

Voorspellende factoren van de mate van fysieke posttraumatische groei

Afnemen van de P-PTGI-NL onder kankerpatiënten



Radboud Universiteit

J.M. Wesselink (s1039800)

Mastervariant Gezondheidszorgpsychologie, Faculteit der Sociale Wetenschappen

Radboud Universiteit Nijmegen | Ziekenhuisgroep Twente (ZGT)

Eerste begeleider: dr. M.P.H. Hendriks

Externe begeleider: M.A. de Pruyssenaere de la Woestijne

Tweede beoordelaar: prof. dr. R.P.C. Kessels

Nijmegen, 06 juli 2020

Inhoudsopgave

<i>Inhoudsopgave</i>	1
<i>Samenvatting</i>	2
<i>Inleiding</i>	3
<i>Methode</i>	7
Participanten	7
Materialen	7
Design & procedure	8
Metingen	9
<i>Resultaten</i>	11
<i>Conclusie & Discussie</i>	13
<i>Literatuur</i>	17
<i>Appendix A</i>	20
Tabel 1.1	20
Tabel 1.2	21
Tabel 2.1	22
Tabel 2.2	22
Tabel 2.3	23
Tabel 2.4	23
Tabel 3	24
Tabel 4	25
<i>Appendix B</i>	26
Vragenlijst P-PTGI-NL	26

Samenvatting

Posttraumatische groei is de positieve verandering die een persoon doormaakt na het meemaken van een trauma. Verschillende soorten van posttraumatische groei werden eerder al opgedeeld in verschillende domeinen, te weten veranderingen en verbeteringen van interpersoonlijke relaties, een grotere waardering voor het leven, het voelen van een toename in persoonlijke kracht, het zien van nieuwe mogelijkheden en veranderingen op het gebied van spiritualiteit. Recentelijk is gebleken dat ook een fysieke component mogelijk invloed heeft op posttraumatische groei. Dit wordt fysieke posttraumatische groei genoemd (P-PTG) en treedt op bij, bijvoorbeeld kankerpatiënten die meer vertrouwen in hun lichaam ervaren tijdens en na het herstel van de ziekte. In huidig onderzoek werd een eerste vertaalde versie van de Physical Posttraumatic Growth Inventory (P-PTGI-NL) als pilot van een breder validatie-onderzoek, bij kankerpatiënten afgenomen om te bepalen of er factoren zijn die de subjectieve mate van P-PTG beïnvloeden. Er werd bepaald of er significante verschillen bestaan tussen verschillende factoren (e.g. sekse, opleidingsniveau, leeftijd en type behandeling) en de totaalscore op de P-PTGI-NL. Resultaten van dit onderzoek tonen aan dat het krijgen van immunotherapie zorgt voor het verkrijgen van een lagere score op de P-PTGI-NL en dat een oudere leeftijd ervoor zorgt dat een patiënt het gevoel heeft meer controle te hebben over zijn/haar gezondheid. Deze resultaten geven een indicatie dat er naar waarschijnlijkheid verschillende factoren zijn die de mate van P-PTG in kankerpatiënten beïnvloeden. Vervolgonderzoek zou kunnen bijdragen aan het verder specificeren van het concept fysieke posttraumatische groei.

Inleiding

Het meemaken van een extern (e.g. ongeluk) of intern (e.g. ernstige ziekte) trauma kan niet alleen lichamelijke, maar ook psychische veranderingen teweegbrengen. Na het fysiek herstellen van een dergelijk trauma kunnen er psychische positieve veranderingen in een persoon optreden. Dit wordt posttraumatische groei (PTG) genoemd (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004). De verschillende soorten van posttraumatische groei worden opgedeeld in vijf domeinen: 1.) veranderingen en verbeteringen van interpersoonlijke relaties (e.g. het hechter worden van relaties of juist het verbreken van relaties waar men niet meer tevreden over is), 2.) een grotere waardering voor het leven (e.g. meer bewust zijn van de schoonheden van het leven), 3.) het voelen van een toename in persoonlijke kracht (e.g. iemand heeft het gevoel beter om te kunnen gaan met toekomstige tegenslagen), 4.) het zien van nieuwe mogelijkheden (e.g. stoppen met werken en meer vrije tijd nemen), en 5.) spirituele veranderingen (e.g. meer/minder kracht halen uit een bepaalde geloofsovertuiging).

Verschillende factoren kunnen een rol spelen bij de mate van PTG die mensen kunnen doormaken. Resultaten van het onderzoek van Tedeschi en Calhoun (1996) toonden aan dat, bijvoorbeeld vrouwen in het algemeen een grotere mate van PTG melden na het meemaken van een trauma, dan mannen. Zij ervoeren meer totale PTG op alle domeinen, met uitzondering van ‘het zien van nieuwe mogelijkheden’ en ‘het voelen van een toename in persoonlijke kracht’. Het verschil was dus minder groot op de domeinen ‘het zien van nieuwe mogelijkheden’ en ‘het voelen van een toename in persoonlijke kracht’, waarop mannen meer positieve veranderingen ervoeren. Een verklaring voor het verschil dat vrouwen over het algemeen een grotere mate van PTG ervaren, zou mogelijk veroorzaakt worden doordat het meemaken van een trauma mogelijk meer impact heeft op vrouwen. Daarnaast zouden vrouwen mogelijk beter in staat zijn om te leren en profiteren van moeilijkheden in het leven.

Een andere factor die van invloed is op de mate van PTG na het meemaken van een traumatische ervaring is de genoten opleiding (Widows, Jacobsen, Booth-Jones, & Fields, 2005). In dit onderzoek werd de Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) ingevuld door patiënten die een beenmergtransplantatie ondergingen als behandeling voor kanker.

Resultaten van dit onderzoek suggereerden dat mensen met een lager opleidingsniveau een grotere mate van posttraumatische groei lieten zien. Ook het onderzoek van Ullman (2014) toonde aan dat er een negatieve correlatie bestaat tussen opleidingsniveau en de mate van PTG in volwassen slachtoffers van aanranding. Dit suggereert dat een lagere opleiding in verband staat met een hogere mate van PTG. Volwassenen die een lagere opleiding hebben

genoten zouden mogelijk een andere trauma geschiedenis hebben (Ahrens, Abeling, Ahmed, & Hinman, 2010; Cole & Lynn, 2010; Fallot & Heckman, 2005). Deze geschiedenis zou mogelijk geassocieerd zijn met het verkrijgen van een grotere mate van groei. Ook zouden volwassenen met een lagere opleiding mogelijk andere coping reacties laten zien, die een grotere mate van groei teweeg zouden brengen (e.g. religieuze coping of acceptatie coping).

In het onderzoek van Widows et al. (2005) werd het verband tussen leeftijd en de mate van PTG onderzocht. Resultaten van dit onderzoek suggereerden dat een jongere leeftijd een positieve correlatie had met de mate van PTG. Verder onderzoek naar de mate van PTG bij kankerpatiënten toonden ook aan dat een jongere leeftijd gerelateerd bleek aan een grotere mate van PTG (Schroevers, Helgeson, Sanderman, & Ranchor, 2010). Gelijkmatische resultaten werden aangetoond in het onderzoek uitgevoerd door Cordova en collega's (2007). Een verklaring voor de bevinding dat een jongere leeftijd verband houdt met een grotere mate van PTG is dat jongere patiënten de impact van het krijgen van kanker als een groter trauma ervaren. Als gevolg kan er meer groei optreden.

Onderzoeken die het verband onderzochten tussen de mate van PTG bij borstkanker patiënten tonen inconsistente resultaten. In meerdere onderzoeken werd een positief verband gevonden tussen het ervaren van positieve levensveranderingen en de diagnose borstkanker (Antoni & Carver, 2003; Austin, 2000; Bellizi, 2004; Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Petrie, Buick, Weinman, & Booth, 1999; Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003; Taylor, Lichtman, & Wood, 1984; Tomich & Helgeson, 2002). Dit in tegenstelling tot meer recentelijke onderzoek van Bellizi en Blank (2006). In dit onderzoek werd aangetoond dat de diagnose borstkanker geen verband houdt met de mate van PTG. Wat wel van belang is bij het krijgen van PTG is de ervaren intensiteit van het trauma. Hoe groter de impact van het trauma, des te hoger de mate van PTG. Ook resultaten van het onderzoek van Ho et al. (2011) bij mondholte-kankerpatiënten suggereerden dat de diagnose geen verband houdt met de mate van PTG. Ook de verschillende behandelingen die patiënten ondergingen voor hun ziekte houden geen verband met de mate van PTG.

Hefferon (2012) veronderstelde dat het verwerken van een extern trauma niet hetzelfde proces naloopt als bij het verwerken van een intern trauma (zoals bij het krijgen van een ernstige ziekte). Volgens Hefferon zou er sprake kunnen zijn van een zesde domein als het gaat om PTG, namelijk de fysieke component van PTG, ook wel fysieke posttraumatische groei (P-PTG) genoemd. Onderzoeken naar posttraumatische groei hebben zich tot op heden voornamelijk gericht op het verwerken van extern trauma, waarbij geen rekening werd gehouden met een fysieke component (Hefferon, Grealy, & Mutrie, 2009). Bij bijvoorbeeld

kankerpatiënten, is er sprake van een interne bedreiging die het vertrouwen in hun lichaam kunnen verkleinen of vergroten. Wanneer het vertrouwen in het lichaam is toegenomen na het meemaken van een intern trauma, is er sprake van fysieke posttraumatische groei. Om onderzoek mogelijk te maken naar de onderliggende constructen van P-PTG hebben Walsh en collega's (2018) een instrument ontwikkeld, waarmee P-PTG gemeten kan worden: de Physical Posttraumatic Growth Inventory (P-PTGI). De items op de P-PTGI meten de subjectieve ervaring van fysieke posttraumatische groei bij patiënten na het ervaren trauma (e.g. voelen de patiënten een groter vertrouwen in hun lichaam na de traumatische gebeurtenis in vergelijking met voor de traumatische gebeurtenis). Dit instrument wordt momenteel bewerkt voor het Nederlands taalgebied en gevalideerd (zie de Pruysenaere de la Woestijne, Vollenbroek-Hutten, & van der Lee, 2020). Toekomstig onderzoek zal nodig zijn om beter te begrijpen welke factoren in verband gebracht kunnen worden met P-PTG.

Het doel van het huidige onderzoek is om een eerste indruk te krijgen van factoren die in verband gebracht kunnen worden met de mate van P-PTG bij kankerpatiënten, zoals sekse, opleidingsniveau, leeftijd, type kanker en type behandeling, bij kankerpatiënten. De wetenschappelijke relevantie daarvan is dat er een bijdrage wordt geleverd aan de ontwikkeling van het begrip P-PTG. Verder zou deze aanknopingspunten kunnen geven voor het ontwikkelen van psychosociale interventies bij kankerpatiënten. In het huidige onderzoek zal onderzocht worden of er persoonlijke factoren zijn die verband houden met de totaalscore op de P-PTGI-NL (de mate van fysieke posttraumatische groei).

Vraagstelling: 'Welke persoonlijke factoren houden een verband met de totaalscore op de P-PTGI-NL bij kankerpatiënten?'

Subvraag 1: *'Is er een verband tussen de sekse van een kankerpatiënt en de totaalscore op de P-PTGI-NL?'*

Hypothese 1: De verwachting is dat de sekse van de kankerpatiënt van invloed is op de totaalscore van de P-PTGI-NL. Resultaten van het onderzoek van Tedeschi en Calhoun (2004) suggereerden dat de mate van PTG hoger is bij vrouwen na het ervaren van een trauma, in vergelijking met mannen. Verondersteld wordt dat mannen een lagere score op de P-PTGI-NL verkrijgen dan vrouwen. Gezien de P-PTGI-NL de mate van fysieke posttraumatische groei meet, zou dit significante verschil een indicatie kunnen zijn dat er een verband bestaat tussen sekse en de mate van fysieke posttraumatische groei.

Subvraag 2: *‘Is er een verband tussen de leeftijd van een kankerpatiënt en de totaalscore op de P-PTGI-NL?’*

Hypothese 2: De verwachting is dat de leeftijd van de kankerpatiënt van invloed is op de totaalscore van de P-PTGI-NL. Eerder werd al aangetoond dat bij kankerpatiënten de mate van PTG hoger is wanneer de patiënt jonger is (Widows et al., 2005; Schroevers et al., 2010). Verwacht wordt dat ook de totaalscore op de P-PTGI-NL hoger is bij een jongere leeftijd (<50 jaar) in vergelijking met een oudere leeftijd (>50 jaar). Dit verschil zou een indicatie kunnen zijn dat er een verband bestaat tussen leeftijd en de mate van fysieke posttraumatische groei.

Subvraag 3: *‘Is er een verband tussen het genoten opleidingsniveau van een kankerpatiënt en de totaalscore op de P-PTGI-NL?’*

Hypothese 3: Er wordt verwacht dat er een verband is tussen het genoten opleidingsniveau en de totaalscore op de P-PTGI-NL. Onderzoek naar de mate van PTG en het opleidingsniveau van de participant liet zien dat het opleidingsniveau een negatief verband had met de hoeveelheid PTG (Ullman, 2014). Verwacht wordt dat een lager opleidingsniveau (afgerond mbo-diploma of lager) zorgt voor een hogere score op de P-PTGI-NL bij kankerpatiënten in vergelijking met hoger opgeleiden (afgerond hbo- of wo-diploma). Dit verschil zou een indicatie kunnen zijn dat er een verband bestaat tussen opleiding en de mate van fysieke posttraumatische groei.

Subvraag 4: *‘Is er een verband tussen de verschillende behandelingen van kankerpatiënten en de totaalscore op de P-PTGI-NL?’*

Hypothese 4: Verwacht wordt dat er geen verband bestaat tussen de verschillende behandeling van de kankerpatiënten en de totaalscore op de P-PTGI-NL. Resultaten van eerdere onderzoeken toonden aan dat het type kanker en de bijbehorende behandeling niet van invloed waren op de mate van PTG (Bellizi & Blank, 2006; Ho et al., 2011). Dit is vermoedelijk ook het geval bij de mate van P-PTG. Verondersteld wordt dat het type behandeling niet van invloed is op totaalscore op de P-PTGI-NL bij de kankerpatiënt. Dit resultaat zou een indicatie kunnen zijn dat er geen verband bestaat tussen verschillende behandelingen en de mate van fysieke posttraumatische groei.

Methode

Participanten

Van de totaal 11 uitgedeelde vragenlijsten waren er 9 participanten die wilden meewerken aan het onderzoek en voldeden aan de inclusiecriteria. Patiënten van het huidige onderzoek zijn curatief behandelde kankerpatiënten waarbij geen sprake is van metastasering. Overige inclusiecriteria zijn: a.) patiënten hebben minstens twaalf maanden en maximaal 3 jaar geleden voor deelname aan het onderzoek de diagnose kanker gekregen, b.) patiënten zijn 18 jaar of ouder, en c.) patiënten beheersen de Nederlandse taal voldoende om aan het onderzoek deel te nemen. Alle participanten zijn geworven in Ziekenhuisgroep Twente (ZGT; afdeling Oncologie en Medische Psychologie). Voor het invullen van de vragenlijst moet de patiënt voldoende geïnformeerd zijn. Verder moet het toestemmingsformulier gelezen en ondertekend worden. Alle participanten hebben deelgenomen aan dit onderzoek in hun eigen tijd en geheel vrijwillig.

De steekproefomvang was $n = 9$ patiënten, waarvan 1 man (11.11%) en 8 vrouwen (88.89%). De gemiddelde leeftijd van de participanten was 51.33 jaar. Van de 9 participanten heeft 1 persoon (11.11%) een WO-opleiding afgerond, 3 personen (33.33%) een Hbo-opleiding, 4 personen (44.44%) een Mbo-opleiding, en 1 persoon (11.11%) een Mavo-opleiding afgerond. Van de participanten had de meerderheid de diagnose van borstkanker gekregen (7 personen, 77.78%). 1 Participant kreeg de diagnose prostaatcancer (11.11%), en 1 participant kreeg de diagnose darmcancer (11.11%). Van de behandelingen die de participanten ondergingen, kregen 8 participanten (88.89%) een chirurgische ingreep, 7 participanten (77.78%) chemotherapie, 6 participanten (66.67%) radiotherapie, 6 participanten (66.67%) hormoonbehandeling, 4 participanten (44.44%) actieve controles, en 3 participanten kregen nog andere behandelingen. Deze andere behandelingen waren immunotherapie (2 personen, 22.22%) en 1 participant (11.11%) onderging een chirurgische ingreep aan de anus.

Materialen

Het instrument dat gebruikt zal worden om P-PTG te meten bij 'patiëntengroep' is de Physical Posttraumatic Growth Inventory (P-PTGI-NL) (Zie Appendix B). Dit instrument bestaat uit 20 items en de patiënt zal moeten aangeven of de uitspraak bij hem/haar sterk is afgenomen (-2), iets is afgenomen (-1), niet veranderd is (0), iets is toegenomen (+1), sterk is toegenomen (+2), of helemaal niet van toepassing is. De vragenlijst meet twee verschillende

componenten van P-PTG: gezondheidsautonomie en gezondheidsbewustzijn (Walsh, et al., 2018). Alle items op de vragenlijst meten de subjectieve ervaring van groei bij de patiënten. Patiënten worden gevraagd een vergelijking te maken tussen de gevoelens van bijvoorbeeld controle over het lichaam, voor en na het trauma en in welke mate deze toegenomen, afgenomen of niet veranderd is. De Engelse versie van de P-PTGI heeft over het algemeen een goede betrouwbaarheid. Tevens zijn de subschalen beoordeeld met excellente betrouwbaarheid. Ook de validiteit van de P-PTGI schaal is veelbelovend. In dit onderzoek zal een vertaalde versie van de P-PTGI gebruikt worden. Er kunnen derhalve nog geen uitspraken gedaan worden over de betrouwbaarheid en validiteit van de P-PTGI-NL.

In het huidige onderzoek zal gebruik gemaakt worden van een deel van de data die wordt verzameld tijdens het lopende onderzoek waarin de vertaalde versie van de P-PTGI wordt gevalideerd (de Pruyssenaere de la Woestijne, Vollenbroek-Hutten, & van der Lee, 2020). Het betreft data welke in de pilotfase van het genoemde onderzoek verzameld wordt. In die fase zal de vertaalde vragenlijst ingevuld worden door ongeveer tien (voorheen dertig, maar dit was niet haalbaar gezien de situatie rondom COVID-19) curatief behandelde kankerpatiënten die minstens een jaar geleden en maximaal drie jaar geleden de diagnose hebben gekregen. Deze patiënten zal om feedback gevraagd worden omtrent hun indruk van de vragenlijst. Deze feedback geeft aan welke mate van belasting wordt ervaren tijdens het invullen van de vragenlijst. Ook kunnen patiënten aangeven of de geformuleerde vragen en antwoordmogelijkheden duidelijk zijn en eenvoudig te begrijpen. Deze feedback kan gebruikt worden om de vertaalde vragenlijst te verfijnen. In fase twee zullen patiënten gevraagd worden om de P-PTGI-NL in te vullen, naast vier andere vragenlijsten. De data van deze fase zal gebruikt worden om de P-PTGI-NL te valideren. Indien deze fase al gestart kan worden in de periode dat huidige masterscriptie nog niet in de afrondende fase zit, zal zoveel mogelijk data gebruikt worden.

Design & procedure

Aan de hand van de verzamelde data zal er onderzocht worden of de besproken factoren (e.g. sekse, opleidingsniveau, leeftijd, & type behandeling) van significante invloed zijn op de hoeveelheid P-PTG bij de patiënten die hebben deelgenomen aan de pilotstudie. De verwachting is dat de data niet normaal verdeeld is. Er zal dus worden aangenomen dat dit niet het geval is.

Voor het onderzoeken van significante verschillen tussen de onafhankelijke variabele sekse en de afhankelijke variabele 'totaalscore P-PTGI-NL' zullen de gemiddelden en de standaarddeviaties uitgerekend worden. Dit wordt gedaan in SPSS door de handeling 'analyse → descriptive statistics → frequencies'. Vervolgens zal er onderzocht worden of deze gemiddelden significant van elkaar verschillen door middel van een Gepaarde T-toets.

Verder zal er gebruik worden gemaakt van een ANOVA-analyse voor het vergelijken van de afhankelijke factoren 'opleiding' en 'behandeling' en de daar bijhorende totaalscores op de vragenlijst. Uit de resultaten van de ANOVA-analyse zal wijzen of er significante verschillen zijn in de gemiddelden tussen de verschillende opleidingen en de verschillende behandelingen op de totaalscore van de P-PTGI-NL. Ook deze analyse zal worden uitgevoerd in SPSS.

Als laatste zullen er correlatieanalyses uitgevoerd worden voor het controleren op significante correlaties tussen leeftijd en de totaalscore op de vragenlijst. Dit wordt gedaan in SPSS door de handeling 'analyse → correlate → bivariate' en dan 'Spearman correlatie' aan te vinken. Er wordt gebruik gemaakt van de 'Spearman correlatie', gezien de aanname dat de data niet normaal verdeeld is. Hiermee zal er gekeken worden of er een correlatie is tussen de factor leeftijd en de totaalscore op de P-PTGI-NL. Explorerend kan er met deze toets nog gekeken worden of er correlaties bestaan tussen de afzonderlijke items en leeftijd van de patiënten.

Deze resultaten moeten uitwijzen of er verbanden bestaan tussen de onafhankelijke factoren (e.g. sekse, leeftijd, opleiding, behandeling) en de totaalscore op de P-PTGI-NL. Mocht dit het geval zijn, dan is dit een indicatie voor een mogelijk verband tussen de onafhankelijke factor en de mate van fysieke posttraumatische groei.

Mocht de eerste fase van het onderzoek van de Pruysenaere de la Woestijne, Vollenbroek-Hutten en van der Lee (2020) tijdig zijn afgerond, dan zal ook de data van de tweede fase van dat onderzoek betreffende de P-PTGI-NL meegenomen worden in de analyses. Immers, hoe groter de steekproef (n), des te groter is de wetenschappelijke relevantie van het onderzoek.

Metingen

Nadat alle data van patiënten verzameld was, werd het geregistreerd in Excel. In Excel werden de score opties veranderd naar scores van 1 t/m 5. De items werden omgezet van -2 naar 1, -1 naar 2, 0 naar 3, +1 naar 4, en +2 naar 5. Per patiënt werden de gekregen

behandelingen genoteerd. De data, verzameld in Excel, werd geopend met SPSS. Meteen hierna werden de labels, measures en values gecontroleerd en veranderd in de dataset. De vragen van de vragenlijsten kregen labels (1 = Sterk afgenomen, 2 = Iets afgenomen, 3 = Niet veranderd, 4 = Iets toegenomen, en 5 = Sterk toegenomen). Ook de burgerlijke staat van de patiënten werd gelabeld (1 = Alleenstaand, 2 = Samenwonend, 3 = Samenlevingscontract, 4 = Geregistreerd partnerschap, 5 = Gehuwd, en 6 = Anders).

Verder werd er gekeken of de vragenlijst omgekeerde items bevatte. Dit was niet het geval waardoor geen items omgekeerd moesten worden. Ook werden nieuwe variabelen aangemaakt voor onder andere de totaalscore van de vragenlijst, de sub schaal 'health autonomy' (item 1 t/m 10) en de sub schaal 'health awareness' (item 11 t/m 20).

Na het controleren en aanpassen van de dataset werd een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. Deze analyse gaf een Cronbach's Alpha van 0.79 (Zie Appendix, tabel 1.2). Verder werd ook de Guttman's lambda 2 berekend als extra check voor de betrouwbaarheid van de data. Deze gaf een score van 0.86 (Zie Appendix, tabel 1.2). Dit geeft aan dat de data gebruikt kan worden voor het correct interpreteren van de gegevens waarvoor deze bedoeld zijn.

Resultaten

Om te onderzoeken of er significante verschillen bestaan tussen de onafhankelijke variabele sekse en de totaalscore op de P-PTGI-NL werden de gemiddelden en de standaarddeviaties berekend. Om te controleren of tussen de gemiddelden significante verschillen bestaan werd er gebruik gemaakt van de Gepaarde T-toets. Uit huidig onderzoek blijkt dat er geen significant verschil bestaat tussen sekse en de totaalscore op de P-PTGI-NL (Man $\mu=64.00$; Vrouw $\mu=66.50$ $\sigma=9.97$; $p=0.14$) (Zie Appendix A, tabel 2.1).

Om de verschillen te onderzoeken tussen de variabelen opleiding en behandeling in vergelijking met de totaalscore van de P-PTGI-NL werd er een ANOVA uitgevoerd. Resultaten van deze analyses suggereerden dat er ook tussen de totaalscores op de P-PTGI-NL en de verschillende opleidingsniveaus geen significante verschillen gevonden konden worden (wo $\mu=57.00$; $p=0.36$; hbo $\mu=66.33$ $\sigma=9.53$; $p=0.79$; mbo $\mu=65.50$ $\sigma=10.72$; $p=1.00$; mavo $\mu=78.00$; $p=0.12$) (Zie Appendix A, tabel 2.2). Verder suggereerden de gemiddelde totaalscores op de P-PTGI-NL geen significante verschillen tussen de behandelingen: chirurgische ingreep ($\mu=66.50$; $\sigma=9.97$; $p=0.72$), chemotherapie ($\mu=64.86$; $\sigma=9.53$; $p=0.41$), radiotherapie ($\mu=63.67$; $\sigma=9.85$; $p=0.21$), hormoontherapie ($\mu=64.33$; $\sigma=8.71$; $p=0.27$), actieve controles ($\mu=66.20$; $\sigma=8.56$; $p=0.82$) en een andere behandeling 'chirurgische ingreep aan de anus' ($\mu=57.00$; $p=0.36$) (Zie Appendix, tabel 2.3). Voor de behandeling immunotherapie werd echter wel een significant verschil gevonden ($\mu=74.67$; $\sigma=3.51$; $p=0.04$) (Zie Appendix, tabel 2.3).

Met de Spearman Correlatie test werd er onderzocht of er significante correlaties bestaan tussen leeftijd en de totaalscore van de P-PTGI-NL. Resultaten van deze analyse zullen variëren tussen +1.00 (een sterke positieve correlatie) en -1.00 (een sterke negatieve correlatie). Een uitkomst van 0.00 betekent dat er geen correlatie bestaat tussen de twee variabelen. Resultaten van deze analyse wijzen niet op een significante correlatie tussen leeftijd en de totaalscore van de P-PTGI-NL ($p=0.48$; correlatie -0.27) (Zie Appendix A, tabel 2.4). Als toevoeging werd er ook een correlatieanalyse uitgevoerd tussen de separate items van de vragenlijst en leeftijd. Uit deze analyse bleek dat er tussen leeftijd en item 2 van de vragenlijst een positieve correlatie bestaat van 0.73 ($p=0.03$) (Zie Appendix A, tabel 3).

Als laatste werd er onderzocht of er een significant verschil bestaat tussen de subschalen van de P-PTGI-NL (health autonomy en health awareness). De gemiddelde score op de sub schaal health autonomy was 27.56 en de gemiddelde score op de sub schaal health awareness was 38.67 (Zie Appendix A, tabel 4). Aan de hand van de Gepaarde T-toets werd er

gekeken of er een significant verschil bestond tussen deze twee gemiddelden. Er werd een significantie van 0.81 gevonden, wat duidt op een niet significant verschil tussen de gemiddelden van de subschalen.

Conclusie & Discussie

In huidig onderzoek werd er bepaald of er significante verschillen bestaan tussen verschillende factoren (e.g. sekse, opleidingsniveau, leeftijd en type behandeling) en de totaalscore op de P-PTGI-NL. Resultaten van huidig onderzoeken moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd vanwege de niet optimale omstandigheden waarin dit onderzoek is uitgevoerd.

Resultaten van eerdere onderzoeken lieten zien dat mannen minder posttraumatische groei ervaren dan vrouwen na het meemaken van een trauma. In deze studie werd onderzocht of mannen ook meer fysieke posttraumatische groei ervaren na het meemaken van kanker. Vanwege de grootte van de steekproef was er 1 man geïnccludeerd in dit onderzoek. Er kunnen dus geen relevante uitspraken gedaan worden over de invloed van sekse op de totaalscore van de P-PTGI-NL.

Verder werd er in dit onderzoek bepaald of er een verband bestaat tussen de leeftijd van kankerpatiënten en de totaalscore op de P-PTGI-NL. In eerder onderzoek werd aangetoond dat de mate van PTG hoger is bij patiënten van een jongere leeftijd (Widows et al., 2005; Schroevers et al., 2010). Verondersteld werd dat ook jongere patiënten een hogere totaalscore zouden behalen op de vragenlijst in huidig onderzoek. Deze hogere totaalscore kan duiden op meer fysieke posttraumatische groei. Resultaten uit dit onderzoek suggereren dat er geen verband is tussen leeftijd en de totaalscore op de P-PTGI-NL. Er werd echter wel een positief verband gevonden tussen leeftijd en het gevoel dat de patiënt controle heeft over zijn/haar gezondheid dat in item 2 van de P-PTGI-NL uitgevraagd werd aan de patiënt. Deze positieve correlatie suggereert dat wanneer iemand ouder is, hij/zij het gevoel kan hebben dat hij/zij meer controle heeft op zijn/haar gezondheid. Dit in tegenstelling tot wat werd verwacht op basis van eerder onderzoek.

Resultaten van eerdere onderzoeken naar de mate van controle over de gezondheid en leeftijd tonen aan dat er een positief verband bestaat tussen het ouder worden en het gevoel hebben meer controle op de gezondheid te kunnen uitoefenen (Rodin, 1986; Infurna, Gerstorf, & Zarit, 2011). Volgens het onderzoek van Rodin (1986) zou dit kunnen komen door drie processen: naarmate je ouder wordt zullen de ervaringen die relevant zijn voor de controle toenemen, de associatie tussen een bepaald gezondheidsaspect en controle kan veranderen wanneer de leeftijd toeneemt en leeftijd kan gezondheid gerelateerd gedrag zoals het zoeken naar medische zorg beïnvloeden.

Ook werd er onderzocht of er een verband bestaat tussen opleidingsniveau en de totaalscore op de P-PTGI-NL bij kankerpatiënten. Huidig onderzoek suggereert dat opleidingsniveau geen verband houdt met de totaalscore op de P-PTGI-NL. Verondersteld werd dat er wel een verband bestaat tussen deze factor en de totaalscore. Resultaten van eerder onderzoek tonen aan dat de mate van PTG beïnvloed wordt door het genoten opleidingsniveau. Onderzoek van Ullman (2014) toont aan dat personen die een lager opleidingsniveau hebben genoten een grotere mate van PTG hebben. Vermoedelijk was dit ook het geval voor P-PTG. Dit bleek echter niet het geval te zijn.

Resultaten van huidig onderzoek staan in tegenstelling tot resultaten van het onderzoek van Ullman (2014). Resultaten van het onderzoek van Bellizzi en Blank (2006) suggereerden echter dat educatieve status niet significant van invloed was op het verkrijgen van meer waardering voor het leven. Het onderzoek van Bellizzi en Blank (2006) richtte zich op posttraumatische groei in borstkankerpatiënten. Resultaten van verschillende onderzoeken spreken elkaar tegen op het gebied van opleidingsniveau en het verkrijgen van posttraumatische groei. Vooralsnog wordt er verondersteld dat het opleidingsniveau van een patiënt niet significant van invloed is op de mate van fysieke posttraumatische groei.

Tot slot werd er onderzocht of er een verband bestaat tussen verschillende behandelingen die kankerpatiënten ondergingen en de totaalscore op de P-PTGI-NL. Resultaten tonen aan dat er een negatieve correlatie bestaat tussen het krijgen van immunotherapie en de totaalscore van de P-PTGI-NL. Dit resultaat suggereert dat wanneer een patiënt immunotherapie heeft gekregen als behandeling voor kanker, deze patiënt over het algemeen een lagere score had op de vragenlijst en dus vermoedelijk minder fysieke posttraumatische groei. Verondersteld werd dat de behandeling die de patiënt onderging niet van invloed zou zijn op de totaalscore op de P-PTGI-NL. Dit blijkt wel het geval en dus zal de hypothese verworpen worden.

Resultaten uit eerdere onderzoeken toonden aan dat er geen verschillen bestaan tussen het type kanker, bijbehorende behandeling en de mate van posttraumatische groei (Bellizzi & Blank, 2006; Ho et al., 2011). Ditzelfde resultaat werd ook verwacht bij het onderzoeken op de mate van fysieke posttraumatische groei. Resultaten uit huidig onderzoek tonen aan dat er wel verschil zit in het type behandeling en de totaalscore op de P-PTGI-NL. Er bestaat namelijk een negatieve correlatie tussen het krijgen van immunotherapie en de totaalscore op de vragenlijst. De totaalscore op de P-PTGI-NL suggereert mogelijk een hogere mate van fysieke posttraumatische groei. Bij immunotherapie wordt het immuunsysteem actief (Cukier, Santini, Scaranti, & Hoff, 2017). Wanneer immuun cellen actief worden in organen waar de

kanker zich niet bevindt, kan dit een gevoel van algehele malaise geven. Het kan dus zijn dat na het verkrijgen van immunotherapie een patiënt zich fysiek minder goed voelt. Hierdoor neemt de kans op het krijgen van fysieke posttraumatische groei af. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het verkrijgen van een lagere score op de P-PTGI-NL wanneer patiënten behandeld zijn met immunotherapie.

Aanvullend werd er nog explorierend onderzoek gedaan naar de verschillen tussen resultaten op de twee subschalen verwerkt in de P-PTGI-NL. De gemiddelden van de subschalen health autonomy en health awareness lieten zien dat de patiënten over het algemeen hoger scoorden op health awareness. Echter verschilden beide gemiddelden niet significant van elkaar.

Er dient te worden vermeld, dat huidig onderzoek is uitgevoerd tijdens de uitbraak van COVID-19. Dit zou van invloed kunnen zijn op de verkregen resultaten. Eén patiënt gaf tijdens het invullen van de vragenlijst specifiek aan dat hij het lastig vond de vragenlijst in te vullen in huidige tijd, gezien de situatie rondom COVID-19. Gedurende deze pandemie blijven voornamelijk kankerpatiënten met veel vragen en onzekerheden zitten (Hanna, Evans, & Booth, 2020). Angst onder deze patiënten heerst in tijden van een pandemie. Kankerpatiënten die nog actief behandeld worden, moeten hun huis verlaten waardoor ze meer worden blootgesteld aan het virus. Verder zijn kankerpatiënten vatbaarder voor de ernstigere schadelijke effecten van het virus. Al deze angsten zouden ervoor kunnen zorgen dat de patiënten die meededen aan het onderzoek over het algemeen in huidige tijd minder vertrouwen in hun lichaam hebben. Met als gevolg een kleinere mate van fysieke posttraumatische groei.

Een ander gevolg van de uitbraak van COVID-19 in de tijd van het onderzoek is het uitvoeren van de studie met een kleinere steekproef. Het uitdelen van de vragenlijsten ging moeizamer, omdat patiënten niet meer in het ziekenhuis kwamen waar dit onderzoek werd uitgevoerd. Het gebruik van een kleine steekproef zorgt voor tekortkomingen in een onderzoek (Hackshaw, 2008). Het grootste probleem van een kleine steekproef is dat er problemen zullen ontstaan bij het interpreteren van de resultaten. Er kunnen problemen ontstaan met vals positieve resultaten, de omvang van een associatie zou overschat kunnen worden, etc. Er kan geconcludeerd worden dat de resultaten van onderzoeken met een kleine steekproef met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Desondanks zijn er wel enkele significante correlaties gevonden tussen de onafhankelijke variabelen en de totaalscore op de P-PTGI-NL. De totaalscore op de P-PTGI-NL geeft een indicatie over de mate van fysieke posttraumatische groei. Het concept fysieke

posttraumatische groei is relatief nieuw, maar veelbelovend. Tijdens het onderzoek is er gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van de P-PTGI, iets wat nog niet eerder gedaan is. In de toekomst zou de vragenlijst vaker gebruikt kunnen worden om te onderzoeken of er variabelen zijn die een voorspellende waarde hebben op de mate van P-PTG. Om huidig onderzoek te verbeteren zullen er meer patiënten geïnccludeerd moeten worden, om zo de omvang van de steekproef te vergroten. Ook is het van belang om meer variatie in de steekproef te hebben. In huidig onderzoek waren er bijvoorbeeld, veel meer vrouwen dan mannen waardoor er geen uitspraken gedaan konden worden over de invloed van sekse op de mate van P-PTG. Aanpassingen zoals bovenstaand genoemd zouden vervolgonderzoek naar het concept P-PTG in de toekomst verbeteren.

Literatuur

- Ahrens, C. E., Abeling, S., Ahmad, S., & Hinman, J. (2010). Spirituality and well-being: The relationship between religious coping and recovery from sexual assault. *Journal of interpersonal violence, 25*(7), 1242-1263.
- Antoni, M. H., & Carver, C. S. (2003). Cognitive behavioral stress management intervention effects on benefit finding in breast cancer patients. Psychosocial and physiological correlates. In *annual meeting of the Society of Behavioral Medicine, Salt Lake City, UT*.
- Austin, A. (2000). Growth and meaning-making in women after breast cancer. In *annual meeting of the International Network on Personal Meaning, Langley, British Columbia, Canada*.
- Bellizzi, K. M. (2004). Generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *International Journal of Aging and Human Development, 58*, 247–267.
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology, 25*(1), 47-56.
- Cole, A. S., & Lynn, S. J. (2010). Adjustment of sexual assault survivors: Hardiness and acceptance coping in posttraumatic growth. *Imagination, Cognition and Personality, 30*(1), 111-127.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20*, 176–185.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 14*(4), 308-319.
- Cukier, P., Santini, F. C., Scaranti, M., & Hoff, A. O. (2017). Endocrine side effects of cancer immunotherapy. *Endocrine-related cancer, 24*(12), 331-347.
- Fallot, R. D., & Heckman, J. P. (2005). Religious/spiritual coping among women trauma survivors with mental health and substance use disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 32*(2), 215-226.
- Hackshaw, A. (2008). Small studies: strengths and limitations.
- Hanna, T. P., Evans, G. A., & Booth, C. M. (2020). Cancer, COVID-19 and the precautionary principle: prioritizing treatment during a global pandemic. *Nature Reviews Clinical Oncology, 17*(5), 268-270.

- Hefferon, K. (2012). Bringing back the body into positive psychology: The theory of corporeal posttraumatic growth in breast cancer survivorship. *3*(12), 1238-1242.
- Hefferon, K., Greaty, M., & Mutrie, N. (2009). Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature. *British journal of health psychology, 14*(2), 343-378.
- Ho, S., Rajandram, R. K., Chan, N., Samman, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology, 47*(2), 121-124.
- Infurna, F. J., Gerstorf, D., & Zarit, S. H. (2011). Examining dynamic links between perceived control and health: Longitudinal evidence for differential effects in midlife and old age. *Developmental psychology, 47*(1), 9-18.
- Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., & Booth, R. J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research, 47*, 537-543.
- de Pruysenaere de la Woestijne, M., Vollenbroek-Hutten, M. M. R., & van der Lee, M. L. (2020). De psychometrische kenmerken van de Nederlandse versie van de fysieke posttraumatische groei vragenlijst (P-PTGI-NL) voor kankerpatiënten. (Ongepubliceerd onderzoek).
- Rodin, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. *Science, 233*, 1271- 1276.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19*(1), 46-53.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal, and posttraumatic growth in women with early stage breast cancer. *Health Psychology, 22*, 487-497.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 489-502.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress, 9*(3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry, 15*(1), 1-18.
- Tomich, P., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: A comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-oncology, 11*, 1-15.

- Ullman, S. E. (2014). Correlates of posttraumatic growth in adult sexual assault victims. *Traumatology, 20*(3), 219-224.
- Walsh, D. M., Groarke, A. M., Morrison, T. G., Durkan, G., Rogers, E., & Sullivan, F. J. (2018). Measuring a new facet of post traumatic growth: Development of a scale of physical post traumatic growth in men with prostate cancer. *PloS one, 13*(4), 1-17.
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health psychology, 24*(3), 266-273.

Appendix A

Tabel 1.1

Gemiddelden, Standaarddeviaties en Cronbach's Alpha van de separate items, de totaalscore, en de subschalen Health autonomy en Health awareness (n=9).

	N	M	SD	Cronbach's Alpha
Item 1	9	2.11	1.05	0.77
Item 2	9	2.22	0.44	0.78
Item 3	9	2.11	0.93	0.78
Item 4	9	2.78	1.09	0.77
Item 5	9	2.11	0.93	0.77
Item 6	9	3.44	1.42	0.76
Item 7	9	2.33	1.23	0.76
Item 8	9	3.67	1.32	0.77
Item 9	9	3.00	1.12	0.79
Item 10	9	3.78	0.97	0.76
Item 11	9	4.11	0.78	0.76
Item 12	9	3.89	0.93	0.76
Item 13	9	3.78	1.30	0.76
Item 14	9	3.44	1.33	0.76
Item 15	9	4.00	0.87	0.76
Item 16	9	3.89	0.78	0.77
Item 17	9	3.78	1.30	0.76
Item 18	9	3.78	0.83	0.76
Item 19	9	4.22	1.09	0.77
Item 20	9	3.78	0.83	0.77
Totaalscore	9	66.22	9.36	0.69
Health autonomy (items 1 t/m 10)	9	27.56	5.39	0.77
Health awareness (items 11 t/m 20)	9	38.67	8.19	0.74

Tabel 1.2

Cronbach's Alpha en Guttman's Lambda 2 van de items in de P-PTGI-NL (n of items= 20).

Cronbach's Alpha	Guttman's Lambda 2	N of items
0.79	0.86	20

Tabel 2.1

Gemiddelde totaalscore en standaarddeviatie voor de onafhankelijke variabele Sekse. T-Toets voor het vergelijken van de sekse en de totaalscores op de P-PTGI-NL (n=9).

	Sig.	N	M	SD
Vrouw		8	64.00	9.97
Man		1	66.50	
Sekse & Totaalscore P-PTGI-NL	0.14	9		

Noot. *significant verschil bij een 0.05 level (two-tailed), **significant verschil bij een 0.01 level (two-tailed).

Tabel 2.2

Gemiddelde totaalscore en standaarddeviatie voor onafhankelijke variabele Opleiding (WO, HBO, MBO, MAVO). ANOVA voor het vergelijken van de verschillende opleidingen en de totaalscores op de P-PTGI-NL (n=9).

	Sig.	N	M	SD
WO	0.36	1	57.00	
HBO	0.79	3	66.33	9.53
MBO	1.00	4	65.50	10.72
MAVO	0.12	1	78.00	

Noot. *significant verschil bij een 0.05 level (two-tailed), **significant verschil bij een 0.01 level (two-tailed).

Tabel 2.3

Gemiddelde totaalscore en standaarddeviatie voor onafhankelijke variabele Behandeling (Chirurgische ingreep, Chemotherapie, Radiotherapie, Hormonale behandeling, Actieve controles, Immunotherapie, Anders: Chirurgische ingreep anus). ANOVA voor het vergelijken van de verschillende behandelingen en de totaalscores op de P-PTGI-NL (n=9).

	Sig.	N	M	SD
Chirurgische ingreep	0.72	8	66.50	9.97
Chemotherapie	0.41	7	64.86	9.53
Radiotherapie	0.21	6	63.67	9.85
Hormonale behandeling	0.27	6	64.33	8.71
Actieve controles	0.82	5	66.20	8.56
Immunotherapie	0.04*	3	74.67	3.51
Anders (Chirurgische ingreep anus)	0.36	1	57.00	

Noot. *significant verschil bij een 0.05 level (two-tailed), **significant verschil bij een 0.01 level (two-tailed).

Tabel 2.4

Spearman's Correlatie van de onafhankelijke variabele Leeftijd en de afhankelijke variabele Totaalscore van de P-PTGI-NL (n=9).

	N	Sig.	Totaalscore P-PTGI-NL correlatie
Leeftijd	9	0.48	-0.27

Noot. *correlatie significant bij een 0.05 level (two-tailed), **correlatie significant bij een 0.01 level (two-tailed).

Tabel 3

Significante Spearman's Correlaties tussen de onafhankelijke variabele leeftijd en de separate items van de P-PTGI-NL (n=9).

Onafhankelijke variabele	N	Item	Sig.	Correlatie
Leeftijd	9	2	0.03*	0.73

Noot. *correlatie significant bij een 0.05 level (two-tailed), **correlatie significant bij een 0.01 level (two-tailed).

Tabel 4

T-Toets voor het vergelijken van de subschalen Health autonomy en Health awareness (n=9).

	Sig.	N	M	SD
Health autonomy		9	27.56	5.39
Health awareness		9	38.67	8.19
Health autonomy & Health awareness	0.81	9		

Noot. *correlatie significant bij een 0.05 level (two-tailed), **correlatie significant bij een 0.01 level (two-tailed).

Appendix B

Vragenlijst P-PTGI-NL

Over deze vragenlijst

U hebt besloten mee te doen aan het onderzoek. Hartelijk dank daarvoor. Met uw deelname draagt u bij aan de ontwikkeling van een vragenlijst welke gebruikt kan worden om de emotionele begeleiding van mensen met kanker te verbeteren.

Wij vragen u om de vragenlijsten in te vullen. Het is voor het onderzoek belangrijk dat u alle vragen beantwoordt. Het gaat er om dat u die antwoorden omcirkelt die het meest op u van toepassing zijn. Er bestaan geen goede of slechte antwoorden. Uw eigen indruk is het enige dat telt.

Start vragenlijst

Wat is de datum waarop u de vragenlijst heeft ingevuld?	
---	--

Wat is uw geslacht?	Man/Vrouw
Wat is uw leeftijd?	
Wat is uw burgerlijke staat	Gehuwd/Geregistreerd partnerschap/ /Samenlevingscontract/Samenwonend/Alleenstaand
Hebt u kinderen?	Ja/Nee Indien ja, hoeveel?.....
Wat is uw hoogst genoten opleiding waarvoor u een diploma heeft behaald?	
Heeft u werk? Zo ja, welk werk heeft u?	

Welke diagnose heeft u gekregen?	
Wanneer is de diagnose gesteld (datum)?	
Welke medische behandeling(en) ondergaat u daar nu voor en/of heeft u daar al voor gehad? (u kunt meerdere mogelijkheden aankruisen). Andere behandelingen die u heeft gehad bij deze diagnose:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Chirurgische ingreep <input type="radio"/> Chemotherapie <input type="radio"/> Radiotherapie <input type="radio"/> Brachytherapie <input type="radio"/> Hormonale behandeling <input type="radio"/> Actieve controles <hr/> <hr/> <hr/>

Hebt u alle vragen beantwoord?

Instructie voor het invullen

Lees elke uitspraak en bedenk hoe u zich op dit moment voelt rekening houdend met de diagnose en behandeling. *Omcirkel* het antwoord dat het beste bij u past. Er bestaan geen foute antwoorden, elk antwoord is goed, zolang het maar uw eigen indruk weergeeft.

	Sterk afge- nomen	Iets afge- nomen	Niet ver- anderd	Iets toege- nomen	Sterk toege- nomen	niet van toe- pas- sing
1. Mijn vertrouwen in mijn lichaam is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
2. Het gevoel dat ik controle heb over mijn gezondheid is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
3. De zekerheid in mijn lichaam is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
4. Het gevoel dat ik in staat ben invloed uit te kunnen oefenen op mijn lichamelijke situatie is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
5. De controle die ik over mijn lichaam voel, is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
6. Het gevoel dat ik negatieve lichamelijke veranderingen heb overwonnen, is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
7. De kracht in mijn lichaam is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
8. Mijn vertrouwen dat mijn lichaam sterk genoeg zal zijn om te herstellen, is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
9. Het gevoel dat mijn lichaam betrouwbaar is, is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
10. Het gevoel van voldoening in het overwinnen van lichamelijke klachten door mijn ziekte is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
11. Mijn bewustzijn voor mijn eigen lichaam is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
12. De mate waarin ik naar mijn eigen lichaam luister, is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
13. De mate waarin ik mijn lichaam controleer, is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
14. Mijn bezorgdheid over mijn algehele gezondheid is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
15. Mijn verantwoordelijkheid voor mijn gezondheid is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt

	Sterk afge- nomen	iets afge- nomen	Niet ver- anderd	iets toege- nomen	Sterk toege- nomen	niet van toe- pas- sing
16. De aandacht die ik schenk aan hoe mijn lichaam werkt, is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
17. Mijn bewustzijn voor delen van mijn lichaam is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
18. De zorg die ik besteed aan mijn lichaam is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
19. Mijn waardering voor een goede gezondheid is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt
20. De tijd die ik besteed aan het onderzoeken van informatie over mijn gezondheid is...	-2	-1	0	+1	+2	nvt

Wilt u controleren of u alle vragen heeft beantwoord?