



Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen

Academiejaar 2011-2012

Welke invloed heeft copingstijl op de informatietevredenheid,
levenskwaliteit, het functioneren en psychische ontreddering bij
oncolologische patiënten en hun naasten?

Eindwerk neergelegd tot het behalen van het getuigschrift van de
opleiding 'psycho-oncologie'
door Charlotte Dejonckheere en Ann Ide.

Wim Schrauwen
Rena Gatzounis
Johan Vlaeyen
Omer Van Den Berghe

Dankwoord

Een eindwerk maak je niet alleen. Wij willen dan ook graag een aantal mensen bedanken.

In de eerste plaats willen wij heel graag onze patiënten en hun naasten bedanken voor hun deelname en interesse rond ons onderzoek. Wij willen ook bepaalde artsen bedanken voor de aangename samenwerking en medewerking. Hierbij vernoemen wij graag dr. Geldhof, dr. Debaere en dr. Declercq. Voor onze lieve collega's een dikke merci voor het enthousiasme, de ondersteuning, de uitlaatklep, de aanmoediging en de lekkere verrassingen. Ook een woord van dank gaat uit naar Dennis en onze directie, die het mogelijk gemaakt hebben dat wij deze opleiding samen hebben kunnen volgen.

Wij danken Rena en Wim voor de ondersteuning rond het eindwerk. Wim om onze ideeën wat bij te schaven en Rena voor de feedback rond de data-analyse.

Een speciale dankjewel voor onze persoonlijke achterban. Jullie begrip, steun en vooral geduld waren hartverwarmend. Zelfs het helpen aan ons eindwerk, was jullie niet te veel. Merci om er steeds voor ons te zijn! En vooral bedankt om met veel liefde voor de kindjes te zorgen, of, om voor een kindje te zorgen.

Allerlaatste willen wij elkaar bedanken. Een eindwerk maken met twee is niet evident, maar onze samenwerking is er enkel maar op verbeterd. Bedankt voor de boeiende discussies, steun en het enthousiasme om de inhoud van de opleiding mee te vertalen naar ons ziekenhuis.

Abstract

Deze studie had tot doel de zorg voor de oncologische patiënten binnen ons ziekenhuis te optimaliseren. De literatuur toont aan dat de manier waarop informatie wordt verstrekt aan de patiënt en zijn/haar naasten bij het geven van psychosociale zorg een belangrijke rol speelt. Het bleek echter dat niet enkel communicatievaardigheden belangrijk zijn, maar dat ook persoonsgebonden factoren een rol spelen. In ons onderzoek spitsten wij ons hierop verder toe en gingen wij na of de copingstijl verband houdt met tevredenheid van communicatie, levenskwaliteit, het functioneren, vermoeidheid, angst en depressie. We vonden evidentie dat de cognitieve copingstijlen ‘monitoring’ en ‘blunting’ als twee onafhankelijke constructen dienen bekeken te worden waarbij ‘monitoring’ de neiging voor het zoeken van informatie voorstelt, terwijl ‘blunting’ de neiging het zoeken van afleiding representeert. De resultaten toonden aan dat patiënten met een hoge ‘blunting’ score, en die dus actiever op zoek gaan naar afleiding, minder angst- en depressieklachten aangeven en meer tevreden zijn met de communicatie. We vonden echter geen verbanden terug met levenskwaliteit, vermoeidheid en het functioneren. De score op ‘monitoring’ bleek met geen van de andere scores gerelateerd. Ook kwam naar voor dat hoe jonger de patiënt is, hoe meer monitoringgedrag gesteld wordt. De ‘blunting’ score hing niet af van de leeftijd van de patiënt. Bij de vergelijking van palliatieve met curatieve patiënten vonden we geen verschil in copingstijl of tevredenheid van communicatie terug. Wel zijn palliatieve patiënten meer vermoeid, functioneren zij minder op fysisch vlak en rol en scoren zij hoger op depressie, maar toch geven zij geen verschil aan in hun levenskwaliteit. Uit ons onderzoek kunnen wij besluiten dat een goede zorgverlening oog moet hebben voor de specifieke noden van elke patiënt en zijn naasten en dat we als psycholoog een belangrijke rol kunnen spelen in het inschatten van die noden.

Inhoudstabel

Inleiding	5
Oncologische zorg	5
Psychisch welzijn patiënt	5
Psychisch welzijn naaste	6
Psychosociale begeleiding	8
Informatie geven	9
Communicatie met artsen	10
Copingstijl	11
Oncologische zorg binnen het Jan Yperman Ziekenhuis	15
Dienst patiëntenbegeleiding	15
Werking onco-psychologen	16
Onderzoeksvragen	17
Methode	19
Resultaten	22
Discussie	34
Conclusie	38
Referenties	40
Bijlagen	49
Bijlage 1: vragenlijsten	
Bijlage 2: correlatiematrix	

INLEIDING

Oncologische zorg

In 2008 werden in België 59 996 nieuwe kankerdiagnoses gesteld (Belgian Cancer Registry, 2011). Ongeveer één op drie mannen en één op vier vrouwen zal kanker ontwikkelen vóór de leeftijd van 75 jaar. Bij mannen komt prostaatkanker het vaakst voor, gevolgd door longkanker en colorectale kanker. Bij vrouwen staat borstkanker op de eerste plaats, gevolgd door colorectale kanker en longkanker. In 2008 overleden in België 26 647 patiënten aan kanker (Belgian Cancer Registry, 2011). Bij mannen is de hoofdoorzaak voor overlijden bij kanker te wijten aan longkanker, terwijl dit bij vrouwen te wijten is aan borstkanker.

Het krijgen van kanker gaat vaak gepaard met andere moeilijkheden. Ten gevolge van kanker en/of de behandeling, situeren de problemen zich niet enkel op lichamelijk vlak, maar ook op psychisch, sociaal en spiritueel vlak komt de patiënt voor een uitdaging te staan (de Haes, Gualthérie van Weezel, Sanderman & van de Wiel, 2001; Van Rijt, Kooij & Koopman, 2003). Verschillende onderzoeken bevestigen dat, naast een goede medische zorg, ook psychosociale ondersteuning noodzakelijk is (Burgess et al., 2005; Goerling, Foerg, Sander, Schramm & Schlag, 2011; Jacobsen, 2009; Merckaert et al., 2010; Patenaude et al., 2008). Uit deze onderzoeken blijkt ondermeer ook dat aspecten zoals psychisch welzijn, levenskwaliteit, impact van kanker op het gezin en sociale aspecten ook de nodige aandacht verdienen binnen de behandeling van kanker.

Psychisch welzijn patiënt

Bij het vernemen van de diagnose van kanker, zijn depressieve gevoelens, gevoelens van angst, wanhoop en verdriet normale reacties (de Haes et al., 2001). Patiënten krijgen een zware klap te verwerken. Deze reacties zijn bij de ene patiënt overigens heviger dan bij de andere. Ook tijdens het verdere verloop van de ziekte treden nieuwe periodes met extra spanning en onzekerheid op. Volgens Mages en Mendelsohn (1979, in Gilbar & Zusman, 2007) zorgt kanker voor een toestand van langdurige stress die veroorzaakt wordt door de ontdekking van de ziekte, het proces van diagnosestelling, de behandeling, de follow-up en de angst voor herval. Bij inadequate coping kunnen deze moeilijkheden leiden tot depressieve gevoelens, vijandigheid, verminderde sociale contacten en angststoornissen (Antoni, 2003). Uit een onderzoek van Burgess et al. (2005) bleek dat patiënten, gediagnosticeerd met borstkanker, bijna 50% depressieve klachten, angstklachten of beide ervaren in het jaar volgend op de diagnose. Tot zelfs vijf jaar na diagnose bleven 15% van deze patiënten dergelijke problemen

ondervinden. Ook uit een onderzoek van Mosher en DuHamel (2012) bij gemetastaseerde borstkankerpatiënten, bleek een hoge prevalentie van psychische ontredde- ring, slaapproblemen en vermoeidheid. Deze problemen waren bovendien niet geassocieerd met leeftijd, etniciteit, de tijd sinds de diagnose of met de medische behandeling. De meerderheid van de patiënten met verhoogde psychische ontredde- ring rapporteerden angst- of depressiesymptomen. Ook uit een onderzoek van Ahlberg, Ekman, Wallgren en Gaston-Johansson (2004) naar vermoeidheid bij patiënten met een urologische kanker, bleek dat algemene vermoeidheid zowel met angst als met depressie gecorreleerd was. Daarenboven vonden zij ook een negatieve correlatie tussen algemene vermoeidheid enerzijds en bronnen van coping en algemene kwaliteit van leven anderzijds. Pelletier, Verhoef, Khatri en Hagen (2002) voerden een onderzoek uit bij patiënten met een hersentumor. Zij constateerden dat de levenskwaliteit hoofdzakelijk negatief wordt beïnvloed door de aanwezigheid van depressieve symptomen. In een onderzoek naar de verschillen qua psychisch welzijn tussen curatieve en palliatieve patiënten, bleek dat palliatieve patiënten meer depressieklachten hebben en zich hopeloz- er voelen (van Laarhoven et al., 2011).

Recent werd in België een grootschalig onderzoek afgenomen naar de psychosociale noden bij kankerpatiënten (Razavi, Merckaert & Libert, 2005). In deze studie werd nogmaals het belang van emotionele en psychosociale moeilijkheden onderstreept. Er werd bovendien een groot verschil opgemerkt tussen het aanzienlijk aantal patiënten die psychologische stoornissen aangeven, en het aantal patiënten die aangeven psychologische of psychiatrische hulp te hebben gewenst. Ook in een studie naar de psychosociale noden bij kankerpatiënten door McIlmurray et al. (2001), kwam vooral de grote variëteit aan psychosociale noden tussen patiënten naar voor. Bijgevolg moeten hulpverleners zich hiervan bewust zijn om een goede hulpverlening, aangepast aan de specifieke noden van de patiënt, te kunnen bieden.

Psychisch welzijn naaste

De diagnose kanker veroorzaakt niet alleen voor de patiënt een grote crisis, maar ook voor de naasten van de patiënt (Glajchen, 2004). Uit een studie van Edwards en Clarke (2004) bleek dat één op de vijf gezinnen een hoog stressniveau had door de diagnose van kanker. In een overzichtsartikel van McLean en Jones (2007), beschrijven zij hoe het ziekteproces bij kanker koppels uitdaagt om te gaan met veranderingen, zoals in de manier van communiceren, in rolpatronen, qua verantwoordelijkheden of aan de eisen die door de ziekte zelf gesteld worden. Daarboven komt dat, door het verlengen van de levensduur van de patiënten met kanker en het verminderen van de duur van de hospitalisaties, de rol van de naasten van de patiënt alleen maar groter wordt (Glajchen, 2004). Ze moeten meer tijd en energie besteden aan de dagelijkse begeleiding van de patiënt.

Uit een literatuurstudie van Pitceathly en Maguire (2003) blijkt dat de meeste naasten goed omgaan met hun rol als zorgverlener, maar een belangrijke minderheid voelt zich psychisch ontredderd of ontwikkelt een affectieve stoornis. Verzorgers in conflictueuze relaties, die bovendien een negatieve kijk hebben op de ziektegerelateerde gebeurtenissen of op de impact van de verzorgende rol op hun eigen leven, hebben meer kans om problemen te ondervinden. Dit wordt nog versterkt wanneer zij weinig ondersteuning krijgen of wanneer de patiënt depressief is. Vrouwen en naasten met een voorgeschiedenis van psychologische problemen vóór de kanker, zijn het meest kwetsbaar.

Een Belgische studie van Razavi et al. (2005) naar de psychosociale noden bij patiënten en bij hun belangrijkste begeleiders, toont een bijzonder hoog niveau van emotionele nood aan bij die begeleiders. Deze nood was hoofdzakelijk verbonden met angst. Deze bevinding wordt bevestigd in een onderzoek van Segrin, Badger, Dorros, Meek en Lopez (2007) bij borstkankerpatiënten en hun partners. Ook zij beschrijven dat angst één van de hoofdproblemen is voor het psychisch welzijn van kankerpatiënten. Bovendien vonden zij een negatief effect van angst op de levenskwaliteit van patiënten en dat van hun partners. Ook andere studies hebben aangetoond dat kanker een belangrijke impact heeft op de levenskwaliteit van zowel patiënt als gezinsleden (Bergelt, Koch & Petersen, 2008; Northouse et al., 2002). Bij de gezinsleden was de vermindering in levenskwaliteit zelfs even groot of groter dan bij de patiënten zelf (Northouse et al., 2002). Ander onderzoek spreekt dit tegen en besluit dat patiënten psychisch meer ontredderd zijn dan partners (Ben-Zur, Gilbar & Lev, 2001). Nog anderen vonden dat zowel de kankerpatiënten, als hun partners, eenzelfde mate van psychologische ontreddering en moeilijkheden met de verandering in de sociale rol ervaren (Peleg-Oren & Sherer, 2001).

Hagedoorn, Sanderman, Bolks, Tuinstra, en Coyne (2008) concludeerden dan weer dat niet zozeer de rol, dan wel het geslacht een belangrijke factor is voor psychische ontreddering. Uit de literatuur blijkt dat er ook rond de impact van geslacht op psychische ontreddering geen overeenstemming is. Bergelt et al. (2008) vonden dat mannelijke partners, in vergelijking met vrouwelijke partners, een betere levenskwaliteit rapporteerden. Ook in een andere studie vond men dat vrouwen meer psychische ontreddering aangeven in vergelijking met mannen, ongeacht hun rol (Hagedoorn et al., 2008). Andere studies spreken over meer psychische ontreddering bij mannen, opnieuw zowel in de rol van patiënt als in de rol van naaste (Goldzweig et al., 2009; Peleg-Oren & Sherer, 2001). Uit een onderzoek van Hagedoorn et al. (2001) naar geslachtsverschillen in psychologische ontreddering bij oudere koppels, bleek wel dat de ontreddering bij vrouwelijke patiënten geassocieerd is met zowel de gezondheidstoestand van

zichzelf, als met die van de partner. Terwijl bij mannelijke patiënten de psychologische ontreddeering enkel geassocieerd is met hun eigen gezondheidstoestand.

Ook rond de impact van het ziektestadium op het psychisch welzijn van de naasten vonden we tegengestelde resultaten. In een overzichtartikel van Pitceathly en Maguire (2003) werd besloten dat de kans groter is bij palliatieve patiënten en bij ziekteprogressie dat naasten zich psychisch ontreddeerd voelen en psychiatrische klachten ontwikkelen. Daarentegen vonden Bergelt et al. (2008) geen invloed terug van het stadium of van andere medische variabelen van de patiënt op de levenskwaliteit van partners.

De meeste studies bevestigen een samenhang tussen psychische ontreddeering bij patiënten en naasten. De mate van ontreddeering bij de patiënt hangt samen met de mate van ontreddeering van naaste (Ben-Zur et al., 2001; Hodges, Humphris & Macfarlane, 2005). Ook Edwards en Clarke (2004) concludeerden op basis van een literatuurstudie dat angst en depressie gelijkaardig stegen bij patiënten en familieleden.

Vervolgens bleek uit onderzoek dat ook naasten nood hebben aan informatie, advies en ondersteuning (Maughan, Heyman & Matthews, 2002). Zo kan de begeleiding vanuit de zorgverleners partners helpen om te gaan met hun nieuwe rol als zorgdrager. Daarnaast moeten de naasten eveneens omgaan met hun eigen psychosociale moeilijkheden. Pitceathly & Maguire (2003) vonden dat naasten weinig bereikt werden door de hulpverleners en weinig voordelen haalden uit de interventies voor hen. Nochtans blijkt uit de literatuur dat het heel belangrijk is om ook aandacht te hebben voor de naasten (Pitceathly & Maguire, 2003; Razavi et al., 2005) en dat naasten meer ontreddeering vertonen wanneer aan hun informatienoden niet worden voldaan (Pitceathly & Maguire, 2003).

Deze bevindingen onderstrepen het belang van, naast goede psychosociale zorg voor de patiënt, ook de partners en belangrijke zorgdragers te ondersteunen.

Psychosociale begeleiding

Zowel uit de praktijk als uit de literatuur, zoals hierboven weergegeven, wordt de noodzaak aangekaart van een goede psychosociale zorg binnen de oncologie. Er zijn heel wat verschillende concepten aangehaald die hierin een rol kunnen spelen. Eén van die aspecten is de informatienood van de patiënt en zijn naaste. Wij hebben ons dan ook in dit onderzoek verder hierop geconcentreerd.

Informatie geven

In de praktijk blijkt dat er vaak vragen gesteld worden rond informatieverstrekking: ‘Wanneer wordt welke informatie gegeven?’, ‘Wanneer is de gegeven informatie voldoende?’, enz. Uit grootschalig onderzoek van Jenkins, Fallowfield en Saul (2001) bleek dat maar liefst 98% van de patiënten wilde weten dat hun ziekte kanker was. 87% van alle patiënten wilden alle mogelijke informatie, zowel goed als slecht nieuws krijgen. Slechts 5,4% wilde enkel goed nieuws horen en 7,7% liet alles liever over aan hun arts. Een overgrote meerderheid (95%) wilde ook weten wat hun genezingskansen waren. Communicatie rond prognose is dus ook een thema waarover patiënten geïnformeerd willen worden.

De thema's waarover patiënten geïnformeerd willen worden zijn vooral ziektegerelateerde aspecten zoals diagnose, behandelingsmogelijkheden en prognose (Rees & Bath, 2000b). Voogt, van Leeuwen, Visser, van der Heide en van der Maas (2005) concludeerden dat de meeste patiënten zich voldoende geïnformeerd voelen rond belangrijke ziektegerelateerde informatie en tevreden zijn met de informatie die ze van hun hulpverleners krijgen. Dit wordt echter tegengesproken door andere studies waaruit blijkt dat patiënten vaak het gevoel hebben dat hun informatienoden niet voldaan zijn (Arora et al., 2002; Fallowfield, Ford & Levis, 1995; Gaston & Mitchell, 2005). Als men nagaat welke informatienoden minder vervuld werden, bleek dit niet enkel te gaan over ziektegerelateerde informatie (Wittmann et al., 2011) maar ook over psychosociale noden en ondersteunende zorg (Adams, Boulton & Watson, 2009).

Heel veel studies onderzochten de voor- en nadelen van informatieverstrekking. Er is evidentie dat het geven van informatie niet alleen de betrokkenheid van patiënten bij de behandeling vergroot, maar ook zorgt dit voor een grotere tevredenheid met de behandelkeuzes. Algemeen gesteld blijkt dit ook een positief effect te hebben op de coping van een patiënt met de diagnose en behandeling (Rutten, Arora, Bakos, Aziz & Rowland, 2005). Hulpverleners vrezen soms dat informatie geven aan patiënten hen angstiger maakt. Dit idee wordt echter door de literatuur tegengesproken. Het blijkt dat informatie geven het psychisch welbevinden van patiënten verbetert en dat er zelfs angstreductie is (Booth, Beaver, Kitchener, O'Neill & Farrell, 2005; Rees & Bath, 2000a; Thomas, Daly, Perryman & Stockton, 2000). Het zorgt voor meer gevoel van controle en creëert realistische verwachtingen (Gaston & Mitchell, 2005).

Op basis van leeftijd en geslacht blijken er verschillen in informatiebehoefte te zijn. Bij het bevragen wie beperkte informatie wil, zijn het vooral oudere patiënten die dit aangeven. Deze stelling kan echter niet simpelweg worden omgekeerd. Ook oudere patiënten hebben vaak hogere informatienoden (Jenkins et al., 2001). Jongere patiënten zoeken meer informatie op dan oudere patiënten. Oudere patiënten vertrouwen meer de informatie gegeven door hun arts en

zoeken meer informatie op via niet-medische bronnen (zoals televisie, vrienden, ...) (Petersson et al., 2002). Vooral vrouwen wilden uitgebreidere informatie (Jenkins et al., 2001). Er bleek geen verschil te zijn op gebied van opleidingsniveau (Petersson et al., 2002).

Uit een review van de literatuur (Gaston & Mitchell, 2005) bleek er geen onderscheid te zijn in informatiebehoefte naargelang de setting, palliatief of curatief. Tussen studies is er wel nog onenigheid of de informatienoden wijzigen doorheen de stadia van kanker. De meeste onderzoekers concludeerden dat er een fluctuatie is in de nood naar informatie doorheen het ziekteproces (o.a. Rees & Bath, 2000 a en b) maar er zijn weinig studies die dit effectief onderzocht hebben. Het meeste onderzoek is immers gefocust op de periode van diagnose en behandeling (Adams et al., 2009).

Partners hebben soms andere informatienoden dan patiënten. Uit een review van de literatuur door Adams et al. (2009) blijkt dat de naasten van patiënten meer kans hebben dat hun informatienoden niet vervuld zijn. Deze onvervulde wensen betreffen eerder informatie rond ondersteunende zorg dan zuiver medische informatie. Rees en Bath (2000b) concludeerden zelfs dat de informatienoden van familieleden van patiënten zelfs genegeerd worden. Bar-Tal, Barnoy and Zisser (2005) vonden ook dat vrouwen de informatiebehoefte van hun mannen verkeerd inschatten, terwijl patiënten wel een hele belangrijke informatiebron zijn voor naasten. Hierbij kunnen gespecialiseerde verpleegkundigen, die betrokken worden bij aanvang van diagnose, belangrijk werk verrichten naar erkenning van informatienoden en informatieverstrekking naar naasten (Rees & Bath, 2000b).

Algemeen kan gesteld worden dat patiënten zich beter voelen als de informatie over hun medische toestand afgestemd is op hun eigen copingstijl. Om als arts antwoord te geven op de vraag “wat vertellen we best aan patiënten?” is het dus relevant rekening te houden met de copingstijl van hun patiënten. Als je meer of minder vertelt aan een patiënt dan ze willen weten, dan zorgt dit voor nog meer stress. Het onderzoek van Voogt et al. (2005) suggereert dat het optimaliseren van de nood aan informatie niet steeds gelijk staat aan een verhoging van de hoeveelheid gegeven informatie. De nood aan informatie kan ook veroorzaakt worden door angst of door het verlangen van de patiënt om actief te vechten tegen hun ziekte. Informatie geven vraagt dus een bijzondere aandacht voor de individuele noden. Er moet ook een zekere flexibiliteit zijn bij de hulpverleners die informatie verstrekken. (Van De Molen, 1999).

Communicatie met artsen

De hulpverlener die de meeste informatie verstrekt aan patiënten en hun naasten is in de eerste plaats de arts. De communicatie tussen arts en patiënt is al veelvuldig onderzocht en beschreven. Om deze reden wordt binnen dit onderzoeksopzet communicatie kort toegelicht en

specifiek bekeken vanuit de invalshoek gerelateerd aan de andere thema's in deze scriptie. In de loop der jaren heeft er een duidelijke evolutie plaatsgevonden in communicatie tussen artsen en patiënten. Vroeger heerste er een paternalistische houding van de arts ten aanzien van patiënt. De arts nam dan alle belangrijke beslissingen. Eind jaren negentig is er een duidelijke evolutie naar meer autonomie en inspraak van patiënten. Dit houdt in dat artsen toen patiënten niet op de hoogte brachten van hun diagnose, terwijl het sinds 2002 een patiëntenrecht (artikel 7 uit de "wet betreffende de rechten van de patiënt") is om geïnformeerd te worden (Snauwaert & Van Belle, 2009). De geschiedenis herhaalt zich wel. Vroeger vertelden artsen de diagnose niet omdat ze bezorgd waren voor de psychische impact van zo'n slecht nieuws op patiënten. Tegenwoordig hebben artsen gemengde gevoelens rond het medelen van een prognose (Snauwaert & Van Belle, 2009). Uit de literatuur is echter gebleken dat een gebrek aan informatie kan leiden tot onzekerheid, angst en depressie (Ong, De Haes, Hoos & Lammes, 1995).

Als men de literatuur rond communicatie arts-patiënt bekijkt, worden twee belangrijke doelen voor goede zorg vooruitgeschoven, namelijk goeie medische behandeling en aandacht voor de psychologische reactie van patiënten op kanker. Uit de resultaten van studie van Razavi et al. (2005) naar de psychosociale behoeften van kankerpatiënten in België, bleek dat artsen echter de emotionele moeilijkheden van patiënten met kanker niet goed kunnen inschatten. Uit deze studie blijkt het eveneens moeilijk voor artsen om te differentiëren tussen verschillende psychische problemen (zoals angst, depressie, ...). Andere studies bevestigen dat artsen er vaak niet in slagen om ontredde bij hun patiënten te herkennen en onderschatten zo vaak de ernst (Merckaert et al., 2008; Söllner et al., 2001).

Net zoals bij informatieverstrekking geldt er geen gestandaardiseerde aanpak. Uit review van de literatuur (Hack, Degner & Parker, 2005) is gebleken dat er niet één methode is om om te gaan met de communicatienoden van patiënten maar dat er een meer individuele aanpak nodig is. Deze aanpak dient rekening te houden met unieke noden, vaardigheden, waarden en overtuigingen, alsook met de emoties van patiënten. Bovendien zijn er ook nog externe factoren, zoals de context, die belangrijk zijn. Uit de literatuur blijkt wel dat een dominante en controlerende communicatiestijl leidt tot minder patiënttevredenheid (Ong et al., 1995). De communicatie arts-patiënt is heel belangrijk omdat deze een invloed heeft op het gedrag en het welzijn van patiënten, waaronder coping en levenskwaliteit (Ong et al., 1995).

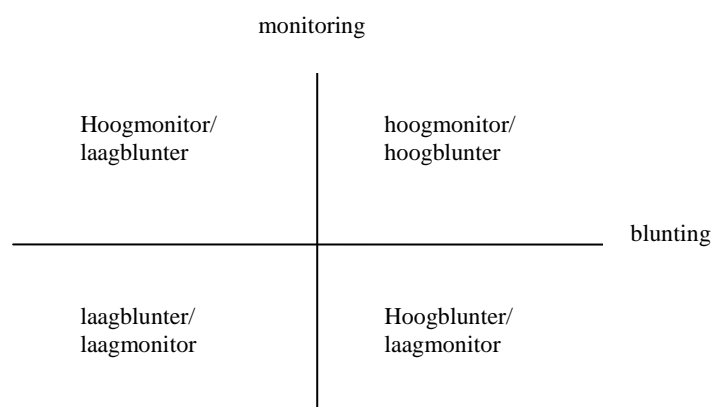
Copingsstijl

Er zijn verschillende modellen en theorieën rond coping. Het meest bekende en meest verspreide is het transactioneel model van stress en coping van Lazarus en Folkman (Lazarus,

1993). Coping wordt gedefinieerd als de cognitieve en gedragsmatige inspanning die een persoon levert om om te gaan met een stressvolle, bedreigende situatie. Vaak gaan mensen in gelijkaardige situaties dezelfde copingmechanismen gebruiken, waarbij men spreekt van copingsstijl. Coping wordt dus hier eerder gezien in termen van relatief vaste karaktertrekken van een persoon.

Binnen dit onderzoeksopzet wordt vooral de relatie bekeken tussen coping en informatie. Om deze reden wordt geopteerd om de onderverdeling van het concept coping te hanteren zoals door Miller (1987) beschreven. Ze onderscheidt twee grote groepen, namelijk “monitoring” (monitors) en “blunting” (blunters). Beide concepten zijn cognitieve copingsstijlen in het omgaan met mogelijk bedreigende informatie in oncontroleerbare en onvoorspelbare stressvolle situaties. Monitoring wordt omschreven als “het zoeken versus vermijden” van informatie die relevant is met betrekking tot een bedreiging. Blunting is het “zoeken versus het niet-zoeken” naar afleiding in bedreigende situaties om hun stress onder controle te krijgen (Miller, 1987).

Aanvankelijk zag Miller (Bar-Tal & Spitzer, 1999; Miller & Mangan, 1983) monitoring en blunting als één dimensie. Uit verschillende onderzoeken bleek echter dat deze twee aparte constructen zijn (Myers & Derakshan, 2000; Ong et al., 1999). Op deze manier kan je vier types onderscheiden namelijk, hoogmonitor/laagblunter, hoogmonitor/hoogblunter, hoogblunter/laagmonitor, laagblunter/laagmonitor (zie figuur 1).



Figuur 1. *Overzicht copingsstijlen volgens Miller*

Hoogmonitor/laagblunter probeert zijn angst te reduceren door middel van het inwinnen van informatie. Hoogmonitor/ hoogblunter is eerder ambivalent, hij zoekt informatie op, maar tegelijk probeert hij signalen van deze gebeurtenis te vermijden. Hoogblunter/laagmonitor probeert de ingrijpende gebeurtenis zoveel mogelijk te vergeten en zoekt afleiding. Bij laagblunter/laagmonitor is er geen overheersend copinggedrag te herkennen. Deze persoon neemt de dingen zoals ze komen (Miller, 1987).

Uit onderzoek bleek er geen correlatie te zijn tussen copingsstijlen en socio-demografische gegevens. Studies tonen wel trends aan, namelijk dat vrouwen en jongeren meer monitoringgedrag vertonen in vergelijking met mannen en met ouderen (Ong et al., 1999; Van Zuuren, De Groot, Mulder & Muris, 1996). Er zijn andere duidelijke verschillen tussen monitoring en blunting. Het onderscheid tussen monitoring en blunting is merkbaar op vlak van informatie, psychisch welzijn en levenskwaliteit.

Verschillen in informatiebehoefte en informatietevredenheid. Er zijn duidelijk andere informatienoden bij monitoring en blunting. Over het algemeen geldt dat bij monitoring veel informatie gewenst wordt en bij blunting net weinig informatie.

Hoge monitors hebben de behoefte om vroegtijdig, uitgebreide en gedetailleerde informatie te krijgen (Miller, 1995; Ong et al., 1999; Timmermans, Van Zuuren, Van der Maazen, Leer & Kraaaimaat, 2007). Vooral in onzekere periodes hebben deze personen nood om informatie te krijgen. Deze onzekere periodes situeren zich bij de diagnose, als er beslissingen moeten genomen worden of bij debehandelingskeuzes (Petersson et al., 2002). Er dient wel opgelet te worden met het geven van informatie aan monitors. Tijdens consultaties luisteren ze vooral naar mogelijk bedreigende boodschappen. Dit resulteert echter in bezorgdheid rond mogelijke risico's (Miller, 1995). Rond medische informatie zijn hoge monitors kritischer en zijn ze gevoeliger voor medische aanbevelingen. Na verloop van tijd hebben ze echter meer twijfels over hun behandelingsbeslissingen (Timmermans et al., 2007). Naast medische informatie vinden monitors ook emotionele componenten, zoals vriendelijkheid en respect van hun arts belangrijk (Timmermans et al., 2007). Mensen met monitoring als coping moeten zeker voldoende informatie krijgen en zijn minder snel tevreden met de gekregen informatie.

Blunters daarentegen stellen minder vragen, hechten minder belang aan emotionele zaken wat resulteert in kortere consultaties (Timmermans et al., 2007). Blunters wensen juist enkel de nodige informatie. Teveel informatie geven aan blunters kan juist resulteren in meer psychisch ontreding (Miller, 1995). Blunters zijn meer tevreden over de informatieverstrekking (Stephoe, Sutcliffe, Allen & Coombes, 1991). Algemeen kan besloten worden dat patiënten het beter stellen als de informatieverstrekking afgestemd is op de copingsstijl, monitoring of blunting (Miller, 1995).

Verschillen op psychische domeinen. Hoge monitors maken zich veel meer zorgen over de ernst en risico's van hun ziekte en ervaren hierdoor meer stress. (Miller, 1995). In de meeste onderzoeken wordt bevonden dat de monitoring als copingsstijl onafhankelijk is van angst en depressie (Miller & Mangan, 1983; Muris, Van Zuuren, De Jong, De Beurs & Hanewald, 1994; Wakefield, Homewood, Mahmut, Taylor en Meiser, 2007). Hoge monitors uiten meer

depressieve gevoelens dan hoge blunTERS bij diagnose en aanvang van therapie. Monitors hebben ook meer angst bij stressvolle gebeurtenissen, (Miller, 1995; Petersson et al., 2002). In palliatieve situaties kunnen hoogmonitors nog meer last hebben van angst en depressie. De reden hiervoor is dat hoge monitors informatie opzoeken om meer zekerheid te krijgen. Soms kan het opzoeken van informatie niet meer zekerheid geven, waardoor dat angst en ontredde ring toenemen (Bar-Tal & Spitzer, 1999). Soms kunnen personen door monitoring in een vicieuze cirkel terecht komen. Als hoge monitors meer scannen op bedreigende informatie en deze informatie niet cognitief kunnen herstructureren, zorgt dit voor grotere onzekerheid, psychische ontredde ring en meer angst en dit herhaalt zich voortdurend. Door dit mechanisme ontstaat een hoog angstniveau en hoge mate van psychische ontredde ring. Als dit proces echter gestructureerd wordt, dan kan dit leiden tot meer zekerheid en minder ontredde ring (Bar-Tal & Spitzer, 1999). Monitors hebben meer nood aan psychosociale zorg voor het omgaan met stress van de ziekte (Miller, 1995; Timmermans et al., 2007). Over het algemeen zijn ze minder tevreden over de begeleiding (Miller, 1995).

Bij blunting, als deze personen cognitief kunnen vermijden vertonen ze, in vergelijking met monitors, minder psychische ontredde ring en opwinding. Dit is merkbaar op zowel fysiologisch als op gedragsmatig niveau (Miller, 1995). Over het algemeen wordt blunting geassocieerd met minder angst voor een bedreigende situatie (Miller & Mangan, 1983; Miller, 1995; Petersson et al., 2002; Wakefield et al., 2007). BlunTERS riskeren om pathologische vermijdingsgedrag te vertonen om maar niet met de bedreigende stressor geconfronteerd te worden. BlunTERS verkiezen relaxatie, afleiding en herinterpretatie strategieën. De onzekerheid kan voor hen wel hoog blijven (Timmermans et al., 2007). Van Zuuren et al. (1996) vond een onverwachte negatieve correlatie tussen blunting en depressie bij HIV-patiënten. Opmerkelijk in het onderzoek van Ong et al. (1999) was ook de trend dat artsen bezorgder en optimistischer zijn bij blunting.

Verschillen in levenskwaliteit. Hoge monitors piekeren meer over hun ziekte, dromen hierover en ondervonden meer last van inslaapproblemen (Miller, Rodoletz, Schroeder, Mangan & Sedlacek, 1996). Hoge monitors zijn ook alerter voor lichaamssignalen (Van Zuuren et al., 1996). Uit een review van Miller (1995) blijkt dat monitors meer en langer last hebben van nevenwerkingen van behandelingen. Terwijl Ong et al. (1999) geen correlaties vonden tussen copingstijlen, zowel monitoring als blunting, enerzijds en levenskwaliteit anderzijds.

Oncologische zorg binnen het Jan Yperman Ziekenhuis

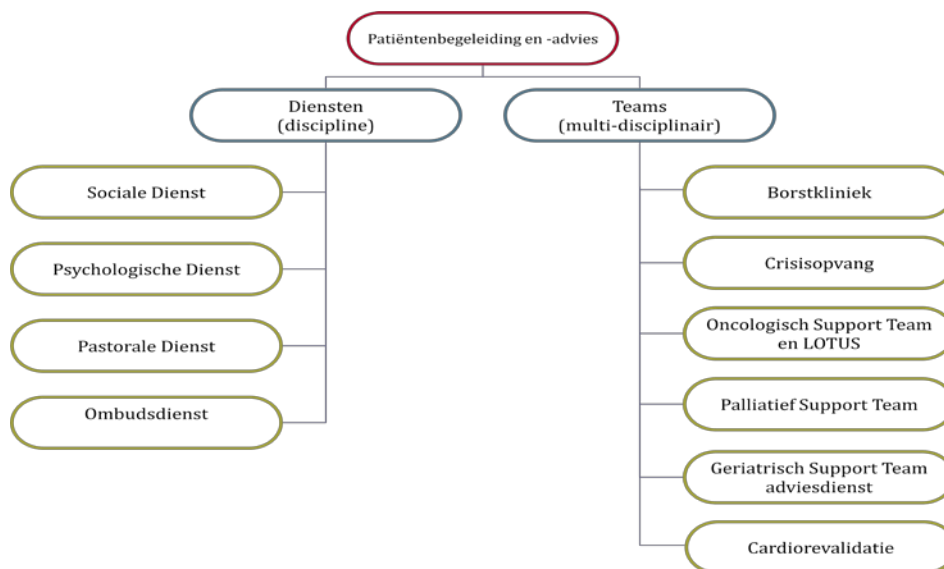
Het Jan Yperman Ziekenhuis (JYZ) is een regionaal ziekenhuis met een capaciteit van 520 bedden. Het ziekenhuis is ontstaan uit een recente fusie van drie kleinere ziekenhuizen. Het JYZ heeft een erkenning voor een zorgprogramma voor oncologie en een gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker. Voor radiotherapie wordt hoofdzakelijk samengewerkt met het AZ Groeninge in Kortrijk. Voor hematologie wordt samengewerkt met het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende. Oncologische patiënten worden binnen ons ziekenhuis hoofdzakelijk gehospitaliseerd op de afdeling D4 (pneumologie en oncologie), de afdeling D3 (gastro-enterologie en pneumologie) en in het Intern Dagziekenhuis. In tabel 1 staat een overzicht van het aantal nieuwe kankerdiagnoses over de laatste jaren in ons ziekenhuis.

Tabel 1. *Overzicht nieuwe oncologische diagnoses in het Jan Yperman Ziekenhuis*

	2009	2010	2011
Borst	85	102	107
Cerebraal	0	1	0
Gastro-intestinaal	154	158	145
Gynaecologisch	67	81	67
Hematologisch	52	62	55
Huid	206	252	208
Ongekend	8	10	65
Oftalmologisch	1	0	1
ORL	34	21	31
Peritoneum	4	9	5
Respiratoir	66	55	51
Urologisch	160	140	144
Totaal	837	891	879

Dienst Patiëntenbegeleiding

De Dienst Patiëntenbegeleiding bestaat uit een aantal disciplinaire diensten (Figuur 1), waaronder ook de Psychologische Dienst, waar wij met 5 collega's werkzaam zijn, ofwel 3.4 fulltime-equivalenten. Daarnaast wordt de Dienst Patiëntenbegeleiding ook gevormd uit een aantal multidisciplinaire teams (Figuur 1). De Borstkliniek, het Oncologisch Support Team (OST), Longtumoren Support (Lotus) en het Palliatief Support Team (PST) zijn werkzaam binnen oncologie.



Figuur 1. Overzicht Dienst Patiëntenbegeleiding

Werking onco-psychologen

Binnen ons ziekenhuis zijn er 3 psychologen (1.5 fulltime-equivalenten) werkzaam binnen oncologie, meerbepaald binnen de Borstkliniek, Lotus, het OST en het PST. Via deze werking kunnen we een aanbod doen naar ondersteuning voor alle oncologische patiënten. Er kan beroep gedaan worden op een psycholoog van bij aanvang van de diagnose tot aan het einde van de behandeling. Ook na het beëindigen van de therapie kan de patiënt alsnog een aantal gesprekken hebben bij de onco-psycholoog. Indien langdurige psychotherapie aangewezen is, volgt een doorverwijzing naar externe diensten. Bij de begeleiding van patiënten gaat de aandacht zowel naar de patiënt zelf, alsook naar zijn naasten (partner, kinderen, ouders,...). De gesprekken vinden voornamelijk plaats tijdens de (dag)hospitalisatie. Daarnaast bieden we in ons ziekenhuis ook onco-revalidatie aan, waarbij de psycholoog instaat voor de intakegesprekken, alsook het opnemen van de psychosociale begeleiding gedurende de revalidatie. Verder worden ook psycho-educatieve groepsessies georganiseerd.

Naast het directe patiëntenluik, is de multidisciplinaire samenwerking een belangrijk aspect. Dit bestaat voornamelijk uit het ondersteunen van de teamwerking, alsook de andere teamleden bijstaan vanuit onze discipline en ervaring. De psycholoog engageert zich ook voor het organiseren van vormingen, zowel intern als extern.

Wekelijks is er een oncologisch overleg tussen artsen (oncologen en pneumoloog), verpleegkundigen, psychologen, diëtisten, pastoraal medewerkers en sociaal assistenten. Hierbij worden nieuwe patiënten en patiënten in opvolging multidisciplinair besproken. De begeleiding bij borstpatiënten start bij het krijgen van de diagnose, terwijl dit bij andere pathologieën vaak pas later aangeboden wordt. Dit komt voornamelijk wegens de interne werking binnen ons

ziekenhuis. De gynaecologen en de algemeen chirurg betrekken de borstverpleegkundigen onmiddellijk bij het slechtnieuwsgesprek, waardoor de hele begeleiding vanuit het team opgestart kan worden. Bij andere oncologische diagnoses worden de teams meestal pas ingeschakeld door de oncologen. De samenwerking met de oncologen verloopt goed en we kunnen we spreken van een multidisciplinaire samenwerking. We zouden deze werking dan ook graag doortrekken naar alle diagnoses en behandelende artsen binnen oncologie. Het verder uitbouwen van deze werking zien wij dan ook zelf als een belangrijke doelstelling.

Onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag 1:

Is er bij patiënten een verschil tussen Monitoring en Blunting enerzijds en kwaliteit van leven, tevredenheid met communicatie, functioneren, angst en depressie anderzijds? We verwachten dat patiënten die een hogere score hebben op ‘blunting’ (‘blunters’), meer tevreden zijn rond de communicatie en minder angst- en depressieklachten hebben in vergelijking met patiënten die een hoge score hebben op ‘monitoring’ (‘monitors’; Miller, 1995; Steptoe et al., 1991; Wakefield et al. 2007). Hoge ‘monitors’ ondervinden een lagere levenskwaliteit en functioneren minder in vergelijking met hoge ‘blunters’ (Miller, 1995; Miller et al., 1996).

Onderzoeksvraag 2:

Is er een verschil tussen patiënten in een palliatieve setting in vergelijking met patiënten in een curatieve setting qua copingstijl, levenskwaliteit, tevredenheid van communicatie, functioneren, angst en depressie? We verwachten dat de copingstijl van patiënten niet afhankelijk is van de setting omdat de Medisch Bedreigende Situaties (MBS) eerder coping als persoonlijkheidstrekket meet (Ong et al., 1999). Vanuit de praktijk verwachten we dat patiënten in een palliatieve setting minder levenskwaliteit ervaren en minder functioneren in vergelijking met patiënten in een curatieve setting. Daarnaast willen we ook de mate van angst- en depressieklachten bij patiënten in de verschillende stadia nagaan.

Onderzoeksvraag 3

Op basis van onze literatuurstudie (Alhberg et al., 2004; Pellentier et al., 2002) verwachten we dat hoge angst- en/of depressiescores verband houden met een lagere tevredenheid van communicatie, mindere levenskwaliteit, meer vermoeidheid en verminderd functioneren.

Onderzoeksvraag 4

Bij de naasten willen we nagaan hoe zij hun levenskwaliteit ervaren en hoe tevreden zij zijn omtrent de communicatie. Daarnaast gaan wij opnieuw de link leggen met de copingstijl, namelijk met de scores op ‘monitoring’ en ‘blunting’. Ook willen wij de aanwezigheid van depressieve klachten nagaan en kijken of die verband houden met de andere concepten. Vanuit de literatuur verwachten wij ook bij onze naasten een verminderde levenskwaliteit en depressieve klachten.

METHODE

Deelnemers

Het onderzoek werd uitgevoerd in het Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman. Als doelgroep werd gekozen voor patiënten die in behandeling zijn bij drie artsen in ons ziekenhuis, namelijk bij dr. Debaere (medisch oncoloog), bij dr. Geldhof (medisch oncoloog) en bij dr. Declercq (pneumoloog). Er waren twee inclusiecriteria om deel te kunnen nemen aan deze studie. Patiënten moesten de Nederlandse taal machtig zijn en ze moesten chemotherapie krijgen, ofwel in opname ofwel op het intern dagziekenhuis. De behandeling kan zowel curatief als palliatief zijn, alsook was er geen restrictie naar oncologische diagnoses. Aan de hand van deze selectie werd, indien mogelijk, aan hun naasten ook gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. De bevragsingsperiode liep van begin januari 2012 tot eind april 2012. Deze procedure werd goedgekeurd door het ethisch comité van ons ziekenhuis. Bij aanvang van het onderzoek werd door de deelnemers een geïnformeerde toestemming ondertekend.

Meetinstrumenten

Er werd gebruik gemaakt van vragenlijsten. Deze vragenlijsten werden in enveloppen afgegeven aan de patiënten nadat de patiënten gevraagd werden deel te nemen aan het onderzoek. Bij onduidelijkheden bij het invullen van de vragenlijst kon ook op ons beroep gedaan worden om samen de vragen door te nemen. De ingevulde vragenlijsten werden in een gesloten enveloppe terug aan ons of aan de hoofdverpleger bezorgd. Er werd geopteerd om twee verschillende enveloppen te maken, een versie voor patiënten en een versie voor naasten. De motivatie hiervoor is dat bepaalde vragenlijsten gekozen zijn omwille van het feit dat ze zich specifiek richten op patiënten in de medische wereld en dat bepaalde vragen niet van toepassing waren voor de naasten. Bij de patiënten werd gevraagd vijf vragenlijsten in te vullen, peilend naar persoonlijke gegevens, tevredenheid rond communicatie, coping, levenskwaliteit, angst en depressie. De naasten dienden vier vragenlijsten in te vullen, peilend naar persoonlijke gegevens, tevredenheid rond communicatie, coping en depressie. Alle vragenlijsten werden toegevoegd in bijlage 1.

Persoonlijke gegevens

Bij patiënten en hun naasten werd een korte algemene vragenlijst afgenomen om achtergrondgegevens te verzamelen. Deze vragenlijst bestond uit vragen naar demografische

gegevens zoals het geslacht, de leeftijd, de gezinssituatie en de opleiding, maar bevatte daarnaast ook vragen die peilen naar beperkte medische informatie zoals de diagnose en de behandeling. Er werden 2 verschillende vragenlijsten gebruikt voor de patiënten en de naasten, dit vooral omwille van de formulering van de vragen. Bij de naasten werden twee extra vragen toegevoegd. De eerste vraag peilde naar hun eigen gezondheidstoestand, terwijl de tweede vraag hun algehele levenskwaliteit van de voorbije week bevroeg.

Tevredenheid rond communicatie

Om inzicht te verkrijgen over de tevredenheid rond communicatie werd er geopteerd om zelf een vragenlijst op te stellen, gebaseerd op de Information Satisfaction Questionnaire van Thomas, Kaminski, Stanton en Williams (2004). Deze vragenlijst werd zowel door de patiënt als naaste ingevuld. Deze vragenlijst kan opgedeeld worden in twee delen. In het eerste deel wordt gepeild naar de informatietevredenheid en bestaat uit twee algemene vragen en zes vragen waarop geantwoord moet worden op een 5-puntenschaal gaande van ‘zeer ontevreden’ (0) tot ‘zeer tevreden’ (4). Hier bekomt men een totale score tussen 0 en 24. In het tweede deel wordt gepeild naar de mogelijke hiaten in informatie en ondersteuning, via een tabel met mogelijke informatienoden, en wordt nagegaan van wie ze deze informatie wensen te krijgen. Ten slotte bevat deze vragenlijst ook nog twee open vragen die enkel kwalitatief geïnterpreteerd kunnen worden.

Coping

Om de copingstijl in kaart te brengen, werd bij de patiënten en de naasten gebruik gemaakt van de Medisch Bedreigende Situaties vragenlijst (MBS, Van Zuuren, de Groot, Mulder & Muris, 1996). Dit is een verkorte en vertaalde versie van de Threatening Medical Situation Inventory (Miller, 1987). Deze zelf-rapportage vragenlijst bestaat uit vier hypothetisch stress uitlokkende scènes. Elke scène wordt gevolgd door zes stellingen, waarvan drie verwijzend naar monitoring gedrag, alsook drie stellingen verwijzend naar blunting gedrag. Bij elk van deze stellingen moeten personen aangeven in welke mate deze uitspraak op hen van toepassing is op een 5-puntenschaal, gaande van ‘helemaal niet op mij van toepassing’ tot ‘zeer op mij van toepassing’. Hierdoor bekomen we twee totaalscores, namelijk een totaalscore voor blunting gedrag en een totaalscore voor monitoring gedrag. Deze scores variëren tussen 12 en 60 (Van Zuuren et al., 1996). Deze vragenlijst heeft goede psychometrische kwaliteiten en heeft een goeie test-hertestbetrouwbaarheid (Miller, 1987, Miller & Mangan, 1983. Myers & Derakshan, 2000).

Levenskwaliteit

‘Kwaliteit van leven’ werd gemeten door middel van de EORTC QLQ-30 (Quality of Life Questionnaire C30, European Organization for Research and Treatment of Cancer). Deze uitgebreide vragenlijst werd enkel afgenomen bij de patiënten zelf. Deze vragenlijst bestaat uit 10 schalen, met een totaal van 30 items. Er zijn vijf functionele schalen (lichamelijk, rol, cognitief, emotioneel en sociaal), drie symptoomschalen (vermoeidheid, pijn, misselijkheid en braken), een globale gezondheids- en ‘kwaliteit van leven’ schaal, alsook zes enkelvoudige items (kortademigheid, slapeloosheid, verminderde eetlust, constipatie, diarree, financiële problemen). Aaronson et al. (1993) hebben een internationale studie uitgevoerd naar de toepasbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van de EORTC-QLQ-C30 en deze bleek goed te zijn. Het voordeel van deze vragenlijst is dat ze specifiek ontwikkeld werd om af te nemen bij kankerpatiënten. De vragenlijst kan door de patiënt zelf worden ingevuld. Achtentwintig vragen hebben een antwoordkeuze bestaande uit een 4-puntenschaal (helemaal niet, een beetje, nogal en heel erg). De overige twee vragen die peilen naar een globale levenskwaliteit moeten beantwoord worden op een schaal gaande van één (erg slecht) tot zeven (uitstekend). De verkregen ruwe scores worden via een lineaire transformatie omgezet naar scores tussen 0 en 100. Een hogere schaalscore komt overeen met een hoger responsniveau. Bij de functionele schalen en de globale kwaliteit van leven wijst een hoge score bijgevolg op een hoog/gezond functioneren, terwijl een hoge score op de symptoom schalen wijst op hoge symptomatologie/problemen (Fayers et al., 2001).

Angst en depressie

Om angst en depressie na te gaan werd een duidelijke opsplitsing gemaakt tussen een vragenlijst voor de patiënt en een vragenlijst voor de naasten. Bij de patiënten werd er geopteerd om de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) te gebruiken (Zigmond & Snaith, 1983). Deze vragenlijst werd gekozen omdat de lijst de klachten van angst en depressie meet, zonder daarbij lichamelijke klachten te betrekken, wat bij kankerpatiënten in behandeling een vertekend beeld zou kunnen geven. De HADS blijkt bij een nederlandstalige populatie een goede betrouwbaarheid en validiteit te hebben (Spinhoven et al., 1997). Deze zelfrapportagelijst bestaat uit veertien items, waarvan zeven items peilen naar depressie en zeven items peilen naar angst. De scores worden berekend op een 4-puntenschaal (0-3). De totaalscores variëren tussen nul en eenentwintig, met een cutoff score van acht. Een score van elf of hoger wijst op een vermoedelijke angststoornis of depressie.

Bij de naasten werd de Beck Depression Inventory (BDI-II-NL; Beck, Steer & Brown, 2002) afgenomen. Deze vragenlijst bestaat uit eenentwintig mogelijke klachten die passen bij de

symptomen van depressie. Bij elk item moet de persoon aangeven welke van de vier stellingen de laatste twee weken het meest op hem van toepassing was (score van 0 tot 3). De totaalscore is een maat voor de ernst van depressie. Een score onder 13 wijst op niet depressief. Een score tussen 14 en 19 wijst op licht depressief, een score tussen 20 en 28 op matig ernstig depressief en een score tussen 29 en 63 wijst op ernstig depressief.

RESULTATEN

Respons

Er werkten 55 personen mee aan ons onderzoek, waaronder 38 patiënten en 17 naasten. De meerderheid van de naasten die bevroegd werden, zijn de levenspartners van de patiënten (zie Tabel 2).

Tabel 2. *Relatie van de naaste met de patiënt*

	N	%
Partner	11	64.7
Kind	5	29.4
Ouder	1	5.9
Totaal	17	100

Sociodemografische gegevens

In Tabel 3 vinden we een overzicht van de sociodemografische gegevens van de patiënten en de naasten. Zowel bij onze patiënten, als bij onze naasten zijn er meer vrouwen dan mannen die deelnamen aan ons onderzoek. De gemiddelde leeftijd bij patiënten is 59.9 jaar, met een spreiding van 30 tot 86 jaar. Bij naasten ligt dit gemiddelde wat lager, namelijk 52.3 jaar, met een spreiding van 22 tot 80 jaar.

Tabel 3. *Sociodemografische gegevens van de patiënt en naaste*

	Patiënt		Naaste	
	N	%	N	%
Geslacht				
Man	8	21.1	6	35.3
Vrouw	30	78.9	11	64.7
Leefsituatie				
Gehuwd/samenwonend	29	76.3	15	88.2
Alleenstaand	3	7.9	1	5.9
Gescheiden	5	13.2	1	5.9
Weduwe/Weduwnaar	1	2.6	0	0
Kinderen				
Ja, wonen nog thuis	11	28.9	6	35.3
Ja, wonen niet meer thuis	24	63.2	7	41.2
Nee	3	7.9	4	23.5
Opleidingsniveau				
Lager onderwijs	3	7.9	2	11.8
Lager middelbaar (tot 14 jaar)	12	31.6	3	17.6
Hoger middelbaar (tot 18 jaar)	17	44.7	6	35.3
Hoger onderwijs buiten universiteit	6	15.8	6	35.3
Universitair onderwijs	0	0	0	0

Ziektekenmerken van de patiënt

De ziektekenmerken van de patiënten worden weergegeven in Tabel 4. Iets meer dan de helft van de patiënten (52.6%) heeft borstkanker als diagnose (Tabel 4). Een meerderheid van de patiënten geven aan zich in een palliatieve setting (57.9%) te bevinden.

Tabel 4. Ziektekenmerken van de Patiënt, bevraagd bij patiënt zelf en de naaste

	Patiënt		Naaste	
	N	%	N	%
Diagnose				
Borstkanker	20	52.6	6	35.3
Kahler	1	2.6	1	5.9
Leukemie	3	7.9	2	11.8
Longkanker	6	15.8	3	17.6
Lymfoom	5	13.2	4	23.5
Ovariumcarcinoom	3	7.9	1	5.9
Metastasen				
Ja	12	31.6	7	41.2
Nee	20	52.6	7	41.2
Ik weet het niet	6	15.8	3	17.6
Behandeling				
Chemotherapie/systeemtherapie	38	100	17	100
Radiotherapie	15	39.5	3	17.6
Hormoontherapie	8	21.1	3	17.6
Chirurgie	17	44.7	2	11.8
Eerste maal behandeling				
Ja	29	76.3	10	58.8
Nee	9	23.7	7	41.2
Doel behandeling				
Curatief	16	42.1	6	35.3
Palliatief	22	57.9	11	64.7
Ik weet het niet	0	0	0	0

Gezondheidsproblemen van de naaste

Veertien naasten (82%) geven aan zelf geen gezondheidsproblemen te ondervinden. Niemand ondervindt momenteel zelf ernstige gezondheidsproblemen, terwijl drie naasten (18%) wel aangeven lichte gezondheidsproblemen te ondervinden.

Onderzoeksgegevens

Beschrijvende statistiek patiënten

Bij het beschrijven van onze onderzoeksgegevens maken we een opsplitsing tussen de gegevens van de patiënten en de gegevens van de naasten. We beginnen met de onderzoeksgegevens van de patiënten.

Communicatie. Dertig patiënten (79%) verkiezen alle informatie te krijgen en betrokken te worden in de beslissingen rond hun ziek-zijn. Twee patiënten (5%) prefereren enkel positieve informatie over hun ziek-zijn te krijgen, terwijl zes patiënten (16%) beperkte informatie wensen en verkiezen dat de dokter de beslissingen neemt. Vijfentwintig patiënten (66%) vinden dat de informatieverstrekking niet verbeterd kan worden. Daarentegen vinden dertien patiënten (34%) dat dit wel verbeterd kan worden.

Tevredenheid rond communicatie. De score op de totale ‘tevredenheid rond communicatie’ is de gemiddelde score van alle items in deze vragenlijst (Tabel 5). Elk item krijgt een score van 0 (zeer ontevreden) tot 4 (zeer tevreden). Gezien patiënten op de totaalscore van ‘tevredenheid rond communicatie’ gemiddeld een score van 3.1 geven, kunnen we voorzichtig besluiten dat de patiënten die aan ons onderzoek hebben deelgenomen, over het algemeen tevreden zijn over de communicatie. Patiënten lijken minst tevreden over de informatie rond levensstijl en meest tevreden rond de behandelingsmogelijkheden en praktische informatie.

Copingstijl. Bij het vergelijken van de gemiddelde scores voor ‘blunting’ en ‘monitoring’, merken we dat deze van dezelfde grootorde zijn.

Levenskwaliteit. Bij de functionele schalen, zien we de laagste score bij ‘rol functioneren’, terwijl ‘cognitief functioneren’ de hoogste score krijgt. Bij de symptoomschalen merken we een hoge score bij ‘vermoeidheid’ en ‘slapeloosheid’.

Tabel 5. *Onderzoeksgegevens patiënt*

	Patiënt	
	Mean	SD
Tevredenheid rond communicatie	3.1	0.5
Ziektegerelateerde informatie	3.2	0.6
Behandelingsmogelijkheden	3.3	0.6
Bijwerkingen	3.1	0.7
Levensstijl	2.8	0.7
Praktische informatie	3.3	0.9
Emotionele ondersteuning	3.0	0.9
Copingstijl		
Monitoring	34.3	10.7
Blunting	33.5	9.1
Levenskwaliteit		
Globale levenskwaliteit	60.7	17.4
Functionele schalen		
- Lichamelijk functioneren	68.7	22.8
- Rol functioneren	60.1	33.2
- Emotioneel functioneren	72.6	22.7
- Cognitief functioneren	77.6	22.0
- Sociaal functioneren	70.6	31.1
Symptoomschalen/items		
- Vermoeidheid	43.7	28.2
- Misselijkheid en braken	13.6	18.1
- Pijn	30.7	31.6
- Ademnood	28.0	34.3
- Slapeloosheid	43.8	33.1
- Verminderde eetlust	27.2	32.8
- Constipatie	19.3	28.7
- Diarree	10.5	23.4
- Financiële problemen	19.3	29.7
Emotioneel		
Angst	6.9	3.9
Depressie	6.2	4.1

Emotioneel. Bij de HADS vragenlijst wijzen scores hoger dan 7 op een verhoogde aanwezigheid van angst- en depressieve klachten. Beide gemiddelden, zowel voor angst als voor depressie, vallen onder deze grenswaarde (Tabel 5). Bij de angstschaal zijn er vijf patiënten (13%) die een hoge score halen (score hoger dan 11, klinisch significant), alsook elf patiënten (29%) die zich in de borderlinezone bevinden (score tussen 8 en 10). Bij de depressieschaal

halen zeven patiënten (18%) een hoge score (score hoger dan 11, klinisch significant), alsook vier patiënten (11%) een borderlinescore (score tussen 8 en 10).

Beschrijvende statistiek naaste

De onderzoeksgegevens verkregen bij de naasten vinden we terug in tabel 6. Bij de naasten merken we, net zoals bij de patiënten, een algemene tevredenheid rond communicatie. Veertien (82%) verkiezen alle informatie te krijgen en betrokken te worden in de beslissingen rond het ziek-zijn van hun naaste. Niemand prefereert enkel positieve informatie te krijgen, terwijl drie naasten (18%) beperkte info wensen en verkiezen dat de dokter de beslissingen neemt. Veertien naasten (82%) vinden dat de informatieverstrekking niet verbeterd kan worden, terwijl slechts drie naasten (18%) aangeven van wel. De scores op de BDI tonen ons dat twaalf naasten (71%) minimale tekenen van depressie vertonen en vijf naasten (29%) lichte symptomen. Er werden geen matig ernstig tot ernstige symptomen gescoord.

Tabel 6. *Onderzoeksgegevens naaste*

	Naaste	
	Mean	SD
Tevredenheid rond communicatie	3.2	0.5
Ziektegerelateerde informatie	3.4	0.6
Behandelingsmogelijkheden	3.2	0.6
Bijwerkingen	3.4	0.7
Levensstijl	3.0	0.8
Praktische informatie	3.3	0.7
Emotionele ondersteuning	2.9	0.9
Copingstijl		
Monitoring	31.9	12.0
Blunting	28.0	7.3
Globale levenskwaliteit	5.8	2.3
Depressie	9.41	5.1

Toetsen onderzoeksvragen

Bij het toetsen van onze onderzoeksvragen hebben wij ons geconcentreerd op ‘tevredenheid rond communicatie’, ‘angst’, ‘depressie’, ‘levenskwaliteit’, de functionele schalen en de symptoomschaal ‘vermoeidheid’ (Tabel 7). We kozen ervoor om de symptoomschalen, uitgezonderd ‘vermoeidheid’, niet mee te nemen in de analyses die in de resultatensectie besproken worden, dit om alles overzichtelijk te houden. Voor de symptoomschaal

‘vermoeidheid’ maken we een uitzondering aangezien we in ons ziekenhuis vaak infosessies geven rond vermoeidheid, waardoor deze analyses interessant kunnen zijn binnen ons werkveld. Voor de volledigheid werd de volledige correlatiematrix, met alle symptoomschalen, toegevoegd als bijlage (Bijlage 2). De verzamelde gegevens werden verwerkt met behulp van het statistisch software pakket SPSS (versie 19.0).

Onderzoeksvraag 1

Is er bij patiënten een verschil tussen Monitoring en Blunting enerzijds en ‘kwaliteit van leven’, ‘tevredenheid met communicatie’, ‘functioneren’, ‘angst’ en ‘depressie’ anderzijds? Volgens onze hypothesen verwachten we een invloed van de scores op ‘monitoring’ en ‘blunting’. Dit gaan we na door het berekenen van een Kendall’s tau-coëfficiënt tussen de verschillende scores en waarden. Uit de Shapiro-Wilk test (Tabel 7) blijken de scores op de meeste vragenlijsten niet normaal verdeeld te zijn. Daarom kozen we gebruik te maken van de Kendall’s tau correlatiecoëfficiënt, gezien bij het gebruiken van deze toets, de data niet normaal hoeven verdeeld te zijn (Field, 2009). De correlatiecoëfficiënt weerspiegelt de statistische relatie tussen verschillende waarden en scores in een populatie waaruit een steekproef werd getest, waarbij hoge absolute waarden een sterke relatie uitdrukken.

Tabel 7. *Shapiro-Wilk test, om na te gaan of de scores normaal verdeeld zijn*

	Statistiek	Df	Significantie
Angst	0.97	38	0.39
Depressie	0.93	38	0.02
Monitoring	0.95	38	0.10
Blunting	0.97	38	0.42
Fysisch functioneren	0.93	38	0.02
Rol functioneren	0.89	38	0.00
Emotioneel functioneren	0.91	38	0.01
Cognitief functioneren	0.85	38	0.00
Sociaal functioneren	0.84	38	0.00
Vermoeidheid	0.92	38	0.01
Levenskwaliteit	0.95	38	0.06
Tevredenheid van communicatie	0.94	38	0.03

Tabel 8. *Correlatiematrix onderzoeksgegevens patiënt (Kendall's tau correlatie)*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Angst											
2. Depressie	0.53 <i>0.00</i>										
3. Monitoring	0.06 <i>0.59</i>	-0.03 <i>0.82</i>									
4. Blunting	-0.23 <i>0.05</i>	-0.27 <i>0.03</i>	0.11 <i>0.35</i>								
5. Fysisch functioneren	-0.21 <i>0.08</i>	-0.38 <i>0.00</i>	0.03 <i>0.80</i>	0.08 <i>0.52</i>							
6. Rol functioneren	-0.23 <i>0.06</i>	-0.33 <i>0.01</i>	0.12 <i>0.34</i>	0.04 <i>0.74</i>	0.62 <i>0.00</i>						
7. Emotioneel functioneren	-0.34 <i>0.01</i>	-0.44 <i>0.00</i>	-0.06 <i>0.61</i>	0.16 <i>0.18</i>	0.45 <i>0.00</i>	0.44 <i>0.00</i>					
8. Cognitief functioneren	-0.26 <i>0.04</i>	-0.33 <i>0.01</i>	-0.01 <i>0.96</i>	0.18 <i>0.16</i>	0.39 <i>0.00</i>	0.33 <i>0.01</i>	0.30 <i>0.02</i>				
9. Sociaal functioneren	-0.18 <i>0.14</i>	-0.35 <i>0.01</i>	-0.01 <i>0.94</i>	0.10 <i>0.44</i>	0.60 <i>0.00</i>	0.57 <i>0.00</i>	0.56 <i>0.00</i>	0.42 <i>0.00</i>			
10. Vermoeidheid	0.33 <i>0.01</i>	0.35 <i>0.01</i>	-0.07 <i>0.57</i>	-0.10 <i>0.42</i>	-0.48 <i>0.00</i>	-0.72 <i>0.00</i>	-0.43 <i>0.00</i>	-0.40 <i>0.00</i>	-0.57 <i>0.00</i>		
11. Levenskwaliteit	-0.24 <i>0.06</i>	-0.44 <i>0.00</i>	0.04 <i>0.76</i>	-0.02 <i>0.90</i>	0.49 <i>0.00</i>	0.57 <i>0.00</i>	0.43 <i>0.00</i>	0.21 <i>0.12</i>	0.70 <i>0.00</i>	-0.57 <i>0.00</i>	
12. Communicatie	-0.31 <i>0.01</i>	-0.26 <i>0.04</i>	0.02 <i>0.89</i>	0.23 <i>0.06</i>	-0.15 <i>0.21</i>	-0.06 <i>0.66</i>	-0.05 <i>0.68</i>	-0.07 <i>0.61</i>	-0.33 <i>0.01</i>	0.09 <i>0.48</i>	-0.15 <i>0.23</i>

Nota. De waarden representeren de Kendall's tau correlatiecoëfficiënten. De cursieve waarden representeren de overeenkomstige *p*-waarden (tweezijdig getest).

Tabel 8 toon aan dat de scores op ‘blunting’ en ‘monitoring’ niet zijn gecorreleerd (*Kendall’s* $\tau=0.11$, $p=0.35$). Naast het feit dat deze beide scores niet complementair zijn, suggereert de afwezigheid van een correlatie dat beide constructen onafhankelijk zijn en dat het niet aangewezen is patiënten op te delen in een groep ‘monitors’ en een groep ‘blunters’ (Ong, et al., 1999; Myers & Derakshan, 2000). Vervolgens gaan we de mate na waarin een patiënt een lage/hoge score heeft voor ‘monitoring’ of ‘blunting’ een invloed heeft op de scores van ‘tevredenheid communicatie’, de functionele schalen, de symptoomschaal ‘vermoeidheid’, ‘levenskwaliteit’ en op ‘angst’, en ‘depressie’. We gaan deze verbanden na door middel van de Kendall’s tau correlatiecoëfficiënt.

Relatie monitoring en blunting met de tevredenheid rond communicatie. We vinden een randsignificante positieve correlatie terug bij ‘blunting’ met ‘tevredenheid communicatie’ ($\tau=0.23$, $p=0.06$; Tabel 8). Dit suggereert dat patiënten met meer ‘blunting’ gedrag over het algemeen meer tevreden zijn rond de communicatie, wat in lijn ligt met onze verwachtingen. We vonden geen effect terug bij ‘monitoring’.

Relatie monitoring en blunting met levenskwaliteit, de functionele schalen en de symptoomschaal vermoeidheid. Zowel bij ‘monitoring’, als bij ‘blunting’, werden er geen correlaties met ‘levenskwaliteit’, de functionele schalen en ‘vermoeidheid’ gevonden (Tabel 8). Dit suggereert dat er bij de geteste patiënten geen verband bestaat tussen een monitoring of blunting gedrag en hun kwaliteit van leven, vermoeidheid en hun functioneren.

Relatie monitoring en blunting met angst en depressie. Er werd een negatieve correlatie gevonden tussen ‘blunting’ en ‘depressie’ ($\tau=-0.27$, $p=0.03$), en een rand significante negatieve correlatie tussen ‘blunting’ en ‘angst’ ($\tau=-0.23$, $p=0.05$). Ook dit bevestigt onze hypothese dat patiënten met meer blunting gedrag, minder depressieve en/of angstklachten aangeven. Daarnaast vonden we geen correlatie terug tussen ‘monitoring’ en ‘angst’ en ‘monitoring’ en ‘depressie’ (Tabel 8).

Relatie monitoring en blunting met leeftijd. We gingen ook na of de scores op ‘monitoring’ en ‘blunting’ gecorreleerd zijn met de leeftijd van de patiënten. Leeftijd is negatief gecorreleerd met ‘monitoring’ ($\tau=-0.41$, $p=0.01$). Niettegenstaande we geen oorzakelijk verband kunnen aangeven via een correlatie, kunnen we wel de twee mogelijke oorzaken aangeven voor deze bevinding. Ofwel hebben patiënten, die nu ouder zijn, altijd al een andere copingsstijl gehad in vergelijking met patiënten die nu jonger zijn, ofwel neemt de score ‘monitoring’ af bij het ouder worden. Er werd geen correlatie gevonden tussen leeftijd en ‘blunting’ ($\tau=-0.15$, $p=0.37$).

Onderzoeksvraag 2

Volgens onze hypothese verwachten we een verschil in tevredenheid van communicatie, copingstijl, levenskwaliteit en functioneren tussen patiënten in een palliatieve setting en patiënten in een curatieve setting. Gezien de scores niet normaal verdeeld zijn, dienen wij deze analyses uit te voeren met non-parametrische testen. We gebruiken hiervoor de Mann-Whitney U Test. Deze test is een non-parametrische statistische test, waarmee men kan nagaan of de scores van twee onafhankelijke steekproeven al dan niet verschillend zijn (Mann & Whitney, 1947). Om de richting van eventuele gevonden effecten na te gaan, hebben we de gemiddelde scores en de gemiddelde rangorde op de verschillende vragenlijsten van beide groepen weergegeven in tabel 9.

Tabel 9. Gemiddelde waardes (M) en gemiddelde rangorde (R) op de verschillende schalen voor de groepen 'curatief' en 'palliatief'

	Curatief (N=16)	Palliatief (N=22)
	M (R)	M (R)
Monitoring	35.50 (20.81)	33.41 (18.55)
Blunting	34.06 (20.13)	33.09 (19.05)
Tevredenheid communicatie	18.63 (19.00)	18.77 (19.86)
Fysisch functioneren	78.00 (23.78)	61.86 (16.39)
Rol functioneren	73.94 (24.22)	50.05 (16.07)
Emotioneel functioneren	77.56 (22.59)	68.95 (17.25)
Cognitief functioneren	82.25 (21.78)	74.14 (17.84)
Sociaal functioneren	75.00 (20.81)	67.41 (18.55)
Vermoeidheid	32.50 (15.19)	51.91 (22.64)
Levenskwaliteit	63.56 (21.31)	58.68 (18.18)
Angst	5.94 (16.94)	7.68 (21.36)
Depressie	4.88 (15.84)	7.23 (22.16)

Effect setting op monitoring en blunting. We vinden geen effect groep ('curatief' vs 'palliatief') op de copingstijl 'monitoring' (Mann-Whitney $U=155$, $z=-0.62$, $p=0.54$) of 'blunting' (Mann-Whitney $U=166$, $z=-0.30$, $p=0.78$). Dit wijst erop dat er geen verband bestaat tussen het stadium van diagnose en de copingstijl van patiënten.

Effect setting op de tevredenheid rond communicatie. We vinden geen effect terug op de 'tevredenheid van communicatie' tussen beide groepen (Mann-Whitney $U=168$, $z=-0.24$, $p=0.82$), wat suggereert dat beide groepen eenzelfde inschatting maken van de tevredenheid van communicatie.

Effect setting op angst en depressie. We vinden een rand significant verschil voor 'depressie' tussen beide groepen (Mann-Whitney $U=117.5$, $z=-1.74$, $p=0.08$). In tabel 9 zien we

dat palliatieve patiënten meer depressieve klachten aangeven. Bij de angstscores vonden we geen verschil tussen beide groepen.

Effect setting op levenskwaliteit. We vinden geen effect terug op de ‘levenskwaliteit’ tussen beide groepen (Mann-Whitney $U=147$, $z=-0.88$, $p=0.39$). Dit suggereert dat patiënten in een palliatieve setting, in tegenstelling tot onze verwachtingen, geen mindere levenskwaliteit aangeven in vergelijking met patiënten in een curatieve setting.

Effect setting op de functionele schalen en symptoomschaal ‘vermoeidheid’. De scores op de functionele schalen ‘fysisch functioneren’ (Mann-Whitney $U=107.5$, $z=-2.04$, $p=0.04$) en ‘rol functioneren’ (Mann-Whitney $U=100.5$, $z=-2.27$, $p=0.02$) zijn afhankelijk van de setting, met hogere scores voor patiënten in een curatieve setting (Tabel 9). Patiënten in een curatieve setting functioneren bijgevolg beter op fysisch vlak en qua rol. De scores op de overige functionele schalen vertonen daarentegen geen verschillen (alle $p>0.1$). De scores op de symptoomschaal ‘vermoeidheid’ hangen ook af van de setting (Mann-Whitney $U=107$, $z=-2.07$, $p=0.04$). De patiënten in een palliatieve setting hebben meer last van vermoeidheid (Tabel 9).

Onderzoeksvraag 3

We verwachten dat patiënten met hoge angst- en/of depressiescores minder tevreden zijn met de communicatie, minder levenskwaliteit ervaren, meer vermoeidheidsklachten hebben en minder goed functioneren. Om na te gaan of we bij patiënten een verband vinden tussen de scores op ‘angst’ en ‘depressie’ en de andere concepten, maken we gebruik van de correlatiecoëfficiënten uit tabel 8.

‘Angst’ is positief gecorreleerd met ‘depressie’ ($\tau=0.53$, $p=0.00$) en ‘vermoeidheid’ ($\tau=0.33$, $p=0.01$). Daarnaast is ‘angst’ negatief gecorreleerd met ‘emotieel functioneren’ ($\tau=-0.34$, $p=0.01$), ‘cognitief functioneren’ ($\tau=-0.26$, $p=0.04$) en ‘tevredenheid van communicatie’ ($\tau=-0.31$, $p=0.01$). We vonden een rand significante correlatie tussen ‘angst’ en ‘rol functioneren’ ($\tau=-0.23$, $p=0.06$) en ‘levenskwaliteit’ ($\tau=-0.24$, $p=0.06$). Er is geen correlatie tussen ‘angst’ en ‘fysisch functioneren’ en ‘sociaal functioneren’ (Tabel 8).

‘Depressie’ is, naast met ‘angst’, enkel positief gecorreleerd met ‘vermoeidheid’ ($\tau=0.35$, $p=0.01$). ‘Depressie’ is negatief gecorreleerd met ‘fysisch functioneren’ ($\tau=-0.38$, $p=0.00$), ‘rol functioneren’ ($\tau=-0.33$, $p=0.01$), ‘emotieel functioneren’ ($\tau=-0.44$, $p=0.00$), ‘cognitief functioneren’ ($\tau=-0.33$, $p=0.01$), ‘sociaal functioneren’ ($\tau=-0.35$, $p=0.01$), ‘levenskwaliteit’ ($\tau=-0.44$, $p=0.00$) en ‘tevredenheid van communicatie’ ($\tau=-0.26$, $p=0.04$).

Onderzoeksvraag 4

We verwachten bij de naasten een verminderde levenskwaliteit en een verhoogde aanwezigheid van depressieve klachten. Wij willen nagaan of dit verband houdt met hun tevredenheid rond de communicatie of met de copingstijl, namelijk ‘monitoring’ of ‘blunting’.

Er werden geen correlaties weerhouden tussen de verschillende concepten (Tabel 10). We dienen hierbij wel op te merken dat onze steekproef slechts uit 17 deelnemers bestond.

Tabel 10 . *Correlatiematrix onderzoeksgegevens naaste (Kendall's tau correlatie)*

	1	2	3	4	5
1. Levenskwaliteit					
2. Depressie	0.86				
	<i>0.66</i>				
3. Monitoring	0.06	0.21			
	<i>0.76</i>	<i>0.24</i>			
4. Blunting	0.09	0.12	0.05		
	<i>0.63</i>	<i>0.51</i>	<i>0.80</i>		
5. Tevredenheid communicatie	-0.07	-0.03	0.27	0.11	
	<i>0.73</i>	<i>0.87</i>	<i>0.15</i>	<i>0.56</i>	

Nota. De waarden representeren de Kendall's tau correlatiecoëfficiënten. De cursieve waarden representeren de overeenkomstige *p*-waarden (tweezijdig).

DISCUSSIE

Met dit onderzoek trachtten meer inzicht te krijgen hoe we de zorg voor de oncologische patiënten binnen ons ziekenhuis kunnen optimaliseren. Uit de literatuur kwam naar voor dat informatieverstrekking voor de patiënt en zijn naasten hierbij belangrijk zijn. We hebben ons daarom toegespitst op hoe de informatieverstrekking zo goed mogelijk kan verlopen en kan aangepast worden aan de individuele noden van de patiënt.

In het algemeen geven de resultaten aan dat, zowel onze patiënten, als hun naasten, tevreden zijn met de communicatie. Aan de andere kant geven toch ook een minderheid van de patiënten en de naasten aan dat de informatieverstrekking nog verbeterd kan worden. Het percentage lag hoger bij de patiënten dan bij de naasten. Dit sluit niet aan bij de bevindingen van een literatuurstudie van Adams et al. (2009), waarin wordt beschreven dat de naasten van patiënten meer kans hebben dat hun informatienoden niet vervuld worden. We kunnen hierbij wel de bemerking maken dat de patiënten die deelgenomen hebben aan ons onderzoek reeds begeleid worden vanuit de behandelteams. Vanuit de teams hebben wij oog voor de noden van de naasten, wat de tevredenheid van de naasten kan beïnvloeden. Hierbij dienen wij ook de bemerking te maken dat in ons onderzoek enkel gepolst kon worden naar de tevredenheid rond de communicatie. De hoeveelheid, vorm of inhoud van de gesprekken kon niet worden nagegaan omwille van praktische onhaalbaarheid. Wij kunnen niet alle gesprekken met de artsen registreren of bijwonen.

In de literatuur vonden we evidentie dat de informatienood kan bekeken worden vanuit de copingstijl. Miller (1987) beschreef hierbij twee concepten, namelijk 'monitoring' en 'blunting'. Wij hebben in onze eerste onderzoeksvraag nagegaan of we deze bevindingen kunnen terugvinden bij onze patiëntengroep. Daarnaast wilden wij de verbanden nagaan tussen de copingstijl enerzijds, en de tevredenheid van communicatie, de levenskwaliteit, functioneren, vermoeidheid, angst en depressie, anderzijds. In lijn met de bevindingen uit de studies van Myers and Derakshan (2000) en Ong et al. (1999) vonden we geen correlatie terug tussen de scores op 'monitoring' en 'blunting', wat suggereert dat deze twee concepten los van elkaar dienen bekeken te worden. Er bleek, in onze steekproef, geen correlatie te bestaan tussen 'monitoring' en de verschillende scores en waarden. Bij 'angst' en 'depressie' liggen deze bevindingen in de lijn met het onderzoek van Wakefield et al. (2007), waarbij zij aangeven dat 'monitoring' niet gerelateerd is aan angst en depressie. Aan de andere kant vinden we wel een negatieve correlatie terug tussen 'blunting' enerzijds en 'angst' en 'depressie' anderzijds. Wakefield et al. (2007) vonden eenzelfde verband tussen 'blunting' en 'angst' terug, maar niet met 'depressie'. Patiënten die een hoge score halen op 'blunting' rapporteren minder angst-

depressieklachten. Dit lijkt er op te wijzen dat de informatieverstrekking goed afgesteld is voor blunTERS binnen onze context. Daarnaast verwachtten we dat patiënten met een hoge score op ‘monitoring’ minder tevreden zijn met de communicatie. In ons onderzoek vonden we echter geen evidentie voor deze hypothese. Een mogelijke verklaring hierbij zou kunnen zijn, dat wij enkel patiënten geïnccludeerd hebben die reeds door een support team begeleid worden, wat de patiënttevredenheid beïnvloed kan hebben. Er werd wel een verband gevonden tussen ‘blunting’ en ‘tevredenheid met communicatie’, waarbij patiënten met een hoge score op ‘blunting’ meer tevredenheid aangeven. Dit bevestigt de bevindingen van Steptoe et al. (1991) dat blunTERS over het algemeen meer tevreden zijn over de informatieverstrekking. Voor levenskwaliteit, vermoeidheid en functioneren vonden we geen correlaties terug met ‘monitoring’. Volgens de literatuur kunnen we nochtans verwachten dat hoge monitors, meer en langer last hebben van nevenwerkingen (Miller et al., 1996). Vooral de invloed van cognitieve herstructurering bij monitors, bleek daarbij belangrijk. De inschakeling van psychosociale zorg en gespecialiseerde verpleegkundigen vanuit de behandelteams bij onze patiënten, doorbreekt mogelijks dit mechanisme. Ook bij ‘blunting’ vonden we geen verband terug met ‘levenskwaliteit’, ‘vermoeidheid’ en ‘functioneren’. Met deze bevindingen repliceren we de resultaten van Ong et al. (1999).

Als laatste onderdeel van deze onderzoeksvraag, gingen wij de relatie met leeftijd na. Wij vonden een negatieve correlatie terug tussen ‘monitoring’ en leeftijd. Niettegenstaande het zeer moeilijk is zonder experimentele manipulatie een causale relatie aan te tonen, zou dit ofwel kunnen betekenen dat patiënten, die nu ouder zijn, altijd al een andere copingstijl hebben gehad in vergelijking met patiënten die nu jonger zijn, of dat de score ‘monitoring’ afneemt bij het ouder worden. Ong et al. (1999) concludeerden uit hun onderzoek dat ‘monitoring’ of ‘blunting’ een stabiele persoonlijkheidstrek is. Hieruit kunnen wij argumenteren dat ‘monitoring’ vermoedelijk niet standaard afneemt bij het ouder worden. Snauwaert en Van Belle (2009) beschreven dat artsen vroeger een meer paternalistische houding aannamen ten opzichte van patiënten. We maken hierbij dan ook de bedenking dat oudere patiënten het minder gewoon zijn om betrokken te worden in de beslissingen rond hun ziek-zijn en hierdoor minder ‘monitoring’ gedrag stellen en argumenteren dus dat oudere mensen altijd al een andere copingstijl hebben gehad dan jongere mensen dat dit de reden is voor de negatieve relatie tussen leeftijd en ‘monitoring’.

In een tweede deel van ons onderzoek willen wij nagaan of er verschillen terug te vinden zijn tussen patiënten in een curatieve of een palliatieve setting. Wij vonden geen verschil terug in copingstijl, namelijk ‘monitoring’ of ‘blunting’. Ook dit bevestigt opnieuw onze assumptie dat ‘monitoring’ en ‘blunting’ niet afhankelijk is van het ziektestadium, maar wel

persoonsgebonden is. Opnieuw willen we benadrukken dat wij vanuit ons onderzoek geen causale verbanden kunnen nagaan. Longitudinaal onderzoek zou kunnen uitzoeken of de copingstijl rond ziekte een stabiele factor is bij patiënten.

Daarnaast vonden we geen verschil tussen beide groepen in tevredenheid rond de communicatie. Wel kon een onderscheid gemaakt worden bij het functioneren en de vermoeidheid bij patiënten. Palliatieve patiënten zijn meer vermoeid en functioneren minder goed op fysisch vlak en rol. Aan de andere kant vonden we geen verschil tussen beide groepen in levenskwaliteit. Dit lijkt er op te wijzen dat, ondanks het feit dat palliatieve patiënten meer klachten ondervinden, zij toch niet minder levenskwaliteit ervaren. Niettegenstaande we geen verschil vinden in levenskwaliteit, scoren palliatieve patiënten wel hoger op depressie. Van Laarhoven et al. (2011) vonden in hun onderzoek ook dat palliatieve patiënten, in vergelijking met curatieve patiënten, hoger scoren op angst en op hopeloosheid.

Onze derde onderzoeksvraag ging de samenhang na van angst en depressie met levenskwaliteit, functioneren en vermoeidheid. Zoals verwacht uit de literatuur gaan angst- en depressieklachten samen met een lagere levenskwaliteit, verminderd functioneren, en grotere vermoeidheid (Ahlberg et al., 2004; Pelletier et al., 2002). Vervolgens werd een negatieve samenhang gevonden tussen angst en depressie en tevredenheid van communicatie. Dit kun je op twee manieren bekijken. Zo kunnen patiënten met angst- en/of depressieve klachten een algemene negatieve kijk hebben, waardoor zij ook minder tevreden zijn rond de communicatie. Aan de andere kant, kan een niet bevredigde informatienood ook leiden tot angst- en depressieve klachten (Ong et al., 1995).

In een laatste deel van ons onderzoek zijn wij nagegaan hoe naasten de tevredenheid rond communicatie ervaren. Wij hadden hierbij graag opnieuw de link gelegd met de copingstijl, 'monitoring' en 'blunting' en depressieve klachten, maar wij konden geen significante verbanden weerhouden. Vermoedelijk was onze steekproef te klein. Verder onderzoek zou dit kunnen nagaan. Uit de literatuur komt de samenhang tussen psychische ontreddeing bij patiënten en naasten (Ben-Zur et al., 2001; Hodges et al., 2005). Dit is een belangrijk aandachtspunt om mee te nemen naar de praktijk.

We dienen ook een aantal limitaties aan te geven rond ons onderzoek. De grootte van onze steekproef is beperkt. Mogelijke redenen hiervoor is de beperkte tijdsspanne, de ziekte-toestand van de patiënten en praktische redenen. Wij dienen ook op te merken dat wij enkel patiënten hebben gevraagd deel te nemen aan ons onderzoek, die reeds door één van de behandelteams begeleid werden. We merken bovendien dat collega's blijvend gemotiveerd dienden te worden om patiënten uit te nodigen. Daarnaast werden wij voor het uitvoeren van een grootschalig onderzoek gelimiteerd door de grootte van ons ziekenhuis. Verder onderzoek

zou kunnen uitgebreid worden over ziekenhuizen heen. Wij hebben geen zicht op hoeveel patiënten aangegeven hebben niet deel te willen nemen aan ons onderzoek. Verder is het opvallend dat er veel meer vrouwelijke patiënten deelgenomen hebben aan ons onderzoek. Dit heeft tot gevolg dat we geen verbanden konden onderzoeken met geslacht. Bij de naasten was het rekruteren van deelnemers nog moeilijker, gezien er vaak weinig rechtstreeks contact is met hen. Patiënten komen vaak alleen naar het ziekenhuis voor hun therapie. Doordat we te weinig naasten konden betrekken in ons onderzoek, konden we ook geen link gelegd tussen patiënten en naasten. Tijdens de dataverzameling merkten we wel op dat patiënten en naasten, indien zij moeilijkheden ondervonden, dat dit meestal te maken had met de vragenlijst Medisch Bedreigende Situaties (MBS). Deelnemers vonden het moeilijk om zich in te leven in deze situaties. Een onderzoek van Ong et al. (1999) bevestigt dat het over het algemeen moeilijk is voor patiënten om zich in te leven in een hypothetische medische situatie als deze verschilt van hun huidige medische situatie. Ook zelf merken wij dat de interpretatie van die vragenlijst en de concepten 'monitoring' en 'blunting' niet eenduidig is. Dit is ook terug te vinden in de elkaar tegensprekende literatuur, waar er onenigheid is over het opsplitsen van de concepten in respectievelijk twee of vier groepen (Miller, 1995; Myers & Derakshan, 2000).

CONCLUSIE

Binnen ons ziekenhuis is er doorheen de laatste jaren een duidelijke positieve evolutie merkbaar ten aanzien van de begeleiding van oncologische patiënten. Een aantal jaren geleden beperkte psychosociale ondersteuning zich tot de sociale dienst en het palliatief support team. Nu hebben wij reeds 3 multidisciplinaire behandelteams werkzaam binnen oncologie. Toch merken wij dat, ondanks het ruime aanbod dat wij willen bieden aan alle oncologische patiënten en naasten, we toch een grote groep niet bereiken. De patiënten met gastro-intestinale tumoren of urologische tumoren volgen we op dit moment te weinig op. Wanneer wij kijken naar de laatste cijfers op nationaal niveau (Belgian Cancer Registry, 2011), merken we dat zowel bij vrouwen als bij mannen, colorectale kanker in de top drie staat van meest gediagnosticeerde kankers. Wij zouden graag onze werking uitbreiden, zodat ook deze patiënten de nodige psychosociale omkadering kunnen genieten.

Uit ons onderzoek is gebleken dat niet enkel de communicatievaardigheden van de arts belangrijk zijn bij het voldoen aan de informatienood van de patiënt. Er spelen heel wat andere factoren mee in deze interactie. Zo zijn er enerzijds de noden van de patiënt, maar evengoed hebben de naasten van de patiënt hun behoeftes en vragen. Bovendien is iedere patiënt ook verschillend en kunnen dezelfde woorden voor een andere patiënt of in een andere situatie, een compleet andere interpretatie krijgen. Hierin schuilt een belangrijke taak voor de behandelteams. Wij kunnen mee waken over de communicatie en mogelijke misvattingen bijsturen. Uit onderzoek is bovendien gebleken dat niet enkel informatie van de arts zeer relevant is, maar dat ook gespecialiseerde verpleegkundigen hierin een faciliterende rol hebben (Booth et al., 2005). Een goede psychosociale ondersteuning, reeds bij diagnose, kan de aanwezigheid van psychische problemen verminderen, ook op lange termijn. Als psycholoog van de behandelteams kun je een belangrijke rol spelen in het maken van een inschatting van de wensen en noden van zowel patiënt als naaste.

Verskillende studies hebben aangetoond dat artsen er vaak niet in slagen om ontredde bij hun patiënten te herkennen (Merckaert et al., 2008; Razavi et al., 2005; Söllner et al., 2001). Daarbij onderschatten zij ook vaak de ernst hiervan. Dit pleit voor een systematische intake door een lid van de behandelteams, die op zijn beurt kan polsen naar de noden van de patiënt en diens naasten op vlak van psychosociale begeleiding. Daarnaast is het ook aan ons om voldoende feedback te geven aan de behandelende artsen, zodat zij op hun beurt meer zicht krijgen op de noden van hun patiënten en zo een totaalbeeld krijgen. Door die transparantie wensen wij de samenwerking te optimaliseren.

Een andere opvallend punt uit de literatuur is de interactie tussen het psychisch welbevinden van de patiënt en zijn naaste (Ben-Zur et al., 2001). Naasten worden echter vaak pas in een palliatief stadium meer betrokken binnen de begeleiding. Gezien onze doelstelling om de patiënten zo goed mogelijk doorheen hun ziekteproces te begeleiden, moeten wij nog steeds meer aandacht hebben voor het welzijn van de naasten.

Binnen oncologie wordt in ons ziekenhuis weinig gebruik gemaakt van testmateriaal. Onze ervaring met de HADS en de EORTC zijn wel positief en zal ons aanzetten sneller testmateriaal te gebruiken binnen ons werkveld. Ook het langer stilstaan bij bepaalde theorieën en deze toetsen bij onze eigen patiënten ervaren wij als positief, doch zeer tijdsrovend.

Bij het vertalen van de theoretische adviezen naar ons werkveld, halen wij een aantal handvaten om ons eigen aanbod binnen psychosociale begeleiding te verbeteren. Communicatie ook tussen de verschillende disciplines is essentieel. De multidisciplinaire overlegmomenten met de behandelende artsen is voor ons van onschatbare waarde. Op die manier krijgen niet alleen wij belangrijke informatie door, maar kunnen wij ook onze inbreng leveren en samen kijken voor een goede begeleiding. Wij zouden graag onze samenwerking met andere artsen verder uitbouwen en meer systematisch ingeschakeld worden. Zo kunnen wij zelf ook beter de noden aan psychologische begeleiding mee inschatten. Daarnaast is het belangrijk dat onze informatie ook gedeeld kan worden tussen de vaste overlegmomenten door. Zo kan eenzelfde patiëntendossier ervoor zorgen dat iedereen de nodige informatie kan vinden wanneer dit nodig is. Een laatste punt dat wij willen meenemen uit ons onderzoek, is het belang van naasten te bereiken binnen onze begeleiding. Wij denken er aan om een brochure te ontwikkelen, specifiek gericht aan de naasten.

REFERENTIES

- Aaronson, N., Ahmedzai A., Bergman B., Bullinger M., Cull A., Duez N., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal of the national Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Adams, E., Boulton, M., Watson, E. (2009). The information needs of partners and family members of cancer patients: A systematic literature review. *Patient Education and Counseling*, 77, 179-186.
- Ahlberg, K., Ekman, T., Wallgren, A. & Gaston-Johansson, F. (2004). Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 205-213.
- Antoni, M.H. (2003). *Stress Management Intervention for Women With Breast Cancer*. Washington DC: American Psychological Association.
- Arndt, S., Turvey, C., Andreasen, N.C. (1999). Correlating and predicting psychiatric symptom ratings: Spearman's r versus Kendall's tau correlation. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 97-104.
- Arora, N.K., Johnson, P., Gustafson, D.H., McTavish, F., Hawkins, R.P. & Pingree, S. (2002). Barriers to information access, perceived health competence, and psychosocial health outcomes: test of a mediation model in a breast cancer sample. *Patient education and counseling*, 47, 37-46.
- Bar-Tal, Y., Barnoy, S. & Zisser, B., (2005). Whose informational needs are considered? A comparison between cancer patients and their spouses' perceptions of their own and their partners' knowledge and informational needs. *Social Science & Medicine*, 60, 1459-1465.
- Bar-Tal, Y. & Spitzer, A. (1999). The Effect on Coping of Monitoring, Blunting, and the Ability to Achieve Cognitive Structure. *The Journal of Psychology*, 133(4), 395-412.
- Badr, H. & Taylor, C.L.C. (2006). Social Constraints and Spousal Communication in Lung Cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 673-683.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (2002). *Beck Depression Inventory-II Handling*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O. & Lev, S. (2001); Coping With Breast Cancer: Patient, Spouse, and Dyad Models. *Psychosomatic Medicine*, 63, 32-39.
- Bergelt, C., Koch, U. & Petersen, C. (2008). Quality of life in partners of patients with cancer. *Qual Life Res*, 17, 653-663.

- Booth, K., Beaver, K., Kitchener, H., O'Neill, J. & Farrell, C. (2005). Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. *Patient Education and Counseling*, 56, 225-232.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3.
- Cancer Incidence in Belgium, 2008, Belgian Cancer Registry, Brussels 2011.
- de Haes, J.C.J.M., Gualthérie van Weezel, L.M., Sanderman, R. &, van de Wiel, H.B.M. (2001). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Edwards, B. & Clarke, V. (2004). The psychological impact of cancer diagnosis on families: The influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho-oncology*, 13, 562-576.
- Eelen, S., Libert, Y., Mathys, R., Merckaert, I., Razavi, D. & Verzelen, A. (2007). Psychosociale noden bij kankerpatiënten: een nationale studie naar de behoeften en organisatie van psychologische ondersteuning. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 37(4); 221-228.
- Fallowfield, L., Ford, S. & Lewis, S. (1995). No news is not good news: Information preferences of patients with cancer. *Psycho-oncology*, 4, 197-202.
- Fayers, P.M., Aaronson, N.K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D. &, Bottomley, A., on behalf of the EORTC Quality of Life Group. (2001). *EORTC QLS-C30 Scoring Manual* (3rd edition). Brussels: EORTC.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS* (third edition). London: SAGE Publications Ltd.
- Gaston, C.M. & Michell, G. (2005). Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 61, 2252-2264.
- Gilbar, O. & Zusman, A. (2007). The correlation between coping strategies, doctor-patient/spousal relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 16, 1010-1018.
- Glajchen, M. (2004). The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *Journal of Supportive Oncology*, 2(2), 145-155.
- Goerling, U., Foerg, A., Sander, S., Schramm, N. &, Schlag, P.M. (2011). The impact of short-term psycho-oncological interventions on the psychological outcome of cancer patients of a surgical-oncology department – A randomised controlled study. *European Journal of Cancer*, 47, 2009-2014.

- Goldzweig, G., Hubert, A., Walach, N., Brenner, B., Perry, S., Andritsch, E. & Baider, L. (2009). Gender and psychological distress among middle- and older-aged colorectal cancer patients and their spouses: an unexpected outcome. *Critical Reviews in oncology/hematology*, 70, 71-81.
- Hack, T.F., Degner, L.F., Parker, P.A. (2005). The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, 14, 831-845.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Ranchor, A.V., Brilman, E.I., Kempen, G.I.J.M. & Ormel, J. (2001). Chronic disease in elderly couples. Are woman more responsive to their spouses' health condition than men? *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 693-696.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H.N., Tuinstra, J. & Coyne, J.C. (2008). Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, 134 (1), 1-30.
- Hodges, L.J., Humphris, G.M. & Macfarlane, G. (2005). A meta-analytical investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science & Medicine*, 60, 1-12.
- Jacobsen, P.B. (2009). Promoting evidence-based psychosocial care for cancer patients. *Psycho-Oncology*, 18, 6-13.
- Jenkins, V., Fallowfield, L. & Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer*, 84(1), 48-51.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247
- Mages, N. & Mendelsohn, C. (1979). Effect of cancer on patients' lives: a psychological approach. In: *Hund, A., Slone, G., Cohen, F. Health psychology*, 255-284. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maughan, K., Heyman, B. & Matthews, M. (2002). In the shadow of risk. How men cope with a partner's gynaecological cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 27-34.
- McLean, L.M. & Jones, J.M. (2007). A review of distress and its management in couples facing end-of-life cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 603-616.
- McIllmurray, M.B., Thomas, C., Francis, B., Morris, S., Soothill, K. & Al-Hamad, A. (2001). The psychosocial needs of cancer patient: findings from an observational study. *European Journal of Cancer Care*, 10, 261-269.
- Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Etienne, A., Klustersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. & Razavi, D. (2008). Factors influencing physicians' detection of cancer patients' and relatives' distress: can a communication skills training program improve physicians' detection? *Psycho-Oncology*, 17, 260-269.

- Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J. & Razavi, D. (2010). Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psycho-Oncology*, 19, 141-149.
- Miller, S.M. (1987). Monitoring and Blunting: Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Seeking Under Threat. *Journal of personality and social psychology*, 52(2), 345-353.
- Miller, S.M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer*, 76, 167- 177.
- Miller, S.M. & Mangan, C.E. (1983). The interacting effects of information and coping style in adapting to gynaecologic stress: should the doctor tell all. *Journal of personality and social psychology*, 45, 223-236.
- Miller, S.M., Rodoletz, M., Schroeder, C.M., Mangan, C.E., Sedlacek, T.V. (1996). Applications of the Monitoring Process Model to Coping With Severe Long-Term Medical Threats. *Health Psychology*, 15(3), 216-225.
- Mosher, C.E. & DuHamel, K.N. (2012). An examination of distress, sleep, and fatigue in metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 21, 100-107.
- Muris, P., Van Zuuren, J.F., De Jong, P.J., De Beurs, E. & Hanewald, G. (1994). Monitoring and blunting coping styles: the Miller Behavioral Style Scale and its correlates, and the development of an alternative questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 17 (1), 9-19.
- Myers, L.B. & Derakshan, N. (2000). Monitoring and blunting and an assessment of different coping styles. *Personality and Individual Differences*, 28, 111-121.
- Northouse, L.L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Walker, J., Galvin, E. & Decker, V. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of Clinical members*. 20 (19), 4050-4064.
- Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M. & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc. Med.* 40(7), 903-918.
- Ong, L.M.L., Visser, M.R.M., Van Zuuren, F.J., Rietbroek, R.C., Lammes, F.B. & De Haes, J.C.J.M. (1999). Cancer patients' coping styles and doctor-patient communication. *Psycho-Oncology*, 8, 155-166.
- Pitceathly, C. & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *European Journal of Cancer*, 39, 1517-1524.
- Patenaude, A.F., Orozca, S., Li, X., Kaelin, C.M., Gadd, M., Matory, Y., Mayzel, K., Roche,

- C.A., Smith, B.L., Farkas, W. & Garber, J.E. (2008). Support needs and acceptability of psychological and peer consultation: attitudes of 108 women who had undergone or were considering prophylactic mastectomy. *Psycho-Oncology*, 17, 831-843.
- Peleg-Oren, N. & Sherer, M. (2001). Cancer Patients and their Spouses: Gender and its Effect on Psychological and Social Adjustment. *Journal of Health Psychology*, 6(3), 329-339.
- Pelletier, G., Verhoef, M.J., Khatri, N. & Hagen, N. (2002). Quality of life in brain tumor patients: the relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, and existential issues. *Journal of Neuro-Oncology*, 57, 41-49.
- Petersson, L., Nordin, K., Glimelius, B., Brekkan, E., Sjöden, P-O. & Berglund, G. (2002). Differential Effects of Rehabilitation Depending on Diagnosis Patients' Cognitive Coping Style. *Psychosomatic Medicine*, 64, 971-980.
- Razavi, D., Merckaert, I., Libert, Y. (2005). *Studie over de behoeften en organisatie van de psychosociale ondersteuning van patiënten met kanker en hun naasten*. Volume I, II & III. Brussel: s.n.
- Rees, C.E. & Bath, P.A. (2000a). The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members: a review of the literature published between 1988 and 1998. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 833-841.
- Rees, D.E. & Bath, P.A. (2000b). Exploring the Information Flow: Partners of Women With Breast Cancer, Patients, and Healthcare Professionals. *Oncology Nursing Forum*, 27 (8), 1267-1275.
- Rutten, L.J.F., Arora, N.K., Bakos, A.D., Aziz, N. & Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient education and counseling*, 57, 250-261.
- Snauwaert, C. & Van Belle, S. (2009). Slechtnieuwsgesprekken in de oncologie: shift van diagnose naar prognose. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 65(8), 343-347.
- Segrin, C., Badger, T., Dorros, S.M., Meek, P. & Lopez, A.M. (2007). Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. *Psycho-Oncology*, 16, 634-643.
- Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G. & Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer*, 84(2), 179-185.
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., Speckens, A.E.M. & Van Hemert, A.M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.

- Stephens, A., Sutcliffe, I., Allen, B., Coombes, C. (1991). Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer. *So. Sci. Med.*, 32, 627-632.
- Thomas, R., Daly, M., Perryman, B. & Stockton, D. (2000). Forewarned is forearmed –benefits of preparatory information on video cassette for patients receiving chemotherapy or radiotherapy – a randomised controlled trial. *European Journal of Cancer*, 36 (12), 1536-1543.
- Thomas, R., Kaminski, E., Stanton, E. & Williams, M. (2004). Measuring information strategies in oncology – developing an information satisfaction questionnaire. *European Journal of Cancer Care*, 13, 65-70.
- Timmermans, L.M., Van Zuuren, F.J., Van der Maazen, R.W.M., Leer, J.W.H. & Kraaimat, F.W. (2007). Monitoring and blunting in palliative and curative radiotherapy consultations. *Psycho-Oncology*, 16, 1111-1120.
- Van der Molen, B. (1999). Relating information needs to the cancer experience: 1. Information as a key coping strategy. *European Journal of Cancer Care*, 8, 238-244.
- van Laarhoven, H.W.M., Schilderman, J., Bleijenberg, G., Donders, R., Vissers, K.C., Verhagen, C.A.H.H.V.M. & Prins, J.B. (2011). Coping, Quality of Life, Depression, and Hopelessness in Cancer Patients in a Curative and Palliative, End-of-life Care Setting. *Cancer Nursing*, 34(4), 302-314.
- Van Rijt, J.H.M., Kooij, A. & Koopman, J. (2003). *Door kanker uit balans*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Van Zuuren, F.J., De Groot, K.I., Mulder, N.L. & Muris, P. (1996). Coping with medical threat: an evaluation of the threatening medical situations inventory. *Person. individ. Diff.*, 21(1), 21-21.
- Voogt, E., van Leeuwen, A.F., Visser, A.P., van der Heide, A. & van der Maas, P.J. (2005). Information needs of patients with incurable cancer. *Support Care Cancer*, 13, 943-948.
- Wakefield, C.E., Homewood, J., Mahmut, M., Taylor, A. & Meiser, B. (2007). Usefulness of the Threatening Medical Situations Inventory in individuals considering genetic testing for cancer risk. *Patient Education and Counseling*, 69, 29-38.
- Wittmann, E., Beaton, C., Lewis, W.G., Hopper, A.;N., Zamawi, F., Jackson, C., Dave, B., Bowen, R., Willacombe, A., Blackshaw, G. & Crosby, T.D.I. (2011). Comparison of patients' needs and doctors' perceptions of information requirements related to a diagnosis of oesophageal or gastric cancer. *European Journal of Cancer Care*, 20, 187-195.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-370.

BIJLAGE 1

Overzicht vragenlijsten:

1. Informatieblad Patiënt + toestemmingsformulier
2. Persoonlijke gegevens Patiënt
3. Tevredenheid communicatie Patiënt
4. Medisch Bedreigende Situaties
5. Persoonlijke gegevens Naaste



Onderzoek naar de ervaringen in verband met de informatieverstrekking rond uw behandeling

Informatie voor de patiënt

Beste Mevrouw en Mijnheer,

Wij nodigen u uit deel te nemen aan een onderzoek. Alvorens uw medewerking te verlenen, vragen wij u vriendelijk onderstaande informatie te lezen.

Inleiding

Graag stellen we ons even voor. We zijn Charlotte Dejonckheere en Ann Ide. We zijn werkzaam op de psychologische dienst van het Jan Yperman Ziekenhuis en we volgen momenteel een bijkomende opleiding psycho-oncologie aan de Katholieke Universiteit Leuven. In het kader van ons eindwerk wensen we 50 personen te bevragen over de informatieverstrekking rond hun behandeling.

Doel van onze bevraging

Aan de hand van vragenlijsten wensen we na te gaan wat uw mening is rond de informatieverstrekking over uw behandeling.

Uw informatie vormt een meerwaarde om de dienstverlening rond oncologie nog meer op maat van de patiënten te kunnen afstemmen. Daarnaast vinden wij ook de mening van uw partner, kind of andere naaste belangrijk.

Waarom wordt u gekozen?

U wordt gevraagd om deel te nemen omdat u in behandeling bent in het Jan Yperman Ziekenhuis.

Bent u verplicht deel te nemen?

U kan vrijwillig beslissen of u al dan niet wil deelnemen aan het onderzoek. U hoeft geen reden op te geven indien u niet wenst mee te werken aan de bevraging. Aan een naaste wordt ook gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. U kan echter ook deelnemen zonder dat een naaste de vragenlijsten invult.

Wat gebeurt er indien ik deelneem?

Indien u uw toestemming geeft tot deelname aan de bevraging, zal een psycholoog u een vragenlijst bezorgen die u dient in te vullen. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer een

30-tal minuten tijd in beslag nemen. De ingevulde vragenlijst, samen met het toestemmingsformulier met uw handtekening erop, worden in een gesloten omslag afgegeven aan een psycholoog, ofwel diezelfde dag nog, ofwel bij een volgende opname in het ziekenhuis. Indien uw naaste deelneemt, zal een extra gesloten enveloppe meegegeven worden. Deze enveloppe bevat gelijkaardige vragenlijsten. Ook deze enveloppe dient terug bezorgd te worden aan de psycholoog.

Zal mijn deelname aan deze studie vertrouwelijk blijven?

Alle gegevens die verzameld worden, zullen anoniem en vertrouwelijk behandeld worden volgens de wet voorgeschreven. Uw naam, op het apart toestemmingsformulier, blijft strikt gescheiden van de informatie uit de vragenlijst. Op deze manier waarborgen we een anonieme verwerking van de door u verstrekte gegevens.

Wat zal er gebeuren met de resultaten van het onderzoek?

De resultaten zullen gebruikt worden bij de uitwerking van onze studie in het kader van ons eindwerk met als doel ons getuigschrift 'psycho-oncologie' te behalen. De verwerkte resultaten zullen anoniem weergegeven worden in ons gezamenlijk eindwerk.

Wie heeft deze studie gecontroleerd?

Dit onderzoek werd voorgelegd en goedgekeurd door de ethische commissie van het ziekenhuis. De ethische commissie heeft bepaald dat het onderzoek voldoet aan de voorwaarden betreffende uw veiligheid en vrijwaring van uw rechten. De ethische commissie heeft geen bezwaar kenbaar gemaakt tegen de uitvoering van deze bevraging. Ook de stuurgroep van de opleiding 'psycho-oncologie' heeft dit onderzoek goedgekeurd.

Wij danken u voor het lezen van deze informatie.

Voor verdere vragen mag u steeds contact opnemen met ons :

[Tel: 057/35.67.31](tel:057356731) of [057/35.67.45](tel:057356745)

Email: Charlotte.Dejonckheere@yperman.net of Ann.Ide@yperman.net

Met vriendelijke groet.

Charlotte Dejonckheere en Ann Ide
Psychologen
Dienst Patiëntenbegeleiding JYZ



Toestemmingsformulier

Onderzoek naar de ervaringen i.v.m. informatieverstrekking rond de behandeling

Informatieverstrekking voor de patiënt

- Ik bevestig dat ik de **informatie** over deze studie heb gelezen en begrepen en dat ik de kans heb gekregen **vragen** te stellen.
- Ik begrijp dat mijn deelname **vrijwillig** is en geen reden hoeft op te geven indien ik toch niet wens mee te werken.
- Ik begrijp dat de verwerking van de gegevens op een **vertrouwelijke en anonieme** manier zal gebeuren.
- Ik ga **akkoord** om de bevraging in te vullen.

Naam van de deelnemer

Datum

Handtekening



Persoonlijke gegevens
Patiënt

1. Wat is uw geslacht?

- Man
 Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

.....

3. Wat is uw leefsituatie?

- gehuwd - samenwonend
 alleenstaand
 gescheiden
 weduwe/ weduwnaar

4. Heeft u kinderen?

- ja en wonen nog thuis
 ja, maar wonen niet meer thuis
 nee

5. Wat is het hoogste niveau van onderwijs dat u met succes voltooid hebt?

- lager onderwijs
 lager middelbaar (tot 14 jaar)
 hoger middelbaar (tot 18 jaar)
 hoger onderwijs buiten de universiteit
 universitair onderwijs

6. Wat is uw diagnose?

.....
.....

7. Zijn er uitzaaiingen?

- ja
 nee
 ik weet het niet

8. Welke behandeling moet u krijgen?
(meerdere antwoorden mogelijk)
- chemotherapie
 - Hoeveel beurten heeft u achter de rug? ...
 - radiotherapie/bestraling
 - hormoontherapie
 - chirurgie/operatie
9. Is het de eerste keer dat u behandeld wordt voor deze diagnose?
- ja
 - nee
10. Wat is de bedoeling van de behandeling? (1 antwoord aankruisen aub)
- de behandeling is bedoeld om te genezen
 - de behandeling is bedoeld om de ziekte onder controle te houden en zich niet verder te laten ontwikkelen
 - ik weet het niet

**Gelieve nog eens te controleren of u alle vragen beantwoord hebt.
Bedankt voor de medewerking!**



Vragenlijst naar tevredenheid rond communicatie
Patiënt

1. Welke van de volgende stellingen gaat meest op voor jou ? (één antwoord aanduiden)

- Ik zou graag alle informatie krijgen en betrokken worden in beslissingen rond mijn ziek-zijn
- Ik wens enkel positieve informatie over mijn ziek-zijn
- Ik wens enkel beperkte informatie te krijgen en verkies dat de dokter de beslissingen neemt

2. Denk je dat de informatieverstrekking verbeterd kan worden?

- Nee
- Ja, hoe?

.....

.....

3. Hoe tevreden bent u met de informatie die u gekregen hebt tijdens uw ziekte? (één antwoord per vraag)

- Ziektegebonden informatie (diagnose, prognose, agressiviteit, genetisch risico,...)

Zeerv tevreden	Tevreden	Geen mening	Ontevreden	Zeerv ontevreden
0	0	0	0	0

- Verschillende behandelingsmogelijkheden (mogelijke opties, voor- en nadelen, klinische studies,...)

Zeerv tevreden	Tevreden	Geen mening	Ontevreden	Zeerv ontevreden
0	0	0	0	0

- Informatie over de bijwerkingen (tijdens behandeling, lange termijn effecten,...)

Zeerv tevreden	Tevreden	Geen mening	Ontevreden	Zeerv ontevreden
0	0	0	0	0

- Advies over levensstijl (beweging, dieet, zelfhulpgroepen,...)

Zeerv tevreden	Tevreden	Geen mening	Ontevreden	Zeerv ontevreden
0	0	0	0	0

- Andere praktische informatie (parking, vervoer, follow-up planning,...)

Zeerv tevreden	Tevreden	Geen mening	Ontevreden	Zeerv ontevreden
0	0	0	0	0

- Emotionele ondersteuning (angst, rouw, onzekerheden,...)

Zeerv tevreden	Tevreden	Geen mening	Ontevreden	Zeerv ontevreden
0	0	0	0	0

**4. Welke van volgende informatie of ondersteuning wenst u te ontvangen? (ja/nee)
Van wie wenst u deze informatie te krijgen? (meerdere antwoorden mogelijk)**

	Ja	Nee	Arts	Verpleegkundige	Sociale dienst	Psycholoog	Pastorale dienst	Huisarts	Ander e
Diagnose									
Behandeling									
Bijwerkingen									
Prognose									
Symptomen ziekte									
Vermoeidheid									
Relaxatie									
Fysische revalidatie									
Info omtrent psychische klachten									
Emotionele ondersteuning									
Info omtrent intimiteit/seksualiteit									
Tips bij communicatie naar anderen									
Tips bij opvang van (klein-) kinderen									
Voeding									
Zingeving									
Werkhervatting									
Zelfhulpgroepen									
Financiële aspecten									
Info over praktische hulp									
Advies rond zelfzorg									

Welke noden of tekorten ervaart u?

.....

Wenst u hierover nog aanvullingen of bedenkingen te maken?

.....

Medisch Bedreigende Situaties (MBS; Eng: TMSI)

©F.J. van Zuuren
Universiteit van Amsterdam,
Vakgroep Klinische Psychologie

Instructie

Op de volgende bladzijden worden situaties beschreven die U misschien hebt meegemaakt of die U zich goed zult kunnen voorstellen. Iedere situatie wordt gevolgd door enkele uitspraken.

Deze betreffen gedachten en ideeën die mensen in zo'n situatie kunnen hebben.

Probeer U zich voor te stellen dat U in zo'n situatie bent en wilt U dan voor **iedere** uitspraak aangeven in hoeverre deze op U van toepassing is? Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Alvast bedankt voor Uw medewerking!

U kunt meteen beginnen.

1. *Stel, U hebt al enige tijd last van hoofdpijn en duizeligheid. U bent bij de huisarts en deze vertelt U dat hij het niet helemaal vertrouwt en dat U naar de specialist moet voor een nogal vervelend onderzoek.*

Wilt u voor **alle** uitspraken aangeven in hoeverre deze op u van toepassing zijn?
Omcirkel Uw antwoord.

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1 | = | helemaal niet op mij van toepassing |
| 2 | = | niet erg op mij van toepassing |
| 3 | = | enigszins op mij van toepassing |
| 4 | = | nogal op mij van toepassing |
| 5 | = | zeer op mij van toepassing |

a. Ik neem me voor de specialist zoveel mogelijk vragen te stellen.

1 2 3 4 5

b. Ik denk dat het allemaal wel mee zal vallen.

1 2 3 4 5

c. Ik besluit eerst nog bij andere instanties en dokters te informeren.

1 2 3 4 5

d. Ik neem mij voor te gaan lezen over hoofdpijn en duizeligheid.

1 2 3 4 5

e. Ik probeer voorlopig zo min mogelijk aan vervelende dingen te denken.

1 2 3 4 5

f. Ik maak me niet druk: zo'n onderzoek is minder erg dan steeds hoofdpijn hebben.

1 2 3 4 5

2. *Stel, U werkt hard en bent veel te zwaar. Uw huisarts heeft al vaker gezegd dat dit onverstandig is. U bent bij hem en hij constateert een te hoge bloeddruk.*

Wilt U voor **alle** uitspraken aangeven in hoeverre deze op U van toepassing zijn?
Omcirkel Uw antwoord.

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1 | = | helemaal niet op mij van toepassing |
| 2 | = | niet erg op mij van toepassing |
| 3 | = | enigszins op mij van toepassing |
| 4 | = | nogal op mij van toepassing |
| 5 | = | zeer op mij van toepassing |

a. Ik kijk méé op het apparaat om te zien of hij zich niet vergist.

1 2 3 4 5

b. Ik maak me niet al te druk.

1 2 3 4 5

c. Ik besluit gewoon door te leven.

1 2 3 4 5

d. Ik vraag uitgebreid naar de verdere gevolgen en risico's.

1 2 3 4 5

e. Ik denk bij mezelf: "er zijn ergere kwalen".

1 2 3 4 5

f. Ik neem mij voor veel te gaan lezen over een hoge bloeddruk.

1 2 3 4 5

3. *Stel, U hebt last van Uw hart. U bent bij de specialist en hij adviseert een operatie. Hij vertelt dat U er vier maanden op moet wachten en dat niet zeker is of de operatie echt zal helpen.*

Wilt U voor **alle** uitspraken aangeven in hoeverre deze op U van toepassing zijn?
Omcirkel Uw antwoord.

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1 | = | helemaal niet op mij van toepassing |
| 2 | = | niet erg op mij van toepassing |
| 3 | = | enigszins op mij van toepassing |
| 4 | = | nogal op mij van toepassing |
| 5 | = | zeer op mij van toepassing |

a. Ik ga ervan uit dat de operatie bij mij wel zal helpen.

1 2 3 4 5

b. Ik besluit me zoveel mogelijk in hartoperaties te gaan verdiepen.

1 2 3 4 5

c. Ik neem me voor de komende maanden zoveel mogelijk plezierige dingen te doen.

1 2 3 4 5

d. Ik ga onderzoeken of er een kans is dat de operatie nadelig uitpakt.

1 2 3 4 5

e. Ik besluit contact te zoeken met andere patiënten met hetzelfde probleem, voor informatie.

1 2 3 4 5

f. Ik denk: "het zal allemaal wel meevallen".

1 2 3 4 5

4. *Stel, U gaat met niet al te ernstig lijkende darmklachten naar de dokter. Hij constateert een acute blindedarmonsteking en zegt dat U zo snel mogelijk geopereerd moet worden.*

Wilt u voor **alle** uitspraken aangeven in hoeverre deze op u van toepassing zijn?
Omcirkel Uw antwoord.

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1 | = | helemaal niet op mij van toepassing |
| 2 | = | niet erg op mij van toepassing |
| 3 | = | enigszins op mij van toepassing |
| 4 | = | nogal op mij van toepassing |
| 5 | = | zeer op mij van toepassing |

a. Ik wil precies van hem weten wat ze met me gaan doen.

1 2 3 4 5

b. Ik besluit me nog even te ontspannen voor het zover is.

1 2 3 4 5

c. Ik vraag me af wat er allemaal mis kan gaan.

1 2 3 4 5

d. Ik maak me zo min mogelijk druk.

1 2 3 4 5

e. Ik denk bij mezelf: "het zal wel meevallen".

1 2 3 4 5

f. Ik probeer snel nog iemand te bellen die mij iets over deze operatie kan vertellen.

1 2 3 4 5



Persoonlijke gegevens
Naaste

11. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

12. Wat is uw leeftijd?

.....

13. Wat is uw leefsituatie?

- gehuwd - samenwonend
- alleenstaand
- gescheiden
- weduwe/ weduwnaar
-

14. Heeft u kinderen?

- ja en wonen nog thuis
- ja, maar wonen niet meer thuis
- nee

Wat is het hoogste niveau van onderwijs dat u met succes voltooid hebt?

- lager onderwijs
- lager middelbaar (tot 14 jaar)
- hoger middelbaar (tot 18 jaar)
- hoger onderwijs buiten de universiteit
- universitair onderwijs

Wat is uw relatie met patiënt?

- partner
- kind
- ouder
- familie
-

Wat is de diagnose van uw naaste?

.....
.....

13. Ademnood	0.12	0.24	0.07	-0.20	-0.41	-0.30	-0.29	-0.09	-0.24	0.27	0.37	0.28							
	<i>0.37</i>	<i>0.07</i>	<i>0.57</i>	<i>0.13</i>	<i>0.00</i>	<i>0.03</i>	<i>0.03</i>	<i>0.53</i>	<i>0.08</i>	<i>0.05</i>	<i>0.01</i>	<i>0.04</i>							
14. Slapeloosheid	0.30	0.27	0.07	-0.06	-0.11	-0.28	-0.11	-0.26	-0.08	0.29	0.06	0.24	0.20						
	<i>0.02</i>	<i>0.04</i>	<i>0.60</i>	<i>0.64</i>	<i>0.40</i>	<i>0.04</i>	<i>0.40</i>	<i>0.06</i>	<i>0.57</i>	<i>0.03</i>	<i>0.68</i>	<i>0.08</i>	<i>0.15</i>						
15. Eetlust	0.23	0.37	-0.06	-0.01	-0.57	-0.44	-0.40	-0.35	-0.48	0.43	0.46	0.50	0.24	0.20					
	<i>0.08</i>	<i>0.00</i>	<i>0.63</i>	<i>0.91</i>	<i>0.00</i>	<i>0.00</i>	<i>0.00</i>	<i>0.01</i>	<i>0.00</i>	<i>0.00</i>	<i>0.00</i>	<i>0.00</i>	<i>0.09</i>	<i>0.16</i>					
16. Constipatie	-0.16	-0.11	-0.02	0.08	-0.01	-0.13	0.02	-0.28	-0.21	0.23	0.11	0.05	-0.18	0.16	0.01				
	<i>0.22</i>	<i>0.40</i>	<i>0.90</i>	<i>0.54</i>	<i>0.93</i>	<i>0.36</i>	<i>0.87</i>	<i>0.05</i>	<i>0.13</i>	<i>0.09</i>	<i>0.46</i>	<i>0.73</i>	<i>0.23</i>	<i>0.26</i>	<i>0.92</i>				
17. Diarree	0.02	0.23	-0.15	-0.08	-0.19	-0.14	-0.30	-0.23	-0.18	0.16	0.15	0.03	0.29	0.10	0.32	-0.01			
	<i>0.86</i>	<i>0.10</i>	<i>0.28</i>	<i>0.56</i>	<i>0.16</i>	<i>0.32</i>	<i>0.03</i>	<i>0.11</i>	<i>0.20</i>	<i>0.26</i>	<i>0.31</i>	<i>0.86</i>	<i>0.05</i>	<i>0.48</i>	<i>0.03</i>	<i>0.97</i>			
18. Financieel	0.00	-0.08	0.22	0.22	0.08	0.06	-0.01	0.05	-0.04	0.11	-0.09	-0.02	0.09	-0.06	-0.16	0.08	0.13		
	<i>0.99</i>	<i>0.54</i>	<i>0.10</i>	<i>0.10</i>	<i>0.55</i>	<i>0.64</i>	<i>0.93</i>	<i>0.73</i>	<i>0.79</i>	<i>0.43</i>	<i>0.55</i>	<i>0.87</i>	<i>0.56</i>	<i>0.68</i>	<i>0.27</i>	<i>0.57</i>	<i>0.40</i>		
19. Levenskwaliteit	-0.24	-0.44	0.04	-0.02	0.49	0.57	0.43	0.21	0.70	-0.57	-0.47	-0.44	-0.33	-0.19	-0.41	-0.06	-0.16	-0.18	
	<i>0.06</i>	<i>0.00</i>	<i>0.76</i>	<i>0.90</i>	<i>0.00</i>	<i>0.00</i>	<i>0.00</i>	<i>0.12</i>	<i>0.00</i>	<i>0.00</i>	<i>0.00</i>	<i>0.00</i>	<i>0.02</i>	<i>0.16</i>	<i>0.00</i>	<i>0.65</i>	<i>0.26</i>	<i>0.21</i>	
20. Tevredenheid Communicatie	-0.31	-0.26	0.02	0.23	-0.15	-0.06	-0.05	-0.07	-0.33	0.09	0.15	0.14	-0.09	-0.20	0.13	0.09	-0.05	0.10	-0.15
	<i>0.01</i>	<i>0.04</i>	<i>0.89</i>	<i>0.06</i>	<i>0.21</i>	<i>0.66</i>	<i>0.68</i>	<i>0.61</i>	<i>0.01</i>	<i>0.48</i>	<i>0.26</i>	<i>0.29</i>	<i>0.53</i>	<i>0.12</i>	<i>0.32</i>	<i>0.50</i>	<i>0.72</i>	<i>0.47</i>	<i>0.23</i>

Nota. De waarden respresenteren de Kendall's tau correlatiecoëfficiënten. De cursieve waarden respresenteren de overeenkomstige *p*-waarden (tweezijdig).

