

Herken jij een melanoom?

Een studie over de kennis van de Arubaanse bevolking over het herkennen van uiterlijke kenmerken en risicofactoren van de huidziekte melanoom.

Naam: Dewra Rammo
Studentennummer: 12094307
Toetscode: HDT-BV410-15
Gelegenheid: 2
TKO-begeleider: Britt van Mensvoort
Meelezer: Els van der Kleij
Afstudeercoördinator: Froukje Jellema
Opdrachtgever: Dr. Nuris Lampe
Datum: 10 mei 2017

In opdracht van



Persoonsgegevens

Opleiding

De Haagse Hogeschool
Opleiding Huidtherapie
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag
Tel. 070 445 8300

Student

Naam: Dewra Rammo
Opleiding: Huidtherapie
Studiejaar: vierdejaars
Studentnummer: 12094307
Emailadres: dewrammo@hotmail.com

Afstudeerbegeleider opleiding

Naam: mevrouw van Mensvoort
Emailadres: b.j.m.vanmensvoort@hhs.nl

Meelezer vanuit opleiding

Naam: mevrouw van der Kleij
Emailadres: e.vanderkleij@hhs.nl

Afstudeercoördinator vanuit opleiding

Naam: mevrouw Jellema
E-mailadres: f.a.jellema@hhs.nl

Opdrachtgever

Naam: Dr. Lampe
E-mailadres: nurislampe@hotmail.com
Dermatology Clinic - Dr. Lampe
Stadionweg 16
Oranjestad, Aruba
Tel. +297 588 0084

Samenvatting

Het aantal mensen dat huidkanker ontwikkelt op Aruba neemt toe. Uit eerder onderzoek blijkt dat er veel leed voorkomen kan worden als men meer weet over de huidaandoening melanoom en de vroege signalen ervan herkend. Uitgebreid aangeleerd zelfonderzoek van de huid kan leiden tot een vroegere diagnose van (recidiverende) melanomen, waardoor de mortaliteit met meer dan de helft zou kunnen afnemen. Op Aruba is er nooit eerder onderzoek gedaan naar de kennis van de Arubaanse bevolking over melanomen. Om het aantal incidenten van melanomen op Aruba te verminderen is het van belang om te onderzoeken of de patiënten op Aruba voldoende kennis hebben van de risicofactoren en het herkennen van de uiterlijke kenmerken van de huidaandoening melanoom.

Huidig onderzoek zal de kennis van Arubanen over de risicofactoren en het herkennen van uiterlijke kenmerken van de huidaandoening melanoom op twee manieren onderzoeken. Allereerst is er een literatuuronderzoek gedaan, om alle bestaande informatie over dit onderwerp goed in kaart te brengen. Vervolgens is er een enquête afgenomen bij 231 patiënten van de Dermatology Clinic – Dr. Lampe op Aruba. De vragenlijst bracht door middel van elf gesloten meerkeuzevragen de kennis van de participanten in kaart. Hierna is er gekeken of er verschillen in kennis waren als men keek naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Hiervoor is gebruik gemaakt van het programma SPSS.

Uit de resultaten van het literatuuronderzoek bleek dat vrouwen meer kennis zouden hebben dan mannen, verschillende leeftijdscategorieën hun eigen valkuilen hadden met betrekking tot kennis over melanoom, en dat hogeropgeleiden over het algemeen meer kennis hebben over hun eigen lichaam, en over de huidziekte melanoom dan laagopgeleiden. De verschillen tussen sekse werden niet terug gevonden in het kwantitatief onderzoek. De resultaten lieten volgens verwachting wel zien dat er geen verschil was in gemiddeld aantal juist beantwoorde vragen als men keek naar verschillende leeftijdsgroepen. Verder lieten de resultaten zien dat hogeropgeleiden inderdaad meer kennis hadden over het onderzoeksonderwerp als er vergeleken werd met mensen met een lage of middelhoge opleiding.

Alle verschillende groepen maakten gemiddeld erg veel fouten in een redelijk algemeen vragenlijst over de huidziekte melanoom. Men kan daarom concluderen dat de Arubaanse bevolking nog veel bij te leren heeft als het gaat om het herkennen van de uiterlijke kenmerken en risicofactoren van deze ziekte. Er is veel werk aan de winkel om de stijgende lijn van huidkanker op Aruba terug te dringen. Meer informatie, betere voorlichting, en meer mogelijkheden om moedervlekken te controleren zijn hierbij van belang.

Summary

The number of people that will develop skin cancer at Aruba is growing. Previous research shows that a lot of harm can be prevented if people know more about the skin condition of melanoma and its early signs. Comprehensive learned forms of self-examination of the skin can lead to earlier diagnosis of (recurrent) melanomas, which could reduce mortality by more than half. There is no previous research on the knowledge of the Aruban population about melanomas. In order to reduce the number of melanoma incidents on Aruba, it is important to investigate whether patients on Aruba have sufficient knowledge of the risk factors and the recognition of the appearance of the skin disease melanoma.

Current research will investigate the knowledge of Aruban people about the risk factors and the recognition of outer features of skin disease melanoma in two ways. Firstly, a literature review was done to properly map all existing information on this subject. Then a survey was given to 231 patients from the Dermatology Clinic - Dr. Lamp on Aruba. The questionnaire had eleven closed multiple-choice questions map the knowledge of the participants. Subsequently, it was examined whether there were differences in knowledge of the subject when one looks at gender, age and educational level. This has been done using the SPSS program.

The results of the literature survey showed that women had more knowledge than men, different age groups had their own pitfalls with regards to knowledge about melanoma, and that people with a higher form of education generally have more knowledge about their own body and therefore also about skin disease melanoma, than lower-skilled people. The differences between genders were not found in quantitative research. The results showed, as expected, that there was no difference in the average number of correctly answered questions when looking at different age groups. Furthermore, the results showed that people with a higher form of education indeed had more knowledge of the research topic when compared to people with lower levels of education.

On average, all different groups made a lot of mistakes in a fairly general questionnaire about the skin disease melanoma. One can therefore conclude that the Aruban population has a lot to learn about recognizing the external features and risk factors of this disease. There is a lot of work to do to reduce the rising line of skin cancer on Aruba. Better information, more prevention programs and more possibilities to check suspicious moles are important to this cause.

Voorwoord

Geachte lezer,

Hierbij presenteer ik mijn afstudeeronderzoek over huidkanker. Ik heb dit onderzoek geschreven voor mijn opleiding Huidtherapie aan de Haagse Hogeschool. Tijdens mijn opleiding heb ik twee periodes stagegelopen in Aruba. Ik liep stage bij dermatoloog Dr. Lampe en hielp haar met behandelingen bij Arubaanse patiënten. Ik schrok tijdens mijn stage van het aantal patiënten met huidkanker, en heb me door middel van dit onderzoek verder in het onderwerp verdiept. Hierbij kwam naar voren dat Arubanen nog vrij weinig kennis hebben over de ziekte en het voorkomen ervan. Om hier direct mee aan de slag te gaan, heb ik tijdens mijn onderzoek speciale Huidkankerdagen georganiseerd in Aruba. Hierdoor hebben Arubanen meer kennis gekregen over de ziekte, wat hard nodig is. Ik hoop dat deze dagen in het vervolg herhaald zullen worden en dat Arubanen vaker hun huid zullen laten controleren.

Dit onderzoek is tot stand gekomen door hulp van een aantal mensen die ik graag wil bedanken. Ten eerste bedank ik dermatoloog Dr. Lampe, haar team, de patiënten en de Arubaanse bevolking. Zonder de hulp van Dr. Lampe en de medewerking en interesse van de Arubaanse patiënten zou dit onderzoek niet tot stand kunnen zijn gekomen. Verder wil ik mijn familie bedanken voor hun steun, motivatie en vertrouwen in mij in de periode van mijn onderzoek. Daarnaast bedank ik mijn studieloopbaanbegeleider Britt van Mensvoort voor haar hartelijke steun en opbouwende feedback. Hierdoor kon ik met vertrouwen, plezier en nieuwe energie steeds een stapje verder komen in mijn onderzoek. Ten slotte bedank ik Froukje Jellema voor haar feedback op mijn afstudeerplan.

Dankzij bovengenoemde personen heb ik me verder kunnen ontwikkelen als huidtherapeut, waarvoor ik ze erg dankbaar ben. Bedankt voor de interesse naar mijn onderzoek, en ik wens u veel leesplezier.

Met vriendelijke groet,

Dewra Rammo

Inhoudsopgave

1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Relevantie voor het werkveld	8
1.3 Doelstellingen	8
1.4 Hoofdvraag en deelvragen	8
1.5 Afbakening	9
2. Methoden	10
2.1 Procedure kwantitatief onderzoek	10
2.2 Participanten	11
2.3 Meetinstrument	11
2.4 Data-analyse	11
3. Resultaten	13
3.1 Sekseverschillen	13
3.2 Verschillen in leeftijd	13
3.3 Verschillen in opleidingsniveau	14
4. Conclusie	15
5. Discussie	15
5.1 Aanbevelingen	16
Literatuurlijst	17
Bijlagen	19
Bijlage 1. Enquêtes in vier verschillende talen	19
Bijlage 2. Brochure melanoom American Academy of Dermatology	27
Bijlage 3. Het gemiddelde aantal juist gegeven antwoorden in categorieën geslacht, leeftijd en opleidingsniveau en bijbehorende P-waarde	30
Bijlage 4. De enquête vragen aantal keren juist gegeven antwoorden	31
Bijlage 5. SPSS T-Test	32
Bijlage 6. SPSS One Way Anova	33
Bijlage 7. Antwoorden enquête in cirkeldiagrammen	37

1. Inleiding

Dit onderzoek is uitgevoerd in Aruba in samenwerking met de Dermatology Clinic - Dr. Lampe, waarbij het hoofd van de kliniek heeft gefungeerd als begeleider. Het onderzoek is uitgevoerd als afstudeerproject voor de opleiding Huidtherapie van de Haagse Hogeschool in Nederland.

De incidentie van mensen met melanoom groeit gestaag met zo'n vier procent sinds 1973 (Oliveria, Christos, Halpern, Fine, Barnhill & Berwick, 1999). In Nederland zijn er diagnostische criteria opgesteld voor dysplastische naevi, om hiermee een richtlijn voor patiëntenzorg op te stellen. Het doel van deze richtlijn is een zo vroeg mogelijk opsporing van melanomen bij belangrijke risicogroepen. Helaas zijn er nog grote internationale verschillen in de diagnostische criteria en bijbehorende richtlijnen (Bergman, van Voorst Vader & Ruiters, 1997). Het gevolg van deze verschillen is dat de kennis van melanoom niet overal in de wereld gelijk is. Dit verschil is te zien bij dermatologen, maar ook bij de algehele bevolking. Dit onderzoek zal inzicht geven in de kennis van melanoom van de verschillende bevolkingsgroepen van Aruba, om te welke groepen extra voorlichting nodig hebben en welke informatie deze specifieke groepen missen.

In dit onderzoeksrapport zal beginnen met de aanleiding van het onderzoek, waarna achtereenvolgens de probleemstelling, de doelstelling, de hoofd- en deelvragen, de afbakening van het onderwerp en de begripsdefiniering uiteengezet. Ten slotte vind u alle gebruikte bijlagen aan het einde van dit verslag.

1.1 Aanleiding

Het aantal mensen dat huidkanker ontwikkelt op Aruba neemt toe. Uit een interview met Dr. de Zwart-Storm blijkt dat huidziekten een grote rol spelen op Aruba. Huidkanker staat hierbij stipt op nummer één, en voornamelijk het aantal patiënten met melanomen is zorgwekkend toegenomen. Naar schatting krijgt één op de vier Arubanen persoonlijk te maken met deze huidaandoening ("Eén op de vier Arubanen heeft persoonlijk te maken met huidkanker", 2012). In de periode van 2007 tot 2010 zijn er in totaal 611 nieuwe gevallen gediagnosticeerd, waaruit blijkt dat huidkanker zelfs de meest voorkomende kankersoort op Aruba is (Ministry of Public Health, 2013). Uit de nieuwste cijfers van de Epidemiologie van Directie Volksgezondheid blijkt dat er in vier jaar tijd het aantal kwaadaardige huidtumoren is verdubbeld. De reden voor deze toename komt voornamelijk door een veranderde samenstelling van de bevolking op Aruba. De bevolking op Aruba bestaat steeds meer uit Zuid-Amerikanen en Europeanen. Door het lichte huidtype van deze twee bevolkingsgroepen is de kans om huidkanker te ontwikkelen vele malen groter vanwege huidbeschadiging door de zon. Tevens speelt de vergrijzing een grote rol, omdat huidkanker zich namelijk op latere leeftijd openbaart (Geeve & Groen, 2013).

Uit onderzoek van Dr. de Haas, dermatoloog aan het Erasmus MC blijkt dat er veel leed wordt voorkomen als men meer weet over de huidaandoening melanoom en de vroege signalen ervan herkent. De belangrijkste tekenen waarop patiënten en specialisten onderscheid kunnen maken tussen goedaardige gepigmenteerde huidlaesies en melanomen zijn veranderingen in kleur, vorm en grootte van de huidlaesie (Walter, Humphrys, Tso, Johnson & Cohn, 2010). Huidtherapeuten, artsen en dermatologen kunnen hiervoor gebruik maken van het ABCDE-model om gepigmenteerde huidlaesies visueel te beoordelen. Hierbij staat de A voor Asymmetrie, de B voor Border, de C voor Color, de D voor Diameter en de E voor Evolution of Elevation. Deze is opgesteld door de American Cancer Society (Klop, Balm, van der Veen, Nieweg, van der Hage & Lohuis, 2011). De algemene bevolking laat voornamelijk de huid controleren bij onschuldige moedervlekken, terwijl ernstigere huidziekten over het hoofd worden gezien. Zo worden benigne gepigmenteerde huidlaesies door patiënten geregeld aangezien als maligne huidlaesies (Wolff, Tai & Miller, 2009). Uitgebreid aangeleerd zelfonderzoek van de huid kan leiden tot een vroegere diagnose van (recidiverende) melanomen, waardoor de mortaliteit met meer dan de helft zou kunnen afnemen. Daarbij kan een vroegere diagnose leiden tot een minder intensieve behandeling (Boone, Stapleton, Turrissi, Ortiz, Robinson & Mallett, 2009; Jaworek-Korjakowska, 2016).

Op Aruba is er nooit eerder onderzoek gedaan naar de kennis van de Arubaanse bevolking over melanomen. Om het aantal incidenten van melanomen op Aruba te verminderen is het van belang om

te onderzoeken of de patiënten op Aruba voldoende kennis hebben van de risicofactoren en het herkennen van de uiterlijke kenmerken van de huidaandoening melanoom (De Haas, 2012). Uit het onderzoek moet duidelijk worden welke groepen patiënten de minste kennis hebben over het herkennen van melanomen, zodat er gericht voorlichting gegeven kan worden en hiermee het aantal incidenten melanomen te laten dalen. Er is op dit moment niet duidelijk welke informatie beschikbaar en bekend is bij elke doelgroep. Iedere leeftijd, geslacht en opleidingsniveau kan vragen om een andere aanpak voor het geven van de voorlichting met de meest geschikte informatie voor deze groep.

1.2 Relevantie voor het werkveld

Door het toenemende aantal gevallen van huidkanker, in het bijzonder melanomen, zal de huidtherapeut een steeds grotere rol krijgen met betrekking tot preventie hiervan (Huidtherapie, 2016). Uit onderzoek van Oostewechel & Berman (2013) blijkt dat huidtherapeuten bevoegd en bekwaam genoeg zijn om een bijdrage te leveren aan het vroeg diagnosticeren van huidkanker. Zo kan een huidtherapeut door een algehele lichaamscontrole huidkanker in een vroeg stadium ontdekken, waarna de huidtherapeut de patiënt tijdig kan adviseren om de verdachte plek verder te laten onderzoeken. Hierdoor kan er eerder een eventuele behandeling worden opgezet, mocht dit aangeraden worden door de huisarts (Huidtherapie, 2016).

Huidkanker is wereldwijd een groeiend probleem, maar het gebrek aan kennis hierover is op Aruba schrikbarend. De werkdruk van dermatologen op Aruba is aanzienlijk toegenomen door de toename van huidkanker. Hierdoor lopen de wachtkamers dagelijks vol en kan de wachttijd enkele maanden bedragen. Men heeft meer voorlichting nodig, maar er is hiervoor geen tijd en ruimte beschikbaar binnen de huidige situatie (Huidtherapie, 2016). Dit onderzoek kan de actuele kennis van de bevolking in kaart brengen, en daarbij van belang zijn om de kennis in de toekomst te verhogen. Deze voorlichtingsrol zou weggelegd kunnen zijn voor toekomstige huidtherapeuten. Helaas zijn er momenteel geen huidtherapeuten werkzaam op Aruba. Door voorlichting van een huidtherapeut zal men zich beter gaan beschermen tegen huidkanker, waardoor er minder nieuwe gevallen zullen ontstaan. Tevens zal huidkanker eerder gesignaleerd worden, waardoor er minder snel een ernstigere vorm van huidkanker zal ontwikkelen (Siesling & Visser, 2010). De werkdruk van dermatologen zou hiermee aanzienlijk verlaagd kunnen worden.

1.3 Doelstellingen

Praktijkdoel: Het doel van dit onderzoek is om de opdrachtgever informatie te verschaffen over de huidige kennis over huidkanker van de Arubaanse bevolking. Dr. Lampe krijgt door dit onderzoek informatie over de kennis gespecificeerd op geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Hierdoor kan Dr. Lampe patiënten gericht informatie geven, omdat er in kaart is gebracht welke informatie ontbreekt bij welke doelgroep. Haar patiënten zullen hierdoor meer informatie krijgen over het herkennen van maligne gepigmenteerde huidlaesies, en zal het aantal gevallen van huidkanker op Aruba hopelijk verminderen.

Onderzoeksdoel: Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen welke kennis de patiënten van Dermatology Clinic-Dr. Lampe op Aruba hebben van de risicofactoren en het herkennen van de uiterlijke kenmerken van een melanoom.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag: Wat voor invloed heeft het geslacht, de leeftijd en het opleidingsniveau op de kennis van de patiënten van polikliniek Dermatology Clinic- Dr. Lampe op Aruba met betrekking tot het herkennen van de uiterlijke kenmerken en risicofactoren van de huidaandoening melanoom?

Deelvragen:

1. Wat is de invloed van het geslacht, van de patiënten van de polikliniek Dermatology Clinic-Dr. Lampe op Aruba, op de kennis van de risicofactoren en het herkennen van de uiterlijke

kenmerken van de huidaandoening melanoom volgens de literatuur en kwantitatief onderzoek?

2. Wat voor invloed heeft de leeftijd, van de patiënten van de polikliniek Dermatology Clinic-Dr. Lampe op Aruba, op de kennis van de risicofactoren en het herkennen van de uiterlijke kenmerken van de huidaandoening melanoom volgens de literatuur en kwantitatief onderzoek?
3. Wat voor invloed heeft het opleidingsniveau, van de patiënten van de polikliniek Dermatology Clinic-Dr. Lampe op Aruba, op de kennis van de risicofactoren en het herkennen van de uiterlijke kenmerken van de huidaandoening melanoom volgens de literatuur en kwantitatief onderzoek?

1.5 Afbakening

Als er binnen dit onderzoek wordt gesproken over patiënten zullen hiermee de mensen in behandeling bij de Dermatology Clinic – Dr. Lampe bedoelt worden. Onder risicofactoren vallen de omstandigheden die de kans op de huidaandoening melanoom vergroten. De risicofactoren zijn; overmatige blootstelling aan zonlicht in de jeugd met een lichte huid, het gebruik maken van een zonnebank, bleke of sproeterige huid, rood haar, snel verbrandend en niet bruinend, aanwezigheid van een atypische naevi en meer dan 50 naevi (De Groot , Toonstra & Lorist, 2012).

2. Methoden

Om antwoord te geven op de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek is er gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en kwantitatief onderzoek.

Het literatuuronderzoek is uitgevoerd om een hogere niveau van bewijsmateriaal te vinden en om informatie te vinden voor het ondersteunen van het kwantitatieve onderzoek. Er is hierbij gebruikt gemaakt van diverse databanken, zoals Google Scholar, PubMed, Wiley Online Library, en van de verplichte literatuur van de opleiding huidtherapie. Er werden voldoende artikelen gevonden uit het werkveld, onder andere van de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venerologie (NVDV), Nederlandse Vereniging van Huidtherapie (NVH) en de American Academy of Dermatology (ADD). Daarnaast zijn de volgende boeken gebruikt; 'Wat is onderzoek?' (Verhoeven, 2011) en 'Dermatologie voor huidtherapeuten' (Groot, Toonstrat & Lorist, 2012). Voor de artikelen zijn inclusie- en exclusiecriteria gebruikt, deze zijn terug te vinden in tabel 1. In tabel 2 staan de lijst met de gebruikte zoektermen.

Tabel 1. Inclusie- en exclusiecriteria literatuur

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Evidence Based artikelen die voldoen aan de volgende eisen: - Het huidige beste beschikbare bewijs; - De kennis en ervaring van de paramedicus; - De waarde(n) en voorkeur van de individuele patiënt	Niet Evidence Based artikelen
Artikelen jonger dan 20 jaar	Artikelen ouder dan 20 jaar
Nederlandse en Engelse literatuur	Niet Nederlandse of Engelse literatuur

Tabel 2. Zoektermen literatuur

Zoektermen Nederlands	Zoektermen Engels
Cijfers huidkanker	Knowledge about characteristics of moles and melanomas
Huidkanker in Aruba	Knowledge skin cancer and gender
Wet Big	Melanoma
Huidtherapie en huidkanker	World knowledge melanoma
Diagnose melanoom	Incidence melanoma
Incidentie melanoom	Skin cancer Aruba
Zelfonderzoek huid	Diagnosis melanoma
ABCDE-model huidkanker	Risk skin cancer

2.1 Procedure kwantitatief onderzoek

Bij het aanmelden bij de receptiebalie van bovengenoemde kliniek laten patiënten hun zorgverzekeringsidentificatie zien, als men ouder was dan 12 jaar, werd er gevraagd om deel te nemen aan de enquête. Als men hiermee instemde, werd de enquête meegegeven aan de patiënt en werd er genoteerd dat men deelnam aan het onderzoek. Zo kon dubbele deelname voorkomen worden. De patiënt kreeg ruimte in de wachtkamer van de kliniek om de enquête in te vullen. Hiervoor werd eerst een mondelinge instructie gegeven. Er werd uitgelicht dat de enquête volledig anoniem zou blijven, dat deelname niet verplicht was, ze op elk moment konden stoppen, en het geen enkele invloed op verder behandeling in de kliniek had. De mondelinge toelichting en de enquête was beschikbaar in vier verschillende talen; Papiaments, Nederlands, Engels en Spaans (Zie bijlage 1). Er werd vooraf gevraagd in welke taal ze de enquête wilden invullen. Op Aruba zijn er veel verschillende nationaliteiten, en men kon hierdoor kiezen welke taal hen het best bekend was. De enquêtes zijn drie weken lang, vijf dagen in de week afgenomen, in de periode van 24 oktober 2016 tot en met 12

november 2016. Er zijn 246 enquêtes ingevuld, waarvan 15 onvolledig. De onvolledig ingevulde enquêtes zijn uitgesloten van het onderzoek, en de overige 231 zijn meegenomen in het onderzoek. De schriftelijke enquêtes zijn ingevoerd op de website www.enquetesmaken.com. Van de site kon een Excelbestand gedownload worden met de invoerde gegevens.

2.2 Participanten

Er zijn enquêtes gemaakt en aselect afgenomen bij patiënten binnen de Dermatology Clinic Dr. Lampe. Aan dit onderzoek hebben 231 Arubaanse patiënten deelgenomen. Sociaal demografische gegevens worden weergegeven in tabel 3. Participanten konden alleen deelnemen aan dit onderzoek als ze patiënt waren van de Dermatology Clinic – Dr. Lampe, hierbij werd niet gekeken waarvoor ze onder behandeling stonden. Verder moesten patiënten ouder zijn dan twaalf jaar, en vooraf toestemming geven voor deelname.

Tabel 3
Sociaal-demografische eigenschappen van de patiënten

	Aantal	Percentage
Geslacht		
Vrouw	148	64,1%
Man	83	35,9%
Leeftijd in jaren		
12 t/m 17 jaar	11	4,8%
18 t/m 30 jaar	46	19,9%
31 t/m 60 jaar	123	53,2%
60+ jaar	51	22,1%
Opleidingsniveau		
Laag	86	37,2%
Midden	72	31,2%
Hoog	73	31,6%

2.3 Meetinstrument

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van schriftelijke enquêtes, dit is een methode waarmee op een gestructureerde manier veel data verzameld kan worden. Hoewel de respons op schriftelijke surveymethoden beduidend lager ligt dan bij online survey, kan er nog steeds genoeg respons vergaard worden en zijn er geen kosten aan verbonden (Verhoeven, 2011). De vragen van de schriftelijke enquête zijn opgesteld aan de hand van de brochure van The American Academy of Dermatology (2015) (Zie bijlage 2).

De enquête bestond uit veertien meerkeuzevragen. Eerst werden er drie vragen gesteld over de sociaal demografische gegevens van een patiënt, er werd gevraagd naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Vervolgens werden er elf kennisvragen gesteld met als onderwerp melanoom (Zie bijlage 1).

2.4 Data-analyse

De kennisvragen van de enquête konden goed of fout beantwoord worden. Er is als eerste gecheckt hoeveel vragen er goed zijn beantwoord, wat vervolgens nogmaals door een tweede persoon gecontroleerd is. Vervolgens werd er gekeken naar de verschillen in goed beantwoorde vragen door de participanten op te delen in groepen. Er werd onderscheid gemaakt op geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Participanten zijn ingedeeld in een van de volgende leeftijdscategorieën; 12 t/m 17 jaar, 18 t/m 30 jaar, 31 t/m 60 jaar en 60+ jaar. Bij opleidingsniveau is er onderscheid gemaakt in laag (basisonderwijs, lager beroepsonderwijs en middelbaar algemeen voortgezet onderwijs), middel

(middelbaar beroepsonderwijs en hoger algemeen voortgezet onderwijs) en hoog (voortgezet wetenschappelijk onderwijs, hoger beroepsonderwijs en universitair).

Uiteindelijk zijn de resultaten van de enquêtes statistisch geanalyseerd door middel van het programma SPSS versie 24. De T-test is gebruikt om de verschillen in gemiddeld aantal goede antwoorden aan te tonen tussen mannen en vrouwen. De ANOVA (ook wel F-test genoemd) werd gebruikt om het gemiddeld aantal goede antwoorden van de verschillende leeftijdsgroepen te vergelijken, en om het gemiddeld aantal goede antwoorden tussen verschillende opleidingsniveaugroepen te vergelijken. Een verschil in uitkomsten werd significant genoemd bij een p-waarde van $< 0,05$. Tevens zijn alle resultaten van sociaal demografische gegevens en kennis vragen weergegeven in cirkeldiagrammen (Zie bijlage 7).

3. Resultaten

In dit hoofdstuk zal er beschreven worden welke invloed het geslacht, de leeftijd en het opleidingsniveau op de kennis van de patiënten van polikliniek Dermatology Clinic- Dr. Lampe op Aruba heeft met betrekking tot het herkennen van de uiterlijke kenmerken en risicofactoren van de huidaandoening melanoom.

3.1 Sekseverschillen

Uit onderzoek blijkt dat zowel jongere als oudere mannen vaker overlijden aan huidkanker als vrouwen in dezelfde leeftijdscategorie (Buyck, 2013; Swetter, Clarke & Keegan, 2014). In een onderzoek van Stanford University lag de focus op sekseverschillen bij het ontstaan en verloop van huidkanker. Voor deze studie werden zesentwintigduizend mannen en vrouwen geselecteerd die vervolgens twintig jaar lang gevolgd zijn. Tijdens deze periode stierven 1.561 patiënten aan de huidaandoening melanoom. Opvallend was dat 64 procent van de overleden patiënten van het mannelijke geslacht was (Swetter, Clarke & Keegan, 2014). Dit verschil zou volgens de American Cancer Society (2000) verklaard kunnen worden, doordat vrouwen zichzelf vaker lichamelijk onderzoeken, waardoor ze verdachte laesies eerder ontdekken en eerder bij de huisarts ten rade gaan. Uit onderzoek van Brady et al. (2000) blijkt dat vrouwen meer kennis hebben bij het herkennen van melanoom dan mannen.

In de praktijk

Huidig onderzoek onderschrijft het verschil tussen mannen en vrouwen niet. Een simpele t test met een $\alpha = .05$ is gebruikt om het gemiddeld aantal juist beantwoorde vragen tussen mannen en vrouwen te vergelijken ($p = .210$) (Zie bijlage 3 & 5). Er is geen significant verschil gevonden tussen het gemiddeld aantal juist beantwoorde vragen bij mannen ($M = 5.82$) en vrouwen ($M = 5.93$) (Zie bijlage 3).

3.2 Verschillen in leeftijd

Uit onderzoek van de World Health Organization (WHO) blijkt dat kennisoverdracht over de gevaren van de zon en het aanleren van goede gewoontes met betrekking tot de zonbescherming in de kindertijd een bijdrage levert aan verantwoordelijk zongedrag in het verdere leven (WHO, 2002). In de meeste gevallen zijn melanomen die zich in de loop der jaren ontwikkelen, veroorzaakt door een verbrande huid in de kindertijd. De huid van een kind is erg gevoelig en verbrandt eerder. Het is daarom erg belangrijk dat er actie wordt ondernomen om blootstelling aan zon in de kindertijd te verminderen en hen aan te leren wat de nadelen van de zon zijn (van Bruggen, 2015). Als ouders de kennis niet hebben over de gevaren van de zon, zal men zich hier geen rekening mee houden. Zo worden kinderen vaak nog blootgesteld aan de zon tijdens de heetste uren van de dag, met verbranding van de huid tot gevolg. Het is van belang om kinderen op jonge leeftijd al zelf dingen aan te leren over de zon, zodat zij deze fouten later niet zullen maken en deze kennis bij zich dragen in hun verdere leven. Tevens geef je ze hiermee een gevoel van controle over hun eigen gezondheid en dat van anderen in hun omgeving (WHO, 2002).

Bij pubers en adolescenten worden goede gewoontes van bescherming tegen de zon helaas vaker vervangen door meer onbeschermd blootstelling aan de zon. Dit heeft met name te maken met groepsdruk en het modebeeld van tegenwoordig. Er heerst een algemene overtuiging bij jongeren dat een gekleurde huid staat voor een goede gezondheid en een hogere mate van aantrekkelijk. Zelfs wanneer deze doelgroep zich bewust zijn van de gevolgen op de lange termijn, hebben ze de neiging om zichzelf niet te beschermen. Als men het gedrag van deze jongeren wil veranderen, zullen ze vooral moeten inspelen op het vergroten van hun eigenwaarde. Speciaal ontwikkelde programma's kunnen hun eigenwaarde verhogen, en tevens vaardigheden zoals het maken van verstandige besluiten bevorderen en ontwikkelen, zodat deze niet onderhevig zijn aan groepsdruk en het huidige modebeeld (WHO, 2002).

De generatie van na de Tweede Wereldoorlog lette vroeger helemaal niet op zonverbranding, maar zijn door voorlichting tegenwoordig bewuster van de gevaren van de zon. De generatie van nu is wel al wat langer bekend met deze informatie, maar voor de Arubaanse bevolking zijn de vervolgstappen nog onduidelijk. Zij weten zich nog niet goed te beschermen tegen de zon. Zo is het bekend dat men tussen elf en drie uur niet moet gaan zonnen, maar ondertussen wordt er tijdens deze hoogtijuren van de zon wel buiten gewerkt en geleefd ('Eén op de vier Arubanen heeft persoonlijk te maken met huidkanker', 2012; WHO, 2012). Tevens denken Arubanen dat ze zich niet meer hoeven te beschermen met zonnebrandcrème, als men al eerder verkleurd is door de zon. Men denkt dat deze verkleuring betekent dat er al enige vorm van bescherming is opgebouwd. Er valt nog veel bij te schaven aan de kennis van elke leeftijdsgroep over de gevaren van zonnestraling ('Eén op de vier Arubanen heeft persoonlijk te maken met huidkanker', 2012).

In de praktijk

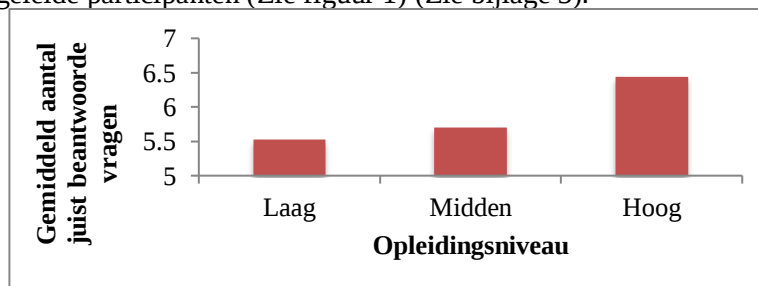
Een eenzijdige analyse van variantie tussen groepen (ANOVA) is gebruikt om de verschillen van gemiddeld aantal juist beantwoorde vragen bij verschillende leeftijdscategorieën te onderzoeken. Bij data-inspectie bleek de assumptie van normaliteit van de variantie ondersteund te worden. Levene's statistiek was niet significant, $F(3, 227) = .108, p = .955$, waaruit blijkt dat de assumptie voor de homogeniteit van variantie niet is geschonden (Zie bijlage 6). De ANOVA was niet significant ($p = .241$), waaruit blijkt dat er geen verschillen in kennis zijn tussen verschillende leeftijdsgroepen op Aruba over gevaren van de zon. Met gemiddeldes van 12 t/m 17 jaar ($M = 5.50$), 18 t/m 30 jaar ($M = 6.18$), 31 t/m 60 jaar ($M = 5.92$) en 60+ jaar ($M = 5.52$) (Zie bijlage 3).

3.3 Verschillen in opleidingsniveau

Uit onderzoek van het Centraal Bureau van Statistiek (2014) kan men concluderen dat zorg samenhangt met het opleidingsniveau van een individu. Mensen met een lagere opleidingsniveau maken over het algemeen meer gebruik van de gezondheidszorg dan mensen met een hoger opleidingsniveau, zelfs als er gecontroleerd wordt voor geslacht, leeftijd, gezondheid en inkomen. Zo gaan lager opgeleiden vaker naar de huisarts en specialist, en gebruiken ze vaker voorgeschreven medicatie. Reden hiervoor is gebrek aan kennis over het functioneren van het eigen lichaam. Zo ontbreekt ook de kennis over het herkennen van vroege symptomen van huidkanker. Hierdoor wordt er bij lager opgeleiden de diagnose van melanoom vaak pas tijdens een later stadium vastgesteld (Geeve & Groen, 2013).

In de praktijk

Een eenzijdige analyse van variatie tussen groepen (ANOVA) is gebruikt om de verschillen van gemiddeld aantal juist beantwoorde vragen bij verschillende opleidingsniveaus te onderzoeken. Bij de data-inspectie bleek de assumptie van normaliteit van de variantie ondersteund te worden. Levene's statistiek was niet significant, $F(2, 228) = 2.751, p = .066$, waaruit blijkt dat de assumptie voor de homogeniteit van variantie niet is geschonden (Zie bijlage 6). De ANOVA was statistisch significant, waaruit blijkt dat er verschillen zijn tussen de verschillende opleidingsniveaus met betrekking tot hun kennis van melanoom. Hierbij liet de post hoc analyse zien dat hoogopgeleiden ($M = 6.44$) beduidend hoger scoren dan patiënten die in de categorie van midden ($M = 5.70$) of laag ($M = 5.53$) opleidingsniveau werden geplaatst. Er was echter geen significant verschil tussen de groepen met midden en laagopgeleide participanten (Zie figuur 1) (Zie bijlage 3).



Figuur 1. Gemiddeld aantal juist beantwoorde vragen bij verschillende opleidingsniveaus

4. Conclusie

Door middel van het verrichte literatuuronderzoek en kwantitatief onderzoek kan antwoord gegeven worden op de centrale hoofdvraag: *“Wat voor invloed heeft het geslacht, de leeftijd en het opleidingsniveau op de kennis van de patiënten van polikliniek Dermatology Clinic- Dr. Lampe op Aruba met betrekking tot het herkennen van de uiterlijke kenmerken en risicofactoren van de huidaandoening melanoom?”*. Met deze hoofdvraag wordt er getracht de kennis van Arubanen over dit onderwerp in kaart te brengen, waardoor duidelijk zal worden welke bijscholing nodig is.

Gemiddeld genomen beantwoord men ongeveer vijf van de elf vragen van de afgenomen vragenlijst fout (Zie bijlage 4). De groep met hoogopgeleiden is de enige groep die daar van afwijkt, men maakte gemiddeld genomen ongeveer een halve fout minder. Uit literatuur bleek dat vrouwen meer kennis zouden hebben, waardoor er verwacht werd dat vrouwen de huidige vragenlijst beter zou invullen als mannen. Dit was niet het geval. Verder bleek uit de literatuur dat elke leeftijdsgroep zijn eigen valkuilen had, waarbij men soms de gevaren wel leek te kennen, maar het advies niet in het dagelijks leven toepaste. En waarbij men soms niet bekend was met de gevaren. Qua kennis liggen de leeftijdsgroepen dan ook dicht bij elkaar, er zijn geen verschillen gevonden in de huidige afgenomen vragenlijst. Eigenlijk maakt elke onderzochte groep nog te veel fouten, om de stijgende lijn van huidkanker op Aruba tegen te gaan, zal er moeten worden ingegrepen. Concluderend kan men stellen dat de Arubaanse bevolking nog veel bij te leren heeft als het gaat om het herkennen van de uiterlijke kenmerken en risicofactoren van de huidaandoening melanoom.

5. Discussie

Uit huidig onderzoek blijkt dat er geen grote verschillen zijn in kennis als het gaat om het herkennen van de uiterlijke kenmerken en risicofactoren bij de huidaandoening melanoom. Een opvallende bevinding, aangezien in het literatuuronderzoek wel verschillen aangetoond zijn tussen mannen en vrouwen. Dit kan komen door de manier waarop het onderzoek is uitgevoerd. Omdat het onderzoek in een kliniek is uitgevoerd, gaat het hier voornamelijk om patiënten die al een huidaandoening. Een groot gedeelte van de participanten heeft zichzelf waarschijnlijk al in gevaar gebracht in de zon, waardoor men nu al met de gevolgen moet omgaan. Als men een representatievere steekproef had kunnen onderzoeken, zouden er hoogstwaarschijnlijk wel verschillen tussen mannen en vrouwen naar boven komen.

Als men naar de verschillende leeftijdsgroepen uit dit onderzoek kijkt, blijkt dat er in elke leeftijdsgroep nog te weinig kennis aanwezig is over het onderwerp melanoom. Zoals eerder genoemd in het literatuuronderzoek in de resultaten, lijkt elke leeftijdsgroep zijn eigen valkuilen te hebben. Alle leeftijdsgroepen maken dan ook nog ruimschoots te veel fouten op een relatief algemene vragenlijst over het herkennen van uiterlijke kenmerken en risicofactoren van de huidaandoening melanoom.

Zoals verwacht bleek er wel een verschil te zijn in kennis over het onderwerp bij verschillende opleidingsniveaus. Er is geen verschil gevonden tussen laag tot middelhoog niveau, maar wel een verschil tussen de laagste twee categorieën en hoger opgeleiden. Uit literatuuronderzoek lijkt dit over een algemeen gebrek aan kennis te zijn over het functioneren van het eigen lichaam (Geeve & Groen, 2013). Zo zal men niet alleen lager scoren op de huidige vragenlijst, maar is deze trend te zien bij meerdere onderwerpen over ziektes en preventie hiervan.

Een hoge mate van representativiteit en generaliseerbaarheid heeft dit onderzoek nog niet. Alle participanten zijn tevens patiënt bij een huidkliniek, waardoor men zou kunnen verwachten dat deze groep meer kennis zou hebben over het onderzochte onderwerp. Maar zelfs bij deze groep worden er nog veel te veel fouten gemaakt bij een redelijke algemene vragenlijst. Hierdoor kan men met zekerheid stellen dat er meer informatie beschikbaar zou moeten zijn voor de Arubaanse bevolking over de huidaandoening melanoom, met name het herkennen van uiterlijke kenmerken en risicofactoren van deze aandoening.

5.1 Aanbevelingen

Dit onderzoek is op een kleine schaal uitgevoerd, bij een homogene onderzoeksgroep. Men zou bij vervolgonderzoek meer participanten moeten werven en daarbij moeten werven binnen de algemene bevolking van Aruba. Ook zou er gerichter in kaart moeten gebracht worden welke informatie bij welke groep mist. Er is nu in kaart gebracht hoeveel fouten men gemiddeld maakt op deze vragenlijst, in een vervolgonderzoek zou er kunnen gekeken waar deze fouten per groep liggen. Zo zou er gerichtere informatie per groep verspreid kunnen worden. Huidig onderzoek heeft voornamelijk een groot probleem in kaart gebracht, waar nog te weinig mee wordt gedaan op Aruba. Hopelijk zal er na dit onderzoek meer aandacht voor het gebrek aan kennis komen over de huidaandoening melanoom, waardoor de stijgende trend van huidkanker op Aruba zal afnemen en uiteindelijk zelfs zal dalen.

De algemene aanbeveling van dit onderzoek betreft dan ook het voorlichting geven aan de gehele bevolking van Aruba. Bij kinderen en jongeren zal er op een vroege leeftijd al voorlichting gegeven moeten worden, omdat deze groep hier de rest van hun leven profijt van zal hebben, waardoor de volgende generatie hopelijk al meteen een daling in het aantal gevallen van huidkanker zal laten zien. Deze doelgroep kan goed bereikt worden op school, maar ook via vernieuwende apps en social media.

Om een volwassenere doelgroep te bereiken kan men het beste kijken naar de mogelijkheden van de overheid. Hierbij zouden huidtherapeuten en dermatologen kunnen helpen door een voorlichtingsreclame te maken, die de overheid via al haar kanalen kan verspreiden.

Tevens de aanbeveling om Huidkankerdag op Aruba een jaarlijks terugkerend fenomeen te laten worden, waarbij iedereen op Aruba de gelegenheid zou moeten krijgen om gratis verdachte moedervlekken te laten controleren.

Al met al kan men stellen dat er veel werk aan de winkel is om de stijgende lijn van huidkanker op Aruba terug te dringen. Meer informatie, betere voorlichting, en meer mogelijkheden om moedervlekken te laten controleren zijn hierbij van belang.

Literatuurlijst

- American Academy of Dermatology. (2015). Malignant Melanoma. Brochure Malignant Melanoma 2015 American Academy of Dermatology. Schaumburg: Auteur.
- Bergman, W., van Voorst Vader, P. C., & Ruiter, D. J. (1997). Dysplastische naevi en het risico op melanoom: een richtlijn voor patiëntenzorg.
- Boone, S.L., Stapleton, J., Turrisi, R., Ortiz, S., Robinson, J.K. & Mallett, K.A. Thoroughness of skin examination by melanoma patients: Influence of age, sex and partner. *Australas J Dermatol.* 2009 Aug; 50(3): 176–180.
- Brady, M.S., Oliveria, S.A., Christos, P.J., Berwick, M., Coit, D.G., Katz, J., Halpern, A.C. Patterns of detection in patients with cutaneous melanoma. American Cancer Society. July 2000, Volume 89, Issue 2, 342–347.
- van Bruggen, M. (2015, 7 april). Zonbescherming ter voorkoming van Huidkanker. Geraadpleegd van <http://www.nvdv.nl/wp-content/uploads/2015/04/huidkankerDvhN.pdf>
- Buyck, L. (2013). Jonge mannen sterven vaker aan huidkanker dan vrouwen. *Het Laatste Nieuws*. Geraadpleegd op 18 september 2016, van <http://www.hln.be/hln/nl/33/Fit-Gezond/article/detail/1659499/2013/06/27/Jonge-mannen-sterven-vaker-aan-huidkanker-dan-vrouwen.dhtml>
- Centraal Bureau van de Statistiek. (2014). *Zorggebruik verschilt per opleidingsniveau*. Geraadpleegd op 27 september 2016, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/46/zorggebruik-verschilt-per-opleidingsniveau>
- Eén op de vier Arubanen heeft persoonlijk te maken met huidkanker (2012, 7 december). Geraadpleegd van <http://www.bearingpointcaribbean.com/een-op-de-vier-arubanen-persoonlijk-te-maken-met-huidkanker/>
- Erasmus medisch centrum. (2013). Nederlanders herkennen de meeste soorten huidkanker niet. Geraadpleegd op 27 september 2016, van <https://www.erasmusmc.nl/1172194/2013/4286974>
- Geeve, J. & Groen, F. (2013). Forse toenames huidkankerpatiënten. *Amigoe*. Geraadpleegd op 19 september 2016, van <http://dermaclinicaruba.blogspot.nl/2013/02/forse-toename-huidkankerpatienten-amigoe.html>
- de Groot, A., Toonstra, J. & Lorist, J. (2012). *Dermatologie voor huidtherapeuten*. Amsterdam, Nederland: Boom uitgevers.
- Huidtherapie. (2016). *Huidtherapie en huidkanker*. Geraadpleegd op 16 juli 2016, van <http://www.huidtherapie.nl/huidtherapie-en-huidkanker/>
- Jaworek-Korjakowska, J. Computer-Aided Diagnosis of Micro-Malignant Melanoma Lesions Applying Support Vector Machines. *BioMed Research International*. 2016; 2016: 4381972.
- Klop, W.M.C., Balm, A.J.M., van der Veen, J.P.W., Nieweg, O.E., van der Hage, J.A. & Lohuis, P.J.F.M. Het cutaan hoofd-halsmelanoom: diagnostiek en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Keel-Neus-Oorheelkunde*. 2011; 17e jaargang nr. 4.
- Ministry of Public Health and Sports. (2013). Health Monitor Aruba 2013. Geraadpleegd op 19 september 2016, van <http://cbs.aw/wp/wp-content/uploads/2015/09/Health-Monitor-2013.pdf>

- Oliveria, S. A., Christos, P. J., Halpern, A. C., Fine, J. A., Barnhill, R. L., & Berwick, M. (1999). Patient knowledge, awareness, and delay in seeking medical attention for malignant melanoma. *Journal of clinical epidemiology*, 52(11), 1111-1116.
- Oosteweche, I.A.M. & Bergman, W. Tekort aan dermatologische zorg door huidkankerepidemie. *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie*. Augustus 2013, Vol. 23. No.07.
- Siesling, S. & Visser, O. (2010). *Aantal patiënten met huidkanker in twintig jaar meer dan verdubbeld*. Geraadpleegd op 15 juli 2016, van http://www.eindhoveniknl.nl/page.php?news_id=6108&start=11&id=3505&nav_id=363
- Swetter, S.M, Clarke, C.A. & Keegan, T.H.M. Why do men have worse melanoma survival than women? Is it Behavior , biology, or both? The Skin Cancer Foundation. 2014, Vol. 32. No. 2.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek: praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Walter, F.M., Humphrys, E., Tso, S., Johnson, M. & Cohn, S. Patient understanding of moles and skin cancer, and factors influencing presentation in primary care: a qualitative study. *BioMed Central Family Practice*. 2010 Aug 31; 11: 62.
- World Health Organization. (2002). *Sun Protection: An Essential Element of Health-Promoting Schools*. Geraadpleegd op 28 september 2016, van http://www.who.int/school_youth_health/media/en/456.pdf
- Wolff, T., Tai, E. & Miller, T. Screening for Skin Cancer: An Update of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 3 February 2009, Vol. 150. No. 3.

Bijlagen

Bijlage 1. Enquêtes in vier verschillende talen

Papiaments

1. Cual ta e sexo?

- ☐ Muher
- ☐ Homber

2. Edad den anja?

- ☐ 12 t/m 17 jaar.
- ☐ 18 t/m 30 jaar.
- ☐ 31 t/m 60 jaar.
- ☐ 60+ jaar.

3. Cual ta bo carera di mas halto?

- ☐ Basis onderwijs, Lager Beroeps Onderwijs (LBO), Middelbaar Algemeen Voortgezet Onderwijs (MAVO).
- ☐ Middelbaar Beroeps Onderwijs (MBO), Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs (HAVO).
- ☐ Voortgezet Wetenschappelijk Onderwijs (VWO), Hoger Beroeps Onderwijs (HBO), Universiteit.

4. Cual ta e tipo di cuero cu tin mas chens di hanja cancer di cuero?

- ☐ Un hende cu cuero blanco, cora y cu cabey blond
- ☐ Un hende cu cuero scur , briun, of cabey preto
- ☐ Tanto hende blanco como hende bruin

5. Rib ki parti di e curpa ta parece e fretnan mas malu?

- ☐ Partinnan di curpa manes ,cara orea , braza
- ☐ Riba pia bariga , lomba y pia

6. E moedervlek nan maligno no ta parece prome cu 30 anja.

- ☐ Korekto
- ☐ No korekto

7. Un moedervlek malu semper tin keho manera dolo, sangra y pica.

- ☐ Korekto
- ☐ No Korekto

8. Un moedervlek cu ta cece semper ta malu.

- ☐ Korekto
- ☐ No Korekto

9. Si un moedervlek tin varios color e ta frecuentemente mas malu cu un fret di un color.

- ☐ Korekto
- ☐ No korekto

10. Moedervlek cu ta lanta tin mas chens di bira maligno compara cu esun cu ta flat.

- ☐ Korekto
- ☐ No korekto

11. E forma mahos di e moedervlek no tin relashon cu si e ta maligno of no.

- ☐ Korekto
- ☐ No korekto

12. Un pasienyt cu tin fret di maligno (=Melanoma) , tin posibilidad cu su su familia directo por hanja melanoma.

- ☐ Si
- ☐ No

13. Fret maligno ta parece pa motibo di?

- ☐ Quemadura solar durante edad di mucha
- ☐ Quemadura solar durante edad mayor
- ☐ Quemadura solar durante edad mayor di 65
- ☐ Tur esunan ariba ta correcto

14. Si un hende tin mas di 50 moedervlek e tin mas chens di desarrolla un fret maligno compara cu un hende cu no tin.

- ☐ Si
- ☐ No

Nederlands

1. Wat is uw geslacht?

- ☐ Vrouw.
- ☐ Man.

2. Wat is uw leeftijd in jaren?

- ☐ 12 t/m 17 jaar.
- ☐ 18 t/m 30 jaar.
- ☐ 31 t/m 60 jaar.
- ☐ 60+ jaar.

3. Wat is de hoogste opleiding die u heeft genoten?

- ☐ Basis onderwijs, Lager Beroeps Onderwijs (LBO), Middelbaar Algemeen Voortgezet Onderwijs (MAVO).
- ☐ Middelbaar Beroeps Onderwijs (MBO), Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs (HAVO).
- ☐ Voortgezet Wetenschappelijk Onderwijs (VWO), Hoger Beroeps Onderwijs (HBO), Universiteit.

4. Welk huidtype heeft de meeste kans om een kwaadaardige moedervlek te ontwikkelen?

- ☐ Iemand met een lichter huidtype die rood of blond haar heeft.
- ☐ Iemand met een donkerder huidtype die bruin of zwart haar heeft.
- ☐ Zowel mensen met een lichter huidtype als mensen met een donkerder huidtype.

5. Op welke plaatsen van het lichaam ontstaan het vaakst kwaadaardige moedervlekken?

- ☐ Op huddelen zoals het gezicht, nek, oren en onderarmen.
- ☐ Op huddelen zoals de benen, romp en voeten.

6. Kwaadaardige moedervlekken komen voor het 30ste levensjaar niet voor.

- ☐ Juist.
- ☐ Onjuist.

7. Een kwaadaardige moedervlek geeft altijd klachten als pijn, bloeden en jeuk.

- ☐ Juist.
- ☐ Onjuist.

8. Een moedervlek die groter wordt is altijd kwaadaardig.

- ☐ Juist.
- ☐ Onjuist.

9. Als een moedervlek meerdere kleuren pigment bevat is hij vaker kwaadaardig dan een moedervlek DIE UIT 1 KLEUR BESTAAT.

- ☐ Juist.
- ☐ Onjuist.

10. Verheven moedervlekken hebben een grotere kans om kwaadaardig te worden dan vlakke moedervlekken.

- ☐ Juist.
- ☐ Onjuist.

11. De vorm (grillig of rond) van de moedervlek zegt niets over de kans op het kwaadaardig zijn of worden van deze moedervlek.

- ☐ Juist.
- ☐ Onjuist.

12. Hebben directe familieleden van een patiënt met een kwaadaardige moedervlek (= melanoom) een groter risico om ook een melanoom te krijgen?

- ☐ Ja.
- ☐ Nee.

13. Kwaadaardige moedervlekken ontstaan vooral door...?

- ☐ Zonlicht verbrandingen tijdens de kinderjaren.
- ☐ Zonlicht verbrandingen op volwassen leeftijd.
- ☐ Zonlicht verbrandingen bij 65 plussers.
- ☐ Alle antwoordmogelijkheden zijn juist.

14. Heeft iemand die meer dan 50 moedervlekken heeft een grotere aanleg om een kwaadaardige moedervlek te ontwikkelen dan iemand die minder moedervlekken heeft.

- ☐ Juist.
- ☐ Onjuist.

Engels

1. What is your gender?

- ☐ Woman.
- ☐ Man.

2. What is your age in years?

- ☐ 12 t / m 17 years.
- ☐ 18 t / m 30 years.
- ☐ 31 t / m 60 years.
- ☐ 60+ years.

3. What is the highest level of education you have done?

- ☐ Basic Education, Primary education, Middle General Secondary Education
- ☐ Secondary Vocational Education, Higher General Secondary Education
- ☐ Sciene General Secondary Education, Higher professional Education, University.

4. Which skin type is more likely to develop a malignant mole?

- ☐ Someone with a lighter skin and red or blond hair.
- ☐ A person with a darker skin and brown or black hair.
- ☐ Both a lighter and a darker skin.

5. In which areas of the body most often occur malignant moles?

- ☐ In areas as the face, neck and forearms.
- ☐ In areas as legs, torso and feet.

6. Malignant moles don't exist before the age of 30.

- ☐ Correct.
- ☐ Incorrect.

7. A malignant mole always shows symptoms such as pain, bleeding and itching.

- ☐ Correct.
- ☐ Incorrect.

8. A mole that becomes larger in shape is always malicious.

- ☐ Correct.
- ☐ Incorrect.

9. If a mole contains multiple color pigment it's more malicious THAN A MOLE CONSISTING OF ONE COLOR.

- ☐ Correct.
- ☐ Incorrect.

10. Raised moles are more likely to be malignant than flat moles.

- ☐ Correct
- ☐ Incorrect.

11. The form (erratic or round) of the mole does not say anything about the chances of being malicious or becoming malicious.

- ☐ Correct.
- ☐ Incorrect.

12. Direct family members of a patient with a malignant mole (= melanoma) have a bigger risk of also getting a melanoma?

- ☐ Yes.
- ☐ No.

13. Malignant moles occur mainly through...?

- ☐ Sunlight burns during childhood.
- ☐ Sunlight burns during adulthood.
- ☐ Sunlight burns during the elderly age.
- ☐ All possible answers are correct.

14. Someone who has more than 50 moles has a bigger predisposition to develop a malignant mole than someone who has less moles.

- ☐ Correct.
- ☐ Incorrect.

Spaans

1. ¿Cuál es su género?

- o mujer.
- o Hombre.

2. ¿Cuál es su edad en años?

- o 12 t / m 17 años.
- o 18 t / m 30 años.
- o 31 t / m 60 años.
- o más de 60 años.

3. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha recibido?

- o Educación Básica, la formación profesional primaria (LBO), secundaria enseñanza secundaria general (MAVO).
- o la formación profesional (MBO), Superior General de Educación Secundaria (HAVO).
- o secundaria leyes de educación científica (VWO), Educación Superior Profesional (HBO) Universidad.

4. ¿Qué tipo de piel es más propenso a desarrollar un lunar maligno?

- o Alguien con un tipo de piel más claro que son el pelo rojo o rubio.
- o Una persona con tipos de piel más oscuros que son el pelo marrón o negro.
- o Tanto las personas con los tipos y las personas con piel más oscura Tipo de piel más clara.

5. ¿En qué áreas del cuerpo son más frecuentes los lunares malignos?

- o En las zonas de la piel tales como la cara, el cuello, las orejas y los antebrazos.
- o En las zonas de la piel como las piernas, el torso y los pies.

6. lunares malignos no son elegibles para el 30º año de vida.

- o Derecho.
- o incorrecta.

7. Un lunar maligno siempre muestra síntomas tales como dolor, sangrado y picazón.

- o Derecho.
- o incorrecta.

8. Un lunar que es más grande siempre es malicioso.

- o Derecho.
- o incorrecta.

9. Si un lunar contiene más pigmento de color a menudo es maligna que un topo que comprende 1 COLOR.

- o Derecho.
- o incorrecta.

10. topes levantados son más propensos a ser malignos que los lunares planos.

- o Derecho.
- o incorrecta.

11. El molde (errática o circular) del lunar no dice nada acerca de la probabilidad de ser malignos o ser de esta mole.

- o Derecho.
- o incorrecta.

12. familiares de primer grado de un paciente con un lunar maligno (= melanoma) un mayor riesgo de contraer un melanoma también?

- o Sí.
- o No.

13. lunares malignos se producen principalmente porque ...?

- o La luz del sol quemaduras durante la infancia.
- o La luz del sol quemaduras en la edad adulta.
- o La luz del sol quemaduras en más del 65.
- o Todas las posibles respuestas son correctas.

14. ¿Hay alguien que tenga más de 50 lunares tienen una mayor predisposición a desarrollar un lunar maligno que alguien que tiene menos moles.

- o Derecho.
- o incorrecta.

Bijlage 2. Brochure melanoom American Academy of Dermatology



Melanoma

Melanoma is a type of skin cancer. Anyone can get melanoma. When found early and treated, the cure rate is nearly 100%.

WHAT CAUSES MELANOMA?

Sun exposure is the most preventable risk factor for all skin cancers, including melanoma. Ultraviolet light (UV) from the sun and indoor tanning beds can cause skin cancer.

Not all melanomas are caused entirely by UV rays. Heredity also plays a role. Research shows that if a close blood relative (parent, child, sibling, aunt, uncle) had melanoma, a person has a much greater risk of getting melanoma.

WHO IS AT RISK FOR MELANOMA?

Some people have a higher risk of developing melanoma including those with:

- Light skin, hair, and eyes
 - Fair skin that tans poorly or burns easily
 - Red or blond hair
 - Blue or green eyes

1

■ Moles

- 50 or more small moles
- Unusual-looking moles that are often larger than normal and have uneven edges (may be called dysplastic nevi or atypical moles)
- Past blistering sunburns or a history of indoor tanning
- A previous melanoma or other skin cancer
 - Patients who have had melanoma have a higher life-long risk of developing new melanomas.
- Weak immune system (due to disease, organ transplant, or medicine)

Men over 50 are at a higher risk of developing melanoma compared to the rest of the general public.

Melanoma can also affect younger people. In fact, melanoma is the most common form of cancer for young adults 25-29 years old and the second most common cancer in adolescents and 15-29 year-olds.

Because the number of people getting melanoma continues to rise, dermatologists recommend that everyone learn the warning signs of melanoma.

1 in 5

Americans will develop skin cancer in their lifetime.



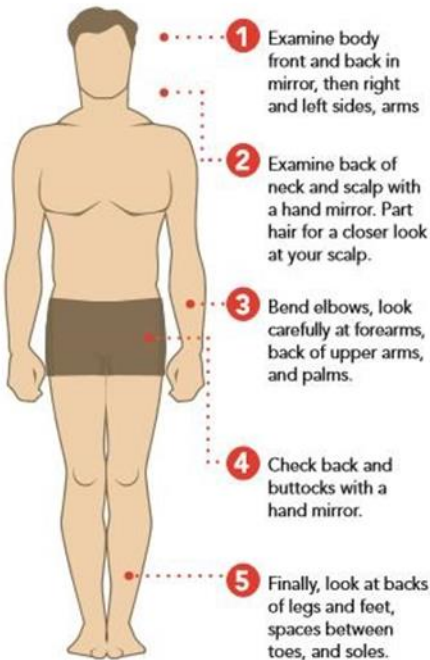
2

Detect.

How to check your spots

SKIN CANCER SELF-EXAMINATION

Checking your skin means taking note of all the spots on your body, from moles to freckles to age spots. Ask someone for help when checking your skin, especially in hard to see places.

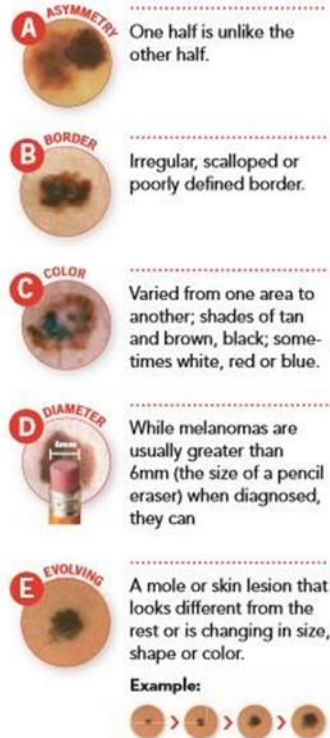


Download the Academy's Body Mole Map at spotme.org to record your spots during your next skin self-exam.

What you're looking for on your skin

THE ABCDEs OF MELANOMA

Melanoma is the deadliest form of skin cancer. However, when detected early, melanoma can be effectively treated. You can identify the warning signs of melanoma by looking for the following:



OTHER TYPES OF SKIN CANCER

When checking your skin, please look for signs of these other suspicious spots.

Precancerous Growth



Skin Cancer



If you find any spots on your skin that are changing, itching, or bleeding, make an appointment to see a board-certified dermatologist.

Bijlage 3. Het gemiddelde aantal juist gegeven antwoorden in categorieën geslacht, leeftijd en opleidingsniveau en bijbehorende P-waarde

Het gemiddelde aantal juist gegeven antwoorden in categorieën geslacht, leeftijd en opleidingsniveau en bijbehorende P-waarde		
Variabele	Gemiddelde aantal juist beantwoorde vragen N= 231 (100%)	P-waarde van verschillen in antwoorden binnen de drie categorieën
Totaal	5,87	
Geslacht		0,210
Vrouw	5,93	
Man	5,82	
Leeftijd in jaren		0,241
12 t/m 17 jaar	5,50	
18 t/m 30 jaar	6,18	
31 t/m 60 jaar	5,92	
60+ jaar	5,52	
Opleidingsniveau		0,002
Laag	5,53	
Midden	5,70	
Hoog	6,44	

Bijlage 4. De enquête vragen aantal keren juist gegeven antwoorden

De enquête vragen aantal keren juist gegeven antwoorden (het goede antwoord staat is blauw dik gedrukt).	
Vraag (100%)	Totaal N= 231
4. Welk huidtype heeft de meeste kans om een kwaadaardige moedervlek te ontwikkelen?	
Iemand met een lichter huidtype die rood of blond haar heeft. (51,1%)	118
Iemand met een donkerder huidtype die bruin of zwart haar heeft.	6 (2,6%)
Zowel mensen met een lichter huidtype als mensen met een donkerder huidtype. (46,3%)	107
5. Op welke plaatsen van het lichaam ontstaan het vaakst kwaadaardige moedervlekken?	
Op huiddelen zoals het gezicht, nek, oren en onderarmen. (66,7%)	154
Op huiddelen zoals de benen, romp en voeten.	77 (33,3%)
6. Kwaadaardige moedervlekken komen voor het 30ste levensjaar niet voor.	
Juist.	73 (31,6%)
Onjuist.	158 (68,4%)
7. Een kwaadaardige moedervlek geeft altijd klachten als pijn, bloeden en jeuk.	
Juist.	119 (51,5%)
Onjuist.	112 (48,5%)
8. Een moedervlek die groter wordt is altijd kwaadaardig.	
Juist.	102 (44,2%)
Onjuist.	129 (55,8%)
9. Als een moedervlek meerdere kleuren pigment bevat is hij vaker kwaadaardig dan een moedervlek DIE UIT 1 KLEUR BESTAAT.	
Juist.	162 (70,1%)
Onjuist.	69 (29,9%)
10. Verheven moedervlekken hebben een grotere kans om kwaadaardig te worden dan vlakke moedervlekken.	
Juist.	153 (66,2%)
Onjuist.	78 (33,8%)
11. De vorm (grillig of rond) van de moedervlek zegt niets over de kans op het kwaadaardig zijn of worden van deze moedervlek.	
Juist.	146 (63,2%)
Onjuist.	85 (36,8%)
12. Hebben directe familieleden van een patiënt met een kwaadaardige moedervlek (= melanoom) een groter risico om ook een melanoom te krijgen?	
Ja.	123 (53,2%)
Nee.	108 (46,8%)
13. Kwaadaardige moedervlekken ontstaan vooral door...?	
Zonlicht verbrandingen tijdens de kinderjaren. (16,5%)	38
Zonlicht verbrandingen op volwassen leeftijd. (13,9%)	32
Zonlicht verbrandingen bij 65-plussers.	20 (8,7%)
Alle antwoordmogelijkheden zijn juist.	141 (61,4%)
14. Heeft iemand die meer dan 50 moedervlekken heeft een grotere aanleg om een kwaadaardige moedervlek te ontwikkelen dan iemand die minder moedervlekken heeft.	
Juist.	131 (56,7%)
Onjuist.	100 (43,3%)

Bijlage 5. SPSS T-Test

T-Test

Group Statistics

	Geslacht vrouw of man	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Het aantal juiste antwoorden	Vrouw	145	5,82	1,606	0,133
	Man	86	5,93	1,846	0,199

Independent Samples Test

		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Het aantal juiste antwoorden	Equal variances assumed	1,583	0,210	0,474	229	0,636	0,110	0,231	-,346	0,565
	Equal variances not assumed			0,457	159,478	0,648	0,110	0,240	-,364	0,583

Bijlage 6. SPSS One Way Anova

Case Processing Summary

Leeftijd in jaren *Het aantal juiste antwoorden	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	231	100,0%	0	0,0%	231	100,0%

Leeftijd in jaren *Het aantal juiste antwoorden Crosstabulation

Het aantal juiste antwoorden											
Leeftijd in jaren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totaal
12-17 jaar	0	0	1	3	3	2	1	1	1	0	12
18-30 jaar	0	1	1	4	11	8	10	6	4	0	45
31-60 jaar	1	3	4	16	23	34	17	19	5	1	123
60+ jaar	0	2	2	11	12	10	7	4	3	0	51
Totaal	1	6	8	34	49	54	35	30	13	1	231

One Way

Descriptives								
Leeftijd in jaren *Het aantal juiste antwoorden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Lower Bound	Upper Bound	Minimum	Maximum
12-17 jaar	12	5,5000	1,78377	0,51493	4,3666	6,6334	3,00	9,00
18-30 jaar	45	6,1778	1,65542	0,24677	5,6804	6,6751	2,00	9,00
31-60 jaar	123	5,9187	1,69180	0,15254	5,6167	6,2207	1,00	10,00
60+ jaar	51	5,5294	1,70121	0,23822	5,0509	6,0079	2,00	9,00
Total	231	5,8615	1,69599	0,11159	5,6416	6,0813	1,00	10,00

Test of Homogeneity of Variances

Leeftijd in jaren *Het aantal juiste antwoorden			
Levene Statistic	Df1	Df2	Sig.
0,108	3	227	0,955

ANOVA

Leeftijd in jaren *Het aantal juiste antwoorden					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	12,096	3	4,032	1,409	0,241
Within Groups	649,471	227	2,861		
Total	661,567	230			

Case Processing Summary

Opleidingsniveau *Het aantal juiste antwoorden	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	231	100,0%	0	0,0%	231	100,0%

Opleidingsniveau *Het aantal juiste antwoorden Crosstabulation

Opleidingsniveau	Het aantal juiste antwoorden										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Laag	1	3	6	17	21	19	4	13	6	0	90
Midden	0	3	2	11	15	18	12	6	2	1	70
Hoog	0	0	0	6	13	17	19	11	5	0	71
Totaal	1	6	8	34	49	54	35	30	13	1	231

One Way

Descriptives								
Opleidingsniveau *Het aantal juiste antwoorden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Lower Bound	Upper Bound	Minimum	Maximum
Laag	90	5,5333	1,85545	0,19558	5,1447	5,9219	1,00	9,00
Midden	70	5,7000	1,65372	0,19766	5,3057	6,0943	2,00	10,00
Hoog	71	6,4366	1,37043	0,16264	6,1122	6,7610	4,00	9,00
totaal	231	5,8615	1,69599	0,11159	5,6416	6,0813	1,00	10,00

Test of Homogeneity of Variances

Opleidingsniveau *Het aantal juiste antwoorden			
Levene Statistic	Df1	Df2	Sig.
2,751	2	228	0,066

ANOVA

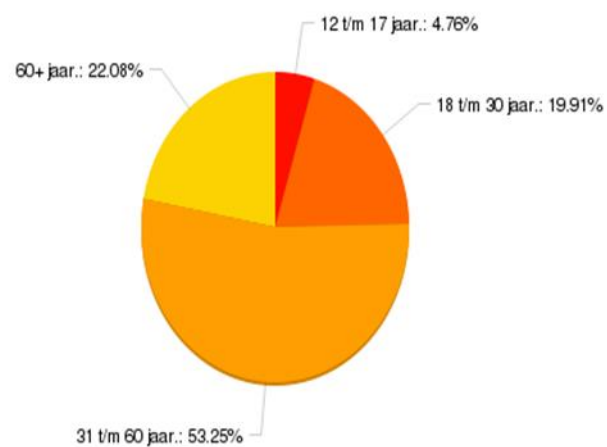
Opleidingsniveau *Het aantal juiste antwoorden					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	35,002	2	17,501	6,368	0,002
Within Groups	626,565	228	2,748		
Totaal	661,567	230			

Bijlage 7. Antwoorden enquête in cirkeldiagrammen

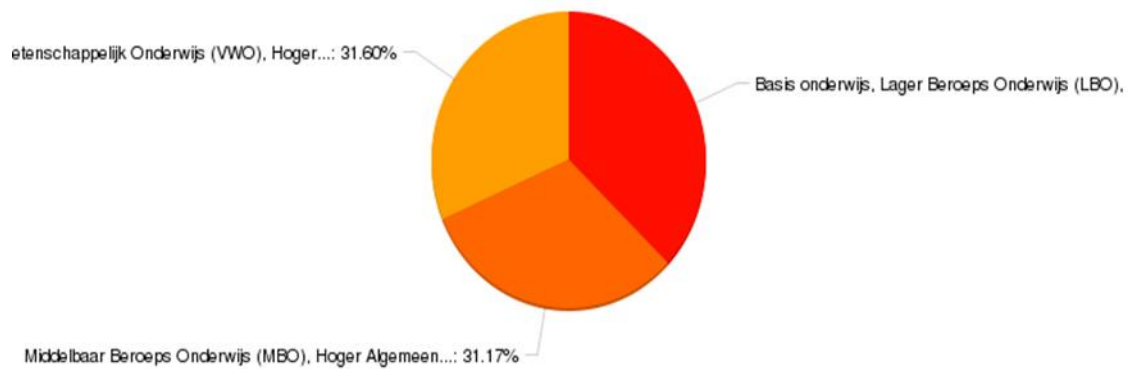
Vraag 1. Wat is uw geslacht?



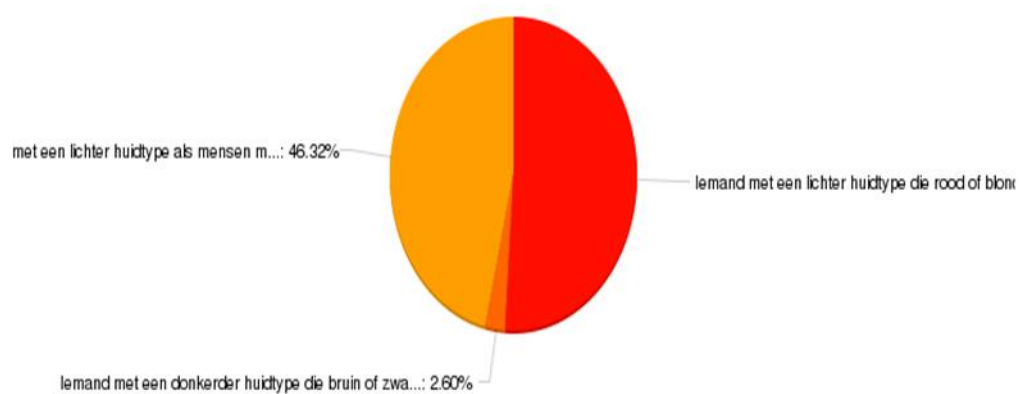
Vraag 2. Wat is uw leeftijd in jaren?



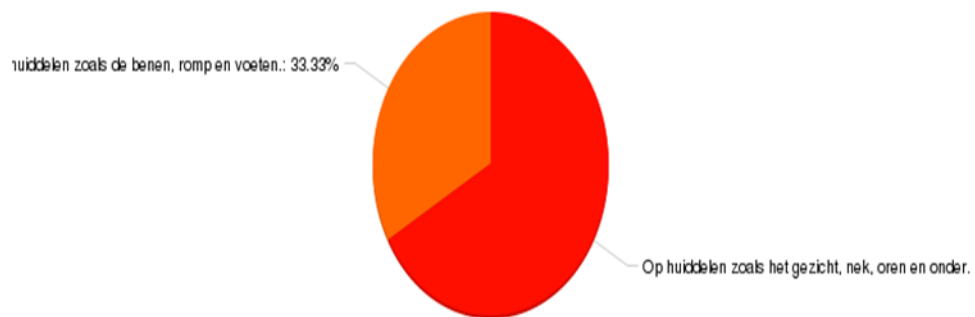
Vraag 3. Wat is de hoogste opleiding die u heeft genoten?



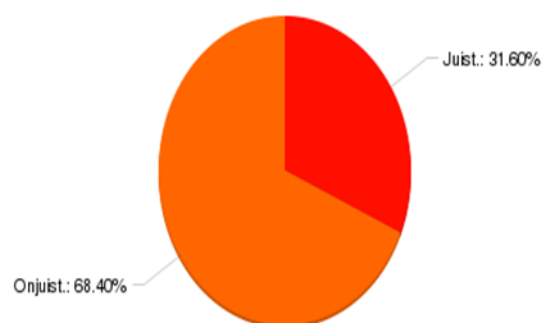
Vraag 4. Welk huidtype heeft de meeste kans om een kwaadaardige moedervlek te ontwikkelen?



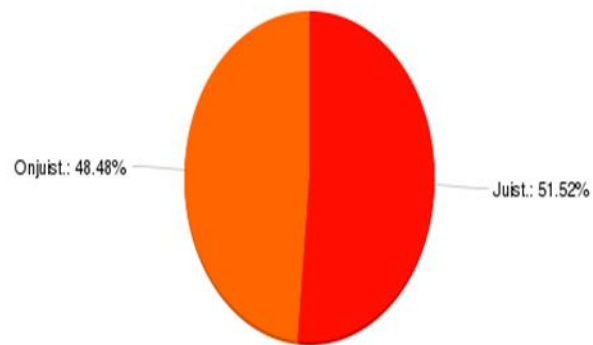
Vraag 5. Op welke plaatsen van het lichaam ontstaan het vaakst kwaadaardige moedervlekken?



Vraag 6. Kwaadaardige moedervlekken komen voor het 30ste levensjaar niet voor.



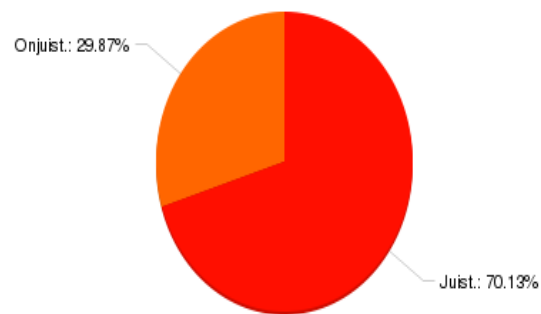
Vraag 7. Een kwaadaardige moedervlek geeft altijd klachten als pijn, bloeden en jeuk.



Vraag 8. Een moedervlek die groter wordt is altijd kwaadaardig.



Vraag 9. Als een moedervlek meerdere kleuren pigment bevat is hij vaker kwaadaardig dan een moedervlek DIE UIT 1 KLEUR BESTAAT.



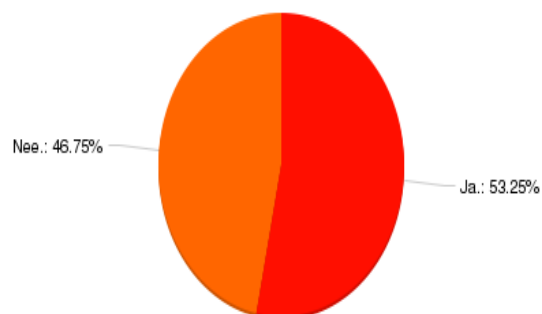
Vraag 10. Verheven moedervlekken hebben een grotere kans om kwaadaardig te worden dan vlakke moedervlekken.



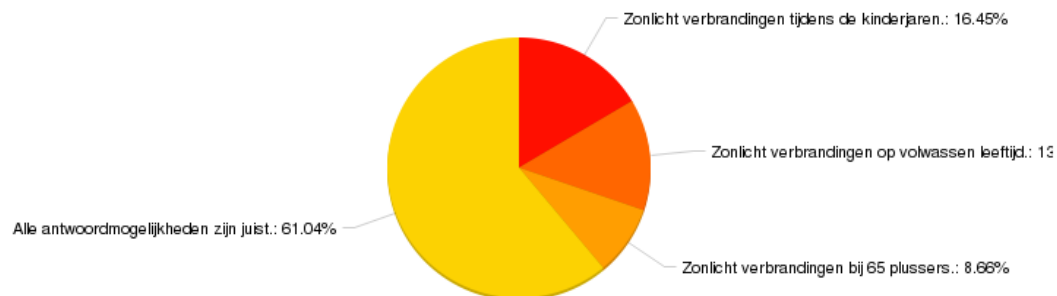
Vraag 11. De vorm (grillig of rond) van de moedervlek zegt niets over de kans op het kwaadaardig zijn of worden van deze moedervlek.



Vraag 12. Hebben directe familieleden van een patiënt met een kwaadaardige moedervlek (= melanoom) een groter risico om ook een melanoom te krijgen?



Vraag 13. Kwaadaardige moedervlekken ontstaan vooral door...?



Vraag 14. Heeft iemand die meer dan 50 moedervlekken heeft een grotere aanleg om een kwaadaardige moedervlek te ontwikkelen dan iemand die minder moedervlekken heeft.

