

**Een onderzoek naar de invloed van
demografische en kanker-gerelateerde
variabelen op het effect van de
interventie ‘Houvast, voor elkaar’**

Masterthese (10 EC)
Phyllis Brune-Lobeck
11-07-2016

Faculteit Behavioural, Management and Social Sciences
Opleiding Psychologie
Positieve Psychologie en Technologie

1e begeleider: N. Köhle
2e begeleider: Dr. C.H.C. Drossaert

UNIVERSITEIT TWENTE.

Phyllis Brune-Lobeck

Faculteit Behavioural, Management and Social Sciences

Positieve Psychologie en Technologie

2e begeleider: Dr. C.H.C. Drossaert

Samenvatting

Achtergrond kennis: Kanker is een heel belastende ziekte, niet alleen voor de patiënt zelf maar ook voor zijn omgeving. De partner van een patiënt lijdt vaak zelfs onder meer stress. Naast het functioneren in het alledaagse leven, leeft de partner met een onzekere toekomst en moet de partner ook zorgen voor de kankerpatiënt. Daarom is het belangrijk dat er hulp wordt geboden. Doormiddel van ‘Houvast, voor elkaar’, een op ‘Acceptance and Commitment therapy’ gebaseerde eHealth interventie, kan er ondersteuning geboden worden voor deze doelgroep. Het doel van dit onderzoek is het vaststellen van de invloed van demografische (geslacht, leeftijd, arbeidssituatie) en kanker-gerelateerde (prognose, duur van de kanker) variabelen op het effect van de interventie, zodat men in de toekomst het effect van ‘Houvast, voor elkaar’ zou kunnen vergroten.

Methode: In deze studie is een dataset gebruikt van een eerder uitgevoerde Randomized Control Trial (RCT) met twee experimentele groepen (automatische en persoonlijke feedback) en een controle groep. Binnen dit onderzoek is er alleen met participanten gewerkt die zowel de T0 als ook de T1 meting hebben ingevuld (N=139). Vervolgens zijn de twee experimentele groepen samen gevoegd. Hierna worden de experimentele groep (n=86) en de controle groep (n=53) op basis van de resultaten op angst, depressie (HADS-Totaal, HADS-A, HADS-D), positieve mentale gezondheid (MHC) en mantelzorger belasting (CSI) met elkaar vergeleken. Ten eerste werd gekeken of de interventie effect heeft. Met herhaalde metingen ANOVA is gekeken of de demografische en kanker-gerelateerde variabelen invloed hebben op het effect van de interventie.

Resultaten: De interventie ‘Houvast, voor elkaar’ heeft geen effect gehad. Verder laat dit onderzoek zien dat demografische en kanker-gerelateerde variabelen geen invloed hebben op het effect van de interventie. De arbeidssituatie en de prognose laten daarentegen wel een trend zien. De psychische distress, waarvan vooral het depressieniveau, is bij de experimentele groep “partners die minder dan 20 uur werken” gedaald. Verder lijkt de interventie effectiever te zijn bij participanten wiens partner in een behandeling is met kans op succes.

Conclusie: Dit onderzoek laat zien dat de interventie ‘Houvast, voor elkaar’ even goed werkt voor mannen als voor vrouwen en dat men geen onderscheid kan maken op basis van de leeftijd en de duur van de kanker. Meer onderzoek is nodig naar de relatie tussen de arbeidssituatie en de prognose en het effect ervan op de interventie ‘Houvast, voor elkaar’.

Abstract

Introduction: Cancer is an illness that can be physically and emotionally demanding, not only for the patients but also for their social environment. Partners of cancer patients often experience a heightened amount of stress. Besides having to function in their everyday lives, partners face an uncertain future and often have to take care of the cancer patient. Therefore help needs to be offered to those involved in caregiving. Through “Hold on, for each other”, an eHealth intervention based on the “Acceptance and Commitment therapy”, said partners can be supported. The aim of this study was to determine the influence of demographic variables (gender, age, work situation) and cancer-related variables (illness prognosis, duration of the cancer) in order to enhance the effects of “Hold on, for each other”.

Method: This study made use of data conducted earlier in a Randomized Control Trial (RCT) including two experimental (automated and personal feedback) and one control group. Only participants who completed both surveys, one before and one after the intervention, were used for the analysis (N=139). First the two experimental conditions were merged into one. Then the experimental group (N=86) and the control group (N=53) were compared based on their scores on the factors fear and depression (HADS-Total, HADS-A, HADS-D), positive mental health (MHC) and caregiver distress (CSI). First it was tested if there is an effect of the intervention. Using a repeated measures ANOVA, the influence of the demographic and cancer-related variables on the effect of the intervention was then tested.

Results: The intervention ‘Hold on, for each other’ isn’t effective. Furthermore the results showed that there was no significant influence of the demographic or cancer-related variables on the effect of the intervention. The factors work situation and illness prognosis on the other hand showed some trends. The psychological distress and especially the level of depression decreased for the experimental group of people who work less than 20 hours per week. In addition the intervention appears to be effective for partners of a patient with the possibility of a complete recovery.

Conclusion: The study at hand shows that the intervention “Hold on, for each other” works just as good for men as it does for women and that there is no difference in effect between different ages or different durations of the cancer. Further research determining the relationship between the work situation or the illness prognosis and the effect of “Hold on, for each other” will be needed.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1 Het stress proces model	4
1.2 Bestaand hulpaanbod voor partners van kankerpatiënten	5
1.2.1 Acceptance and Commitment therapy	6
1.2.2 eHealth interventies	7
1.3 De invloed van demografische en kanker-gerelateerde variabelen op de effecten van interventies	7
1.4 Onderzoeksvragen	9
2. Methode	11
2.1 Design	11
2.1.1 Beschrijving interventie	11
2.2 Werving en participanten	12
2.3. Meetinstrumenten	13
<i>Demografische en kanker-gerelateerde gegevens</i>	13
<i>Uitkomstmaten</i>	14
2.4 Analyse	14
3. Resultaten	16
3.1 Beschrijving onderzoeksgroep	16
3.2 Effect van ‘Houvast voor elkaar’: totale groep	16
3.3 Invloed van het geslacht op het effect van de Interventie	17
3.4 Invloed van de leeftijd op het effect van de Interventie	18
3.5 Invloed van de werksituatie op het effect van de Interventie	18
3.6 Invloed van de prognose op het effect van de Interventie	20
3.7 Invloed van de duur van de kanker op het effect van de Interventie	22
3. Discussie	23
4.1 Sterke kanten en beperkingen	26
4.2 Conclusie	27
Literatuur	28

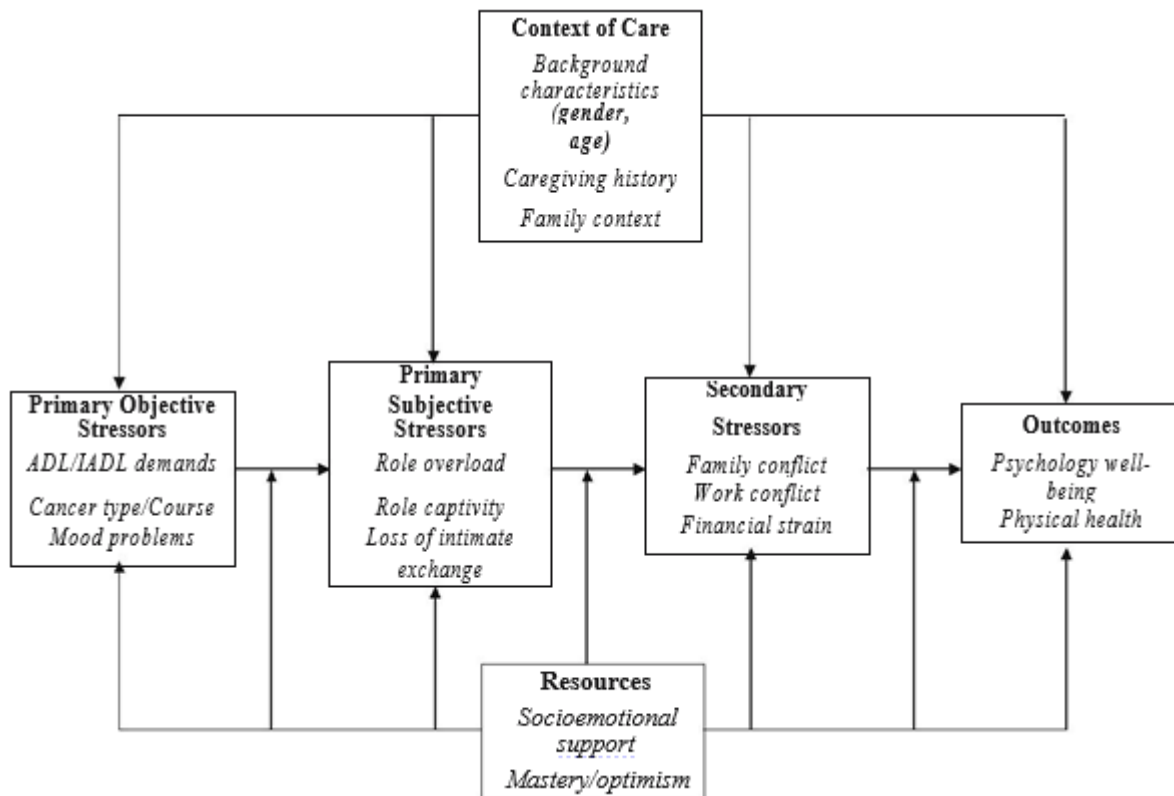
1. Inleiding

Een op de drie mensen in Nederland krijgt ooit tijdens zijn leven kanker. Volgens het integraal kankercentrum Nederland (z. d.) worden er jaarlijks 104.988 Nederlanders getroffen door kanker, waarvan er 42.984 per jaar overlijden. Door de vooruitstrevende medische ontwikkelingen is 10 jaar na de diagnose nog 52% van de patiënten in leven. Deze ontwikkeling is enerzijds zeer positief, anderzijds kan het hoge eisen stellen aan de patiënt. Het alledaagse leven is vaak ernstig verstoord, de patiënten komen vaak in een onzekere toekomst terecht en de behandelingen kunnen erg vermoeiend en belastend zijn. Niet alleen de patiënten maar ook hun naasten en dan vaak vooral de partners worden getroffen door deze last en zij kunnen veel stress ervaren (Talley, 2013). Onderzoek laat zien dat het welbevinden van de partners in sterke mate wordt beïnvloed door het welbevinden van de kankerpatiënt (Kershaw, Ellis, Yoon et al., 2015). Familieleden of partners zijn dikwijls de personen die verantwoordelijk zijn voor de zorg van de kankerpatiënt. Dit vraagt veel inspanning van het familielid, waardoor ze soms zwaarder getroffen worden dan de patiënten zelf (Oberst & James, 1985). Wanneer een koppel geconfronteerd wordt met een diagnose lopen beide partners kans op het ontwikkelen van angst en depressie symptomen (Keitel, Zwevon, Rounds, Petrelli & Karalouis, 1990). Daarbovenop moet het koppel vaak omgaan met fysieke en emotionele vermoeidheid (Thomas, Morris, & Harman, 2002). Bovendien toont recent onderzoek aan dat er in zo'n situatie een verhoogde kans op middelengebruik ontstaat (Nakaya, Saito-Nakaya, Bidstrup, Dalton, Frederiksen, StedingJessen, & Johansen, 2010). Afhankelijk van het verloop van de ziekte zijn partners betrokken bij verschillende taken in de zorg van de zieke persoon (Witlach, 1996). Dit houdt niet alleen het verplegen in, maar ook het leveren van emotionele steun is hier onderdeel van. Daarnaast moet de partner soms alledaagse taken overnemen van de zieke persoon, ondanks de emotionele stress die de partner beleeft (Whitlatch, 1996). Dit kan emotioneel burn-out, depressie of zelfs functionele verslechtering ter gevolge hebben (Nijbour et. al., 1998).

1.1 Het stress proces model

Het stress proces model (Figuur 1.) laat zien hoe demografische en kanker-gerelateerde variabelen invloed kunnen hebben op het welbevinden en geeft een overzicht van verschillende stressoren waarmee de partners van kankerpatiënten om moeten gaan (Pearlin et al., 1990). Allereerst de 'primary objective stressors', deze houden alledaagse taken (normaal en kanker-gerelateerd), de vorm van de kanker, het verloop van de kanker en problemen met de individuele stemming in. De 'primary objective stressors' beïnvloeden de

‘primary subjective stressors’, welke gekenmerkt worden door de rol van overbelasting, capaciteit en het verlies van intimiteit met de partner. Deze stressoren beïnvloeden vervolgens de secundaire stressoren, welke gekenmerkt worden door conflicten binnen het gezin en op het werk, en door de financiële problemen die dan kunnen optreden. Deze stressoren zorgen uiteindelijk in een hoge mate voor een verminderd welbevinden en een verslechterde fysieke gezondheid (Pearlin et al., 1990).



Figuur 1. Het stress proces model (Pearlin et al., 1990), ADL/IADL: Alledaagse taken en additionele taken gerelateerd aan de kanker

Uit onderzoek blijkt dat, ondanks de stressoren waarmee de partners van kankerpatiënten moeten leren omgaan, emotionele steun en optimisme een positieve invloed kunnen hebben op hun welbevinden (Pearlin et. al., 1990). Vooral partners van kankerpatiënten met een hogere belasting hebben meer behoefte aan ondersteuning en maken hier ook vaker gebruik van (de Klerk & de Boer, 2014). Desondanks weet 33% van deze personen niet waar ze ondersteuning kunnen vinden (de Klerk & de Boer, 2014). Deze feiten laten zien dat het belangrijk is om een waardevolle interventie voor partners van kankerpatiënten aan te bieden.

1.2 Bestaand hulpaanbod voor partners van kankerpatiënten

Om partners te kunnen ondersteunen zijn er al een aantal interventies opgezet die zich richten op de partners van kankerpatiënten. Toch worden de interventies die tot nu toe zijn

ontwikkeld weinig gebruikt (Pitcealthy & Maguire, 2003). Een reden hiervoor is de mening van de partners dat hun eigen welbevinden minder belangrijk is dan dat van de patiënt (Sinfield et al., 2012). Verder zijn al bestaande interventies weinig effectief. Het uitblijvende effect kan ermee samenhangen, dat deze niet gebaseerd zijn op een theorie (Ussher et al., 2009). Uit onderzoek komt naar voren dat interventies effectiever zijn als deze gebaseerd zijn op een theorie (Kelders, 2013). Dit laat zien dat er een grote behoefte is aan een interventie die gebaseerd is op een theorie en daarnaast toegankelijk is voor de partners van kankerpatiënten. Gezien deze noodzaak heeft de Universiteit Twente de interventie ‘Houvast, voor elkaar’ opgezet.

1.2.1 Acceptance and Commitment therapy

‘Houvast, voor elkaar’ is gebaseerd op Acceptance and Commitment therapy (ACT) (Hayes et al., 2012; Köhle et al., 2015). ACT is een vorm van cognitieve gedragstherapie die zich niet richt op het verminderen van negatieve gevoelens, maar op het vergroten van de aanvaarding van deze negatieve gevoelens. Hiermee wordt er getracht ruimte te scheppen voor zelf gekozen acties (Hayes et al., 2012). Dit betekent dat men het vechten tegen negatieve emoties en belevingen moet opgeven en in plaats hiervan emotionele problemen met compassie en aandacht moet gaan beleven (Harris, 2010). Dit heeft ter gevolge dat men moeilijke situaties beter kan accepteren en hierdoor een waardengericht leven kan voeren (Keyes, 2007). Dat wil zeggen dat men zijn acties op eigen gekozen waarden kan baseren.

Er wordt verwacht dat ACT ook geschikt is om partners van kankerpatiënten te leren beter met negatieve emoties, negatieve gedachten en piekeren om te laten gaan. Verder moet ACT ervoor zorgen dat partners hun eigen waarden uit kunnen vinden, zodat ze daar relevante acties op kunnen baseren en zo hun bestaan leefbaarder kunnen maken (Köhle et al., 2015). Dit kan ervoor zorgen dat de partners zich niet laten beheersen door de negatieve omstandigheden in hun leven, maar dat ze deze gaan accepteren en hun focus gaan verschuiven naar wat er echt belangrijk is in hun leven en hun relatie. Op die manier zullen ze een stabielere leven kunnen leiden (Hayes et al., 2006) door beter om te gaan met de boven beschreven stressoren uit het stress proces model. Deze stressoren kunnen met behulp van ACT door de partner worden gerelativeerd en zo op een constructievere manier worden bekeken.

Een van de onderdelen van ACT is mindfulness. Mindfulness is een staat van bewustzijn dat welbevinden bevordert (Brown & Ryan, 2003). Het is een vorm van bewustzijn die ontstaat door aandachtig in het heden aanwezig te zijn (Kabat-Zinn, 1996). Tijdens mindfulness-oefeningen laten de participanten zich in het gegeven moment niet afleiden door

gedachtes en zorgen over de toekomst. ACT biedt een goed kader voor de ontwikkeling van een interventie op het gebied van mindfulness, omdat het versterken van de psychologische flexibiliteit voorgrondig is. Partners van kankerpatiënten moeten op een constructieve manier met de situatie omgaan, aangezien zij meestal weinig invloed uit kunnen oefenen op de situatie waarin zij verkeren. Het zou dus voordelig voor hun kunnen zijn als ze meer gefocust op het heden en het gegeven moment dan op de problemen in het verleden of in de toekomst zijn.

1.2.2 eHealth interventies

‘Houvast, voor elkaar’ is een eHealth interventie. eHealth is het gebruik van technologie in de gezondheidszorg om face-to-face communicatie te vervangen (Sorbi & Riper, 2009). Het gebruik van dit soort interventies zorgt voor lagere kosten per participant, waardoor dit type interventies steeds belangrijker zal worden (Murray, 2012). Uit onderzoek kwam naar voren dat de effectiviteit, als het gaat om het behandelen van depressies, van internetinterventies even hoog is als die van face-to-face interventies (Andersson, 2009). Bovendien is dit type interventie ook geschikt voor partners van kankerpatiënten, omdat de interventie eenvoudig beschikbaar is en er gebruik van gemaakt kan worden zonder het verlaten van de gewone omgeving. Hierdoor blijft de levenssfeer van de patiënt en de partner onaangetast en is de drempel voor het in gebruik nemen van de interventie lager (Murray, 2012). Daarbovenop kunnen de partners de eHealth interventie op flexibele momenten uitvoeren (Köhle, 2015). Dit is in het bijzonder gunstig voor partners van kankerpatiënten omdat zij vaak weinig tijd hebben voor hun eigen mentale en fysieke gezondheid (Köhle, 2015).

‘Houvast, voor elkaar’ is dus niet alleen een interventie die theoretisch gefundeerd is, maar ook een interventie die eenvoudig vanuit huis kan worden uitgevoerd. Voordat de interventie kan worden geïmplementeerd is het belangrijk om te weten of deze effect heeft en bij wie deze effect heeft. Dit onderzoek zal hiermee een start maken door aan te tonen van welke variabelen de effectiviteit van de interventie afhankelijk is.

1.3 De invloed van demografische en kanker-gerelateerde variabelen op de effecten van interventies

Uit de literatuur blijkt dat er vijf variabelen zijn die significant invloed uit oefenen op de gesteldheid van de partner, namelijk geslacht, leeftijd, arbeidssituatie, prognose en de duur van de kanker. In dit hoofdstuk zal dieper op deze variabelen ingegaan worden.

Geslacht

Pearlin en collega's (1990) laten zien hoe demografische variabelen invloed kunnen hebben op het welbevinden van de partners (Figuur 1). Deze invloed wordt gemedieerd door de stressoren waarmee de partners om moeten gaan. Uit onderzoek kwam naar voren dat partners ook verschillend reageren op moeilijke situaties (Given, Sherwood & Given, 2003). Hoe deze invloed zich uit is afhankelijk van meerdere factoren. Vrouwen lijken bijvoorbeeld meer stress te ervaren dan mannen. Bovendien is hun rol als mantelzorger verbonden met een verhoogd risico op de ontwikkeling van fysieke ziektes (Miller & Cafasso, 1992). Dit hangt ermee samen dat vrouwen vaak emotioneel sterker betrokken zijn bij de patiënt dan mannen (Moen et al., 1995). Moen en collega's (1995) stellen dat hierdoor het welbevinden van vrouwen sterker beïnvloedt wordt. Hieruit zou kunnen worden afgeleid dat vrouwen een sterkere behoefte hebben voor ondersteuning tijdens deze moeilijke fase in hun leven (Gaugler et al., 2007). Bovendien kwam uit eerder onderzoek naar voren dat vrouwen een groter effect ervaren dan mannen, na het uitvoeren van een online zelfhulp cursus (Cuijpers & Pop, 2008).

Leeftijd

Verder is gevonden dat jongere mensen beter kunnen omgaan met technologieën, waaruit zou kunnen worden afgeleid dat ze ook beter in staat zijn om eHealth interventies te gebruiken (Van Dijk & Peters, 2011). Daarbovenop bestaat er een samenhang tussen de leeftijd en het stresslevel van mantelzorgers. De leeftijd heeft geen direct invloed maar hangt samen met andere factoren die invloed uitoefenen, zoals de werksituatie van de mantelzorger. Individuen die jonger dan 60 jaar oud zijn hebben meestal een baan en kunnen hierdoor meer stress ervaren wanneer ze daarnaast nog voor iemand moeten zorgen (Talley, 2013). Verder kan deze leeftijd vergezeld zijn met belangrijke beslissingen, zoals het krijgen van kinderen en andere toekomstplannen. Ziekte van een significante ander kan deze beslissingen belemmeren, wat vervolgens zorgt voor een verhoogd stressniveau (Stetz, 1989). Ook kan het hebben van thuiswonende kinderen voor meer stress zorgen. In dat geval zijn mantelzorgers in twee zorgrollen tegelijkertijd en moeten ze proberen activiteiten goed te verdelen (Aneshensel et al., 1995). Over het algemeen is te zeggen dat de situatie voor de partner meer belastend wordt naar mate het aantal sociale rollen dat deze moet innemen groter wordt (Kim et al., 2006).

Arbeidssituatie

De behoefte aan ondersteuning hangt mede samen met de arbeidssituatie van de mantelzorger (Arksey, 2002). Vrouwelijke mantelzorgers met een baan ervaren meer primary subjective stress dan vrouwen zonder baan en dan mannen met baan (Gaugler et al., 2007). Dat betekent dat werkende vrouwen eerder last hebben van hun rol als mantelzorger wat ertoe leidt dat ze meer conflicten ervaren binnen het gezin en het werk, waardoor het welbevinden daalt (Figuur 1). Daarbovenop is gevonden dat partners met een intensievere baan meer overlast ervaren (Pearlin et al., 1990). Hoe meer ze in de week moeten werken, hoe minder tijd ze voor zichzelf hebben. Hierdoor zou het kunnen zijn dat de partners met een tijdsintensieve baan minder capaciteiten hebben voor een interventie en hierdoor het effect misschien uitblijft.

Prognose en duur van de kanker

Verschillende onderzoeken indiceren dat stress ook afhankelijk is van het verloop van de kanker. Vooral bij een lange duur van de kanker, gaat het stresslevel omhoog (McCorkle et al., 1989). Dit betekent dat bij een zieke partner de kwaliteit van de relatie onder de ziekte kan leiden, afhankelijk van de omvang van de ziekte. Een trager verloop van de ziekte hangt samen met een verminderde kwaliteit van leven (Leedham & Meyerowitz, 1990). In dit geval kan de dynamiek van de relatie drastisch veranderen wat stress ter gevolg heeft (Given, Sherwood & Given, 2003). Given en collega's (2003) maken duidelijk dat de emotionele steun, intimiteit, financiële steun en sociale steun aangetast kunnen worden binnen de relatie. Als laatste is de prognose van belang voor het stresslevel binnen een relatie. Wanneer de prognose ongunstig uitvalt, ontstaat er meer stress binnen een gezin (Leedham & Meyerowitz, 1990).

1.4 Onderzoeksvragen

Om 'Houvast, voor elkaar' op een goede manier te kunnen implementeren wordt aangeraden te analyseren bij wie de interventie voornamelijk effectief blijkt te zijn (Wickens et al., 2014). Het doel van deze studie is te onderzoeken in hoeverre demografische variabelen (geslacht, leeftijd, arbeidssituatie) en kanker-gerelateerde variabelen (prognose, duur) invloed hebben op het effect van de eHealth interventie 'Houvast, voor elkaar'. Gebaseerd op al bestaande literatuur zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

Demografische Variabelen:

1. Is het effect van de interventie 'Houvast, voor elkaar' bij mannen en vrouwen verschillend?

Hypothese 1: Het effect is bij vrouwen groter dan bij mannen.

2. Is het effect van de interventie 'Houvast, voor elkaar' afhankelijk van de leeftijd van de participant?

Hypothese 2: Het effect is groter bij jonge deelnemers (0-59).

3. Is het effect van de interventie 'Houvast, voor elkaar' afhankelijk van de arbeidssituatie?

Hypothese 3: Het effect is hoger bij mensen die minder dan 20 uur in de week moeten werken.

Ziekte-gerelateerde Variabelen:

4. Is het effect van de interventie 'Houvast, voor elkaar' afhankelijk van de prognose?

Hypothese 4: Het effect is hoger als de kankerpatiënten nog in behandeling zijn met een kans op succes.

5. Is het effect van de interventie 'Houvast, voor elkaar' afhankelijk van de duur van de kanker?

Hypothese 5: Het effect is hoger als die diagnose al langer is geleden.

2. Methode

2.1 Design

Deze studie werd in het kader van een lopend effectonderzoek uitgevoerd. Het was een secundaire analyse van data uit een driearmige ‘Randomized Control Trial’ (RCT) (Köhle et al., 2015). Er was een experimentele groep, die de interventie kreeg met professionele support in de vorm van persoonlijke ondersteuning. Een experimentele groep, die de interventie aangeboden kreeg met automatische ondersteuning en een wachtlijst conditie. Deze participanten konden de interventie met automatische ondersteuning na drie maanden wachttijd uitvoeren. Vooraf kreeg de controle groep ‘treatment as usual’. De participanten werden random verdeeld en gestratificeerd op geslacht en op het stadium van de ziekte, zodat er in alle drie condities een gelijke verdeling was (Köhle et al., 2015). In de huidige studie werd geen onderscheid gemaakt tussen de twee experimentele groepen omdat het verschil tussen die twee niet belangrijk bleek voor de voorliggende onderzoeksvragen. De twee experimentele groepen werden daarom samengevoegd. In totaal waren er drie follow-up meetmomenten. Drie (T1), zes (T2) en twaalf (T3) maanden nadat T0 heeft plaatsgevonden. Participanten werden gevraagd om de vragenlijsten online in te vullen. Ook de interventie konden de deelnemers online in hun gewoonte omgeving uitvoeren. Binnen dit onderzoek werd er alleen gebruik gemaakt van de uitkomstmaten van T0 en T1, omdat de dataverzameling nog niet was afgesloten.

2.1.1 Beschrijving interventie

‘Houvast, voor elkaar’ bestond uit zes modules, waarbij een module binnen een week kon worden afgerond. Er waren dus zes weken voor het doorlopen van de interventie ingepland. Indien deelnemers meer tijd nodig hadden konden ze er nog zes weken langer over doen. Elk module bevatte een hoofdonderwerp (Tabel 1.). In de eerste module werd er geholpen om op de juiste manier met eigen behoeften en emoties om te gaan. In de tweede module werd op de veerkracht van de participant ingegaan. In module 3 werd geprobeerd de zelfcompassie en acceptatie bij de participanten te verhogen, wat betreft negatieve gedachten en zorgen. Bijkomend was er een module waar de participant weer in contact kwam met zijn eigen waarden binnen de relatie. Het vijfde module probeerde de participant ondanks de moeilijke situatie ertoe te activeren om weer mooie momenten te beleven. De laatste module was een communicatietraining.

Tabel 1

Beschrijving van de modules van de Interventie 'Houvast, voor elkaar'

	Onderdelen op basis van ACT	Focus
Module 1. Je klein voelen en groot houden: Omgaan met je eigen emoties en behoeften	- Acceptatie - Zelfcompassie - Mindfulness	De emotionele consequenties resulterend uit het zijn van een partner van een kankerpatiënt
Module 2. Het verkrachtplan: Hoe zorg je dat je het volhoudt?	- Acceptatie - Zelfcompassie - Mindfulness	Het omgaan met een periode van chronische stress
Module 3. Mijn verstand maakt overuren	- Cognitieve defusie - Zelfcompassie - Mindfulness	Zorgen maken en negatieve gedachten
Module 4. Wat is nu eigenlijk echt belangrijk?	- Waarden - Zelfcompassie - Mindfulness	Waarden in de relatie en wat misschien anders moet
Module 5. Heel bang, enorm moe en momenten om van te genieten	- Geëngageerde actie - Zelfcompassie - Mindfulness	Actie die baseert op de gekozen waarden
Module 6. De kunst van het in gesprek blijven	- Communiceren over belangrijke dingen	Het belang van communicatie

De zes modules startten met een korte inleidende tekst die aangaf wat het onderwerp van deze module was. Daarnaast bevatte elke module psychologische opdrachten gebaseerd op ACT en meditatie oefeningen. Verder kregen de participanten hier ook praktische informatie en tips. Aanvullend aan het bovengenoemde werd de mogelijkheid aangeboden om wekelijks een sms te ontvangen met een inspirerende tekst. Binnen de interventie bestond er ook nog mogelijkheid tot peer-support.

2.2 Werving en participanten

Er werd gebruik gemaakt van een multi-component wervingsstrategie waardoor het mogelijk gemaakt werd om een heterogene groep te verkrijgen (Voor een nadere beschrijving zie; Köhle et al., 2015a). De interventie werd direct beschikbaar gemaakt door een link via de website om de gebruikte materialen te tonen. De op basis van de in- en exclusiecriteria geschikte respondenten kregen een informed consent via mail en moesten de baseline (T0) vragenlijst invullen. Volgens Köhle en collega's (2015) waren de inclusiecriteria: (1) dat ze 18 jaar of ouder waren, (2) dat hun partner kanker heeft gehad, (3) dat ze toegang tot internet hadden, (4) dat ze geen problemen met de Nederlandse taal hadden, (5) en dat ze milde tot matige symptomen van psychologische distress hadden (>3 op de Hospital Anxiety and

Depression Scale (HADS)). Exclusiecriteria waren: (1) als de patiënten hevige angst hadden (>15 op de HADS-A), (2) dat ze recent begonnen zijn met een psychologische behandeling (minder dan drie maanden geleden), (3) dat ze niet in staat waren om 1-1.5 uren per week aan de interventie te spenderen, (4) als de partner vanwege de kanker was overleden en (5) als de diagnose minder dan 3 maanden was geleden (Köhle et al., 2015). Deelname aan het onderzoek was vrijwillig.

2.3. Meetinstrumenten

In het effectonderzoek werd een groot aantal vragenlijsten afgenomen. In het huidige onderzoek zouden we ons voornamelijk richten op de socio-demografische gegevens (geslacht, leeftijd, arbeidssituatie), de kanker-gerelateerde gegevens (prognose, duur van de kanker) en de uitkomstmaten (HADS Totaal, HADS-A, HADS-T, MHC, CSI).

Demografische en kanker-gerelateerde gegevens

De demografische en kanker-gerelateerde variabelen zijn met behulp van vragenlijsten tijdens de aanmelding verzameld. De hier relevante variabelen waren ‘geslacht’, ‘leeftijd’, ‘arbeidssituatie’, ‘prognose’ en ‘duur van de kanker’. In het volgende werden de variabelen besproken die voor het huidige onderzoek werden aangepast.

Leeftijd was uitgevraagd met de vraag “Wat is uw leeftijd?”. Binnen het huidige onderzoek werden de verschillende antwoorden samengevoegd in twee groepen, namelijk ‘jongste – 59’ en ‘60 – oudste’, om deze twee groepen met elkaar te kunnen vergelijken.

De arbeidssituatie werd als volgt geëxploreerd: “Wat is uw huidige arbeidssituatie?”. De gegeven antwoordmogelijkheden zijn in twee groepen samengevoegd: (1) Betaald werk > 20 uur: “Betaald werk, meer dan 20 uur per week” en “Zelfstandig ondernemer”. (2) Werk < 20 uur: “Betaald werk, minder dan 20 uur per week”, “Onbetaald werk/vrijwilligerswerk”, “Huisvrouw/huisman”, “Student/scholier”, “Ziektewet”, “Arbeidsongeschikt (WAO/WIA)”, “(Pré-)pensioen (AOW/VUT)”, “Werkzoekend/re-integratietraject”, “Werkloos” en “Anders, namelijk...”.

De duur van de kanker werd als volgt gevraagd: “Wanneer werd bij uw partner kanker gediagnosticeerd?” De antwoordmogelijkheden waren: “Tussen 3 en 6 maanden geleden”, “Tussen 6 en 12 maanden geleden”, “1 tot 5 jaar geleden”, “5 tot 10 jaar geleden”, “Meer dan 10 jaar geleden”. Binnen het huidige onderzoek zijn de eerste twee en de laatste twee antwoordmogelijkheden samengevoegd waardoor er 3 groepen werden gevormd.

Uitkomstmaten

Psychologische distress werd gemeten met de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). De HADS is bedoeld voor volwassenen van 16 tot 65 jaar (Julian, 2011). De vragenlijst meet de 'psychologische distress' door zelfrapportage van mensen met behulp van twee sub-schalen. Angst (7 items) en depressie (7 items). De vragenlijst bestaat in totaal uit 14 items. Antwoordmogelijkheden variëren van 0 tot 3. Dit resulteert in een score range van 0-21 voor elke sub-schaal. Een score tussen 0 en 7 op de sub-schaal duidt op de afwezigheid van een depressie- of angststoornis. Een score van 11-21 wijst op een depressie- of angststoornis. De totaalscore range loopt van 0-42. Een hogere score wijst op een hogere mate van psychologische distress. De betrouwbaarheid van de HADS Totaal is bij de T0 meeting ($\alpha=0.87$) en bij de T1 meting ($\alpha=0.88$) hoog. De betrouwbaarheid van de angst sub-schaal is bij de T0 ($\alpha=0.79$) meeting en bij de T1 meeting ($\alpha=0.81$) hoog. Dit geldt ook voor de depressie sub-schaal op de T0 meeting ($\alpha=0.81$) als ook op de T1 meeting ($\alpha=0.84$).

Welbevinden werd gemeten met de Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) door zelfrapportage van mensen met behulp van drie dimensies (Keyes, 2002): Emotioneel (3 items), psychologisch (6 items) en sociaal (5 items) welbevinden. De vragenlijst bestaat uit 14 items. Het is de bedoeling dat de participanten zeggen hoe vaak een uitspraak in de afgelopen maand geldig was. De antwoordmogelijkheden gaan van 1='nooit' tot 6='Elke dag'. Een hogere gemiddelde score op de vragenlijst wijst op een hoger mate van welbevinden bij de participanten (Lamers et al., 2011). De betrouwbaarheid van de totale MHC-SF is bij deze studie bij de T0 meeting ($\alpha=0.87$) en de T1 meeting ($\alpha=0.89$) hoog.

De mantelzorger belasting werd gemeten met de Caregiver strain index (CSI) (Robinson, 1983) op vier domeinen: tijd, sociaal, financieel en fysiek. De vragenlijst bestaat uit 13 items die met 'ja' (1) of 'nee' (0) kunnen worden beoordeeld. De score kan dus tussen 0 en 13 liggen. Een score van 7 of hoger wijst op een overbelasting. De betrouwbaarheid van de CSI is bij deze studie bij de T0 meeting ($\alpha=0.63$) T1 meting ($\alpha=0.69$) matig.

2.4 Analyse

Gebruikmakend van Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 23 werden de analyses voor alle tests met een standaard alpha van 5% ($\alpha = .05$) uitgevoerd. Allereerst werden de demografische variabelen weergegeven door de gemiddelden en frequenties te laten zien van de totale groep, de experimentele groep en de controlegroep apart. Voor de huidige analyse werden de twee experimentele groepen van tevoren samengevoegd

en als een groep beschouwd. Verder werd een overzicht gemaakt van de gemiddelden en standaarddeviaties van de HADS-Totaal, de HADS-A, de HADS-D, de MHC-SF en de CSI voor de totale groep, de geslachten, de leeftijds-groepen, de verschillende arbeidssituaties, de verschillende prognosen en de verschillende duren van de kanker. Ten eerste werd dan met behulp van een herhaalde metingen ANOVA het effect van de interventie onderzocht. Hiervoor werden de verschillen tussen de twee condities op T0 en T1 bekeken om erachter te komen of de belastingen voor de experimentele groep significant meer daalden en of er interacties bestonden. Ook de hypothesen 1, 2, 3, 4, 5 werden met behulp van ANOVA met herhaalde metingen getoetst. Voor deze toets is gekozen omdat de experimentele en de controlegroep in combinatie met de scores van de HADS, de MHC en de CSI op T0 en T1 worden vergeleken en hierbij rekening gehouden werd met de demografische en kanker-gerelateerde variabelen. De variabelen geslacht, leeftijd, arbeidssituatie, prognose en de duur van de kanker zoals de conditie werden als between-subject factor gehanteerd. De scores op T0 en T1 werden als within-subject factoren gehanteerd. Hierdoor kon worden vast gesteld of er een interactie bestaat tussen de bepaalde demografische of kanker-gerelateerde variabele, de conditie en de verandering van de scores over tijd (Tijd X conditie X variabele). Doormiddel van grafieken werd er een visuele representatie gemaakt van de relatie mocht er een trend aanwezig zijn.

3. Resultaten

3.1 Beschrijving onderzoeksgroep

In totaal hebben 203 partners van kankerpatiënten deelgenomen aan de interventie ‘Houvast, voor elkaar’. Binnen dit onderzoek werd er met completers only gewerkt, bestaande uit 139 deelnemers, waarvan 86 in de experimentele groep en 53 in de controle groep. De deelnemers waren tussen de 27 en de 82 jaar oud met een gemiddelde leeftijd van 55,4. Van de 139 deelnemers waren er 100 vrouw en 39 man. De onderstaande tabel geeft een overzicht van alle demografische en kanker-gerelateerde factoren (Tabel 2.)

Tabel 2.
Demografische gegevens van de deelnemers en kanker-gerelateerde gegevens van de patiënt (N=139)

	Totaal (n=139)		Experimentele groep (n=86)		Controle groep (n=53)	
	n	%	n	%	n	%
Leeftijd						
0-59 jaar	80	57.6	41	47.7	39	73.6
60-Oudest	59	42.4	45	52.3	14	26.4
Geslacht						
Man	39	28.1	24	27.9	15	28.3
Vrouw	100	71.9	62	72.1	38	71.7
Arbeidssituatie						
Betaald werk > 20 uur	72	51.8	39	45.3	33	62.3
Werk <20 uur	67	48.2	47	54.7	20	37.7
Kinderen						
Geen kinderen/uitwonende kinderen	87	62.6	53	61.6	34	64.2
Thuiswonende kinderen	52	37.4	33	38.4	19	35.8
Soorten Kanker						
Borstkanker	11	7.9	9	10.5	2	3.8
Longkanker	14	10.1	9	10.5	5	9.4
Darmkanker	17	12.2	8	9.3	9	17.0
Huidkanker	2	1.4	2	2.3	3	5.7
Hoofd-hals kanker	7	5.0	4	4.7	2	3.8
Lymfeklierkanker	13	9.4	11	12.8	3	5.7
Leukemie	9	6.5	6	7.0	7	13.2
Prostaatkanker	19	13.7	12	14.0	22	41.5
Anders	47	33.8	25	29.1	2	3.8
Duur Kanker						
3-12 maanden geleden	66	47.5	39	45.3	27	50.9
1-5 jaar geleden	51	36.7	32	37.2	19	35.8
5-<10 jaar geleden	22	15.8	15	17.4	7	13.2
Prognose						
Nog onder behandeling. Hoop op genezing	34	24.5	23	26.7	11	20.8
Behandeling afgesloten en geslaagd	22	15.8	15	17.4	7	13.2
Partner gaat (waarschijnlijk) niet meer genezen	83	59.7	48	55.8	35	66.0

3.2 Effect van ‘Houvast voor elkaar’: totale groep

Uit tabel 3 blijkt dat er geen significant interactie-effect gevonden is tussen tijd en conditie voor zowel psychologisch distress, als ook voor het welbevinden en de mantelzorger

belasting. Dit betekent dat de klachten en het welbevinden bij de experimentele groep niet sterker daalden of toenamen in vergelijking tot de controle groep. Voor psychologisch distress is een lichte toename van klachten in de controle groep te herkennen. In de experimentele groep blijven de klachten gelijk. De angst daalt in de experimentele groep, terwijl deze in de controle groep stijgt. Depressieklachten stijgen in de experimentele groep en dalen in de controle groep. Het welbevinden blijkt na afloop van de interventie binnen beide groepen te dalen. De mantelzorger belasting wordt na afloop van de interventie alleen maar in de experimentele groep minder. Deze daling is echter niet significant.

Tabel 3.

Gemiddelden en standaarddeviaties HADS-T, HADS-A, HADS-D, MHC-SF, CSI voor 'Houvast, voor elkaar' en controlegroep (N=139)

	Experimentele groep(n=86)		Controle groep(n=53)		Tijd X Conditie	
	T0	T1	T0	T1	F	p
Hads Totaal	12.0 (5.5)	12.0 (6.1)	12.7 (5.8)	14.7 (6.7)	3.3	.07
HADS-A	7.3 (3.1)	7.2 (3.3)	7.2 (3.1)	8.2 (3.8)	3.8	.07
HADS-D	4.7 (3.2)	4.9 (3.4)	5.5 (3.2)	4.9 (3.4)	2.1	.14
MHC-SF	4.2 (0.70)	4.1 (0.9)	4.1 (0.8)	3.9 (0.9)	.14	.75
CSI	7.0 (2.6)	6.6 (2.6)	7.2 (2.2)	7.3 (2.8)	1.3	.26

Noot. HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; MHC-SF, Mental Health Continuum-Short Form; CSI, Caregiver strain index

3.3 Invloed van het geslacht op het effect van de Interventie

Uit tabel 4 blijkt dat er bij geen van de meetinstrumenten een interactie-effect gevonden voor tijd, geslacht en conditie. Dat betekent dat de interventie 'Houvast, voor elkaar' niet beter werkt bij vrouwen dan bij mannen.

Tabel 4.

Gemiddelden en standaarddeviaties HADS-T, HADS-A, HADS-D, MHC-SF, CSI voor mannen en vrouwen(N=139)

	Tijd	Man (n=39)		Vrouw (n=100)		Tijd X geslacht X conditie	
		E(n=24)	C(n=15)	E(n=62)	C(n=38)	F	p
HADS Totaal	T0	12.1 (1.2)	13.5 (1.5)	11.9 (0.7)	12.4 (0.9)	.54	.46
	T1	12.7 (1.3)	14.7 (1.7)	11.8 (0.8)	14.7 (1.0)		
HADS-A	T0	7.3 (3.0)	7.3 (3.4)	7.3 (3.1)	7.3 (3.0)	.25	.62
	T1	7.7 (3.4)	8.1 (4.2)	7.0 (3.3)	8.3 (3.6)		
HADS-D	T0	4.8 (3.6)	6.3 (4.0)	4.7 (3.0)	5.1 (2.8)	.71	.40
	T1	5.0 (3.1)	6.5 (3.9)	4.8 (3.5)	6.4 (3.4)		
MHC-SF Totaal	T0	4.1 (0.6)	3.9 (0.7)	4.3 (0.7)	4.1 (0.9)	.31	.58
	T1	4.1 (0.7)	3.7 (0.8)	4.1 (0.9)	4.0 (0.9)		
CSI	T0	7.1 (2.0)	7.1 (2.6)	6.9 (2.8)	7.3 (2.0)	.16	.70
	T1	6.6 (2.6)	7.2 (3.0)	6.7 (2.8)	7.4 (2.7)		

Noot. HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; MHC-SF, Mental Health Continuum-Short Form; CSI, Caregiver strain index; E, experimentele groep; C, controle groep

3.4 Invloed van de leeftijd op het effect van de Interventie

Uit tabel 5 blijkt dat er geen interactie-effect gevonden voor tijd, leeftijd en conditie. Wat betekent dat de interventie ‘Houvast, voor elkaar’ niet meer effect heeft voor jongeren dan voor ouderen.

Tabel 5.

Gemiddelden en standaarddeviaties HADS-T, HADS-A, HADS-D, MHC-SF, CSI voor jongste-59 en 60 tot oudste(N=139)

		Jongste – 59 (n=80)		60 – oudste (n=59)		Tijd X Leeftijd X Conditie	
	Tijd	E (n=41)	C (n=39)	E (n=45)	C (n=14)	F	p
HADS Totaal	T0	12.1 (4.8)	13.1 (5.9)	11.8 (6.2)	11.6 (5.6)	.14	.71
	T1	12.7 (6.2)	15.1 (6.7)	11.5 (6.0)	13.6 (6.7)		
HADS-A	T0	7.5 (2.6)	7.4 (3.2)	7.1 (3.5)	6.7 (2.9)	.02	.88
	T1	7.4 (3.4)	8.4 (4.0)	7.0 (3.3)	7.6 (3.5)		
HADS-D	T0	4.6 (3.0)	5.6 (3.2)	4.7 (3.3)	4.9 (3.1)	.74	.39
	T1	5.3 (3.6)	6.6 (3.5)	4.5 (3.1)	6.0 (3.5)		
MHC-SF	T0	4.1 (0.7)	4.1 (0.9)	4.3 (0.7)	3.9 (0.7)	.35	.55
	T1	4.0 (0.9)	3.9 (0.9)	4.2 (0.9)	3.9 (0.7)		
CSI	T0	7.0 (2.8)	7.2 (2.2)	7.0 (2.4)	7.4(2.3)	.29	.59
	T1	6.9 (2.5)	7.5 (2.7)	6.4 (2.8)	6.9 (3.0)		

Noot. HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; MHC-SF, Mental Health Continuum-Short Form; CSI, Caregiver strain index; E, experimentele groep; C, controle groep

3.5 Invloed van de werksituatie op het effect van de Interventie

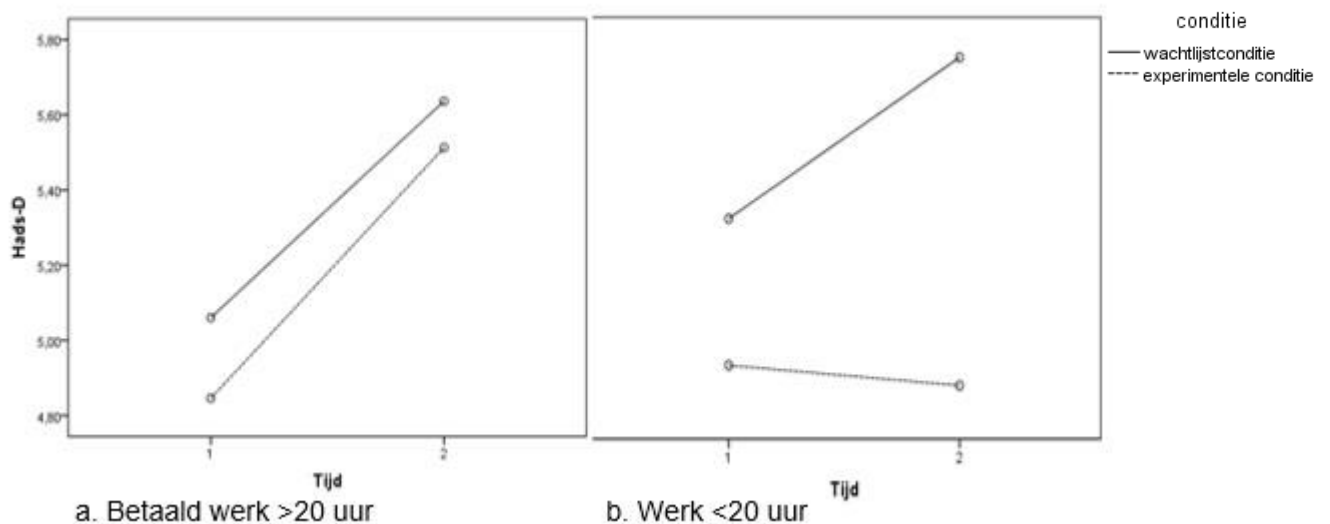
Uit tabel 6 blijkt dat er geen significant interactie-effect was gevonden voor tijd, arbeidssituatie en conditie wat betreft de mantelzorgerbelasting zoals het welbevinden. Dit betekent dat de interventie ‘houvast, voor elkaar’ niet beter werkt voor mensen met een baan van minder dan 20 uur dan voor mensen met een betaald baan van meer dan 20 uur. Betreffende de depressie klachten is er wel een trend te zien. Bij partners met een baan van minder dan 20 uur nemen de depressie klachten af, terwijl het bij partners met een baan van meer dan 20 uur toeneemt, na afloop van de interventie. Wat impliceert dat de interventie ‘houvast, voor elkaar’ beter te werken lijkt bij mensen met een baan van minder dan 20 uur (Figuur 2).

Tabel 6.

Gemiddelden en standaarddeviaties HADS-T, HADS-A, HADS-D, MHC-SF, CSI voor partners met betaald werk, meer dan 20 uur, partners met werk, minder dan twintig uur (N=139)

	Tijd	Betaald werk >20 uur (n=72)		Werk <20 uur (n=67)		Tijd X arbeidssituatie X Conditie	
		E(n=39)	C(n=33)	E(n=47)	C(n=20)	F	p
HADS Totaal	T0	12.5 (5.0)	12.1 (6.1)	11.5 (6.0)	13.7 (5.3)	1.9	.17
	T1	13.2 (5.8)	13.4 (6.4)	11.1 (6.3)	16.9 (6.7)		
HADS-A	T0	7.7 (3.1)	7.0 (3.3)	6.9 (3.1)	7.6 (2.8)	0.6	.45
	T1	7.7 (3.3)	7.7 (3.9)	6.7 (3.3)	9.1 (3.6)		
HADS-D	T0	4.8 (3.0)	5.1 (3.2)	4.6 (3.3)	6.1 (3.2)	3.1	.08
	T1	5.5 (3.2)	5.6 (3.0)	4.3 (3.4)	7.8 (4.0)		
MHC-SF	T0	4.3 (0.7)	4.3 (0.7)	4.1 (0.8)	3.7 (0.8)	0.2	.63
	T1	4.1 (0.7)	4.1 (0.8)	4.1 (1.0)	3.5 (0.8)		
CSI	T0	6.9 (2.6)	6.9 (2.1)	7.0 (2.6)	7.8 (2.3)	0.1	.82
	T1	6.7 (2.8)	7.2 (2.5)	6.6 (2.5)	7.6 (3.1)		

Noot. HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; MHC-SF, Mental Health Continuum-Short Form; CSI, Caregiver strain index; E, experimentele groep; C, controle groep



Figuur 2. HADS-D score op T0 + T1 per conditie uitgesplitst naar arbeidssituatie (a. betaald werk > 20 uur; b. werk < 20 uur)

3.6 Invloed van de prognose op het effect van de Interventie

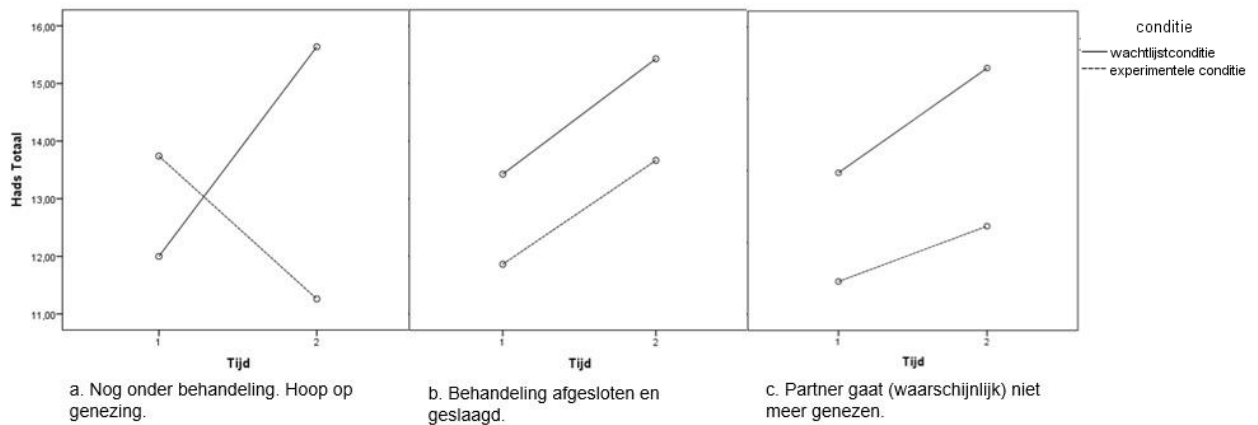
Uit tabel 7 blijkt dat er geen significant interactie-effect is gevonden voor tijd, prognose en conditie. Dat betekent dat het effect van de interventie ‘Houvast, voor elkaar’ niet afhankelijk is van de prognose. Er is wel een trend te zien betreffende het angst- en depressie niveau van de participanten. Bij de partners van kankerpatiënten met een kans op genezing daalt het angst en depressieniveau na afloop van de interventie, terwijl het bij de andere twee groepen stijgt. Dit impliceert dat de interventie ‘houvast, voor elkaar’ waarschijnlijk beter werkt voor partners van patiënten die een kans op genezing hebben (Figuren 3, 4, 5).

Tabel 7.

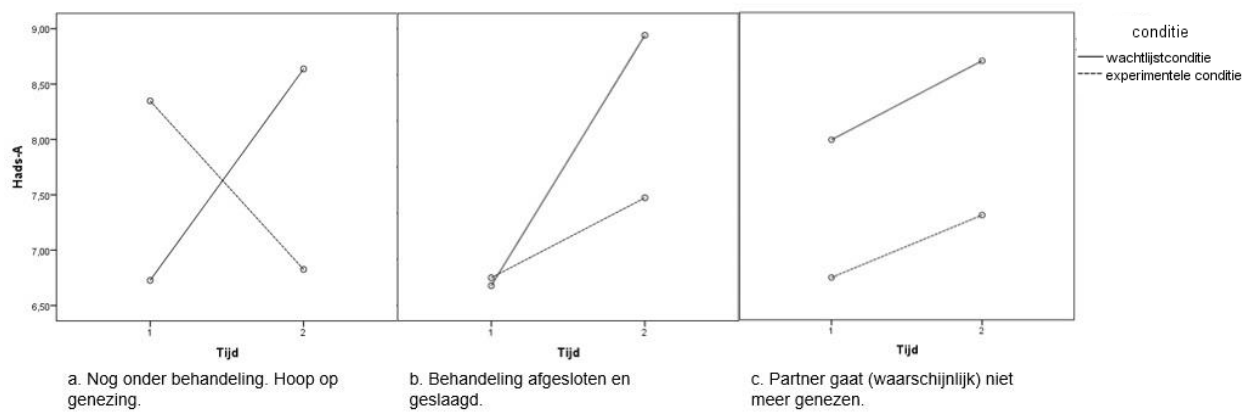
Gemiddelden en standaarddeviaties HADS-T, HADS-A, HADS-D, MHC-SF, CSI voor ‘Nog onder behandeling, hoop op genezing; behandeling afgesloten en geslaagd; Partner gaat (waarschijnlijk) niet meer genezen. (N=139)

	Tijd	Nog onder behandeling. Hoop op genezing (n=34)		Behandeling afgesloten en geslaagd. (n=22)		Partner gaat (waarschijnlijk) niet meer genezen. (n=83)		Tijd X prognose X Conditie	
		E(n=23)	C(n=11)	E(n=15)	C(n=7)	E(n=48)	C(n=35)	F	p
HADS Totaal	T0	13.7(6.2)	12.0 (6.0)	10.9 (4.0)	12.4 (5.9)	11.5 (5.5)	13.0 (5.9)	2.5	.08
	T1	11.3 (5.5)	15.6 (6.4)	12.7 (5.8)	14.4 (7.6)	12.2 (6.6)	14.4 (6.7)		
HADS-A	T0	8.4 (3.0)	6.7 (2.8)	6.8 (2.7)	6.7 (3.0)	6.9 (3.2)	7.5 (3.3)	2.8	.06
	T1	6.8 (3.0)	8.6 (3.5)	7.7 (3.2)	9.4 (4.4)	7.2 (3.6)	7.9 (3.8)		
HADS-D	T0	5.4 (4.0)	5.3 (3.4)	4.6 (3.1)	5.7 (3.6)	4.5 (2.8)	5.5 (3.1)	2.8	.08
	T1	4.4 (3.2)	7.0 (3.4)	5.0 (3.2)	5.0 (3.5)	5.0 (3.5)	6.6 (3.6)		
MHC-SF	T0	4.1 (0.8)	3.8 (0.8)	4.1 (0.6)	3.6 (0.6)	4.3 (0.6)	4.2 (0.8)	.35	.71
	T1	4.2 (0.9)	3.7 (0.8)	4.1 (0.7)	3.5 (0.7)	4.1 (0.9)	4.0 (0.9)		
CSI	T0	7.6 (2.3)	6.8 (2.3)	6.3 (2.9)	6.7 (1.6)	6.9 (2.6)	7.5 (2.3)	.46	.63
	T1	6.8 (2.5)	7.1 (3.1)	5.7 (3.0)	6.6 (2.4)	6.8 (2.6)	7.5 (2.8)		

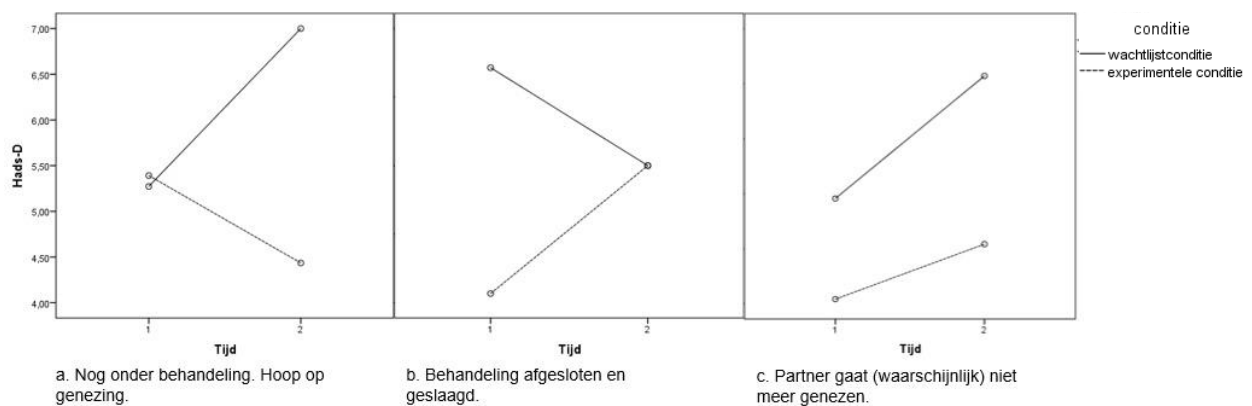
Noot. HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; MHC-SF, Mental Health Continuum-Short Form; CSI, Caregiver strain index; E, experimentele groep; C, controle groep



Figuur 3. HADS-Totaal score op T0 + T1 per conditie uitgesplitst naar prognose (a. Nog onder behandeling. Hoop op genezing; b. Behandeling afgesloten en geslaagd; c. Partner gaat (waarschijnlijk) niet meer genezen.)



Figuur 4. HADS-A score op T0 + T1 per conditie uitgesplitst naar prognose (a. Nog onder behandeling. Hoop op genezing; b. Behandeling afgesloten en geslaagd; c. Partner gaat (waarschijnlijk) niet meer genezen.)



Figuur 5. HADS-D score op T0 + T1 per conditie uitgesplitst naar prognose (a. Nog onder behandeling. Hoop op genezing; b. Behandeling afgesloten en geslaagd; c. Partner gaat (waarschijnlijk) niet meer genezen.)

3.7 Invloed van de duur van de kanker op het effect van de Interventie

Uit tabel 8 blijkt dat er geen significant interactie-effect is gevonden voor tijd, duur van de kanker en conditie. Dat betekent dat dat de interventie ‘Houvast, voor elkaar’ niet beter werkt voor participanten waar de diagnose al langer geleden is dan voor partners waar de diagnose korter is geleden.

Tabel 8.

Gemiddelden en standaarddeviaties HADS-T, HADS-A, HADS-D, MHC-SF, CSI voor (N=139)

		3-12 maanden (n=66)		1-5 jaar (n=51)		5- >10 jaar (n=22)		Tijd X Duur X Conditie	
	Tijd	E (n=39)	C (n=27)	E (n=32)	C (n=19)	E (n=15)	C (n=7)	F	p
HADS Totaal	T0	12.5 (6.9)	12.6 (5.3)	12.4 (3.9)	13.0 (5.8)	9.6 (4.2)	12.4 (8.4)	.32	.73
	T1	11.9 (6.4)	14.7 (6.8)	13.7 (6.0)	15.2 (6.8)	8.9 (4.6)	13.1 (6.6)		
HADS -A	T0	7.6 (3.3)	7.0 (3.0)	7.8 (2.7)	7.6 (3.0)	5.3 (2.7)	7.0 (4.3)	.06	.94
	T1	7.2 (3.5)	7.9 (3.8)	8.0 (3.1)	8.8 (3.8)	5.3 (2.6)	7.7 (4.1)		
HADS-D	T0	4.9 (3.9)	5.5 (2.9)	4.7 (2.5)	5.4 (3.2)	4.3 (2.1)	5.4 (4.4)	.72	.49
	T1	4.7 (3.3)	6.8 (3.6)	5.7 (3.5)	6.4 (3.6)	3.6 (2.6)	5.4 (2.9)		
MHC-SF	T0	4.2 (0.8)	4.1 (0.9)	4.2 (0.7)	4.2 (0.9)	4.1 (0.9)	3.9 (0.5)	1.2	.30
	T1	4.1 (1.1)	3.7 (1.0)	3.9 (0.7)	4.1 (0.8)	4.1 (1.1)	3.9 (0.4)		
CSI	T0	6.9 (2.9)	7.1 (2.1)	7.2 (2.3)	7.8 (2.3)	6.7 (2.2)	6.1 (2.3)	.89	.41
	T1	6.0 (2.8)	7.1 (2.9)	7.0 (2.5)	7.6 (2.8)	7.4 (2.4)	7.4 (2.3)		

Noot. HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; MHC-SF, Mental Health Continuum-Short Form; CSI, Caregiver strain index; E, experimentele groep; C, controle groep

3. Discussie

Het doel van deze studie was het analyseren of demografische en kanker-gerelateerde variabelen invloed uitoefenen op het effect van de eHealth interventie ‘Houvast, voor elkaar’. Met kennis hierover zal de interventie op een effectievere manier kunnen worden geïmplementeerd en kan worden verondersteld dat de juiste doelgroep wordt bereikt. Ten eerste werd gekeken of de interventie ‘Houvast, voor elkaar’ effectief is. Op basis van de literatuur was de verwachting dat de eHealth interventie effectiever is voor vrouwen dan voor mannen (hypothese 1), effectiever is voor mensen van vroege middelbare leeftijd (hypothese 2), effectiever is voor mensen die minder dan 20 uur in de week moeten werken, maar wel een betaalde baan hebben (hypothese 3), effectiever is voor partners van patiënten, die een hoop op genezing hebben (hypothese 4) en tot slot effectiever is voor mensen bij wie de diagnose lang geleden is vastgesteld (hypothese 5).

Voordat er werd geëxploreerd voor welk groep de interventie het beste werkt, is naar het gehele effect van de interventie gekeken. De onderzoeksresultaten tonen aan dat de totale onderzoeksgroep na afloop van de interventie niet meer welbevinden ervaart. Verder zijn ook depressie- of angstklachten niet gereduceerd. Hetzelfde is bij de mantelzorgbelasting te observeren. Ussher, Perz, Hawkins en Brack (2009) deden onderzoek naar de effectiviteit van 23 interventies voor partners of mantelzorgers van kankerpatiënten. Zij vonden geen consistente verbeteringen na afloop van deze interventies en gingen ervan uit dat dit vooral met de brede steekproeven samenhangt. Afhankelijk van de situatie van de partner hebben de deelnemers verschillende behoeftes en dus verschillende soorten interventies nodig. Ook binnen het huidige onderzoek zou dit van toepassing kunnen zijn. Een andere mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat binnen dit onderzoek alleen met de baselinemeting en de T1 meeting, 3 maanden na afloop van de interventie, is gewerkt. Dit kan ter gevolg hebben gehad dat latere effecten niet meer in acht werden genomen. Eerder onderzoek toonde aan dat cognities al snel kunnen worden veranderd, maar dat het duurt totdat de emoties hieraan aanpassen (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof, et al., 2013). In de toekomst zou het van voordeel zijn om ook de T2 en T3 metingen te betrekken in de analyse, omdat sommige effecten pas later herkenbaar worden. Toekomstig onderzoek zou zich dus allereerst bezig houden met het feit, dat er geen significante effecten zijn gevonden voor de totale groep.

Vrouwen ervaren geen significante verbetering wat betreft een afname van psychologische distress, een toename van welbevinden of een afname van de mantelzorgbelasting. Hetzelfde geldt voor mannen. *Hypothese 1* kan niet worden bevestigd. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn, dat vrouwelijke mantelzorgers een intensievere ondersteuning nodig hebben dan mannelijke (Mittelman, 2006). Dit staat in tegenstelling tot de suggestie dat de interventie effectiever zou zijn voor vrouwen omdat ze emotioneel sterker zijn betrokken bij de gevolgen van de kanker en meer behoefte hebben aan ondersteuning. Daarbij valt het op dat binnen deze studie 100 vrouwen en 39 mannen deel hebben genomen. Uit onderzoek komt naar voren dat mannen een hogere drempel hebben om hulp te zoeken, op grond van rolpatronen (Fish, Prichard, Ettridge et al., 2015). Dit heeft ter gevolg dat de mannen die wel hulp zoeken deze waarschijnlijk ook echt nodig hebben en een sterke motivatie hebben (Fish et al., 2015). Deze response bias, door welke in deze studie vermoedelijk alleen een groep mannen met bepaalde karaktertrekken of behoeften deel naam, zou de oorzaak kunnen zijn dat er geen verschil te vinden is tussen vrouwen en mannen.

Voor *hypothese 2* kan geen bevestiging worden gevonden. Er is geen verschil tussen de leeftijdsgroepen naar voren gekomen. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit, dat de mantelzorgbelasting normaliter toeneemt op hogere leeftijd (Twentse gezondheidsverkenning, n.d). Dit hangt wederom samen met een toename aan zorgbehoefte. Hoe ouder de persoon, hoe meer functionele beperkingen en ziektes er aanwezig kunnen zijn. Dit resulteert niet alleen in het feit dat de patiënten meer zorg nodig hebben, maar ook dat het voor de partners een moeilijker opgave wordt om zorg te kunnen bieden (Twentse gezondheidsverkenning, n.d). Hieruit voortvloeiend was het oorspronkelijk wel aannemelijk dat juist deze groep participanten met behulp van de interventie ‘Houvast, voor elkaar’ beter had kunnen leren omgaan met de alledaagse belasting.

Echter lijkt het op basis van de gevonden resultaten zo te zijn, dat het geslacht en de leeftijd geen invloed hebben op het effect van de interventie. Pots en collega's (2016) deden ook onderzoek naar de invloed van demografische variabelen op een ACT eHealth interventie en vonden dat deze geen invloed hebben op het effect van de interventie. De huidige studie zou een bevestiging van hun uitkomsten kunnen vertegenwoordigen.

Hypothese 3 kan niet worden bevestigd. Desalniettemin zijn er ondersteunende uitkomsten te vinden. Deelnemers die minder dan 20 uur moten werken ervaren na afloop van de interventie minder depressieve symptomen, terwijl deze bij de deelnemers die meer dan 20 uur moten werken na afloop van de interventie toenamen. Een mogelijke verklaring zou de

theorie van Seligman (1975) over de ‘aangeleerde hulpeloosheid’ kunnen vertegenwoordigen. Deze beschrijft de verwachting van een individu deze soort situaties niet te kunnen controleren of te kunnen beïnvloeden. Hierdoor gaan deze personen hun gedragsrepertoire beperken en gaan ze ongewenste omstandigheden of toestanden niet veranderen, terwijl ze dit eigenlijk wel zouden kunnen. Deze passieve houding is op een gevoel van machteloosheid en een gebrek aan controle terug te voeren. De partners die te veel stress ervaren omdat ze twee tijdsintensieve verantwoordingen met elkaar moeten verbinden voelen zich waarschijnlijk minder ertoe in staat om iets aan hun situatie te veranderen. Hieruit kan resulteren dat ze minder gemotiveerd zijn en dat het gebrek aan motivatie nog ondersteund wordt door zich ontwikkelende cognitieve en emotionele tekortkomingen (Seligman, 1975).

Hypothese 4 kan niet worden bevestigd. De onderzoeksresultaten tonen aan dat er geen significant beter effect is te zien voor mensen die een hoop op genezing hebben in tegenstelling tot mensen bij die de partner geen kans op genezing heeft of de behandeling al is afgesloten. De resultaten laten wel een trend zien, wat betreft de mate van angst en depressie bij de participanten. De partners van kankerpatiënten, die een hoop op genezing hebben, profiteren in sterkere mate van de interventie ‘Houvast, voor elkaar’ dan partners van kankerpatiënten met een geslaagde behandeling of de partners van patiënten waar geen genezing te verwachten is. Dit komt overeen met de hypothese die van tevoren gesteld werd. Deze uitkomst kan met meerdere dingen samenhangen. Ten eerste is de meest profiterende groep een groep die nog wel hoop kan ervaren. Ondanks de hoop kan het moeilijk zijn om altijd positief ingesteld te zijn. De onzekere situatie gaat hand in hand met veel angst en onzekerheid wat de toekomst betreft (Neefs, 2015). Hierbij zou de interventie ‘Houvast, voor elkaar’ het meest kunnen helpen, omdat het de participanten leert hoe men anders tegen de situatie aan kan kijken en hoe men de situatie, hoe het nu is, kan accepteren. Moelijker wordt dit voor participanten, wiens partner al een geslaagde behandeling achter de rug hebben. Deze groep heeft al tijdens de baselinemeting in totaal minder angst en ervaart minder mantelzorger belasting dan de andere twee groepen. Het is waarschijnlijk dat deze groep niet zo sterk van de interventie ‘Houvast, voor elkaar’ profiteert, omdat ze eigenlijk geen of andere ondersteuning nodig hebben. Het leven weer op pakken kan ook een belasting vertekenen en hierbij helpt de interventie ‘Houvast voor elkaar’ misschien niet in voldoende mate (Neefs, 2015). De partners van kankerpatiënten, die geen kans op genezing hebben, laten tijdens de baselinemeting een relatief hoog welbevinden zien en hebben een laag angst- en depressieniveau. Een mogelijke verklaring kan zijn dat precies deze groep al heel acceptierend tegenover hun situatie stond. Bijkomend hebben ze misschien ook minder angst en depressie

omdat ze al in zekere mate weten hoe hun toekomst eruit zal zien. Het valt op dat deze groep na afloop van de interventie minder welbevinden en meer angst en depressie ervaart. Een mogelijke verklaring is, dat ze door de interventie ‘Houvast, voor elkaar’ te doorlopen weer sterker geconfronteerd werden met hun eigen situatie en een reflectie proces in gang hebben gezet wat in het begin in een lager welbevinden kan resulteren. In tegenstelling tot het bovengenoemde deden in totaal 83 partners mee waar geen kans op genezing bestaat. Dit is ongeveer 3 keer zoveel als partners, die al een succesvolle behandeling achter de rug hebben ($n=22$) en meer dan 2 keer zoveel dan partners die nog hoop op genezing hebben ($n=34$). Dit laat vermoeden dat deze groep een grotere behoefte aan ondersteuning heeft dan de andere twee groepen. In tegenstelling tot de aanname binnen deze studie lijkt het zo alsof de interventie ‘Houvast, voor elkaar’ niet voornamelijk voor de deelnemers werkt, die de interventie het meest nodig hebben. Dit zou ermee samen kunnen hangen dat ze in een moeilijker situatie zitten en door factoren zoals het gebrek aan tijd of het gebrek aan motivatie minder in staat zijn om voor zichzelf te zorgen. Daarbovenop heeft niet uitsluitend de interventie invloed op de gevoelstoestand van de participant maar voornamelijk de kanker zelf. Afhankelijk van de situatie waarin de kankerpatiënt zich bevindt verandert ook het welbevinden van de partner zelf. Het uitblijvende effect van ‘Houvast, voor elkaar’ hoeft dus niet echt te indiceren dat deze interventie geen ondersteuning biedt. Kwalitatief onderzoek zou nodig zijn om dit nader te evalueren. Verder zou vervolgonderzoek met een grotere steekproef ervoor zorgen dat er een gelijke verdeling is binnen alle drie groepen, zodat er significante effecten gevonden kunnen worden.

Hypothese 5 kan niet worden bevestigd. Er is geen significant interactie-effect tussen de duur van de kanker en het effect van de interventie. Onderzoek toont aan dat mantelzorgers direct na, maar ook nog jaren later, ondersteuning nodig hebben (Kim, Kashy, spillers et al., 2010). Echter komt in eerder onderzoek ook na voren dat partners in alle fasen van de kanker ondersteuning nodig hebben (Fridriksdóttir, Saevardóttir, Halfdánardóttir et al., 2011). De huidige onderzoeksresultaten laten ook zien, dat er geen onderscheid kan worden gemaakt op grond van de duur van de kanker.

4.1 Sterke kanten en beperkingen

Deze studie is een van de eerste die zich bezig houdt met de individuele kenmerken van de deelnemers en hoe deze invloed uitoefenen op het effect van de interventie ‘Houvast, voor elkaar’. Het geeft een indicatie, welke variabelen misschien wel en welke variabelen geen invloed hebben op het effect van de interventie. Door de differentiatie tussen de

uitkomstmaten psychologische distress, angst, depressie, welbevinden en mantelzorgerbelasting wordt duidelijk waarop de interventie ‘Houvast, voor elkaar’ vooral een invloed kan hebben. Hierbij wordt verder ook duidelijk hoe de demografische en kanker-gerelateerde variabelen met deze uitkomstmaten samenhangen. Dit onderzoek laat bijkomend zien dat de interventie nog aangepast moet worden om ze op gerichte doelgroepen toe te passen.

Desondanks vallen ook methodologische beperkingen te beschrijven. Köhle en collega's (2015) hebben berekend dat het onderzoek met 284 participanten uitgevoerd moet worden om een significant effect te kunnen ontdekken. In het huidige onderzoek is er alleen maar met completers only (N=139) gewerkt. Concluderend is dit te weinig om een significant effect te kunnen vinden. Bovendien zou er ook sprake kunnen zijn van een selectieve uitval. Misschien is de uitval gerelateerd aan een bepaald kenmerk. Het is belangrijk om een non-respons onderzoek uit te voeren om de oorzaak te achterhalen. Verder valt te zeggen dat het grootste deel van de participanten vrouwen waren wat de resultaten zou kunnen vertekenen voor *hypothese 1*. Tot slot is er binnen deze studie alleen onderzoek gedaan naar een-, en tweeweg interacties. Het zou mogelijk kunnen zijn dat de gegeven demografische en kanker-gerelateerde variabelen onderling samenhangen en daarmee hogere-orde interacties ontstaan. Dit kan in toekomstig onderzoek verder worden onderzocht.

4.2 Conclusie

Deze studie vormt een begin voor gericht onderzoek naar de invloed van demografische en kanker-gerelateerde variabelen op het effect van de interventie ‘Houvast, voor elkaar’. Dit onderzoek geeft een indicatie voor welke groep de interventie het meest geschikt zou zijn. Namelijk voor participanten die minder dan 20 uur moeten werken en voor partners van kankerpatiënten, die nog in behandeling zijn en hoop op genezing hebben. Verder laten deze onderzoeksresultaten zien dat er geen verschil kan worden gemaakt op basis van geslacht, leeftijd en de duur van de kanker. Het blijkt dus vooral dat de prognose en de arbeidssituatie invloed hebben op het effect van de interventie.

Literatuur

- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 175–80. doi:10.1016/j.brat.2009.01.010
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlach, C. J. (1995). Profiles in caregiving: *The unexpected career*. San Diego, CA: Academic Press.
- Arksey, H. (2002). Combining informal care and work: supporting carers in the workplace. In: *Health & Social Care in the Community*, 10(3), 151-161
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 62–7. doi:10.1016/j.brat.2010.10.003
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., Walburg, J. A., (2013) *Handboek positieve psychologie*.
- Brown, K.W., Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Cuijpers, P., Reynolds, C. F., Donker, T., Li, J., Andersson, G., & Beekman, A. (2012). Personalized treatment of adult depression: medication, psychotherapy, or both? A systematic review. *Depression and anxiety*, 29(10), 855-864.
- Eng, T. R., Gustafson, D. H., Henderson, J., Jimison, H., & Patrick, K. (1999). Introduction to evaluation of interactive health communication applications. *American Journal of Preventive Medicine*, 16(1), 10–15. doi:10.1016/S0749-3797(98)00107-X
- Fish, J.A., Prichard, I., Ettridge, K., Grunfeld, E.A., Wilson, C. (2015) Psychosocial factors that influence men's help-seeking for cancer symptoms: A systematic synthesis of mixed methods research. *Psycho-Oncology*. 24(10):p. 1222-1232
- Fridriksdóttir, N., Sævarsdóttir, P., Halfdánardóttir, S.I., Jónsdóttir, A., Magnúsdóttir, H., Ólafsdóttir, K.L., Gudmundsdóttir, G., Gunnarsdóttir, S. (2011) Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncologica*, 50(2), pp. 252-258. doi: 10.3109/0284186X.2010.529821
- Van Gemert-Pijnen J. E., Nijland N., Van Limburg M.A. H., Ossebaard H. C., Kelders S., M., Eysenbach G., Seydel E., R. (2011) A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *J Med Internet Res*, 13(4).
- Given, B., Sherwood, P., & Given, C. (2003). Family care during active cancer care. *Commissioned White Paper for the National Cancer Institute*.
- Hann, K. E. J., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome

- domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217–227. doi:10.1016/j.jcbs.2014.10.001
- Harris, R. (2010). *Acceptatie en commitment therapie in de praktijk: een heldere en toegankelijke introductie op ACT*. Netherlands: Hogrefe.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S.C. (with Smith, S) (2007) *In Abstand zur inneren Wortmaschine: Ein Selbsthilfe- und Therapiebegleitbuch auf der Grundlage der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)*. Tübingen:DGVT
- Julian, L., J. (2011) Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis care & research*, 63(11), 467-472.
- Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness Meditation: What It Is, What it isn't, and Its Role in Health Care and Medicine. In J. I. Haeyuki, *Comparaitve and Psychological Study on Meditation* pp. 161-170. Delft:Eburon.
- Kelders *et al.* (2013) CeHRes roadmap for eHealth development. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. doi:10.1186/1472-6947-13-26
- Kershaw, T., Ellis, K. R., Yoon, H., Schafenacker, A., Katapodi, M., Northouse, L. (2015) The Interdependence of Advanced Cancer Patients' and Their Family Caregivers' Mental Health, Physical Health, and Self-Efficacy over Time. *Annals of Behavioral Medicine*. 49(6), 901-911
- Kim, Y., Kashy, D.A., Spillers, R.L., Evans, T.V. (2010) Needs assessment of family caregivers of cancer survivors: Three cohorts comparison. *Psycho-Oncology*. 19(6), 573-582. doi: 10.1002/pon.1597
- De Klerk, M., de Boer, A., Kooiker, S., Plaisier, I., Schyns, P. (2014) Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp. *Sociaal en cultureel Planbureau*. Den Haag
- Köhle N, Drossaert CHC, Schreurs KMG, Hagedoorn M, Verdonck-de Leeuw IM, & ET Bohlmeijer. (2015) A web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on Acceptance and Commitment Therapy: a protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 15(303). DOI 10.1186/s12889-015-1656-y
- Leedham, B. & Meyerowitz, B. (1999). "Responses to parental cancer: A clinical perspective," *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6(4): 441-461.
- Martin E. P. Seligman (1975). *Helplessness. On Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman and Comp.
- McCorkle, R., Benoliel, J. Q., Donaldson, G., Georgiadou, F., Moinpour, C., & Goodell, B. (1989). A randomized clinical trial of home nursing care for lung cancer patients. *Cancer*, 64 ,1375–1382.

- Miller, B. H., & Cafasso, L. (1992). Gender differences in caregiving: Fact or artifact? *Gerontologist*, 32, 598–607.
- Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL (2006) Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, 67, 1592–1599
- Moen, P., Robison, J., & Dempster-McClain, D. (1995). Caregiving and women's well-being. *A life course approach. Journal of Health and Social Behaviour*, 36, 259–273.
- Murray, E. (2012) Web-based interventions for behavior change and self-management: potential, pitfalls, and progress. *e-Health Unit Research Department of Primary Care and Population Health University College London London United Kingdom*. 14, 1(2) doi: 10.2196/med20.1741
- Nederlandse Kankerregistratie. (z.d.). Geraadpleegd op 11 juni 2016, van <http://www.cijfersoverkanker.nl/home-27.html>
- Nijboer C., Tempelaar R., Sanderman R., Triemstra M., Spruijt R. J., Van Den Bos G. A. M. (1998). Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. *Psychooncology* 7, 3–13
- Pearlin L.I., Mullan J.T, Semple S. J, Skaff M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583–594
- Perz J., Ussher J.M. (2015). A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: A comparison of self-help and professionally delivered modalities. *BMC Cancer*, 15(1)
- Pitceathly, C., Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *Eur J Cancer*, 39 (11), 1517-1524.
- Pots, W.T.M., Trompetter, H.R., Schreurs, K.M.G., Bohlmeijer, E.T. (2016) How and for whom does web-based acceptance and commitment therapy work? Mediation and moderation analyses of web-based ACT for depressive symptoms. *BMC Psychiatry*, 16(1)
- Robinson, B. (1983) Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*. 38, 344-348
- Sinfield, P., Baker, R., Ali, S., Richardson, A. (2012). The needs of carers of men with prostate cancer and barriers and enablers to meet them: A qualitative study in England. *Eur J Cancer care*, 21(4), 527-534
- Sorbi, M., J., Riper, H. (2009) e-Health – gezondheidszorg via internet. *Psychologie en Gezondheid*, 37(4), 191-201

- Stetz, K. (1989). The relationship among background, characteristics, purpose in life, and caregiving demands on perceived health of spouse caregivers. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 3 , 133–151.
- Talley, R. C., Montgomery, R. J. V. (2013). Caregiving Across the Lifespan, 3-10. Van <http://www.springerlink.com/index/10.1007/978-1-4614-5553-0>
- Twentse Gezondheids Verkenning. (z.d.). Geraadpleegd op 27 mei 2016, van <http://twentsegezondheidsverkenning.nl/>
- Ussher, J.M., Perz, J., Hawkins, Y., Brack, M. (2009). Evaluating the efficacy of psycho-social interventions for informal carers of cancer patients: a systematic review of the research literature. *Health psychol Rev*, 3(1), 85-107.
- Warmerdam, L., van Straten, A., Twisk, J., Cuijpers, P., (2013). Predicting outcome of Internet-based treatment for depressive symptoms. *Psychother. Res.* 23, 559–567
- Whitlatch CJ, Noelker L (1996) Caregiving and caring. *Svanborg A, Masoro EJ, Schaie KW, Birren JE, Marshall VW, Cole TR (eds) Encyclopedia of gerontology*. Academic, San Diego, California, 253–268
- Wickens, Lee, Liu, Gordon-Becker (2014). *An Introduction to Human factors engineering* Pearson new international Edition (2), Edinburgh
- . Zigmond A., S., Snaith R., P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 67(6), 361-370.