

Departement Politieke
en Sociale Wetenschappen
Universiteit Antwerpen - UIA

PSW - papers

1998/4

**Pijnbeleving
bij
mammografie**

Eva Bruyninckx



PSW-Paper

1998/4

Colofon

PSW-Papers is een initiatief van het departement Politieke en Sociale Wetenschappen van de Universiteit Antwerpen - UIA. De paperreeks heeft als doel het wetenschappelijk onderzoek dat aan het departement wordt verricht, te valoriseren en aan de buitenwereld kenbaar te maken.

Redactie:

Herman VAN PELT, coördinator

Peter BURSENS

Nico CARPENTIER

Sven DE BRUYN

Kristof DE LEEMANS

Redactieadres:

PSW-PAPERS

Universiteitsplein 1

B-2610 Antwerpen (Wilrijk)

Fax: + 32 3 820 28 82

E-mail: pswpaper@uia.ua.ac.be

PSW-Papers verschijnt viermaandelijks: maximaal 12 nummers per jaar, in de regel telkens 4 nummers op 3 publicatiemomenten (1 maart, 1 juli en 1 december) waarbij naar een evenwicht wordt gestreefd in bijdragen uit de verschillende afstudeerrichtingen van het departement (Bestuurswetenschappen, Communicatiewetenschap, Internationale Politiek en Sociale Wetenschappen).

Meer informatie over PSW-Papers en het departement Politieke en Sociale Wetenschappen vindt U op de website: <http://psw-www.uia.ac.be/psw/>

Bijkomende exemplaren kunnen aan de hand van het ingesloten formulier worden besteld op bovenstaand adres aan de prijs van 100 BEF (incl. verzending). De betaling gebeurt door het vereiste bedrag over te schrijven op het rekeningnummer 001-1354227-86 met vermelding van 'psw-papers'. Studenten kunnen op het redactiesecretariaat nummers verkrijgen aan 50 BEF.

ISSN: 1373-0770

V.U.: Herman VAN PELT

Concept omslag: DB &M nv, Leuven

Pijnbeleving bij mammografie

Eva Bruyninckx

1 maart 1998

Eva Bruyninckx is als onderzoeksassistent werkzaam binnen de vakgroep Welzijnsplanning van het departement Politieke en Sociale Wetenschappen van de UIA. Haar onderzoeksactiviteiten situeren zich in het veld van de medische sociologie en kaderen in een onderzoeksproject van het Fonds voor Geneeskundig Wetenschappelijk Onderzoek onder leiding van Prof. dr. E. Van Hove (krediet nummer 3.0087.95). Zij houdt zich met name bezig met de psychosociale zorgproblematiek bij borstkankerpatiënten, wat wordt geconcretiseerd in een aantal deelonderzoeken over het aanbod van zorgvoorzieningen voor borstkankerpatiënten enerzijds en de beleving door de patiënten van de ziekte borstkanker en van de verstrekte zorgen anderzijds. De bevindingen uit de diverse deelonderzoekjes worden geanalyseerd in het licht van de wijzigende manier van maatschappelijk omgaan met ziekte en gezondheid in het algemeen en de trend van gezondheidspromotie, zelfhulp en multi-disciplinaire zorgverstrekking in het bijzonder.

1 Probleemstelling

Borstkanker is een belangrijk gezondheidsprobleem in de meeste Europese landen. In Vlaanderen is het de meest voorkomende kanker bij vrouwen die, in vergelijking met andere doodsoorzaken, verantwoordelijk is voor het grootste verlies aan potentiële levensjaren¹ (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 1996). Vroegtijdige opsporing is tot op heden de enige efficiënte vorm van (secundaire) borstkankerpreventie. Hoe vroeger men borstkanker ontdekt, hoe sneller men kan ingrijpen met een grotere kans op genezing. Samen met het borstzelfonderzoek door de vrouw en het klinisch onderzoek door de arts is het mammografisch onderzoek de belangrijkste manier om borstkanker op te sporen. De mammografie, waarbij er röntgenfoto's van de borsten worden gemaakt, is dan ook van groot belang voor het hedendaagse borstkankerpreventiebeleid (Hakama, Pukkala, Heikkilä, & Kallio, 1997).

Vrouwen met een normaal risico op borstkanker worden aangeraden om zich vanaf 50 jaar te laten screenen voor borstkanker door regelmatig een mammografie te laten maken². Vrouwen die jonger zijn dan 50 jaar worden vooral aangespoord om regelmatig aan borstzelfonderzoek te doen. Mammografie wordt bij hen enkel uitgevoerd wanneer er een verhoogd risico op borstkanker is (bijvoorbeeld bij familiale borstkanker) of wanneer een 'verdacht' knobbelkje of ander mogelijk borstkankersymptoom nader onderzoek vergt³. Buiten de screening- en diagnostische onderzoeken wordt mammografie ten derde ook uitgevoerd bij vrouwen die door hun arts worden opgevolgd nadat men reeds behandeld werd voor borstkanker.

¹ Een verlies van 4,97 potentiële levensjaren voor vrouwen tussen 1 en 74 jaar.

² Correct uitgevoerd mammografisch onderzoek om de 18 à 24 maanden bij vrouwen tussen 50 en 69 jaar heeft een gedaalde mortaliteit tot gevolg (IHE, 1996).

³ Dit laatste type wordt verder getypeerd als een diagnostische mammografie = een mammografie die moet verduidelijken of het geconstateerde knobbelkje of ander mogelijk borstkankersymptoom daadwerkelijk duidt op borstkanker of niet.

Vroegtijdige opsporing van borstkanker door mammografie kan maar doeltreffend zijn indien men zich als vrouw regelmatig en tijdig laat controleren. Daarom zal de huisarts of gynaecoloog vrouwelijke patiënten aansporen om hun borsten regelmatig te laten onderzoeken. De uiteindelijke beslissing om daadwerkelijk een mammografie te laten maken, ligt echter volledig bij de vrouw. Onderzoek wees uit dat het regelmatig terugkeren voor een screeningmammografie door een aanzienlijke groep vrouwen als een steeds grotere belasting wordt gezien. Het opkomstgedrag van vrouwen bleek met name af te hangen van de manier waarop men een eerder mammografisch onderzoek ervaren had (Scaf-Klomp, Van Sonderen, & Van Den Heuvel, 1997). Voor de preventie van borstkanker is het bijgevolg van groot belang om de procedure bij mammografie zo aangenaam mogelijk te laten verlopen.

Voor heel wat vrouwen is de mammografie echter een pijnlijk onderzoek. Dit blijkt niet alleen in de dagelijkse praktijk, maar werd tevens aangetoond door heel wat onderzoeken (Koster, 1995; Nielsen et al., 1991; Pieterse et al., 1995; Rutter et al., 1992)⁴. Algemeen wordt aangenomen dat deze pijn wordt veroorzaakt doordat de borst goed geplaatst moet worden in het mammografietoestel (de mammograaf) en tijdens het maken van de röntgenfoto bovendien platgedrukt wordt⁵. Net als bij een gewone röntgenfoto voelt men niets van de straling zelf. Hoewel er steeds druk wordt uitgeoefend op het borstweefsel blijkt er in de dagelijkse

⁴ Volgens PIETERSE e.a. beoordeelde 46% van de vrouwen die zich lieten screenen de mammografie als pijnlijk, wat overeenkomt met de 47% vrouwen die in het onderzoek van NIELSEN e.a. pijn of ongemak rapporteerden tijdens de mammografieprocedure van de screening. Bij RUTTER e.a. bedroeg dit pijn- of ongemakpercentage bij screeningsonderzoek 43%.

⁵ De borsten worden gepositioneerd tussen twee doorzichtige platen van de mammograaf. De borst wordt vervolgens met behulp van compressie zo plat mogelijk gedrukt. Dit is nodig om het weefsel optimaal in beeld te brengen en om de dosis radioactieve straling te kunnen minimaliseren.

mammografiepraktijk heel wat variatie in de pijnbeleving van de vrouwen. Bij dezelfde compressie voelen sommige vrouwen helemaal geen pijn en anderen juist heel veel. Wanneer men al in verschillende centra een mammografie heeft laten maken, blijken sommige vrouwen in het ene centrum wel pijn te voelen en in het andere niet⁶.

Indien men borstkankerpreventie wil optimaliseren, loont het dus de moeite om het hoe en waarom van de pijnbeleving bij mammografie nader te onderzoeken. Met name lijkt het ons interessant om na te gaan of er pijnfactoren zijn die men in de praktijk kan aanpassen, zodat de kans op pijn bij mammografie voor de meeste vrouwen kan worden gereduceerd.

2 Onderzoek naar pijn bij mammografie

2.1 Onderzoeksvragen en pijnmodel

In de loop van 1996 werd door de groep Welzijnsplanning een onderzoek uitgevoerd⁷ naar de pijnbeleving van vrouwen bij mammografie, met als doel een antwoord te vinden op de vraag *waarom bepaalde vrouwen wel pijn ervaren bij mammografie en anderen helemaal niet*. Ten eerste werd nagegaan in welke mate vrouwen pijn ondervinden ten gevolge van een mammografisch onderzoek. Ten tweede werd onderzocht welke mogelijke determinanten van invloed zijn op deze pijnervaring.

Een verkenning van het concept pijn leert dat pijn geen eenvoudig objectief gegeven is, maar een uiterst persoonlijke gewaarwording die bepaald wordt door een complex samenspel van diverse soorten factoren. (Bendelow & Williams, 1995; Reading, 1994; Melzack, 1975). Pijn is niet enkel een

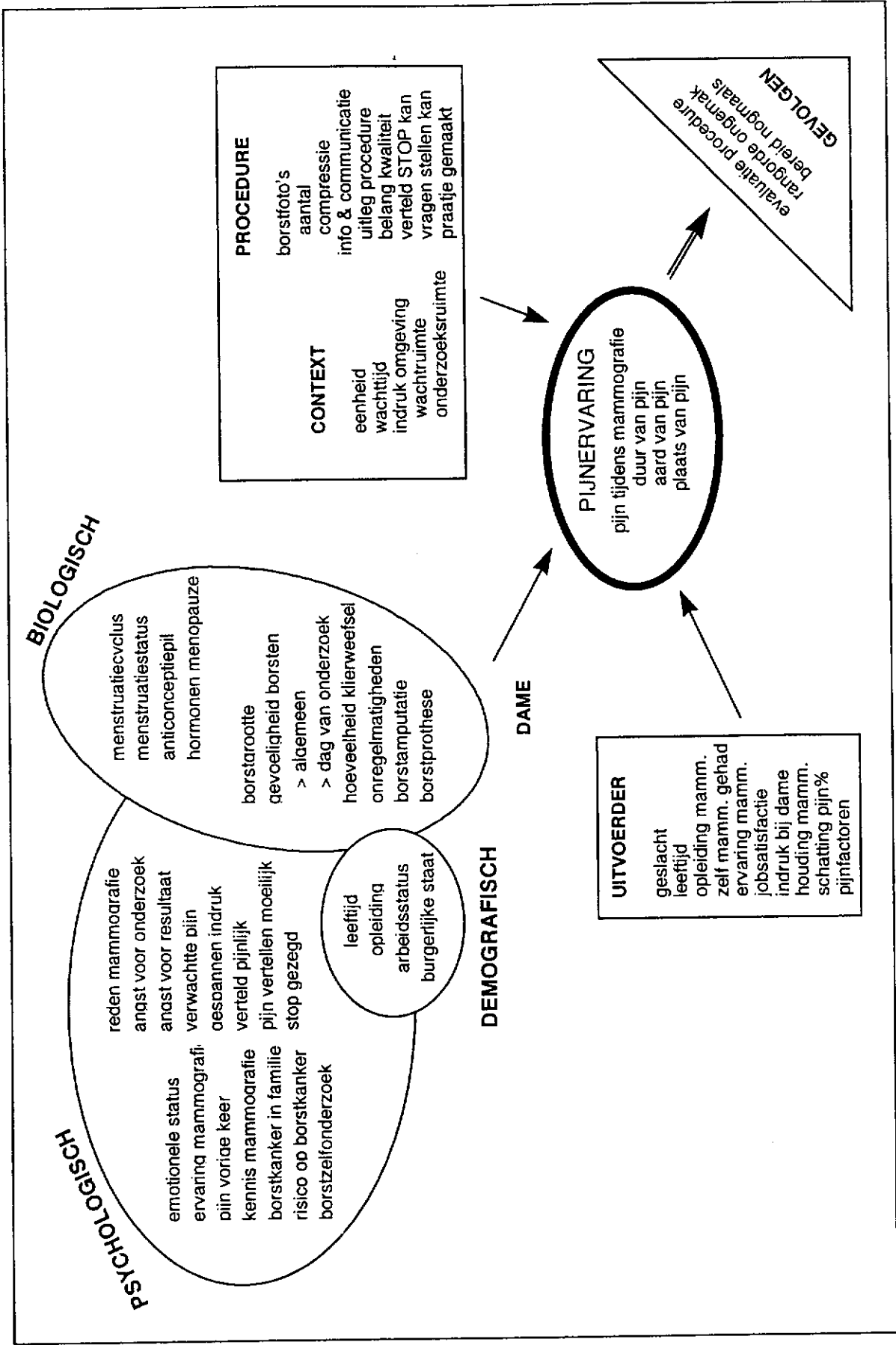
⁶ Deze bevindingen van medewerkers uit de mammografiepraktijk werden ons meegedeeld tijdens verkennende gesprekken in de mammografie-eenheden uit het vooronderzoek.

⁷ Met de medewerking van Kathleen Colaes, Stefanie De Hauwere, Elke De Laet, Nadine Mariën, Inge Oyen, Iris Peskens en Annemie Ramaekers, licentiestudenten PSW.

fysische prikkeling van de zenuwuiteinden, maar heeft ook steeds psychologische, emotionele en intellectuele aspecten. Reading verwoordt dit als volgt (Reading, 1994, 227):

... it is necessary to embrace the twofold reality that pain is always real, never imagined, and that it always has both physiologic and psychosocial components.

Om pijn te onderzoeken, dient men dus rekening te houden met het feit dat het gaat over een subjectief gegeven – een ervaring van een bepaalde persoon – die de resultante is van een heterogene bundel interne en externe pijndeterminanten. In dit pijnonderzoek wordt uitgegaan van een zeer ruim en multidimensionaal pijnmodel (Figuur 2.1). Naast verschillende aspecten van de pijnervaring bij mammografie omvat het tevens een hele reeks potentiële pijnfactoren met betrekking tot de vrouw zelf, de onderzoeksprocedure en context en de uitvoerder van de mammografie. Voor de uitbouw van dit pijnmodel werd ten dele gebruik gemaakt van gegevens uit eerder uitgevoerde onderzoeken naar pijn bij mammografie (Koster, 1995; Nielsen et al., 1991; Pieterse et al., 1995; Rutter et al., 1992; Stomper et al., 1988). Over het algemeen beklemtonen deze auteurs vrij eenzijdig het belang van vrouwgebonden en onderzoekstechnische factoren. Met het oog op de relevantie voor de dagelijkse mammografiepraktijk, wil dit pijnonderzoek echter ook de invloed van de onderzoekscontext, de mammografieprocedure en de uitvoerder in kaart brengen. Bijgevolg werden de pijndeterminanten uit het pijnmodel aangevuld met een reeks context-, procedure- en vooral uitvoerdergebonden factoren.



Figuur 2.1: Pijnmodel met pijnervaring, potentiële pijnfactoren en gevolgen van de pijnervaring

2.2 Steekproef en enquête

De onderzoeksdata werden verzameld bij een representatief staal van vrouwen die een mammografie lieten uitvoeren in één van de drie mammografie-eenheden⁸. Deze steekproef werd willekeurig geselecteerd door tijdens de geplande dagen alle dames aan te spreken die zaten te wachten voor een mammografie. In totaal waren 247 van hen bereid om mee te doen aan het onderzoek (respons=92%). De bevraging van deze vrouwen gebeurde aan de hand van drie schriftelijke vragenlijsten. De eerste werd in de eenheid ingevuld vlak voor de mammografie zou uitgevoerd worden (T_1) en de tweede vlak nadien (T_2). De derde vragenlijst werd enkele weken na afloop van het onderzoek nagestuurd en werd thuis ingevuld (T_3).

Ook alle personen ($N=13$) die de mammografische onderzoeken bij deze dames uitvoerden⁹, werden betrokken bij de dataverzameling. Per dame uit de steekproef ($N=247$) vulde elke uitvoerder tijdens de mammografieprocedure een beknopte enquête in over de dame in kwestie en het verloop van de procedure bij deze vrouw (U_1). Na afloop van de bevraging in de eenheden beantwoordde elke uitvoerder thuis eenmalig een persoonlijke vragenlijst die peilde naar de eigen visie op mammografie en pijnbeleving (U_2).

⁸ Met name: een mobiele screeningseenheid ($N=51$) en de diensten radiologie van een universitair ($N=82$) en een niet-universitair ziekenhuis ($N=74$). Er werd geen privé-radiologiepraktijk opgenomen in de bevraging.

⁹ Verder 'de uitvoerders' genoemd.

3 Beknopte profielschets van de vrouw, de uitvoerder, de procedure en de onderzoekscontext

3.1 De vrouw

De vrouwgebonden factoren kunnen onderverdeeld worden in demografische, psycho-emotionele en biologische kenmerken. Op demografisch vlak blijkt dat de vrouwen uit onze steekproef 27 tot 78 jaar oud zijn, met een gemiddelde leeftijd van 54 jaar. De meeste vrouwen zijn tussen 45 en 69 jaar en bevinden zich op sociaal-economisch vlak in een traditionele gezinssituatie. De 'gemiddelde respondent' is een gehuwde vrouw met kinderen (83% en 82%) die geen betaalde arbeid uitoefent (69%), maar huisvrouw of gepensioneerde is (56% en 32%).

Op basis van de reden die wordt opgegeven voor het borstonderzoek kunnen de respondenten ingedeeld worden in vier subgroepen. De meeste vrouwen laten een mammografie uitvoeren als routinecontrole, omdat ze 50 jaar of ouder zijn (gewone screening = 51%) of, indien ze jonger zijn dan 50, omdat ze een verhoogd risico hebben op borstkanker (uitzonderlijke screening = 19%). Voor 17% van de vrouwen moet de mammografie duidelijkheid brengen omtrent een verdacht knobbeltje of een ander mogelijk symptoom van borstkanker (diagnostisch onderzoek). Voor de overige 13% maakt de mammografie deel uit van hun medische opvolging nadat men ooit met succes behandeld werd voor borstkanker.

In totaal werden 26 vrouwen zelf ooit behandeld voor borstkanker (13%) en bij exact een tiende kreeg één van de naaste vrouwelijke familieleden ooit te maken met borstkanker (10%). Door familiale factoren hebben deze dames dus een verhoogd risico om zelf ooit borstkanker te ontwikkelen. Wanneer aan alle respondenten wordt gevraagd hoe ze hun eigen risico op borstkanker inschatten, zegt bijna

de helft een gemiddeld risico te hebben (47%), een minderheid denkt een verhoogd risico te hebben (16%).

Bijna drie vierde van de vrouwen had al eens eerder een mammografie laten uitvoeren (74%) en de meeste van hen hebben tijdens het voorgaande onderzoek pijn ervaren (83%). Bijna twee derde van de vrouwen verwacht vlak voor de mammografie dan ook dat het onderzoek pijnlijk zal zijn (65%). Vlak voor de mammografie werden de dames ook gevraagd naar hun angst voor de uitvoering en de resultaten van het onderzoek. Aanzienlijk wat vrouwen bleken inderdaad angst te hebben voor het onderzoek zelf (43%), maar de meeste waren vooral bang voor het onderzoeksresultaat (72%)¹⁰. Toch gaven de meeste dames tijdens de uitvoering van de mammografie volgens de uitvoerders een ontspannen indruk (66%).

		Niet (score 0)	Matig (score 1-5)	$\bar{\chi}$ (score 1-10)
Algemeen	(N=204)	12 %	64 %	4,4
Mammografie	(N=244)	50 %	44 %	3,7

Tabel 3.1: Gevoeligheid van de borsten

Op biologisch vlak blijken de meeste vrouwen in of rond de menopauze te zitten (62% en 8%), net geen derde menstrueert nog regelmatig (30%). De gevoeligheid van de borsten werd van bij de aanvang van het onderzoek beschouwd als een belangrijke potentiële pijnfactor. Deze gevoeligheid is geen vast gegeven, maar varieert zowel van vrouw tot vrouw als per vrouw naar de periode in de

¹⁰ Beide soorten angst werden gemeten met een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 'helemaal geen angst' en 10 'heel veel angst' betekenen. Gezien de sterke samenhang van deze twee angstscores (Pearson's $r > 0,5$) werd verder gewerkt met één algemene angstindicator: het rekenkundig gemiddelde per respondent van beide angstscores.

menstruatiecyclus¹¹. De meeste vrouwen uit ons onderzoek hebben over het algemeen matig gevoelige borsten, maar op de dag van de mammografie zegt de meerderheid dat hun borsten die dag niet gevoelig zijn¹² (Tabel 3.1).

Wat betreft de grootte van de borsten hebben de meeste dames uit de steekproef cupmaat B, gevolgd door de dames met cup C en cup D (45%, 30% en 17%). Een minderheid heeft zeer kleine of zeer grote borsten (cup A of kleiner, cup DD of groter).

3.2 De uitvoerder

Het mammografisch onderzoek werd uitgevoerd door 12 vrouwen en 1 man. Hun leeftijd varieert tussen de 24 en 52 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 34 jaar. De meeste van hen zijn verpleegkundige (12), met een aanvullende specifieke opleiding voor mammografisch onderzoek (8). Hun professionele ervaring in het mammografisch onderzoek varieert sterk, met name van minder dan 1 jaar tot maar liefst 18 jaar. De meeste uitvoerders hebben meer dan één jaar ervaring (10) en 7 daarvan zitten al meer dan 3 jaar in het vak. Over het algemeen maken de uitvoerders een positieve indruk bij de dames die een mammografie laten uitvoeren: bijna iedereen is het er over eens dat de uitvoerder tijdens het onderzoek een vriendelijke, begripvolle en rustige indruk geeft en in het geheel niet ruw, afstandelijk of gehaast overkomt (87% tot 98%).

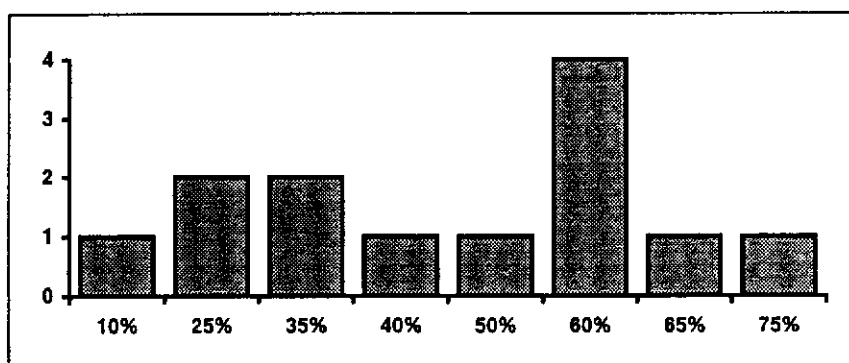
Reeds bij aanvang van dit onderzoek werd het potentieel belang van de algemene houding en persoonlijke opinie van de uitvoerder ten

¹¹ In het algemeen gaat men er van uit dat de borsten extra gevoelig zijn van 2 weken voor het begin van de maandstonden tot 3 dagen na het begin van de maandstonden.

¹² Zowel de algemene gevoeligheid van de borsten als de gevoeligheid op de dag van de mammografie werden gemeten met een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 'helemaal niet gevoelig' betekent en 10 'heel erg gevoelig'.

aanzien van mammografie en pijn vooropgesteld. Aan de hand van enkele uitspraken wordt de mening van de uitvoerders omtrent pijn bij mammografie in kaart gebracht. Hieruit blijkt dat de meeste uitvoerders het nemen van borstfoto's niet per definitie een pijnlijke zaak voor de vrouw vinden, maar vertellen de vrouw wel steeds dat het pijnlijk kan zijn (11 en 10). De meerderheid vindt dat de dame tijdens de mammografie moet kunnen zeggen dat ze pijn voelt (12), maar toch zullen niet alle uitvoerders de compressie stopzetten wanneer de vrouw aangeeft dat het voor haar te pijnlijk is (8). De meeste uitvoerders zijn er ook van overtuigd dat vrouwen over het algemeen niet te flauw zijn om de noodzakelijke hoeveelheid compressie te kunnen verdragen (12).

Alle uitvoerders zijn zich bewust van het feit dat mammografie voor veel vrouwen een pijnlijk onderzoek is. Dit blijkt uit het feit dat men het percentage vrouwen dat pijn ervaart tijdens het mammografisch onderzoek tussen 10% en 75% schat. Het meest genoemde pijnpercentage is 60% (Figuur 3.1).



Figuur 3.1: Pijn% volgens uitvoerders (N=13)

De uitvoerders hebben ook een duidelijke mening omtrent de oorzaken van het pijngevoel bij mammografie. Wanneer de vrouw pijn voelt tijdens de mammografie is dat volgens hen vooral te wijten aan psycho-emotionele en fysische kenmerken van de vrouw, zoals haar gespannenheid, het moment in de menstruatiecyclus en de hoeveelheid klierweefsel in haar borsten (11, 8 en 7). Ook de

gebruikte compressie wordt genoemd als belangrijke pijnfactor (10). Een minderheid van de uitvoerders vindt de positionering van de borsten en de manier waarop het onderzoek wordt uitgevoerd van invloed voor de pijnbeleving van de dame (4 en 4). Opvallend is dat niemand van hen belang hecht aan uitvoerdergebonden factoren, zoals professionele ervaring.

De meeste uitvoerders verklaren pijn bij mammografie dus vanuit factoren waaraan men op het moment van de mammografie weinig of niets meer kan veranderen. Blijkbaar staan de uitvoerders dan ook niet stil bij de invloed die men zelf zou kunnen hebben op de pijnervaring van de vrouw.

3.3 De procedure

Het totaal aantal genomen borstfoto's per dame varieerde van 1 tot en met 10. In de meeste gevallen werden er 4 of 6 foto's gemaakt, dus 2 of 3 per borst (43% en 38%). Tijdens het vooronderzoek in de eenheden werd een compressie van 12¹³ opgegeven als meest gebruikte druk bij mammografie. In de praktijk blijkt dit cijfer te variëren tussen 4 en 19. Gemiddeld komt de compressie per dame meestal neer op een waarde tussen 11 en 12 (Tabel 3.2).

N=241	$4 \leq x < 11$	$11 \leq x \leq 12$	$12 < x \leq 19$
Gemiddelde druk	24 %	42 %	34 %

Tabel 3.2: Gemiddelde druk per dame (eerste 6 foto's)

¹³ De geregistreerde compressiecijfers zijn de eenheden die weergegeven worden door de mammograaf. Testen met een weegschaal wezen uit dat een compressie van 12 in alle eenheden overeenstemt met 12 kilogram.

Om een realistisch beeld te krijgen van de informatie en communicatie tussen uitvoerder en vrouw tijdens de mammografieprocedure werd de uitvoerder ten eerste naar zijn of haar mening in het algemeen gevraagd. Ten tweede diende men per onderzoek in te vullen of men bepaalde zaken daadwerkelijk tegen de dame had gezegd of niet. Dezelfde vragen over het concrete verloop van de communicatie werden ten derde ook gesteld aan elke dame.

Bijna alle uitvoerders vinden dat de vrouw steeds op voorhand moet ingelicht worden over het verloop van de procedure en passen dit principe over het algemeen ook toe (93%). De meeste dames zeggen hier inderdaad over geïnformeerd (78%) te zijn, maar in een derde van de gevallen gebeurde dit niet vóór maar tijdens de uitvoering van de mammografie. Alle medewerkers vinden ook dat de vrouw steeds moet worden geïnformeerd over het belang van de kwaliteit van de borstfoto's en de daarbij horende minimale compressie en positionering van de borst. Volgens de uitvoerders werden de meeste dames hier ook feitelijk over geïnformeerd (82%), maar slechts de helft van de vrouwen (54%) bevestigen dit.

Onderzoek heeft uitgewezen dat de dame meer compressie kan verdragen wanneer ze zelf controle heeft over de hoeveelheid uitgeoefende compressie tijdens de mammografie (Kornguth, Rimer, Conaway, & e.a., 1993). Voor een goed verloop is het bijgevolg van belang dat de dame vóór de mammografie verteld wordt dat ze tijdens het onderzoek stop kan zeggen wanneer het te pijnlijk zou worden. De uitvoerders zeggen de meeste dames hierover te hebben ingelicht (90%) en dit wordt door de meeste dames ook beaamd (74%). De meeste uitvoerders zijn van mening dat het wel uitmaakt voor de vrouw of men tijdens de mammografie een babbeltje met haar doet of niet. Naar eigen zeggen blijkt men daar slechts in amper een vierde van de gevallen toe te komen (24%). Anderzijds zeggen bijna dubbel

zoveel dames dat de uitvoerder wel een praatje met haar gemaakt heeft (45%).

Uit deze cijfers blijkt een discrepantie tussen de mening van uitvoerders en vrouwen omtrent de informatie die al dan niet zou verstrekt zijn bij de mammografie. Bij minstens een tiende van de onderzoeken is de informatie van de uitvoerder blijkbaar niet doorgedrongen bij de vrouw of komen de antwoorden van de uitvoerder niet overeen met de feitelijke situatie. Anderzijds vindt de dame sneller dat er een babbeltje gemaakt is dan de uitvoerder. Blijkbaar vergt een praatje minder moeite dan men denkt.

3.4 De onderzoekscontext

In alle eenheden wordt aan de vrouwen de gelegenheid geboden op een vrij comfortabele wijze te wachten voor de mammografie wordt uitgevoerd. Wanneer de vrouwen naar hun mening gevraagd worden over de wachtruimte, blijken de meeste deze ruimte niet gezellig, maar wel rustgevend te vinden (77% en 51%). Qua temperatuur is het er voor de meeste dames niet te koud en niet te warm (89% en 76%). Wat de wachttijd betreft, blijkt dat de meeste vrouwen niet langer dan 5 minuten moeten wachten voordat men het kleedhokje voor de mammografie mag binnengaan (42%). Bijna een derde is binnen een kwartier aan de beurt (29%). Anderzijds werd het geduld van de overige dames minstens een half uur tot meer dan drie kwartier op de proef gesteld (29%).

Net als voor de wachtruimte bleek ook de onderzoeksruimte niet gezellig, maar wel rustgevend over te komen (68% en 71%) en een behaaglijke temperatuur te hebben: niet te koud of te warm (95% en 88%).

4 Beschrijving van de pijnbeleving bij mammografie

De pijnervaring van de vrouw werd op verschillende tijdstippen gemeten met behulp van enkele pijnschalen: een cijferreeks van 0 tot en met 10, de score 0 'helemaal geen pijn' betekent en het cijfer 10 'heel erge pijn'. De scores 1 tot en met 10 geven dus een indicatie van de intensiteit van de pijn die men ervaren heeft. Wanneer ingezoomd wordt op het pijnrisico van de vrouw worden deze resultaten gedichotomiseerd: de 0-scores worden omgezet in 'geen pijn' en de pijnscores 1 tot en met 10 worden vertaald naar 'wel pijn'.

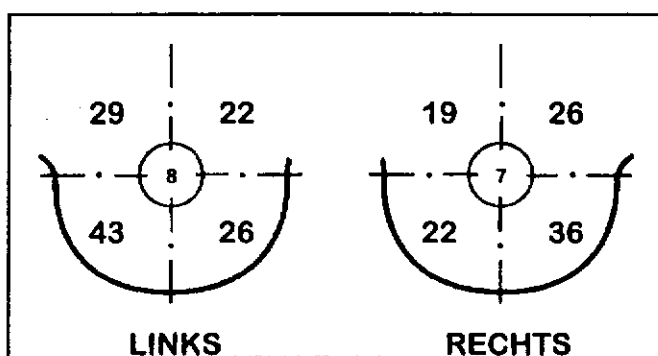
Vlak na de mammografie gaven niet minder dan 73% van de dames te kennen dat ze tijdens de mammografie pijn hadden ervaren aan de borsten. Dit pijnpercentage ligt aanzienlijk hoger dan in andere pijnonderzoeken (Koster, 1995; Nielsen et al., 1991; Pieterse et al., 1995; Rutter et al., 1992; Stomper et al., 1988)¹⁴. De meerderheid van de dames ervaart dus pijn tijdens de uitvoering van de mammografie. Met 3 vrouwen op 4 die pijn signaleren kan men stellen dat pijn bij mammografie eerder regel is dan uitzondering!

Met een gelijkaardige schaal als de pijnschaal werd net vóór de mammografie gepeild naar de pijnverwachting van de vrouwen. De meerderheid van de vrouwen blijkt wel pijn verwachten, met een gemiddelde intensiteit van 4,37 (65%). De meeste van hen baseren zich hiervoor op hun ervaring bij een voorgaand mammografisch

¹⁴ Door het verschil in uitwerking van de verschillende pijnonderzoeken zijn hun resultaten niet perfect vergelijkbaar. Naast het gebruik van verschillende meetinstrumenten voor de pijnervaring, beperken de voorgaande onderzoeken zich tot vrouwen die een screeningmammografie laten uitvoeren. Ons pijnonderzoek omvat ook vrouwen die een diagnostische of opvolgingsmammografie laten uitvoeren. Dit verklaart tevens het relatief hoge pijnpercentage: onze analyse wees uit dat vrouwen uit deze twee laatste subgroepen meer kans hebben op angst en pijnverwachting, en dus ook op pijn, dan bij screening.

onderzoek¹⁵. Wanneer het feitelijke pijnpercentage vergeleken wordt met de pijnverwachting blijkt dat heel wat vrouwen hun kans op pijn bij mammografie onderschatten: bijna een vijfde van alle respondenten verwacht zich op voorhand niet aan pijn, maar krijgt er tijdens de mammografie wel mee te maken (18%)¹⁶. Deze vrouwen zijn echter niet de enigen: met een geschat pijnpercentage dat over het algemeen tussen 50% en 60% ligt, blijken ook de uitvoerders het aandeel vrouwen dat pijn ervaart bij mammografie te onderschatten.

Gemiddeld genomen is de pijn tijdens de mammografie eerder matig van intensiteit (4,16). Het pijngevoel kan volgens de dames het best omschreven worden als 'drukkend', 'knellend' of 'gevoelig'. Wanneer men pijn signaleert ten gevolge van de mammografie wordt deze meestal gelokaliseerd in de borsten (48%): vooral in de buitenste



Figuur 4.1: Pijn in borsten (N=77)

kwadranten en meer specifiek in het kwadrant 'onder-buiten' (zie Figuur 4.1). Een minderheid van de dames met positieve pijnscore verklaart (ook) pijn te voelen in de omgeving van de

borsten (11%), met name aan de zijkant van de romp, de oksel, het borstbeen of de plek tussen hals en borsten.

Pijnbeleving bij mammografie is niet noodzakelijk beperkt tot het moment waarop de mammografie wordt uitgevoerd. Om na te gaan hoelang de eventuele pijn blijft duren, dienden de dames ook de

¹⁵ De gemiddelde pijnintensiteit bij een vorige mammografie bedroeg 4,59.

¹⁶ De meeste vrouwen schatten hun pijnrisico wel juist in (71%). Een minderheid (11%) verwacht wel pijn, maar krijgt er toch niet mee te maken.

resterende pijn voor verschillende tijdstippen¹⁷ weer te geven op een pijnschaal (zie Tabel 4.1).

	In eenheid (N=233)		Thuis ingevuld (N=207)			
	Tijdens	Vlak na	Tijdens	Na 1 uur	Na 1 dag	> 1 dag
Pijn%	73 %	32 %	78 %	38 %	27 %	16 %
Intensiteit	4,16	2,63	4,41	3,34	3,08	3,55

Tabel 4.1: Evolutie van het pijngevoel (kolompercentages)

Deze gegevens maken duidelijk dat minder dan de helft van de dames die pijn signaleren tijdens het onderzoek enkele minuten nadien nog pijn voelen. Ook langer nadien blijft het pijnpercentage verder dalen. De gemiddelde pijnintensiteit vermindert sterk vlak na de mammografie, maar blijft op langere termijn vrijwel ongewijzigd. De pijnbeleving ten gevolge van mammografie is voor de meeste vrouwen dus eerder van korte duur. Toch voelt een aanzienlijke groep vrouwen meer dan één dag na het onderzoek nog steeds pijn. Het resterende pijngevoel is voor hen bovendien gemiddeld even sterk als één uur na de mammografie.

Een vergelijking van de gerapporteerde pijnervaring tijdens de mammografie, de eerste keer ingevuld vlak na het onderzoek en de tweede keer ongeveer een week nadien thuis, leert dat zowel het algemeen gerapporteerde pijnpercentage als de gemiddelde pijnintensiteit toenemen naarmate het ervaringsmoment langer geleden is. Meer dan een derde van de dames vult thuis een hogere pijnscore in dan vlak na het onderzoek (39%). Anderzijds geeft bijna

¹⁷ In de eenheid werd de dame gevraagd naar de pijn tijdens de mammografie en de pijn die ze vlak nadien nog voelde. Thuis diende men nogmaals de pijn tijdens de mammografie weer te geven, maar ook de pijn die men nog voelde na één uur, na één dag en na meer dan één dag.

een vierde thuis een lagere pijnscore op dan in de eenheid (23%). De meeste dames herinneren zich de pijn na ongeveer een week dus anders dan ze gerapporteerd hebben vlak na de mammografie (62%). Wanneer de pijnherinnering van de vrouw vertekend is, onthoudt ze over het algemeen meer pijn dan men effectief ervaren heeft.

5 Verklaring van het pijnrisico bij mammografie

Naast de exploratie van de pijnbeleving bij mammografie, wil dit onderzoek ook achterhalen waarom sommige vrouwen wel pijn ervaren en andere vrouwen niet¹⁸. Als aanzet tot het verklaren van het pijnrisico bij mammografie worden alle potentiële pijnfactoren afzonderlijk getest op hun significante samenhang met het pijnrisico van de dames¹⁹. Vervolgens worden alle significante pijnfactoren samen getest op hun waarde in een verklarend model.

5.1 Significante pijnfactoren

Wanneer de verschillende factoren met betrekking tot de vrouw in relatie gebracht worden met haar pijnrisico blijkt geen enkele demografische factor significant te zijn. Van al de biologische factoren wordt enkel de gevoeligheid van de borsten, zowel in het algemeen als op de dag van de mammografie, weerhouden²⁰. Wanneer de dame wel gevoelige borsten heeft, blijkt haar pijnrisico significant groter dan wanneer ze geen gevoelige borsten heeft.

¹⁸ De kans van een vrouw om wel of geen pijn te ervaren tijdens de mammografie zal verder 'het pijnrisico' of 'de pijnkans' worden genoemd.

¹⁹ De significantie werd steeds getoetst met χ^2 , waarbij een minimum betrouwbaarheid van 95% of $p < 0,05$ werd vooropgesteld.

²⁰ Significantie verschil in pijnpercentage, naar algemene gevoeligheid borsten $p=0,001$, naar gevoeligheid borsten op mammografiedag: $p=0,014$.

Veruit de meeste significante pijnfactoren vinden we bij de psychologische kenmerken van de vrouw. Zo neemt het pijnrisico van de dame significant toe wanneer zij angst heeft voor de mammografie (Tabel 5.1) of wanneer zij reeds vóór het onderzoek pijn verwacht²¹.

Geen angst		Wel angst	
59%	(N=81)	80%	(N=157)

Tabel 5.1: Pijn% naar angst voor mammografie (p=0,001)

Ook wanneer de vrouw bij het vorige borstonderzoek pijn ervoer (zie Tabel 5.2) of wanneer zij tijdens de procedure gespannen overkomt²² heeft de vrouw significant meer kans op pijn tijdens het onderzoek.

Vorige keer geen pijn		Vorige keer wel pijn	
38%	(N=21)	83%	(N=95)

Tabel 5.2: Pijn% naar vorige pijnervaring (p=0,001)

Ook blijken er een aantal procedure- en contextgebonden factoren significant voor het pijnrisico van de vrouw. Zo heeft de dame significant minder kans op pijn tijdens de mammografie wanneer ze de onderzoeksruimte rustig of gezellig vindt²³. De temperatuur van de omgeving speelt echter geen rol. Met betrekking tot de mammografieprocedure valt op dat technische elementen zoals de gebruikte compressie of het totaal aantal genomen borstfoto's niet weerhouden kunnen worden als significante pijnfactor. Dit in tegenstelling tot enkele informatie- en communicatiefactoren. Wanneer de uitvoerder op voorhand zegt aan de dame dat zij stop kan

²¹ Het verschil in pijnpercentage is 99,9% zeker significant (p=0,001)

²² Het verschil in pijnpercentage is telkens significant met p=0,001

²³ beide aspecten geven een percentageverschil dat significant is met p=0,01

zeggen wanneer de mammografie te pijnlijk wordt, heeft ze significant minder kans op pijn dan wanneer ze daar niet van op de hoogte is (zie Tabel 5.3). Ook wanneer de uitvoerder tijdens de procedure een praatje maakt met de vrouw daalt haar pijnrisico significant²⁴.

Wel gezegd stop zeggen kan		Niet gezegd stop zeggen kan	
68%	(N=145)	88%	(N=51)

Tabel 5.3: Pijn% naar info stop zeggen kan (p=0,005)

Van de factoren met betrekking tot de uitvoerder bleken er twee significant voor het pijnrisico van de vrouw, met name het aantal jaren professionele ervaring en de houding van de uitvoerder ten opzichte van mammografie en pijnbeleving²⁵.

< 1 jaar	1 tot 3 jaar	> 3 jaar
74% (N=46)	61% (N=71)	79% (N=121)

Tabel 5.4: Pijn% naar ervaring uitvoerder in jaren (p=0,018)

Tabel 5.4. toont een niet-rechtlijnig verband tussen het pijnpercentage en het aantal jaren ervaring van de uitvoerder. Blijkbaar hebben vrouwen de kleinste kans op pijn wanneer de mammografie wordt

²⁴ het pijnpercentage is significant verschillend met p=0,013

²⁵ Voor deze analyse worden kenmerken van uitvoerders in verband gebracht met de pijnervaring van vrouwen. Zo wordt er echter voorbijgegaan aan het niveauverschil tussen beide soorten data. Slechts 13 uitvoerders hebben immers onderzoeken uitgevoerd bij 247 vrouwen. Hierbij loopt men het risico dat de significante verbanden een overschatting zijn van de mogelijke samenhang in realiteit. De 'Multilevel' analyse zou een meer adequate oplossing bieden, maar gaat de grenzen van dit onderzoek te buiten.

uitgevoerd door een iemand die 1 tot 3 jaar in het vak zit. Ook de globale pijnopinie²⁶ van de uitvoerder blijkt een significante rol te spelen voor het pijnrisico van de vrouw. Het pijnrisico van de vrouw is met name hoger bij een uitvoerder die meerdere keren (2 of meer) in pijnbevorderende zin geantwoord heeft op de uitspraken van de pijnopinie-index²⁷. Beknopt gesteld komt het er op neer dat de vrouw het minste risico op pijn heeft wanneer de uitvoerder van mening is dat mammografie in wezen wel een pijnlijk onderzoek is, maar dat men als uitvoerder de pijnbeleving van de vrouw wel kan trachten te beïnvloeden.

Vrouw	Procedure & Context	Uitvoerder
Heeft gevoelige borsten in het algemeen / op mammografiedag	Vrouw vindt sfeer onderzoeksruimte niet gezellig /rustig	Heeft nog geen jaar / meer dan 3 jaar professionele ervaring
Heeft angst	Uitvoerder zegt vrouw niet dat ze stop kan zeggen bij te veel pijn	Globale pijnopinie: heeft geen alerte en actieve houding
Verwacht pijn		
Voelde vorige keer ook pijn bij mammografie	Uitvoerder maakt geen praatje met vrouw	
Komt gespannen over		

Tabel 5.5: Overzicht significante pijnfactoren

²⁶ Vier verschillende opinie-uitspraken die peilen naar de houding van de uitvoerder ten opzichte van mammografie en pijn bleken onderling zeer sterk samen te hangen (Crombach's Alpha=0,84) en werden gebundeld in een zogenaamde pijnopinie-index. Deze telt het aantal malen dat de uitvoerder een 'pijnbevorderend' antwoord geeft.

²⁷ Het pijnrisico van de vrouw blijkt met name groter wanneer de uitvoerder vindt dat 1) mammografie niet per definitie pijnlijk is, 2) een praatje niets uitmaakt, 3) de vrouw altijd moet gezegd worden dat het pijn kan doen en 4) de vrouw over het algemeen te flauw is om genoeg druk te verdragen.

5.2 Verklarend model

De bovenstaande analyse testte de samenhang van afzonderlijke factoren met het pijnrisico van de vrouw. De pijnervaring is in de praktijk veeleer de resultante van een samenspel van factoren. Daarom is het noodzakelijk om ook de gezamenlijke invloed van alle pijnfactoren op het pijnrisico van de vrouw te bekijken.

Response Profile				
Ordered Value	WELPIJN	Count		
1	1	173		
2	0	65		

Backward Elimination Procedure			
...			
Model Fitting Information and Testing Global Null Hypothesis BETA=0			
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates	Chi-Square for Covariates
AIC	281.092	235.817	.
SC	284.564	256.651	.
-2 LOG L Score	279.092	223.817	55.274 with 5 DF (p=0.0001) 50.843 with 5 DF (p=0.0001)

Residual Chi-Square = 8.3515 with 11 DF (p=0.6815)

...

Deviance and Pearson Goodness-of-Fit Statistics				
Criterion	DF	Value	Value/DF	Pr > Chi-Square
Deviance	200	194.4	0.9718	0.5991
Pearson	200	201.0	1.0048	0.4678

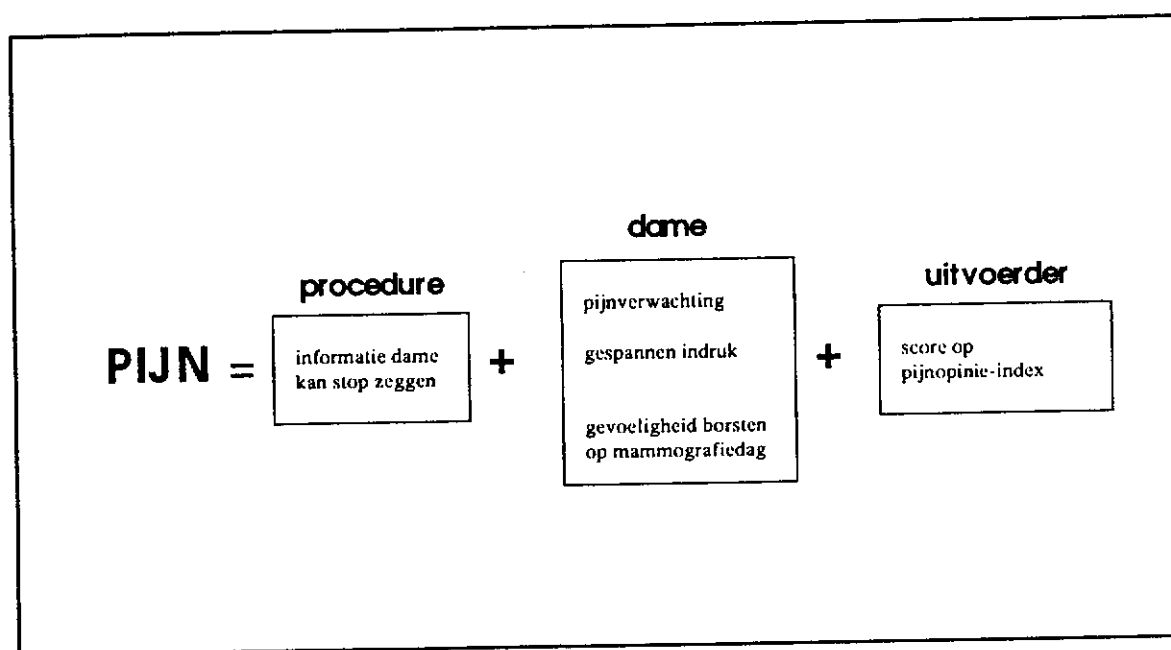
Number of unique profiles: 206

Analysis of Maximum Likelihood Estimates							
Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > Chi-Square	Standardized Estimate	Odds Ratio
INTERCPT	1	-1.2535	0.3929	10.1811	0.0014	.	.
GEVDAG	1	0.8806	0.3607	5.9584	0.0146	0.243257	2.412
VERWPIJN	1	1.1838	0.3505	11.4061	0.0007	0.309893	3.267
GESPAN	1	1.0403	0.4067	6.5412	0.0105	0.268880	2.830
OPINIE	1	0.9641	0.3626	7.0704	0.0078	0.235007	2.623
V161DUM	1	1.2769	0.5049	6.3970	0.0114	0.289471	3.585

Figuur 5.1: Output logistische regressie, verklaring pijnrisico

Aan de hand van logistische regressie werd een significant model weerhouden dat vijf pijnfactoren omvat die samen de beste voorspelling geven van het pijnrisico van de vrouw (Figuur 5.1). Een

aantal eerder geselecteerde pijnfactoren verdwijnt hierbij naar de achtergrond. Dit model verklaart de pijnkans bij mammografie door een samenspel van (1) de pijnverwachting van de dame, (2) de gevoeligheid van haar borsten die dag, (3) de gespannen indruk die zij geeft, (4) het feit of men haar gezegd heeft dat ze tijdens de procedure stop kan zeggen en (5) de globale houding van de uitvoerder ten aanzien van pijn bij mammografie. Figuur 5.2. geeft dit model schematisch weer.



Figuur 5.2: Verklarend model pijnrisico bij mammografie

Bij logistische regressie krijgt elke significante factor uit het model ook een cijfer (de odds ratio) dat de kans weergeeft op het te verklaren fenomeen (pijn), gegeven dat de verklarende factor zich wel voordoet. Uit deze waarden kunnen we afleiden dat de sterkste verklarende invloed voor het pijnrisico uitgaat van de uitvoerder- en proceduregebonden factoren. Het pijnrisico van de vrouw is met name 4X hoger wanneer de vrouw niet wordt geïnformeerd over de mogelijkheid om stop te zeggen tijdens de mammografie, dan wanneer deze informatie wel wordt verstrekt. Wanneer de uitvoerder in sterke mate beantwoordt aan het eerder geschetste 'pijnbevorderend

profiel²⁸ heeft de dame 3X meer kans op pijn dan wanneer dit niet het geval is. De pijnkans van de vrouw is tevens 3X hoger indien zij zelf wel pijn verwacht bij de mammografie, dan wanneer zij geen pijn verwacht. Ook indien zij tijdens het onderzoek een gespannen indruk geeft, heeft zij 3X meer kans op pijn dan wanneer zij ontspannen overkomt. Wanneer de borsten van de dame op de dag van het onderzoek wel gevoelig zijn, is haar pijnkans dubbel zo groot (2X) als wanneer haar borsten niet gevoelig zijn.

Om de pijnkans van de vrouw te minimaliseren, dient men er dus in de eerste plaats op te letten dat zij goed geïnformeerd wordt over haar mogelijkheid om stop te zeggen. Daarnaast zal ook een alerte en actieve houding van de uitvoerder ten aanzien van pijn bij mammografie helpen om het pijnrisico te reduceren.

5.2.1 Profielschets 'risicovrouw'

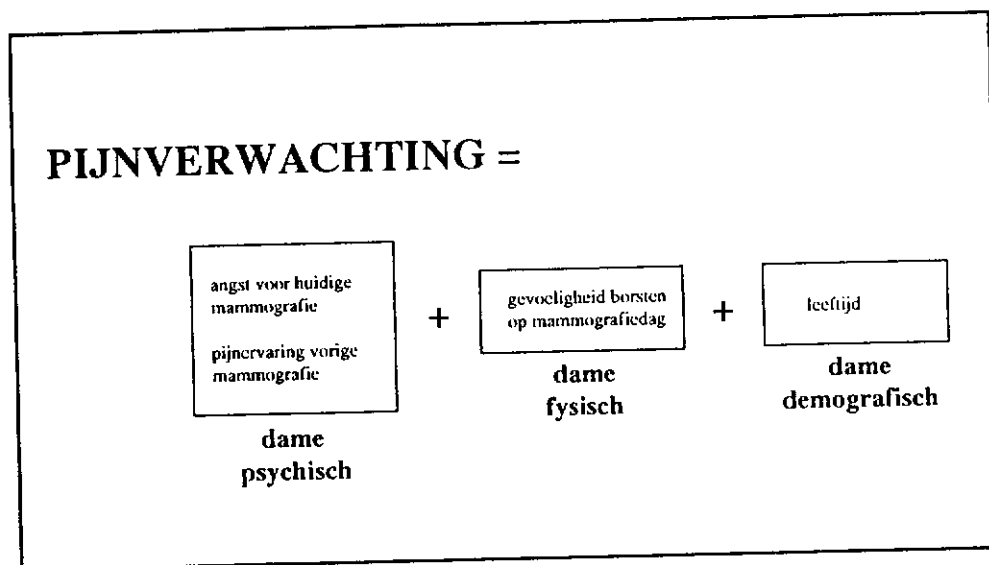
We weten inmiddels dat ook de pijnverwachting van de vrouw een sterk verklarende waarde heeft voor haar pijnkans. Met behulp van logistische regressie kan deze pijnverwachting verder uitgesplitst worden naar een aantal achterliggende factoren. Zo krijgen we een beeld van het type vrouw dat relatief meer kans heeft om pijn te verwachten bij de mammografie en dus ook meer kans heeft op pijn.

De pijnverwachting van de vrouw wordt het best²⁹ voorspeld door een samenspel van (1) haar angst voor de mammografie, (2) haar pijnervaring bij een vorige mammografie, (3) de gevoeligheid van haar borsten op de mammografiedag en (4) haar leeftijd. De odds ratio's leren dat de sterkste invloed uitgaat van de angst en de eerdere

²⁸ De uitvoerder is van mening dat mammografie niet per definitie een pijnlijke zaak is voor de dame en vindt bovendien dat de uitvoerder geen invloed heeft op de pijnbeleving van de vrouw.

²⁹ Deviance=0,10 ; -2LOGL=65,930 (p=0,0001)

pijnervaring. Haar kans om wel pijn te verwachten is met name 4X groter wanneer ze wel angstig is of wanneer ze bij een vorig mammografisch onderzoek pijn ervoer dan wanneer dat niet het geval is. Bovendien is er 3X meer kans dat de vrouw pijn verwacht wanneer haar borsten op de dag van het onderzoek gevoelig zijn of wanneer ze jonger is dan 50 jaar.



Figuur 5.3: Verklarend model pijnverwachting

Angst en pijnverwachting zijn twee aspecten van de manier waarop men naar een mammografisch onderzoek toeleeft. Het verwondert dan ook niet dat beide zeer sterk gecorreleerd zijn³⁰. Omgekeerd wordt de angst van de vrouw voor mammografie het best³¹ voorspeld door (1) de verwachting van pijn³², (2) de gevoeligheid van haar borsten en de reden van de mammografie. Een vrouw heeft maar liefst 7X meer kans op angst wanneer men op de mammografiedag gevoelige borsten heeft. Wanneer de mammografie een opvolgings- of diagnostisch onderzoek is, heeft de vrouw eveneens meer (respectievelijk 6X en 3X) kans om angstig te zijn, dan bij een screeningsonderzoek.

³⁰ Pearson's $r=0,5$

³¹ Deviance=0,73 ; -2LOGL=86,594 ($p=0,0001$)

³² 4X meer kans op angst wanneer men wel pijn verwacht

Dames die bij een vorig onderzoek pijn hebben ervaren, die jonger zijn dan 50 jaar, die gevoelige borsten hebben op de mammografiedag of voor wie de mammografie een diagnostisch of opvolgingsonderzoek is, hebben dus meer kans om angstig te zijn voor de mammografie en / of om pijn te verwachten, en lopen dus een groter risico op pijn dan andere vrouwen.

5.2.2 Profielschets 'risico-uitvoerder'

Ook het informatie- en communicatiegedrag van de uitvoerder kan verder uitgesplitst worden naar achterliggende factoren. Het al dan niet informeren van de dame over haar mogelijkheid om stop te zeggen wordt het best³³ voorspeld door de neiging van de uitvoerder om een praatje te maken met de vrouw tijdens de mammografie en door het aantal jaren professionele ervaring van de uitvoerder. De kans dat de dame niet geïnformeerd wordt over het stop- zeggen, ligt maar liefst 5X hoger wanneer ze te maken heeft met een uitvoerder die ook niet geneigd is om een praatje met haar te maken. Omgekeerd kan de 'babbelneiging' van de uitvoerder ook verklaard worden vanuit zijn of haar informatiegedrag³⁴. De verschillende informatie en communicatie elementen blijken trouwens onderling sterk samen te hangen³⁵. Dit doet vermoeden dat men als uitvoerder op dit punt in het algemeen goed presteert of juist niet goed.

Het informatiegedrag van de uitvoerder kan tevens verklaard worden door het aantal jaren professionele ervaring. In ons onderzoek heeft een uitvoerder die reeds meer dan 3 jaar in het vak zit dubbel zo veel kans om de dame niet op de hoogte te brengen van haar stop-zeg

³³ Deviance=0,73 ; -2LOGL=25,669 (p=0,0001)

³⁴ Iemand die niets zegt over de stop-zeg-mogelijkheid zal waarschijnlijk (3X meer kans) ook geen babbeltje slaan.

³⁵ Met name: uitleggen procedure en belang van kwaliteitsfoto's, informeren over stop-zeggen, vragen stellen, praatje maken → Pearsons $r > 0,2$

mogelijkheid, dan iemand met minder ervaring. Anderzijds zijn uitvoerders met minder dan 1 jaar ervaring minder geneigd (2X) om een praatje te maken dan uitvoerders met meer ervaring.

Het informatie- en communicatiepeil bereikt in dit pijnonderzoek dus blijkbaar een optimum bij een uitvoerder met minimum 1 en maximum 3 jaar ervaring. Met minder dan een jaar ervaring is men waarschijnlijk niet zelfzeker genoeg voor een ontspannen babbel, terwijl na 3 jaar het informatiegedrag afzwakt. Vrouwen zouden dus ook het minste risico op pijn hebben wanneer de mammografie wordt uitgevoerd door een uitvoerder die 1 tot 3 jaar in het vak zit.

6 Optimale zorg bij mammografie

Dit pijnonderzoek wijst uit dat pijn bij mammografie eerder regel dan uitzondering is: maar liefst 3 op 4 vrouwen ervaren pijn tijdens het onderzoek. De manier waarop een vrouw het onderzoek beleeft, evalueert en niet te vergeten ook doorvertelt aan anderen wordt mede bepaald door haar pijnervaring tijdens de mammografie³⁶. Bovendien blijkt de mammografie-ervaring in zijn geheel bepalend te zijn voor het opkomstgedrag van de vrouw bij voor een volgende mammografisch onderzoek (Scaf-Klomp, 1997). Het minimaliseren van de pijnkans is dus niet alleen van wezenlijk belang voor de optimalisatie van de zorg bij het mammografisch onderzoek, maar ook voor de secundaire preventie van borstkanker in het algemeen. Hoewel pijn bij mammografie waarschijnlijk nooit helemaal zal kunnen vermeden worden, zijn er toch een aantal factoren waar men bij de uitvoering van het onderzoek kan op letten om de pijnkans van de vrouw te reduceren. In het algemeen wijzen deze bevindingen er op

³⁶ Onze onderzoeksresultaten bevestigen dat vrouwen die bij de mammografie wel pijn hebben ervaren het onderzoek na afloop minder gunstig evalueren dan vrouwen die geen pijn hebben ervaren.

dat de uitvoerder een al te routineuze manier van handelen moet zien te vermijden en oog met blijven hebben voor de kwaliteit en menselijkheid van de relatie met de vrouw die de mammografie laat uitvoeren.

Het belang van juiste informatie en een vlotte communicatie werd reeds duidelijk aangehaald. In de eerste plaats is het essentieel dat men de dame voor het eigenlijke borstonderzoek er van op de hoogte brengt dat zij stop kan zeggen indien de mammografie te pijnlijk zou worden. Ten tweede kan men best de spanning breken en de vrouw trachten af te leiden met een vlotte babbel. Daarnaast dient men ook voldoende aandacht te besteden aan het correct en volledig informeren van de dame over het verloop van de procedure en de vereiste fotokwaliteit en voorziet men best ruimte voor eventuele vragen. De pijnanalyse wees tevens op het sterk voorspellend karakter van de algemene houding van de uitvoerder ten aanzien van mammografie en pijn. Concreet blijkt een alerte houding die getuigt van een actieve instelling de pijnkans van de dame met twee derde te reduceren. Van primordiaal belang is hierbij dat men er van uit dient te gaan dat mammografie in wezen altijd pijnlijk is voor de vrouw. Als uitvoerder dient men ten tweede ook overtuigd te zijn van de eigen inbreng in het verloop van de procedure en de pijnbeleving van de vrouw. Zonder over te hellen naar onzekerheid, routine of nonchalance dient men een evenwicht trachten te vinden tussen constante alertheid en een gezonde dosis zelfvertrouwen en vakmanschap.

De mammografie wordt uitgevoerd bij een vrouw die zich op een bepaald moment en met een bepaalde demografische, biologische en psycho-emotionele status aandient voor het borstonderzoek. Men krijgt dan te maken met een heleboel zaken die wel van invloed blijken te zijn op het pijnrisico van de vrouw, maar waar men tijdens de mammografieprocedure bijna niets meer aan kan veranderen. Het is dan ook van belang dat men als medewerker hier zo goed mogelijk op

anticipeert. Zo kan men bij de planning van het onderzoek reeds rekening houden met de cyclische gevoeligheid van de dame haar borsten op de dag van de mammografie. Indien mogelijk dient men de afspraak voor de mammografie zo te regelen dat het onderzoek niet in de extra gevoelige periode van de menstruatiecyclus valt. Daarnaast dient men op de onderzoeksdag na te gaan of er in de persoonlijke situatie van de vrouw misschien factoren zijn die haar kans op pijn negatief kunnen beïnvloeden. Indien de vrouw in mindere of meerdere mate beantwoordt aan het eerder geschetste profiel van de 'risicodame'³⁷ dient de uitvoerder hiervan op de hoogte te zijn en rekening mee te houden. Men kan bijvoorbeeld vóór de mammografie extra aandacht besteden aan het informeren van deze vrouw over de mammografieprocedure en haar zo goed mogelijk trachten gerust te stellen. Tijdens de mammografie kan men bijzondere aandacht besteden aan de manier van uitvoeren en de vrouw trachten af te leiden met een kort gesprekje.

³⁷ Risicodame = jonger zijn dan 50 jaar en / of pijn ervaren bij een vorige mammografie en / of gevoelige borsten op mammografiedag en / of mammografie wordt uitgevoerd om wille van opvolging na borstkanker of diagnostische onderzoek.

Bibliografie

- BENDELOW, G.A., WILLIAMS, S.J., (1995) 'Transcending the dualism: towards a sociology of pain.', in *Sociology of Health and Illness*, 17 (2): 139-165.
- GEMEENSCHAP, M.V.D.V., (1996) *VRIND. Vlaamse Regionale Indicatoren*. Brussel.: Administratie Planning en Statistiek. Departement Algemene Zaken en Financiën. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap; 315.
- HAKAMA, M., PUKKALA, E., HEIKKILÄ, M., KALLIO, M., (1997) 'Effectiveness of the public health policy for breast cancer screening in Finland: population based cohort study.', in *British Medical Journal*, 314 (22 march 1997): 864-867.
- IHE, (1996) 'Morbiditeiten: actuele toestand voor borstkanker.', in *Databank Morbidat*.
- KORNGUTH, P.J., RIMER, B.K., CONAWAY, M.R., E.A., (1993) 'Impact of Patient-controlled Compression on the Mammography Experience', in *Radiology* (186): 99-102.
- KOSTER, G., (1995) 'Pijn bij mammografie. Een evaluatie van bekende klachten en suggesties ter beperking ervan.', in *Borstbeeld*. (mei): 14-18.
- MELZACK, R., (1975) *Het raadsel pijn*. Utrecht / Antwerpen: Het Spectrum; 224.
- NIELSEN, B.B., E.A., (1991) 'Pain and Discomfort Associated With Film-Screen Mammography', in *Journal of the National Cancer Institute*, 83 : 1754-1756.
- PIETERSE, G.C., BOER, H., SEYDEL, E.R., (1995) *Determinanten van pijn bij mammografie*. Enschede: Vakgroep Psychologie, Universiteit Twente; 74.
- READING, A.E., (1994) 'Pain', in ADESSO, V.J.E.A. (Ed.), *Psychological perspectives on women's health*. 223-246. Basingstoke: Taylor & Francis.

- RUTTER, D.R., CALNAN, M., VAILE, M.S.B., FIELD, S., WADE, K.A., (1992) 'Discomfort and pain during mammography : description, prediction, and prevention.', in *British Medical Journal*, 305 : 443-445.
- SCAF-KLOMP, W., (1997) *Screening for breast cancer. Attendance and psychological consequences*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 142.
- SCAF-KLOMP, W., VAN SONDEREN, E., VAN DEN HEUVEL, W., (1997) 'Compliance after 17 years of breast cancer screening. Factors associated with reattendance for periodic breast screening.', in *European Journal of Public Health.*, 1997 (7): 182-187.
- STOMPER, P.C., E.A., (1988) 'Is Mammography Painful ? A Multicenter Patient Survey.', in *Arch Intern Med*, 148 (March): 521-524.



PSW-Papers Bestelformulier

Naam:

Adres:

.....

.....

Stuur mij aub de volgende PSW-Papers:

No	Auteur en titel	Aantal
.../...
.../...
.../...
.../...

Totaal: 100 Bfr X

Gelieve dit formulier terug te sturen naar:
Redactiesecretariaat Psw-papers,
Departement Politieke en Sociale Wetenschappen, UIA,
Universiteitsplein 1, B-2610 Wilrijk, België
Fax: ++ 32 (0)3 820 28 82 Email: pswpaper@uia.ua.ac.be



**Politieke en Sociale
Wetenschappen**

PSW-Papers Order form

Name:

Address:

.....

.....

Please send me the following PSW-Papers:

No	Author and title	Quantity
...../.....
...../.....
...../.....
...../.....

Total: 100 Bfr X

Please return this form to:
Redactiesecretariaat Psw-papers,
Departement Politieke en Sociale Wetenschappen, UIA,
Universiteitsplein 1, B-2610 Wilrijk, België
Fax: ++ 32 (0)3 820 28 82 Email: pswpaper@uia.ua.ac.be