

Het effect van de gezondheidstoestand op sociale steun

Een vergelijking tussen vrouwen met kanker, vrouwen met chronische aandoeningen en gezonde vrouwen

Mieke Rijken, Ivan H. Komproe, Wynand J.G. Ros, Jacques A.M. Winnubst en Harm 't Hart*

Summary

The impact of health status on social support: A comparison of women with cancer, women with chronic ailments and healthy women

In this study we examined the impact of health status on the amount of social support received, and on the perceived availability of social support. This was done by assessing the support received and the availability of support of three samples (75 women recently diagnosed with cancer, 72 women with chronic ailments and 91 healthy women). Women recently diagnosed with cancer received more emotional and instrumental support than women with chronic ailments. After six months, these differences disappeared. Healthy women received the least support. The three groups did not differ in the amount of available support, although there was a trend of cancer patients indicating more and chronically ill women indicating less support at their disposal.

Inleiding

De afgelopen twee decennia is veel onderzoek verricht bij uiteenlopende populaties naar de rol van sociale relaties in de handhaving of het herstel van het fysiek en psychologisch welbevinden (e.g. De Ridder & Schreurs, 1994; Schwarzer & Leppin, 1991; Weiss, 1974). Onderzoek op het gebied van sociale steun heeft inmiddels aangetoond, dat conclusies over de effectiviteit van sociale steun veelal samenhangen met de wijze waarop sociale steun gedefinieerd en geoperationaliseerd is. Weinig bemoedigende resultaten zijn beschreven wanneer algemene, niet-specifieke operationalisaties van sociale steun werden gebruikt (Wortman, 1984; Helgeson, 1993). Cohen en Wills (1985) stellen dat specifieke omstandigheden specifieke vormen van sociale steun vereisen. De effectiviteit van sociale steun moet derhalve gerelateerd worden aan specifieke omstandigheden en specifieke vormen van steun (Cutrona, 1990; Helgeson, 1993).

Inmiddels is het gebruikelijk om meerdere *soorten* sociale steun te onderscheiden op basis van de functie van de ondersteuning. Er zijn vele indelingen van

* De auteurs waren ten tijde van het onderzoek verbonden aan de Universiteit Utrecht, Faculteit Geneeskunde en Faculteit Sociale Wetenschappen. Correspondentieadres: M. Rijken, Vaartsestraat 190, 3511 TG Utrecht.

estand op

er, vrouwen

vrouwen

; A.M. Winnubst en

ison of women with

the amount of social support. This was of support of three women with chronic ail- with cancer received with chronic ailments. women received the of available support, re and chronically ill

iteenlopende popula-
merstel van het fysiek
, 1994; Schwarzer &
sociale steun heeft in-
i sociale steun veelal
rd en geoperationali-
wanneer algemene,
gebruikt (Wortman,
ificieke omstandighe-
activiteit van sociale
andigheden en speci-

steun te onderschei-
vele indelingen van

versiteit Utrecht, Faculteit
dentieadres: M. Rijken,

soorten sociale steun bekend (e.g. Van Sonderen, 1991; Wortman, 1984). Deze indelingen variëren van een tweedeling in emotionele versus instrumentele steun (e.g. Thoits, 1982) tot indelingen met vijf of meer typen steun (e.g. Van Sonderen, 1991). Bij deze laatste indelingen wordt het begrip sociale steun ruim opgevat, waardoor ook negatieve transacties of sociale integratie als soorten steun worden beschouwd. In deze studie wordt uitgegaan van een engere definitie van sociale steun, waarin sprake is van een uitwisseling van hulpbronnen tussen tenminste twee personen die bedoeld is om het welbevinden van de ontvanger te bevorderen (Shumaker & Brownell, 1984). Uitgaande van deze enge definitie kunnen vier soorten sociale steun worden onderscheiden, analoog aan de indeling van House (1981). Het betreft: 1 emotionele steun (gedrag dat vertrouwen en liefde overbrengt), 2 waarderingssteun (gedrag dat waardering over het functioneren van de persoon toont), 3 instrumentele steun (materiële of andere feitelijke hulp), en 4 informatieve steun (het geven van informatie en advies).

Behalve dat het belangrijk is om verschillende soorten sociale steun te onderscheiden, is het eveneens noodzakelijk om verschillende *disposities* van sociale steun te onderscheiden (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990; Komproe, Rijken, Ros, et al., 1996). In dit verband lijkt het onderscheid tussen de daadwerkelijk ontvangen steun en de beschikbaar geachte steun zinvol. Dit onderscheid is empirisch bevestigd door de gevonden twee-factor modellen en de lage intercorrelaties tussen deze disposities van sociale steun (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990). Bovendien zijn de effecten van deze disposities van steun op het welbevinden verschillend (Barrera, 1986; Komproe et al., 1996).

Het is bekend dat van het ontvangen van sociale steun niet louter gunstige effecten uitgaan (e.g. Coyne, Wortman & Lehman, 1988); in een bepaalde situatie de 'verkeerde' steun ontvangen kan veel afbreuk doen aan het welbevinden en zelfs het ontvangen van de 'goede' steun heeft soms negatieve bijverschijnselen, zoals bijvoorbeeld aantasting van de autonomie van een persoon of het ontstaan van afhankelijkheid en schuldgevoelens (e.g. Barrera, 1986; Dunkel-Schetter & Bennett, 1990). Daarentegen lijkt het kunnen beschikken over sociale steun uitsluitend gunstige effecten te hebben op het welbevinden (e.g. Baron, Cutrona, Hicklin et al., 1990; Barrera, 1986; Connell & D'Augelli, 1990). Echter, het is duidelijk dat in sommige situaties het idee over steun te kunnen beschikken niet volstaat, maar dat de steun daadwerkelijk gemobiliseerd moet worden. Dit kan het geval zijn bij de manifestatie van een ziekte of aandoening.

Hoewel veel onderzoekers zich gebogen hebben over de vraag of en zo ja, onder welke omstandigheden sociale steun effectief is, is relatief weinig onderzoek gericht naar de vraag onder welke omstandigheden sociale steun wordt aangeboden of gezocht (De Ridder & Schreurs, 1994). De kennis dat een bepaalde vorm van steun onder bepaalde omstandigheden effectief is, maakt het eveneens noodzakelijk om na te gaan of die steun voor de betreffende personen ook aanwezig is. In de hier beschreven studie wordt daarom ingegaan op de factoren die van invloed zijn op het aanbod van sociale steun.

Het is bekend dat sommige persoonlijkheidseigenschappen de sociale steun die mensen ondervinden beïnvloeden, zoals de behoefte aan affiliatie en autonomie, sociabiliteit en de beheersingsoriëntatie (Cohen, Mermelstein, Kamarck et al., 1985; Gottlieb, 1985; Sarason & Sarason, 1985). Ook sociale vaardigheden zijn van invloed op de mate, waarin men steun ontvangt of ter beschikking heeft (Ros, 1990). Bovendien spelen copingstijlen een rol; mensen die geneigd zijn om steun te zoeken bij anderen zijn beter in staat om hun sociale netwerk uit te breiden en sociale steun te ontvangen dan mensen die hiertoe minder geneigd zijn (Janssen, 1992; Dunkel-Schetter, Folkman & Lazarus, 1987).

Naast deze persoonsgebonden kenmerken is ook de situatie waarin mensen

zich bevinden van invloed op de mate, waarin zij sociale steun ontvangen of ter beschikking hebben. Het doel van deze studie is om inzicht te krijgen in de rol die de *gezondheidstoestand* speelt in het beschikken over sociale steun en het ontvangen van sociale steun.

Ten aanzien van de betekenis van de gezondheidstoestand als determinant van het beschikken en ontvangen van sociale steun wordt uitgegaan van drie veronderstellingen. In de eerste plaats wordt verondersteld dat de *beschikbaarheid* van sociale steun samenhangt met de kwantiteit en de kwaliteit van de sociale relaties die men heeft. Deze gedachtengang is gebaseerd op de ideeën van Weiss (1974). Volgens Weiss zou elk individu verschillende sociale relaties moeten hebben, waardoor de persoon over verschillende 'sociale provisies' kan beschikken. Deze sociale provisies zouden elk een eigen bijdrage aan het welbevinden leveren; het ontbreken van een bepaalde provisie zou tot een specifiek gevoel van onbehagen leiden. Het besef dat deze sociale provisies kunnen worden aangewend verwijst naar het begrip beschikbaarheid van steun (Cutrona & Russell, 1987). De beschikbaar geachte sociale steun is dus primair gebaseerd op de waarneming van de eigen sociale relaties en minder afhankelijk van bepaalde omstandigheden, zoals het wel of niet gezond zijn.

Daarentegen wordt verondersteld dat het *ontvangen* van sociale steun veel meer bepaald wordt door de omstandigheden, waarin men zich bevindt. Bij een slechtere gezondheid zal in het algemeen de behoefte aan sociale steun groter zijn dan bij een goede gezondheid. Wanneer deze behoefte wordt gesignaleerd én gelegitimeerd door de sociale omgeving, leidt dit tot het ontvangen van sociale steun. Dit laatste heeft mogelijk te maken met de *aard* van de aandoening waaraan men lijdt (De Ridder & Schreurs, 1994). Zo zal borstkanker meer steun 'oproepen' dan bijvoorbeeld reuma, omdat kanker vanwege het levensbedreigende karakter als een ernstiger ziekte wordt beschouwd. Daarnaast speelt de *duur* van de ziekte waarschijnlijk een rol. Bij aanvang van een ziekte zal men in het algemeen op meer steun kunnen rekenen dan wanneer de ziekte voortduurt. De aandacht van de sociale omgeving verslapt na verloop van tijd, omdat van de patiënt wordt verwacht dat deze het 'normale' leven weer gaat oppakken (Taylor, 1987).

De derde veronderstelling is dat bij het lijden aan een chronische ziekte de omvang van het *sociale netwerk* zal afnemen, bijvoorbeeld omdat men niet meer in staat is sociale relaties te onderhouden (Janssen, 1992). Dit impliceert dat mensen die aan een chronische aandoening lijden over minder steun beschikken en hierdoor minder steun ontvangen. Overigens blijkt dat de 'uitval' uit het sociale netwerk vooral in het eerste jaar relatief groot is, waarna stabilisatie optreedt. Smith en Wallston (1992) tonen aan dat de omvang van het sociale netwerk van reumapatiënten gedurende één jaar redelijk stabiel blijft. Bovendien blijkt de omvang van het sociale netwerk meer verband te houden met de ervaren beschikbare steun dan met de ontvangen steun (De Ridder & Schreurs, 1994).

In deze studie onderzochten wij de hoeveelheid ontvangen steun en de beschikbaar geachte steun van vrouwen van middelbare en oudere leeftijd in verschillende gezondheidssituaties gedurende één jaar. Wij kozen voor een groep vrouwen bij wie recent de diagnose kanker was gesteld, een groep vrouwen die reeds langere tijd aan diverse chronische aandoeningen lijden en een groep gezonde vrouwen.

Op basis van de eerder beschreven veronderstellingen over de invloed van de gezondheidstoestand op de *ontvangen steun* werden de volgende hypothesen geformuleerd:

- 1 Vrouwen met kanker ontvangen meer steun dan vrouwen met chronische aandoeningen of gezonde vrouwen.
- 2 Vrouwen met kanker ontvangen na verloop van tijd minder steun dan aan het begin van hun ziekte.

3 De hoeveelheid steun die vrouwen met chronische aandoeningen en gezonde vrouwen ontvangen blijft stabiel gedurende een jaar.

Ten aanzien van de invloed van de gezondheidstoestand op de *beschikbare steun* werd eveneens een drietal hypothesen geformuleerd:

4 Vrouwen met chronische aandoeningen beschikken over minder steun dan vrouwen met kanker en gezonde vrouwen.

5 Vrouwen met kanker verschillen niet van gezonde vrouwen in de mate waarin zij over steun kunnen beschikken.

6 De hoeveelheid steun waarover vrouwen met kanker, vrouwen met chronische aandoeningen en gezonde vrouwen beschikken blijft stabiel gedurende een jaar.

Opgemerkt moet worden dat in deze studie de betekenis van de gezondheidstoestand voor het krijgen van of het beschikken over sociale steun werd onderzocht en niet de rol van persoonsgebonden kenmerken. Deze laatste kenmerken zijn verantwoordelijk voor de verschillen tussen individuen *binnen* de drie groepen, maar wij veronderstellen dat zij geen verband houden met de verschillen *tussen* de drie groepen vrouwen.

Methode

Respondenten

De onderzoeksgroep bestond uit 238 vrouwen tussen 50 en 80 jaar. 75 van hen waren recent gediagnostiseerd met borstkanker of dikke darmkanker. Zij werden enige dagen na hun operatie in diverse ziekenhuizen benaderd. De andere vrouwen vormden een aselechte steekproef van vrouwen tussen 50 en 80 jaar ingeschreven in de bevolkingsregisters van gemeenten uit de regio's, waarin de ziekenhuizen gelegen waren. Alle vrouwen ontvingen schriftelijke informatie over het onderzoek en werden schriftelijk of telefonisch gevraagd om deelname. Dit leidde tot een responspercentage van 50% bij de kankerpatiënten en 30% bij de vrouwen uit de algemene bevolking¹.

De groep vrouwen die via de bevolkingsregisters was geworven werd voor deze studie gesplitst in een groep gezonde vrouwen (N=91) en een groep vrouwen die aan een chronische aandoening lijden (N=72). Het betrof met name hypertensie, artrose, reumatoïde artritis, osteoporose, lage rugpijn en diabetes mellitus.

In Tabel 1 zijn enkele sociaal-demografische kenmerken van de drie groepen vrouwen weergegeven. De groep gezonde vrouwen was significant jonger dan de groep vrouwen met een chronische aandoening en de groep kankerpatiënten ($F(2,235) = 5.16, p < .01$; Scheffé-toets met $p = .05$). Gegeven het feit dat de prevalentie van chronische aandoeningen (en ook van borst- en dikke darmkanker) toeneemt met de leeftijd, is dit niet verrassend. De drie onderzoeksgroepen verschilden niet significant in burgerlijke staat ($\chi^2(6) = 4.24, n.s.$), het hebben van kinderen ($\chi^2(2) = 2.32, n.s.$), opleidingsniveau ($\chi^2(4) = 4.49, n.s.$) en woonsituatie ($\chi^2(8) = 11.70, n.s.$).

Meetinstrumenten

Alle deelnemende vrouwen ontvingen een gestructureerde vragenlijst zo spoedig mogelijk na aanmelding voor het onderzoek (T1), een half jaar (T2) en een jaar later (T3). De vragenlijsten bevatten onder andere instrumenten voor het meten van de daadwerkelijk ontvangen sociale steun en de beschikbaar geachte sociale steun.

Ontvangen sociale steun. Voor het meten van de ontvangen sociale steun is gebruik gemaakt van drie subschalen uit de 'Sociale Steun Lijst-Interacties' (SSL-I; Van Sonderen, 1991; 1993): 'Emotionele steun bij problemen' (acht items), 'Waar-

Tabel 1 Sociaal-demografische kenmerken van de onderzoeksgroepen

	gezond (N=91)	chron.aand. (N=72)	kanker (N=75)
<i>leeftijd</i>			
gemiddelde	58.4	61.6	61.7
s.d.	7.1	7.6	8.1
<i>burg.staat (%)</i>			
ongehuwd	8.8	8.3	14.7
gehuwd	65.9	70.8	58.7
gescheiden	9.9	9.7	8.0
weduwe	15.4	11.1	18.7
<i>kinderen (%)</i>			
wel	85.7	76.4	81.3
geen	14.3	23.6	18.7
<i>opleiding (%)</i>			
laag	40.7	53.7	36.8
middelbaar	45.3	35.8	47.1
hoog	14.0	10.4	16.2
<i>woonsituatie (%)</i>			
alleen	24.4	25.0	34.7
met partner	38.9	55.6	42.7
met partner & kind.	28.9	13.9	18.7
met kind(eren)	3.3	2.8	0.0
met anderen	4.4	2.8	4.0

deringssteun' (zes items) en 'Instrumentele steun' (vijf items). De SSL-I meet de frequentie van ondersteunende gedragingen van leden uit het gehele sociale netwerk. Voorbeelden van de geselecteerde items zijn: 'Hoe vaak gebeurt het dat men u een ruggesteuntje geeft?' (emotionele steun), 'Hoe vaak gebeurt het dat men u complimenten geeft?' (waarderingsteun) en 'Hoe vaak gebeurt het dat men u ergens heen brengt?' (instrumentele steun). Voor het meten van de ontvangen informatieve steun was geen subschaal van de SSL-I voorhanden. Daarom werd een zetal items uit de Inventory of Socially Supportive Behaviors (Barrera, Sandler & Ramsey, 1981) vertaald en aangepast (Komproe, Rijken, Hoeks et al., 1991). Deze items refereren aan het begrip 'guidance', zoals bijvoorbeeld het item 'Hoe vaak gebeurt het dat men suggereert wat u zou kunnen doen?' Cronbachs α 's in deze studie waren .92 (emotionele steun), .83 (waarderingsteun), .72 (instrumentele steun) en .77 (informatieve steun).

Beschikbare sociale steun. Voor het meten van de beschikbaar geachte sociale steun is gebruik gemaakt van een vertaling van de 'Social Provisions Scale' (Cutrona & Russell, 1987; Komproe et al., 1991). In dit onderzoek werden vier subschalen gebruikt, namelijk 'Attachment', 'Reassurance of worth', 'Reliable alliance' en 'Guidance'. Alle subschalen bestaan uit vier items, twee positief en twee negatief geformuleerd. De subschaal 'Attachment' meet de aanwezigheid van hechte persoonlijke relaties. 'Reassurance of worth' meet de aanwezigheid van relaties, waardoor men zich bevestigd of gewaardeerd voelt. De subschaal 'Reliable alliance' meet de aanwezigheid van sociale banden met mensen die praktische ondersteuning kunnen bieden. De subschaal 'Guidance' meet de aanwezigheid van relaties met mensen die als vertrouwenspersoon of adviseur fungeren. In deze studie spreken wij van respectievelijk beschikbare emotionele steun, waarderingsteun, instrumentele steun en informatieve steun, conform de labeling van

kanker (N=75)

61.7
8.114.7
58.7
8.0
18.781.3
18.736.8
47.1
16.234.7
42.7
18.7
0.0
4.0

de ontvangen steuntypen. Voorbeelden van de gebruikte items zijn 'Ik heb hechte relaties die mij een gevoel van veiligheid en welzijn verschaffen' (emotionele steun), 'Er zijn mensen die mijn talenten en vaardigheden bewonderen' (waarderingsteun), 'Er zijn mensen op wie ik kan rekenen in geval van nood' (instrumentele steun), en 'Er is niemand die ik om advies kan vragen in tijden van spanning' (informatieve steun). Cronbachs α 's waren .80 (emotionele steun), .72 (waarderingsteun), .73 (instrumentele steun) en .73 (informatieve steun).

Statistische procedure

Omdat de ontvangen steun en de beschikbare steun conceptueel aan elkaar verwant zijn – ontvangen steun kan worden beschouwd als gemobiliseerde beschikbare steun – werden eerst de Pearson-correlaties tussen de verschillende typen ontvangen en beschikbare steun berekend voor elke groep vrouwen afzonderlijk.

Vervolgens werden de effecten van de gezondheidstoestand van de vrouwen op de ontvangen steun en de beschikbare steun onderzocht door middel van multivariate variantie-analyse (MANOVA voor herhaalde metingen). Analooq aan de geformuleerde hypothesen werden afzonderlijke analyses uitgevoerd voor de ontvangen steun en de beschikbare steun. Voor beide disposities van steun werden analyses uitgevoerd met telkens vier afhankelijke variabelen: emotionele steun, waarderingsteun, instrumentele steun en informatieve steun.

De tussengroepsvariabele *gezondheidstoestand* heeft drie niveaus, namelijk kanker, chronische aandoening en gezond. Daarnaast werd op basis van de drie metingen met tussenpozen van een half jaar het effect van de binnengroepsvariabele *tijd* vastgesteld met behulp van verschilcontrasten. Multivariate significantietoetsen (Pillai-Bartlett) werden gebruikt voor het vaststellen van de effecten van de factoren gezondheidstoestand, tijd en van de interactieterm gezondheidstoestand x tijd. Indien de multivariate toetsen een *significant effect* van de genoemde factoren aangaven, werden de univariate toetsen die volgen op een multivariate toets nader beschouwd. Door middel van de univariate toetsen kon worden vastgesteld of het multivariate effect kon worden verklaard uit de effecten van de factoren op de afzonderlijke variabelen emotionele steun, waarderingsteun, instrumentele steun of informatieve steun. Bovendien werd nagegaan of de significante multivariate tijds- en interactie-effecten betrekking hadden op veranderingen op het tweede meetmoment ten opzichte van het eerste meetmoment of op veranderingen op het derde meetmoment ten opzichte van de twee voorgaande meetmomenten.

Een potentieel probleem bij deze analyses is het gegeven dat de gezondheidstoestand verslechtert, naarmate men ouder wordt. Verwacht mag worden dat in het algemeen een slechtere gezondheid meer steun oproept, terwijl naarmate men ouder wordt de steun mogelijk afneemt vanwege het wegvallen van mensen uit het sociale netwerk. Omdat de gemiddelde leeftijd van de vrouwen in de drie gezondheids categorieën niet gelijk is, kan het eventuele leeftijds-effect het effect van de gezondheidstoestand maskeren. Om hiervoor te corrigeren werden alle analyses uitgevoerd met leeftijd als covariaat².

Resultaten

In Tabel 2 zijn de gemiddelde scores van de vrouwen op de ontvangen steun-variabelen weergegeven. Tabel 3 bevat de gemiddelde scores op de beschikbare steun-variabelen. Deze tabellen met gemiddelde scores zullen worden gebruikt voor de inhoudelijke interpretatie van de effecten gevonden door middel van de variantie-analyses. In Tabel 4 zijn de Pearson-correlaties tussen de verschillende typen ontvangen en beschikbare steun vermeld.

Effect van gezondheidstoestand op sociale steun

Tabel 2 Gemiddelde scores op de variabelen ontvangen steun

	gezond (N=91)		chron.aand. (N=72)		kanker (N=75)	
	gemidd.	SD	gemidd.	SD	gemidd.	SD
<i>emotioneel</i>						
T1	13.86	3.85	15.08	3.97	19.96	5.61
T2	13.69	4.42	14.46	4.96	15.63	5.51
T3	13.57	4.37	15.19	5.12	15.96	5.07
<i>waardering</i>						
T1	13.00	3.30	13.04	3.30	13.33	3.97
T2	13.02	3.53	12.72	3.44	12.49	3.46
T3	12.53	3.32	12.90	3.45	12.57	3.80
<i>informatief</i>						
T1	9.98	2.53	9.92	2.82	11.28	3.21
T2	9.57	2.68	9.51	3.15	8.99	2.79
T3	9.34	2.72	9.57	3.14	9.00	2.79
<i>instrumenteel</i>						
T1	8.12	2.26	8.83	2.25	10.59	3.43
T2	7.92	2.23	8.29	2.64	8.80	2.92
T3	7.82	2.31	8.43	2.78	8.64	2.86

Tabel 3 Gemiddelde scores op de variabelen beschikbare steun

	gezond (N=91)		chron.aand. (N=72)		kanker (N=75)	
	gemidd.	SD	gemidd.	SD	gemidd.	SD
<i>emotioneel</i>						
T1	12.95	2.25	12.76	2.52	13.61	2.22
T2	12.90	2.21	12.90	2.47	13.32	2.13
T3	12.75	2.32	12.49	2.30	13.03	2.35
<i>waardering</i>						
T1	12.56	1.83	12.32	1.88	12.99	1.90
T2	12.64	1.91	12.22	1.88	12.93	1.88
T3	12.41	1.98	12.11	1.87	12.85	1.93
<i>informatief</i>						
T1	13.18	2.16	13.01	2.24	13.76	2.18
T2	13.04	2.19	13.00	2.30	13.12	2.27
T3	12.96	2.37	12.53	2.55	13.27	2.11
<i>instrumenteel</i>						
T1	13.84	2.04	13.42	2.05	14.39	1.73
T2	13.64	1.92	13.47	2.26	14.01	1.71
T3	13.67	2.07	13.04	1.92	14.13	1.77

Tabel 4

	ge en
T1	.0
T2	-.0
T3	.0

* p < .01

Tabel 4
schikba
zonde v
behalve
tweede.
sterkst :
belen bi
Bij de c
ontvang
groep vi
gen en b
In Tal

Tabel 5

Athank.
var.

ontv.
steun
beschik.
steun

Ontvan;
cant mi
(Tabel 6
emotior
de mees
zijn gee
vangen :
De co
ontvang
heeft of
niet op
dat men
Ook h
dat er v
wen ont
fect van
van de v
verschil
3³.

Tabel 4 Pearson-correlaties tussen de ontvangen en beschikbare steunvariabelen

	gezond				chron.aand				kanker			
	emo	waar	info	inst	emo	waar	info	inst	emo	waar	info	inst
T1	.07	.38**	.11	.13	.23	.56**	.15	.01	.50**	.56**	.28	.41**
T2	-.02	.32*	-.00	.05	.13	.28	.17	.09	.10	.35*	.20	.24
T3	.07	.26	.12	.09	.32*	.41**	.27	.16	.06	.32*	.21	.30*

* p < .01 ** p < .001

Tabel 4 toont aan dat de sterkte van de correlaties tussen de ontvangen en beschikbare steun-variabelen verband houdt met de gezondheidstoestand. Bij de gezonde vrouwen is er geen verband tussen de ontvangen en de beschikbare steun, behalve voor de ontvangen en beschikbare waarderingssteun op het eerste en tweede meetmoment. Dat de ontvangen en beschikbare waarderingssteun het sterkst met elkaar verband houden blijkt ook uit de correlaties tussen deze variabelen bij de vrouwen met chronische aandoeningen en de vrouwen met kanker. Bij de chronisch zieke vrouwen bestaat ook een significante correlatie tussen de ontvangen en beschikbare emotionele steun op het derde meetmoment. In de groep vrouwen met kanker zijn met name op het eerste meetmoment de ontvangen en beschikbare steun aan elkaar gecorreleerd.

In Tabel 5 en Tabel 6 zijn de resultaten van de variantie-analyses vermeld.

Tabel 5 Multivariate toetsen voor herhaalde metingen

Afhank. var.	gezondheid		leeftijd		tijd		gezondheid x tijd	
	F(8,464)	p	F(4,231)	p	F(8,228)	p	F(16,458)	p
ontv. steun	7.98	.000	9.23	.000	7.84	.000	4.06	.000
beschik. steun	1.92	.06	4.98	.001	2.19	.03	0.91	.56

Ontvangen steun. Uit Tabel 5 blijkt dat de factor *gezondheidstoestand* een significant multivariaat effect heeft op de ontvangen steun. Uit de univariate toetsen (Tabel 6) blijkt dat de drie groepen vrouwen verschillen in de mate, waarin zij emotionele steun en instrumentele steun ontvangen. Kankerpatiënten ontvangen de meeste emotionele steun en praktische hulp en gezonde vrouwen de minste. Er zijn geen significante univariate effecten van de gezondheidstoestand op de ontvangen waardering en informatieve steun.

De covariaat *leeftijd* heeft een significant multivariaat effect op de hoeveelheid ontvangen steun. De univariate toetsen laten zien dat leeftijd met name effect heeft op de ontvangen emotionele steun, waardering en informatieve steun, en niet op de ontvangen instrumentele steun. Voor de eerste drie typen steun geldt dat men deze minder ontvangt naarmate men ouder is.

Ook het multivariate *tijdseffect* is significant. Uit de univariate analyses blijkt dat er voor alle typen steun een significante afname is van de steun die de vrouwen ontvangen op het tweede meetmoment ten opzichte van het eerste. Het effect van het tweede contrast (meting 3 ten opzichte van meting 1 en 2) is in drie van de vier gevallen eveneens significant. Echter, dit wordt veroorzaakt door het verschil in de ontvangen steun tussen meting 1 en 3 en niet tussen meting 2 en 3.

Tabel 6 Univariate toetsen gevolgd op significante multivariate toetsen

Afhank. var.	B-S Factor: gezondheid F(1,234)= p=	Covariaat: leeftijd p=	W-S Factor: F(1,235)= T2-T1	tijd p= T3-T1/T2	Interactie: gezondheid x tijd F(2,235)= T2-T1	p= T3-T1/T2
<i>ontvangen steun</i>						
emotioneel	19.38 .000	15.26 .000	43.23 .000	4.57 .03	25.68 .000	6.80 .001
waardering	0.42 .66	20.26 .000	5.15 .02	2.63 .11	2.33 .10	0.82 .44
instrument	7.86 .000	0.25 .62	33.29 .000	10.97 .001	11.05 .000	4.42 .01
informatief	0.45 .64	10.56 .001	37.50 .000	14.03 .000	13.63 .000	3.51 .03
<i>beschikbare steun</i>						
emotioneel	-	15.02 .000	0.35 .56	10.74 .001	-	-
waardering	-	16.73 .000	0.06 .80	2.81 .10	-	-
instrument	-	6.52 .01	2.14 .15	3.29 .07	-	-
informatief	-	9.42 .002	5.48 .02	6.62 .01	-	-

J
sig
eff
ve
ser
gro
I
op
en
te
I
ste
ste
F
blij
ma
zijn
gel
F
sta
gro

Di

In
cia
ge
an
is.

tie
tie
sti
vr
te
ve
sc
kl
sc
w
st
de
va
w
v;
d;
te
v.
st

s;
c

De interactieterm *gezondheidstoestand x tijd* heeft eveneens een multivariaat significant effect op de ontvangen steun. De univariate toetsen laten zien dat dit effect betrekking heeft op de ontvangen emotionele, instrumentele en informatieve steun. Voor deze typen steun geldt dat de afname van de ontvangen steun tussen meting 1 en meting 2 bij de vrouwen met kanker groter is dan bij de andere groepen vrouwen.

Beschikbare steun. Het multivariate effect van de factor *gezondheidstoestand* op de beschikbare steun is niet significant. Vrouwen met kanker, chronisch zieke en gezonde vrouwen verschillen dus niet in de mate waarin zij denken over steun te beschikken.

De covariaat *leeftijd* heeft een multivariaat significant effect op de hoeveelheid steun die men ter beschikking heeft. Het effect heeft betrekking op alle typen steun. Oudere vrouwen beschikken over minder steun dan jongere vrouwen.

Het multivariate *tijdseffect* is eveneens significant. Uit de univariate toetsen blijkt dat het tijdseffect betrekking heeft op de beschikbare emotionele en informatieve steun. De hoeveelheid beschikbare emotionele steun blijkt met name te zijn afgenomen tussen meting 2 en 3. Voor de beschikbare informatieve steun geldt dat deze al op het tweede meetmoment minder was dan op het eerste.

Er is geen significant multivariaat effect van de interactieterm *gezondheidstoestand x tijd*. Dit betekent dat de eerder geconstateerde afnames voor alle drie groepen vrouwen in ongeveer gelijke mate gelden.

Discussie

In deze studie is de mate, waarin vrouwen van middelbare en oudere leeftijd sociale steun ontvangen en beschikbaar achten beschreven als een functie van de gezondheidstoestand en de tijd gedurende een jaar. De resultaten van de variantie-analyses voor herhaalde metingen tonen aan dat een dergelijke beschrijving zinvol is.

Een belangrijk aspect in de analyses betrof het onderscheiden van twee disposities van steun, de ontvangen steun en de beschikbaar geachte steun. De correlaties tussen de ontvangen steun- en de beschikbare steun-variabelen zijn in deze studie, evenals in de studies die Dunkel-Schetter en Bennett (1990) beschrijven, vrij laag. Dit onderstreept de veronderstelde onafhankelijkheid van beide concepten. Dat de concepten ontvangen steun en beschikbare steun toch ook aan elkaar verwant zijn, blijkt vooral uit de gevonden correlaties tussen de ontvangen en beschikbare steun bij de vrouwen met kanker op het eerste meetmoment. Een verklaring voor deze sterkere correlaties is dat de ontvangen steun kan worden beschouwd als gemobiliseerde beschikbare steun, maar ook dat men door het daadwerkelijk ontvangen van steun een nauwkeuriger beeld krijgt van de beschikbare steun. Omdat vooral bij de vrouwen met kanker kort na hun diagnose en behandeling mobilisatie van steun plaatsvindt, komen de scores op de variabelen ontvangen en beschikbare steun hier meer overeen dan bij de andere groepen vrouwen of op de andere meetmomenten. De relatief hoge correlaties tussen de ontvangen en beschikbare waarderingssteun kunnen te maken hebben met het feit dat dit type steun veel minder een vorm van 'crisis support' is dan de andere soorten steun en dus ook door niet-zieke vrouwen ontvangen wordt. Het ontvangen van waardering lijkt derhalve minder verband te houden met de gezondheidstoestand dan het ontvangen van de andere soorten steun.

Met betrekking tot de invloed van de gezondheidstoestand op de *ontvangen steun* werd verwacht dat vrouwen met kanker meer steun zouden ontvangen dan chronisch zieke en gezonde vrouwen (hypothese 1) en dat de steun die vrouwen

met kanker ontvangen na verloop van tijd zou afnemen (hypothese 2). Op basis van de resultaten van de variantie-analyse kan de eerste hypothese deels worden bevestigd. Kankerpatiënten ontvangen inderdaad de meeste emotionele en instrumentele steun, terwijl de gezonde vrouwen de minste steun ontvangen. Deze resultaten kunnen worden beschouwd als een weerlegging van de ideeën van Wortman (1984), die veronderstelt dat kankerpatiënten door hun familie en kennissen worden gemeden. Het is duidelijk dat ook de aard of de duur van de aandoening een rol speelt, want recent gediagnostiseerde kankerpatiënten ontvangen meer emotionele en instrumentele steun dan vrouwen die al langer met een chronische aandoening tobben. Hoewel het tijdseffect duidt op een algehele afname van de ontvangen sociale steun gedurende het onderzoek, zijn echt grote afnames alleen waarneembaar bij de kankerpatiënten op het tweede meetmoment ten opzichte van het eerste. De in eerste instantie verhoogde ontvangen emotionele en instrumentele steun bij kankerpatiënten neemt al binnen zes maanden af tot een niveau dat meer overeenkomt met de mate waarin de vrouwen met een chronische aandoening steun ontvangen. Dus, het hebben van kanker leidt alleen kort na de diagnose en de operatie tot het ontvangen van veel steun en na een half jaar niet meer. Dit laatste zou kunnen betekenen dat de behoefte aan sociale steun bij kankerpatiënten na een half jaar niet zo groot meer is of dat de aandacht van de sociale omgeving voor de kankerpatiënten na verloop van tijd wat verslapt.

Wat de ontvangen waardering en informatieve steun betreft, werden geen verschillen tussen de drie groepen vrouwen gevonden. Met betrekking tot waarderingssteun werd reeds opgemerkt dat het ontvangen van deze vorm van steun mogelijk minder verband houdt met het wel of niet ziek zijn. Het ontbreken van verschillen in de ontvangen informatieve steun tussen de drie groepen vrouwen is moeilijk verklaarbaar; het lijkt aannemelijk dat het zich bevinden in een nieuwe situatie, zoals dat voor de kankerpatiënten in deze studie geldt, meer informatieve steun oproept.

De derde hypothese betrof de stabiliteit van de hoeveelheid steun die chronisch zieke en gezonde vrouwen ontvangen gedurende één jaar. Hoewel het tijdseffect duidt op een algehele afname van de hoeveelheid ontvangen steun, blijkt uit de gevonden interactie-effecten dat deze afname zich met name bij de vrouwen met kanker voordoet. Nadere analyses tonen aan dat, wanneer de vrouwen met kanker buiten beschouwing worden gelaten, de tijds- en interactie-effecten niet langer significant zijn. Hiermee is de verwachte stabiliteit van de ontvangen steun bij chronisch zieke en gezonde vrouwen bevestigd.

Met betrekking tot de *beschikbare steun* werd verwacht dat de chronisch zieke vrouwen minder steun tot hun beschikking zouden hebben dan de vrouwen met kanker of de gezonde vrouwen (hypothese 4). Deze verwachting was gebaseerd op de veronderstelling dat chronisch zieken een kleiner sociaal netwerk hebben, omdat zij op den duur niet meer in staat zijn om sociale contacten bevredigend te onderhouden. De uitgevoerde variantie-analyse dwingt tot het verwerpen van deze hypothese, omdat het multivariate effect van de factor gezondheidstoestand (net) niet significant bleek te zijn. De groep chronisch zieke vrouwen in dit onderzoek rapporteerde weliswaar de minste beschikbare steun (zie Tabel 3), maar de verschillen tussen de drie groepen zijn zodanig klein dat hier op populatieniveau geen betrouwbare uitspraken over kunnen worden gedaan. De vijfde hypothese, namelijk dat vrouwen met kanker en gezonde vrouwen over evenveel steun beschikken, werd door het ontbreken van een significant groepseffect wel bevestigd. Dus, ondanks de in de tabel zichtbare trend dat kankerpatiënten over meer en vrouwen met chronische aandoeningen over minder steun beschikken dient te worden geconcludeerd dat de gezondheidstoestand van weinig betekenis is voor de waargenomen beschikbare steun.

hypothese 2). Op basis van deze hypothese deels worden emotionele en instrumentele steun ontvangen. Deze resultaten ondersteunen de ideeën van Wortman over de afname van de sociale steun bij kankerpatiënten met een chronische ziekte. De afname van de sociale steun bij kankerpatiënten met een chronische ziekte is vooral te wijten aan de afname van de sociale steun bij kankerpatiënten met een chronische ziekte.

De afname van de sociale steun bij kankerpatiënten met een chronische ziekte is vooral te wijten aan de afname van de sociale steun bij kankerpatiënten met een chronische ziekte.

De afname van de sociale steun bij kankerpatiënten met een chronische ziekte is vooral te wijten aan de afname van de sociale steun bij kankerpatiënten met een chronische ziekte.

De afname van de sociale steun bij kankerpatiënten met een chronische ziekte is vooral te wijten aan de afname van de sociale steun bij kankerpatiënten met een chronische ziekte.

De afname van de sociale steun bij kankerpatiënten met een chronische ziekte is vooral te wijten aan de afname van de sociale steun bij kankerpatiënten met een chronische ziekte.

De laatste hypothese betrof de verwachte stabiliteit van de hoeveelheid beschikbare steun gedurende één jaar voor alle drie groepen vrouwen. Deze hypothese kon niet worden bevestigd, omdat significante multi- en univariate tijdseffecten werden aangetoond. De beschikbare emotionele en informatieve steun neemt bij alle groepen vrouwen iets af gedurende het onderzoek. Merkwaardig is dat de afname in de beschikbare emotionele steun zich tussen het tweede en derde meetmoment voordoet, terwijl de afname in de beschikbare informatieve steun al na de eerste meting in gang wordt gezet. Deze resultaten zijn moeilijk interpreteerbaar. Misschien duiden zij toch op een kleiner wordend sociaal netwerk, hetgeen vooral zijn weerslag heeft op de beschikbare steun dan op de ontvangen steun (De Ridder & Schreurs, 1994). Het feit dat een dalende trend – hoewel niet significant – eveneens waarneembaar is voor de beschikbare waarderingssteun en instrumentele steun kan deze (speculatieve) verklaring enigszins ondersteunen.

Zoals verwacht heeft de leeftijd van de vrouwen een negatieve invloed op de mate, waarin zij steun ontvangen en ter beschikking hebben. Dit geldt niet voor de ontvangen instrumentele steun. Dit laatste heeft wellicht te maken met het feit dat oudere vrouwen vaker gebruik maken van praktische (professionele) hulp dan vrouwen van middelbare leeftijd.

Een kritische kanttekening dient te worden geplaatst bij de wijze, waarop de groepen vrouwen met chronische aandoeningen en gezonde vrouwen werden gecreëerd. Doordat op basis van gegevens van het eerste meetmoment een opsplitsing heeft plaatsgevonden in een groep gezonde en een groep chronisch zieke vrouwen, is het mogelijk dat op het tweede en derde meetmoment in de groep gelabeld als 'gezond' zich enkele vrouwen bevinden bij wie een chronische ziekte is vastgesteld, terwijl in de groep gelabeld als 'chronisch ziek' zich vrouwen kunnen bevinden met een verbeterde gezondheidstoestand, hoewel dit laatste minder waarschijnlijk is. Hierdoor zouden beide groepen qua gezondheidstoestand wat meer op elkaar kunnen zijn gaan lijken (regressie naar het gemiddelde), hetgeen zich zou kunnen afspiegelen op de ontvangen en beschikbare steun. In dat geval zouden de verschillen op de variabelen ontvangen en beschikbare steun tussen de gezonde en chronische zieke vrouwen gedurende het onderzoek moeten zijn afgenomen. Echter, de in Tabel 2 en 3 vermelde gemiddelde scores geven geen aanleiding om een dergelijk regressie-effect te veronderstellen.

Uit deze studie concluderen wij dat vrouwelijke kankerpatiënten kort na hun diagnose en primaire behandeling meer emotionele en instrumentele steun ontvangen dan andere vrouwen van middelbare en oudere leeftijd. Na een half jaar neemt de ontvangen emotionele en instrumentele steun af tot een niveau dat vergelijkbaar is met dat van vrouwen met chronische aandoeningen. De beschikbare steun lijkt voor alle vrouwen na verloop van tijd iets af te nemen. Gezien het belang van de beschikbare steun voor het welbevinden onder alle omstandigheden kan dit als een ongunstige ontwikkeling worden beschouwd. Interventies op het gebied van sociale steun lijken met name zinvol voor oudere vrouwen en vrouwen met chronische aandoeningen, waarbij het accent dient te worden gelegd op handhaving van de beschikbare steun.

Dankwoord

Deze studie werd mogelijk gemaakt door financiële ondersteuning van de Nederlandse Kankerbestrijding (IKMN 90-30).

Noten

- 1 Omdat de responspercentages vrij laag waren, is nagegaan in hoeverre de deelnemers aan het onderzoek representatief zijn voor de populaties, waartoe zij behoren. De kankerpatiënten werden vergeleken op enkele sociaal-demografische en ziektegebonden kenmerken met nationale gegevens van 1989 (Bron: Nederlandse Kankerregistratie, 1989) en regionale gegevens van 1992 (Bron: Integraal Kankercentrum Oost en Integraal Kankercentrum Midden-Nederland). De vrouwen afkomstig uit de algemene bevolking werden vergeleken op enkele sociaal-demografische kenmerken met bevolkingsgegevens van 1992 (Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek).
Vrouwen ouder dan 70 jaar, zowel kankerpatiënten als vrouwen uit de algemene bevolking, waren enigszins ondervertegenwoordigd in het onderzoek. Het merendeel van de kankerpatiënten in het onderzoek, 85% met borstkanker en 15% met colorectaal kanker, was gediagnostiseerd met stadium I en II of Dukes' A en B. Dit was echter het gevolg van de gehanteerde inclusiecriteria die bedoeld waren om de uitval door ziekte of sterfte te minimaliseren.
Geconcludeerd kan worden dat de onderzoeksresultaten met name van toepassing zijn op vrouwen tussen 50 en 70 jaar. Bovendien hebben zij betrekking op kankerpatiënten met een relatief grote kans op verbetering en herstel.
- 2 Voorwaarden voor het uitvoeren van variantie-analyse met een covariaat zijn dat er een lineair verband bestaat tussen de afhankelijke variabele en de covariaat en dat bovendien sprake is van homogeniteit van de regressielijnen (Stevens, 1992). Dit laatste betekent hier dat binnen alle drie groepen vrouwen de leeftijd op dezelfde wijze met de ontvangen of beschikbare steun dient samen te hangen. Aan beide voorwaarden wordt in dit onderzoek voldaan.
- 3 Indien de significante tijds- en interactie-effecten betrekking hebben op beide contrasten (meting 2 ten opzichte van meting 1, en meting 3 ten opzichte van de metingen 1 en 2), dan zijn in alle gevallen de effecten op het tweede contrast het gevolg van de invloed van de scores op meting 1. Analyses van de effecten op een verschilcontrast dat geen rekening houdt met de scores op meting 1, dus meting 3 ten opzichte van meting 2, tonen aan dat de scores op meting 3 in dat geval niet afwijken van de scores op meting 2. Dit betekent dat er in feite alleen een verandering plaatsvindt tussen het eerste en tweede meetmoment, dus gedurende de eerste zes maanden, en daarna niet meer. De effecten op het tweede contrast (meting 3 ten opzichte van de metingen 1 en 2) worden daarom niet verder beschreven.

Literatuur

Antonucci, T.C. & Israel, B.A. (1986). Veridicality of social support: A comparison of principal and network members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 432-437.

Baron, R.S., Cutrona, C.E., Hicklin, D. et al. (1990). Social Support and Immune Function among Spouses of Cancer Patients. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 344-352.

Barrera, M., Sandler, I. & Ramsey, T. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology, 9*, 435-441.

Barrera, M. (1986). Distinctions between Social Support Concept, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology, 14*, 413-445.

Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. et al. (1985). Measuring the functional components of social support. In: I.G. Sarason & B. Sarason (Red.), *Social support, theory and applications* (p. 73-94). Dordrecht: Martinus Nijhoff.

Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.

Connell, C.M. & D'Augelli, A.R. (1990). The Contribution of Personality Characteristics to the Relationship between Social Support and Perceived Physical Health. *Health Psychology, 9*, 192-207.

Coyne, J.C., Wortman, C.B. & Lehman, D.R. (1988). The other side of support: Emotional overinvolvement and miscarried helping. In: Gottlieb, B.H. (Red.), *Marshalling social support: Formats, processes and effects* (pp. 305-330). Newbury Park: Sage Publications.

Cutrona, C.E. (1990). Stress and social support - In search of optimal matching. *Jour-*

nal of S
3-14.
Cutrona,
Provisio
Adapta
Perlman
relator
wich, C
Dunkel-S
Differen
oral As
son, B.,
cial Su
ley Inte
Dunkel-S
rus, R.
port re
Social l
Gottlieb,
commu
& S.L.
health
demic l
Helgeson,
tinctio
port an
nal of S
House, J.
support
dison V
Janssen,
chronic
Komproe,
I.A.M.I
trische
Sociale
Univer
Komproe,
Winnul
Availat
Differen
stances
Relatic
Ridder, l
(1994),
nisch :
onderz
begelei
meer:
Zieken

- verre de deelnemers
: zij behoren. De kanker-
ziektegebonden kenmer-
registratie, 1989) en regi-
en Integraal Kankercent-
ie bevolking werden ver-
gingsgegevens van 1992
- uit de algemene bevol-
. Het merendeel van de
met colorectaal kanker,
as echter het gevolg van
door ziekte of sterfte te
- ie van toepassing zijn op
op kankerpatiënten met
- variaat zijn dat er een li-
ariaat en dat bovendien
2). Dit laatste betekent
wijze met de ontvangen
den wordt in dit onder-
- ben op beide contrasten
an de metingen 1 en 2),
volg van de invloed van
ntrast dat geen rekening
meting 2, tonen aan dat
meting 2. Dit betekent
ste en tweede meetmo-
eer. De effecten op het
vorden daarom niet ver-
- upport. In: I.G. Sarason
, *Social support, theo-*
s (p. 73-94). Dordrecht:
- A. (1985). *Stress, soci-*
e buffering hypothesis.
tin, 98, 310-357.
- Augelli, A.R. (1990).
of Personality Charact-
eristics and Relationship between Social
and Physical Health.
9, 192-207.
- an, C.B. & Lehman,
other side of support:
involvement and miscar-
Gottlieb, B.H. (Red.),
social support: Formats, pro-
pp. 305-330). Newbury
ions.
- Stress and social sup-
port: Optimal matching. *Jour-*
nal of Social and Clinical Psychology, 9,
3-14.
- Cutrona, C.E. & Russell, D.W. (1987). The
Provisions of Social Relationships and
Adaptation to Stress. In: Jones, W.H. &
Perlman, D. (Red.), *Advances in personal
relationships* (Vol. 1, pp 37-67). Green-
wich, CT: JAI Press.
- Dunkel-Schetter, C. & Bennett, T.L. (1990).
Differentiating the Cognitive and Behavio-
ral Aspects of Social Support. In: Sara-
son, B., Sarason, I. & Pierce, G. (Red.), *Social
Support: An interactional view*. Wiley
Interscience.
- Dunkel-Schetter, C., Folkman, S. & Laza-
rus, R.S. (1987). Correlates of social sup-
port receipt. *Journal of Personality and
Social Psychology*, 53, 71-80.
- Gottlieb, B.H. (1985). Social support and
community mental health. In: S. Cohen
& S.L. Syme (Red.), *Social support and
health* (p. 303-326). New York, NY: Aca-
demic Press.
- Helgeson, V.S. (1993). Two important dis-
tinctions in social support: kind of sup-
port and perceived versus received. *Jour-
nal of Social Issues*, 49, 825-845.
- House, J.S. (1981). *Work, stress and social
support*. Reading, Massachusetts: Ad-
dison Wesley.
- Janssen, M. (1992). *Personal networks of
chronic patients*. Meppel: Krips Repro.
- Komproe, I.H., Rijken, P.M., Hoeks,
I.A.M.L. & Ros, W.J.G. (1991). Psychome-
trische eigenschappen van de vragenlijst
'Sociale steun en Welbevinden'. Utrecht:
Universiteit Utrecht (Intern rapport).
- Komproe, I.H., Rijken, M., Ros, W.J.G.,
Winnubst, J.A.M. & Hart, H. (1996).
Available support and received support:
Different effects under stressful circum-
stances? *Journal of Social and Personal
Relationships* (geaccepteerd).
- Ridder, D.T.D. de & Schreurs, K.M.G.
(1994). *Coping en sociale steun van chro-
nisch zieken. Een overzicht van recent
onderzoek*. NCCZ-reeks Zorg, opvang en
begeleiding van chronisch zieken. Zoeter-
meer: Nationale Commissie Chronisch
Zieken.
- Ros, W.J.G. (1990). *Sociale steun bij kan-
kerpatiënten*. Amsterdam: Thesis Pub-
lishers.
- Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1985). *Social
support: Theory, research and applica-
tions*. Dordrecht: Martinus Nijhoff.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social
support and health: A theoretical and em-
pirical overview. *Journal of Social and
Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Shumaker, S.A. & Brownell, A. (1984). To-
ward a theory of social support: Closing
conceptual gaps. *Journal of Social Issues*,
40, 11-36.
- Smith, C.A. & Wallston, K.A. (1992). Adap-
tation in patients with chronic rheuma-
toid arthritis: Application of a general
model. *Health Psychology*, 11, 151-162.
- Sonderen, E. van (1991). *Het meten van so-
ciale steun*. Groningen: Rijksuniversiteit
Groningen.
- Sonderen, E. van (1993). *Het meten van so-
ciale steun met de Sociale Steun Lijst -In-
teracties (SSL-I) en Sociale Steun Lijst -
Discrepanties (SSL-D). Een handleiding*.
Groningen: Noordelijk Centrum voor Ge-
zondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit
Groningen.
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate sta-
tistics for the social sciences*. Second edi-
tion. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
Associates.
- Taylor, S.E. (1987). Coping with disease and
treatment by cured cancer patients. In:
Genezen van kanker, maar dan! Rotter-
dam: Integraal Kankercentrum Rotter-
dam.
- Thoits, P. (1982). Conceptual, methodologi-
cal and theoretical problems in studying
social support as a buffer against life
stress. *Journal of Health and Social Beha-
viour*, 23, 145-159.
- Weiss, R.S. (1974). The Provisions of Social
Relationships. In: Rubin, Z. (Red.), *Doing
unto others*. Englewood Cliffs, New Jer-
sey: Prentice-Hall, inc.
- Wortman, C.B. (1984). Social support and
the cancer patient: Conceptual and me-
thodologic issues. *Cancer*, 53 (10-Suppl.),
2339-2360.