

# Hoe ervaren vrouwen vaginaal onderzoek?

T. DERKS, P. FLOHR, S. MAES EN I. VAN ZOMEREN-NUIJTEN\*

In Nederland worden per jaar 3 à 4 miljoen vaginale onderzoeken uitgevoerd. Ondanks een aantal specifieke klachten, blijken vanuit de meeste vrouwen een positieve attitude tegenover dit onderzoek te hebben. Daarbij dient men wel te bedenken dat, wanneer slechts 5 procent van de vaginale onderzoeken negatief beoordeeld wordt, het nog altijd gaat om vele tienduizenden vrouwen. Uit dit onderzoek blijkt dat het vooral relatief onervaren vrouwen en vrouwen met een lagere opleiding zijn, die problemen met het vaginaal onderzoek hebben.

## Inleiding

In Nederland verrichten artsen jaarlijks drie à vier miljoen vaginale onderzoeken. Sinds enige tijd uiten vrouwen-groepen steeds openlijker kritiek op de manier waarop medici bij dit onderzoek omgaan met hun patiëntes. Problemen met betrekking tot vaginaal onderzoek kunnen evenzeer gesitueerd worden in de onderzoekssituatie als in de patiënte zelf.

Op dit terrein is nog weinig wetenschappelijk onderzoek verricht. We kwamen slechts een vijftal onderzoeken op het spoor, waarvan drie Amerikaanse. Debrovner en Shubin-Stein hebben formeel een grote groep Amerikaanse vrouwen ondervraagd over hun ervaringen en wensen met betrekking tot vaginaal onderzoek. Hun voornaamste bevindingen zijn, dat vrouwen een goed contact met de arts centraal stellen, dat zij weinig of geen seksuele associatie ervaren bij vaginaal onderzoek en dat de aanwezigheid van meer dan een hulpverlener bij het onderzoek voor veel vrouwen problematisch is.<sup>1</sup>

Haar, Halitsky en Stricker verzamelden door middel van een vragenlijst gegevens bij 409 patiëntes. Afgezien van specifieke kritiekpunten laten de resultaten overwegend positieve attitudes zien, zowel ten aanzien van het onderzoek als ten aanzien van gynaecologen. Vrouwen die moeite hebben met vaginaal onderzoek of kritiek hebben op

hun (mannelijke) arts, geven eerder de voorkeur aan een vrouwelijke arts.<sup>2,3</sup>

Weiss en Meadow namen een vragenlijst af bij 69 studentes en zes universitaire medewerksters. Meer dan 80 procent van de vrouwen rapporteerde negatieve gevoelens bij het vaginaal onderzoek. Ongeveer de helft van de respondentes had uitgesproken kritiek op de houding van de arts bij dit onderzoek, terwijl de andere helft het gedrag van de arts positief beoordeelde. Bijna alle vrouwen vinden het optimaliseren van de arts-patiënt relatie belangrijker dan materiële of procedurele verbeteringen.<sup>4</sup>

Generalisatie van deze bevindingen naar de Nederlandse situatie is problematisch in verband met culturele en structurele verschillen. De enige twee Nederlandse onderzoeken die ons bekend zijn, werden uitgevoerd met kleine steekproeven. Zo ondervroeg Meyboom-de Jong 23 vrouwen over hun ervaringen en wensen ten aanzien van vaginaal onderzoek. Alle vrouwen waren medewerksters van de Rutgersstichting, leden van een zelfhulp- of van een VOS-groep.<sup>5</sup> In een ander onderzoek verspreidden Lopez Cardozo en Van Meel voor hun scriptie 50 enquêteformulieren met betrekking tot vaginaal onderzoek onder patiëntes in de wachtkamer van een polikliniek gynaecologie. De meeste vragenlijsten werden onvolledig ingevuld, doordat de vrouwen „aan de beurt” waren.

De resultaten van deze onderzoeken zijn in verband met deze tekortkomingen moeilijk te interpreteren.

Het doel van ons onderzoek was om meer systematisch en zo objectief mogelijk na te gaan hoe Nederlandse vrouwen vaginaal onderzoek ervaren, welke factoren deze ervaringen kunnen beïnvloeden, en welke aanbevelingen op grond hiervan geformuleerd kunnen worden.

## Methode en populatie

In een vooronderzoek werden veertig vrouwen geïnterviewd met een semi-structureerde vraagprocedure. Deze gegevens vormden de basis voor de constructie van een gesloten vragenlijst. Uit de veertig interviews leerden we dat vrouwen een goed contact met de arts centraal stellen en over het algemeen een vrij positieve attitude hebben ten aanzien van het onderzoek en de arts die het verricht. Het blijkt echter dat onaangename ervaringen sterk en lang blijven hangen en de huidige attitude beïnvloeden. Deze attitude blijkt ook verband te houden met de gevoelens die vrouwen hebben als zij op de onderzoeksbank liggen. Overigens hadden deze vrouwen ook heel wat specifieke kritiekpunten betreffende het uitkleden, informatie voor en na het onderzoek, het gedrag van de arts tijdens het onderzoek, en de mate waarin zij als volwaardige gesprekspartners werden beschouwd.

De gesloten vragenlijst werd via de wijkverpleging bij tweehonderd vrouwen in Tilburg verspreid. Veertig wijkverpleegkundigen ontvingen elk vijf vragenlijsten met het verzoek deze lijsten in hun wijk bij gezonde vrouwen te verspreiden. Daarbij werd gevraagd een spreiding qua leeftijd en sociale klasse na te streven en uitsluitend vrouwen bij het onderzoek te betrekken die minder dan zes maanden geleden een vaginaal onderzoek hadden ondergaan. Door deze procedure werd de enquête over alle wijken en omliggende wijken van de stad verspreid. De vragenlijsten werden anoniem ingevuld en onder gesloten enveloppe aan de wijkverpleegkundige teruggegeven.

Op de resultaten werd met behulp van SPSS (Statistical Package for the Social Sciences – een verzameling standaard-computerprogramma's) een frequentie-analyse uitgevoerd. Op sommige groepen variabelen werd een clusteranalyse uitgevoerd. Ook werden zestien verbanden tussen variabelen op hun significantie onderzocht. Acht daarvan waren significant en daarover wordt in dit artikel gerapporteerd.

\* Vakgroep Klinische Psychologie en Psychotherapie, Katholieke Hogeschool Tilburg.

## Resultaten

• *Respons.* Hoewel de respondentes verspreid zijn over de verschillende sociaal-economische milieus en leeftijds-categorieën, is er een zekere overrepresentatie van vrouwen tussen de 25 en de 35 jaar (57 procent), van vrouwen met een hogere opleiding (Mavo of hoger – 33 procent) en van kinderloze vrouwen (41 procent). Er is een vrij goede spreiding qua beroep, met een lichte overrepresentatie van vrouwen met een verzorgend beroep. Ongeveer een derde heeft of had geen werk buitenshuis. Van de respondentes woont twee derde langer dan twee jaar in Tilburg, gespreid over alle wijken van de stad. De overigen wonen in een kleinere plaats of op het platteland in de omgeving van Tilburg.

Alle respondentes hebben seksuele ervaring en 90 procent is minstens vier maal vaginaal onderzocht. Het laatste vaginaal onderzoek werd in 58 procent van de gevallen door de huisarts verricht, in 34 procent door een gynaecoloog en in de overige gevallen door andere artsen (bijvoorbeeld Rutgersstichting) of door een verloskundige.

• *De beladenheid van vaginaal onderzoek.* Ongeveer de helft van de respondenten heeft er moeite mee, met anderen over vaginaal onderzoek te praten of praat daar alleen met heel goede bekenden over. De andere helft zegt hierover onbevangen met anderen te kunnen praten. Vrouwen met een lagere opleiding (lager onderwijs/huishoudschool) hebben significant meer moeite om over vaginaal onderzoek te praten dan vrouwen met een hogere opleiding ( $\chi^2 = 6,23$ ;  $p < 0,055$ ).

Ongeveer de helft van de respondentes vindt vaginaal onderzoek vervelend. Daarvan schrijft meer dan drie kwart deze gevoelens vooral toe aan de situatie of aan zichzelf. In één op de tien gevallen zou vooral de arts daarmee te maken hebben.

Vrouwen die minder dan zes maal zijn onderzocht, vinden het laatste inwendig onderzoek significant vervelender dan vrouwen die vaker zijn onderzocht ( $\chi^2 = 6,23$ ;  $p < 0,01$ ).

Vaginaal onderzoek wordt overwegend vervelender gevonden dan andere vormen van lichamelijk onderzoek (keelonderzoek, opnemen van de bloeddruk, bloed prikken, onderzoek van de borsten). Alleen vrouwen die rectaal onderzoek hebben gehad, vinden dit nog vervelender dan vaginaal onderzoek. Eén op de vier vrouwen zegt het laatste

onderzoek pijnlijk te hebben gevonden. Ongeveer de helft van de respondentes zag op tegen het bezoek aan de arts voor het laatste vaginaal onderzoek.

• *Voorkeur voor een bepaalde arts.* Er bestaat geen algemene voorkeur voor de huisarts, de gynaecoloog of een andere arts. Ook niet voor een bekende of een onbekende arts. Vrouwen die liever door een bekende arts worden onderzocht (44 procent), voelen zich significant minder rustig op de onderzoeksbank dan vrouwen voor wie het niets uitmaakt of ze de arts kennen ( $\chi^2 = 3,48/p < 0,55$ ).

Eén op de vier vrouwen zou liever door een vrouwelijke arts worden onderzocht. Driekwart van de vrouwen heeft geen voorkeur voor een vrouwelijke of een mannelijke arts. Van de vrouwen die reeds door een vrouwelijke arts zijn onderzocht, geeft meer dan de helft (55 procent) de voorkeur aan een vrouwelijke arts.

• *Informatie vóór het onderzoek.* Vrijwel alle vrouwen (91 procent) vinden dat de arts (telkens) vóór het onderzoek zou moeten uitleggen of meedelen waarom het onderzoek nodig is, en willen dat de arts ook kort uitlegt wat hij gaat doen (93 procent). In bijna een kwart van de gevallen blijkt dit in de praktijk niet te gebeuren. Iets minder dan driekwart (72 procent) van de vrouwen vindt dat de arts vóór het onderzoek zou moeten vragen of zij tegen het onderzoek opzien. Voor 21 procent maakt het niets uit of de arts dit doet. Een kleine minderheid (6 procent) wenst dit niet.

• *Het uitkleden.* Over het uitkleden blijkt bij vrouwen heel wat onduidelijkheid te bestaan: 39 procent van de respondentes vindt het noodzakelijk dat de arts vóór ieder onderzoek zegt welke kleren zij precies moeten uitdoen, 45 procent vindt dat alleen bij de eerste maal nodig en 16 procent zegt dat zelf wel te weten.

Van de respondentes heeft 70 procent liever dat de arts niet bij het uitkleden aanwezig is of dat hij intussen met iets anders bezig is; 90 procent vindt het vervelend als het onderzoek niet meteen op het uitkleden volgt; 30 procent van de respondentes bleek soms (deels) uitgekled te moeten wachten voor het onderzoek werd verricht.

• *Beleving van het onderzoek zelf.* Bij de vraag „Hoe voelt U zich als U (half) ontkleed op de onderzoeksbank ligt?”

werden zesentwintig verschillende gevoelens aangeboden, aan de hand waarvan de respondentes hun eigen gevoelens konden beschrijven. Op de resultaten werd een clusteranalyse (hierarchische clusteranalyse, complete linkage, clustan – 1c pakket) uitgevoerd. Daaruit kwamen vier clusters te voorschijn: een afhankelijkheidscluster (afhankelijk, kwetsbaar, machteloos, overgeleverd, onbeschermd, weerloos, te kijk liggen), een angstcluster (angstig, opgewonden, vies, slachtoffer, vernederd, schaamte, bezorgd over uiterlijk), een gespannenheidscluster (afwachtend, geïnteresseerd, nieuwsgierig, gespannen, zenuwachtig, onwennig, opgelaten) en een berustingscluster (berustend, gewoon, rustig, nuchter, veilig). Van de respondentes beschrijft 55 procent zich als soms of altijd afhankelijk, 65 procent als niet-angstig, 85 procent als soms of altijd afwachtend en 65 procent als soms of altijd berustend.

Vrouwen die zich niet afhankelijk voelen, vinden het onderzoek overwegend niet vervelend, vrouwen die zich wel afhankelijk voelen, vinden het onderzoek overwegend wel vervelend ( $\chi^2 = 22,3/p < 0,0001$ ). Vrouwen die zich angstig voelen, vinden het onderzoek overwegend vervelend, vrouwen die zich niet angstig voelen, vinden het onderzoek overwegend niet vervelend ( $\chi^2 = 15,29/p < 0,0005$ ). Vrouwen die zich bij het onderzoek gewoon en rustig voelen, vinden het onderzoek overwegend niet vervelend en vrouwen die zich niet gewoon en rustig voelen, vinden het onderzoek overwegend vervelend ( $\chi^2 = 24,86/p < 0,0001$ ). Vrouwen met een lagere opleiding geven significant frequenter gevoelens van onrust en angst aan dan vrouwen met een hogere opleiding ( $\chi^2 = 5,41$ ;  $p < 0,05$ ).

Negatieve gevoelens en ervaringen als schaamte, vernedering en zich vies voelen, komen weinig voor, maar wel als er meer dan één hulpverlener bij het onderzoek aanwezig was. Op de vraag wat daarbij dan zo storend was, vinden de respondentes zich vooral terug in: „Het gebeurde zonder overleg”, „Zij praatte over me heen” en „Ik voelde me bekeken”.

• *Het gedrag van de arts tijdens het onderzoek.* Vrijwel alle vrouwen vinden dat vooral de arts hen zou kunnen helpen als zij bij het onderzoek last hebben van nare gevoelens, of moeite hebben om zich te ontspannen. Meer dan 90 procent vindt dat dat kan door het geven van uitleg over wat de arts ziet, doet of

gaat doen, door rustig en geduldig te zijn, door de patiënte bij het onderzoek te betrekken, door er rekening mee te houden hoe zij het onderzoek ervaart, door begrip te tonen en haar met respect te benaderen. Bijna de helft van de respondentes (45 procent) vond dat zij bij het laatste vaginaal onderzoek te weinig betrokken waren.

Meer dan de helft van de respondentes heeft ervaring met speculumonderzoek. Daarvan zegt 57 procent dit vervelend te vinden. Op de vraag wat zij bij dit onderzoek belangrijk vinden, antwoordt meer dan 80 procent: dat het inbrengen voorzichtig gebeurt, dat de arts zegt wanneer hij het speculum gaat inbrengen en dat de vrouw de tijd krijgt om te ontspannen. Andere aspecten, zoals een warm gemaakt speculum, worden over het algemeen veel minder belangrijk gevonden.

Vrijwel geen enkele vrouw (2 procent) wil dat de arts zwijgt tijdens het onderzoek; 72 procent wil graag dat de arts praat, voor de anderen maakt het niets uit. Bijna alle vrouwen stellen het op prijs dat de arts uitleg geeft over wat hij doet (95 procent) en zegt wat hij ziet of voelt tijdens het onderzoek (90 procent). Vrijwel niemand vindt het goed dat de arts over persoonlijke zaken praat tijdens het onderzoek of grapjes maakt. Driekwart van de vrouwen vindt een afleidend gesprek ongeschikt.

• *Na het onderzoek: advies en beslissing.* Vrijwel alle vrouwen vinden dat ze een beslissing die volgt uit het onderzoek (in verband met een behandeling of medicatie) zelf of in overleg met de arts moeten nemen. Als de arts een beslissing voorstelt, willen ze daar graag uitleg bij hebben. In de praktijk blijkt de vrouw in 24 procent van de gevallen zelf te beslissen. In 49 procent van de gevallen wordt de beslissing samen genomen en in het resterende kwart nam de arts de beslissing. Bij vrouwen met een lagere opleiding wordt de beslissing vaker door de arts genomen, terwijl vrouwen met een hogere opleiding meer zelf of in overleg met de arts ( $\chi^2 = 7,72 / p < 0,05$ ) beslissen.

Acht op de tien vrouwen vinden dat de vragen of klachten waarmee zij naar aanleiding van het laatste onderzoek naar hun arts togingen, naar wens besproken zijn. Een op de vijf vrouwen zou niet om opheldering durven vragen als iets niet naar wens besproken zou zijn. Slechts 43 procent zou aan de arts durven zeggen dat iets bij het vaginaal onderzoek minder goed of vervelend verlopen was.

## Beschouwing

Hoewel vaginaal onderzoek vrij beladen blijkt te zijn en ongeveer de helft van de respondentes het vervelend vindt, blijken maar weinig vrouwen zeer uitgesproken negatieve gevoelens bij dit onderzoek te hebben. Vrouwen die zeggen zich vernederd, vies of bekeken te voelen, schrijven de oorzaak daarvan veeleer aan zichzelf of aan de situatie toe dan aan de arts. Opvallend daarbij is ook dat deze vrouwen overwegend minder ervaring hebben met vaginaal onderzoek.

Ons onderzoek heeft echter zijn beperkingen. Het feit dat de helft van de respondentes het onderzoek vervelend vindt, kan bijvoorbeeld, afgezien van de beladenheid, te maken hebben met de reden voor het onderzoek of de pijnlijkheid ervan, maar daar bezitten we geen eenduidige gegevens over. Ook werd in dit onderzoek niet nagegaan of er een relatie bestaat tussen de beleving van het onderzoek, de objectieve geïndiceerdheid ervan en de opvatting van de patiënte over deze geïndiceerdheid. Het feit dat het onderzoek vervelend wordt gevonden, moet duidelijk anders geïnterpreteerd worden, afhankelijk van de noodzaak (of de gepercipieerde noodzaak) van het onderzoek. Ook is van de verspreidingsprocedure een selecterende invloed uitgegaan.

Hoewel onze resultaten overwegend positieve attitudes ten aanzien van het onderzoek en de arts die het verricht, laten zien, mag men toch niet vergeten dat patiënten geneigd zijn hun eigen arts positiever te beoordelen dan andere medici.<sup>7</sup> Als we daarbij bedenken dat de meeste respondentes de laatste maal door een bekende, vertrouwde arts werden onderzocht, is het zeer de vraag of deze bevindingen gegeneraliseerd kunnen worden naar situaties waarin een onbekende arts het onderzoek verricht. Het is daarbij belangrijk te weten dat de respondentes de manier waarop de arts met hen omgaat, belangrijker vinden dan materiële of procedurele aspecten van de onderzoeksituatie. Daarom is het noodzakelijk eerst in een gesprek een goed psychologisch contact op te bouwen voordat het onderzoek wordt verricht, en zowel tijdens als na het onderzoek tijd, begrip en aandacht te hebben voor de patiënte. In gevallen waarin een aantal artsen bij het onderzoek aanwezig was, bleek de individuele vertrouwensrelatie duidelijk gestoord en werden ook vaker zeer negatieve gevoelens gerapporteerd.

Ook moet men bij deze overwegend positieve attitudes voor ogen houden dat, wanneer in Nederland slechts 5 procent van de onderzoeken minder goed verlopen, het daarbij nog steeds om 150.000 à 200.000 vaginale onderzoeken per jaar gaat.<sup>5</sup> De respondentes rapporteren trouwens ook heel wat specifieke kritiekpunten. Hiertoe rekenen we bijvoorbeeld dat de meeste respondentes niet wensen dat de arts hun aandacht tijdens het onderzoek afleidt, terwijl dit in de praktijk wel gebeurt. Dit is mede te verklaren door het feit dat een dergelijke aanbeveling, blijkbaar ten onrechte, voorkomt in gynaecologiehandboeken.<sup>8</sup> Ook blijken heel wat respondentes niet de informatie te ontvangen die zij voor, tijdens of na het onderzoek wensen. Verder worden vooral vrouwen met een lagere opleiding niet of nauwelijks betrokken in het beslissingsproces, wanneer een behandeling of medicatie wordt voorgesteld. Dit strookt met de bevindingen van Ley dat artsen minder vaardig lijken te communiceren met patiënten, naarmate deze verder van hun eigen sociale subklasse afstaan.<sup>9</sup> Tenslotte blijkt uit de resultaten ook dat de arts vóór het onderzoek in een oriënterend gesprek de houding van de patiënte ten opzichte van het onderzoek zou moeten verkennen, en na het onderzoek duidelijk zou moeten maken dat hij openstaat voor opmerkingen of vragen van de patiënte over het onderzoek.

Vervolgonderzoek zou zich vooral moeten richten op vrouwen die de meeste moeilijkheden hebben met vaginaal onderzoek: vrouwen met een lagere opleiding en vrouwen die weinig ervaring hebben met vaginaal onderzoek. Dit is dan ook de reden dat we intussen verder onderzoek hebben opgezet naar de beleving, de houding en de voorlichting van jonge vrouwen met betrekking tot het eerste vaginaal onderzoek.

*Samenvatting. Hoewel in Nederland jaarlijks 3 à 4 miljoen vaginale onderzoeken worden verricht, is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de ervaringen van vrouwen bij dit medisch onderzoek. In een vooronderzoek werden veertig vrouwen geïnterviewd over hun ervaringen met vaginaal onderzoek. Deze gegevens vormden de basis voor de constructie van een gesloten vragenlijst, die via de wijkverpleging bij 200 vrouwen uit de regio Tilburg werd verspreid en door 141 vrouwen ingevuld werd geretourneerd.*

*Uit de resultaten van deze enquête blijkt*

dat vaginaal onderzoek vrij beladen is, maar dat slechts weinig vrouwen uitgesproken negatieve gevoelens hebben bij een dergelijk onderzoek. Of het onderzoek vervelend wordt gevonden, lijkt vooral bepaald te worden door:

- de gevoelens die vrouwen hebben als ze op de onderzoeksbank liggen;
- de individuele relatie met de arts;
- ervaring met vaginaal onderzoek;
- opleidingsniveau.

Hoewel de respondentes over het algemeen een positieve attitude hebben ten opzichte van het onderzoek en de arts die het verricht, hebben zij ook specifieke punten van kritiek. Zo hebben veel vrouwen er bezwaar tegen dat de arts tijdens het onderzoek hun aandacht probeert af te leiden. Vaak verloopt ook de communicatie niet optimaal, met name niet bij vrouwen met een lagere opleiding: deze worden bijvoorbeeld niet of nauwelijks betrokken bij de besluitvorming over behandeling of medicatie.

*Summary. How do women experience vaginal examination.*

Although 3-4 million vaginal examinations are performed annually in The Netherlands, little research has been done into the experiences of women during this procedure. In a preliminary study forty women were interviewed about their experiences with vaginal examination. The data thus obtained were used in the construction of a closed questionnaire which, via the district nurses, was distributed to 200 women in the Tilburg area; 141 responded.

The results show that, although vaginal examination is subject to some prejudice, few women have pronounced negative feelings against it. Whether the examination is experienced as unpleasant seems to be determined largely by:

- the women's feelings while they are on the examining table;
- the individual relationship with the doctor;
- previous experience with vaginal examination;
- the level of formal education.

Although the respondents generally take a positive attitude to the examination and the doctor who performs it, they also have some specific criticisms. Many women, for instance, object to the doctor's attempts to distract their attention during the examination. Communication often is not optimal, particularly with women of a lower level of formal education: they are for instance hardly consulted, or not at all, in decision-making about treatment or medication.

- <sup>1</sup> Debrowner CH, Shubin-Stein R. Psychological aspects of vaginal examination. *Medical Aspects of Human Sexuality* 1975; 9: 163-4.
- <sup>2</sup> Haar E, Halitsky V, Stricker G. Factors related to the preference for a female gynaecologist. *Med Care* 1975; 13: 782-90.
- <sup>3</sup> Haar E, Halitsky V, Stricker G. Patients attitudes toward gynaecologic examination and to gynaecologists. *Med Care* 1977; 15: 787-95.
- <sup>4</sup> Weiss L, Meadow R. Women's attitudes toward gynaecologic practices. *Obstet Gynaecol* 1979; 54: 110-4.
- <sup>5</sup> Meyboom-De Jong, B. Hoe ervaren vrouwen het vaginaal onderzoek? *Med Contact* 1981; 36: 1577-8.
- <sup>6</sup> Lopez Cardozo B, Meel A van. Gynaecologisch onderzoek in speculo [Doctoraal scriptie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1981.
- <sup>7</sup> Apostle D, Oder F. Factors that influence the public's view of medical care. *JAMA* 1976; 202: 572.
- <sup>8</sup> Kloosterman GJ. De voortplanting van de mens, leerboek voor obstetrie en gynaecologie. Haarlem: Centen, 1977.
- <sup>9</sup> Ley P. Giving information to patients. In: Eiser JR, ed. *Social psychology and behavioral medicine*. New York: Wiley, 1982.

#### Vervolg literatuur van p. 372

- <sup>21</sup> Chodorow N. *Waarom vrouwen moeders*. 2e dr. Amsterdam: Feministische Uitgeverij SARA, 1980.
- <sup>22</sup> Komter A. *Geestelijke Gezondheid, verschillende maatstaven voor vrouwen en mannen*. Amsterdam: Psychologisch laboratorium Universiteit van Amsterdam, 1977.
- <sup>23</sup> Fidell L. Sexrole stereotypes and the American physician. *Psychology of Women Quarterly* 1980; 4: 313-6.
- <sup>24</sup> Baart J, Derks H. En de cirkel is weer rond ... *Tijdschr Vrouwenstudies* 1981; 8: 532-48.
- <sup>25</sup> Meens J, Wien F. *De vrouw in het nauw I en II* [Doctoraal scriptie] Nijmegen; Sociologisch Instituut, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1976.
- <sup>26</sup> Armitage KJ, Schreiderman LJ, Bass RA. De reactie van de arts op klachten van mannelijke en vrouwelijke patiënten. In: *Consult voor de huisarts*, mei 1980, 129-32. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

## De mini Wright peak-flow meter en de spirometer

Een korte bijdrage van R. Peset Reig, D. S. Marrink-Oeseburg en Th. W. van der Mark.\*

### Inleiding

In 1959 introduceerden Wright en McKerrow de zogenaamde peak-flow meter voor eenvoudig longfunctie-onderzoek.<sup>1</sup> De meting van de *expiratoire peak-flow* heeft bewezen een simpele en tegelijkertijd betrouwbare techniek te zijn, in het bijzonder wanneer men niet over meer verfijnde apparatuur beschikt of wanneer longfunctie-onderzoek verricht moet worden op een groot aantal mensen, zoals bij een epidemiologisch onderzoek.

Kort geleden beschreef Wright een veel goedkopere meter voor de meting van de *peak expiratory flow rate* (PEFR), de mini Wright peak-flow meter. Deze mini peak-flow meter kan een betrouwbaar instrument worden voor de (vroegtijdige) detectie van de expiratoire bronchusobstructie in de spreekkamer van de huisarts.<sup>3</sup>

Omdat vaak, vooral in ziekenhuizen, longpatiënten gecontroleerd worden met behulp van spirometrie, hebben we een vergelijkend onderzoek verricht tussen de *peak expiratory flow rate*, zoals gemeten met de mini Wright peak-flow meter, en de *expiratoire seconde capaciteit* (FEV1.0), zoals gemeten met de spirometer. De resultaten van dit onderzoek worden in dit artikel besproken.

### Opzet

Deze studie is uitgevoerd in een groep van 88 longpatiënten die de Polikliniek Longziekten van de Interne Kliniek van het Academisch Ziekenhuis te Groningen bezochten. Op de dag van hun bezoek aan de polikliniek werden zij naar de afdeling Longfunctie gestuurd voor spirometrisch onderzoek. Er vond geen selectie van de patiënten plaats.

\* Academisch Ziekenhuis Groningen.