



KATHOLIEKE UNIVERSITEIT  
**LEUVEN**

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN  
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

**Evaluatie van een psycho-educatief groepsprogramma als onderdeel van tertiaire preventie. Richtlijnen destilleren voor een groepsaanbod op maat van de oncologische patiënt.**

Door

**Ellen De Loore**

Promotor: Mevr. Titia Dergent  
Co-promotor: Mevr. Vanessa Gryspeerdt

Eindwerk neergelegd tot het behalen van het getuigschrift van de opleiding 'psycho-oncologie'

Academiejaar 2011-2012

## Abstract

Naast de primaire en secundaire preventie merken we dat er een grote weg is vrijgemaakt voor de tertiaire preventie, dankzij de betere overlevingskansen voor de oncologische patiëntenpopulatie. Patiënten hebben lange tijd na de behandelingen nog fysieke en psychische restklachten die hun levenskwaliteit aantasten. Het is net op dat punt dat psychosociale interventies zich kunnen enten. Het aanbieden van een gestructureerd groepsprogramma kan zorgen voor een verbetering van de levenskwaliteit en de barrières wegnemen voor patiënten om te bewegen. Met dit eindwerk wensen we na te gaan uit welke elementen een groepsaanbod, op maat van de oncologische patiënten, kan bestaan. Daarnaast de onderzoeksvraag of deelnemers aan het voorbije groepsaanbod ook op langere termijn fysiek actief blijven en welke attributies ze hierbij hebben.

Methode: Door middel van een literatuuronderzoek en een prospectieve vragenlijststudie werden deelnemers van het voorbije groepsaanbod aangeschreven. Een totaal van 50 respondenten vulden de HADS, EORTC en een vragenlijst in die peilde naar fysieke activiteit en attributies.

Resultaten: Van de 50 respondenten sporten nog 46 deelnemers. Bij de revalidatiegroep geeft 70% aan van meer te sporten na het revalidatieprogramma; 16 % zegt evenveel te sporten en 10% geeft aan van minder te sporten. Ongeacht voorafgaande sportervaring sporten deelnemers na het programma verder en merken we geen significant verschil tussen de eerste en recente groepen.

Bespreking: Deelnemers van het groepsaanbod blijven op lange termijn fysiek actief met een gemiddelde van 4.6u sport/week. Hiermee halen de deelnemers een duidelijk gezondheidsvoordeel wat maakt dat het psycho-educatief groepsaanbod past binnen een tertiair preventieplan. Sociale steun, al dan niet onder de vorm van lotgenotencontact, komt naast het belang voor de eigen fysieke en psychische gezondheid, als voornaamste attributie naar voor om te blijven sporten. Een ideaal groepsaanbod voor oncologiepatiënten bestaat allicht niet, maar wanneer we een heterogeen groepsaanbod aanbieden met een gestructureerd karakter, waarbij de klemtoon ligt op lotgenotencontact, sociale steun, informatie, eigen-effectiviteit en aandacht voor naasten komen we mogelijks in de buurt.

# Inhoudsopgave

Abstract .....	2
Inhoudsopgave .....	3
Voorwoord .....	5
Algemene Inleiding.....	6
1. Richtlijnen destilleren voor een groepsaanbod op maat van de oncologische patiënt.....	8
1.1. Inleiding.....	8
1.2. Methode.....	9
1.3. Richtlijnen.....	10
Is er een ideale groep? .....	10
Welke deelnemers halen de grootste winst uit een groepsaanbod? .....	10
Motiveren tot deelname .....	11
Type van groepsaanbod .....	11
Demografische verschillen .....	13
Aandacht voor naasten .....	13
Sociale steun via lotgenotencontact.....	14
Nadruk op eigeneffectiviteit .....	14
De rol van de therapeut .....	15
Hoe kijken deelnemers terug op hun deelname aan een psycho-educatieve gespreksgroep .....	15
1.4. Conclusie .....	16
2. Evaluatie van een psycho-educatief groepsprogramma als onderdeel van tertiaire preventie .....	17

2.1. Inleiding.....	17
2.2. Methode.....	21
Deelnemers .....	24
Vragenlijsten .....	25
2.3. Resultaten .....	26
2.4. Conclusie .....	29
Discussie .....	31
Bibliografie .....	35
Bijlagen.....	43

## Voorwoord

Graag wens ik iedereen te bedanken die al dan niet rechtstreeks betrokken werden bij dit eindwerk.

De directie van het AZ Sint Blasius en diensthoofd Nadine De Clercq voor de mogelijkheid om deze opleiding te volgen.

Mijn toegewijde collega's Erika, Eva en Isabelle om mee te helpen zoeken naar een geschikt onderwerp en me te steunen in de uitwerking hiervan. In het bijzonder wil ik mijn collega Kamlesh bedanken voor het helpen verwerken van de data.

Dr. Decloedt, Dr Serry, Dr Bambust en Dr De Waele voor hun steun en het vertrouwen dat ze me geven om met hun patiënten te werken.

Mijn promotoren Titia en Vanessa voor hun constructieve feedback en de aanmoedigen bij het tot stand brengen van dit eindwerk.

Tom Van Daele voor de praktische steun voor de statistische kant van dit verhaal.

Het Cédric hele instituut, voor het inrichten van deze opleiding en in het bijzonder Angelique, Eva en Sofie voor het beantwoorden van praktische vragen m.b.t. het eindwerk.

Mijn papa voor het taalkundig napluizen van de tekst en Jelle voor de steun, zeker wanneer de deadline naderde.

Als laatste wens ik alle patiënten ontzettend bedanken om deel te nemen aan het groepsaanbod en dit onderzoek. Dankzij jullie is mijn interesse en de ambitie om met groepen te werken alleen maar gegroeid.

## Algemene Inleiding

Uit de cijfers van het nationaal kankerregister (2006) van België blijkt dat jaarlijks 33822 mannen en 27290 vrouwen de diagnose kanker te horen krijgen. Een kankerdiagnose en de daaropvolgende behandelingen hebben ingrijpende gevolgen voor zowel de patiënt als zijn omgeving. De ziekte ondermijnt niet louter het lichamelijke, ook de balans van het psychische en sociale welzijn raakt verstoord. Dankzij vroegtijdige screening en goede behandelmethoden leven mensen met kanker langer (Duclos, 2009). Dit laatste is een grote uitdaging voor het huidige gezondheidssysteem. Steeds meer mensen kunnen na hun behandeling de draad terug opnemen maar ervaren hierbij restklachten en verwerkingsmoeilijkheden. Kanker is aan het evolueren van een levensbedreigende naar een chronische ziekte (Ganz, 2003; Schmitz et al., 2010), waarbij de overgang van kankerpatiënt naar overlever vaak een erg stresserende periode is die met de nodige nevenwerkingen gepaard gaat (Ward, Viergutz, Tormey, Demuth, & Paulen, 1992).

Het aantal patiënten, dat psychische moeilijkheden ervaart, varieert naargelang het onderzoek tussen de 23% en 47% (Carroll et al., 1993). Moeilijkheid waarmee we echter dagelijks geconfronteerd worden is dat diegenen die het meeste baat hebben bij een begeleiding, niet noodzakelijk ook diegenen zijn die aan onze deur komen kloppen. Van de oncologische patiënten die klinische angst en/of depressieve klachten vertonen zoekt slechts 25% hulp (Shane Pascoe, 2000). Zijn we ons als hulpverleners voldoende bewust van deze drempelvrees om hulp te vragen? Volgens het onderzoek van Bohns & Flynn (2010) alvast niet. Hulpverleners onderschatten de hoge drempel die hulpvragen met zich meebrengt. In ons ziekenhuis merken we dat, indien we geen mond aan mond reclame maken en mensen individueel aanspreken om deel te nemen aan ons activiteiten aanbod, de groepen slechts matig gevuld geraken. Deze wijze van rekruteren is echter arbeidsintensief met daarnaast de bedenking of diegenen die zich spontaan aanmelden voor het groepsaanbod ook diegenen zijn die er het meeste baat bij hebben. Eenmaal mensen de stap tot deelname hebben gezet, merken we zo goed als geen drop out, en in de eindevaluaties zijn de deelnemers unaniem positief over hun deelname. Vanuit deze praktijkervaring groeide de idee om dit groepsaanbod nader te belichten en na te gaan of er een ideale gespreksgroep bestaat; en zo ja uit welke elementen die kan bestaan. Hieruit kunnen we dan richtlijnen destilleren voor een groepsaanbod op maat van de oncologische patiënt.

Wanneer meer patiënten 'kankeroverlevers' worden, vergroot ook de kans op het ontwikkelen van secundaire tumoren of herval (Christopher M. Blanchard, 2008). We weten dat bepaalde gedragsmatige aspecten zoals voeding, beweging en roken een indirecte invloed hebben op deze kankerontwikkeling (Meyerhardt et al, 2006). Wat betreft roken en de ontwikkeling van kanker is er duidelijke evidentie (GRITZ, 1991; Palanisamy Pasupathi et al, 2011) en zijn er al heel wat stappen gezet om mensen te motiveren om te stoppen met roken (Susan D. McMahon & Caroline King, 2001). Het domein voeding blijft nog wat onderbelicht, mede omwille van het gebrek aan eenduidige wetenschappelijke bevindingen (Irwin, 2008). Het verband tussen bewegen en verminderde kans op herval na kanker krijgt meer en meer evidentie (Irwin M. L., 2009; Melinda L. Irwin, 2011; DHHS., 1996). Naast primaire en secundaire preventie is er dus nood aan een tertiair preventieplan om aan deze aspecten te werken (Sagar & Lawenda, 2009). Aangezien bewegen een gedragsverandering behelst kan er een rol weggelegd worden voor hulpverleners binnen een oncologische setting. In ons ziekenhuis loopt al meerdere jaren een groepsprogramma voor oncologische patiënten waarbij de focus ligt op het herstellen na kanker en waarbij restklachten, zoals vermoeidheid en verwerking, actief worden aangepakt. Ik wil met dit eindwerk nagaan of deze deelnemers ook op langere termijn fysiek actief blijven, alsook wat maakt dat ze dit doen. Hiermee kunnen we nagaan of dit programma een plaats heeft binnen een tertiair preventieplan.

Dit eindwerk bestaat zoals de titel aangeeft uit twee delen:

**Richtlijnen destilleren voor een groepsaanbod op maat van de oncologische patiënt**

**Evaluatie van een psycho-educatief groepsprogramma als onderdeel van tertiaire preventie**

# 1. Richtlijnen destilleren voor een groepsaanbod op maat van de oncologische patiënt

## 1.1. Inleiding

### *Het geheel is meer dan de som van de afzonderlijke delen*

(Aristoteles)

De keuze om met groepen te werken binnen oncologie is duidelijk aangetoond als een sterke meerwaarde. Al in de jaren '70 kwamen de eerste gespreksgroepen op gang. Hoewel de proliferatie van gespreksgroepen niet in verhouding staat tot de studies hierover (Magen & Glajchen, 1999), is de effectiviteit van gespreksgroepen voor oncologische patiënten al meerdere malen aangetoond. Ze zorgen voor een verhoging van de levenskwaliteit (Cella & Yellen 1993; Spiegel, Bloom & Yalom, 1981 Drageset & Lindstrom, 2003; Meneses et al., 2007), een beter aanpassingsvermogen aan de ziekte (spiegel & bloom, 1983), een verminderde distress (Classen et al. 2001) en verminderde angst (Dobeault, 2009). Groepsinterventies bevorderen het herstel en doen de re-integratie in het dagelijks leven vlotter verlopen (David, 1999; Meerdinck, 1996; Meyer, 1995). Onderzoek naar de effecten op overleving, geven tegenstrijdige berichten, waarbij de recentste onderzoeken bij patiënten met een uitgezaaide borstkanker geen verband aantonen tussen een groeps CBT programma en overlevingstermijn (Edelman et.al, 1999, Goodwin, 2001).

Uit onderzoek naar de werkzame factoren binnen groepstherapie, heeft Yalom (1975, 1995, 2005) een aantal factoren uitgelicht die ook in onderzoeken van Cope (1995) en Butow PN (2007) teruggevonden werden.

#### **Universaliteit**

Veel patiënten denken dat zij uniek zijn in hun lijden. In de therapiegroep vergelijken patiënten zichzelf met anderen, waardoor hun gevoel van 'uniek zijn' in hun lijden geheel of gedeeltelijk opgeheven kan worden Yalom (2001) zegt dat "naarmate patiënten merken hoe gelijk zij aan anderen zijn, zij meer profiteren van het verwerken van de problemen en in het aanvaarden



van nieuwe, andere leden". 'Weten dat je niet alleen bent' werd in het onderzoek van Butow PN (2007) aangegeven als één van de belangrijkste redenen om deel te nemen aan een groepsaanbod.

### **Het uitwisselen van informatie**

Yalom (2001) en Cope (1995) stellen dat het geven van informatie verweven wordt in de andere werkzame factoren. Het geven van informatie kan gebeuren via psycho-educatie, advies en door suggesties, alsook via lotgenotencontact. Daarnaast wisselen de deelnemers informatie uit over hun ziekteproces en beslissingen hieromtrent.

### **Altruïsme & sociale steun**

Onder altruïsme verstaan we datgene wat je voor anderen kan en wil betekenen. Wanneer patiënten terugkijken op het groepsproces, dan noemen ze altijd andere leden die belangrijk voor hun vooruitgang zijn geweest. Voor patiënten in gespreksgroepen kan het van grote waarde zijn wanneer zij merken dat ze belangrijk voor anderen zijn en iets aan collega groepsleden kunnen geven, zoals steun. Het levert hen zelfvertrouwen op wanneer ze iets voor een ander kunnen betekenen.

Sociale steun komt duidelijk in onderzoeken naar voor als een mediërende factor bij het reduceren van stress (Taylor et al, 1986). Daarnaast zorgen groepen voor betekenisverlening, en voor een betere verwerking van de ziekte. In het tweede deel van dit eindwerk gaan we na of deze sociale steun ook na het beëindigen van het groepsaanbod een rol blijft spelen.

## **1.2. Methode**

Retrospectief: Literatuuronderzoek waarbij nagegaan wordt wat de evidence based evidenties zijn op het vlak van een groepsaanbod voor oncologische patiënten.

Prospectief: Vragenlijsten opsturen naar alle ex-deelnemers van het psycho-educatieve groepsaanbod waarin nagegaan wordt hoe ze terugkijken op hun deelname aan het groepsaanbod.

### 1.3. Richtlijnen

#### Is er een ideale groep?

#### *De kaart is niet het gebied*

(Korzybski)

Ondanks de duidelijk positieve effecten van een deelname aan een groepsaanbod, zijn er slechts weinigen die spontaan de stap tot deelname zetten (Stevinson, Lydon & Amir, 2011). De deelnemers representeren niet de ganse doelgroep ofwel 'de kaart is niet het gebied'. In dit eindwerk wens ik in de literatuur nagaan uit welke elementen een 'ideale' groep kan bestaan met het oog op een meer 'representatieve kaart'.

#### Welke deelnemers halen de grootste winst uit een groepsaanbod?

<b>No help</b> <b>Not necessary</b>	<b>No help</b> <b>Necessary</b>
<b>Help</b> <b>Necessary</b>	<b>Help</b> <b>Not necessary</b>

Figuur 1

Jonge vrouwen die chemotherapie hebben gekregen vertonen meer gemoedsproblemen en distress na afloop van de behandelingen (Jones, 2010). Patiënten met een verhoogde distress (Sherman et al, 2004; Goodwin, Leszcz, Ennis, Koopmans, Vincent, et al., 2001) en beperkte sociale ondersteuning (Lepore & Helgeson, 1999), halen het meeste profijt uit een gespreksgroep. Maar het zijn net die patiënten die hoog scoren op angst die minder interesse tonen dan diegene met lagere angstscores (Fukui et al. 2001)(fig.1). Patiënten die zich voldoende ondersteund voelen en zich niet willen identificeren met lotgenoten of schrik hebben van de verhalen van anderen wensen liever niet deel te nemen (Large, 2005). Daarnaast merken we op dat het vaak de patiënten met een actieve copingstijl zijn die deelnemen aan activiteiten (Grande, Meyers & Sutton, 2006), waarbij we het risico lopen om de groep, wiens noden onvoldoende erkend worden, te missen (Taylor, 1986). Bijkomende

moeilijkheid bij het rekruteren van patiënten is tevens dat de subjectieve nood van patiënten voor psychologische steun niet steeds correspondeert met de gepercipieerde nood bij hulpverleners (Winzer A, 2009). Uit hun onderzoek kwam ook naar voor dat er bijna geen relatie is tussen subjectieve en normatieve nood. Een heterogene groep met deelnemers die zowel laag als hoog scoren op distress is een optie gezien de deelnemers die minder angstig en depressief zijn als voorbeeld/model kunnen fungeren voor deelnemers die hoog scoren op distress (Helgeson & Bogart, 2000).

## **Motiveren tot deelname**

Een belangrijk aandachtspunt in het werken met oncologische patiënten is hoe we patiënten kunnen motiveren tot deelname aan een groepsaanbod. Verschillende studies geven aan dat patiënten die al beroep deden op een ander hulpverleningsaanbod sneller zullen deelnemen aan gespreksgroepen (Magen & Glajchen, 1999; Taylor et al, 1986). Mogelijk vinden we bij onze patiëntengroep ook een dergelijk verband, gezien de onderzochte groep aangaf van gemiddeld aan een 3 tal activiteiten deel te nemen. Alsook de voorbije ervaringen met hulpverleners kunnen dit beïnvloeden (Bauman et al, 1992). Personen die aangemoedigd worden door andere hulpverleners of dichte vrienden, zetten sneller de stap tot deelname (Fawzy, et al, 1995). Voor het stimuleren tot deelname is het aan te bevelen dat een positieve houding ten aanzien van deelnemen en een sociale norm tot deelnemen wordt bevorderd. Dit kan gebeuren door de positieve effecten en het plezier in het deelnemen te benadrukken (attitudeversterking). Het is ook aangewezen dat belangrijke anderen, zoals familieleden maar ook artsen en betrokken hulpverleners, het belang van deelname duidelijk te maken zodat ook zij de patiënt mee zullen stimuleren (subjectieve norm versterken) (IKNL, oncoline). Langsgaan bij patiënten om het programma bekend te maken blijft belangrijk aangezien het ophangen van affiches of verspreiden via folders weinig verschil geeft in deelname (Krizek, 1999).

## **Type van groepsaanbod**

Gespreksgroepen met een educatieve component zorgen voor een betere attitude ten aanzien van de behandelingen en verbeteren de copingvaardigheden in het omgaan met kanker (Fawzy, 1990,1993). Een review die supportieve gespreksgroepen vergeleek met de meer

psycho-educatieve groepen gaf aan dat deelnemers van de psycho-educatieve groepen er meer voordeel uithaalden (Edelman, Craig & Kidman, 2000). Gestructureerde groepsinterventies voor kankerpatiënten verbeteren het psychologisch welzijn, verminderen angst en depressie en verbeteren levenskwaliteit, coping en mentale aanpassing (Weis, 2003). Uiting geven aan gevoelens en het ervaren van wederzijdse steun is overwegend de grootste troef van de psycho-educatieve begeleiding ( Bennenbroek & Vos, 2009). Toch is het evenwel belangrijk om een balans te vinden in de nood om te praten over zwaardere thema's (vb. angst voor de dood, herval) en de meerwaarde van wat luchtigere onderwerpen (Large, 2005)

Uit recent onderzoek blijkt dat een fysiek trainingsprogramma in een betere levenskwaliteit resulteerde, ongeacht of hier ook een cognitief gedragsmatige component werd aan toegevoegd. Wel kozen de meeste deelnemers (80%) voor een gecombineerd groepsprogramma. Om tegemoet te komen aan de heterogeniteit van de kankergroep suggereren ze dan ook het aanbieden van een heterogeen programma waaruit de deelnemers kunnen kiezen (May, 2007). Andere onderzoeken gaven aan dat cognitieve gedragstherapie de vermoeidheidsklachten verbeterde op korte termijn, maar ook kwaliteit van leven op lange termijn (Haejung, Yeonjung, Mysung & Yongsuk, 2011; Osborne, Demoncada & Feuerstein, 2006). Supportieve- expressieve therapie geeft voordelige psychosociale effecten (Goodwin, Leszcz, Ennis, Koopmans, Vincent, et al., 2001) en betekenisvolle copingstrategieën zorgen voor hogere niveaus van gevoel van eigenwaarde, optimisme en zelfefficiëntie (Lee, Cohn, Edgar, Laizner & Gagnon, 2006). Het toevoegen van relaxatietechnieken aan een groepsaanbod zorgt ook voor een betere levenskwaliteit (Miller & Hopkins, 2008).

Butow (2007) onderzocht welke groepsformat de deelnemers zelf prefereerden. Hij concludeerde dat het onduidelijk was welke groepen de ideale uitkomsten gaven aangezien de meeste deelnemers hun eigen groepsetting prefereerden. Wel waren er een aantal structurele zaken die de deelnemers als preferentieel aangaven. Zo wensten de groepsleden een heterogene groep (verschillende leeftijden (59%), ongeacht de tijd sinds diagnose (93%), patiënten en naasten (35%) ) met een lichte voorkeur voor patiënten met een gelijkaardige oncologische diagnose. Een gemiddeld aantal van 9 tot 15 groepsleden (62%) die maandelijks samenkwamen op een continue basis (94%) en met een gemiddeld gestructureerd karakter (65%). Ze gaven tevens aan dat bekendmaking van het aanbod best via de behandelende artsen verloopt (41%).

We kunnen dus stellen dat heel wat formats succesvol blijken te zijn voor kankerpatienten. Een lichte voorkeur gaat uit naar groepen met een meer gestructureerd karakter waarbij naast het uitwisselen van ervaringen ook ruimte is voor een informatief/psycho-educatief luik. Belangrijk om een zo breed mogelijk aanbod van technieken te integreren in het aanbod om te beantwoorden aan de heterogeniteit van de doelgroep

## **Demografische verschillen**

Naast de psychische determinanten vinden we in de gespreksgroepen ook weinig demografische heterogeniteit. Uit verscheidene onderzoeken blijkt dat blanke vrouwen, uit de middenklasse, de groepen domineren (Taylor, Falke, Shoptaw & Lichtman, 1986 ; Magen & Glajchen, 1999) met een gemiddelde leeftijd van 51 jaar (Magen & Glajchen, 1999). Dit is voor onze gespreksgroepen niet anders. Waarbij we de bedenking dienen te maken of dit andere potentiële deelnemers, zoals mannen, niet weerhoudt. De deelname van mannen ligt over het algemeen vrij laag in de groepsprogramma's (Krizek, 1999). Wel blijkt, wanneer deze een meer gestructureerd karakter hebben zoals een psycho-educatief groepsaanbod, de deelname van mannen stijgt (Taylor et al, 1986; Kules, 1995). Belangrijk is wel dat, ongeacht het format, mannen voor dezelfde redenen als vrouwen naar de groep blijven komen (Berglund et al. 1997).

Ook inzake pathologie is er een ongelijke verdeling. In de tot op heden onderzochte groepen zaten vnlm borstkanker (J. Coreil, 2004) of prostaatkanker patiënten (Coreil, 1999). Het is dan ook een uitdaging om een groepsaanbod te creëren dat aan de noden van een zo groot mogelijk groep kan beantwoorden. In het onderzoek van Butow PN, (2007) bleek dat patiënten die in een heterogene groep zaten dit als een meerwaarde ervaarden en ook prefereerden.

## **Aandacht voor naasten**

Naasten van patiënten, beleven mee het proces van diagnose en behandeling. Uit onderzoek blijkt dat naasten tevens slaapproblemen, angst en depressieve klachten vertonen (Kinsella et al., 1998; ). Vaak is er ook onvoldoende aandacht voor hun verwerking en ervaring. Door hen te betrekken bij de sessies, hen informatie te geven en ervaringen te laten delen met

lotgenoten, kunnen we tevens bijdragen aan hun levenskwaliteit (Chiquelho R, Neves S, Mendes A, Relvas AP, Sousa L.,2011).

### **Sociale steun via lotgenotencontact**

Sociale steun is een mediërende factor bij het reduceren van stress (Taylor et al., 1986). Een sociaal netwerk zorgt ervoor dat mensen gunstiger reageren op medische behandelingen (Holroyd e.a., 2001; Craig e.a., 2000). Verschillende studies tonen ook specifiek het belang aan van sociale steun voor het welbevinden van kankerpatiënten. Zo correleert sociale steun positief met levenskwaliteit bij borstkankerpatiënten (Sammarco, 2001). Sociale steun zou predictief zijn om het psychisch functioneren en de vitaliteit na de kankerdiagnose te bepalen (Michael et al, 2002). Sociale isolatie zou echter geassocieerd worden met een verhoogd risico op sterfte bij kanker (Hawkley & Cacioppo, 2003). We merken ook op dat sociale steun vaak afneemt naarmate patiënten verder in het behandelproces zitten en zeker na de behandelingen (Rijken et al., 1996). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de aandacht van de sociale omgeving na verloop van tijd vermindert omdat de omgeving van de patiënt verwacht dat hij of zij het „normale” leven weer opneemt (Van Bekkum, 1987). Dit maakt dat lotgenotencontact een heel belangrijke vorm van sociale steun kan betekenen voor patiënten zowel tijdens als na de behandelingen.

### **Nadruk op eigeneffectiviteit**

Van Weert (2007), stelt dat gerichte aandacht, voor de eigeneffectiviteit van deelnemers aan een onco-revalidatieprogramma, het revalidatieresultaat bevordert (in réd. De Haes, 2009). In de motivatietheorieën (o.a. Bandura, 1994) wordt verwezen naar het gevoel van ‘self-efficacy’, het vermogen en de overtuiging om adequaat en efficiënt te handelen in een gegeven situatie. Hoe hoger het gevoel van ‘self-efficacy’, hoe groter de motivatie tot handelen en de kans dat een doel bereikt wordt. In een onderzoek bij borstkankerpatiënten (Jones, 2010), vonden ze een verband tussen hogere niveaus van eigeneffectiviteit en een betere aanpassing na de behandelfase. In het onderzoek van Antoni et al. (2006) bleek zelf dat dit geloof in eigen kunnen grotendeels verantwoordelijk was voor positieve resultaten na een oncologisch groepsaanbod. We wensen in ons groepsaanbod de klemtoon leggen op deze eigeneffectiviteit door middel van motiverende gespreksvoering en het bekrachtigen van adaptieve copingvaardigheden. Onder het motto ‘Doelen geven richting’, worden de deelnemers

gestimuleerd om doelen voor zichzelf voorop te stellen. Dit kan mee bijdragen aan een verhoogd gevoel van subjectieve controle.

## **De rol van de therapeut**

Bij het uitvoeren van zowel individuele als groepsprogramma's mag men de rol van de therapeut niet onderschatten. Het effect van de kwaliteiten van de hulpverlener kleurt de behaalde resultaten. Een meta-analyse van diverse psychologische interventies bij kankerpatiënten toonde aan dat er sterkere effecten gevonden werden bij de meer ervaren hulpverleners (Sheard & Maguire, 1999). De empathie van de hulpverlener kan van doorslaggevend belang zijn voor de respons van de patiënten op de behandeling.

In het onderzoek van Butow PN (2007) bleek dat van alle organisatorische aspecten gelinkt aan een groepsaanbod de rol van de therapeut cruciaal was. Stinckens (2009) stelt dat de openheid van de therapeut om zich gedurende het therapieproces voortdurend te laten bijsturen, de werkalliantie bevordert en de effectiviteit van de interventie vergroot. Omwille hiervan opteren we dan ook voor een sessiebeoordelvragenlijst (Lietaer, 1992; Vanaerschot, 1995) die de vinger aan de pols kan houden en die de tevredenheid van patiënten met het groepsproces kan registreren. De therapeut kan hierdoor tijdig het programma bijsturen.

## **Hoe kijken deelnemers terug op hun deelname aan een psycho-educatieve gespreksgroep**

Van de 22 deelnemers die aangeschreven werden hebben er 13 gerespondeerd. Al die deelnemers kijken positief terug op hun deelname. Alle deelnemers geven aan dat het programma hen geholpen heeft tijdens/na de kankerbehandelingen. 84% geeft aan dat ze hierdoor anders denken over hun ziekte. De helft geeft ook aan dat ze door de deelname aan het groepsaanbod ook gemotiveerd werden om aandacht te besteden aan sport en beweging.

Als werkzame factor binnen het groepsaanbod geven ze lotgenotencontact (100%), informatie (76%) en ervaringen delen (93%) aan. Daarnaast gaven enkele deelnemers vriendschap aan alsook het gevoel om er niet alleen voor te staan

#### **1.4. Conclusie**

We kunnen stellen dat de ideale kankersupportgroep niet bestaat, maar met enkele uit de literatuur en eigen onderzoek gevonden richtlijnen, is de kans wel groter om de kaart te vergroten. Zo komt duidelijk naar voor dat sociale steun, onder de vorm van lotgenotencontact, binnen een psycho-educatief kader, de voorkeur geniet. Een heterogene groep vormt voor de deelnemers geen belemmering, al zal het niet zo evident zijn om zo een groep te vormen gezien de tot op heden beperkte demografische heterogeniteit.

Grote uitdaging blijft dus het rekruteren en motiveren van geschikte deelnemers, waarbij de onderzoeksliteratuur bevestigt dat de drempel tot deelname vrij hoog ligt en dat tevens diegenen met de hoogste distress niet noodzakelijk ook diegenen zijn die zich aanmelden. Eenmaal patiënten de stap tot deelname hebben gezet, merken we weinig drop-out en halen de deelnemers er veel steun en informatie uit. De rol van de therapeut binnen het groepsproces is hierbij zeker belangrijk, alsook de focus op de eigen-effectiviteit van de deelnemers en aandacht voor naasten.

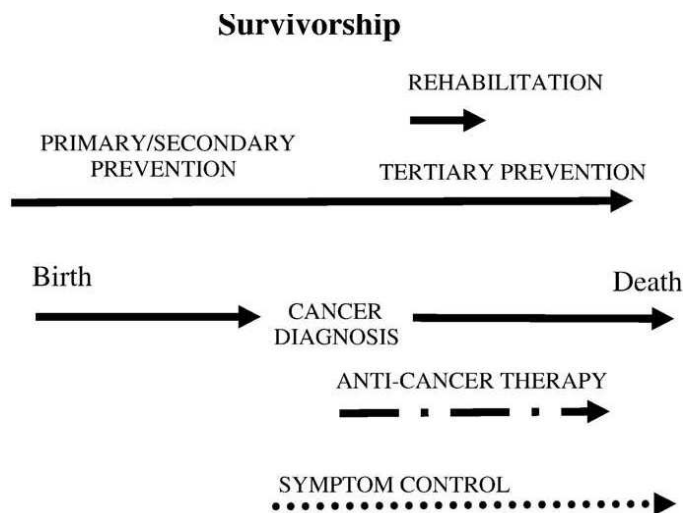
Wanneer we aandacht geven aan al deze aspecten creëren we een evidence based groepsaanbod dat beantwoordt aan de noden van een oncologische patiëntengroep.



## 2. Evaluatie van een psycho-educatief groepsprogramma als onderdeel van tertiaire preventie

### 2.1. Inleiding

#### *Kanker als chronische ziekte*



(Figuur 2)

In Frankrijk zijn er 30000 nieuwe kankeroverlevers per jaar en 2 miljoen vrouwen die leven met de gevolgen van kanker. In Amerika zijn er meer dan 10 miljoen kankeroverlevers (American Cancer Society, 2007). In 2006 heeft de Amerikaanse kankerfederatie voor het eerst gesproken over het belang van fysieke activiteit in het kader van tertiaire preventie (fig 2).

Ongeveer 80 tot 90% van de kankers zijn toe te schrijven aan omgevings- en levensstijlfactoren. Een tekort aan levensstijlmodificatie speelt dan ook mee in de ontwikkeling van nieuwe kankers en herval (Duclos, 2009). Wat primaire preventie betreft, geldt voor

darmkanker het grootste preventieve effect van fysieke activiteit met een vermindering van 40 tot 50% (Duclos, 2009). Wat betreft voeding zijn er nog onduidelijkheden en tegenstrijdigheden in de onderzoeksliteratuur (Irwin, 2008).

Fysieke activiteit die gestart wordt na de kankerbehandelingen zorgt voor 50 tot 60% minder kans op terugkeren van de ziekte (Duclos, 2009). Voor darmkanker geldt het grootste tertiaire preventie effect met een daling van 60% (Meyerhardt, 2008). Voor borstkanker is er een vermindering van 26 tot 40% voor de kans op herval en mortaliteit (Michelle D. Holmes, Wendy Y. Chen, Diane Feskanich, Candyce H. Kroenke, & Graham A. Colditz, 2005).

Het is belangrijk om kanker in een levenslijnperspectief te plaatsen en te kijken op welke momenten interventies dit proces kunnen beïnvloeden. Naast de primaire en secundaire preventie merken we dat er een grote weg is vrijgemaakt voor de tertiaire preventie dankzij de betere overlevingskansen.

### ***A walk a day keeps the doctor away***

Er is uitgebreide evidentie voor de meerwaarde van bewegen voor oncologische patiënten zowel op fysiek, psychisch als sociaal vlak. Kankerpatiënten die revalideren hebben een betere kwaliteit van leven dan patiënten die niet revalideren (Backer, 2004; Courneva et al., 2000 & 2003; Kolden, 2002; McNeely et al., 2006). Internationaal onderzoek naar de effecten van revalidatieprogramma's met multidisciplinair opzet toont positieve resultaten voor de levenskwaliteit, het functioneren en omgaan met de gevolgen van kanker (Cournreya et al., 2003; Durak & Lilly, 1998; Segal et al., 2003; Young-McCaughan et al., 2003; Oldervoll et al., 2003; Dimeo et al., 1997; Berglund et al., 1994 in Gijsen, Koppejan-Rensenbrink, van den Berg, 2009). Naast het belang van revalideren voor de levenskwaliteit zorgt beweging ook voor een verminderde kans op herval en mortaliteit na kanker (Duclos, 2009). Er is al heel wat onderzoek gevoerd naar welke de bewegingsvereisten zijn om via sport een gezondheidsvoordeel te behalen. Omwille van de onduidelijkheid wat nu verstaan wordt onder het type, de intensiteit en het aantal uren sport dat protectief is (McTiernan, 2003) wordt dit in onderzoeken vaak uitgedrukt in metabole equivalenten (MET). MET is een maat

om uit te drukken hoeveel energie er wordt gebruikt ten opzichte van rust, het is tevens een maat om de intensiteit van de inspanning te meten

- De studie van Duclos (2009) geeft aan dat 3u/week, met gemiddeld tot intense sportbeoefening, een verminderde kans geeft van 50% om te sterven aan kanker.
- 2 tot 3h/week met gemiddeld tot intensieve fysieke activiteit na een borstkankerdiagnose is geassocieerd met een daling van 40-50% verminderd risico op mortaliteit (Holmes et al, 2005).
- 3 a 4 uur per week fysieke activiteit ,met een gemiddeld tot intensief karakter , verkleint het risico op borstkanker (duclos, 2009). Het totale aantal uur per week is van doorslag, waarbij een verhoging van het aantal uur sport na diagnose een duidelijke positieve weerslag heeft op het risico op kanker, ongeacht voorafgaande fysieke activiteit.
- Volgens het onderzoek van Kruk & Aboul-Enein (2006), zou een 30-60min/dag van gemiddeld tot intensieve inspanning protectief zijn voor borst- en darmkanker.
- De Nederlandse norm voor gezond bewegen (NNGB) staat op  $\geq 4$  MET (5d/week), voor 55+ komt dit op  $\geq 3$  MET (5d/week). De normen zijn grotendeels gebaseerd op internationale richtlijnen (Pate et al., 1995; US DHHS, 1996; ACSM, 1998).
- De American Cancer Society Guidelines (2012) adviseren een gemiddelde van 150 minuten, van gemiddeld tot intensief niveau, of 75 minuten van intense activiteit, iedere week

Wat de onderliggende mechanismen zijn waardoor bewegen resulteert in een verminderd risico op kanker, is minder eenduidig. Mogelijke verklaringen zijn veranderingen in het endogene metabolisme, hormonale veranderingen, een verbeterde immuniteit en een daling in gewicht (McTiernan A, Ulrich C, Slate S, Potter J, 1998; McTiernan A, Tworoger SS, Ulrich CM, 2004; McTiernan A, Tworoger SS, Rajan KB et al., 2004). Zeker wat betreft gewichtscontrole zijn er linken gevonden die gewichtstoename associëren met een verhoogd risico op verschillende maligniteiten, waaronder borst en colonkanker (Oliynyk, 2011). In de Verenigde Staten is geschat dat overgewicht en obesitas bijdragen tot 14% a 20% van alle kanker gerelateerde overlijdens (Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. ,2003). Studies suggereren dat  $\geq 300$ minuten van gematigde tot intensieve fysieke activiteit bijdraagt aan

gewichtscntrole (Dietary Guidelines for Americans, 2010) en zo mogelijk een indirect effect heeft op het verminderen van de obesitas gerelateerde kankerontwikkeling (Carpenter CL, Ross RK, Paganini-Hill A, Bernstein L, 1999; Martinez ME, Giovannucci E, Spiegelman D, Hunter; DJ, Willett WC, Colditz GA., 1997). Er is evidentie dat de mate van fysiek activiteit voor de diagnose geen predictief effect heeft op de overleving na de kankerbehandelingen (Meyerhardt et al, 2006). Het motiveren van mensen die voordien niet fysiek actief waren heeft dus zeker zin en resulteert tevens in een verminderd risico op kankerontwikkeling (Patel AV, Callel EE, Bernstein L, Wu AH, Thun MJ., 2003; Giovannucci EL, Liu Y, Leitzmann MF, Stampfer MJ, Willett WC, 2005).

### ***Er zijn geen onvermogene mensen, alleen onvermogene stemmingen***

*(Richard Bandler & John Grinder)*

70% van de patiënten met kanker halen de Amerikaanse nationale standaarden, op het gebied van beweging, niet. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat kankerpatiënten hun gedrag met betrekking tot voeding en roken veranderen maar wat betreft beweging niet (Blanchard et al., 2003). Fysieke activiteit correleert sterk met levenskwaliteit. Patiënten die hun fysieke activiteiten tijdens en na de behandelingen verminderen rapporteren de laagste levenskwaliteit (Irwin M., 2008). Fysiek inactieve patiënten rapporteren ook meer vermoeidheidsklachten dan patiënten met een actieve levensstijl (Servaes P, Verhagen S, Bleijenberg G, 2002).

Bewegingsprogramma's hebben het potentieel om neveneffecten van de behandeling op lange termijn te reduceren (Warburton, Nicol, Bredin, 2006). Uit onderzoeken blijkt dat ondanks de positieve meerwaarde van fysieke activiteit slechts een kleine groep mensen de norm halen om er een gezondheidsvoordeel uit te halen (Craig CL, 2004). Net zoals in de gewone populatie is het niet evident om deze programma's ook op lange termijn vol te houden (Jones, Harris, Waller, Coggins, 2005). Wij wensen met dit onderzoek na te gaan of deelnemers aan het oncologische groepsaanbod fysiek actief blijven na hun deelname. Wanneer we mensen, ook op lange termijn, willen motiveren is het dus nog belangrijker om te onderzoeken wat maakt dat ze al dan niet bewegen (Nickel & Spink, 2010).

Een theorie die binnen de wereld van fysieke activiteit opmars heeft gemaakt is de attributietheorie van Weiner (1985). De hoofdkenmerken bestaan eruit dat wanneer mensen een succes ervaren of falen op zoek gaan naar oorzaken hiervan. Deze oorzaken kunnen verdeeld worden in 3 grote categorieën. De eerste dimensie, locus, wijst op het intern of extern zijn van de toegeschreven oorzaak. De tweede dimensie, stabiliteit, duidt op het al dan niet fluctueren van de oorzaken doorheen de tijd. Controleerbaarheid, ten slotte, is de derde dimensie en slaat op het wel of niet persoonlijk kunnen controleren van de oorzaken.

Deze attributies beïnvloeden de mentale en emotionele beleving wat het toekomstige gedrag kan beïnvloeden (Weiner, 1985). Waarbij de assumptie gemaakt en onderzocht werd dat personen die zichzelf als succesvol ervaren, hogere niveaus rapporteren van interne attributies, controle en stabiliteit, dan diegene die zichzelf als falend ervaren. In het onderzoek van Nickel & Spink (2010) werd succes vertaald in de mate dat deelnemers voldoende fysiek actief waren om een gezondheidsvoordeel te ervaren. Ook voor deze studie wordt succes gepercipieerd als de mate waarin mensen fysiek actief blijven na hun deelname aan een groepsprogramma. We wensen specifiek te bevragen welke attributies deelnemers aangeven m.b.t. het al dan niet fysiek actief zijn.

Het is, gezien de sterke meerwaarde van bewegen, ontzettend belangrijk om na te gaan hoe we kankerpatiënten kunnen blijven motiveren om ook na het beëindigen van een revalidatieprogramma te blijven sporten en zo actief mee te werken aan hun overleving.

## **2.2. Methode**

**Prospectief:** Nagaan of ex deelnemers van Herstel en Balans en het Psycho-educatief groepsaanbod ook op langere termijn fysiek actief zijn. Een vergelijkende vragenlijst afnemen van patiënten die deelgenomen hebben aan het groepsaanbod na 3 maand tot 3jaar. Vragenlijsten die de huidige fysieke activiteit nagaat, attributies, kwaliteit van leven (EORTC\_C30) en angst & depressie (HADS).

Groepsaanbod:

**Psycho-educatief groepsaanbod**

Het psycho-educatief groepsaanbod waarvan sprake in deze studie is een groepsprogramma voor alle oncologische patiënten die op dat moment in behandeling zijn (operatie, chemo, radiotherapie) en die ervaringen wensen uit te wisselen met lotgenoten over verschillende thema's. Iedere sessie komt er een ander thema aan bod (kanker, wat nu?; angst en stress; piekeren; communicatie; zelfzorg; ...). Gedurende 6 a 8 weken komen de deelnemers in kleine groep samen gedurende 2.30u. De groep wordt begeleid door een psycholoog. Het opzet is semigestructureerd, wat betekent dat er vertrokken wordt vanuit een informatief gedeelte waarna er ruimte is voor uitwisseling van ervaringen. De gespreksgroepen worden geëvalueerd door zowel pre-post als tussentijdse metingen. (folder in bijlage)

### **Herstel & Balans®**

Herstel&Balans® is een revalidatieprogramma voor volwassen oncologische patiënten die de primaire behandeling afgerond hebben met perspectief op langdurig herstel en (chronische) klachten houden waarvoor groepsbehandeling/revalidatie met individuele differentiatie geïndiceerd is. Het programma is modulair opgebouwd met als doel het verbeteren van het fysieke, psychische en sociale functioneren. Het programma is gebaseerd op fysiologische, gedragstherapeutische en psycho-educatieve principes.

Concreet komen de deelnemers gedurende 12 weken, 3 x per week samen om gedurende 2 x 2 u te sporten in een fitnesscentrum en 1 x 2u een psycho-educatieve gespreksgroep bij te wonen.

Binnen het programma worden fysieke, psychische en sociale subdoelen onderscheiden:

Fysieke subdoelen:

- o het leren (her)kennen en ervaren van eigen grenzen en mogelijkheden;
- o het leren omgaan met, verminderen of voorkomen van beperkingen zoals vermoeidheid, angst voor bewegen, lymfoedeem;
- o het optimaliseren van het inspanningsvermogen om het gewenste activiteitsniveau te bereiken;
- o het ontwikkelen/onderhouden van een actieve leefstijl; het ontwikkelen/ hervinden van plezier in bewegen.

Psychische subdoelen:

o cognitief: het verwerven van inzicht in factoren die een rol spelen bij de ziekte kanker en de gevolgen daarvan;

o emotioneel: het verbeteren van het emotioneel functioneren;

o gedragsmatig: op een functionele manier omgaan met de ziekte kanker en de gevolgen daarvan.

Sociale subdoelen:

o herwinnen van het emotioneel evenwicht binnen de relatie en sociale omgeving;

o optimale hervatting van werk en/of huishoudelijke taken;

o optimale hervatting van vrijetijdsbesteding;

o optimale hervatting van de rol in het gezin en sociale relaties

Grootschalig onderzoek naar de effecten van Herstel en Balans in Nederland (Veenstra, 2000) toont o.a. significante verbeteringen in de kwaliteit van leven en een significante vermindering van de vermoeidheid. De patiënten uit het onderzoek ervaren het programma als zeer zinvol en kwalitatief hoogstaand. Intern onderzoek bevestigt deze resultaten, we merken significante verschillen wat betreft levenskwaliteit. Een repeated measures analyse met de 2 verschillende meetmomenten van de EORTC QLQ-C30 als within-subjects variabelen bij de eerste groep, laat zien dat er een significant verschil is in Global health scale over de meetmomenten heen ( $F(1,8) = 12.290$ ,  $p = .008$ , sphericity assumed). Er is sprake van een verbetering in de Global Health scores tussen de premeting ( $M = 53.70$ ,  $SD 17.24$ ) en de postmeting ( $M = 65.74$ ,  $SD 15.28$ ). Ook wat vermoeidheid betreft heeft dit programma zijn succes bewezen. Een repeated measures analyse met de 2 verschillende meetmomenten van de MVI-schaal (multidimensionele vermoeidheidsindex) als within-subjects variabelen laat zien dat er een significant verschil is in de score van de MVI-schaal over de meetmomenten heen ( $F(1,8) = 7.97$ ,  $p = .02$ , sphericity assumed). Deze resultaten zijn afkomstig van de 4<sup>de</sup> herstel en balans groep. Uit de tevredenheidsenquête, blijkt dat de deelnemers zeer tevreden zijn over het programma. Het psycho-educatieve luik werd in de 3<sup>de</sup> groep gemiddeld zeer hoog gescoord (9.4/10), maar ook de 4<sup>de</sup> groep geeft gemiddeld een hoge score (8/10). Dankzij het programma is de psychische ingesteldheid verbeterd, zijn de negatieve gevoelens afgenomen,

is de kennis van de eigen grenzen en de grip en controle over de persoonlijke situatie sterk toegenomen. Ook de bejegening door de begeleiders wordt sterk gewaardeerd.

## Deelnemers

De deelnemers aan deze studie zijn patiënten die deelgenomen hebben aan een groepsprogramma gedurende de periode van 2009 tot eind 2011. Deelnemers die ondertussen overleden zijn of hervallen werden geëxcludeerd uit de studie. Deelnemers die zowel deelnamen aan de psycho-educatieve gespreksgroep als de Herstel en Balans groep werden opgenomen in de lijst van de laatste groep. In totaal werden hierdoor 75 personen aangeschreven waarvan 50 de vragenlijsten hebben ingevuld.

Groep	T1 Pre meting n	T2 Postmeting	T3 Follow-up meting (onderzoek)	Aantal deelnemers	Aangeschreven *	Deelnemers onderzoek
Herstel & Balans (1) 2009			ERORTC HADS F.A	25	23	15
Psycho-educatieve gespreks groep (1) 2009			ERORTC HADS F.A	8	6	3
Herstel & Balans (2) Voorjaar 2010			ERORTC HADS F.A	10	10	6
Herstel & Balans (3) Najaar 2010	EORTC	EORTC	ERORTC HADS F.A	10	10	6



Psycho- educatieve gespreks groep (2) 2010	EORTC	EORTC	ERORTC HADS F.A	10	6	5
Herstel & Balans (4) 2011	ERORTC	ERORTC	ERORTC HADS F.A	11	10	10
Psycho- educatieve gespreksgroep 2011 (3) voorjaar	ERORTC	ERORTC	ERORTC HADS F.A	6	4	1
Psycho- educatieve gespreksgroep (4) najaar	ERORTC	ERORTC	ERORTC HADS F.A	6	6	4
Totaal				86	75	50

\*: omwille van overlijden van ex deelnemers alsook het deelnemen aan beide activiteiten werden niet alle kandidaten aangeschreven.

## Vragenlijsten

### HADS

De HADS is een kort zelfrapportage instrument, die angst en depressie nagaat bij een medische patiëntenpopulatie. Het is tevens een vragenlijst waarvan de psychometrische bruikbaarheid is aangetoond binnen een oncologische patiëntenpopulatie (Carroll. et al, 1993; Moorey et al, 1991). Scores onder de 8 zijn niet significant, tussen 8 en 10 borderline en boven de 10 indicatief voor klinische angst en/of depressie.

De HADS resulteert in scores voor angst, depressie en totale distress. Een score  $\geq 8$  op de subschalen angst en depressie wordt gehanteerd voor de identificatie van klinische angst en/of depressie.

### **EORTC QLQ-C30 versie 3**

Vragenlijst gericht op het meten van de levenskwaliteit bij oncologische patiënten. De vragenlijst bestaat uit vijf schalen voor functioneren: fysiek, rol, emotioneel, cognitief en sociaal functioneren; een schaal voor algemene kwaliteit van leven en een schaal voor symptomen en klachten. Deze vragenlijst heeft referentiescores van een oncologische populatie en is ook bruikbaar om de levenskwaliteit te meten bij lange termijn overlevers (G. Apolone1 et.al , 1998).

### **Vragenlijst die de fysieke activiteit nagaat en attributies (zie bijlage)**

Vragenlijst gebaseerd op de bevraging van Herstel & Balans voor het fysieke luik, aangevuld met vragen die de attributies nagaan. Deze vragenlijst heb ik zelf opgesteld. In de vragenlijst zijn er voorbeeldantwoorden gebaseerd op de literatuur als vrije ruimtes voorzien voor eigen antwoorden.

## **2.3. Resultaten**

### **Deelnemers:**

In totaal werden 75 personen aangeschreven voor deze studie waarvan 50 de vragenlijsten hebben ingevuld. Dit komt overeen met een respons rate van 66%. Het grootste deel van de deelnemers zijn vrouwen (94%) met een gemiddelde leeftijd van 53 jaar (min 32 en Max 71), waarvan het merendeel borstkanker heeft gehad (94%) en hiervoor behandeld werd met een operatie, chemo, radiotherapie en/of hormonale therapie. De non-responders hebben vergelijkende demografische karakteristieken.

### **Onderzoeksvragen**

- 1) Heeft het volgen van het groepsprogramma een impact op fysieke activiteit op lange termijn?
- 2) Is er een verband tussen de fysieke activiteit en de levenskwaliteit?
- 3) Waar schrijven de deelnemers het al dan niet nog fysiek actief zijn aan toe?

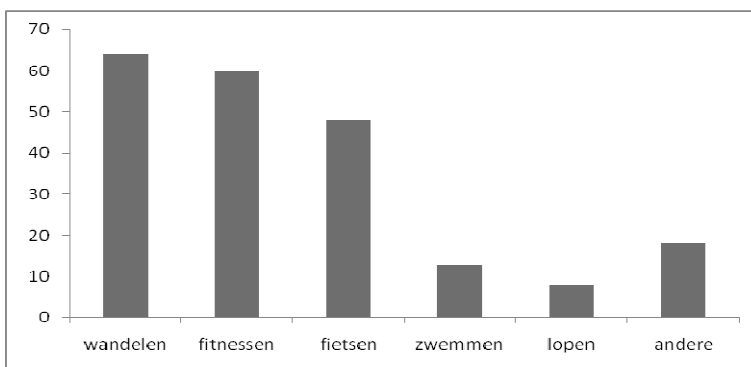
We groeperen de resultaten per onderzoeksvraag:

### 1) Zijn de deelnemers aan het groepsprogramma nog fysiek actief op lange termijn?

Van de totale groep merken we dat van de 50 respondenten er 46 nog sporten

Bij de 'Herstel en Balans' groep merken we dat van de 37 respondenten er 36 sporten op moment van de bevraging, waarbij 70% aangeeft van meer te sporten na het programma 'Herstel en Balans'; 16 % zegt evenveel te sporten en 10 % geeft aan van minder te sporten.

Onder het type sport merken we de volgende trend:



**Tabel 1**

64,9% wandelen, 59,5% fitnesssen 48 % fietsen, 13,5% zwemmen, 8,1% lopen, 18% andere sporten (zie tabel 1)

Gemiddeld verkrijgen we een 4.6u. sport/week voor de ganse groep. Voor de 'Herstel en Balans' groep komen we zelfs aan 5.11 u.. Wanneer we corrigeren voor outliers met een boxplot (data verder weg dan 1.5 maal het interkwartiel), komt het gemiddelde op **4.01** met een maximum van 9 uur sport/week. In de literatuur wordt >3h/week of >9MET (Metabole equivalenten) gehanteerd om een gezondheidsvoordeel te hebben. Gemiddeld genomen komt deze groep hier dus zeker aan.

#### Effect van het programma vergelijken tussen de deelnemers die voorafgaand niet actief waren/voorafgaand al sporten

Voorafgaand aan het psycho-educatief programma deden 54% van de deelnemers aan sport. Iets meer dan de helft van de deelnemers waren dus al fysiek actief voor het programma. Om te kunnen spreken van een effect van het programma dienen we ook na te gaan of er een

verschil is tussen niet-voorafgaande sporters en voorafgaande sporters in het aantal uur dat ze sporten na hun deelname? Dit om te controleren of het niet alleen de voorafgaande sporters zijn die voor het effect zorgen. Hiervoor voeren we een one-way anova uit met het aantal uur sport als afhankelijke variabele en het al dan niet voorafgaand sporten als onafhankelijke variabele. Uit de analyse met een F-toets blijkt er geen verband te zijn  $F(1,49) = 4,786$  n.s. Deelnemers die voorafgaand gingen sporten verschillen niet betreffende het aantal uur sport na het programma van diegene die voorafgaand niet gingen sporten.

Specifiek voor de 'Herstel en Balans' groep gaan we na of er een verschil is tussen voorafgaand sporten en aansluitend na het programma sporten. Dit gaan we na met een crosstabulation waarop we een chi-kwadraat toets toepassen. Ook dit verschil is gebaseerd op toeval en niet significant  $X^2(1) = 1,524$  n.s.. Dit resultaat is dus ook in het voordeel van het programma en toont aan dat ongeacht voorafgaande sportervaring deelnemers na het programma verder sporten.

#### Is er een tijdseffect?

Men kan verwachten dat deelnemers die recent het programma hebben beëindigd meer aan sport doen dan diegene die al langer het programma hebben beëindigd. We vergelijken hiervoor de groepen van 2009 en voorjaar 2010 met de groepen van najaar 2010 en 2011. We vinden geen verband terug in de Anova analyse,  $F(1,49)=0.008$ , n.s.. Wanneer we ook naar de beschrijvende statistiek kijken merken we duidelijk dat er amper een verschil is tussen het gemiddeld aantal uur sporten tussen de eerste ( $M=4.67$ ) en tweede groepen ( $M=4.57$ ).

#### **2) Is er een verband tussen fysieke activiteit en levenskwaliteit?**

Wanneer we naar de scores kijken van de deelnemers krijgen we een gemiddelde waarde voor de levenskwaliteit van 66 met een standaarddeviatie van 19. Vergelijkbare normgroep van vrouwen met borstkanker, alle leeftijden geeft een minimaal verschil (EORTC reference values manual) ( $M= 61.8$   $SD=24.6$ ).

De deelnemers scoren gemiddeld gezien niet klinisch significant op de angst ( $M= 6,94$   $SD=4.8$ ) en depressieve ( $M=4,14$   $SD=3.6$ ) subschaal van de HADS. De gemiddelde angstscore ligt in vergelijking met een normale Nederlandstalige populatie wel wat hoger (HADS angst  $M=3.9$   $SD=3.6$ ) (SPINHOVEN & J. ORMEL, 1997). De vergelijking met een medische normgroep is meer

gelijklopend voor de angstsubscalaal ( $M=6.5$ ,  $SD 4.2$ ). Van de 50 respondenten scoren 12 deelnemers klinisch significant (score >10) op de angstsubscalaal.

Is er een verband tussen levenskwaliteit (EORTC), angst & depressie (HADS) en fysiek actief zijn

We merken op dat levenskwaliteit negatief correleert met de angst ( $r = -.523$ ,  $p <.01$ ) en depressie ( $r = -.631$ ,  $p <.01$ ) schalen van de HADS. Een logisch verband dat deelnemers die een beter levenskwaliteit hebben lagere angst en depressieve klachten vertonen.

Er is geen significante correlatie tussen aantal uren sport en de EORTC scores en HADS scores.

### **3) Waar schrijven de deelnemers het al dan niet fysiek actief zijn aan toe?**

Attributies van de deelnemers:

Van de deelnemers aan het 'Herstel en Balans' programma geven 73% aan dat ze dankzij het programma een verandering hebben ervaren in het aantal uur dat ze sporten.

Bij 3 deelnemers is het aantal uur sport gelijk gebleven los van het programma, maar het grootste deel (21 van de 26) van de deelnemers dat meer sport schrijft dit toe aan het programma.

Attributies van deelnemers die blijven sporten:

Wat maakt dat deelnemers blijven sporten: 54% voor het lotgenotencontact, 39% voor hun gezondheid, 36% voor hun conditie, 30% dankzij sociale steun (geen lotgenoten), 15% omwille van hun mentale gezondheid

Attributies van deelnemers die niet of minder sporten: medische redenen (62%), fysiek (100%), onvoldoende gemotiveerd(62%) en tijd(75%).

## **2.4. Conclusie**

Van de 75 aangeschreven personen hebben 50 deelnemers de vragenlijsten teruggestuurd. Het merendeel van de deelnemers (92%) is nog fysiek actief op het moment van de bevraging. Dat bijna 60% fitnesst is mogelijks toe te schrijven aan het feit dat de fysieke module van het revalidatieprogramma in een fitnesscentrum wordt gegeven.

We vinden geen significant verschil tussen de eerste en de laatste groepen inzake het aantal uur sporten. Gezien bijna alle respondenten nog fysiek actief zijn is dit niet zo een verwonderlijk resultaat. Dit wijst nog meer in de richting van de sterke meerwaarde van het programma ook op lange termijn.

Eenzijds verassend vinden we geen significant verband tussen de fysieke activiteit en de levenskwaliteit, hoewel dit in andere onderzoeken wel duidelijk naar voor komt (H. M. Penttinen, 2011; Veenstra, 2000). In een onderzoek van Cadmus (2009) was er omwille van een te kleine power geen duidelijke impact van fysieke activiteit op levenskwaliteit. Dit kan mogelijks bij dit onderzoek ook meespelen. Daarnaast vonden ze in het onderzoek van Cadmus(2009) tevens dat de initiële levenskwaliteit al vrij hoog lag bij aanvang van het programma. Gezien we niet van alle deelnemers de pre-waarden van de EORTC hadden konden we deze jammer genoeg niet opnemen in onze berekeningen. Wanneer we kijken naar de gemiddelde waarde van de postmeting van de laatste herstel en balans groepen ( $M=63,5$ ) dan merken we wel dat deze waarde niet sterk verschilt van deze verkregen in het onderzoek ( $M=69$ ). Om een klinisch verschil te mogen concluderen dient er tevens een verschil van 15 punten te zijn (Osoba & Rodrigues G, 1998).

De deelnemers schrijven hun verandering in fysieke activiteit toe aan het programma en geven aan dat ze blijven sporten omwille van het lotgenotencontact en de sociale steun maar tevens omwille van het belang voor de eigen fysieke en mentale gezondheid.

## Discussie

Werken met groepen boeit me mateloos en sinds de opstart van de eerste gespreksgroep in 2009 ben ik alsmar meer gefascineerd door de kracht van een groepswerking en de ontzettende steun die lotgenoten voor elkaar kunnen betekenen. Het was voor mij dan ook vrij evident om de focus van mijn eindwerk op onze groepswerking te leggen.

Ik vertrok vanuit de praktijkervaring dat psycho-educatieve gespreksgroepen van veel betekenis zijn voor de deelnemers maar tevens vanuit de constatactie dat slechts enkele patiënten spontaan de stap tot deelname zetten. Dit prikkelde mij om na te gaan uit welke elementen een groepsaanbod kan bestaan om zo goed mogelijk te beantwoorden aan de noden van een oncologische patiëntengroep. Daarnaast stelden we ons de vraag of ons programma ook op langere termijn vruchten afwerpt. We wensten dit na te gaan door concreet te bevragen of de deelnemers van de voorbije reeksen nog fysiek actief waren en hoe dit reflecteerde in hun levenskwaliteit en psychisch welbevinden. Door specifiek de attributies te bevragen bij de deelnemers kunnen we te weten komen welke elementen van ons groepsaanbod ook op lange termijn werkzaam zijn. Een onderzoek van Kerry (2004) ging na of deelnemers fysieke actief bleven 5 weken na het beëindigen van een groepsprogramma. Dit onderzoeksoptzet wenste na te gaan of deelnemers tot 2jaar na het beëindigen van een oncologische groepsprogramma blijven voortbewegen. De bevindingen van dit eindwerk kunnen we terugkoppelen naar het huidige groepsaanbod en zo de toekomstige deelnemers gerichter rekruteren en begeleiden.

Bij de zoektocht naar een antwoord op de eerste onderzoeksvraag kwam duidelijk naar voor dat de werkzame factoren binnen een oncologisch groepsaanbod lotgenotencontact, informatie en ervaringen delen zijn. Daarnaast gaven enkele deelnemers vriendschap aan, alsook het gevoel om er niet alleen voor te staan. Deze laatste houden verband met de door Yalom (1975, 1995, 2005) omschreven werkbare factoren van universaliteit en cohesie in groepen. We merken dus op dat we de in de literatuur gevonden factoren van lotgenotencontact (Pistrang & Barker, 1998) en sociale steun (Helgeson, 1996) terugvinden in ons groepsaanbod. Lotgenotencontact stimuleren kan het gevoel van groepscohesie verhogen. Hoe meer groepscohesie hoe betere uitkomsten groepen kunnen bereiken op mentaal, sociaal en emotioneel functioneren (Mildgaard J, Roth L, Selter R & Adamsen, 2006; May A et al., 2008). Sociale steun kunnen we verder opdelen in emotionele, informationele en praktische

steun (House, 1981). In het onderzoek van Helgeson (1996) kwam zowel de nood aan emotionele steun als de effectiviteit van informationele steun naar voor. Het integreren van beide aspecten van steun in het groepsaanbod is een nuttige richtlijn voor ons oncologische groepsaanbod.

Wat het type van groepsaanbod betreft, geniet een groepsaanbod met een gestructureerd karakter de voorkeur, waarbij voor de therapeut een belangrijk rol is weggelegd met betrekking tot het welslagen van de groep. Het uitvoeren van een procesevaluatie is dan ook wenselijk aangezien het de effectiviteit van behandelingen vergroot (Slade, Lambert, Harmon, mSart, & Bailey, 2008). De grootste uitdaging blijft het rekruteren van geschikte kandidaten, wat niet vanzelfsprekend is, gezien de divergentie tussen de subjectieve en objectieve nood bij deze patiëntengroep (Winzer A, 2009) en de hoge drempel tot deelname (Krizek, 1999). Het is dan ook belangrijk om toekomstige deelnemers systematisch te screenen door middel van een intakegesprek waarin gepeild wordt naar psychische risicofactoren en motivatie.

Concreet betekenen deze richtlijnen voor ons groepsaanbod de uitdaging om een meer heterogene aanpak voorop te stellen met een nog grotere klemtoon op de eigen-effectiviteit en sociale steun onder de vorm van lotgenotencontact. Het motiveren en betrekken van artsen en andere hulpverleners in de bekendmaking van het aanbod is gezien de hoge drempel tot deelname tevens een aandachtspunt.

Het antwoord op de tweede onderzoeksvraag, of het psycho-educatief groepsprogramma past binnen een tertiair preventieplan, klinkt bevestigend. Ondanks de onderzoeksmatige beperktheden die ik nader toelicht kunnen we wel van een succes spreken als van de 50 respondenten er nog 46 sporten. Zelfs indien we de non responders als niet sporters meerekenen is het nog steeds een 60% die sport, wat in het licht van recente onderzoeksresultaten (Blanchard et al., 2003), erg belangrijk is. Van de respondenten geeft 70% aan meer te sporten na het onco-revalidatieprogramma; 16 % zegt evenveel te sporten en 10 % geeft aan minder te sporten. In het onderzoek van Melinda L. Irwin, (2011) werd nagegaan hoeveel patiënten postdiagnose fysiek actief waren. Daar bleek dat 40% meer fysiek actief was dan voordien, een 35% bleef evenveel bewegen en 25% minder. De resultaten na een onco-revalidatieprogramma zijn dus beduidend beter. In vergelijking met voorbijgaande studies waarbij slechts op korte termijn het effect werd nagegaan van een groepsprogramma (Bottomley.A, 1997), is het unieke aan deze studie dat we fysieke activiteit op langere termijn hebben nagegaan.



In dit onderzoek waren 74% van de deelnemers voldoende fysiek actief om er een gezondheidsvoordeel uit te halen (>3u/week) (Melinda L. Irwin, 2011). Wat de verschillende sporten betreft is wandelen wat onduidelijk op het gebied van intensiteit en hebben we niet specifiek opgedeeld in matig en intensief wandelen. Aangezien 64,9% van de respondenten dit als sport aangeeft is er dus mogelijk een overschatting van het gezondheidsvoordeel. In deze studie werd niet nagegaan in welke mate ex deelnemers zelf percipieerden dat ze actief genoeg waren om een gezondheidsvoordeel te halen (Nickel & Spink, 2010). Dit is dan ook een belangrijk aandachtspunt om mee op te nemen bij toekomstig onderzoek.

Het belang van sporten voor de eigen gezondheid vinden we terug bij de attributies. Dit ondersteunt onze visie rond een tertiair preventieplan en toont aan dat mensen na een diagnose van kanker in een kwetsbare en ontvangelijke positie zitten waarbij de motivatie om tot levensstijlverandering te komen erg hoog ligt (Hewitt et al, 2005) en dat overlevers een verandering in levensstijl kunnen doorvoeren (Blanchard, 2008). Volgens diezelfde onderzoeker zorgt een verandering in één levensstijl tevens in een verandering op de andere terreinen. Hoewel we dit niet expliciet bevraagd hebben mogen we dit misschien wel veronderstellen. Artsen zijn de sterkste katalysators om deze levensstijlverandering te promoten en zijn dan ook ideaal geplaatst om deze gezondheidsverandering aan te kaarten (Manderblatt, 1995). Hoewel we met deze studie niet kunnen concluderen dat door het psycho-educatieve luik deelnemers blijven sporten mag het belang ervan voor het faciliteren van lotgenotencontact en sociale steun niet onderschat worden. Mede gezien deze attributies bijdragen tot een blijvende motivatie om te sporten (Litt, Kleppinger & Judge, 2002). Een onderzoek van Wilbur et al (2005) gaf aan dat de kans groter is dat deelnemers na het programma blijven sporten wanneer zij consequent het programma bijwoonden. Dit suggereert het belang van een nauwe opvolging en stimulering van deelnemers die zich soms afwezig melden tijdens het programma.

Een beperking van deze studie is dat ze omwille van de beperkte demografische variëteit, heterogeniteit en kleine doelgroep niet gegeneraliseerd kan worden naar de volledige oncologische populatie. In deze studie hebben we niet nagegaan welke de mogelijke impact van demografische gegevens is op de uitkomst (Bottomley, 1997). Een van de belangrijkste tekortkoming is, zoals in vele andere onderzoeken met oncologische supportgroepen, het gebrek aan een adequate controlegroep (Bottomley, A, 1997). Binnen het tijdsbestek van dit onderzoek was het niet mogelijk om een compatibele controlegroep te vormen. Dit maakt

tevens de evaluatie van dergelijke groepen ontzettend moeilijk en maakt dat sociale wenselijkheid niet uit te sluiten valt. Bij gebrek aan een specifieke vragenlijst die de attributies nagaat m.b.t. fysieke activiteit heb ik zelf een vragenlijst opgesteld die gezien de open vraagstelling misschien onvoldoende exhaustief was. Het aanbieden van bepaalde antwoordmogelijkheden was dan mogelijks suggestief. Het belang van Weiner's (1985) attributietheorie in het voorspellen van toekomstig gezondheidsgedrag is een zinvol onderzoeksdomein, zeker gezien de meerwaarde van de theorie voor het voorspellen van toekomstig bewegingsgedrag (Kerry, 2004). In deze studie werd louter het recreatief sporten nagegaan. Fysieke activiteit die uitgeoefend werd in het huishouden of op het werk werd niet nagegaan. Dit aangezien de meeste studies dit ook niet in rekening brengen (Irwin M. L., 2009; Jeffrey A. Meyerhardt, 2008) en de sterkste associatie gevonden wordt tussen recreatief sporten en overleving na kanker (Irwin M. , 2008).

Het aanbieden van een psycho-educatief groepsprogramma is een zinvolle aanpak die, naast het faciliteren van lotgenotencontact en sociale steun, mee de drempel verlaagt voor deelnemers om ook op lange termijn fysiek actief te blijven en dus een zinvol onderdeel vormt van een tertiair preventieplan.

## Bibliografie

ACSM. (1998). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise* , 30(6): 975-991.

Bauman, Laurie J.; Gerver, Robert; Siegel, Karolynn (1992), Factors associated with cancer patients' participation in support groups, *Journal of Psychosocial Oncology*, 1-20

Berglund, Christina Bolund, Ulla-Lena Gustafsson, Per-Olow Sjöden. (1997), Is the Wish to Participate in a Cancer Rehabilitation Program an Indicator of the Need? Comparisons of Participants and Non-Participants in a Randomized Study. *Psycho-Oncology* vol 6, 1, 35-46

Blanchard Christopher M., Kerry. S.& Stein K. (2008). Cancer Survivors' Adherence to Lifestyle Behavior Recommendations and Associations With Health-Related Quality of Life: Results From the American Cancer Society's. American Cancer Society .

Blanchard CM; Denniston MM; Baker F. (2003) Do adults change their lifestyle behaviors after a cancer diagnosis? *AMERICAN JOURNAL OF HEALTH BEHAVIOR* ,Vol 27 : 3 246-256

Bottomley.A. (1997). Cancer support groups - are they effective? *European journal of cancer care* , 6,11-17.

Bohns Vanessa K. , Francis J. Flynn (2010)"Why didn't you just ask?" Underestimating the discomfort of help-seeking *Journal of experimental social psychology* [0022-1031] vol:46 iss:2, 402 -409

Butow PN, K. L. (2007). What is the ideal support group? Views of Australian people with cancer and their carers. *Psycho-oncology* , 1039-45.

Cadmus, I., Salvoy, Yu, Chung, Kasl, & Irwin. (2009). Exercise and quality of life during and after treatment for breast cancer: results of two randomized controlled trials. *Psycho-Oncology* , 343-352.

Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. (2003) Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med*, 348:1625-1638.

Carroll BT, Kathol RG, Noyes R Jr, Wald TG, Clamon GH (1993) Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen Hosp Psychiatry*. 15(2):69-74.

Carpenter CL, Ross RK, Paganini-Hill A, Bernstein L. (1999) Lifetime exercise activity and breast cancer risk among post-menopausal women. *Br J Cancer*.;80:1852-1858

Catherine Classen, PhD; Lisa D. Butler, PhD; Cheryl Koopman, PhD; Elaine Miller, RN, MPH; Sue DiMiceli, BA; Janine Giese-Davis, PhD; Patricia Fobair, LCSW, MPH; Robert W. Carlson, MD; Helena C. Kraemer, PhD; David Spiegel, MD (2001) Supportive-Expressive Group Therapy and Distress in Patients With Metastatic Breast Cancer, *Archives of General Psychiatry*, vol 58, 494-501

Cope, D. (1995). Functions of a breast cancer support group as perceived by the participants: an ethnographic study. *Cancer nursing* , 472-478.

Craig CL, R. S. (2004). Twenty-year trends in physical activity among Canadian adults. *Can J Public Health* . , 59-63.

Chiquelho R, Neves S, Mendes A, Relvas AP, Sousa L.(2011) proFamilies: a psycho-educational multi-family group intervention for cancer patients and their families. *Eur J Cancer Care*;20(3):337-44.

Coreil J, Behal R.(1999) Man to Man prostate cancer support groups. *Cancer Pract* . ;7(3):122-9.

DHHS., U. (1996). U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, USA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Pr.

Dolbeault S, Cayrou S, Brédart A, Viala AL, Desclaux B, Saltel P, Gauvain-Piquard A, Hardy P, Dickes P.(2009), The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study., *Psycho-oncology*, 18, 647-656

Duclos, m. (2009). Activité physique et cancer du sein et du côlon :l'activité physique basée sur les preuves scientifiques. *science & sports* , 273 - 280.

Edelman S, Kidman A.D, (1999) Description of a group cognitive behaviour therapy programme with cancer patients, *Psycho-oncology*, 8:306-314

Edelman S., PhD Ashley Craig, PhD Antony D. Kidman, PhD, (2000) Group Interventions with Cancer Patients: Efficacy of Psychoeducational Versus Supportive Groups *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol. 18(3)

EORTC QLQ-C30 Reference Values. July 2008

Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA, Pasnau RO(1995) Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry*. 52(2):100-113

Fukui, Akira Kugaya, Masae Kamiya, Makiko Koike, Hitoshi Okamura, Tatsuro Nakanishi, Marcus Wenner, Shigeru Imoto, Katsuko Kanagawa, Yosuke Uchitomi (2001) Participation in psychosocial group intervention among Japanese women with primary breast cancer and its associated factors *Psycho-Oncology* 10: 419–427

GRITZ, E. R. (1991). Smoking and smoking cessation in cancer. *British Journal of Addiction* , 549-554.

GRANDE, L.B. MYERS and S.R. SUTTON (2006) How do patients who participate in cancer support groups differ from those who do not? *Psycho-Oncology* 15: 321–334

Giovannucci EL, Liu Y, Leitzmann MF, Stampfer MJ, Willett WC.(2005) A prospective study of physical activity and incident and fatal prostate cancer. *Arch Intern Med*. ;165:1005-1010.

Goodwin, M.D., Molyn Leszcz, M.D., Marguerite Ennis, Ph.D., Jan Koopmans, M.S.W., Leslie Vincent, R.N., Helaine Guther, M.S.W., Elaine Drysdale, M.D., Marilyn Hundleby, Ph.D., Harvey M. Chochinov, M.D., Ph.D., Margaret Navarro, M.D., Michael Speca, Psy.D., Julia Masterson, M.D., Liz Dohan, M.S.W., Rami Sela, Ph.D., Barbara Warren, R.N., M.S.N., Alexander Paterson, M.D., Kathleen I. Pritchard, M.D., Andrew Arnold, M.B., B.S., Richard Doll, M.S.W., Susan E. O'Reilly, M.D., Gail Quirt, R.N., B.A.A., Nicky Hood, R.N., and Jonathan Hunter, M.D.(2001) The Effect of Group Psychosocial Support on Survival in Metastatic Breast Cancer, *The New England Journal of medicine*, vol 345 1719-1726

Hawkey LC, Cacioppo JT. (2003) Loneliness and pathways to disease. *Brain Behav Immun*.;17 Suppl 1:S98-105

H. M. Penttinen, T. S.-L. (2011). Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatments. *Psycho-Oncology* , 1211–1220.

Helgeson, S. C. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health psychology* , 135 -148.

Helgeson VS, Bogart LM;(2000) Social comparisons among women with breast cancer: A longitudinal investigation,*JOURNAL OF APPLIED SOCIAL PSYCHOLOGY*,Vol30, 547-575

Holmes, M. D., Wendy Y. Chen, M., Diane Feskanich, S., Candyce H. Kroenke, S., & Graham A. Colditz, M. D. (2005). Physical Activity and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *JAMA* , 2479-2486.

Irwin, M. (2008). Impact of nutrition and exercise on cancer survival. *The cancer journal* , 435 -441.

Irwin, M. L., Ashley Wilder Smith, Anne McTiernan, Rachel Ballard-Barbash, Kathy Cronin, Frank D. Gilliland, Richard N. Baumgartner, Kathy B. Baumgartner and Leslie Bernstein (2008) Influence of pre- and postdiagnosis physical activity on mortality in breast cancer survivors: the health, eating, activity, and lifestyle study *Journal of clinical oncology*;26(24):3958-64.

Irwin, M. L. (2009). Physical activity interventions for cancer survivors. *British Journal of Sports Medicine* .

Janine Blaney, A. L.-S. (2010). The Cancer Rehabilitation Journey Barriers to and Facilitators of Exercise Among Patients With Cancer-Related Fatigue. *Physical Therapy* , 1135-1147.

Jeannine Coreil, J. W. (2004). Cultural Models of Illness and Recovery. *Qualitative Health Research* , 905-923.

Jeffrey A. Meyerhardt, E. L. (2008). Physical Activity and Survival After Colorectal. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY* , 3527-3534.

Jones JM, Cheng T, Jackman M, Rodin G, Walton T, Catton P (2010), Self-efficacy, perceived preparedness, and psychological distress in women completing primary treatment for breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncol.* 28(3):269-90.

Kinsella G, Cooper B, Picton C, Murtagh D. (1998) A review of the measurement of caregiver and family burden in palliative care *J.Palliat Care.* Summer;14(2):37-45

Krizek C, R. C. (1999). Gender and cancer support group participation. *cancer practice* , 86-92.

Kruk, J., & Aboul-Enein, H. (2006). Physical Activity in the Prevention of Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, , 11-21.

Kules Alice Rainess , Alan Axelrod (1995) Utilizing effective group models for prostate cancer patients and their families, *Cancer*, 1892-1896

Large T.R, M.m.H, LCSW-C (2005) Resistance in long term cancer support groups, *International journal of group psychotherapy*, 55(4): 551-573

Litt, Kleppinger & Judge (2002) initiation and maintenance of exercise behavior in older women: predictors of the social learning model, *journal of behavioral medicine*, 28, 83-97

Magen R.H, Glajchen (1999) Cancer support groups: client outcome and the context of group process, *research on sociale work practice*, vol 9, 541-554

May, A. M. (2007). Rehabilitation in cancer: Training and talking?

May A.M, Duivenvoorden H.J, Korstjens I, Van Weert E, Josette E. H. M. Hoekstra-Weebers J E.H.M., Van Den Borne B., Mesters I, van der Schans C.P. & Ros W. (2008)The effect of group cohesion on rehabilitation outcome in cancer survivors, *Psycho-Oncology* , 17,917–925

Martinez ME, Giovannucci E, Spiegelman D, Hunter DJ, Willett WC, Colditz GA. Leisure- time physical activity, body size, and colon cancer in women. Nurses' Health Study Research Group. *J Natl Cancer Inst.* 1997;89:948-955.

McTiernan, A. (2003). Intervention studies in exercise and cancer. *Med Sci Sport Exerc* , 1841-5.

Melinda L. Irwin, A. M.-W. (2011). Physical Activity and Survival in Postmenopausal Women with Breast Cancer: Results from the Women's Health Initiative. *Cancer Prev Res* , 522-529.

Meyerhardt JA, Heseltine D, Niedzwiecki D, Hollis D, Saltz LB, Mayer RJ, et al. Impact of physical activity on cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer: findings from CALGB 89803. *J Clin Oncol* 2006;24:3535—41.

Michael YL, Berkman LF, Colditz GA, Holmes MD, Kawachi I.(2002) Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: a prospective study. *J Psychosom Res.*;52(5):285-93

McTiernan A, Ulrich C, Slate S, Potter J. Physical activity and cancer etiology: associations and mechanisms. *Cancer Causes Control*. 1998;9:487-509.

McTiernan A, Tworoger SS, Ulrich CM, et al. Effect of exercise on serum estrogens in postmenopausal women: a 12-month randomized clinical trial. *Cancer Res*. 2004;64:2923-2928.

McTiernan A, Tworoger SS, Rajan KB, et al. Effect of exercise on serum androgens in postmenopausal women: a 12-month randomized clinical trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2004;13: 1099-1105

MIDTGAARD J., RORTH M., STELTER R. & ADAMSEN L. (2006) The group matters: an explorative study of group cohesion and quality of life in cancer patients participating in physical exercise intervention during treatment *European Journal of Cancer Care* 15, 25–33

Nickel, D., & Spink, K. (2010). Attributions for Health-Related Physical Activity. *Journal of applied sociale psychology* , 2927-2945.

Oliylyk, H.-K. N. (2011). Effects of physical activity on cancer prevention. *ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES* , 176–183.

Osoba, & Rodrigues G, M. J. (1998). interpreting the significance of changes in health related quality of life scores. *Journal of clinical oncology* , 139-144.

Palanisamy Pasupathi\*, S. P. (2011). Chronic Tobacco Smoking and Gastric Cancer: A Review. *International Journal of Current Biomedical and Pharmaceutical Research* , 48 – 66.

Pate RR, P. M. (1995). Physical activity and public health. *JAMA* , 273: 402-407.

Patel AV, Callel EE, Bernstein L, Wu AH, Thun MJ. Recreational physical activity and risk of postmenopausal breast cancer in a large cohort of US women. *Cancer Causes Control*. 2003;14:519-529.

Pistrang, N., & Barker, C. (1998). Partners and fellow patients: Two sources of emotional support for women with breast cancer. *American Journal of Community Psychology* , 439-456.

Sagar, S. M., & Lawenda, B. D. (2009). The role of integrative oncology in a tertiary prevention survivorship program. *Preventive Medicine* , 93–98.



Sammarco A (2001) perceived social support, uncertainty and quality of life of younger breast cancer survivors, *cancer nursing*, 24, 212-219

Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, Demark-Wahnefried W, Galvão DA, Pinto BM, Irwin ML, Wolin KY, Segal RJ, Lucia A, Schneider CM, von Gruenigen VE, Schwartz AL; American College of Sports Medicine.(2010) American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors., *medicine & science in sports & exercise*, 1409-1426

Shane Pascoe, S. E. (2000). Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* , 785–791.

Sherman, PH.D. (2008) Mechanisms of Change in Group Interventions for Cancer Patients *INTERNATIONAL JOURNAL OF GROUP PSYCHOTHERAPY*, 58 (3)

Sherman Allen C., Julie Mosier, Melyn Leszcz, Gary M. Burlingame, Kathleen Hubbs Ulman, Trish Cleary, Stephanie Simonton, Umaira Latif, Lara Hazelton & Bernhard Strauss,(2004) Group Interventions for Patients with Cancer and HIV Disease: Part III. Moderating Variables and Mechanisms of Action, *INTERNATIONAL JOURNAL OF GROUP PSYCHOTHERAPY*, 54(3) 2004

Shelley E. Taylor, R. L. (1986). Social Support, Support Groups, and the Cancer Patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 5,608-615.

Slade, K., Lambert, M., Harmon, S., mSart, D., & Bailey, R. (2008). Improving Psychotherapy Outcome: The Use of Immediate Electronic Feedback and Revised Clinical Support Tools. *Clinical psychology & psychotherapy* , 287 -303 .

SPINHOVEN, P., & J. ORMEL, P. P. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine* , 363 -370.

Susan D. McMahon, & Caroline King, B. M. (2001). Worksite Interventions: A Methodological Exploration and Pilot Study Promoting Behavior Change. *The Journal of Primary Prevention* , 103-119.

Servaes P, Verhagen S, Bleijenberg G. (2002) Determinants of chronic fatigue in disease-free breast cancer patients: across-sectional study. *Ann Oncol*;13(4):589–598.

Stevinson C, Anne Lydon & Ziv Amir (2011) Cancer support group participation in the United Kingdom: a national survey , *Support Care Cancer* 19:675–683

The 2010 Dietary Guidelines for Americans. Washington, DC: US Department of Agriculture and US Department of Health and Human Services; 2010

Ward SE, Viergutz G, Tormey D, deMuth J, Paulen A.(1992) Patients' reactions to completion of adjuvant breast cancer therapy. *NURSING RESEARCH* , 362-366.

Weiner. (1985). an attributional theory of achievement motivation and emotion. *psychological review* , 548-573.

Winzer A, H. A. (2009). Interest in a psycho-educational group intervention among out-patients with malignant melanoma in relation to their need: which patients are likely to participate? *Psycho-oncology* . , 1179-88.

Warburton, Nicol (2006). Health benefits of physical activity: the evidence *Canadian medical association*

## **Bijlagen**

**Bijlage 1: vragenlijst deelnemers Herstel & Balans**

**Bijlage 2: Vragenlijst deelnemers psycho-educatieve gespreksgroep**

Bijlage 1: vragenlijst deelnemers Herstel & Balans

# Demografische gegevens

---

Ik ben een

man

vrouw

leeftijd : .....

Ik ben behandeld voor: ..... (type kanker)

Behandelingen :

operatie

chemo

radiotherapie

hormonale therapie

Deelname activiteiten AZ Sint Blasius (kruis alles aan wat van toepassing is)

<p><input type="checkbox"/> Herstel &amp; Balans 2009</p> <p><input type="checkbox"/> Herstel &amp; Balans Voorjaar 2010</p> <p><input type="checkbox"/> Herstel &amp; Balans Najaar 2010</p> <p><input type="checkbox"/> Herstel &amp; Balans 2011</p>	<p><input type="checkbox"/> Psycho-educatieve gespreksgroep 2009</p> <p><input type="checkbox"/> Psycho-educatieve gespreksgroep 2010</p> <p><input type="checkbox"/> Psycho-educatieve gespreksgroep 2011</p> <p><input type="checkbox"/> Terugkomsessie groepsaanbod</p>
<p><input type="checkbox"/> Infosessie vermoeidheid</p> <p><input type="checkbox"/> yoga/aquagym</p> <p><input type="checkbox"/> andere:.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Dag Tegen Kanker</p> <p><input type="checkbox"/> Praatcafé</p> <p><input type="checkbox"/> andere: .....</p>

# SPORT EN BEWEGING

---

1. Deed u voordat bij u kanker werd geconstateerd aan sport en beweging?
  - Nee
  - Ja
  
2. Aan welke vormen van sport en beweging doet u nu, en hoeveel tijd (gemiddeld) besteedt u daaraan?
  - Wandelen \_\_\_\_\_ uur / uren per week
  - Fietsen \_\_\_\_\_ uur / uren per week
  - Zwemmen \_\_\_\_\_ uur / uren per week
  - Lopen \_\_\_\_\_ uur / uren per week
  - Fitness \_\_\_\_\_ uur / uren per week
  - \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ uur / uren per week
  
3. Is er wat veranderd in het gemiddeld aantal uren dat u aan sport en beweging besteedt na H&B?
  - Het aantal uren is meer geworden
  - Het aantal uur is gelijk gebleven (ga verder naar vraag 5)
  - Het aantal uren is minder geworden (ga verder naar vraag 7 )
  - Ik besteed geen tijd aan sport & beweging (ga verder naar vraag 7 )
  
4. Heeft de verandering volgens u te maken met het gevolgde programma?
  - Ja
  - Nee
  
5. Heeft u aansluitend na het programma H&B verder gesport?
  - Ja

Nee

6. Wat denkt u dat in het algemeen ervoor gezorgd heeft dat u bent blijven sporten (meerdere antwoorden mogelijk)?

.....

6.1 Zijn er aspecten binnen het groepsaanbod die dit mee hebben beïnvloed (vb lotgenotencontact, doelen stellen, overtuigingen,...):

.....

6.2 Zijn er aspecten buiten het groepsaanbod die dit mee hebben beïnvloed (vb steun uit de omgeving):

.....

7. Wat maakt dat u geen of minder sport beoefent (meerder antwoorden mogelijk)?

- 1) Tijd
- 2) Onvoldoende gemotiveerd
- 3) fysieke beperkingen
- 4) medische redenen
- 5) Andere: .....

8. Heeft u aansluitend na het programma H&B verder gesport?

Ja

Hoeveel maanden heeft u nog verder gesport?

.....

Wat was de reden waarom u hiermee gestopt bent?.....

Nee

9. Wat zou u kunnen helpen om wel verder te sporten & bewegen?

.....

Hartelijk dank om de tijd te nemen om dit in te vullen

## Demografische gegevens Deelnemer

---

Ik ben een

man

vrouw

leeftijd : .....

Ik ben behandeld voor: ..... (type kanker)

Behandelingen :

operatie

chemo

radiotherapie

hormonale therapie

Deelname activiteiten AZ Sint Blasius (kruis alles aan wat van toepassing is)

<p><input type="checkbox"/> Herstel &amp; Balans 2012 (kruis aan indien u hieraan wenst deel te nemen)</p>	<p><input type="checkbox"/> Psycho-educatieve gespreksgroep 2009</p> <p><input type="checkbox"/> Psycho-educatieve gespreksgroep 2010</p> <p><input type="checkbox"/> Psycho-educatieve gespreksgroep 2011</p> <p><input type="checkbox"/> Terugkomsessie groepsaanbod</p>
<p><input type="checkbox"/> Infosessie vermoeidheid</p> <p><input type="checkbox"/> yoga/aquagym</p> <p><input type="checkbox"/> andere:.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Dag Tegen Kanker</p> <p><input type="checkbox"/> Praatcafé</p> <p><input type="checkbox"/> andere: .....</p>

# Evaluatie Gespreksgroep

---

1. Hoe kijkt u nu terug op uw deelname aan de psycho-educatieve gespreksgroep?
  - Positief
  - Neutraal
  - Negatief
  
2. Heeft het volgen van de psycho-educatieve gespreksgroep u geholpen tijdens en/of na de kankerbehandelingen?
  - Ja
  - Nee
  
3. Heeft het volgen van de psycho-educatieve gespreksgroep ervoor gezorgd dat u anders bent gaan denken over uw ziekte?
  - Ja
  - Nee
  
4. Heeft het volgen de psycho-educatieve gespreksgroep u gemotiveerd om ook aandacht te besteden aan sport & beweging?
  - Ja
  - Nee
  
5. Wat was voor u de werkzame factor binnen de psycho-educatieve gespreksgroep (meerdere antwoorden mogelijk)?
  - 1) Lotgenotencontact
  - 2) Informatie
  - 3) Delen van ervaringen
  - 4) andere:.....



# SPORT EN BEWEGING

---

10. Deed u voordat bij u kanker werd geconstateerd aan sport en beweging?

- Nee
- Ja

11. Aan welke vormen van sport en beweging doet u nu, en hoeveel tijd (gemiddeld) besteedt u daaraan?

- Wandelen      \_\_\_\_ uur / uren per week
- Fietsen        \_\_\_\_ uur / uren per week
- Zwemmen      \_\_\_\_ uur / uren per week
- Lopen         \_\_\_\_ uur / uren per week
- Fitness        \_\_\_\_ uur / uren per week
- \_\_\_\_\_    \_\_\_\_ uur / uren per week

12. Is er wat veranderd in het gemiddeld aantal uren dat u aan sport en beweging besteedt na de oncologische behandelingen?

- Het aantal uren is meer geworden
- Het aantal uur is gelijk gebleven
- Het aantal uren is minder geworden (ga verder naar vraag 5)
- Ik besteed geen tijd aan sport & beweging (ga verder naar vraag 5)

13. Wat denkt u dat in het algemeen ervoor gezorgd heeft dat u bent blijven sporten?

.....

.....

.....

14. Wat maakt dat u geen of minder sport beoefent (meerder antwoorden mogelijk)?

- 1) Tijd
- 2) Onvoldoende gemotiveerd
- 3) fysieke beperkingen
- 4) medische redenen
- 5) Andere: .....

15. Wat zou u kunnen helpen om wel te sporten & bewegen?

.....  
.....

Hartelijk dank om de tijd te nemen om dit in te vullen