

Factoren die geassocieerd zijn met het niet deelnemen van Turkse vrouwen aan screening op baarmoederhalskanker

Nazlı Lale, Ferko Öry, Symone Detmar*

De opkomstcijfers voor screening op baarmoederhalskanker zijn voor Turkse vrouwen lager dan voor vrouwen van Nederlandse origine. In dit onderzoek is getracht een antwoord te vinden op de vraag welke factoren bij Turkse vrouwen een rol spelen om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Vijftig vrouwen die wel hebben deelgenomen en 50 vrouwen die niet hebben deelgenomen aan de screening, allen woonachtig in Amsterdam, zijn met behulp van een semi-gestructureerde vragenlijst door de van origine Turkse onderzoekster Nazlı Lale persoonlijk geïnterviewd. Statistisch significante verschillen tussen de twee groepen waren beheersing van de Nederlandse taal en tevredenheid met de huisarts. Als belangrijke redenen om niet aan de screening deel te nemen gaven de vrouwen het ontbreken van symptomen aan en het feit dat ze geen oproep hadden ontvangen. Om hogere opkomstcijfers te behalen zou het denkbeeld dat men niet hoeft te gaan als men geen symptomen heeft, veranderd moeten worden door gerichte voorlichting. De opkomst zou tevens verhoogd kunnen worden indien huisartsen de vrouwen oproepen in plaats van de GGD-en.

Trefwoorden: screening, baarmoederhalskanker, allochtonen, preventie

INLEIDING

Screening op baarmoederhalskanker en borstkanker zijn belangrijke onderdelen voor kanker preventie. Introductie van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker had ten doel om alle vrouwen in de leeftijd waarin een voorstadium van baarmoederhalskanker vaak wordt geconstateerd te screenen en zo een reductie in mortaliteit tot stand te brengen. Daartoe werden in 1989 alle vrouwen tussen de 35 en 55 jaar eens per drie jaar uitgenodigd voor een uitstrijkje (Papanicolau smear test). In 1996 werd de groep uitgebreid tot vrouwen tussen de 30 en 60 jaar die eens per vijf jaar worden uitgenodigd. Naast de specificiteit en sensitiviteit van het uitstrijkje en de kwaliteit van de follow-up is de opkomst bij het bevolkingsonderzoek essentieel om de beoogde reductie in mortaliteit te kunnen behalen. Helaas zijn de opkomstpercentages bij sommige groepen uit de bevolking nog laag. Vrouwen behorend tot etnische minderheden zoals Turken, Marokkanen, Surinamers en de Antillianen blijken minder vaak deel te nemen aan baarmoederhalskanker screening dan autochtone Nederlan-

ders.^{1,2} Een lage sociaal-economische status, een lage opleiding^{3,4,5} en een laag inkomen⁶ zijn geassocieerd met een lage opkomst. Het niet hebben van een partner,^{3,6} weinig kennis over baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek zelf,^{7,8} het niet beheersen van de Nederlandse taal⁹ en een slecht ervaren gezondheid¹⁰ zijn andere factoren die mogelijk een rol spelen bij een lagere opkomst. Vrouwen die worden opgeroepen door de eigen huisarts nemen vaker deel aan de screening dan vrouwen die worden opgeroepen door de GGD-en.^{11,12}

De opkomst voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker bij Turkse vrouwen woonachtig in Amsterdam was in 1999 53 %, de opkomst van vrouwen van Nederlandse origine was 55%.² In Utrecht en Rotterdam is de opkomst veel lager, maar de cijfers van Amsterdam liggen ook lager dan het landelijk gemiddelde, dat op 64% ligt. Het hier beschreven onderzoek richt zich op factoren die geassocieerd zijn met de relatief lage opkomst van Turkse vrouwen.

METHODE

Om alle aspecten die mogelijk gerelateerd zijn aan het niet deelnemen naar voren te kunnen brengen is er gekozen voor het persoonlijk interviewen van de vrouwen. Een persoon-

* Nazlı Lale¹, Ferko Öry², Symone Detmar³

¹ Medisch Biologe, PaceMaker in Global Health

² Kinderarts, TNO-PG en PaceMaker in Global Health

³ Antropologe, TNO-PG

lijk gesprek tussen twee vrouwen met dezelfde culturele achtergrond vergroot de respons bij deze groep. Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van een semi-gestructureerde vragenlijst, waarin vragen opgenomen zijn over socio-demografische gegevens, ervaren gezondheid, tevredenheid met de huisarts, kennis over baarmoederhalskanker en wijze van uitnodigen voor de screening. Al deze vragen zijn gebaseerd op bevindingen uit de literatuur over deelname aan screening bij allochtonen. Tevens is gevraagd naar invloed vanuit de omgeving op deelname.

De vragen met betrekking tot invloed vanuit de omgeving zijn gebaseerd op de theorie van gepland gedrag van Fishbein en Ajzen. Dit model beschrijft hoe factoren zoals attitude, sociale invloed en zelf-effectiviteit, leiden tot intentie van gedrag, dat evenwel in sommige gevallen belemmerd kan worden door praktische barrières.¹³ Daarnaast is gevraagd naar redenen waarom vrouwen niet deelnemen aan de screening. Het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) dat in 2001 en 2002 voornamelijk beantwoord is door autochtone vrouwen, bevat een vraag over de redenen om eventueel niet deel te nemen aan screening op baarmoederhalskanker. Dezelfde vraag uit de POLS-CBS enquête is ook aan de Turkse respondenten voorgelegd om hun antwoorden naast de antwoorden van de overwegend Nederlandse vrouwen te leggen om zo hun redenen om niet te gaan te kunnen vergelijken.¹⁴ Ten slotte werd aan alle vrouwen gevraagd wat er volgens hun mening veranderd zou moeten worden om hun deelname te verhogen.

Er werden in totaal 100 vrouwen geïnterviewd, waarvan 50 wel hadden deelgenomen aan de screening op baarmoederhalskanker en 50 niet. De vrouwen werden voor een groot deel geworven met behulp van de sneeuwbal methode. Hierbij werd de respondenten elke keer nadat ze geïnterviewd waren gevraagd of ze nog andere vrouwen kenden die mogelijk aan het onderzoek wilden deelnemen. Met de vrouwen is telefonisch een afspraak gemaakt voor een interview. Een klein deel van de vrouwen werd via buurthuizen en verenigingen benaderd. Tijdens de selectie van de vrouwen is er gematched op leeftijd. Er werd getracht vrouwen uit verschillende buurten van Amsterdam te benaderen. De respondenten woonden in de buurten Slotervaart-Overtoomse Veld, Bos en Lommer, De Baarsjes, Osdorp, Rivierenbuurt, Oost, Watergraafmeer, Zeeburg en Noord, alle in Amsterdam. De interviews werden voor een groot deel bij de respondenten thuis afgenomen. Data ana-

Kernpunten

- **Het niet beheersen van de Nederlandse taal is een belangrijke barrière voor Turkse vrouwen om deel te nemen aan de screening op baarmoederhalskanker.**
- **Tevredenheid over de huisarts is van groot belang wat betreft hun deelname aan screening.**
- **Specifieke voorlichting over het begrip 'preventie' met uitleg dat screening nodig is zonder dat men symptomen heeft zal deelname verhogen.**
- **Het is van belang om vragen van landelijke enquêtes, zoals die van het Centraal Bureau voor de Statistiek, kritisch te beoordelen vanuit het standpunt van de multi-etnische samenleving wat betreft de formulering en stijl van de vragen en de antwoord-opties.**

lyse geschiedde met behulp van het statistische programma SPSS 10.0. Van de 50 vrouwen die niet hadden deelgenomen, gaven 20 aan dat ze geen oproep hadden gekregen waardoor ze niet deel konden nemen aan de screening. Daarnaast waren drie vrouwen al in behandeling en voor hen was het dus niet nodig om een uitstrijkje te laten maken. Deze 23 vrouwen werden uit de vergelijkende analyse verwijderd.

RESULTATEN

De gemiddelde leeftijd van de vrouwen die wel hadden deelgenomen was 42,8, van de vrouwen die niet hadden

deelgenomen 42,9. Net zoals de leeftijden kwamen postcodes, opleidingen en de burgerlijke staat voor beide groepen overeen. Van de socio-demografische factoren bleek het beheersen van de Nederlandse taal van invloed te zijn op het wel of niet deelnemen aan de screening. Uit tabel 1 blijkt dat vrouwen die het Nederlands beheersen vaker hebben deelgenomen dan de vrouwen die het Nederlands niet beheersen. Dit verschil is statistisch significant. Hiernaast bleek tevredenheid met de huisarts gerelateerd te zijn aan deelname. Vrouwen die tevreden zijn over de tijd die de huisarts voor ze neemt en vrouwen die tevreden zijn over de vakkundigheid van hun huisarts hebben vaker deelgenomen dan vrouwen die niet tevreden zijn over deze twee aspecten. De verschillen zijn statistisch significant, zie tabel 1.

Naast deze resultaten hebben niet gehuwde vrouwen, lager opgeleide vrouwen, vrouwen met een lager inkomen en vrouwen die niet zijn gestimuleerd door hun omgeving minder deelgenomen, dan gehuwde-, hoger opgeleide vrouwen, vrouwen met een hoger inkomen en vrouwen die wel waren gestimuleerd door de mensen in hun omgeving (zoals partner of vriendinnen) om deel te nemen aan de screening. Deze verschillen zijn echter statistisch niet significant. Godsdienstige redenen blijken volgens het onderzoek geen invloed te hebben op deelname. Als argument voor het niet deelnemen werden de redenen 'ik had geen symptomen' en 'ik had geen oproep gekregen' het meeste genoemd, respectievelijk 21 en 20 keer. Om er zeker van te zijn of ze geen oproep hadden gekregen werd na toestemming van de vrouw, bij de GG&GD Amsterdam nagegaan of deze vrouwen wel waren opgenomen in het systeem en of ze inderdaad geen oproep hadden gekregen. Met de GG&GD werd afgesproken dat de gegevens van de vrouwen na controle onmiddellijk zouden worden vernietigd. Hieruit bleek dat aan 13 van de 20 vrouwen volgens het systeem van de GG&GD van Amsterdam wel een oproep was toegezonden. Hieruit valt niet te concluderen of deze vrouwen inderdaad

Tabel 1. Factoren die de opkomst voor screening op baarmoederhalskanker beïnvloeden

Factoren	Wel deelgenomen N = 50 %		Niet deelgenomen N = 27 %		p-waarde
Beheersing van het Nederlands					
Ja	39	78	15	56	0,04
Nee	11	22	12	44	
Tevredenheid met de tijd die de huisarts voor de patiënten neemt					
Tevreden	40	80	13	48	0,015
Niet/weinig tevreden	10	20	14	52	
Tevredenheid met de vakkundigheid van de huisarts					
Tevreden	37	74	14	52	0,035
Niet/weinig tevreden	13	26	13	48	
Ervaren gezondheid					
Heel goed	5	10	1	4	0,19
Goed	22	44	8	30	
Niet goed, niet slecht	19	38	12	44	
Slecht	4	8	6	22	
Kennis over baarmoederhalskanker*					
Wat het is	28	56	14	52	0,72
Wat de oorzaak is	3	6	3	11	0,42
Of het te genezen is	13	20	10	37	0,31
Invloed van de omgeving					
Ze vonden dat ik moest gaan	24	48	9	33	0,21
Ze vonden dat ik het zelf moest weten	2	4	0	0	
Ze bemoeiden zich er niet mee	24	48	18	67	

* Alleen de 'ja'-antwoorden zijn gescoord.

geen oproep hebben ontvangen door bijvoorbeeld problemen met de postbezorging, of dat ze deze wel hebben ontvangen, maar niet hebben gelezen. Twee van de vrouwen die hadden gezegd dat ze geen oproep hadden gekregen, hebben zelfs een uitstrijkje laten maken volgens de gegevens van de GG&GD. Zeven van de 20 vrouwen waren helemaal niet te vinden in het systeem van de GG&GD en konden dus ook niet opgeroepen worden.

Bij de vraag wat er volgens de vrouwen veranderd zou moeten worden om voor meer deelname te zorgen werden de opties om meer voorlichting over het onderzoek te geven, de mogelijkheid om het uitstrijkje door een vrouwelijke arts te laten maken, aanwezigheid van een tolk, voor iedereen een oproep, en bij voorkeur van de huisarts, het meeste genoemd.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

De relatie tussen de beheersing van de Nederlandse taal en deelname aan screening voor baarmoederhalskanker was statistisch significant aan te tonen. Van de aspecten over de tevredenheid over de huisarts waren de tijd die de huisarts voor de vrouwen neemt tijdens een consult en de tevreden-

Tabel 2. Redenen van Nederlandse en Turkse vrouwen om niet naar de screening op baarmoederhalskanker te gaan.

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

Ontleend aan CBS Pols enquête ¹⁴

Tabel 3. Redenen van Turkse vrouwen voor niet deelnemen (50 respondenten)

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

Niet genoemd zijn de volgende redenen: ik was bang voor pijn, ik mocht niet van mijn man, ik kon geen oppas vinden voor mijn kinderen, ik had slechte ervaringen, slechte ervaringen van kennissen, ik dacht dat zoiets niet mocht van de Islam.

heid over de vakkundigheid van de huisarts statistisch significant. Een samenhang tussen deelname aan de screening voor baarmoederhalskanker en burgerlijke staat, opleiding en inkomen was niet statistisch significant. Dit kan te maken hebben met het feit dat er weinig verschillen te zien waren binnen de hele groep wat betreft socio-demografische factoren, maar ook wel met het kleine aantal ondervraagden.

In een Canadese studie bleek dat vrouwen die hun gezondheid als goed ervaren vaker hebben deelgenomen aan screening op baarmoederhalskanker dan vrouwen die hun gezondheid als slecht ervaren.¹⁰ Het CBS vraagt in de POLS enquête jaarlijks naar de ervaren gezondheid van de Nederlandse bevolking. Volgens de resultaten van de afgelopen tien jaar gaf ongeveer 80% van de Nederlandse bevolking steeds aan zich gezond of zeer gezond te voelen.¹⁴ Dit percentage is vergeleken met de percentages in dit onderzoek zeer hoog. In dit onderzoek heeft 54 % van de vrouwen die wel hebben deelgenomen en maar 33% van de vrouwen die niet hebben deelgenomen aangegeven zich gezond of zeer gezond te voelen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat een lage opkomst bij Turkse vrouwen ook te maken kan

hebben met een slechtere ervaren gezondheid. Dit verschil is echter statistisch niet significant (tabel 1).

Uit de antwoorden van de POLS-CBS enquête op de vraag over redenen om niet deel te nemen aan de screening op baarmoederhalskanker bleek dat in de afgelopen jaren ongeveer 20% van alle vrouwen in Nederland een antwoord gaf dat bij de categorie 'anders' is ingedeeld.¹⁴ In dit onderzoek werd 44% van de antwoorden van Turkse respondenten bij dezelfde vraag in de categorie 'anders' ingedeeld. Hieruit valt te concluderen dat de categorieën van het CBS wellicht aanpassing behoeven met het oog op onze multi-etnische samenleving.

AANBEVELINGEN

Eenentwintig vrouwen geven aan dat ze niet naar de screening zijn geweest omdat ze geen symptomen hadden en deelname aan de screening daarom niet nodig vonden. Hieruit blijkt dat Turkse vrouwen niet altijd beseffen wat bevolkingsonderzoek ter preventie van baarmoederhalskanker inhoudt. Gerichte voorlichting zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan kennisverbetering over het onderzoek en aan een betere opkomst. Uitnodiging van de vrouwen door de eigen huisarts zou ook voor meer deelname kunnen zorgen omdat de meeste mensen staan ingeschreven bij een huisarts, ongeacht of ze wel of niet in het bezit zijn van een verblijfsdocument. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat alle in aanmerking komende vrouwen uitgenodigd worden. De GGD-en roepen alleen vrouwen op die staan ingeschreven bij het bevolkingsregister.

De respondenten gaven aan dat ze makkelijker zouden deelnemen als er tolken aanwezig zouden zijn. Het is natuurlijk niet mogelijk om in elke huisartsenpraktijk een tolk te hebben, maar wel hebben alle huisartsen de mogelijkheid om telefonisch een tolk te raadplegen. In de uitnodigingsbrief zou dit vermeld kunnen worden, zodat de vrouwen gericht naar deze diensten kunnen vragen. Alleen het vermelden dat er de mogelijkheid bestaat om (telefonisch) een tolk te raadplegen zou waarschijnlijk al voor meer deelname zorgen. Ook gaven sommige respondenten aan dat ze een niet vertaalde uitnodigingsbrief hadden ontvangen, waardoor ze het zelf niet konden begrijpen. Vergelijking van de uitnodigingsbrieven toonde inderdaad aan dat niet alle uitnodigingsbrieven vertaald zijn. Het is aan te bevelen landelijk een uniforme, vertaalde brief te gebruiken voor het uitnodigen van de vrouwen.

Dit project draagt bij aan diversiteit, een belangrijke bouwsteen in onze multiculturele samenleving. Onderzoek naar de redenen voor het niet verschijnen voor screening op baarmoederhalskanker geeft inzicht in de denk- en leefwereld van Turkse vrouwen en opent zo de weg tot dialoog op het gebied van preventie. De integratie wordt gediend door het ontwikkelen van nieuwe methoden om Turkse vrouwen meer bij preventieve activiteiten te betrekken.

DANKWOORD

Wij zijn Rom Perenboom van TNO-PG zeer erkentelijk voor zijn advies bij het verwerken van de CBS-POLS gegevens.

ABSTRACT

Factors associated with non-participation of Turkish women to cervical cancer screening in the Netherlands

Women belonging to ethnic minorities in the Netherlands participate less in cervical cancer screening than women of original Dutch descent. Turkish women living in Amsterdam belong to one of the largest ethnic minorities in the Netherlands. This study investigates why Turkish women show reduced participation rates for cervical cancer screening in comparison with women of Dutch descent. Hundred Turkish women living in Amsterdam were interviewed with a semi-structured questionnaire by a Turkish female researcher; 50 women participated in the screening and 50 did not. Statistically significant differences between the two groups were found in mastery of the Dutch language and satisfaction with the general practitioner. Not having any symptoms and not having received an invitation letter for the screening were the most frequently stated reasons why Turkish women did not participate in the screening. Focused health promotion activities are required to inform ethnic minority women about the necessity of cancer screening even in absence of symptoms. In addition, inviting women by their own general practitioner instead of the Local Health Authorities could be efficient to acquire higher participation rates.

Key words: screening, cervical cancer, ethnic minorities, prevention

LITERATUUR

1. *Huismans W.* Notitie: Verbetering voorlichting aan doelgroep waarbij de opkomst bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker laag is. Gewestelijke gezondheidsdienst Gooi & Vechtstreek, 2001.
2. *Harmstel JG.* Jaarverslag: Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2000.
3. *McPhee J, Bird J, Davis T.* Barriers to breast and cervical cancer screening among Vietnamese- American women. *Am J Prev Med* 1997;13:205-13.
4. *Simoes J, Newschaffer CJ, Hagdrup N et al.* Predictors of compliance with recommended cervical cancer screening schedule: A population based study. *J Community Health* 1999;24: 115-30.
5. *Kim K, Yu ES, Chen EH, Kim J, Kaufman M, Purkiss J.* Cervical cancer screening knowledge and practices among Korean-American women. *Cancer Nursing* 1999;22:297-302.
6. *Yi JK.* Factors associated with cervical cancer screening behavior among Vietnamese women. *J Community Health* 1994;19:189-200.
7. *Lee MC.* Knowledge, barriers and motivators related to cervical cancer screening among Korean- American women. *Cancer Nursing* 2000;23:169-175.
8. *Bonelli L, Branca M, Ferreri M, Barizzone D, Rossi E, Cedri S.* Attitude of women towards early cancer detection and estimated compliance to a screening program for cervix and breast cancer. *Cancer Detect Prev* 1996;20:342-52.

9. *Naish J, Brown J, Denton B.* Intercultural consultations: investigation factors that deter non-English speaking women from attending their general practitioners for cervical screening. *BMJ* 1994;309:1126-8.
10. *Maxwell CJ, Bancej CM, Sniders J, Vik SA.* Factors important in promoting cervical cancer screening among Canadian women: Findings from the 1996-97 National Population Health Survey (NPHS). *Can J Public Health* 2001;92:127-33.
11. *Palm I, Kant A, Bosch W, Vooijs G, Weel C.* Preliminary results of a general practice based call system for cervical cancer screening in the Netherlands. *Br J Gen Practice* 1993;43:503-6.
12. *Hermens RPM, Tacken M, Hulscher M, Braspenning J, Grol R.* Attendance to cervical cancer screening in family practices in The Netherlands. *Prev Med* 2000;30:35-42.
13. *Ajzen I, Fishbein M.* Construction of a standard questionnaire for the theory of planned behavior. Course document 2000.
14. CBS. Permanent onderzoek levenssituatie (POLS). Heerlen: CBS, 1999.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Ferko Öry, tel. 071-518 1787, e-mail: fg.ory@pg.tno.nl

Voor publicatie aanvaard in december 2002