussen de wel- en niet deelnemers op vier items

significante verschillen gevonden. Allereerst werden er verschillen gevonden op de items “Het laten maken van een uitstrijkje maakt mij angstig” en “Ik schaam mij als een vrouwelijke dokter of doktersassistente een uitstrijkje bij mij maakt.” Dit komt overeen met de onderzoeken van Knops-Dullens et al. (2004) en Sutton & Rutherford (2005) waarin zij tot de conclusie komen dat vrouwen die meer angst hebben voor het laten maken van een uitstrijkje en die verwachten dat ze last krijgen van schaamtegevoelens tijdens het laten maken van een uitstrijkje minder vaak deelnemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Ook werd er een verschil gevonden op het item “Ik vind het niet nodig om een uitstrijkje te laten maken als ik geen klachten heb”, dit komt overeen met de bevindingen van Eaker et al. (2001). Ten slotte werd er een verschil gevonden op het item “Het laten maken van een uitstrijkje vind ik pijnlijk.” De verwachte verschillen op subjectieve norm, eigen effectiviteit, beliefs-voordeel en communicatie zijn in dit onderzoek niet teruggevonden.

Uit de regressie analyse kan worden afgeleid dat attitude de belangrijkste voorspeller is van intentie en dat intentie de belangrijkste voorspeller is van gedrag.

Verschillen tussen Turkse- en Nederlandse vrouwen

De Nederlandse- en Turkse vrouwen verschillen significant van elkaar op leeftijd, burgerlijke staat en opleiding. Ze verschillen ook significant voor wat betreft de beheersing van de Nederlandse taal en hun begrip voor een Nederlandse brief. Verder zijn er significante verschillen gevonden tussen de beide groepen vrouwen voor wat betreft het lezen van de uitnodigingsbrief; 97% van de Nederlandse vrouwen en 75% van de Turkse vrouwen gaf aan deze te hebben gelezen. Ten slotte zijn er significante verschillen gevonden tussen de Nederlandse- en Turkse vrouwen voor wat betreft het bijwonen van een voorlichtingsbijeenkomst; 75% van de Nederlandse vrouwen en 96% van de Turkse vrouwen gaf aan dat ze een voorlichtingsbijeenkomst zouden bezoeken. Over het algemeen denken vrouwen dus positief over het bijwonen van een voorlichtingsbijeenkomst.

Nederlandse vrouwen hebben over het algemeen meer kennis over baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker dan Turkse vrouwen, maar voor beide groepen was deze kennis zeer beperkt. Ondanks het feit dat vrouwen naast een uitnodigingsbrief ook een folder opgestuurd krijgen met daarin informatie over het bevolkingsonderzoek, zijn vrouwen dus niet goed geïnformeerd.

Turkse- en Nederlandse respondenten hebben over het algemeen een hoge eigen effectiviteit, maar het deelnemen aan het onderzoek lijkt voor Nederlandse respondenten toch iets gemakkelijker dan voor Turkse respondenten. De Turkse respondenten hebben met name moeite met het begrijpen van de uitnodigingsbrief en het onthouden van het bellen van de huisarts om een afspraak te maken voor het laten maken van een uitstrijkje.

Voor wat betreft de beliefs kan worden vastgesteld dat Turkse vrouwen meer schaamte ervaren als een mannelijk dokter of assistent een uitstrijkje bij hun maakt dan Nederlandse vrouwen. Verder zijn Turkse vrouwen beter op de hoogte van het feit dat voorstadia van baarmoederhalskanker goed te behandelen zijn.

Bij communicatie valt op dat Turkse vrouwen minder praten over het bevolkingsonderzoek met hun

moeder en schoonmoeder dan Nederlandse vrouwen. Dit zou echter voort kunnen komen uit het feit dat van veel Turkse respondenten de moeder en schoonmoeder in Turkije wonen. Turkse vrouwen praten op hun beurt weer meer met vriendinnen over dit onderwerp dan Nederlandse vrouwen.

Ten slotte kan worden vastgesteld dat Turkse vrouwen een grotere morele verplichting voelen dan Nederlandse vrouwen om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek.

De Theory of Planned Behavior stelt dat de intentie het gedrag voorspelt (Ajzen, 1991). Er werd in dit onderzoek dus verwacht een positief verband te vinden tussen intentie en gedrag. Echter, dit verband werd alleen gevonden bij de Nederlandse vrouwen. Het zou zo kunnen zijn dat Turkse vrouwen sociaal wenselijk hebben geantwoord op de intentie vragen en dus eigenlijk niet van plan waren om deel te nemen aan het onderzoek. Het zou ook kunnen dat dit verband niet werd gevonden, omdat het tijdstip van deelname de laatste keer en de volgende keer dat iemand wordt uitgenodigd vijf jaar uit elkaar ligt. Echter, in dat geval zou je verwachten dat er ook bij de Nederlandse vrouwen geen verband tussen intentie en gedrag zou worden gevonden. Ten slotte zou het kunnen zijn dat de werking van het model voor Turkse vrouwen anders is dan voor Nederlandse vrouwen en dat de Theory of Planned Behavior voor Turkse vrouwen geen geschikt model is.

6.3 Bereiken van Turkse- en Nederlandse vrouwen met een lage sociaal economische status

Uit dit onderzoek is gebleken dat Nederlandse vrouwen met een lage sociaal economische status slecht zijn georganiseerd. Hierdoor is deze groep vrouwen erg zeer moeilijk te benaderen. De beste mogelijkheid om met hen in contact te komen wordt geboden door het ROC (volwasseneneducatie).

Turkse vrouwen met een lage sociaal economische status zijn in tegenstelling tot de Nederlandse vrouwen juist zeer goed georganiseerd. De beste manier om deze vrouwen te bereiken is via buurtcentra, hiervoor kan eventueel gebruik worden gemaakt van Turkse VECT-ers.

6.4 Aanbevelingen

Het kennisniveau van zowel de Turkse- als de Nederlandse vrouwen over baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is erg laag. Aangezien uit dit onderzoek is gebleken dat kennis van invloed is op de deelname aan het bevolkingsonderzoek, is het belangrijk dat deze kennis wordt vergroot. Ook is het belangrijk om enkele barrières voor deelname aan het bevolkingsonderzoek weg te nemen. Zo kunnen vrouwen bijvoorbeeld op de hoogte worden gebracht van het feit dat een uitstrijkje altijd door een vrouw kan worden uitgevoerd. Een voorlichtingsbijeenkomst zou hiervoor een goede mogelijkheid zijn, temeer omdat de meeste vrouwen aangeven dat zij bereid zijn om daar naartoe te gaan. Vanwege de taalproblemen die veel Turkse vrouwen ondervinden lijkt het van belang om zowel een voorlichtingsbijeenkomst in het Turks als in het Nederlands te organiseren.

Omdat is gebleken dat veel Turkse vrouwen de Nederlandse taal onvoldoende tot matig beheersen, waardoor zij slechts weinig tot niets van een Nederlandse brief begrijpen, zou het verstandig zijn om Turkse vrouwen een uitnodigingsbrief en folder in het Turks op te sturen.

Verder geven Turkse respondenten aan moeite te hebben met het onthouden van het bellen van de huisarts om een afspraak te maken voor het laten maken van een uitstrijkje. Men zou vrouwen die niet reageren op de brief kunnen laten nabellen door de doktersassistente om te voorkomen dat niet-deelname hierdoor wordt veroorzaakt.

Omdat uit dit onderzoek is gebleken dat bij de Turkse vrouwen de intentie niet van invloed is op het gedrag, zou het kunnen zijn dat de Theory of Planned Behavior niet geschikt is voor die groep. Onderzoek dat gebruik maakt van een ander model zou hier uitsluitsel over kunnen geven.

6.5 Beperkingen van het onderzoek

Het feit dat de deelname aan het bevolkingsonderzoek onder de populatie van dit onderzoek vergelijkbaar is aan de overall deelname landelijk gezien zou kunnen zijn veroorzaakt door een respons bias. Het kan echter ook zijn veroorzaakt door het sociaal wenselijk beantwoorden van deze vraag.

De Nederlandse vrouwen waren ouder en hadden een hogere opleiding dan de Turkse vrouwen. Verder was het aantal Nederlandse vrouwen (n=64) dat mee heeft gewerkt aan dit onderzoek aanzienlijk kleiner dan de aantal Turkse vrouwen (n=141). Met name het aantal niet-deelneemsters onder de Nederlandse vrouwen was erg klein (n = 14). Dit alles zou van invloed kunnen zijn geweest op de resultaten van dit onderzoek.

Er was in dit onderzoek geen mogelijkheid voor vrouwen om aan te geven dat ze een uitstrijkje hebben laten maken buiten het bevolkingsonderzoek om. Dit zou echter wel van invloed kunnen zijn geweest op hun deelname aan het afgelopen bevolkingsonderzoek. Tevens was de vraag "Hebt u de laatste keer dat u bent uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker een uitstrijkje laten maken? Ja (1) Nee (2)" niet opgenomen in de Nederlandse versie van de vragenlijst. Hierdoor was het moeilijker om te bepalen of een respondent de laatste keer al dan niet had deelgenomen. De analyses zijn alleen uitgevoerd op respondenten van wie met zekerheid kon worden vastgesteld of ze wel of niet hadden deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek.

In de vragenlijst was geen mogelijkheid om aan te geven in welke taal de uitnodigingsbrief is ontvangen. Er kan dus niet worden bepaald of Turkse vrouwen de brief niet hebben gelezen omdat ze de Nederlandse taal niet voldoende beheersen, of omdat ze niet geïnteresseerd waren in het lezen van de brief.

Referenties

- Ajzen, I. (1991). Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual en Methodological Considerations*. Verkregen op 10 oktober, 2006, van <http://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- American Cancer Society (2005). *Learn about cervical cancer*. Verkregen op 18 mei, 2006, van <http://www.cancer.org>
- Ballegooijen, M. van, Akker- van Marle, E. van der, Patnick, J., Lynge, E., Arbyn, M., Antilla, A., Ronco, G., Dik, J. & Habbema, F. (2000). Overview of important cervical cancer screening process values in European Union (EU) countries, and tentative predictions of the corresponding effectiveness and cost-effectiveness. *European Journal of Cancer*, 36(17), 2177-2188.
- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G. & Gottlieb, N.H. (2001). *Intervention mapping; designing theory and evidence based health promotion programs*. New York: McGraw-Hill companies.
- Bayo, S., Bosch, F.X., Sanjosé, S. de, Muñoz, N., Lucia Combita, A., Coursaget, P., Diaz M., Dolo, A., Brule, A.J.C. van den & Meijer, C.J.M. (2002). Risk factors of invasive cervical cancer in Mali. *International Journal of Epidemiology*, 31, 202-209.
- Berkers, L.M. & Isken, L.D. (2005). *Baarmoederhalskankerpreventie: Bereik en effectiviteit. Welke factoren beïnvloeden de effectiviteit?* Verkregen op 18 mei, 2006, van http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2500n19967.html
- Berkers, L.M. & Isken, L.D. (2005). *Baarmoederhalskankerpreventie: Vraag en gebruik. Wat is het gebruik?* Verkregen op 18 mei, 2006, van http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2493n19967.html
- Berkers, L.M. & Isken, L.D. (2005). *Baarmoederhalskankerpreventie: Wat wordt er met preventie beoogd?* Verkregen op 18 mei, 2006, van http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2489n19967.html
- Bish, A., Sutton, S. & Golombok, S. (2000). Predicting uptake of a routine cervical smear test: a comparison of the health belief model and the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 15, 35-50.

- Bogt, N.C.W. ter (2005). *Opkomst Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Twente 2001-2002*. Enschede: GGD Regio Twente.
- Bonelli, L., Branca, M., Ferreri, M., Barizzone, D., Rossi, E., Cedri, S., Bruzzi, P. & Santi, L. (1996). Attitude of Women Towards Early Cancer Detection and Estimation of the Compliance to a Screening Program for Cervix and Breast Cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 20(4), 342-352.
- Bos, A.B., Rebolj, M., Dik, J., Habbema, F. & Ballegooijen, M. van (2006). Nonattendance is still the main limitation for the effectiveness of screening for cervical cancer in the Netherlands. *International Journal of Cancer*, 119, 2372-2375.
- Bosch, F.X., Manos, M.M., Muñoz, N., Sherman, M., Jansen, A.M., Peto, J., Schiffman, M.H., Moreno, V., Kurman, R. & Shan, K.V. (1995). Prevalence of Human Papillomavirus in Cervical Cancer: a Worldwide Perspective. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 8(11), 796-802.
- Burnett, C.B., Steakley, C.S. & Tefft, M.C. (1995). Barriers to breast and cervical cancer screening in underdeserved women of the District of Colombia. *Oncol Nurs Forum*, 22(10), 1551-1557.
- Calle, E.E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K. & Thun, M.J. (2003). Overweight, Obesity, and Mortality from cancer in a Prospective Studied Cohort of U.S. Adults. *The New England Journal of Medicine*, 348(17), 1625-1638.
- Conner, M. & Norman, P. (2005). *Predicting health behavior*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Coughlin, S.S., Thompson, T.D., Hall, H.I., Logan, P. & Uhler, R.J. (2002). Breast and Cervical Carcinoma Screening Practices Among Women in Rural and Nonrural Areas of the United States, 1998-1999. *American Cancer Society*, 94, 2801-2812.
- Droomers, M. (2002). *Socioeconomic differences in Health Related Behaviour*. Rotterdam: Rotterdam University.
- Eaker, S., Adami, H. & Sparén, P. (2001). Attitudes to screening for cervical cancer: a population-based study in Sweden. *Cancer Causes and Control*, 12, 519-528.

Barriers to cervical screening. PapScreen Victoria Evaluation Report Volume One 1997-2000 (2001). Verkregen op 20 oktober, 2006, van http://www.papscreen.org.au/downloads/research_eval/psv_eval2000.pdf

Fracheboud, J. & Berkers, L.M. (2005). *Preventie van kanker: feiten en cijfers. Effectiviteit*. Den Haag: Brancherapporten VWS. Verkregen op 11 april, 2007, van http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o139n302.html

Fukuda, Y., Nakamura, T. & Takano, T. (2005). Reduced likelihood of cancer screening among women in urban areas and with low socio-economic status: A multilevel analysis in Japan. *Public Health*, 119, 875-884.

Gunnell, A.S., Tran, T.N., Torráng, A., Dickman, P.W., Sparén, P. & Ylitalo, N. (2006). Synergy between Cigarette Smoking and Human Papillomavirus Type 16 in Cervical Cancer In situ Development. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 15(11), 2141-2147.

Guo, W., Hsing, A.W., Li, J., Chen, J., Chow, W. & Blot, W.J. (1994). Correlation of Cervical Cancer Mortality with Reproductive and Dietary Factors, and Serum Markers in China. *International Journal of Epidemiology*, 23(6), 1127-1132.

Hildesheim, A., Herrero, R., Castle, P.E., Wacholder, S., Braati, M.C., Sherman, M.E., Lorincz, A.T., Burk, R.D., Morales, J., Rodriguez, A.C., Helgesen, A.C., Alfaro, M., Hutchinson, M., Balmaceda, I., Greenberg, M. & Schiffman, M. (2001). HPV co-factors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica. *British Journal of Cancer*, 84(9), 1219-1226.

Hollander, A.E.M. de, Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, J.A.M. van & Polder, J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid – Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Huisman, W. (2001). *Verbetering voorlichting aan doelgroep waarbij opkomst bevolkingsonderzoek BHMK laag is*. Notitie Voorlichting bevolkingsonderzoek BHMK.

Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Verkregen op 14 augustus, 2007, van <http://www.ikcnet.nl>

Isken, L.D. (2005). *Baarmoederhalskankerpreventie: Kort en bondig*. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Verkregen op 10 april, 2007, van http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2488n19967.html

Jong, E. de (2005). *Deelname van Turkse vrouwen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in de regio Twente*. Enschede: GGD Regio Twente.

Knops-Dullens, T.M.P.L., Vries, N.K. de & Vries, H. De (2004) *Determinanten van (non-) participatie in het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker*. Nederlands Congres Volksgezondheid.

Krüger Kjaer, S., Chackerian, B., Brule, A.J.C. van den, Svare, E.I., Paull, G., Walbomers, J.M.M., Schiller, J.T., Bock, J.E., Sherman, M.E., Lowy, D.R. & Meijer, C.L.M. (2001). High-Risk Human Papillomavirus Is Sexually Transmitted: Evidence from a Follow-Up Study of Virgins Starting Sexual Activity (Intercourse). *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 10, 101-106.

Kuiper, D., Holwerda, A. & Dijkstra, G. (2005). *Non- response bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken/ universitair Medisch Centrum Groningen. Verkregen op 15 april, 2007, van www.bcnn.nl/downloads/get/bcnn/Projecten/rapport/0

Kunst, A.E., Dalstra, J.A.A., Bos, V., Mackenbach, J.P., Otten, F.W.J. & Geurts J.J.M. (2005). *Ontwikkeling en toepassing van indicatoren van sociaal-economische status binnen het Gezondheidsstatistisch Bestand*. Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam & Centraal Bureau voor de statistiek.

Lee, M.C. (2000). Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among Korean-American women. A focus group approach. *Cancer Nursing*, 23(3), 168-175.

Leeuwen, A.W.F.M. van, Nooijer, D.P. de & Hop, W.C.J. (2005). Screening for cervical cancer. Participation and Results for Ethnic Groups and Socioeconomic Status. *American Cancer Society*, 105, 270-276.

Lucht, F. van der (2006). Sociaal-economisch gezondheidsverschillen, sociaal-economische gezondheidsverschillen samengevat. Verkregen op 10 oktober, 2006, van http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1696n21022.html

- Manhart, L.E. & Koutsky, L.A. (2002). Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia? A meta-analysis. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(11), 725-735.
- Maxwell, C.J., Bancej, C.M., Snider, J. & Vik, S.A. (2001). Factors important in promoting cervical cancer screening among Canadian women: findings from the 1996-1997 National Population Health Survey (NPHS). *Canadian Journal of Public Health*, 92(2), 127-133.
- Moreno, V., Bosch, F.X., Munoz, N., Meijer, C.J., Shah, K.V., Walboomers, J.M., Herrero, R. & Francheschi, S. (2002). Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC Multicentric Cervical Cancer Group. *Lancet*, 359(9312), 1085-1092.
- Munoz, N., Franceschi, S., Bosetti, C., Moreno, V., Herrero, R., Smith, J.S., Shah, K.V., Meijer, C.J. & Bosch, F.X. (2002). Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*, 359(9312), 1093-1101.
- Nooijer, D.P. de, Waart, F.G. de, Leeuwen, A.W.F.M. van & Spijker, W.W.J. (2005). Opkomst bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 149, 42.
- Parikh, S., Brennan, P. & Boffetta, P. (2003). Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. *International Journal of Cancer*, 105, 687-691.
- Plummer, M., Herrero, R., Franceschi, S., Meijer, C.J., Snijder, P., Bosch, F.X., Sanjose, S. de & Munoz, N. (2003). Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC Multi-centre Cervical Cancer Study Group. *Cancer Causes Control*, 14(9), 805-814.
- Sabates, R. & Feinstein, L. (2006). The role of education in the uptake of preventative health care: The case of cervical screening in Britain. *Social Science & Medicine*, 62, 2998-3010.

- Sanjosé, S. de, Bosch, F.X., Muñoz, N., Tafur, L., Gili, M., Izarzugaza, I., Izquierdo, A., Navarro, C., Vergara, A., Muñoz, M.T., Ascunce, N. & Shah, K.V. (1996). Socioeconomic Differences in Cervical Cancer: Two Case-Control Studies in Colombia and Spain. *American Journal of Public Health*, 86, 1532-1538.
- Seow, A., Huang, J. & Tay Straughan, P. (2000). Effect of social support, regular physician and health-related attitudes on cervical cancer screening in an Asian population. *Cancer Causes and Control*, 11, 223-230.
- Shepherd, R., Sparks, P. & Guthrie, C.A. (1995). The application of the theory of planned behaviour to consumer food choice. *European Advances in Consumer Research*, 2, 360-365.
- Smith, J.S., Green, J., Berrington de Gonzalez, A., Appleby, P., Plummer, M., Franceschi, S. & Beral, V. (2003). Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 361(9364), 1159-67.
- Sutton, S. & Rutherford, C. (2005). Sociodemographic and attitudinal correlates of cervical screening uptake in a national sample of women in Britain. *Social Science & Medicine*, 61, 2460-2465.
- Svare, E.I., Kjaer, S.K., Worm, A.M., Østerlind, A., Meijer, C.J.L.M. & Brule, A.J.C. van den (2002). Risk factors for genital HPV DNA in men resemble those found in women: a study of male attendees at a Danish STD clinic. *Sexually Transmitted Infections*, 78, 215-218.
- Walboomers, J.M., Jacobs, M.V., Manos, M.M., Bosch, F.X., Kummer, J.A., Shah, K.V., Snijder, P.J., Peto, J., Meijer, C.J. & Munoz, N. (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *Journal of Pathology*, 189(1), 12-19.
- Wee, C.C., Phillips, R.S. & McCarthy, E.P. (2005). BMI and Cervical Cancer Screening among White, African-American, and Hispanic Women in the United States. *Obesity Research*, 13(7), 1275-1280.

Winer, R.L., Lee, S., Hughes, J.P., Adam, D.E., Kiviat, N.B. & Koutsky, L.A. (2003). Genital Human Papillomavirus Infection: Incidence and Risk Factors in a Cohort of Female University Students. *American Journal of Epidemiology* 157(3), 218-226.

Winer, R.L., Hughes, J.P., Feng, Q., O'Reilly, S., Kiviat, N.B., Holmes, K.K. & Koutsky, L.A. (2006). Condom Use and the Risk of Genital Human Papillomavirus Infection in Young Women. *The New England Journal of Medicine*, 354(25), 2645-2654.

Bijlage 1: Wijkanalyse gemeente Hengelo

Hengelo is onderverdeeld in de drie stadsdelen Noord, Midden en Zuid. Ieder stadsdeel is op zijn beurt weer onderverdeeld in een aantal wijken. Deze onderverdeling is als volgt:

<i>Stadsdeel Noord</i>	<i>Stadsdeel Zuid</i>	<i>Stadsdeel Midden</i>
• Noord • Hasseler Es • Slangenbeek	• Groot Driene • Berflo Es • Wilderinkshoek • Buitengebied	• Binnenstad • Hengelose Es • Woolde

Van elk van deze wijken is, door de afdeling onderzoek en statistiek van de gemeente Hengelo, een wijkanalyse gemaakt. In deze wijkanalyse wordt een beeld van een wijk geschetst. Dit beeld wordt opgebouwd uit statistische gegevens en resultaten uit de Leefbaarheids- en Veiligheidsenquête. Daarnaast zijn er ook interviews gehouden met professionals en andere sleutelfiguren in het gebied. De vragenlijst die gebruikt is tijdens deze gesprekken is weer te vinden in bijlage 3. De centrale punten die worden gebruikt bij het maken van een wijkanalyse zijn in tabel 21 weergegeven.

Tabel 21 centrale punten in een wijkanalyse

Centrale punten	Gegevens
Bevolking	• Aantal inwoners per buurt • Procentuele leeftijdsopbouw • Inwoners naar etniciteit • Aantal gezinnen, personen in gezinsverband en aantal alleenstaanden • Woonduur van de hoofdbewoner
Fysiek	• Woningvoorraad • Gemiddelde economische waarde woning • Eigendomsverhoudingen woningen • Rapportcijfer eigen woning • Aantal vestigingen bedrijven en instellingen • Aantal werkzame personen
Sociaal	• Gemiddeld besteedbaar jaarinkomen • Aantal bijstandsuitkeringen • Percentage leerlinggewicht • Algemene evaluatie buurt • Verloedering van de buurt • Vertrouwen in de toekomst van de buurt • Medeverantwoordelijkheid buurt • Actief ingezet in buurt • Cohesie in buurt • Tevredenheid met voorzieningen buurt
Veiligheid	• Onveiligheidsgevoel en slachtofferschap • Aantal misdrijven

Bron: Gemeente Hengelo, Onderzoek & statistiek

Uit de wijkanalyses van de verschillende wijken is naar voren gekomen dat in de wijken Binnenstad, Hengelose Es, Berflo Es en Noord de meeste mensen wonen met een lage sociaaleconomische status. Tabellen 22 t/m 25 geven een overzicht van de belangrijkste gegevens van deze wijken op buurtniveau. In deze tabellen zijn bedrijventerreinen, die zich mogelijk in een bepaalde wijk bevinden, niet meegenomen.

Tabel 22 Wijkanalyse Binnenstad

	Binnenstad Centrum	Binnenstad West	Binnenstad Oost	Totaal Binnenstad
(echt)paren	43	70	83	196
(echt)paren met kind(eren)	20	62	85	167
man of vrouw met kind(eren)	24	27	36	87
totaal		159	204	450
aantal personen in gezinsverband	220	451	578	1249
aantal alleenstaanden	499	288	260	1047
w.v. alleenwonend	216	162	115	493
totaal inwoners	719	739	838	2296
30-54 jaar	31%	44%	34%	37%
55+	23%	24%	35%	28%
Turkse etniciteit	3%	2%	1%	1.9%
overig niet-westerse etniciteit	8%	3%	3%	4%
aantal werkzame personen	3122	1692	750	5564
gem besteedbaar jaarinkomen	€ 23.300	€ 28.400	€ 32.600	€ 28.200
aantal bijstandsuitkeringen per				
100 huishoudens	6%	4%	3%	5%
w.v 3 jaar en langer	2%	1%	2%	2%

Bron: Gemeente Hengelo, Onderzoek & statistiek (2006)

Tabel 23 Wijkanalyse Hengelose Es

	Hengelose Es Noord	Tichelwerk	t Wilbert
(echt)paren	320	464	343
(echt)paren met kind(eren)	437	280	342
man of vrouw met kind(eren)	285	103	155
totaal	1042	847	840
aantal personen in gezinsverband	3138	2237	2374
aantal alleenstaanden	1040	1050	764
w.v. alleenwonend	499	670	425
totaal aantal inwoners	4178	3.287	3138
30-54 jaar	38%	33%	37%
55+	18%	39%	31%
Turkse etniciteit	13%	2%	2%
overig niet-westerse etniciteit	14%	2%	3%
aantal werkzame personen	252	1255	376
gem besteedbaar jaarinkomen	€ 20.100	€ 23.600	€ 23.500
aantal bijstandsuitkeringen per 100 huishoudens	18%	3%	6%
w.v 3 jaar en langer	10%	1%	2%

Bron: Gemeente Hengelo, Onderzoek & statistiek (2004)

Tabel 24 Wijkanalyse Berflo Es

	Berflo Es Noord	Berflo Es Zuid	Veldwijk Noord	Veldwijk Zuid	Totaal Berflo Es
(echt)paren zonder kind(eren)	17%	17%	21%	8%	15%
(echt)paren met kind(eren)	17%	18%	18%	9%	15%
man of vrouw met kind(eren)	7%	11%	13%	8%	8%
aantal alleenstaanden	61%	53%	49%	74%	61%
30-54 jaar	38%	37%	32%	34%	36%
55+	26%	21%	12%	21%	22%
Turkse etniciteit	4%	12%	16%	15%	10%
overig niet-westerse etniciteit	3%	7%	9%	11%	6%
aantal werkzame personen	1380	130	132	250	3025
niet-werkende werkzoekenden	129	123	126	120	498
gem besteedbaar jaarinkomen	€ 22.000	€ 20.800	€ 18.600	€ 19.700	€ 20.800
aantal bijstandsuitkeringen per 100 huishoudens	22%	43%	53%	58%	37%
w.v 3 jaar en langer	8%	21%	28%	34%	18%

Bron: Gemeente Hengelo, Onderzoek & statistiek (2003)

Tabel 25 Wijkanalyse Noord

	Noord	Elsbeek	De Noork	Klein Driene	Totaal Noord
(echt)paren	384	242	221	87	938
(echt)paren met kind(eren)	368	214	188	72	849
man of vrouw met kind(eren)	139	54	111	93	398
totaal	891	510	520	252	2185
aantal personen in gezinsverband	2526	1464	1440	664	6137
aantal alleenstaanden	1233	431	806	902	3377
w.v. alleenwonend	558	220	461	465	1708
totaal inwoners	3759	1.895	2246	1566	9514
30-54 jaar	35%	35%	33%	29%	33%
55+	29%	31%	24%	17%	26%
Turkse etniciteit	13%	2%	14%	14%	11%
overig niet-westerse etniciteit	5%	3%	8%	12%	6%
aantal werkzame personen	732	627	257	58	1686
gem besteedbaar jaarinkomen	€ 22.400	€ 25.800	€ 20.300	€ 17.800	€21.600
aantal bijstandsuitkeringen per					
100 huishoudens	7%	2%	10%	14%	8%
w.v 3 jaar en langer	4%	1%	5%	7%	4%

Bron: Gemeente Hengelo, Onderzoek & statistiek (2004)

Om te achterhalen wat de plekken binnen een wijk zijn waar vrouwen met een lage sociaal economische status vaak komen is allereerst contact gezocht met de stadsdeelcoördinatoren/ stadsdeelregiseuren van de wijken Noord, Berflo Es, Binenstad en Hengelose Es. Deze stadsdeelcoördinatoren/ stadsdeelregiseuren fungeren als contactpersoon voor de sociale aspecten in de wijk.

Tevens is er contact gezocht met Wijkaanpak. Wijkaanpak is het centrale aanspreekpunt van de gemeente Hengelo voor informatie over sociale- en welzijnsvraagstukken zoals het voorzieningenniveau voor kinderen en jongeren, de afstemming van activiteiten gericht op ouderen, het ontwikkelen van een buurtcentrum waar voldoende activiteiten voor verschillende groepen wijkbewoners georganiseerd worden, enzovoort. De vragenlijst die is gebruikt tijdens deze gesprekken is terug te vinden in bijlage 4.

Uit deze gesprekken kwamen de volgende ontmoetingsplekken naar voren:

Binnenstad

- Buurtontmoetingsplek 't Noaberhoes'

Hengelose Es

- Buurtcentrum 't Noaberhoes'
- 't Geerdink voor welzijn en werk
- Buurt- en speeltuinvereniging Hengelose Es
- SCALA Welzijnswerk

Noord

- Wijkcentrum 't Vogelkwartier
 - o locatie speeltuin 't Vogelkwartier
 - o locatie speeltuin 't Cesar en buurtcentrum Klein Driene
- Wijkcentrum De Sterrentuin
- SCALA Welzijnswerk

Berflo Es

- Buurt- en speeltuinvereniging De Jeugd
- Buurt- en speeltuinvereniging Tweekelerwegkwartier (TWK)
- Buurtcentrum de Heester
- SCALA Welzijnswerk

Andere ontmoetingsplekken binnen de gemeente Hengelo die naar voren kwamen zijn:

- De Waag (reintegratieproject voor langdurige WAO-ers)
- Schoonmaakbedrijven
- ROC

Bijlage 2: Wijkanalyse gemeente Enschede

De gemeente Enschede telt 154.331 inwoners (I&O Research). Enschede is daarmee de grootste stad van Overijssel en de dertiende stad naar grootte van Nederland.

De Gemeente Enschede is ingedeeld in vijf stadsdelen: Noord, West, Zuid, Oost en Centrum. Ieder stadsdeel is weer onderverdeeld in wijken en buurten. Hieronder staat de indeling van Enschede in wijken en buurten. De stadsdeelnamen staan tussen haakjes.

Wijk 0 Binnensingelgebied (Centrum)

00 City	05 't Getfert
01 Lasonder, 't Zeggelt	06 Veldkamp, Getfert-West
02 Laares	07 Horstlanden, Stadsweide
03 de Bothoven	08 Boddenkamp
04 Hogeland-Noord	

Wijk 1 Hogeland/Velve (Oost)

10 Velve-Lindenhof	14 Sleutelkamp
11 Wooldrik	15 't Weldink
12 Hogeland-Zuid	16 De Leuriks
13 Varvik, Diekman	

Wijk 2 Boswinkel/Stadsveld (West)

20 Cromhoffsbleek, Kotman	25 Elferink, Heuwkamp
21 Boswinkel, De Braker	26 Stadsveld-Noord, Bruggert
22 Pathmos	27 't Zwering
23 Stevenfenne	28 Ruwenbos
24 Stadsveld-Zuid	

Wijk 3 Tweekelerveld (Noord)

30 Tubantia, Toekomst	31 Tweekelerveld
-----------------------	------------------

Wijk 4 Enschede-Noord (Noord)

40 Walhof, Roessingh	44 Deppenbroek
41 Bolhaar	45 Voortman, Amelink
42 Roombeek, Roomveldje	46 Drienerveld, U.T.
43 Mekkelholt	

Wijk 5 Ribbelt/Stokhorst (Oost)

50 Schreurserve

51 't Ribbelt, Ribbelerbrink

52 Park Stokhorst

53 't Stokhorst

Wijk 6 Enschede-Zuid (Zuid)

60 Stroinkslanden N.O.

61 Stroinkslanden-Zuid

62 Stroinkslanden N.W.

63 Wesselerbrink N.O.

64 Wesselerbrink Z.O.

65 Wesselerbrink Z.W.

66 Wesselerbrink N.W.

67 Helmerhoek-Noord

68 Helmerhoek-Zuid

Wijk 7 Industrie- en havengebied

70 Industrie- en havengebied

71 Marssteden

72 Koekoeksbeekhoek

73 de Broeierd

Wijk 8 Glanerbrug en omstreken

80 Glanerveld

81 Bentveld / Bultserve

82 Schipholt

83 de Eekmaat

84 Oikos

85 Eilermarke

86 de Slank

87 Dolphia

88 Eekmaat-West

Sociale dynamiek van de gemeente Enschede

In de gemeente Enschede wordt gebruik gemaakt van de dynamische sociale voorrangindicator (DSVI). Dit meetinstrument wordt gebruikt om vast te stellen waar de noodzaak van stadsvernieuwing het grootst is. Men maakt hierbij gebruik van een bewonersscore.

De dynamische sociale voorrangindicator wordt vastgesteld op basis van de volgende dimensies en indicatoren (Zie tabel 26).

Tabel 26 Dimensies en indicatoren van de dynamische sociale voorrangindicator

Dimensie	Indicator
A. Inkomen en werk	% cliënten van de Sociale Dienst t.o.v. het aantal huishoudens;
B. Inkomen (indirect)	% jeugdsporters exclusief voetbal t.o.v. bevolking 5-17 jaar;
C. Etnische verschillen	% inwoners met een niet-westerse etniciteit t.o.v. totale bevolking;
D. Woningomvang	Gemiddelde perceeloppervlakte (m2) per inwoner; Gemiddelde woninginhoud (m3) per inwoner;
E. Mobiliteit / tevredenheid	Mobiliteit bevolking (% instroom);
F. Sociale problemen	Aantal sociale meldingen (politie) per 100 woonruimten;
G. Gezondheid	% arbeidsongeschikten t.o.v. het aantal huishoudens; % cliënten maatschappelijk werk t.o.v. het aantal huishoudens;
H. Onderwijs	% leerlingen speciaal onderwijs t.o.v. totaal aantal leerlingen.

De DSVI kan dus worden beschouwd als een soort totaalmaat voor het welzijnsniveau in Enschede. De indicatoren zijn zo gekozen dat de verschillende dimensies van welzijn er deel van uitmaken. Elke indicator is in vier klassen ingedeeld: laag, ondergemiddeld, bovengemiddeld en hoog. Indien van een postcode tenminste zes dimensies (van de acht) bekend zijn, wordt er een sociale indicator berekend. Dit resulteert uiteindelijk in een rapportcijfer met als eigenschap dat een hogere waarde meer sociale voorrang weergeeft. Dit rapportcijfer wordt berekend per postcodegebied.

Uit onderzoek van ter Bogt (2005) blijkt dat voor de gemeente Enschede geldt dat de kans op deelname aan het bevolkingsonderzoek kleiner is in buurten met een sociale voorrangspositie in vergelijking tot buurten die niet tot deze voorrangspositie behoren.

Inkomens in Enschede

Het besteedbaar inkomen van particuliere huishoudens (exclusief studenten) in Enschede is laag en blijft achter bij het gemiddelde voor de steden uit het Grotestedenbeleid. De relatief lage inkomens in Enschede betekenen ook een oververtegenwoordiging van de lage inkomensgroepen in Enschede, vergeleken met Nederland als geheel. In Enschede ligt met name het besteedbaar inkomen voor huishoudens die bestaan uit een paar met kind(eren) erg laag. De inkomens in wijken en buurten zijn sterk verschillend. Het gestandaardiseerde inkomen (inkomen gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling) van huishoudens per wijk (2002) in Enschede is €18.700,-. De gestandaardiseerde inkomens van huishoudens vertonen op buurtniveau aanzienlijk grotere verschillen dan op wijkniveau. In Pathmos en Laares behoort meer dan 50 procent van de huishoudens tot de laagste categorie huishoudensinkomens (beide 51 procent) en in Cromhoffsbleek-Kotman ligt dit percentage op 47

procent.

De gemeente Enschede heeft de volgende 10 buurten als achterstandsbuurten aangemerkt:

Laares, Velve-Lindenhof, Cromhoffsbleek-Kotman, Pathmos, Stevenfenne, Mekkelholt, Deppenbroek, Wesselerbrink N.O., Wesselerbrink Z.O. en Dolphia. De belangrijkste gegevens van deze buurten zijn terug te vinden in tabel 27.

Om te achterhalen wat de plekken binnen een wijk zijn waar vrouwen met een lage sociaal economische status vaak komen is allereerst contact gezocht met de Stadsdeelteams van de wijken Zuid, Centrum, Oost, West en Noord, dit omdat de desbetreffende achterstandsbuurten in die wijken liggen. Vervolgens is er ook contact gezocht met Alifa. Alifa is verantwoordelijk voor het gehele wijkwerk, jongerenwerk, speeltuinwerk en peuterspeelzaalwerk in Enschede. De vragenlijst die is gebruikt tijdens deze gesprekken is terug te vinden in bijlage 4.

Uit deze gesprekken kwamen de volgende ontmoetingsplekken naar voren:

Buurtcentra:

- Buurthuis Laares/ Stichting Alifa
- Buurtgebouw 't Terphoes
- Buurtcentrum Het Kompas
- Wijkcentrum De Magneet
- Buurthuis Dolphia

Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO)

De Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO) is werkzaam op het gebied van werk en inkomen, onderwijs, sport, cultuur, welzijn en zorg. De DMO levert een aantal producten en diensten aan burgers en instellingen in de stad, bijvoorbeeld het verstrekken van bijstandsuitkeringen.

Gezondheidscentra

- Gezondheidscentrum Wesselerbrink

Tabel 27: Wijkanalyse gemeente Enschede

	Laares	Velve- Lindenhof	Cromhoffs- bleek/ Kotman	Pathmos	Dolphia	Steven- fenne	Mekkel- holt	Deppen- broek	Wesseler- brink NO	Wesseler- brink ZO
	2	10	20	22	87	23	43	44	63	64
(echt)paren zonder kind(eren)	80	362	123	120	62	371	187	464	426	559
(echt)paren met kind(eren)	99	405	134	115	35	387	141	384	313	448
man met kind(eren)	5	31	13	14	5	33	12	12	20	13
vrouw met kind(eren)	57	275	129	151	65	289	96	194	267	172
man alleenstaand	270	912	520	405	86	1051	510	893	565	451
vrouw alleenstaand	196	657	578	304	72	662	442	749	552	741
totaal aantal inwoners	1176	4671	2200	1818	600	4694	2112	4596	3989	4624
 vrouw: - ongehuwd	 322	 1126	 533	 501	 169	 1072	 454	 914	 845	 774
- gehuwd	181	785	288	250	111	784	330	875	767	1049
- gescheiden	45	191	101	129	39	212	121	192	263	200
- weduwe	21	198	254	53	26	155	129	278	203	455
totaal aantal vrouwen	569	2300	1176	933	345	2.223	1034	2259	2078	2478
 30-59 jaar (man & vrouw)	 473	 1937	 613	 752	 267	 1923	 727	 1697	 1467	 1603
 autochtoon	 851	 3274	 1214	 1155	 478	 3315	 1335	 2747	 2276	 2560
Turkse etniciteit	70	357	276	148	2	330	252	822	276	595
Marrokaanse etniciteit	23	77	84	72	1	55	73	201	184	139
andere etniciteit	232	963	626	443	119	994	452	826	1253	1330
 gem besteedbaar jaarinkomen (2002)	 € 14.400	 € 15.900	 € 13.400	 € 13.000	 € 13.900	 € 14.300	 € 14.900	 € 15.100	 € 14.900	 € 14.800

Bron: Gemeente Enschede
(2007)

Bijlage 3: Vragenlijst gemeente

Voorstellen en uitleggen waar het onderzoek over gaat

Goede morgen/middag. U spreekt met van de GGD Regio Twente.

Ik ben bezig met een onderzoek naar de opkomst bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker onder vrouwen (tussen de 30 & 60) met een lage sociaal- economische status (dus lage opleiding en laag inkomen).

Uit onderzoek is gebleken dat vrouwen met een lage sociaal economische status minder vaak deelnemen aan het bevolkingsonderzoek terwijl juist zij meer risico lopen op het krijgen van baarmoederhalskanker.

Dit onderzoek dient ervoor om uit te zoeken waarom deze vrouwen minder vaak deelnemen om zo het aantal gevallen van baarmoederhalskanker onder hen terug te dringen.

- 1. Om in contact te kunnen komen met vrouwen met een lage sociaal economische status zou ik graag willen weten welke buurten in (naam plaats) door de gemeente worden aangemerkt als achterstandsbuurten. Weet u dat misschien?**

Buurten noteren

Als de persoon geen antwoord weet, dan vragen of hij/zij iemand weet die mij wel verder kan helpen.

- 2. Op basis van welke criteria worden deze buurten als achterstandsbuurten aangemerkt?**

Criteria noteren

- 3. Zijn hier statistische gegevens van?**

- 4. Is er een manier waarop ik aan die gegevens zou kunnen komen?**

- 5. Weet u mss hoe ik binnen die buurten het beste in contact kan komen met vrouwen met een lage sociaal economische status?**

Weet u misschien iemand binnen (naam buurt) die weet waar vrouwen met een lage sociaal economische status (samen-) komen?

Naam/namen en telefoonnummer(s) noteren

Doorvragen of ze nog iemand weten!!!!!!!!!!!!

Als ze niemand weten, dan zelf met ideeën komen

- Is er een stadsdeelhouder in de wijk? Zo ja, wie?
Naam en telefoonnummer(s) noteren.
- Zou de wijkagent hier meer over kunnen weten?
Naam en telefoonnummer(s) noteren.
- Kent u misschien iemand die in een buurthuis in (*naam buurt*) werkt en die meer zou kunnen weten over hoe ik deze vrouwen zou kunnen benaderen?
Naam/namen en telefoonnummer(s) noteren.
- Weet u nu misschien toch nog iemand anders te binnen waar ik met mijn vraag terecht kan?

Bijlage 4: Vragenlijst stadsdeelcoördinatoren/stadsdeelregiseuren

Voorstellen en uitleggen waar het onderzoek over gaat

Goede morgen/middag. U spreekt met van de GGD Regio Twente.

Ik ben bezig met een onderzoek naar de opkomst bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker onder vrouwen (tussen de 30 & 60) met een lage sociaal- economische status (dus lage opleiding en laag inkomen).

Uit onderzoek is gebleken dat vrouwen met een lage sociaal economische status minder vaak deelnemen aan het bevolkingsonderzoek terwijl juist zij meer risico lopen op het krijgen van baarmoederhalskanker.

Om het aantal gevallen van baarmoederhalskanker onder deze vrouwen terug te dringen is het noodzakelijk om te weten waarom deze vrouwen minder vaak deelnemen en daarvoor dient dus dit onderzoek.

1. Weet u misschien een manier waarop ik binnen (naam buurt) in contact kan komen met vrouwen tussen de 30 en 60 jaar met een lage sociaal economische status?

☐ Ja → naam en telefoonnummer contactpersoon vragen

☐ Nee → Ik dacht zelf bijv aan buurthuizen, maar misschien heeft u nog andere ideeën?

☐ Weet ik niet → Ik dacht zelf bijv aan buurthuizen, maar misschien heeft u nog andere ideeën?

Contactpersonen: naam en telnummer:

Als iemand zelfs na doorvragen nog niet met een idee komt dan doorgaan met 6

2. Weet u nog andere plaatsen waar vaak vrouwen tussen de 30 en 60 met een lage sociaal economische status komen?

3. Buurtcentrum

☐ Als je weet dat er één in de buurt is

Ik heb gezien dat er een buurtcentrum is. Weet u misschien ook of daar vaak vrouwen met een lage sociaal economische status komen?

→ zo ja, naam en telefoonnummer van contactpersoon vragen

☐ Als je niet weet of er één in de buurt is

Weet u of er een buurtcentrum in deze buurt is?

→ zo ja, naam en telefoonnummer van contactpersoon vragen

4. Gezondheidscentrum

☐ Als je weet dat er één in de buurt is

Ik heb gezien dat er een gezondheidscentrum is. Weet u misschien ook of daar vaak vrouwen met een lage sociaal economische status komen?

➔ zo ja, naam en telefoonnummer van contactpersoon vragen

☐ Als je nie tweet of er één in de buurt is

Weet u of er een gezondheidscentrum in deze buurt is?

➔ zo ja, naam en telefoonnummer van contactpersoon vragen

5. Opleiding voor volwassenen

☐ Als je weet dat er één in de buurt is

Ik heb zelf gezien dat er een opleiding voor volwassenen is. Weet u misschien ook of daar vaak vrouwen met een lage sociaal economische status komen?

☐ Als je niet weet of er één in de buurt is

Weet u of er een opleiding voor volwassenen in deze buurt is?

➔ zo ja, naam en telefoonnummer van contactpersoon vragen

6. Weet u misschien iemand binnen (*naam buurt*) die weet waar vrouwen met een lage sociaal economische status vaak komen?

Bijlage 5: 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 6: Resultaten van interviews onder Turkse VETC'ers

Tabel 28: 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 29: 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 30: 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 uistrijkers	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 31: 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 %
Naailles	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 7: Nederlandse versie van de vragenlijst

Vragenlijst over de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

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

Invulinstructie

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

Doel van de vragenlijst

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

Werkwijze

De vragenlijst wordt anoniem en vertrouwelijk behandeld. Wij weten dus niet wie welke vragenlijst heeft ingevuld. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 20-25 minuten.

Enkele aanwijzingen en tips voor het invullen van de vragenlijst:

- Op de volgende bladzijde staan voorbeelden die kunnen helpen bij het invullen van de vragenlijst.
- Vul de vragenlijst individueel en naar waarheid in. Bij het invullen kunt u eventueel iemand om hulp vragen, maar het is de bedoeling dat u uw eigen mening geeft.
- In de meeste gevallen gaat het om uw mening; dit betekent dat er geen goede of foute antwoorden bestaan.
- Sla alstublieft geen vragen over; er staan zowel vragen op de voorkant als op de achterkant van het blad.

Het invullen van de vragenlijst

De meeste vragen gaan over uw mening of ervaring. Het is de bedoeling dat u het antwoord aankruist dat het meest overeenkomt met uw mening. Bij alle vragen is er maar één antwoord mogelijk. Hieronder staan enkele voorbeelden van hoe u de vragenlijst in kunt vullen.

Voorbeeld 1:

Wat draagt u het liefst?

Als u het liefst een broek draagt, dan plaats u een kruisje bij het antwoord 'broek', zoals in het voorbeeld hieronder staat aangegeven.

- ☐ Broek
- ☐ Rok
- ☐ Anders, namelijk

Voorbeeld 2:

Als u per ongeluk het verkeerde antwoord heeft aangekruist, bijvoorbeeld rok in plaats van broek, dan kunt u alsnog het goede antwoord (broek) aankruisen en hier een pijltje voor zetten, zoals in het voorbeeld hieronder staat aangegeven.

Wat draagt u het liefst?

- ☐ Broek
- ☐ Rok
- ☐ Anders, namelijk

Bij voorbaat dank voor uw medewerking !!!!

Algemene vragen over het uitstrijkje voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

1. Wat is uw leeftijd?

..... jaar.

2. Is er bij u ooit baarmoederhalskanker geconstateerd?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

3. Is uw baarmoeder verwijderd?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

4. Is uw baarmoederhals (ook) verwijderd?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

U hoeft de vragenlijst niet verder in te vullen:

- Als u jonger bent dan 30
- Als u ouder bent dan 60
- Als u ooit baarmoederhalskanker heeft gehad of nog heeft
- Als uw baarmoeder (inclusief baarmoederhals) is verwijderd

Wilt u wel de vragenlijst teruggeven aan de persoon van wie u hem heeft gekregen of per post terugsturen in de bijgevoegde antwoortenveloppe? Een postzegel is niet nodig.

5. Heeft u wel eens gehoord van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker voordat u deze vragenlijst kreeg?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

6. Heeft u ooit een uitnodiging gekregen om een uitstrijkje te laten maken voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker?

- ☐ Ja
- ☐ Nee (→ sla vraag 7 t/m 9 over en ga door met vraag 10)
- ☐ Weet ik niet

7. Hoe vaak heeft u een uitnodiging gekregen om een uitstrijkje te laten maken?

- ☐ 1 keer
- ☐ 2 keer
- ☐ 3 keer
- ☐ 4 keer
- ☐ 5 keer
- ☐ 6 keer
- ☐ 7 keer

8. Hoe vaak heeft u, na het krijgen van een uitnodiging, een uitstrijkje laten maken?

- ☐ 0 keer
- ☐ 1 keer
- ☐ 2 keer
- ☐ 3 keer
- ☐ 4 keer
- ☐ 5 keer
- ☐ 6 keer
- ☐ 7 keer

9. Wanneer heeft u voor het laatst een uitstrijkje laten maken voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker?

Jaartal:

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

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

11. Elke vrouw tussen de 30 en 60 jaar wordt om de 5 jaar uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek. 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

12. Bent u van plan om voor uw 60ste tenminste 1 keer deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker?

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

Uw mening over deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Hieronder volgen enkele uitspraken over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Kruis aan welke optie het beste bij uw mening past. Probeer ook uw mening te geven als u nog nooit eerder heeft meegedaan aan het bevolkingsonderzoek.

13. Ik vind het meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker:

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

14. Ik vind het meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker:

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

15. Ik vind het meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker:

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

Bent u het eens of oneens met onderstaande uitspraken?

Probeer ook uw mening te geven als u nog nooit eerder heeft meegedaan aan het bevolkingsonderzoek.

16. Het laten maken van een uitstrijkje kost veel tijd.

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

17. Het laten maken van een uitstrijkje vind ik pijnlijk.

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

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

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

19. Ik schaam mij als een mannelijke dokter of doktersassistent een uitstrijkje bij mij maakt.

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

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

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

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

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

22. Ik ben bang voor de uitslag van een uitstrijkje.

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

23. Ik mag van mijn geloof een uitstrijkje laten maken.

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

24. Als je baarmoederhalskanker krijgt dan is dat Gods wil en daar moet je niets aan willen veranderen.

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

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

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

26. Een goede uitslag van het uitstrijkje geeft mij een gerustgesteld gevoel.

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

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

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

Zijn de onderstaande stellingen waar of niet waar?

Hieronder staat een kennisquiz om te kijken hoeveel u weet over baarmoederhalskanker. Kruis steeds maar één antwoord aan.

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

- ☐ Waar
- ☐ Niet waar
- ☐ Weet ik niet

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

- ☐ Waar
- ☐ Niet waar
- ☐ Weet ik niet

30. Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich meestal snel.

- ☐ Waar
- ☐ Niet waar
- ☐ Weet ik niet

31. Baarmoederhalskanker komt niet meer voor na de overgang.

- ☐ Waar
- ☐ Niet waar
- ☐ Weet ik niet

32. Het uitstrijkje kan altijd door een vrouwelijke arts of doktersassistente worden uitgevoerd.
- ☐ Waar
 - ☐ Niet waar
 - ☐ Weet ik niet
33. Baarmoederhalskanker is eigenlijk altijd goed te genezen
- ☐ Waar
 - ☐ Niet waar
 - ☐ Weet ik niet
34. Als je in de oproepperiode zwanger bent, dan hoef je het uitstrijkje niet op een later tijdstip in te halen.
- ☐ Waar
 - ☐ Niet waar
 - ☐ Weet ik niet
35. Je bent verplicht om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.
- ☐ Waar
 - ☐ Niet waar
 - ☐ Weet ik niet
36. Het is belangrijk om ook de laatste keer dat je een uitnodiging krijgt (op je 60ste) een uitstrijkje te laten maken.
- ☐ Waar
 - ☐ Niet waar
 - ☐ Weet ik niet

Sociale omgeving

37. Heeft u ooit gepraat met uw partner over de uitnodiging die u heeft gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving
38. Heeft u ooit gepraat met uw moeder over de uitnodiging die u heeft gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving
39. Heeft u ooit gepraat met uw schoonmoeder over de uitnodiging die u heeft gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

40. Heeft u ooit gepraat met uw kind(eren) over de uitnodiging die u heeft gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Deze persoon komt/personen komen niet voor in mijn omgeving

41. Heeft u ooit gepraat met uw vriendin(nen) over de uitnodiging die u heeft gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Deze persoon komt/personen komen niet voor in mijn omgeving

42. Heeft u ooit gepraat met uw huisarts over de uitnodiging die u heeft gekregen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

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

Vinden mensen in uw omgeving dat u moet meedoen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

43. Ik denk dat mijn partner:

- ☐ Vindt dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Vindt dat ik niet moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Hier geen mening over heeft
- ☐ Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

44. Ik denk dat mijn moeder:

- ☐ Vindt dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Vindt dat ik niet moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Hier geen mening over heeft
- ☐ Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

45. Ik denk dat mijn schoonmoeder:

- ☐ Vindt dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Vindt dat ik niet moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Hier geen mening over heeft
- ☐ Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

46. Ik denk dat mijn kind(eren):

- ☐ Vindt/vinden dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Vindt/vinden dat ik niet moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Hier geen mening over heeft/hebben
- ☐ Deze persoon komt/personen komen niet voor in mijn omgeving

47. Ik denk dat mijn vriendin(nen):

- ☐ Vindt/vinden dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Vindt/vinden dat ik niet moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Hier geen mening over heeft/hebben
- ☐ Deze persoon komt/personen komen niet voor in mijn omgeving

48. Ik denk dat mijn huisarts:

- ☐ Vindt dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Vindt dat ik niet moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Hier geen mening over heeft
- ☐ Deze persoon komt niet voor in mijn omgeving

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

- ☐ Vinden dat ik wél moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Vinden dat ik niet moet meedoen aan het onderzoek
- ☐ Hier geen mening over hebben
- ☐ Deze personen komen niet voor in mijn omgeving

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.

50. 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

51. 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

52. 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

53. Hoeveel trekt u zich aan van de mening van uw kind(eren) 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/personen komen niet voor in mijn omgeving

54. Hoeveel trekt u zich aan van de mening van uw vriendin(nen) 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/personen komen niet voor in mijn omgeving

55. 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

56. 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
- ☐ Deze personen komen niet voor in mijn omgeving

Hoe gemakkelijk of moeilijk is het voor u om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

57. Meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is voor mij:

- ☐ Zeer moeilijk
- ☐ Beetje moeilijk
- ☐ Niet moeilijk, niet makkelijk
- ☐ Beetje makkelijk
- ☐ Zeer makkelijk

58. Het begrijpen van de uitnodigingsbrief is voor mij:

- ☐ Zeer moeilijk
- ☐ Beetje moeilijk
- ☐ Niet moeilijk, niet makkelijk
- ☐ Beetje makkelijk
- ☐ Zeer makkelijk

59. 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

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

- ☐ Zeer moeilijk
- ☐ Beetje moeilijk
- ☐ Niet moeilijk, niet makkelijk
- ☐ Beetje makkelijk
- ☐ Zeer makkelijk

61. Naar de huisartsenpraktijk toegaan is voor mij:

- ☐ Zeer moeilijk
- ☐ Beetje moeilijk
- ☐ Niet moeilijk, niet makkelijk
- ☐ Beetje makkelijk
- ☐ Zeer makkelijk

62. Tijd vrijmaken voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is voor mij:

- ☐ Zeer moeilijk
- ☐ Beetje moeilijk
- ☐ Niet moeilijk, niet makkelijk
- ☐ Beetje makkelijk
- ☐ Zeer makkelijk

Vragen over de wijze van informeren

63. Heeft u de uitnodigingsbrief gelezen?

- ☐ Ja (ga door met vraag 65)
- ☐ Nee

64. Waarom heeft u de uitnodigingsbrief niet gelezen?

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

65. Heeft u de informatiefolder die bij de uitnodigingsbrief zat gelezen?

- ☐ Ja (ga door met vraag 67)
- ☐ Nee

66. Waarom heeft u de informatiefolder niet gelezen?

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

67. In welke taal heeft u de informatiefolder ontvangen?

- ☐ Nederlands
- ☐ Andere taal, namelijk
- ☐ In zowel in het Nederlands als in een andere taal, namelijk

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

- ☐ Nederlands
- ☐ Andere taal, namelijk
- ☐ In zowel in het Nederlands als in een andere taal, namelijk

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

- ☐ Nederlands
- ☐ Andere taal, namelijk
- ☐ In zowel in het Nederlands als in een andere taal, namelijk

70. Wat vindt u de prettigste manier om te worden uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

- ☐ Per telefoon
- ☐ Per brief

71. Wat vindt u de prettigste manier om te worden uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

- ☐ Een uitnodiging krijgen waarbij al een afspraak voor u is gemaakt
- ☐ Een uitnodiging krijgen waarbij u zelf nog een afspraak moet maken
- ☐ Weet ik niet/ geen mening

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

- ☐ Ja, omdat
- ☐ Nee, omdat

Achtergrondvragen

De volgende vragen zijn achtergrondvragen. Deze vragen worden gesteld, zodat we achteraf kunnen vaststellen of de mensen die de vragenlijst hebben ingevuld een goede afspiegeling van de bevolking vormen. Zoals eerder vermeld, wordt de door u ingevulde vragenlijst anoniem en vertrouwelijk behandeld. Wij weten dus niet welke vragenlijst door u is ingevuld.

73. In welk land bent u geboren?

- ☐ Nederland (ga door met vraag 75)
- ☐ Anders, namelijk

74. Hoe lang woont u al in Nederland?

..... jaar

75. Waar is uw vader geboren?

- ☐ Nederland
- ☐ Anders, namelijk

76. Waar uw moeder geboren?

- ☐ Nederland
- ☐ Anders, namelijk

77. Hoe goed beheerst u de Nederlandse taal?

- ☐ Onvoldoende
- ☐ Matig
- ☐ Voldoende
- ☐ Ruim voldoende
- ☐ Goed

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

- ☐ Niets uit die brief
- ☐ Een klein beetje van die brief
- ☐ Ongeveer de helft van die brief
- ☐ Een groot gedeelte van die brief
- ☐ Alles uit die brief

79. Wat is uw burgerlijke staat?

- ☐ Gehuwd / samenwonend
- ☐ Ongehuwd / alleenstaand

80. Heeft u kinderen?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, kind(eren)

81. Hoeveel personen wonen er in uw huis, uzelf meegerekend?

..... persoon/personen

82. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond met een diploma?

- ☐ Geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt)
- ☐ Lager onderwijs (basisschool, speciaal onderwijs)
- ☐ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- ☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- ☐ Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- ☐ Anders namelijk

83. Wat zijn uw huidige werkzaamheden?

- ☐ Huisvrouw / geen betaald werk
- ☐ Werkzoekende
- ☐ Ik zit in de WAO, heb WW. Voordat ik in de WAO/WW terechtkwam, waren mijn werkzaamheden
- ☐ Ik werk parttime als, aantal uren:
- ☐ Ik werk fulltime als

84. Wat zijn de huisige werkzaamheden van uw partner?

- ☐ Huisman / geen betaald werk
- ☐ Werkzoekende
- ☐ Zit in de WAO, heeft WW. Voordat mijn partner/echtgenoot in de WAO/WW terecht kwam, waren zijn/haar werkzaamheden
- ☐ Werkt parttime als, aantal uren:
- ☐ Werkt fulltime als
- ☐ Heeft pensioen. Voordat mijn partner/echtgenoot pensioen kreeg, waren zijn/haar werkzaamheden
- ☐ Ik heb geen partner/echtgenoot

85. Wat is het netto maandinkomen van uw huishouden?

Netto is het bedrag dat uzelf, uw partner en eventuele anderen binnen uw huishouding samen maandelijks op bank- of girorekening krijgen.

- ☐ Minder dan € 950,-
- ☐ € 950,- tot en met € 1.300,-
- ☐ € 1.301,- tot en met € 1.900,-
- ☐ € 1.901,- tot en met € 3.150,-
- ☐ € 3.151,- of meer
- ☐ Wil ik niet zeggen

86. Heeft u het afgelopen jaar moeite gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen?

- ☐ Nee, geen enkele moeite
- ☐ Nee, geen moeite, maar ik moet wel opletten op mijn uitgaven
- ☐ Ja, enige moeite
- ☐ Ja, grote moeite

87. Heeft u een vaste huisarts?

- ☐ Ja
- ☐ Nee (ga door met vraag 90)

88. Is uw huisarts een man of een vrouw?

- ☐ Een man
- ☐ Een vrouw

89. Hoe tevreden bent u over uw huisarts?

- ☐ Zeer tevreden
- ☐ Beetje tevreden
- ☐ Niet tevreden, niet ontevreden
- ☐ Beetje ontevreden
- ☐ Zeer ontevreden

90. Wat zijn de 4 cijfers van uw postcode?

Dit was de laatste vraag

Hartelijk dank voor uw medewerking !!!

Wilt u alstublieft de vragenlijst na het invullen in de enveloppe doen, deze dichtplakken en teruggeven aan de persoon van wie u hem gekregen heeft? U kunt de vragenlijst ook per post terugsturen in de bijgevoegde antwoortenveloppe. Een postzegel is niet nodig.

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

**GGD Regio Twente
Afdeling O&O
T.a.v. Kitty Zander
Antwoordnummer 127
7500 VB ENSCHEDE**

