

Rookvrij leven



Aileen Bruins
Martine Heijink
Annika Steen

EMM4VT
Academie Mens & Maatschappij
Saxion, Enschede

Rookvrij leven

Kwantitatief onderzoek naar therapietrouwheid van de Blended Smoking Cessation Treatment



UNIVERSITY OF
TWENTE.



Tactus
verslavingszorg

Leerpakket:	9.2 Bachelorrapport	
Toetscode:	T.AMM. 37555	
Docent:	M. Jacobs-Ooink	
Organisatie:	Saxion, lectoraat Technology, Health & Care	
Eindverantwoordelijke onderzoek:	Dr. Somaya Ben Allouch	
Onderzoeksbegeleider:	L. Siemer	
In samenwerking met:	Medisch Spectrum Twente, Universiteit Twente & Tactus Verslavingszorg	
Naam/ studentnummer:	Aileen Bruins	356139
	Martine Heijink	348222
	Annika Steen	346910
	EMM4VT	
Les groep:	Mens en Maatschappij	
Academie:	Sociaal Pedagogisch Hulpverlening	
Opleiding:	Saxion, Enschede	
School/ Plaats:	19-5-2017	
Datum:		

SAMENVATTING

Medisch Spectrum Twente is in samenwerking met Tactus Verslavingszorg in mei 2015 een geprotocolleerde face-to-face behandeling verder gaan ontwikkelen naar een blended-care interventie, gericht op stoppen met roken: Blended Smoking Cessation Treatment. Zij hebben hierbij ondersteuning gekregen van Universiteit Twente en Saxion Hogeschool. Onduidelijk is of de nieuwe manier van behandelen, een combinatie van face-to-face en online counseling, hetzelfde of een betere effectiviteit behaalt dan de face-to-face behandeling. Dit vormde de aanleiding voor dit onderzoek.

Het doel van het onderzoek is om op korte termijn inzicht te verkrijgen in persoonskenmerken die zouden kunnen voorspellen welke patiënten geschikt zijn voor de Blended Smoking Cessation Treatment. Het MST wil zo op lange termijn kunnen voorspellen welke patiënt de grootste kans heeft om de behandeling af te ronden zodat daarmee de kans op het stoppen met roken verhoogt wordt. Om deze doelen te behalen wordt er in het onderzoek uitgegaan van de volgende vraagstelling: Welke persoonskenmerken voorspellen de therapietrouwheid van de patiënten die meedoen aan de Blended Smoking Cessation Treatment?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden heeft er een exploratief praktijkgericht kwantitatief breedte onderzoek plaatsgevonden. De methode van dataverzameling die is gebruikt in dit onderzoek is document search. Documenten van patiënten zijn geanalyseerd en vertaald naar een database. De verkregen data door het analyseren van de patiëntendossiers werd kwantitatief verwerkt middels het dataverwerkingsprogramma Suprior Package For Statistical Services (SPSS). Daarnaast is onderzoek gedaan met behulp van literatuur voor een theoretische onderbouwing.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er vier persoonskenmerken zijn die de therapietrouwheid van de patiënten die meedoen aan de Blended Smoking Cessation Treatment kunnen voorspellen. Geslacht is er hier één van, uit dit onderzoek blijkt dat de therapietrouwheid bij mannen hoger ligt dan bij vrouwen. Een ander persoonskenmerk die therapietrouwheid kan voorspellen is sociaal modelleren, hierbij gaat het om het rokers rondom de patiënt. Hoe meer rokers de patiënt om zich heen heeft hoe minder therapietrouw de patiënt is. Het derde en vierde persoonskenmerk komen overeen. Hoe meer gezondheidsklachten en gezondheid + rook gerelateerde klachten de patiënt heeft hoe minder therapietrouw de patiënt is.

Vanuit de resultaten zijn er een aantal aanbevelingen opgesteld. De eerste aanbeveling is het verzamelen van een grotere steekproef voor vervolgonderzoeken. De tweede aanbeveling is om het onderzoek in een later stadium nog eens uit te voeren. De derde aanbeveling is het uitvoeren van een vervolgonderzoek gericht op de samenhang tussen de persoonskenmerken. De vierde aanbeveling geeft aan dat acceptatie in vervolgonderzoeken een belangrijke rol kan spelen bij het meten van therapietrouwheid. Vervolgens wordt er gediscussieerd of therapietrouwheid alleen bij de patiënt ligt of ook bij de behandelaar. De onderzoekers zijn van mening dat dit een wisselwerking is tussen beide partijen en zij samen de puzzel kunnen vormen. Als laatste zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek weergegeven.

VOORWOORD

Voor u ligt het bachelor onderzoeksrapport 'Rookvrij leven'. Het bachelor onderzoeksrapport is geschreven in het kader van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan Saxion te Enschede. Het bachelor onderzoeksrapport is onderdeel van leerpakket 9.2 Bacheloronderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Lutz Siemer vanuit Saxion, lectoraat Technology, Health & Care.

Allereerst willen wij graag onze opdrachtgever Lutz Siemer bedanken voor zijn inzet en fijne samenwerking tijdens het uitvoeren van het bacheloronderzoek. Wij zijn erg blij dat wij in opdracht van hem dit onderzoek mochten uitvoeren. Tijdens het uitvoeren van het bacheloronderzoek hebben wij nauw contact gehad door wekelijkse gesprekken en konden wij altijd bij hem terecht voor eventuele vragen. Tevens willen wij Angelos Patrinoopoulos Bougioukas, master student van de Universiteit van Twente, bedanken voor de fijne samenwerking en de uitwisseling van informatie en ideeën wat betreft het onderzoek.

Daarnaast bedanken wij Medisch Spectrum Twente en Tactus Verslavingszorg om onderdeel te mogen zijn van dit onderzoek naar de vernieuwde behandeling gericht op stoppen met roken. Zowel Medisch Spectrum Twente als Tactus Verslavingszorg hebben ons de mogelijkheid gegeven om toegang te krijgen tot de dossiers en data van de patiënten die deel hebben genomen aan de Blended Smoking Cessation Treatment. Door deze fijne samenwerking met Medisch Spectrum Twente en Tactus Verslavingszorg hebben wij een bijdrage kunnen leveren aan het onderzoek naar de Blended Smoking Cessation Treatment.

Ook willen wij mevrouw Brusse-Keizer van de Medical School Twente bedanken voor haar hulp met het overzetten van de verzamelde gegevens in SPSS. Dankzij haar hulp zijn deze gegevens op een goede, snelle manier verwerkt. Verder willen wij M. Jacobs- Ooink bedanken voor het begeleiden van ons als studenten binnen de intervisie bijeenkomsten. Van haar hebben wij informatie verkregen en was er een mogelijkheid tot vragen stellen en feedback vragen. Als laatste willen wij onze medestudenten van de intervisiebijeenkomsten bedanken voor hun feedback en steun die hun bijdrage ons geleverd heeft.

Wij willen u veel leesplezier wensen.

Aileen Bruins, Martine Heijink & Annika Steen

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	3
VOORWOORD.....	4
INHOUDSOPGAVE.....	5
HOOFDSTUK 1 INLEIDING	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Projectkader	8
1.3 Doelstellingen, vraagstelling en deelvragen.....	9
1.4 Opbouw van het bachelorrapport.....	9
HOOFDSTUK 2 THERAPIETROUWHEID	10
2.1 Therapietrouwheid.....	10
2.2 Persoonskenmerken.....	11
2.3 Hoe meet je therapietrouwheid?.....	14
2.4 Bekende persoonskenmerken van therapietrouwheid?.....	18
2.5 Conclusie	18
HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKSMETHODOLOGIE	20
3.1 Praktijkgericht kwantitatief breedte onderzoek	20
3.2 Populatie en steekproef	20
3.3 Dataverzamelmethode en analyse	21
3.4 Validiteit	22
3.5 Betrouwbaarheid.....	23
3.6 Ethische overwegingen	24
3.7 Procedure	24
HOOFDSTUK 4 RESULTATEN	26
4.1 Beschrijving steekproef	26
4.2 Uitkomsten	26
4.2.1 Geslacht.....	26
4.2.2 Sociaal modelleren	27
4.2.3 Gezondheidsklachten	27
4.2.4 Gezondheid + rook gerelateerde klachten.....	27
4.2.5 Overige persoonskenmerken	27
HOOFDSTUK 5 CONCLUSIE, AANBEVELINGEN EN DISCUSSIE.....	28
5.1 Conclusie	28
5.2 Aanbevelingen.....	29

5.2.1 Aanbeveling 1: Vernieuwde steekproef	29
5.2.2 Aanbeveling 2: Onderzoek in een later stadium uitvoeren	29
5.2.3 Aanbeveling 3: Vervolgonderzoek.....	29
5.2.4 Aanbeveling 4: Acceptatie.....	29
5.3 Discussie	30
5.4 Sterktes en zwaktes.....	31
LITERATUURLIJST	32
BIJLAGE 1 MODELOVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT	36
BIJLAGE 2 VOORBEELD VAN DATABASE	38
BIJLAGE 3 TABELLEN UITKOMSTEN SPSS.....	39
Tabel 1: Significante verschillen	39
Tabel 2: Continue variabelen.....	39
Tabel 3: Nominale variabelen.....	40
BIJLAGE 4 EVALUATIEFORMULIER OPDRACHTGEVER.....	42

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt het onderwerp van dit bachelor onderzoeksrapport ingeleid. In paragraaf één zal de aanleiding van het uitvoeren van het onderzoek worden beschreven, daarna wordt in paragraaf twee de doelstelling en de vraagstelling beschreven. Tenslotte wordt in de derde paragraaf beschreven hoe het bachelor rapport is opgebouwd aan de hand van een leeswijzer.

1.1 Aanleiding

Negroponte (1999) noemt de jaren '90 ook wel 'The digital era'. Binnen 'The digital era' is Nederland een van de koplopers. Ook in de manier waarop hulp wordt verleend in de wereld, zet deze digitalisering zich voort. Nederland is ook binnen de digitalisering van de hulpverlening één van de landen die deel uitmaakt van de kopgroep landen, waartoe ook de VS, Australië en Zweden behoren (Schalken & Wolters, 2010). Uit cijfers blijkt tevens dat de online hulpverlening binnen Nederland is toegenomen. In 2010 werden 180.000 mensen met psychische, sociale en maatschappelijke problemen online geholpen, in 2011 waren dit er meer dan 200.000 (NOS, 2012).

Nog niet zo lang geleden waren face-to-face hulpverlening en online hulpverlening twee verschillende werelden. Face-to-face hulpverlening heeft betrekking op het direct contact tussen hulpverlener en patiënten. Bij online hulpverlening hebben de hulpverlener en patiënten alleen contact via het internet. Online hulpverlening werd gezien als een hulpmiddel dat men kon krijgen naast de reguliere hulpverlening (face-to-face). De online hulpverlening wordt steeds meer ingezet om de reguliere hulpverlening te ondersteunen en te verbeteren. Tegenwoordig wordt online hulpverlening vaak ingezet om een deel van de behandeling over te nemen. De face-to-face gesprekken gecombineerd met online interventies wordt een blended-care interventie genoemd (Schalken, 2013). Schalken (2013) benoemt dat de groei van blended-care interventies onder andere voortkomt uit de bezuinigingen binnen de hulpverlening; op deze manier worden tijd en kosten bespaard. Een voorbeeld hiervan is dat online hulpverlening minder tijdsintensief is voor de therapeut. Verschillende onderdelen van de hulp kunnen uit handen worden genomen van de therapeut door deze te automatiseren. Therapeuten kunnen meer patiënten tegelijkertijd behandelen en wachtlijsten worden verkort. Ook wordt de reguliere zorg ontlast door deze online vorm van hulpverlening, mensen zoeken eerder hulp waardoor de zorg minder intensief kan worden. Een interventie is kosteneffectief als de zorgkosten die ermee gepaard gaan in verhouding staan tot de behaalde resultaten en de effecten op de kwaliteit van leven (Schalken, 2013). De kosten en effecten van een interventie worden vergeleken met een standaard interventie, geen interventie of alternatieve interventie. Er wordt gekeken naar de directe zorgkosten en de indirecte zorgkosten die bijvoorbeeld door arbeidsverzuim worden gemaakt. Hier zijn een aantal studies over gedaan en hieruit is gebleken dat online behandelingen kosteneffectief kunnen zijn (Warmerdam, Straten, Riper & Cuijpers, 2010; Blankers, Nabitz, Smit, Koeter & Schippers, 2012). Hulpverleners hoeven door online hulpverlening niet elke vraag persoonlijk te vragen of te beantwoorden, waardoor er meer tijd overblijft voor de complexe hulpvragen. Voor hetzelfde geld kunnen dan meer patiënten worden geholpen (Nikken, 2007). Online hulpverlening zorgt ook voor flexibiliteit en laagdrempeligheid. Deze flexibiliteit is terug te zien in de hulpverlening die 24/7 beschikbaar is, onafhankelijk van de tijd of plaats. Patiënten kunnen zelf bepalen wanneer zij aan de slag gaan waardoor er een beroep gedaan wordt op de eigen kracht van de patiënten. Het geeft de patiënten de mogelijkheid om hun eigen behandeling vorm te geven (Nederlands Jeugd Instituut, 2015). Patiënten krijgen het idee dat zij de regie over hun eigen leven hebben. Het zelf kiezen van hoe, waar en wanneer spelen een belangrijk rol voor de patiënten om te voldoen aan het gevoel van autonomie (Wilhelmsen, Lillevoll, Bech Risør, Høifødt, Johansen, Waterloo, Eisemann & Kolstrup, 2013). Ook blijkt dat mensen hun gevoelens en ervaringen gemakkelijker durven te uiten via een behandeling waarin face-to-face gesprekken worden gecombineerd met online interventies (Nederlands Jeugd Instituut, 2015). De blended-hulpverlening neemt snel toe; verwacht wordt dat binnen 10 jaar alle zorgaanbod ofwel volledig online is of blended. Dit geldt ook voor de behandelingen met betrekking

tot stoppen met roken. Voorheen waren deze behandelingen voornamelijk face-to-face. Met de opkomst van het internet worden er nieuwe mogelijkheden gegeven voor de behandeling van stoppen met roken (Civljak, 2013). Medisch Spectrum Twente, hierna genoemd MST, is in samenwerking met Tactus Verslavingszorg twee jaar geleden een geprotocolleerde face-to-face behandeling verder gaan ontwikkelen naar een blended-care interventie gericht op stoppen met roken. Zij zijn meegegaan in de huidige ontwikkeling, waarin face-to-face hulpverlening wordt gecombineerd met online hulpverlening. Tactus Verslavingszorg en het MST hebben dit niet alleen gedaan. Zij hebben hierbij ondersteuning gekregen van Universiteit Twente en Saxion. Het MST heeft al een tijdje een face-to-face behandelmethode en Tactus Verslavingszorg biedt behandelingen aan die volledig online zijn. Zij hebben de handen ineen geslagen en hebben de blended-behandelmethode in het leven geroepen genaamd Blended Smoking Cessation Treatment. Deze behandeling is een afwisseling van face-to-face en online counseling. Onduidelijk is of de nieuwe manier van behandelen, een combinatie van face-to-face en online counseling, hetzelfde of een betere effectiviteit behaalt dan de face-to-face behandeling. Door onderzoek te doen naar de therapietrouwheid van de Blended Smoking Cessation Treatment heeft het MST als doel om te kunnen voorspellen voor welke patiënt de Blended Smoking Cessation Treatment het best passend is. Om op deze manier een zo effectief mogelijke behandeling op te kunnen zetten voor de patiënten. Zo kan er worden voorspeld welke persoonskenmerken een invloed hebben op het slagen van de behandeling. En aan de hand daarvan kan er vanuit klinisch perspectief een afweging gemaakt worden of de face-to-face behandeling of de blended-behandeling het meest geschikt is voor een patiënt.

1.2 Projectkader

Het onderzoek heeft, zoals in de aanleiding benoemd is, plaatsgevonden binnen de behandelmethode Blended Smoking Cessation Treatment. De behandeling is onderdeel van de gespecialiseerde stoppen-met-roken poli voor zowel patiënten die al verblijven binnen het ziekenhuis, als bezoekers die voor de afspraken naar het ziekenhuis komen. Binnen de stoppen-met-roken poli kan men begeleiding/ondersteuning krijgen bij het stoppen met roken, deze behandeling wordt vooral gericht op het gedrag van de patiënt. Binnen de behandeling wordt inzicht gegeven in de momenten en functies van het roken en wordt er gekeken naar alternatieven voor roken. Op deze manier wordt er gewerkt aan een rookvrije toekomst van de patiënt. De blended-care behandeling van het MST en Tactus Verslavingszorg bestaat uit tien sessies, met afwisselend online en face-to-face sessies. Voor de sessies van start gaan, vult de patiënt een online vragenlijst in. Deze vragenlijst wordt zowel voor de behandeling als voor het onderzoek gebruikt.

Voorafgaand aan de behandelingen op de stoppen-met-roken poli krijgt de patiënt een consult met de longarts. Uit dit gesprek zal blijken of behandeling nodig is. Mocht dit het geval zijn, verwijst de longarts de patiënt door naar de stoppen-met-roken poli. De eerstvolgende afspraak zal een kennismakingsgesprek met de behandelaar zijn. In dit gesprek worden de werkafspraken gemaakt en wordt de intake besproken. De inhoud en het doel van de behandelingen worden besproken en de patiënt krijgt praktische informatie over het programma. Na deze eerste face-to-face afspraak krijgt de patiënt via de mail opdrachten toegestuurd, de face-to-face sessie wordt dus gevolgd door een online sessie. Zo zal om en om gebruik worden gemaakt van face-to-face of online hulpverlening. De online sessies vinden tevens plaats tussen de patiënt en zijn of haar therapeut. De therapeut heeft inzicht in de online omgeving waar de patiënt in dient te werken (MST & Tactus, z.j.).

Alle daarop volgende afspraken zullen beginnen met een terugblik op de vorige sessie en het huiswerk. In de tweede sessie wordt al naar een doel toegewerkt. De patiënt kan in zijn dagboek bijhouden wanneer/hoeveel hij gerookt heeft en er worden in het dagboek momentbeschrijvingen opgenomen. Afhankelijk van wat en hoe snel de patiënt iets wil bereiken zal er een doel opgesteld worden. In de online omgeving kan de patiënt zelf zijn rookgedrag bijhouden en zien of dat aansluit bij de gestelde doelen (MST & Tactus, z.j.). Na iedere sessie krijgt de patiënt een nieuwe

opdracht/tool waar hij mee aan de slag kan gaan. Zo wordt er beetje bij beetje gewerkt aan het gestelde doel. Een deel van deze opdrachten is gericht op de cognitieve verandering en het omgaan met moeilijke momenten wanneer de patiënt zin krijgt in een sigaret. Naar het einde van de behandeling toe wordt er ingezet op een gedragsverandering naar aanleiding van de cognitieve verandering. In de een-na-laatste sessie wordt er door de patiënt een actieplan opgezet, zodat de patiënt zijn doel vol kan houden na de behandeling. Wanneer het programma voldaan is kan de patiënt nog een half jaar gebruik blijven maken van het online platform (MST & Tactus, z.j.). De patiënt kan gebruik blijven maken van alle beschikbare onderdelen van de behandeling. Wanneer de behandeling afgerond is, komt de patiënt aan op een nieuw punt. Er zal geen begeleiding meer gegeven worden en de patiënt zal nu zelf zijn doel moeten verwezenlijken. Voor andere steun, niet van de therapeut maar iemand anders, kan de patiënt terecht op het forum. Op dit forum kunnen patiënten contact met elkaar zoeken en elkaar steunen.

1.3 Doelstellingen, vraagstelling en deelvragen

Er is voor het onderzoek een korte en lange termijn doelstelling opgesteld:

- Korte termijn doelstelling: Aan het einde van het onderzoek is inzicht verkregen in de persoonskenmerken die zouden kunnen voorspellen welke patiënten geschikt zijn voor de Blended Smoking Cessation Treatment.
- Lange termijn doelstelling: Het MST wil op lange termijn kunnen voorspellen welke patiënt, binnen de Blended Smoking Cessation Treatment, de grootste kans heeft om de behandeling af te ronden en daarmee de kans op het stoppen met roken te verhogen.

Om bovenstaande doelen te behalen, is er in het onderzoek gebruikt gemaakt van de volgende vraagstelling: *Welke persoonskenmerken voorspellen de therapietrouwheid van de patiënten die meedoen aan de Blended Smoking Cessation Treatment?*

Om op de bovenstaande vraag een antwoord te kunnen geven is er gebruik gemaakt van onderstaande deelvragen:

1. Hoe meet je therapietrouwheid?
2. Wat is al bekend over welke persoonskenmerken invloed hebben op de therapietrouwheid?
3. Zijn er persoonskenmerken die invloed hebben op de therapietrouwheid van de Blended Smoking Cessation Treatment?

1.4 Opbouw van het bachelorrapport

In de volgende hoofdstukken wordt er naar toe gewerkt om antwoorden op de deelvragen en uiteindelijk op de hoofdvraag te kunnen geven. In het tweede hoofdstuk worden de uitkomsten van het literatuuronderzoek weergegeven. De uitkomsten van het literatuuronderzoek hebben geleid tot de beantwoording van de eerste deelvraag en de tweede deelvragen, de theoretische deelvragen. In het derde hoofdstuk wordt de onderbouwing van de onderzoeksmethodologie weergegeven. De methode van onderzoek, onderzoekstype, onderzoeksmateriaal, onderzoeksomvang, betrouwbaarheid, validiteit en de ethische overwegingen worden in het hoofdstuk beschreven. In het vierde hoofdstuk worden de resultaten van de dossieranalyses (document search) beschreven. Deze resultaten zijn voortgekomen uit een analyse van de database, gemaakt met het programma SPSS. Om tot het beantwoorden van de hoofdvraag te komen worden in hoofdstuk vijf conclusies getrokken wat betreft de gewonnen informatie over de verschillende deelvragen, om vervolgens antwoord te geven op de hoofdvraag. Vanuit deze conclusies worden er aanbevelingen gegeven en wordt er een discussie weergegeven.

HOOFDSTUK 2 THERAPIETROUWHEID

In dit hoofdstuk wordt een weergave gegeven van literatuuronderzoek naar therapietrouwheid binnen de hulpverlening, zowel in het buitenland als in Nederland. Er is door middel van zowel nationaal als internationaal literatuuronderzoek informatie ingewonnen over dit onderwerp. Door middel van het literatuuronderzoek zal antwoord gegeven worden op twee theoretische deelvragen: Hoe meet je therapietrouwheid? En op de vraag: Wat is al bekend over welke persoonskenmerken invloed hebben op de therapietrouwheid? Om een eenduidig antwoord te kunnen geven op deze vragen, zijn eerst de begrippen therapietrouwheid en persoonskenmerken onderbouwd. Vervolgens is er gekeken naar hoe therapietrouwheid wordt gemeten en welke persoonskenmerken invloed hebben op de therapietrouwheid.

2.1 Therapietrouwheid

Op dit moment loopt er een studie, genaamd RookvrijLeven door Medisch Spectrum Twente, Tactus Verslavingszorg, Universiteit Twente & Saxion Hogeschool (Siemer, Pieterse, Brusse-Keizer, Postel, Ben Allouch, & Sanderman, 2016). Hiermee wordt voornamelijk de blended-care therapie aangeboden door de stoppen-met-roken poli van het MST in samenwerking met Tactus geëvalueerd aan de hand van persoonskenmerken en therapietrouwheid.

Vanuit de onderzoeksgroep wordt er in dit onderzoek voor therapietrouwheid het begrip *adherence* gebruikt. Er zijn namelijk verschillende begrippen waaruit therapietrouwheid bestaat. Ten eerste *adherence*, dit houdt de mate in waarin het gedrag van de patiënt overeenkomt met de aanbevelingen van de voorschrijver, die met de patiënt zijn afgesproken. Ten tweede *compliance*, dit betekent de mate waarin de patiënt de aanbevelingen van de voorschrijver opvolgt. En ten derde *concordance*, het bereiken van overeenstemming tussen de patiënt en de zorgverlener over de behandeling. En als laatste *persistence*, de mate van continuïteit van het gebruik van een geneesmiddel (Van Onzenoort, 2012). Maar omdat internet interventies geen specifieke voorschriften hebben voor het gebruik, kan therapietrouwheid (*adherence*) in deze context het best omschreven worden als de mate waarin mensen de inhoud van de interventie ervaren (Graham, Jacobs, Cohn, Cha, Abroms, Papandonatos & Whittaker, 2016).

Volgens Perepletchikova en Kazdin (2005) is de acceptatie van een therapie door patiënten "een uitspraak of behandeling procedures effectief, redelijk, eerlijk en geschikt zijn voor een gegeven probleem of cliënt" (p. 369). En therapietrouwheid is de mate waartoe de patiënten voldoen aan gezondheid gerelateerde aanbevelingen ontvangen van experts (López-Torrecillas, Rueda, López-Quirantes, Santiago, & Tapióles, 2014). Acceptatie en therapietrouwheid zijn twee verschillende, maar nauw verwante begrippen, die vaak samenhangen. Bijvoorbeeld, depressieve patiënten met een hoge acceptatie van hun therapie blijken meer kans te hebben om therapietrouw te zijn aan de behandeling vergeleken met patiënten met een lage acceptatie (Elkin, Yamaguchi, Arnkoff, Glass, Sotsky, & Krupnick, 1999). Bovendien blijkt uit een andere studie dat het gebruik van antidepressiva een positieve samenhang laat zien met betrekking tot de tevredenheid over de behandeling en evaluaties over behandeling behoefte (Aljumah, Hassali, & Alqhatani, 2014).

In deze huidige studie "Rookvrij Leven" wordt de acceptatie van de blended-care therapie onderzocht door het beoordelen van therapietrouwheid om twee redenen. Ten eerste wordt vanuit klinisch perspectief acceptatie vaak gezien als een voorwaarde voor therapietrouwheid, omdat een patiënt eerst de behandeling moet accepteren om te kunnen voldoen aan de aangeboden behandeling. Ten tweede zijn er in de literatuur studies die acceptatie meenemen in hun definitie van therapietrouwheid. Bijvoorbeeld in een meta-analyse beweert DiMatteo (2004) dat therapietrouwheid acceptatie van de patiënt en het navolgen van de behandelingsaanbevelingen betreft.

Therapietrouwheid hangt dus samen met de tevredenheid of acceptatie van de behandeling door patiënten. Het verkennen en identificeren van potentiële voorspellers zal de behandeling in staat stellen om doelgroepen te identificeren met een relatief hoge acceptatie van de Blended Smoking Cessation Treatment. Het MST kan op die manier een diagnostiek of methodiek ontwikkelen waarmee ze patiënten kunnen screenen op basis van voorspellende kenmerken, zodat er een behandeling op maat kan ontstaan die het best bij een bepaalde patiënt en zijn behoeften past.

Het belang van de beoordeling van terapietrouwheid van stoppen met roken interventies wordt benadrukt door het feit dat terapietrouwheid van de behandeling als geheel (Alterman, Gariti, Cook, & Cnaan, 1999; Fish, Peterson, Brouwer, Lyna, Oncken, Swamy & Pollak, 2009), of voor specifieke kenmerken van de behandeling, zoals terapietrouwheid aan de vastgezette stopdata tijdens de behandelsessies (Westman, Behm, Simel, & Rose, 1997), onthouding van het roken kan voorspellen.

2.2 Persoonskenmerken

De encyclopedie (Eensie, 2016) definieert dat alle persoonskenmerken van een persoon het karakter vormen. Hierbij gaat het zowel om erfelijke als om aangeleerde persoonskenmerken. Het wordt gevormd door vaste innerlijke eigenschappen en de invloed van de omgeving op iemand (Eensie, 2016). Persoonskenmerken worden via verschillende modellen beschreven, maar één van de bekendste is het Big Five persoonlijkheidsmodel. Dit model geeft vijf dimensies aan waarmee de persoonlijkheid van iemand beschreven kan worden. Dit gebeurt door op elke dimensie te meten in hoeverre deze van toepassing is op diegene. De Big Five is ontwikkeld door de Amerikaan Raymond Cattell. Hij ontdekte dat ieder kenmerk van gedrag door middel van een bijvoeglijk naamwoord te onderscheiden is. Op basis van deze aanname heeft Raymond Cattell een onderzoek uitgevoerd om het gedrag van mensen te kunnen beschrijven. Het resulteerde in een lijst van vijf kernwoorden. De Big Five zoals we hem nu kennen ziet er als volgt uit (PAK Organisatieontwikkeling, 2016):

- **Extraversie**
Dit laat zien in hoeverre iemand behoefte heeft aan sociaal contact. Extraverte personen hebben graag gezelschap en mensen om zich heen. De introverte mens is meer gesteld op een rustige omgeving en het alleen zijn.
- **Altruïsme**
Dit kenmerk geeft aan of een persoon het belang van een ander wel of niet boven zijn eigen belang plaatst. Altruïstische mensen helpen anderen graag en zijn tolerant. Wanneer je hier laag op scoort ben je minder coöperatief dan competitief.
- **Consciëntieusheid**
Hierbij gaat het erom of de persoon doelgericht en georganiseerd te werk gaat. Wanneer je hier hoog op scoort ben je ambitieus, betrouwbaar en gewetensvol. Als je hier laag op scoort ben je minder gestructureerd en kun je beter tegen chaos.
- **Neuroticisme**
Dit kenmerk laat zien of je veel of weinig zorgen maakt. Een neurotisch persoon is vaak wat nerveus en onzeker. Wanneer je hier lager op scoort ben je emotioneel stabiel. Dit maakt dat diegene meer tevreden is met zichzelf en zich minder zorgen maakt.
- **Openheid**
Hier gaat het erom of een persoon open staat voor nieuwe ervaringen. Mensen die hoog scoren op openheid zijn nieuwsgierig en fantasievol. Mensen die minder hoog op deze schaal scoren houden zich liever bezig met feiten. Zij kiezen eerder voor het vertrouwde.

Binnen het onderzoek gericht op de Blended Smoking Cessation Treatment is een lijst van verschillende kenmerken gebruikt om te meten over welke kenmerken iemand moet beschikken om te kunnen voorspellen dat de patiënt terapietrouw is binnen de behandeling. Deze kenmerken zijn

bepaald door de onderzoeksgroep en worden binnen het onderzoek aangeduid als persoonskenmerken. Deze lijst is voortgekomen uit het afnemen van vragenlijsten volgens de randomized controlled trail, de persoonskenmerken zijn opgenomen in het protocol artikel van Siemer et al (2016). De persoonskenmerken zijn niet afgeleid van de Big five. Toch zijn er vergelijkingen te vinden in de Big Five en de persoonskenmerken vanuit de onderzoeksgroep. Een van de kenmerken die vast is gelegd door de onderzoeksgroep is sociaal modelleren. Sociale modellering zal geplaatst kunnen worden onder 'Extraversie' van het Big Five model. Beiden gaan over het sociale contact van de patiënt en hoe de sociale omgeving invloed heeft op de gedragingen van de patiënt. Onder het kopje 'Openheid' passen de persoonskenmerken houding en zelfeffectiviteit, omdat deze kenmerken aangeven hoe iemand tegenover het stoppen met roken staat. Staat de patiënt ervoor open om nieuwe ervaringen op te doen met betrekking tot het stoppen met roken en zien ze de voordelen ervan in. Onder het kopje 'Neuroticisme' kun je de persoonskenmerken depressie, angst en stress plaatsen. Binnen het domein van Neuroticisme vallen de onderdelen angst en depressie. Wanneer iemand hoog scoort op angst, zijn zij snel nerveus of zenuwachtig. Depressie wordt met dezelfde test gemeten; mensen die hier hoog op scoren zijn sneller somber, hopeloos of eenzaam (PAK Organisatieontwikkeling, 2016).

Alle persoonskenmerken zijn bij de patiënten getoetst door gebruik te maken van een vragenlijst. De vragenlijst is gebruikt als een intake lijst voorafgaand aan de behandeling. Zo werd er tevens inzicht verkregen in de situatie van de patiënt. Binnen het onderzoek wordt gebruik gemaakt van de data die doormiddel van vragenlijsten tot stand is gekomen. Deze vragenlijsten waren al afgenomen voor dit onderzoek. De complete lijst van de persoonskenmerken, vastgesteld door de onderzoeksgroep, is als volgt:

- **Geslacht**
Er wordt in het onderzoek onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. Geslacht is een aangeboren persoonskenmerk die bepaald wordt in de bevruchting van de eicel (Van Dale, 2017).
- **Leeftijd**
In het onderzoek wordt er gebruikt gemaakt van de leeftijd in jaren van de patiënt. Hierbij gaat het dus niet om op welke dag de patiënt is geboren, maar in welk jaar. Er wordt gerekend vanaf de geboorte (Van Dale, 2017).
- **Burgerlijke staat**
Bij burgerlijke staat gaat het om de formele positie van een patiënt in de zin en betekenis van het burgerlijk wetboek (Nederlandse encyclopedie, 2017). In de vragenlijst is er onderscheid gemaakt tussen: gehuwd, ongehuwd, gescheiden, samenwonend, weduwe/ weduwnaar en anders, namelijk.....
- **Woonsituatie**
Bij woonsituatie gaat het er om in welk gezelschap men woont (Nederlandse encyclopedie, 2017). In de vragenlijst kon de patiënt een keuze maken uit: ik woon alleen, ik woon samen met een partner, ik woon samen met een partner en kind(eren), ik woon bij mijn ouders of anders, namelijk....
- **Dagbesteding**
Hierbij gaat het er om hoe men zijn of haar dag invult. Dagbesteding draagt bij aan een gevoel van er bij horen, van een betekenis zijn. Dagbesteding geeft structuur aan de dag (Omring, z.j.). In de vragenlijst is er onderscheid gemaakt tussen: betaald werk, vrijwilligerswerk, studeren (naar school gaan of stage lopen), huishouding, zorg voor kinderen + huishouding, geen of anders, namelijk.....
- **Opleiding (Hoogst afgeronde)**
Hierbij gaat het om de vorming richting het beroep (Van Dale, 2017). In de vragenlijst werd er gevraagd naar op welk niveau iemand een opleiding heeft afgerond. Het gaat hierbij om het

hoogste niveau wat men heeft afgerond. Men kon in de vragenlijst kiezen uit: basisschool, LBO/MAVO/VMBO, HAVO/VWO, MBO, HBO, VWO of anders, namelijk.....

- **Inkomen**

Bij inkomen gaat het om het soort inkomen van de patiënt, wat er aan geld binnen komt (Van Dale, 2017). In de vragenlijst kon de patiënt de keuze maken uit: loon/ zelfstandige/ eigen bedrijf, AOW/pensioen/ VUT, WW/ bijstand uitkering, WAO uitkering, studiefinanciering, geen eigen inkomen of anders, namelijk.....

- **Gezondheidsklachten**

Er is gebruik gemaakt van een gezondheidsmeter genaamd MAP-HSS, deze bevat 10 gezondheid gerelateerde klachten. Op elke klacht kon de patiënt 0 tot 4 punten scoren, bijvoorbeeld: 'Klacht de afgelopen 30 dagen niet aanwezig geweest' is 0 punten. 'Klacht de afgelopen 30 dagen altijd aanwezig' is 4 punten. De maximale score voor deze test is dus 40 punten. Daarnaast heeft de patiënt nog een extra vragenlijst gekregen waarbij hij zichzelf moest scoren op 16 typische rokers klachten. Vragen hiervan waren: Hebt u last van koude handen of voeten, hebt u last van hoesten of een bleke huid. Een combinatie van de uitkomsten van de MAP-HSS test en de test over de 16 klachten bepaalde samen de uiteindelijke score (Siemer et al., 2016).

- **Depressie, Angst, Stress en DASS totaal**

Om dit vast te kunnen stellen bij patiënten zijn er drie testen bij de patiënten afgenomen. Iedere klacht heeft een eigen vragenlijst. Deze testen zijn ontworpen om de negatieve emotionele gevoelens bij depressie, angst of stress te meten. Samen ook wel de DASS genoemd. Iedere test heeft zeven onderwerpen. De patiënt is gevraagd om bij te houden in hoeverre hij last heeft van deze klachten in de week voor afname van de vragenlijst. De scores zijn gemeten door bij iedere klacht de punten op te tellen, deze drie testen vormde uiteindelijk samen de totale DASS meting (Siemer et al., 2016).

- **Kwaliteit van leven (VAS) en de EQ5D intake**

Het instrument om de kwaliteit van leven te kunnen meten bestaat uit vijf onderdelen, namelijk: persoonlijke verzorging, mobiliteit, ondernomen activiteiten, pijn of ongemakken en angst of depressie. De meetinstrumenten zijn zo opgezet dat ieder onderwerp een bepaald gewicht heeft. Het ene onderwerp kan dus zwaarder meetellen dan het andere. De uitkomst van deze testen laat zien hoe de gezondheid van de patiënt is, dit kan variëren van 0 (de dood) tot 10 (perfecte gezondheid) (Siemer et al., 2016).

- **Aanleiding om behandeling te starten**

Bij dit persoonskenmerk gaat het om omstandigheden die ertoe hebben geleid dat de patiënt wil starten met de behandeling gericht op het stoppen met roken (Van Dale, 2017). In de vragenlijst kon de patiënt de keuze maken tussen: ik wil advies, ik vind zelf dat ik niet zou moeten roken, anderen vinden dat ik niet zou moeten roken, ik maak mij zorgen over mijn gezondheid, ik moet stoppen op medisch advies of anders, namelijk....

- **Eerdere stoppogingen**

Hierbij gaat het om het aantal keren dat de patiënt het doel om te stoppen met roken voor de start van behandeling heeft nagestreefd (Van Dale, 2017). In de vragenlijst, die voorafgaand aan de behandeling is afgenomen, kon de patiënt de keuze maken uit ja of nee.

Gebruik van medicatie

Hierbij gaat het er om of de patiënt op het moment van het invullen van de vragenlijst, voorafgaand aan de behandeling, een geneesmiddel gebruikt ja of nee. Vervolgens is er aan de patiënt gevraagd om wat voor medicatie het ging. Hierin werd onderscheid gemaakt tussen verslaving medicatie, psychische medicatie, lichamelijke medicatie en medicatie voor andere aandoeningen. Verslaving medicatie is er vaak op gericht om de hunkering of zucht naar het genotmiddel te voorkomen, deze medicatie wordt voorgeschreven door een professional (Novadic Kentron, 2016). Psychische medicatie wordt voorgeschreven door een psychiater op het moment dat psychische klachten zo problematisch zijn dat deze onderdrukt of verminderd dienen te worden met medicatie (Mentaal beter, 2017).

Lichamelijke medicatie is gericht op het verminderen van somatische klachten en/of aandoeningen. Deze medicatie wordt voorgeschreven door een arts (Van Dale, 2017). Verder kon de patiënt nog kiezen uit medicatie voor andere aandoeningen. De medicatie valt niet onder verslaving, psychische of lichamelijke medicatie.

- **Internet vaardigheden**

Internet vaardigheden verwijzen naar de behendigheid die iemand bezit binnen het wereldwijde computernetwerk (Van Dale, 2017). Een vragenlijst van 10 items is gebruikt om de internetvaardigheden te meten. Bij elk item kon de patiënt zichzelf de score geven van 1 t/m 5. Bij 1 begreep de patiënt niets van het computernetwerk en bij 5 begreep de patiënt het heel vaak wel. De 10 items bij elkaar op waren de uiteindelijke totale punten: 10 (ongeschoold) tot 50 (hooggeschoold) (Siemer et al., 2016).

Volgens het ASE model (De Vries & Mudde, 2007) is het voornemen om te stoppen met roken bepaald door drie motiverende factoren, namelijk: houding, zelfeffectiviteit en sociale steun. Deze drie motiverende factoren zijn tevens meegenomen om de persoonskenmerken van de patiënten te vormen binnen dit onderzoek. In onderstaande opsomming wordt onderbouwd hoe deze drie persoonskenmerken vorm hebben gekregen binnen het onderzoek.

- **Positieve of negatieve houding**

Houding verwijst naar de algemene beoordeling van het stoppen met roken. Houding zal gemeten worden met een schaal, gebaseerd op de eigen overtuigingen van de voordelen (Siemer et al., 2016). Deze schaal bestaat uit vier positieve onderdelen, namelijk: betere gezondheid voor de patiënt, betere gezondheid voor de omgeving van de patiënt, kleinere kans op longkanker en een groter gevoel van zelfvoldoening. Daarnaast zijn er vier negatieve onderdelen, namelijk: ontwenningverschijnselen, het missen van het roken, minder goed kunnen ontspannen en een gevoel van verveling ervaren.

- **Sociaal modelleren**

Sociale modellering heeft betrekking op het waargenomen gedrag van anderen en steun die men krijgt (Siemer et al., 2016). Vanuit het behaviorisme zijn mensen niet los te zien van hun omgeving. Bij model- leren, binnen het behaviorisme, neemt een persoon een ander (het model) waar en leert van het gedrag dat het model vertoont (Rigter, 1998). Binnen de vragenlijsten zijn hier een aantal vragen over gesteld. Een van de vragen is of de partner van de patiënt rookt. Een andere vraag is hoeveel van de mensen in zijn of haar omgeving roken. Hoe hoger men scoort hoe meer sociale modellering.

- **Zelfeffectiviteit**

Zelfeffectiviteit verwijst naar het vertrouwen dat men heeft om niet te roken in situaties die risicovol zijn. Dit zijn situaties waarin degene die wil stoppen verleid kan worden tot het roken van een sigaret en een terugval krijgt (Siemer et al., 2016). Dit is in de vragenlijst gemeten aan de hand van zes typische situaties van terugval, bijvoorbeeld een feestje of stress.

2.3 Hoe meet je therapietrouwheid?

Volgens de Therapietrouw Monitor (2017) is een patiënt therapietrouw op het moment dat hij of zij een therapietrouw ratio heeft van minimaal 80%. Dit betekent dat de patiënt bijvoorbeeld 80% van alle bijeenkomsten heeft bijgewoond. Het percentage van 80% kan op verschillende gegevens worden toegepast. Ook kan therapietrouwheid volgens Onzenoort (2012) gemeten worden met behulp van vragenlijsten, een patiënten dagboek of door het aantal tabletten te tellen bij medicatie. Voor online gebaseerde interventies wordt therapietrouwheid volgens Graham et al. (2016) typisch gemeten door de website benutting (bijvoorbeeld website logins, pagina bezoeken en het aantal elementen dat is gebruikt). Therapietrouwheid wordt dus gemeten met een ratio van minimaal 80%, echter is binnen onderzoek gebruik gemaakt van een ratio van 60%. Dit is besloten vanuit de onderzoeksgroep wegens het feit dat er bij 80% een te kleine groep patiënten overbleef om te

kunnen onderzoeken. Later in deze paragraaf wordt er op teruggekomen hoe deze ratio van 60% wordt toegepast om de therapietrouwheid van de patiënten te meten.

Naar kennis is dit het eerste onderzoek dat tot doel heeft de therapietrouwheid van de Blended Smoking Cessation Treatment te beoordelen. Vanuit de onderzoeksgroep zijn er daarom een aantal variabelen opgesteld om therapietrouwheid te kunnen meten in dit onderzoek. Er is onderscheid gemaakt bij deze variabelen tussen websessies en face to face sessies.

1. **Het aantal dagen dat de patiënt zijn of haar registratie heeft ingevuld in zijn of haar rookdagboek (days_reg_smokingdiary)**
Het gaat hierbij om het aantal dagen dat de patiënt heeft geregistreerd in zijn of haar rookdagboek. Hierin registreert de patiënt hoeveel sigaretten hij of zij per dag heeft gerookt. Het rookdagboek is onderdeel van het online programma Roken de Baas en valt onder een websessie binnen de Blended Smoking Cessation Treatment. Wanneer de patiënt 3 of meer dagen heeft geregistreerd is er sprake van therapietrouwheid op dit onderdeel. Deze wordt beoordeeld met de waarde 0 (niet therapietrouw) of 1 (therapietrouw).
2. **Het aantal momenten dat de patiënt heeft beschreven in zijn of haar rookdagboek (entries_mom_smokingdiary)**
Bij de moment beschrijvingen gaat de patiënt in op zijn of haar gevoelens en gedachten. Het rookdagboek is onderdeel van het online programma Roken de Baas en valt onder een websessie binnen de Blended Smoking Cessation Treatment. Wanneer de patiënt 3 of meer momenten heeft geregistreerd is er sprake van therapietrouwheid. Deze wordt beoordeeld met de waarde 0 (niet therapietrouw) of 1 (therapietrouw).
3. **Het onderdeel “doelen stellen” is wel of niet besproken tijdens de gesprekken die zijn gevoerd met de patiënt (on_goalsetting)**
Het is een onderdeel van de face to face sessies. Deze informatie kan verkregen worden uit de rapportage van de counselor in het programma DSV (Digitale statusvoering). De papieren dossiers zijn binnen Medisch Spectrum Twente gedigitaliseerd. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw). Wanneer het onderdeel “doelen stellen” besproken is, is de patiënt dus therapietrouw.
4. **Het onderdeel “doelen stellen” heeft de patiënt wel of niet gebruikt in het online programma Roken de Baas (use_goalsetting)**
Het is een onderdeel van de online sessies. Er wordt gekeken of de patiënt op zijn minst één karakter heeft ingevuld bij dit onderdeel. Wanneer de patiënt tenminste één karakter heeft ingevuld heeft de patiënt gebruik gemaakt van het onderdeel en is er sprake van therapietrouwheid. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).
5. **Het onderdeel “zelfcontrole” is wel of niet besproken tijdens de gesprekken die zijn gevoerd met de patiënt (on_selfcontrol_f2f)**
Het is een onderdeel van de face to face sessies. Deze informatie kan verkregen worden uit de rapportage van de counselor in het programma DSV van Medisch Spectrum Twente. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw). Wanneer het onderdeel “zelfcontrole” besproken is, is de patiënt dus therapietrouw.
6. **Het onderdeel “zelfcontrole” heeft de patiënt wel of niet gebruikt in het online programma Roken de Baas (use_selfcontrol)**
Dit is onderdeel van online sessies. Er wordt gekeken in de mailomgeving van het online programma Roken de Baas. De counselor heeft een opdracht gemaaild met betrekking tot zelfcontrole. Het gaat er vervolgens om of de patiënt op deze opdracht heeft gereageerd door deze te maken. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).

7. **Het onderdeel “verlangen/trek” is wel of niet besproken tijdens de gesprekken die zijn gevoerd met de patiënt (f2f_craving)**
Dit is een onderdeel van de face to face sessies. Deze informatie kan verkregen worden uit de rapportage van de counselor in het programma DSV van Medisch Spectrum Twente. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).
8. **Het onderdeel “omgaan met trek” heeft de patiënt wel of niet gebruikt in het online programma Roken de Baas (use_craving)**
Dit is onderdeel van online sessies. Er wordt gekeken in de mailomgeving van het online programma Roken de Baas. De counselor heeft een opdracht gemaild met betrekking tot omgaan met trek. Het gaat er vervolgens om of de patiënt op deze opdracht heeft gereageerd door deze te maken. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).
9. **Het onderdeel “omgaan met uitlokker” heeft de patiënt wel of niet gebruikt in het online programma Roken de Baas (use_tempt)**
Het is een onderdeel van de online sessies. Er wordt gekeken in de mailomgeving van het online programma Roken de Baas. De counselor heeft een opdracht gemaild met betrekking tot “omgaan met uitlokkers”. Het gaat er vervolgens om of de patiënt op deze opdracht heeft gereageerd door deze te maken. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).
10. **Het onderdeel “stof tot nadenken” is wel of niet besproken tijdens de gesprekken die zijn gevoerd met de patiënt (f2f_thinkabout)**
Dit is een onderdeel van de face to face sessies. Deze informatie kan verkregen worden uit de rapportage van de counselor in het programma DSV van Medisch Spectrum Twente. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).
11. **Het onderdeel “stof tot nadenken” heeft de patiënt wel of niet gebruikt in het online programma Roken de Baas (use_thinkabout)**
Dit is onderdeel van online sessies. Er wordt gekeken in de mailomgeving van het online programma Roken de Baas. De counselor heeft een opdracht gemaild met betrekking tot “stof tot nadenken”. Het gaat er vervolgens om of de patiënt op deze opdracht heeft gereageerd door deze te maken. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).
12. **Het onderdeel “anders denken” is wel of niet besproken tijdens de gesprekken die zijn gevoerd met de patiënt (f2f_think_diff)**
Dit is een onderdeel van de face to face sessies. Deze informatie kan verkregen worden uit de rapportage van de counselor in het programma DSV van Medisch Spectrum Twente. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).
13. **Het onderdeel “anders denken” heeft de patiënt wel of niet gebruikt in het online programma Roken de Baas (use_think_diff)**
Dit is onderdeel van online sessies. Er wordt gekeken of de patiënt op zijn minst één karakter heeft ingevuld bij dit onderwerp. Het is een onderdeel van de web sessies. Wanneer de patiënt ten minste één karakter heeft ingevuld is er sprake van therapietrouwheid. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).
14. **Het onderdeel “anders doen” is wel of niet besproken tijdens de gesprekken die zijn gevoerd met de patiënt (f2f_do_diff)**
Dit is een onderdeel van de face to face sessies. Deze informatie kan verkregen worden uit de rapportage van de counselor in het programma DSV van Medisch Spectrum Twente. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).

15. **Het onderdeel “anders doen” heeft de patiënt wel of niet gebruikt in het online programma Roken de Baas (use_do_diff)**
Dit is onderdeel van online sessies. Er wordt gekeken of de patiënt op zijn minst één karakter heeft ingevuld bij dit onderwerp. Het is een onderdeel van de web sessies. Wanneer de patiënt ten minste één karakter heeft ingevuld is er sprake van therapietrouwheid. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).
16. **Het onderdeel “actieplan” is wel of niet besproken tijdens de gesprekken die zijn gevoerd met de patiënt (f2f_actionplan)**
Dit is een onderdeel van de face to face sessies. Deze informatie kan verkregen worden uit de rapportage van de counselor in het programma DSV van Medisch Spectrum Twente. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).
17. **Het onderdeel “actieplan” heeft de patiënt wel of niet gebruikt in het online programma Roken de Baas (use_actionplan)**
Dit is onderdeel van online sessies. Er wordt gekeken of de patiënt op zijn minst één karakter heeft ingevuld bij dit onderwerp. Het is een onderdeel van de web sessies. Wanneer de patiënt ten minste één karakter heeft ingevuld is er sprake van therapietrouwheid. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).
18. **Het aantal face to face gesprekken waarin een CO- meting is afgenomen (co_sessions)**
Dit is onderdeel van de face to face sessies. Deze informatie kan verkregen worden uit de rapportage van de counselor in het programma DSV van Medisch Spectrum Twente. Wanneer er twee of meer co sessies zijn gedaan is er sprake van therapietrouwheid. De variabele wordt beoordeeld met de waarde 0 (nee/niet therapietrouw) of 1 (ja/therapietrouw).

Wanneer al deze variabelen bekend zijn door middel van het analyseren van de dossiers, worden er nog twee overkoepelende variabelen beantwoord. Deze kunnen alleen beantwoord worden als de antwoorden van bovenstaande variabelen bekend zijn. Er wordt gekeken hoeveel face to face sessies en hoe veel websessies de patiënten hebben volbracht.

19. **#features_f2f**
Het aantal face to face sessies waar de patiënt de waarde 1(therapietrouw) heeft gekregen (betreffende nummers 3, 5, 6, 10, 12, 14, 16 en 18). Hierbij wordt de waarde 0 (geen gebruikte f2f sessies) tot 8 (alle gebruikte f2f sessies).
20. **#features_web**
Het aantal web sessie waar de patiënt de waarde 1 (therapietrouw) heeft gekregen (betreffende nummer 1, 2, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 15 en 17). Hierbij wordt de waarde 0 (geen gebruikte web sessies) tot 10 (alle gebruikte web sessies).

Vervolgens wordt er op drie variabelen antwoord gegeven door gebruik te maken van de therapietrouw ratio. Binnen dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een therapietrouw ratio van 60%. Voldoet de patiënt aan 60% of hoger dan is hij of zij therapietrouw geweest aan de behandeling.

- **Adr_features_f2f**
Wanneer bij nummer 19: #features_f2f er gebruik is gemaakt van 5 of meer face to face sessies (minimaal 60% van 8), is er sprake van therapietrouwheid. De variabele wordt beantwoord met de waarde 0 (niet therapietrouw) of 1 (therapietrouw).
- **Adr_features_web**
Wanneer bij nummer 20: #features_web er gebruik is gemaakt van 6 of meer face to face

sessies (minimaal 60% van 10), is er sprake van therapietrouwheid. De variabele wordt beantwoord met de waarde 0 (niet therapietrouw) of 1 (therapietrouw).

- **Adh_features**

Met deze laatste variabele wordt er uiteindelijk antwoord gegeven op hoeveel patiënten er therapietrouw zijn geweest binnen de Blended Smoking Cessation Treatment en hoeveel patiënten niet therapietrouw zijn geweest. Wanneer de patiënt 5 of meer face to face sessies en 6 of meer web sessies heeft volbracht is er sprake van therapietrouwheid (60%). De variabele wordt beantwoord met de waarde 0 (niet therapietrouw) of 1 (therapietrouw).

2.4 Bekende persoonskenmerken van therapietrouwheid?

Er is nu duidelijk welke persoonskenmerken er onderzocht zullen worden om therapietrouwheid te kunnen voorspellen binnen dit onderzoek. Voor een volledig beeld zal er ook gekeken moeten worden wat voorgaande onderzoeken al als voorspellers hebben kunnen ontdekken. Het onderzoek van bijvoorbeeld Borrelli, Papandonatos, Spring, Hitsman & Niaura (2004) naar het identificeren van factoren die verband houden met een gedefinieerde stopdatum geeft aan dat therapietrouwheid naar een vooraf ingestelde stopdatum een voorspeller is van onthouding. Literatuur heeft aangetoond dat niet roken op de stopdatum sterk voorspellend is voor latere onthouding, zodanig dat degenen die therapietrouw zijn aan hun datum meer dan 10 keer minder kans hebben om te recidiveren. Het therapietrouw zijn aan de stopdatum was geen onafhankelijke voorspeller van recidive: het effect was gematigd door geslacht. Vrouwen die niet therapietrouw zijn aan de stopdatum, gevolgd door een periode van onthouding, kan een voorbode zijn op eventuele terugval (Borrelli et al., 2004). Volgens dit onderzoek is geslacht dus van invloed op de therapietrouwheid, en de effectiviteit van de interventie. Mannen zijn meer therapietrouw dan vrouwen.

Er zijn meer studies die vermelden dat mannen beduidend minder kans lopen om te recidiveren dan vrouwen, en meer therapietrouw zijn. Dit komt ook overeen met de bevindingen dat over het algemeen vrouwen meer kans hebben op recidive dan mannen (Björnson, Rand, Connett, Lindgren, Nides & Pope, 1995; Wetter, Fiore, Young, McClure, de Moor & Baker, 1999). Er zijn verschillende verklaringen voor sekseverschillen in recidive, zoals de grotere kwetsbaarheid van vrouwen tot depressie (Borrelli, Niaura, Keuthen, Goldstein, dePue, Murphy & Abrahams, 1996) en de angst voor gewichtstoename (Borrelli & Mermelstein, 1998). Binnen dit onderzoek zou het ook kunnen dat vrouwen minder therapietrouw zijn vanwege de angst tot gewichtstoename, aangezien ongeveer 80% van de rokers aankomt bij een poging tot stoppen met roken (NuStoppenMetRoken, z.j.)

Als laatste geeft Postel (2011) aan dat er in het onderzoek naar de gelijknamige site alcoholdebaas.nl zeven betekenisvolle verschillen gevonden zijn tussen mensen die de therapie afgerond hebben, en mensen die de therapie niet afgerond hebben in de vrije toegang onderzoeksgroep. Dit zijn leeftijd, sekse, opleidingsniveau, basislijn alcohol, voorafgaande psychische behandelingen, therapie bereidheid en bereidheid om de actie score te veranderen. Bijvoorbeeld wanneer de leeftijd van een patiënt met 5 jaar toeneemt, wordt de kans op het voltooien van de therapie ook hoger. De kans op het voltooien van de therapie ligt bij vrouwen hoger dan bij mannen. En daarnaast ligt de kans ook hoger bij hoog opgeleide patiënten. Verder zijn de meest voorkomende redenen voor het niet afmaken van de therapie persoonlijke redenen (niet verwant aan de internettherapie, zoals druk zijn op het werk, een ziek familielid of geen internetverbinding), gevolgd door ontevredenheid van de therapie en de mate van tevredenheid van de vooruitgang van hun toestand (Postel, 2011).

2.5 Conclusie

In deze paragraaf worden de theoretische deelvragen beantwoord. De deelvragen luiden als volgt: Hoe meet je therapietrouwheid? En: Wat is al bekend over welke persoonskenmerken invloed hebben op de therapietrouwheid?

Allereerst zijn er verschillende Engelse begrippen die therapietrouwheid omschrijven. Voor dit onderzoek is dat *adherence*, vertaalt als de mate waarin mensen de inhoud van de interventie ervaren (Graham et al., 2016). Ook moet er rekening gehouden worden met het feit dat acceptatie en therapietrouwheid sterk met elkaar samenhangen. Acceptatie wordt vanuit klinisch perspectief vaak gezien als een voorwaarde voor therapietrouwheid, en daarnaast zijn er in de literatuur veel studies die acceptatie meenemen in hun definitie van therapietrouwheid (Siemer et al., 2016).

Verder kan therapietrouwheid op verschillende manieren gemeten worden, zoals bijvoorbeeld het percentage van het aantal bijgewoonde therapiesessies. Ook kan therapietrouwheid volgens Onzenoort (2012) gemeten worden met behulp van vragenlijsten, een patiëntendagboek of door het aantal tabletten te tellen. Voor online gebaseerde interventies zoals de Blended Smoking Cessation Treatment wordt therapietrouwheid volgens Graham et al. (2016) gemeten door te kijken naar de website benutting. Hoe vaak heeft een patiënt ingelogd, de pagina bezocht, of hoeveel elementen heeft de patiënt gebruikt? Dit komt redelijk overeen met de kenmerken die zijn vastgesteld om therapietrouwheid te meten binnen dit onderzoek. Er wordt bijvoorbeeld gekeken hoe vaak een patiënt in zijn dagboek heeft geschreven, hoeveel elementen er gebruikt zijn (zoals het stellen van een doel, het maken van een actieplan etc.) en hoe vaak een patiënt gebruik heeft gemaakt van een web-sessie.

Naar kennis is dit het eerste onderzoek dat tot doel heeft de therapietrouwheid van een Blended Smoking Cessation Treatment te beoordelen. Vanuit de onderzoeksgroep zijn er daarom een groot aantal variabelen opgesteld om therapietrouwheid te kunnen meten in dit onderzoek. Er is onderscheid gemaakt bij deze variabelen tussen websessies en face to face sessies. Daarnaast wordt over het algemeen therapietrouwheid gemeten met het percentage van 80% (Therapietrouw Monitor, 2017). Binnen dit onderzoek bleek dit percentage te hoog om een rendabele groep patiënten over te houden, dus is dit bijgesteld naar een percentage van 60%.

En als laatst de persoonskenmerken die van invloed zijn op therapietrouwheid. Dit is als eerst geslacht. Niet alle onderzoeken zeggen hier hetzelfde over, maar omdat geslacht bij veel verschillende onderzoeken naar voren komt is het belangrijk om er binnen dit onderzoek ook aandacht te besteden. Daarnaast zijn ook depressie, angst, leeftijd, opleidingsniveau, basislijn gebruik van alcohol (in dit geval sigaretten), voorafgaande psychische behandelingen, therapie bereidheid (of acceptatie) en bereidheid om te veranderen belangrijke factoren die van invloed kunnen zijn op therapietrouwheid.

HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKSMETHODOLOGIE

In het derde hoofdstuk wordt de onderzoeksmethodologie weergegeven en beargumenteerd. De onderdelen die in dit hoofdstuk naar voren komen zijn de methode van onderzoek, type van onderzoek, onderzoeksmateriaal met het instrument, de onderzoeksomvang, de betrouwbaarheid, de validiteit en de ethische overwegingen. Door deze onderdelen weer te geven ontstaat een beeld van hoe het onderzoek opgebouwd is.

3.1 Praktijkgericht kwantitatief breedte onderzoek

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de persoonskenmerken die kunnen voorspellen in welke mate patiënten geschikt zijn voor blended-care, zodat er op de langere termijn gekeken kan worden voor welke patiënt de kans het hoogst is om deze therapie af te ronden. Er is gebruik gemaakt van cijfermatige informatie over patiënten, wat volgens Verhoeven (2011) betekent dat dit onderzoek een kwantitatief onderzoek betreft. Er zijn statistische technieken gebruikt om een beschrijving van de resultaten te geven en om verwachtingen over de resultaten te toetsen (Verhoeven, 2011). In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van het computerprogramma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), dit is een statistisch computerprogramma ontwikkeld voor de sociale wetenschappen (Swaen, 2014). Dit programma heeft geholpen bij het bewerken en analyseren van de gegevens uit de database die is opgebouwd uit de patiëntendossiers van het MST en het online programma van Tactus Verslavingszorg, Roken de Baas. Dit geeft de volgende stap binnen kwantitatief onderzoek volgens Verhoeven (2011) weer, namelijk het afstand nemen van kenmerken van objecten of eenheden (personen) van onderzoek door deze kenmerken een nummer toe te kennen en ze zo in een bepaalde volgorde te zetten. Kwantitatief onderzoek gaat uit van het principe 'meten is weten' (Verhoeven, 2011), wat ook het uitgangspunt was van dit onderzoek.

Door inzicht verkregen te hebben in welke persoonskenmerken kunnen voorspellen welke patiënten geschikt zijn voor de blended-care, is er sprake van een praktijkgericht onderzoek. Het gaat om het helpen veranderen van de praktijksituatie. Zoals Verschuren & Doorewaard (2015) namelijk aangeven, is er door middel van het onderzoek een goed advies of plan tot stand gekomen. Daarnaast is er door dit onderzoek een breed overzicht gecreëerd waardoor er sprake is van een breedteonderzoek (Verschuren & Doorewaard, 2015). Kortom, dit onderzoek betreft een praktijkgericht kwantitatief breedte onderzoek.

In het onderzoek is sprake van een exploratief onderzoek. Volgens Baarda (2012) wordt er hierbij verder gegaan dan alleen het beschrijven van gegevens, er wordt nagegaan waarom er bepaalde gegevens of verschillen gevonden worden. Het wordt niet alleen beperkt tot het beschrijven van een percentage, bijvoorbeeld het aantal patiënten dat vroegtijdig stopt met de blended-care therapie, maar ook tot welke factoren hierbij een rol spelen (Baarda, 2012).

3.2 Populatie en steekproef

Zoals Baarda (2012) aangeeft doe je in een onderzoek altijd uitspraken over eenheden. In de onderzoeksvragen worden uitspraken gedaan over de personen of objecten die betrokken zijn bij het onderzoek, dit zijn de onderzoekseenheden. Kenmerken of variabelen zijn eigenschappen van de personen die in het onderzoek gebruikt worden. De personen oftewel onderzoekseenheden worden ook wel de populatie genoemd (Baarda, 2012).

Binnen de blended-care treatment was er sprake van patiënten die de blended-care treatment aan het volgen waren. Maar ook patiënten die vroegtijdig gestopt zijn, en patiënten die de treatment al afgerond hebben, samen vormen deze groepen de populatie van het onderzoek. De populatie betrof ongeveer 400 patiënten. In dit onderzoek is er gebruikt gemaakt van een steekproef. Een steekproef (ook wel een monster) is een selectie uit een bepaalde groep, de populatie, om een meting te kunnen doen van bepaalde eigenschappen van die groep (Heerink, Pinkster & Bratti - van der Werf,

2009). Er zijn twee soorten steekproeven: aselechte steekproeven en selecte steekproeven. Bij aselechte steekproeven hebben alle eenheden een gelijke of in ieder geval een bekende kans om in de steekproef terecht te komen, het is een volstrekt willekeurige trekking van de onderzoekseenheden. Bij selecte steekproeven hebben de eenheden een ongelijke en onbekende kans om in een steekproef terecht te komen (Baarda 2012). In dit onderzoek was er sprake van een selecte steekproef. Er zijn dossiers gebruikt van patiënten die de blended-care treatment afgerond hebben en die vroegtijdig gestopt zijn. Patiënten die nog bezig waren met de behandeling zijn niet meegenomen in het onderzoek. Er is gekozen voor de selecte steekproef omdat de patiënten die de behandeling nog ondergingen, niet alle onderdelen aangeboden hadden gekregen. Hierdoor zou er een onvolledig dossier ontstaan waarin bepaalde gegevens zouden missen, waar de patiënt geen invloed op heeft gehad. Hierdoor zou er geen goed inzicht verkregen worden in de therapietrouwheid van de patiënten. Om een overzicht te schetsen van de persoonskenmerken die invloed hebben op de therapietrouwheid is het van belang om een compleet overzicht te hebben van alle persoonskenmerken en therapietrouwheid van de patiënten. De patiënten waarvan de dossiers gebruikt zijn binnen het onderzoek hebben allen akkoord gegeven voor het gebruik, het uiteindelijke aantal dossiers dat is gebruikt zijn er 70 (N=70).

3.3 Dataverzamelmethode en analyse

Binnen het onderzoek is gebruikt gemaakt van literatuuronderzoek en document-search. Allereerst is er literatuuronderzoek verricht om te onderzoeken wat er al bekend was rondom therapietrouwheid. Binnen de document-search zijn de dossiers van 70 patiënten onderzocht, deze zijn vertaald naar een database. Deze database bestaat uit een Excel bestand, het instrument. In bijlage 2 is deze database weergegeven, met drie patiënten als voorbeeld.

Vervolgens is deze database ingevoerd in SPSS, een statistisch computerprogramma. Dit programma heeft geholpen bij het bewerken en analyseren van de gegevens uit de database. Allereerst is er binnen de analyse in SPSS een verschil gemaakt tussen de continue variabelen en de nominale variabelen. Er wordt gesproken van continue variabelen als er oneindig veel meetwaarden zijn (Brinkman & Oldenhuis, 2015). Tussen twee meetwaarden liggen altijd nog andere waarden, bijvoorbeeld: tussen 10 en 11 ligt 10,2 en 10,7. Voorbeelden van continue variabelen zijn lengte, gewicht of temperatuur. Als de waarden van een variabele alleen maar namen zijn, is het een nominale waarde. Dit kan bijvoorbeeld een beroep zijn, of geslacht (Brinkman & Oldenhuis, 2015). Man of vrouw is een naam die aan een variabele gegeven wordt. Zo kunnen mannen ook aangeduid worden met een '1' en vrouwen met een '0'. De variabele kan door een codenummer aangegeven worden. Binnen dit onderzoek wordt zowel gebruik gemaakt van nominale variabelen als van continue variabelen. Dit onderscheid is gemaakt door de tabellen naar deze variabelen in te delen (zie bijlage 3, tabel 2 en 3).

Wanneer de verdeling normaal is maak je gebruik van de standaarddeviatie (SD). Standaarddeviatie geeft een indicatie in hoeverre de totale verzameling van waarnemingen afwijkt van het gemiddelde van een variabele. Om deze standaarddeviatie te bepalen wordt het gemiddelde op een afwijkende manier berekend (Howitt & Cramer, 2004). Wanneer er een analyse gemaakt wordt waarbij twee variabelen vergeleken worden, gebruikt men het percentiel. Het percentiel geeft het aantal scores aan, lager dan een bepaald punt (Evers, 1998). Het 75e percentiel geeft het punt aan waaronder 75% van alle scores vallen. De scores tussen het 75e en 25e percentiel laten zien wat de middelste 50% van de scores zijn. Deze middelste 50% wordt ook wel de interquartile range, vaak afgekort naar IQR, genoemd (Evers, 1998). Het 50e percentiel, ook wel de mediaan genoemd, geeft aan waar de helft van alle scores onder ligt (Evers, 1998). De mediaan scheidt een serie oplopende gegevens in twee gelijke delen. Aan beide kanten van de mediaan is de groep even groot (Brinkman & Oldenhuis, 2016).

Wanneer er sprake is van een normale verdeling neemt men een T-test af. Met een normale verdeling wordt bedoeld dat de variabelen een specifieke, symmetrische verdeling hebben rond het gemiddelde (Peters, 2006). De T-test wordt gebruikt om te bepalen of de gegevens van twee groepen significant van elkaar verschillen (Howitt & Cramer, 2004). In de het Van Dale woordenboek (2016) wordt significant uitgelegd als: 'statistisch niet aan toeval toe te schrijven en dus betekenisvol'. Bij de T-test wordt een verschil significant genoemd als de waarde 'Sig. 2-tailed' op 0.05 of minder uit de test komt. Deze waarde kan genoteerd worden als $p > 0.05$; ieder getal boven 0.05 is niet significant.

Wanneer er sprake is van een niet normale verdeling maak je gebruik van een andere test, zoals de Chi-square test, Wilcoxon rank sum test of de Mann-Whitney U test. Een niet normale verdeling houdt in dat de verdeling van de variabelen niet symmetrisch is; het gemiddelde ligt niet in het midden (Moore & McCabe, 2005). Ook deze testen worden gebruikt om te beoordelen of gegevens van twee of meer groepen significant van elkaar verschillen (Howitt & Cramer, 2004). Bij deze T-test wordt ook gekeken naar de significantie (Sig. 2-sided) en of deze hoger is dan 0.05. Ook hier geldt wanneer Sig. 2-sided meer dan 0.05 aangeeft, is er geen significantie. Wanneer men wil onderzoeken of de gemiddelden van twee groepen significant verschillen, maar de variabelen niet ongeveer normaal verdeeld zijn, kan een niet-parametrische toets gebruikt worden (Howitt & Cramer, 2004). Dit kan de Wilcoxon rank sum test, of ook wel de Mann-Whitney U test genoemd, zijn. De Mann-Whitney U test lijkt op de T-toets, maar bij de T-toets wordt uitgegaan van gemiddelden, waar de Mann-Whitney U test de mediaan toetst (Brinkman & Oldenhuis, 2016). De T-test kan alleen uitgevoerd worden wanneer de variabelen kwantitatief meetniveau hebben, maar de Mann-Whitney U test gaat uit van een ordinaal meetniveau. Deze Mann-Whitney U test kan dus ingezet worden als men twijfelt over het meetniveau van de variabelen of twijfelt over andere voorwaarden aan het toepassen van de T-toets (Brinkman & Oldenhuis, 2016).

Met de Pearson Chi-kwadraattoets kan berekend worden of het gevonden verschil significant is, met andere woorden: is het gevonden verschil niet afhankelijk van het toeval. Wanneer er een significant verschil is, betekent dit dat het geen toeval meer kan zijn, maar dat er een achterliggende reden is. De Chi-kwadraattoets wordt gebruikt bij nominale variabelen. De uitkomst van de Chi-kwadraattoets wordt ook wel de P-waarde genoemd. Wanneer de P-waarde onder de 0.05 is, is het verschil significant. Wanneer de P-waarde hoger is dan 0.05 kan de uitkomst op toeval berusten.

Aan de hand van de uitkomsten van het SPSS bestand (zie bijlage 3), is er gekeken of er verbanden bestonden tussen variabelen die meewegen met de kans van het uitvoeren van de interventie. Bijvoorbeeld welke factoren bepalen wanneer iemand geschikt is voor de blended-care interventie. Deze gegevens kunnen met elkaar in verband gebracht worden en zoals Baarda (2012) aangeeft kan er dan een theorie ontwikkeld en geformuleerd worden.

3.4 Validiteit

Validiteit wil zeggen dat je meet wat je wilt meten, oftewel geven de resultaten weer wat je wilde meten? De validiteit is voor het grootste deel afhankelijk van het instrument wat gebruikt wordt. Wanneer je met behulp van bijvoorbeeld vragenlijsten antwoord kan krijgen op de deelvragen, is het ook mogelijk om in de conclusies de hoofdvraag te beantwoorden. Je kunt dan spreken van een valide onderzoek (Heerink, Pinkster & Bratti - van der Werf, 2009). Binnen dit onderzoek is er gebruik gemaakt van dossiers, deze dossiers zijn opgesteld aan de hand van vaststaande patiëntgegevens. Hoe de inhoud van de dossiers destijds geïnterpreteerd is door de therapeuten hangt af van de afspraken die daarover gemaakt zijn. Omdat de patiëntgegevens in de dossiers gedocumenteerd waren, was het mogelijk om inzicht te krijgen in hoe bepaalde resultaten tot stand zijn gekomen. Dit verstevigt zowel de betrouwbaarheid als de validiteit van het onderzoek (Migchelbrink, 2013).

Daarnaast kun je spreken van interne- en externe validiteit. Interne validiteit heeft te maken met de grootte van de steekproef, en of deze geldend is voor de gehele populatie van het onderzoek (Heerink, Pinkster & Bratti - van der Werf, 2009). Binnen dit onderzoek is dit is terug te zien in de

grootte van de steekproef en hoe deze geldend is voor de populatie. De populatie bestaat uit ongeveer 400 patiënten dossiers waarvan er binnen het onderzoek 70 worden gebruikt. Binnen het onderzoek zijn alleen de dossiers gebruikt van patiënten die het programma afgerond hebben of gestopt zijn met de behandeling. Volledige dossiers zorgen ervoor dat de kwaliteit van het onderzoek wordt verhoogd. Onvolledige dossiers dragen niet bij aan de kwaliteit van het onderzoek. Interne validiteit zegt ook iets over de kwaliteit van de opzet van het onderzoek. Een onderzoek is ook intern valide als je vanuit de methode de juiste conclusies kunt trekken (Swaen, 2014). Binnen dit onderzoek had dit vooral te maken met het opstellen van de dossiers. Hierbij is een duidelijke lijn vastgesteld bij het afnemen van de vragenlijsten gericht op de persoonskenmerken. De therapeuten kunnen hier niet meer over discussiëren, het is valide. Daarnaast werd er ook bijgehouden hoe vaak iemand tijdens de face-to-face gesprekken aanwezig is, maar hierbij wordt geen rekening gehouden met het feit dat iemand ziek kon zijn, iemand niet door de regen wilde fietsen of dat iemand een lekke band had. De manier waarop deze gegevens verkregen zijn heeft niet bijgedragen aan de interne validiteit.

Externe validiteit is de mate waarin de onderzoeksresultaten generaliseerbaar zijn naar andere situaties dan die in het onderzoek (Van der Zee, 2016). Binnen dit onderzoek werd er onderzocht welke persoonskenmerken bijdragen aan het laten slagen van de blended-care treatment. Zoals in de aanleiding ook genoemd is, groeit de online hulpverlening enorm de laatste jaren. Wanneer een arts in Zeeland of in Groningen een onderzoek wil doen naar de effectiviteit van blended-care bij bijvoorbeeld drugsgebruik of obesitas zijn de gevonden onderzoeksresultaten uit dit onderzoek hier goed inzetbaar. Binnen dit onderzoek zijn de persoonskenmerken aangegeven vanuit de onderzoeksgroep. Er is verondersteld dat de gekozen persoonskenmerken invloed hebben op de therapietrouwheid. Deze persoonskenmerken zijn uitgewerkt in de database en vervolgens weergegeven in SPSS. Tevens is er door middel van nationaal en internationaal literatuuronderzoek onderzocht wat er al bekend is over de persoonskenmerken binnen therapietrouwheid. Omdat het gegevens betreft die onderzocht zijn en er bijvoorbeeld geen sprake is van open interviews of sociaal wenselijke antwoorden, zijn deze onderzoeksresultaten breed inzetbaar voor andere vergelijkbare onderzoeken in de toekomst. Van externe validiteit is minder sprake, wel zijn uitkomsten uit dit onderzoek bruikbaar en geven ze inzicht die in andere, vergelijkbare situaties gebruikt kunnen worden.

3.5 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid is de mate waarin een meting beïnvloed wordt door toevallige fouten. Hoe minder afhankelijk van toeval, hoe betrouwbaarder een meting is en zoals Baarda (2012) aangeeft zijn er verschillende manieren om aspecten van de betrouwbaarheid van een meting vast te stellen.

Ten eerste is een belangrijke manier de test-hertest methode. Zoals de naam al aangeeft herhaal je de meting die je al gedaan hebt nog een keer. In de praktijk is het uitvoeren van deze methode vaak lastig omdat je twee keer dezelfde mensen moet vinden, het tijdrovend is en kostbaar (Baarda, 2012). Bovendien moet je onderzoek ook herhaalbaar zijn: iemand moet het onder dezelfde omstandigheden nog een keer kunnen doen, en dan tot dezelfde resultaten komen. Is je onderzoek controleerbaar en herhaalbaar, dan kun je zeggen dat het betrouwbaar is (Heerink, Pinkster & Bratti - van der Werf, 2009). Binnen dit onderzoek is er de mogelijkheid om deze te herhalen. Het betreft een kwantitatief onderzoek waarin dossiers geanalyseerd zijn en verwerkt zijn in SPSS. In de loop der tijd zullen nieuwe dossiers worden aangemaakt die op dezelfde manier zijn opgebouwd en gebruikt kunnen worden om hetzelfde onderzoek nogmaals uit te voeren. Het onderzoek kan dus herhaald worden met dossiers van andere patiënten. Zowel de persoonskenmerken als de kenmerken van therapietrouwheid zijn vastgesteld binnen het theoretische kader, deze zijn gebruikt om de dossiers te analyseren. Er ontstaat op deze manier geen onduidelijkheid over de persoonskenmerken en kenmerken van therapietrouwheid, dit betekent dat de dossiers op dezelfde punten kunnen worden geanalyseerd binnen een herhalingsonderzoek.

Binnen dit onderzoek wordt de betrouwbaarheid ook vergroot door interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, dit heeft betrekking op de samenhang tussen twee observatoren. Hoe sterker de samenhang, des te minder de persoonlijkheid of toestand van de observator de meting heeft beïnvloed en des te betrouwbaarder de meting (Baarda, 2012). Binnen dit onderzoek werkten drie verschillende onderzoekers nauw samen, waardoor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd vergroot. Door deze nauwe samenwerking, controleerden de observatoren elkaar en was er weinig tot geen ruimte voor persoonlijke invloeden binnen de meting. Er werd gestreefd naar één en dezelfde manier van analyseren van de dossiers. Van de 70 dossiers zijn ongeveer 10 dossiers door de observatoren samen geanalyseerd, om zo op één en dezelfde lijn te zitten. Deze lijn is doorgezet bij het analyseren van de overige dossiers.

3.6 Ethische overwegingen

Bij de uitvoering van het onderzoek zijn er een aantal ethische overwegingen gemaakt. De ethische overwegingen hebben vooral te maken met het effect dat het onderzoek heeft op de personen die deel hebben genomen aan het onderzoek (Boeije, 2005). Binnen het onderzoek is gebruik gemaakt van dossiers van patiënten die mee hebben gedaan aan de Blended Smoking Cessation Treatment. Binnen het maken van de database is er voor gekozen om de patiënten door middel van randomisatie nummers weer te geven in de database. Dit betekent dat er een uniek en niet tot de persoon herleidbaar nummer voor elke patiënt die in het onderzoek participeert wordt gebruikt (AMC Clinical Research Unit, 2014). Door een randomisatie nummer te gebruiken wordt de privacy van de patiënten gewaarborgd; de informatie uit de dossiers wordt geanonimiseerd. Er is tevens voor gekozen om gegevens als naam, geboortedatum en woonplaats niet op te nemen binnen de database. Wanneer deze gegevens gebruikt zouden worden, zal de patiënt achterhaald kunnen worden waardoor de privacy van de patiënt geschaad wordt. Een andere ethische overweging is het ondertekenen van de geheimhoudingsverklaring van het Medisch Spectrum Twente door de observatoren/onderzoekers. Om de database te maken, was inzicht in de patiëntendossiers noodzakelijk. Door de geheimhoudingsverklaring te ondertekenen gingen de observators/onderzoekers akkoord met het niet delen van privacygevoelige informatie. Hierdoor werd de privacy van de deelnemende patiënten gewaarborgd. Zo heeft het meedoen aan het onderzoek geen gevolgen voor de patiënten. De patiënten hebben allen een verklaring ondertekend dat hun gegevens gebruikt mochten worden voor onderzoeken. Bij aanvang van de behandeling hebben ze schriftelijk informatie gekregen over de onderzoeken. De patiënten die niet akkoord gingen met het verzamelen van hun gegevens, deden niet mee in het onderzoek. Zoals ook in de gedragscode voor HBO-onderzoek gesteld wordt, moeten de onderzoekers zorgvuldig zijn. Dit houdt onder anderen in dat de gebruikte data zorgvuldig bewaard dient te worden. Het doen van een onderzoek mag de deelnemers geen risico opleveren (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters & Peij, 2010).

3.7 Procedure

Het onderzoek heeft een looptijd van 5 maanden. In deze vijf maanden zijn er een aantal stappen ondernomen om het onderzoek in goede banen te leiden. Het proces is begonnen met het maken van een onderzoeksplan. Het opzetten van het onderzoeksplan heeft 5 weken in beslag genomen. In het onderzoeksplan is de basis gelegd voor het bachelorrapport. De deelvragen, aanleiding en een tijdsplanning zijn hierin beschreven. Na goedkeuring is dit onderzoeksplan omgezet naar het bachelorrapport. Het plan wat er was, is verder uitgewerkt en het theoretisch kader is aangescherpt. De deelvragen en de begrippen die daarbij horen zijn uitgelegd in het theoretisch kader.

Vervolgens is er een start gemaakt met het verzamelen van patiëntengegevens. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van Rokendebaas en de patiëntendossiers van het Medisch Spectrum Twente. In het begin waren alle 3 de groepsleden hierbij aanwezig, later heeft één groepslid deze taak op zich genomen. Er is een Excel bestand opgesteld met alle patiënten die meedoen en de gegevens die per persoon verzameld moeten worden. Toen de gegevens van Rokendebaas en het medisch dossier van

het ziekenhuis verzameld waren, was er één Excel bestand waarin alle gegevens opgeslagen zijn, zie voorbeeld in bijlage 2. Dit Excel bestand is gebruikt om de gegevens voor de analyse in SPSS aan te leveren. De onderzoekers hebben hulp gehad bij het gebruik van SPSS. Een van de medewerkers op het ziekenhuis heeft de gegevens in SPSS gevoegd en heeft uitleg gegeven over de uitkomsten. Met deze uitkomsten hebben de onderzoekers de resultaten opgesteld. Door middel van deze resultaten zijn de deelvragen beantwoord en is er een conclusie getrokken.

HOOFDSTUK 4 RESULTATEN

In dit hoofdstuk wordt duidelijk welke persoonskenmerken van invloed zijn op de Blended Smoking Cessation Treatment. De resultaten zijn verkregen door de patiëntgegevens in te voeren in SPSS en deze vervolgens te analyseren. Allereerst volgt in paragraaf 4.1 een beschrijving van de gebruikte steekproef. Vervolgens gaat paragraaf 4.2 in op de resultaten, afgeleid van analyses met behulp van SPSS. De gebruikte analyses zijn: t-toets, Chi-kwadraat-toets en Mann-Whitney toets. Met deze resultaten zal vervolgens in hoofdstuk 5 antwoord worden gegeven op deelvraag drie: Welke persoonskenmerken hebben invloed op de therapietrouwheid van de Blended Smoking Cessation Treatment?

4.1 Beschrijving steekproef

In deze paragraaf wordt de steekproef van dit onderzoek weergegeven. Voor een overzichtelijke weergave van de resultaten is de steekproef verdeeld in twee groepen. De eerste groep betreffen de personen die therapietrouw zijn, in de tweede groep zitten de personen die niet therapietrouw zijn.

De steekproef in dit onderzoek betreft 70 patiënten. Deze patiënten hebben de Blended Smoking Cessation Treatment afgerond of hebben de behandeling eerder beëindigd. De leeftijdsklassen waarin deze personen zitten verschilt van 20 jaar tot 77 jaar. In de groep die niet-therapietrouw is gebleken, is de gemiddelde leeftijd 44,61 jaar. Het totale aantal personen in de niet-therapietrouwe groep is 56. In de groep die wel therapietrouw is, is de gemiddelde leeftijd 50,57 jaar. Deze groep omvat 14 personen. De groepen die het minst vertegenwoordigd zijn, zijn de groepen van 20 tot 24 jaar en 73 tot 77 jaar met beiden één deelnemer.

Tabel 4.1 hieronder laat de man-vrouw verhouding zien in de steekproef, Van de 70 deelnemers zijn er 38 mannelijk zijn en 32 vrouwelijk. Binnen de groep die therapietrouw is zijn er 11 mannen en 3 vrouwen. In de groep die niet therapietrouw is gebleken zitten 27 mannen en 29 vrouwen. In het onderzoek is het totaal aantal patiënten onderverdeeld in twee groepen: therapietrouw (14 patiënten) en niet therapietrouw (56 patiënten).

Tabel 4.1: Verhouding man-vrouw in steekproef (N=70)

Persoonskenmerk	Therapietrouw	Niet therapietrouw
Totale groep	14 (100%)	56 (100%)
Man	11 (78,6%)	27 (48,2%)
Vrouw	3 (21,4%)	29 (51,8%)

4.2 Uitkomsten

Van de in totaal achtentwintig persoonskenmerken zijn er vier die significant zijn ten opzichte van therapietrouwheid. In tabel 1 in bijlage 3 zijn deze vier persoonskenmerken weergegeven. Deze worden hieronder in de tabellen 4.2a, 4.2b, 4.2c en 4.2d weergegeven.

4.2.1 Geslacht

Het eerste kenmerk is geslacht, deze wordt weergegeven in tabel 4.2a. Dit is een nominale variabele. De tabel geeft de verdeling tussen man en vrouw weer, zowel in de therapietrouwe als in de niet-therapietrouwe groep. Er is een significant verschil tussen het persoonskenmerk geslacht en de therapietrouwheid. Dit is terug te zien in de p-waarde die lager is dan 0,05 ($X^2 = 4,16$; $df = 1$; $p = 0,04$). Het aantal mannen dat therapietrouw is, ligt hoger dan vrouwen.

Tabel 4.2a Verhouding man-vrouw in steekproef (N=70)

Persoonskenmerk	Therapietrouw	Niet therapietrouw	P-waarde
Totale groep (70)	14 (100%)	56 (100%)	0.04
Man	11 (78,6%)	27 (48,2%)	

Vrouw	3 (21,4%)	29 (51,8%)
--------------	-----------	------------

4.2.2 Sociaal modelleren

Het tweede kenmerk is sociaal modelleren, deze wordt weergegeven in tabel 4.2b. Zoals in hoofdstuk twee is uitgelegd, heeft sociaal modelleren betrekking tot de steun die iemand vanuit zijn omgeving ontvangt. Dit kenmerk geeft aan of er veel of weinig rokers in de omgeving van de patiënt zijn. Dit is een continue variabele. De tabel geeft de verdeling van sociale modellering in zowel de therapietrouwe als in de niet-therapietrouwe groep weer. Er is een significant verschil tussen het persoonskenmerk sociaal modelleren en de therapietrouwheid. Dit is terug te zien in de p-waarde die lager is dan 0,05 ($t = 2,07$; $df = 68$; tweezijdige $p = 0,04$) Het aantal patiënten dat hoog scoort op sociaal modelleren is minder therapietrouw. Een hoge score betekent dat er veel rokers in de omgeving van de patiënt aanwezig zijn.

Tabel 4.2b Verhouding sociaal modelleren per groep (N=70)

Persoonskenmerk	Therapietrouw	Niet therapietrouw	P-waarde
Sociaal modelleren, gemiddelde (SD)	1.11 (1.04)	1.89 (1.32)	0.04

4.2.3 Gezondheidsklachten

Het derde kenmerk is gezondheidsklachten, deze wordt weergegeven in tabel 4.2c. Dit is een continue variabele. De tabel geeft de verdeling van gezondheidsklachten in zowel de therapietrouwe als in de niet-therapietrouwe groep weer. Er is een significant verschil tussen het persoonskenmerk gezondheidsklachten en de therapietrouwheid. Dit is terug te zien in de p-waarde die lager is dan 0,05 ($t = 2,13$; $df = 68$; tweezijdige $p = 0,04$). Het aantal patiënten dat meer gezondheidsklachten heeft, is minder therapietrouw.

Tabel 4.2c Verdeling gezondheidsklachten per groep (N=70)

Persoonskenmerk	Therapietrouw	Niet therapietrouw	P-waarde
Gezondheidsklachten, gemiddelde (SD)	9.43 (4.67)	13.7 (7.12)	0.04

4.2.4 Gezondheid + rook gerelateerde klachten

Het vierde kenmerk is gezondheid + rook gerelateerde klachten, deze wordt weergegeven in tabel 4.2d. Dit is een continue variabele. De tabel geeft de verdeling van gezondheid + rook gerelateerde klachten in zowel de therapietrouwe als de niet-therapietrouwe groep weer. Er is een significant verschil tussen het persoonskenmerk gezondheid + rook gerelateerde klachten en de therapietrouwheid. Dit is terug te zien in de p-waarde die lager is dan 0,05 ($t = 2,18$; $df = 68$; $p = 0,03$) Het aantal patiënten dat meer gezondheid + rook gerelateerde klachten heeft, is minder therapietrouw.

Figuur 4.2d Verdeling rook gerelateerde klachten per groep (N=70)

Persoonskenmerk	Therapietrouw	Niet therapietrouw	P-waarde
Gezondheid + rook gerelateerde klachten, gemiddelde (SD)	27 (11.44)	36.23 (14.8)	0.03

4.2.5 Overige persoonskenmerken

De andere vierentwintig persoonskenmerken zijn niet significant ten opzichte van therapietrouwheid. Dit is te zien aan de p-waarde die hoger ligt dan 0,05. Deze persoonskenmerken zijn weergegeven in bijlage 3 (tabel 2 en 3).

HOOFDSTUK 5 CONCLUSIE, AANBEVELINGEN EN DISCUSSIE

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraagstelling van het onderzoek. Dit wordt gedaan door antwoord te geven op zowel de theoretische deelvraag als op de praktische deelvraag. En deze overkoepeld met elkaar verbinden tot een gezamenlijke conclusie. Vanuit het onderzoek worden aanbevelingen gegeven voor de organisatie om nog tot een beter resultaat te komen. Als laatste komt een discussie naar voren en een sterkte en zwakte analyse gericht op dit onderzoek.

5.1 Conclusie

In de conclusie zal antwoord gegeven worden op de volgende vraagstelling: *Welke persoonskenmerken voorspellen de therapietrouwheid van de patiënten die meedoen aan de Blended Smoking Cessation Treatment?*

Voordat iemand therapietrouw kan zijn, moet een patiënt de therapie eerst accepteren. Acceptatie wordt namelijk gezien als een voorwaarde voor therapietrouwheid, omdat een patiënt eerst de behandeling moet accepteren om te kunnen voldoen aan de aangeboden behandeling. Het verkennen en identificeren van potentiële voorspellers zal de behandeling in staat stellen om doelgroepen te identificeren met een relatief hoge acceptatie van de Blended Smoking Cessation Treatment. De persoonskenmerken die in dit onderzoek naar voren kwamen als een voorspeller van therapietrouwheid (*adherence*) zijn berekend met een percentage van 60% en zijn als volgt: geslacht, sociale modellering, gezondheidsklachten en gezondheid + rook gerelateerde klachten. Dit betekent als eerste dat mannen meer therapietrouw zijn dan vrouwen. Het onderzoek naar de gelijknamige site Alcoholdebaas zegt hier juist het tegenovergestelde over, namelijk dat vrouwen meer therapietrouw zijn dan vrouwen (Postel, 2011). Wanneer er verder gekeken wordt in de literatuur laat niet elk onderzoek hier hetzelfde over zien, maar er zijn verschillende verklaringen voor het feit dat vrouwen minder therapietrouw zijn, zoals de grotere kwetsbaarheid van vrouwen tot depressie (Borrelli et al., 1996) en de angst voor gewichtstoename (Borrelli & Mermelstein, 1998). Dit zou binnen dit onderzoek kunnen verklaren waarom mannen meer therapietrouw zijn dan vrouwen, omdat ongeveer 80% van de rokers aankomt na het stoppen met roken (NuStoppenMetRoken, z.j.).

Ten tweede is het aantal patiënten dat hoog scoort op sociaal modelleren minder therapietrouw. Sociale modellering heeft betrekking tot het waargenomen gedrag van anderen en steun die men krijgt (Siemer et al., 2016). Dit is in de vragenlijst gemeten door te onderzoeken of de partner rookt en hoeveel mensen in de omgeving van de patiënt roken. Op het moment dat de patiënt hoog scoort op sociaal modelleren heeft deze patiënt dus veel rokers in zijn of haar omgeving. Dit kan tevens worden onderbouwd vanuit het behaviorisme. Vanuit het behaviorisme zijn mensen niet los te zien van hun omgeving. Sociaal modelleren kan ook wel geplaatst worden onder het model-leren, een persoon neem een ander (het model) waar en leert van het gedrag dat het model vertoont (Rigter, 1998). Hieruit kan geconcludeerd worden dat hoe meer mensen er in iemand zijn of haar omgeving roken hoe meer modellen er zijn om het gedrag van te leren/te kopiëren.

Verder is het aantal patiënten dat meer gezondheidsklachten heeft minder therapietrouw. Dit is gemeten door de uitkomsten van de MAP-HSS test op 10 verschillende klachten samen te brengen tot een score en deze vervolgens te verwerken in SPSS. Ook is het aantal patiënten dat meer gezondheid + rook gerelateerde klachten heeft minder therapietrouw. Dit is gemeten door de score van de MAP-HSS test en de test over 16 rook gerelateerde klachten te combineren. Verder is uit het onderzoek van Borrelli et al. (1996) gebleken dat vrouwen kwetsbaarder zijn voor depressie en angst. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er misschien een verband bestaat tussen geslacht en gezondheidsklachten. Vrouwen waren minder therapietrouw dan mannen, omdat ze misschien ook meer gezondheidsklachten hebben dan mannen.

5.2 Aanbevelingen

In de volgende alinea's worden aanbevelingen gedaan voor de opdrachtgever.

5.2.1 Aanbeveling 1: Vernieuwde steekproef

Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek liepen de onderzoekers tegen het feit aan dat de steekproef van het onderzoek klein was. Dit blijkt uit het feit dat de therapietrouwe groep aanzienlijk kleiner was dan de niet-therapietrouwe groep. Dit kwam naar voren tijdens het invoeren van de gegevens in SPSS. In eerste instantie werd aangehouden dat iemand 80% van het programma voldaan moest hebben om therapietrouw te zijn. Dit is later, door de laag uitgevallen resultaten, bijgesteld naar 60%. Aanbevolen wordt, om dit onderzoek met een aanzienlijk grotere groep uit te voeren, zodat de grens van 80% aangehouden kan worden. Dit zou het onderzoek betrouwbaarder en bruikbaarder kunnen maken, omdat over het algemeen 80% de grens is voor therapietrouwheid. Ook is het een aanbeveling, rekening houdend met de grote groep mensen die niet therapietrouw zijn, om het onderzoek pas te starten wanneer er volledige onderzoeksgegevens zijn met betrekking tot de hoeveelheid ingevulde data op Rokendebaas. Binnen dit onderzoek zijn er veel gegevens gebruikt van patiënten die minimaal gebruik gemaakt hebben van de online opdrachten waardoor het percentage patiënten die therapietrouw zijn erg laag is uitgevallen. Dit minimale gebruik van de online opdrachten kan te maken hebben met deze nieuw opgezette therapie. Dit wordt verder uitgelegd in aanbeveling 2.

5.2.2 Aanbeveling 2: Onderzoek in een later stadium uitvoeren

De tweede aanbeveling die de onderzoekers willen aandragen betreft de periode waarin het onderzoek is uitgevoerd. Omdat het een relatief nieuwe vorm van therapie betreft, waren de behandelaren ook zoekende naar een eenduidige manier waarop de therapie gegeven werd. Hierdoor werden niet alle patiënten op dezelfde manier behandeld en zijn er soms fouten gemaakt in de behandeling. Daarom wordt hier aanbevolen om een dergelijk onderzoek pas te starten wanneer de behandelaren eenduidig te werk gaan. De onderzoekers denken dat er in 70% van de dossiers één of meerdere afwijkingen van het behandelprogramma te vinden zijn. Daarbij maakt het niet uit of het dossier gevormd is in het begin van de behandeling, of dat het dossier recent is opgesteld. Dit heeft te maken met de manier waarop de behandelaren de therapie geven.

5.2.3 Aanbeveling 3: Vervolgonderzoek

Binnen dit onderzoek heeft de vraag of er een bepaalde samenhang te vinden is tussen bepaalde persoonskenmerken niet centraal gestaan. Voor de behandelaren en onderzoekers zou het nuttig zijn om te weten welke factoren invloed hebben op elkaar. Op deze manier kan er nog specifiek geselecteerd worden op de persoonskenmerken. Dit zal het werk van de behandelaren vergemakkelijken. Daarom wordt er aanbevolen een vervolgonderzoek te doen gericht op de samenhang tussen persoonskenmerken.

5.2.4 Aanbeveling 4: Acceptatie

Deze vierde aanbeveling gaat over de mate van acceptatie van de behandeling. Met acceptatie wordt hier bedoeld of de behandeling procedures effectief, redelijk, eerlijk en geschikt zijn voor een gegeven probleem of cliënt. Uit de literatuur die in hoofdstuk twee is beschreven, bleek dat acceptatie van de therapie een belangrijke factor is voor therapietrouwheid. Wanneer de patiënt de behandeling accepteert is de kans op slagen groter. In dit onderzoek zijn de patiënten willekeurig geselecteerd. Er is geen rekening gehouden met of de patiënt de behandeling accepteert of niet. Dit kan voor vervolgonderzoeken ook een factor zijn die meeweegt in het meten van therapietrouwheid.

5.3 Discussie

In deze paragraaf zal er een discussie gevoerd worden over therapietrouwheid en dat er over het algemeen meer aandacht besteed moet worden aan het bevorderen van therapietrouwheid door zowel de patiënt als de behandelaar.

Therapietrouwheid kan omschreven worden als de mate waarin het gedrag van de patiënt overeenkomt met de gegeven gezondheidsadviezen (Smets, 2006). Wanneer patiënten zich niet houden aan de voorschriften van artsen, zelf stoppen met medicatie of medicatie vergeten, zijn ze niet therapietrouw. Therapietrouwheid betreft niet alleen het innemen van medicatie, maar ook het opvolgen van advies, het nakomen van afspraken of het veranderen van gedrag (Stalenhoef, 2009). Het niet nakomen van deze afspraken hoeft niet opzettelijk te gebeuren, men kan ook zaken vergeten. Sabaté (2003) geeft aan dat de therapietrouwheid niet alleen bij de patiënt zelf ligt. Ook de behandelaar heeft invloed op de behandeling, bijvoorbeeld op het moment dat de behandelaar afwijkt van de behandeling. Sabaté (2003) benoemt dat vaak de focus gelegd wordt bij de patiënten terwijl de andere factoren zoals het aanbod, vaak gebagatelliseerd worden.

Uit de dossiers die wij geanalyseerd hebben op het Medisch Spectrum Twente is dit ook gebleken. Er is een stappenplan voor de Blended Smoking Cessation Treatment die zowel door de patiënt als de behandelaar opgevolgd moet worden. Een schatting van ons is dat de behandelaren bij 70% van de patiënten afgeweken is van het stappenplan. Dit heeft gevolgen voor de patiënt. De patiënt volgt of maar een deel van de behandeling of krijgt niet het volledige aanbod doordat er van de inhoud afgeweken wordt. Wij als beginnend professional kunnen ons goed vinden in de visie van Sabaté (2003), de therapietrouwheid ligt niet alleen bij de patiënt maar ook bij het aanbod. Het is erg belangrijk dat het behandelprogramma duidelijk is en dat de behandelaren zich hier aan houden. Juist op deze manier ligt de therapietrouwheid in handen van de patiënt. En heeft de patiënt de mogelijkheid gehad om gebruik te maken van het gehele behandelplan.

We zijn van mening dat ook het contact/de communicatie tussen de behandelaar en patiënt een grote rol kan spelen binnen de therapietrouwheid. Juist de behandelaar ziet het proces wat de patiënt doormaakt en kan hierop inspelen door gesprekken te voeren met de patiënt. Dit blijkt tevens uit onderzoek, waaruit is gebleken dat het risico op therapieontrouw van patiënten met 19% wordt verminderd wanneer de behandelaar goed communiceert (Van Staveren, 2013). Hierbij vinden wij het wel erg belangrijk dat de regie bij de patiënt blijft liggen. Op deze manier wordt aangesloten bij de nieuwe stijl van hulpverlening van de afgelopen jaren, vanuit de patiënt zijn eigen kracht. Een manier om deze communicatie goed te laten verlopen is door gebruik te maken van patiëntgerichte communicatie. Patiëntgerichte communicatie houdt in dat de behandelaar probeert de denkwijze van de patiënt te achterhalen. Wanneer de behandelaar begrijpt wat de motieven zijn van de patiënt kan hij aandacht besteden aan het verhelderen van misvattingen of rekening houden met omstandigheden. De kans dat de patiënt informatie aanneemt van de behandelaar wordt groter wanneer de patiënt inspraak heeft bij besluitvorming. De patiënt voelt dat hij of zij regie heeft binnen de behandeling (Van Staveren, 2013). Deze patiëntgerichte benadering zien wij als één van de voorwaarden voor het vergroten van therapietrouwheid binnen een behandeling. De patiënt beslist uiteindelijk of hij het programma volgt, maar de behandelaren kunnen de patiënt wel zo veel mogelijk stimuleren. Wij hebben op het MST enige rapportages gevonden waaruit is gebleken dat de behandelaren het perspectief van de patiënt wil achterhalen. Dit is echter niet bij iedere patiënt gebeurd, terwijl de meeste patiënten veelvuldig aangeven wat hun gedachtegang is. Hier wordt helaas te weinig op in gegaan.

Therapietrouwheid kan, volgens ons als onderzoekers, dus nooit los gezien worden van de context. De behandeling dient duidelijk uitgezet te zijn voor de start er van en de behandelaren dienen oog te hebben voor de communicatie met de patiënt. Niet alleen de patiënt dient zich aan de afspraken te houden maar ook de behandelaar. De patiënt en behandelaar vormen samen de complete puzzel!

5.4 Sterktes en zwaktes

Sterktes

- Een sterk punt van dit onderzoek is het contact met de opdrachtgever. Wij hebben regelmatig telefonisch contact gehad en afspraken gemaakt om de vooruitgang te bespreken.
- Binnen dit onderzoek is er gebruik gemaakt van veel verschillende, wetenschappelijke bronnen.
- Er is veelal gebruik gemaakt van het 4-ogen principe, in dit geval het 6-ogen principe. Alles, van de dataverzameling tot de geschreven tekst, is door alle drie groepsleden doorgenomen. Dit zorgt voor veel controle en minder kans op fouten.
- Een ander sterk punt is dat er gebruik is gemaakt van de onderzoeken van zowel de opdrachtgever, als een student van de Universiteit Twente. Deze twee onderzoeken bevatten veel bruikbare informatie met betrekking tot dit onderzoek.
- Dit onderzoek is één van de eerste onderzoeken die gedaan wordt naar therapietrouwheid binnen de Blended Smoking Cessation Treatment. Het is een sterkte, omdat dit een relevant en nieuw thema is.

Zwaktes

- Door de kleine steekproef die gebruikt is in dit onderzoek is de ondergrens voor therapietrouwheid bijgesteld van 80% naar 60%. Wanneer een grotere steekproef beschikbaar was, was deze aanpassing niet nodig geweest. Dit is een zwakte, omdat normaal gesproken de ondergrens van 80% aangehouden wordt. In dit onderzoek is het dus afwijkend van andere onderzoeken.
- Het gebruik van SPSS is ook een zwakte geweest. Doordat de onderzoekers hier geen kennis over hebben, is hier veel hulp voor nodig geweest. Dit geldt voor het verwerken van gegevens in SPSS, maar ook voor het uitwerken van de resultaten.
- Een andere zwakte in dit onderzoek is de vraag in hoeverre de behandelaren trouw zijn geweest aan de afspraken die onderling zijn gemaakt over het opstellen van de dossiers. De gegevens die gebruikt zijn voor het opstellen van de database zijn gebaseerd op de waarnemingen van de behandelaren. Wanneer de behandelaren niet op één lijn zaten wat betreft de rapportages van patiënten, zorgt dit voor verschillen in de dossiers. Omdat de onderzoekers alle dossiers gelezen hebben, is er een inschatting gemaakt van de trouwheid aan het behandelprogramma. De onderzoekers verwachten dat er bij 70% van de dossiers één of meerdere afwijkingen van het behandelprogramma te vinden zijn. Dit heeft te maken met de manier waarop de behandelaren de dossiers bijhouden, maar ook of ze alle punten van de behandeling bespreken. Het is opgevallen dat er ook fouten gemaakt worden in het aanbieden en uitvoeren van onderdelen van de behandeling.
- Deze zwakte heeft betrekking tot de ondersteuning bij het uitwerken van de resultaten. De onderzoeksgroep heeft geen voorkennis of ervaring met het programma SPSS. Dit zorgt voor onduidelijkheden tijdens het uitwerken van de resultaten. Vanwege het gebrek aan kennis over SPSS duurde het lang voordat de onderzoekers op een goede manier de resultaten konden verwerken. Deze onderzoeksgroep heeft tussentijds wel hulp gekregen maar het zou prettig zijn als er, tijdens het uitwerken van de resultaten, begeleiding aanwezig is zodat het proces soepeler verloopt.

LITERATUURLIJST

Aljumah, K., Hassali, A. A., & Alqhatani, S. (2014). Examining the relationship between adherence and satisfaction with antidepressant treatment. *Neuropsychiatric Disease & Treatment*, 10, 1433-1438.

Alterman, A. I., Gariti, P., Cook, T. G., & Cnaan, A. (1999). Nicodermal patch adherence and its correlates. *Drug and alcohol dependence*, 53(2), 159-165.

AMC Clinical Research Unit. (2014). Dubbelblind randomiseren. Opgevraagd op 14-2-2017 van www.brandsupply.nl

Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010). *Gedragcode praktijkgericht onderzoek voor het hbo*. Den Haag: Hbo raad vereniging van hogescholen

Baarda, B. (2012). *Basisboek methoden en technieken. Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers

Björnson, W., Rand, C., Connett, J.E., Lindgren, P., Nides, M., & Pope, F. (1995). Gender differences in smoking cessation after 3 years in the lung health study. *Am J Public Health*, 85(2), 223–230.

Blankers, M., Nabitz, U., Smit, F., Koeter, M. & Schippers, G. (2012). Economic Evaluation of Internet-Based Interventions for Harmful Alcohol Use Alongside a Pragmatic Randomized Controlled Trial. Opgevraagd op 1-4-2017 van www.jmir.org

Boeije, H.R. (2005). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers

Borrelli, B., & Mermelstein, R. (1998). The role of weight concern and self-efficacy in smoking cessation and weight gain among smokers in a clinic-based cessation program. *Addict Behaviour*, 23(5), 609-22.

Borrelli, B., Niaura, R., Keuthen, N.J., Goldstein, M.G., DePue, J.D., Murphy, C., & Abrams, D.B. (1996) Development of major depressive disorder during smoking-cessation treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(11), 534-8

Borrelli, B., Papandonatos, G., Spring, B., Hitsman, B., & Niaura, R. (2004). Experimenter-defined quit dates for smoking cessation: adherence improves outcomes for women but not for men. *Addiction*, 99(3), 378-385.

Brinkman, J., & Oldenhuis, H. (2016). *Cijfers spreken. Overtuigen met onderzoek en statistiek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers

CBS. (2016). Levensverwachting 65-jarige 5 jaar hoger sinds AOW-wet. Opgevraagd op 12-5-2017 van www.cbs.nl

Civljak, M. (2013). Internet-based interventions for smoking cessation. Opgevraagd op 17-2-2017 van www.onlinelibrary.wiley.com

De Vries, H., & Mudde, N. (2007). Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude-social influence- efficacy model. *Department of Health Education*, 13(2), 369-385.

DiMatteo, M. R. (2004). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.

Ensie (2016). Karakter. Opgevraagd op 3-5-2017 van www.ensie.nl

- Elkin, I., Yamaguchi, J. L., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Sotsky, S. M., & Krupnick, J. L. (1999). "Patient-treatment fit" and early engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 9, 437–451.
- Evers, G. (1998). *Meten van zelfzorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum
- Fish, L. J., Peterson, B. L., Brouwer, R. J. N., Lyna, P., Oncken, C. A., Swamy, G. K., & Pollak, K. I. (2009). Adherence to nicotine replacement therapy among pregnant smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(5), 514-51.
- Graham, A. L., Jacobs, M. A., Cohn, A. M., Cha, S., Abroms, L. C., Papandonatos, G.D. & Whittaker, R. (2016). Optimising text messaging to improve adherence to web-based smoking cessation treatment: a randomised control trial protocol. *BMJ open*, 6(3), e010687.
- Heerink, M., Pinkster, S. & Bratti - van der Werf, M. (2009). *Onderzoek in zorg en welzijn. Een praktische inleiding*. Amsterdam: Pearson Education
- Howitt, D., & Cramer, D. (2004). *Statistiek met SPSS 11 voor Windows*. Amsterdam: Pearson Benelux
- Jettinghoff, K., de Vroome, E., Smulders, P., & van den Bossche, S. (2004). Oorzaken van ziekteverzuim bij vrouwen: werk, persoon, gezondheid of thuissituatie? *Tijdschrift voor arbeidsvraagstukken*, 2004 (2) 140-141
- López-Torrecillas, F., Rueda, M. M., López-Quirantes, E. M., Santiago, J. M., & Tapióles, R. R. (2014). Adherence to treatment to help quit smoking: effects of task performance and coping with withdrawal symptoms. *BMC public health*, 14(1), 1217.
- Mentaal Beter (2017). Farmacotherapie. Opgehaald op 3-5-2017 van www.mentaalbeter.nl
- Migchelbrink, F. (2000). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP
- Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: SWP
- Moore, D., & McCabe, G. (2005). *Statistiek in de praktijk*. Den Haag: SDU Uitgevers
- Nederlandse encyclopedie (2017). Begrip. Opgehaald op 3-5-2017 van www.encyclo.nl
- Nederlands Jeugd Instituut. (2015). Online hulp. Opgevraagd op 25-2-2017 van www.nji.nl
- Negroponte, N. (1999). *Digitaal leven*. Amsterdam: Prometheus.
- Nikken, P. (2007). *Online hulp verdient nog veel aandacht. Een verkenning naar het hulpaanbod voor jeugdigen in Nederland*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut
- Novadic Kentron (2016). Middelen en verslaving. Opgehaald op 3-5-2017 van www.novadi-kentron.nl
- NOS. (2012). *Online hulp voor 200.000 mensen*. Opgevraagd op 20-2-2017 van www.nos.nl
- NuStoppenMetRoken. (z.j.). Aangekomen na stoppen met roken. Opgevraagd op 15-5-2017 van www.nustoppenmetroken.nl
- Omring (z.j.). Dagbesteding. Opgehaald op 3-5-2017 van www.omring.nl
- Peters, H. (2006). *Handboek stem-, spraak- en taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Postel, M. G. (2011). *Well connected. Web-based treatment for problem drinkers*. Enschede: Gildeprint Drukkerijen

- Pereplechikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4), 365-383.
- Rigter, J. (1998). *Het palet van de psychologie*. Bussum: Coutinho
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization
- Schalken, F. & Wolters, W. (2010). *Handboek online hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Schalken, F. (2013). *Handboek online hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Siemer, L., Pieterse, M. E., Brusse-Keizer, M. G., Postel, M. G., Ben Allouch, S. B., & Sanderman, R. (2016). Study protocol for a non-inferiority trial of a blended smoking cessation treatment versus face-to-face treatment. (LiveSmokefree-Study). *BMC public health*, 16(1), 1187.
- Sluis, H. (2016). Hogere levensverwachting vrouw mogelijk genetisch bepaald. Opgevraagd op 12-5-2017 van www.denationalezorgcourant.nl
- Stalenhoef, A. (2009). Het bevorderen van therapietrouw. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning* (4) 173-176
- Staveren, van, R. (2013). Medicatietrouw bevorderen met patiëntgerichte communicatie. *Huisarts & Wetenschap* (9) 472-475
- Smets, E., Nieuwekerk, P., Hoos, A. (2006). *Medische psychologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Swaen, B. (2014). Wat is interne validiteit? Opgevraagd op 7-3-2017 van www.scribbr.nl
- Swaen, B. (2014). Wat is SPSS en 3 voorbeelden waarom je SPSS gebruikt? Opgevraagd op 26-2-2017 van www.scribbr.nl
- TherapietrouwMonitor. (2017). Methodologische verantwoording. Opgevraagd op 14-4-2017 van www.therapietrouwmonitor.nl
- Tijhuis, M., Flap, H., Foets, M. & Groenewegen, P. (1994). Kenmerken van sociale relaties. *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg*, 72 (7), 341-351.
- Van Dale. (2016). *Groot woordenboek van de Nederlandse taal*. Utrecht: Van Dale Lexicografie.
- Van der Zee, F. (2016). Externe validiteit of generaliseerbaarheid. Opgevraagd op 7-3-2017 van www.hulpbijonderzoek.nl
- Van Onzenoort, H. (2012). Therapietrouw. Opgevraagd op 3-4-2017 van www.geneesmiddelenbulletin.com
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Boom Lemma Uitgevers: Den Haag
- Verschuren, P. & Doorewaard, H. (2015). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Boom Lemma Uitgevers: Amsterdam
- Warmerdam, L., Straten, A. van, Riper, H. & Cuijpers, P. (2010). Cost-Utility and Cost-Effectiveness of Internet-Based Treatment for Adults With Depressive Symptoms: Randomized Trial. Opgevraagd van: www.jmir.org

Westman, E. C., Behm, F. M., Simel, D. L., & Rose, J. E. (1997). Smoking behavior on the first day of a quit attempt predicts long-term abstinence. *Archives of Internal Medicine*, 157(3), 335-340.

Wetter, D.W., Fiore, M.C., Young, T.B., McClure, J.B., de Moor. C.A., Baker, T.B. (1999). Gender differences in response to nicotine replacement therapy: Objective and subjective indexes of tobacco withdrawal. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7(2), 135-44.

Wilhelmsen, M., Lillevoll, K., Bech Risør, M., Høifødt, R., Johansen, M., Waterloo, K., Eisemann, M. & Kolstrup, N. (2013). Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural treatment using blended care: a qualitative study. Opgevraagd op 14-2-2017 van www.bmcpsychiatry.nl

BIJLAGE 1 MODELOVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT

BIJLAGE 2 VOORBEELD VAN DATABASE

variable	description	operationalisation			
RA#	randomisationnumber		1	53	4
days_reg_smokingdiary	number of days that a patient filled in in registry of smoking diary	in RdB: count the days where the patient	79	2	84
entries_mom_smokingdiary	number of entires in the moment descriptions of smoking diary	in RdB: number of entries in the print version of the moment descriptions of smoking diary (copy to pdf, than excel, sort from a to z, scroll down)	534	428	941
on_goalsetting	wether or not the the goal setting feature was part of the face to face session (confounded by counselor fidelity)	in DSV: check if counselor discussed content of session 1 goalsetting information (1=yes, 0=no)	1	1	1
use_goalsetting	wether or not the patient used the goal setting feature at RdB	in RdB: check if patient filled in a least one character in goal setting feature (1=yes, 0=no)	1	1	1
on_selfcontrol_f2f	wether or not selfcontrol information was part of the face to face seession (confounded by counselor fidelity)	in DSV: check if counselor discussed content of session 2 selfcontrol information (1=yes, 0=no)	1	0	1
use-selfcontrol	wether or not the patient used the selfcontrol information at RdB (confounded by counselor fidelity)	in RdB: check if counselor mentions discussion of homework such as selfcontrol OR patient reacted to email (1=yes, 0=no)	1	1	1
f2f_craving	wether or not craving was part of the face to face session (confounded by counselor fidelity)	in DSV: check if counselor discussed content of session 3 craving (1=yes, 0=no)	1	0	1
use_craving	wether or not the patient used the dealing with craving information at RdB (confounded by counselor fidelity)	in RdB: check if patient reacted to the email "Omgaan met trek" (1=yes, 0=no)	0	0	1
use_tempt	wether or not the patient used the dealing with tempters feature at RdB (confounded by counselor fidelity)	in RdB: check if patient reacted to the email "Omgaan met uitlokkers" OR in RdB check if patient reacted to email "Omgaan met uitlokkers" (1=yes, 0=no)	1	1	1
f2f_thinkabout	wether or not the content to think about information was part of the face to face session (confounded by counselor fidelity)	nn DSV: check if counselor discussed content of session 5 think about (1=yes, 0=no)	1	1	0
use_thinkabout	wether or not the patient used the content to think about information at RdB (confounded by counselor fidelity)	in RdB: check if patient reacted to the email "Stof tot nadenken" (1=yes, 0=no)	1	0	0
f2f_think_diff	wether or not the content think differently was part of the face tot face session (confounded by counselor fidelity)	in DSV: check if counselor discussed content of session 6 think differently (1=yes, 0=no)	1	1	1
use_think_diff	wether or not the patient used the think differently feature at RdB	in RdB: check if patient filled in a least one character in think differently feature (1=yes, 0=no)	1	1	1
f2f_do_diff	wether or not the content do differently was part of the face tot face session (confounded by counselor fidelity)	in DSV: check if counselor discussed content of session 7 do differently (1=yes, 0=no)	1	0	0
use-do_diff	wether or not the patient used the do differently feature at RdB	in RdB: check if patient filled in a least one character in do differently feature (1=yes, 0=no)	1	0	1
f2f_actionplan	wether or not the content actionplan was part of the face tot face session (confounded by counselor fidelity)	in DSV: check if counselor discussed content of session 8 actionplan (1=yes, 0=no)	0	1	1
use_actionplan	wether or not the patient used the actionplan feature at RdB	in RdB: check if patient filled in a least one characters in actionplan feature (1=yes, 0=no)	1	1	1
#co_sessions	number of f2f-sessions where a CO-measurement was done (confounded by counselor fidelity)	in DSV: counting up the sessions where the counselor recorded a CO measurement	3	5	4

BIJLAGE 3 TABELLEN UITKOMSTEN SPSS

Tabel 1: Significante verschillen

Persoonkenmerken	Therapietrouw	Niet terapietrouw	P- waarde
Geslacht, n (%)	14 (100%)	56 (100%)	0.04*
<i>Man</i>	11 (78,6%)	27 (48,2%)	
<i>Vrouw</i>	3 (21,4%)	29 (51,8%)	
Sociaal modelleren, gemiddelde (SD)	1.11 (1.04)	1.89 (1.32)	0.04*
Gezondheidsklachten, gemiddelde (SD)	9.43 (4.67)	13.7(7.12)	0.04*
Gezondheid + rook gerelateerde klachten, gemiddelde (SD)	27 (11.44)	36.23 (14.8)	0.03*

Tabel 2: Continue variabelen

Persoonkenmerken	Therapietrouw	Niet terapietrouw	P- waarde
Leeftijd, gemiddelde (SD)	50.6 (11.9)	44.6 (14,1)	0,15
Positieve houding, mediaan (IQR)	2.4 (2.0, 2.6)	2.5 (2.0, 3.0)	0.58
Negatieve houding, mediaan (IQR)	-1.3 (-1.5, -0.9)	-1.5 (-2.4, -1.0)	0.21
Zelf effectiviteit, gemiddelde (SD)	0.0 (0.82)	-0,23 (0.94)	0.41
Sociale steun, gemiddelde (SD)	1.11 (1.04)	1.89 (1.32)	0.04*
Gezondheidsklachten, gemiddelde (SD)	9.43 (4.67)	13.7(7.12)	0.04*
Gezondheid + rook gerelateerde klachten, gemiddelde (SD)	27 (11.44)	36.23 (14.8)	0.03
Depressie, mediaan (IQR)	4.0 (1.5, 13.0)	6.0 (2.0, 11.5)	0.95
Angst, mediaan (IQR)	3.0 (2.0, 6.0)	6.0 (2.0, 11.5)	0.24
Stress, mediaan (IQR)	5.0 (1.5, 13.5)	9.0 (4.0, 16.0)	0.18
DASS totaal, mediaan (IQR)	14.0 (4.0, 32.5)	22.0 (12.0, 32.0)	0.25
Kwaliteit van leven (VAS), mediaan (IQR)	70.0 (62.5, 80.0)	70.0 (55.75, 80.00)	0.76
EQ5D intake	0.8 (0.73, 1.0)	0.8 (0.7, 1.0)	0.19
Internet vaardigheden (SD)	37.93 (4.7)	37.73 (6.21)	0.91

Tabel 3: Nominale variabelen

Persoonkenmerken	Therapietrouw	Niet terapietrouw	P
Geslacht, n (%)	14 (100%)	56 (100%)	0.04
Man	11 (78,6%)	27 (48,2%)	
Vrouw	3 (21,4%)	29 (51,8%)	
Burgelijke staat, n (%)	14 (100%)	56 (100%)	0.20
Gehuwd	11 (78,6%)	23 (41,1%)	
Ongehuwd	0 (0,0%)	9 (16,1%)	
Gescheiden	1 (7,1%)	9 (16,1%)	
Samenwonend	2 (14,3%)	11 (19,6%)	
Weduwe/weduwenaar	0 (0,0%)	3 (5,4%)	
Ander, namelijk...	0 (0,0%)	1 (1,8 %)	
Woonsituatie, n (%)	14 (100%)	56 (100%)	0.32
Ik woon alleen	1 (7,1%)	11 (19,6%)	
Ik woon samen met een partner	7 (50%)	21 (37,5%)	
Ik woon samen met een partner en kind(eren)	6 (42,9%)	15 (26,8%)	
Ik woon bij mijn ouder	0 (0,0%)	7 (12,5%)	
Anders, namelijk...	0 (0,0%)	2 (3,6 %)	
Inkomen, n (%)	14 (100%)	56 (100%)	0.43
Loon, zelfstandige, eigen bedrijf	11 (78,6%)	26 (46,4%)	
AOW, pensioen, VUT	1 (7,1%)	5 (8,9%)	
WW/ Bijstandsuitkering	1 (7,1%)	6 (10,7%)	
WAO uitkering	0 (0,0%)	6 (10,7%)	
Studiefinanciering	0 (0,0%)	2 (3,6%)	
Geen eigen inkomen	1 (7,1%)	5 (8,9%)	
Anders, namelijk...	0 (0,0%)	6 (10,7%)	
Dagbesteding, n (%)	14 (100%)	56 (100%)	0.57
Betaald werk	10 (71,4%)	25 (44,6%)	
Vrijwilligers werk	0 (0,0%)	3 (5,4%)	
Studeren, naar school gaan of stage lopen	0 (0,0%)	2 (3,6%)	
Huishouding	2 (14,3%)	9 (16,1%)	
Zorg voor kinderen + huishouding	1 (7,1%)	9 (16,1%)	
Geen	0 (0,0%)	5 (8,9%)	
Anders, namelijk...	1 (7,1%)	3 (5,4%)	
Opleiding (hoogst afgerond), n (%)	14 (100%)	56 (100%)	0.58
Basisschool	0 (0,0%)	5 (8,9%)	
LBO/MAVO/VMBO	6 (42,9%)	15 (26,8%)	
HAVO/VWO	1 (7,1%)	2 (3,6%)	
MBO	4 (28,6%)	21 (37,5%)	
HBO	2 (14,3%)	9 (16,1%)	
WO	1 (7,1%)	1 (1,8%)	
Anders, namelijk...	0 (0,0%)	3 (5,4%)	
Aanleiding om behandeling te starten, n (%)	14 (100%)	56 (100%)	0.37
Ik wil advies	0 (0,0%)	1 (1,8%)	
Ik vind zelf dat ik niet zou moeten roken	8 (57,1%)	23 (41,1%)	
Anderen vinden dat ik niet zou moeten roken	0 (0,0%)	3 (5,4%)	
Ik maak mij zorgen over mijn gezondheid	1 (7,1%)	13 (23,2%)	
Ik moet stoppen op medisch advies	3 (21,4%)	14 (25,0%)	
Anders, namelijk	2 (14,3%)	2 (3,6%)	
Zijn er eerdere stoppogingen gedaan, n (%)	14 (100%)	56 (100%)	0,63
Ja	11 (78,6%)	47 (83,9%)	
Nee	3 (21,4%)	9 (16,1%)	

Gebruik van medicatie		14 (100%)	56 (100%)	0.90
	<i>Ja</i>	6 (42,9%)	23 (41,1%)	
	<i>Nee</i>	8 (57,1%)	33 (58,9%)	
Verslavingsmedicatie		14 (100%)	56 (100%)	*
	<i>Ja</i>	0 (0%)	0 (0%)	
	<i>Nee</i>	14 (100%)	56 (100%)	
Psychische medicatie		14 (100%)	56 (100%)	0.63
	<i>Ja</i>	3 (21,4%)	9 (16,1%)	
	<i>Nee</i>	11 (78,6%)	47 (83,9%)	
Lichamelijke medicatie		14 (100%)	56 (100%)	0.28
	<i>Ja</i>	4 (28,6%)	25 (44,6%)	
	<i>Nee</i>	10 (71,4%)	31 (55,4%)	
Medicatie voor andere aandoeningen		14 (100*)	56 (100%)	0.14
	<i>Ja</i>	4 (28,6%)	7 (12,5%)	
	<i>Nee</i>	10 (71,4%)	49 (87,5%)	

BIJLAGE 4 EVALUATIEFORMULIER OPDRACHTGEVER

EVALUATIE ONDERZOEKSOPDRACHT	
STUDENTGEGEVENS	
Naam	Martine Heijink, Annika Steen, Aileen Bruins
Onderwerp bacheloronderzoek	Therapietrouwheid binnen de Blended Smoking Cessation Treatment
Opleiding	SPH
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam organisatie + afdeling	Saxion, Research group Technology Health & Care
Onderzoeksbegeleider	Lutz Siemer
Adres	M.H. Tromplaan 28
Postcode/woonplaats	Postbus 70.000/ 7513 AB
Telefoonnummer	
Email	
Datum	15-5-2017

Hieronder kunt u aangeven wat uw mening is over het bacheloronderzoek.

1. Graag uw mening over het product dat het bacheloronderzoek heeft opgeleverd (aankruisen wat van toepassing is):

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Inhoud (duidelijk, juiste weergave van feiten, voldoende diepgang etc.)			X	
Argumentatie (m.n. conclusies en aanbevelingen)		X		
Bereiken van de afgesproken doelen				X

Bruikbaarheid voor de organisatie			X	
<i>Heeft u aanvullende opmerkingen over de opdracht? (bijvoorbeeld welke nieuwe gezichtspunten heeft het opgeleverd) Vermeld ze dan hieronder:</i>				
For the evaluation of the collaboration I asked the students to send me their ideas: This is wat they said: “In het begin schrokken we van de grote aantallen dossiers en de beperkte tijd die we daarvoor hadden. We hadden beter in oplossingen moeten denken, in plaats van negatief te denken. Binnen het uitvoeren en uitschrijven van het onderzoek hebben er wat wisselingen plaats gevonden als het gaat om de deelvragen. Van de originele 5 deelvragen zijn er maar 3 beantwoord. Dit kwam onder andere doordat er weinig significante persoonlijkheidskenmerken naar voren zijn gekomen. Ook werd duidelijk dat de daadwerkelijke resultaten geen antwoord gaven op de deelvragen die veranderd zijn. Bij deze deelvragen betrof het meer een mening en een discussie punt. De 2 deelvragen die wel onderzocht werden in het onderzoek zijn echter diepgaand beschreven, hierin is gebruik gemaakt van veel literatuur op tot een optimale onderbouwing te komen.” Concerning the sub questions that could not be answered based on the collected data, the students could also go for an educated discussion based on literature, instead of dropping these questions.				

2. Graag uw mening over de wijze waarop het bacheloronderzoek tot stand is gekomen:

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Samenwerking tussen studenten (o.a. taakverdeling)				X
Samenwerking studenten vs. organisatie			X	
Zelfstandigheid studenten			X	
Effectiviteit van werken van studenten			X	
Omgaan met afspraken/planning			X	
Communicatie van studenten			X	
Afronding van de opdracht door studenten			X	
<i>Heeft u aanvullende opmerkingen over de wijze waarop de opdracht tot stand is gekomen? (bijvoorbeeld individuele inbreng in geval van groepen / de mate, waarin de uitvoering binnen de organisatie heeft plaatsgevonden, etc).</i>				

For the evaluation of the collaboration I asked the students to send me their ideas: This is what they said:

“Regelmatig vond er contact plaats met de opdrachtgever/ organisatie. Dit was vooral in de begin fase van het onderzoek om zo duidelijke kaders te vormen en naar de wensen van de opdrachtgever/ organisatie het onderzoek vorm te geven. De onderlinge samenwerking verliep goed. Ieder hield zich aan de afgesproken afspraken waardoor we netjes volgens de planning aan het werk zijn geweest. We probeerde elkaar te helpen waardoor we veel werk konden verzetten in korte tijd. Motiveerde elkaar en gaven elkaar waarnodig feedback.”

I enjoyed working with the students. They acted “fast”, motivated, driving and worked autonomously. It would have been nice to have more time for in-depth discussion of the outcomes.