

UNIVERSITEIT VAN TILBURG

De relatie tussen coping en therapietrouw bij HIV patiënten die behandeld worden met Antiretrovirale therapie (ART).

Bachelor Thesis Klinische Gezondheid Psychologie

Auteur: Samra Spahovic (Anr: 719823)

15-3-2013

Begeleider: Drs. N.L.M. Damen

Departement Medische en Klinische Psychologie

SAMENVATTING

Inleiding: Er is meer dan 95% therapietrouw voor Antiretrovirale Therapie (ART) nodig om volledige virale suppressie bij HIV patiënten te bereiken (Machtinger en Bangsberg, 2005). Lage therapietrouw blijft een probleem ondanks dat patiënten op de hoogte van de consequenties zijn (WHO, 2003). Welke coping stijlen patiënten toepassen voor de omgang met het ziektebeloop kan wellicht invloed hebben op het wel of niet innemen van medicatie.

Methode: Het is niet duidelijk welke invloed coping stijlen op therapietrouw hebben. Welke coping stijlen zijn gerelateerd aan lage en hoge therapietrouw en hoe ziet deze relatie er uit? Met behulp van digitale zoekmachines Pubmed en PsychInfo zijn er zestien longitudinale en cross- sectionele publicaties gevonden.

Resultaat: De coping stijl sociale steun zoeken lijkt gerelateerd te zijn aan hoge therapietrouw. Probleem gefocuste coping, plannen maken, adaptieve coping, actieve gedragsmatige coping, actieve coping, emotie gefocuste coping en positieve herinterpretatie zijn coping stijlen die mogelijk gerelateerd zijn aan hoge therapietrouw. Vermijdende coping, ontsnappende coping, religie, maladaptieve coping, mentaal niet betrokken zijn en verlies van motivatie zijn mogelijk gerelateerd aan lage therapietrouw. Hierbij konden geen betrouwbare conclusies getrokken worden door gebrek aan voldoende ondersteunende en betrouwbare publicaties per coping stijl.

Conclusie: De coping stijl sociale steun lijkt gerelateerd aan hoge therapietrouw. Deze coping stijl uit zich in het zoeken van troost, begrip en hulp bij anderen. Coping stijlen die gerelateerd zijn aan hoge therapietrouw kunnen aangeleerd worden door bijvoorbeeld zelf-management trainingen en coping skills trainingen (Flannelly et al., 2001) om therapietrouw en kwaliteit van leven te verbeteren.

Kernwoorden: HIV; Coping; ART; Adherence; Compliance

INLEIDING

Human Immunodeficiency Virus Infection (HIV) ofwel het menselijk Immuundeficiëntievirus is een virus dat het immuunsysteem binnendringt. Dit virus kan uiteindelijk leiden tot het ongeneeslijke Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) ofwel het verworven Immunodeficiëntiesyndroom. HIV wordt overgedragen door middel van seksuele handelingen, gebruik van besmette injecties, transfusie van geïnfecteerd bloed of aan een baby door het voortplantingsproces en borstvoeding. HIV bindt zich in het immuunsysteem aan CD4 moleculen die in cellen (Langerhans cellen, M-cellen, T-helper cellen, Monocyten en Macrofagen) zitten die verantwoordelijk zijn voor het beschermen van het lichaam tegen ziekten. Deze cellen worden door het HIV virus vernietigd of inactief gemaakt waardoor het lichaam minder goed beschermd wordt tegen virussen, bacteriën en andere schadelijke indringers. Een gezond lichaam bevat 1000 T-helper cellen per mm³. Zonder behandeling blijft het aantal T-helper cellen dalen. Bij een waarde van minder dan 200 cellen per mm³ verzwakt het immuunsysteem zodanig dat AIDS kan ontstaan. Hierdoor kan men uiteindelijk overlijden aan andere binnengedrongen ziekten die het immuunsysteem niet tegen kan houden (Camic & Knight, 2004).

Antiretrovirale Therapie (ART) kan het HIV virus enigszins onderdrukken en hiermee de overgang van HIV naar AIDS uitstellen en het leven van een patiënt verlengen. Hierbij is het belangrijk dat de patiënt trouw is aan zijn therapie en dus zijn medicatie op tijd inneemt en dit op een juiste manier doet (juiste hoeveelheid en soort medicatie). Dit wordt therapietrouw genoemd en wordt gedefinieerd als de mate waarin het gedrag van een patiënt overeenkomt met de afspraken en adviezen van de behandelaar. Lage therapietrouw zorgt voor medische en psychosociale complicaties en een slechtere kwaliteit van leven. Er is een zeer hoge therapietrouw (meer dan 95%) nodig voor volledige virale suppressie. Zonder deze virale suppressie zal de patiënt zieker worden en AIDS krijgen (WHO, 2003) & (Machtiger & Bangsberg, 2005).

Lage therapietrouw blijft een probleem ondanks dat patiënten op de hoogte van de consequenties zijn. Slechts één derde neemt zijn medicijnen zoals voorgeschreven door de behandelaar (WHO, 2003). Het is belangrijk om te weten hoe men omgaat met zijn of haar therapie en welke factoren invloed hebben op het wel of niet therapietrouw zijn, omdat dit levensbepalend kan zijn.

Een mechanisme dat deze omgang wellicht kan verduidelijken is coping. Coping

refereert naar gedachten en gedragingen die mensen gebruiken voor de omgang met (stressvolle) situaties. Er bestaan verschillende soorten coping stijlen die verschillende uitwerkingen op bepaald gedrag hebben (Baumeister & Vohs, 2007). Uit een aantal studies blijkt dat vermijdende coping samenhangt met lage therapietrouw (Weaver et al., 2005) & (Singh et al., 1999). Volgens anderen is dit afhankelijk van probleem gefocuste coping (Deschamps et al., 2004). Singh et al. (1999) kwamen tot de conclusie dat probleem gefocuste coping samenhangt met hoge therapietrouw. Het is dus nog niet volledig duidelijk hoe de relatie tussen coping en (lage of hoge) therapietrouw er uit ziet. Het doel van dit review is dan ook om de relatie tussen coping en therapietrouw bij HIV patiënten die behandeld worden met ART te verduidelijken en te onderzoeken welke coping stijlen hierbij van belang zijn.

METHODE

Om tot een duidelijker beeld te komen van hoe de relatie tussen coping en therapietrouw bij HIV patiënten die behandeld worden met ART eruitziet en te onderzoeken welke coping stijlen hierbij een rol spelen is er een literatuurstudie uitgevoerd. De literatuur is gezocht door middel van de digitale zoekmachines Pubmed en PsychInfo. De volgende zoektermen zijn gebruikt: HIV* AND Coping* AND ART* AND Adherence* OR Compliance*.

Studies met betrekking tot HIV patiënten, volwassen mannen en vrouwen, HIV patiënten onder behandeling van Antiretrovirale Therapie (of HAART), coping stijlen, problematiek met therapietrouw en publicaties in de Engelse taal zijn onderzocht. Studies met betrekking tot kinderen en adolescenten zijn niet onderzocht, vanwege mogelijke leeftijdgebonden invloeden op coping stijlen die niet met volwassenen overeenkomen of vergeleken kunnen worden. Overige exclusiecriteria zijn reviews, publicaties in andere talen dan de Engelse taal en publicaties gericht op patiënten met AIDS. Studies die alleen gericht zijn op patiënten met AIDS worden uitgesloten, omdat deze patiënten zich in een gevorderd ziekte stadium bevinden, vergeleken met HIV patiënten. De resultaten met betrekking tot coping en therapietrouw kunnen hierdoor niet met elkaar vergeleken worden.

Er is een totaal van 370 artikelen gevonden. De resultaten zijn geëxporteerd naar het programma Endnote. Met behulp van Endnote zijn handmatig duplicaten verwijderd en artikelen geselecteerd. Na het verwijderen van duplicaten bleven er 209 artikelen over. Hieruit zijn 25 artikelen geselecteerd op basis van informatie uit de titel en de samenvatting. Daarna zijn er 16 artikelen geselecteerd op basis van de inhoud. Een overzicht hiervan is te vinden in de flowchart in bijlage 1.

RESULTATEN

In deze literatuurstudie worden 16 studies besproken waarin de relatie tussen coping stijlen en therapietrouw bij patiënten die behandeld worden met ART wordt onderzocht. De hoofdresultaten van deze studies worden hieronder besproken. Eerste wordt er gekeken naar de relatie tussen coping en lage therapietrouw.

Coping en lage therapietrouw

Om de resultaten met betrekking tot coping en lage therapietrouw te kunnen bespreken worden eerst de verschillen tussen lage en hoge therapietrouw toegelicht. Het probleem van lage therapietrouw zoals beschreven door WHO (2003), is duidelijk waarneembaar in de resultaten van deze literatuurstudie, echter met wat tegenstellingen. Therapietrouw van 95% of meer is noodzakelijk om volledige en langdurige virale suppressie te bereiken. Echter, ook met deze mate van therapietrouw is het nog steeds mogelijk dat sommige patiënten deze virale suppressie niet zullen bereiken (Machtinger & Bangsberg, 2005). Uit de studie van Kamau et al. (2011) blijkt bijna 95% van de patiënten 100% therapietrouw te zijn. Verder blijkt uit het onderzoek van Ramadhani et al. (2007) 84% van de patiënten 100% therapietrouw te zijn. Uit het studie van O' Cleirigh et al. (2007) blijkt 73% van de patiënten een therapietrouw van 95% of meer te hebben. In de studie van Dorz et al. (2003) blijkt de grens van therapietrouw iets lager te zijn ($\geq 80\%$) waarbij het aantal therapietrouwe patiënten zeer hoog is (90%). Uit de studie van Singh et al. (1996) blijkt slechts 63% van de patiënten 80% of meer therapietrouw. Deze verschillen in mate van therapietrouw zijn wellicht een gevolg van coping stijlen en vaardigheden waarover de patiënten beschikken. Uit de studie van Singh et al. (1996) blijkt dat patiënten met een hoge therapietrouw ($\geq 80\%$) over betere coping vaardigheden beschikken dan patiënten met een lage therapietrouw.

Uit de resultaten van de studies met betrekking tot lage therapietrouw bij HIV patiënten die behandeld worden met ART is gebleken dat deze doelgroep significant meer gebruik maakt van maladaptieve coping stijlen (Bader et al., 2006) & (Dorz et al., 2003), ontsnappende coping, geplande- probleemoplossende coping (Deschamps et al., 2004), vermijdende coping (Singh et al., 1999) & (Weaver et al., 2005), verlies van motivatie (Singh et al., 1999) en de coping stijl middelen misbruik (Power et al., 2003) & (Finocchiaro-Kessler et al., 2011). Bij gebruik van geplande- probleem oplossende coping probeert men planmatig en herhaaldelijk het probleem en hierbij HIV op te lossen. De andere coping stijlen uiten zich

in piekeren, mentaal niet bezig zijn/betrokken zijn bij het ziektebeloop, verlies van motivatie om wellicht medicatie in te nemen, vermijden van alles wat te maken heeft met HIV, toevlucht zoeken in andere dingen die niet te maken hebben met HIV en toevlucht zoeken in alcohol, drugs of andere verdovende middelen. Ontkenning behoort ook tot deze vermijdende coping stijlen met betrekking tot lage therapietrouw, omdat ontkenning ook een soort vermijding is en zich kan uiten in soortgelijke gedragingen. Ontkenning als coping stijl is echter niet significant in relatie met lage therapietrouw (Power et al., 2003) & (Dorz et al., 2003). Volgens Weaver et al. (2005) medieert vermijdende coping stijl de relatie tussen een negatieve stemming en weinig sociale steun die gerelateerd zijn aan lage therapietrouw. Deze mediatie is niet terug te zien in het onderzoek van Bottonari et al. (2010) waarbij vermijdende coping stijl niet gerelateerd is aan lage therapietrouw bij depressieve HIV patiënten is.

Een andere opvallende invalshoek die weinig voorkomt in de studies is religieuze coping, ofwel het geloof dat God controle over onze gezondheid heeft. Religieuze coping is gerelateerd aan lage therapietrouw (Finocchiaro-Kessler et al., 2011). Hierbij is de patiënt er bijvoorbeeld van overtuigd dat het verbeteren van het ziektebeloop afhankelijk is van wat God wil en dat men hier zelf geen invloed op heeft. Een mogelijk gevolg hiervan is het niet innemen van medicatie. In tegenstelling tot deze bevinding is het resultaat van de studie van Dorz et al. (2003), waaruit blijkt dat vertrouwen op religie niet gerelateerd is aan lage therapietrouw.

Een aanvulling op de relatie tussen coping stijlen en lage therapietrouw is de doeltreffendheid om met situaties om te gaan. Hierbij is het belangrijk om te benoemen dat patiënten niet altijd in staat zijn om doeltreffend om te gaan met HIV, waarbij adaptatie met betrekking tot het ziektebeloop ontbreekt. Lage doeltreffendheid (effectiviteit) (CSE) om coping te gebruiken fungeert als moderator in deze relatie (Johnson et al., 2005).

Samengevat lijken maladaptieve coping stijlen, ontsnappende coping, geplande-probleemoplossende coping, vermijdende coping, verlies van motivatie, middelen misbruik, religieuze coping en lage doeltreffendheid (adaptatie) gerelateerd aan lage therapietrouw. Elke coping stijl wordt ondersteund op basis van 1 of 2 studies.

Coping en hoge therapietrouw

In deze sectie volgt het tweede gedeelte van de resultaten. Hierbij wordt de relatie tussen coping stijlen en hoge therapietrouw besproken. In de studie van Singh et al. (1999) correleerde probleem gefocuste coping significant met hoge therapietrouw. Kamau et al. (2011) kwamen tot de conclusie dat probleem gefocuste coping een significante predictor van hoge therapietrouw is. Bij probleem gefocuste coping is de patiënt actief bezig met het verbeteren van het probleem en dus het ziektebeloop. Hieruit kunnen wellicht beschermende gedragingen zoals het trouw innemen van medicatie ontstaan.

Probleem gefocuste coping legt de nadruk op actieve deelname om het ziektebeloop te verbeteren. Een andere coping stijl met dezelfde insteek is actieve coping. Therapietrouwe patiënten maken significant meer gebruik van actieve coping dan vermijdende coping (O'Cleirigh et al., 2007). Een actieve coping stijl is significant positief gerelateerd aan hoge therapietrouw (Finocchiaro-Kessler et al., 2011). Bij een actieve coping stijl is de patiënt actief bezig met HIV in tegenstelling tot vermijdende coping. Actieve deelname om het ziektebeloop zo goed mogelijk te doorlopen en virale suppressie te bereiken door bijvoorbeeld medicatie trouw in te nemen zijn gedragingen die hieruit kunnen voortvloeien. Volgens de studie van Singh et al. (1999) correleert actieve gedragsmatige coping significant met hoge therapietrouw. Deze resultaten zijn in overeenstemming met de resultaten van de studie van Heckman et al. (2004). HIV patiënten die 100% therapietrouw zijn, maken significant vaker gebruik van actieve coping stijlen als reactie op HIV gerelateerde stressoren. Een actieve coping stijl is in deze studie echter geen significante predictor van hoge therapietrouw. Ook blijkt dat actieve coping niet gerelateerd is aan hoge therapietrouw bij de invloed van stress soorten bij depressieve HIV patiënten (Bottonari et al., 2010). Uit het onderzoek van Weaver et al. (2005) en Dorz et al. (2003) blijkt nog een tegenstelling; Zij komen tot de conclusie dat actieve coping niet gerelateerd is aan hoge therapietrouw.

Een andere invalshoek vergelijkbaar met actieve coping is actieve cognitieve coping. Actieve cognitieve coping is een vorm van actieve coping waarbij gebruik gemaakt wordt van gedachten en houdingen die beschermend zijn ten opzichte van de stressvolle situatie. Het verschil tussen actieve coping en actieve cognitieve coping is dat bij actieve coping de nadruk ligt op actieve gedragingen, terwijl bij actieve cognitieve coping de nadruk ligt op actieve cognities (gedachten) ter verbetering van het ziektebeloop. Uit de studie van Singh et al. (1999) blijkt echter dat actieve cognitieve coping niet gerelateerd is aan hoge therapietrouw.

De volgende coping stijlen worden besproken aan de hand van een voorbeeld van veel

voorkomende problematiek. Stigma heeft een negatieve invloed op hoge therapietrouw. Stigma kan er toe leiden dat de patiënt zich buitengesloten voelt (Stutterheim et al., 2012). Hierdoor kan de patiënt zijn ziekte verborgen houden, waardoor de kans op sociale steun afneemt. Echter, als de patiënt zich in een omgeving bevindt waarbij veel sociale steun aanwezig is kan dit een positieve werking op hoge therapietrouw hebben. Sociale steun is gerelateerd aan hoge therapietrouw (Johnson et al., 2011) & (Ramadhani et al., 2007) & (Finocchiaro-Kessler et al., 2011) & (Singh et al., 1999). Een manier om sociale steun te bevorderen is sociale coping. Bij sociale coping zoekt de patiënt steun en begrip bij anderen in zijn omgeving. Dit kan wellicht resulteren in motivatie om medicatie trouw in te nemen. Sociale coping leidt tot therapietrouw en is beschermend tegen virologische mislukking (Ramadhani et al., 2007).

Sociale coping is echter niet de enige coping strategie waarbij emoties betrokken zijn. Bij positieve herinterpretatie wordt de stressvolle situatie op een positieve manier geïnterpreteerd om de emoties te veranderen. Deze coping stijl lijkt veel op emotie gefocuste coping, omdat beide coping stijlen gericht zijn op het veranderen van de emoties met betrekking tot het ziektebeeld. Echter, bij positieve herinterpretatie (herkaderen) probeert de patiënt de situatie op een positieve manier opnieuw waar te nemen om de emoties te veranderen. Deze coping stijl is niet gerelateerd aan hoge therapietrouw (Weaver et al., 2005). Finocchiaro-Kessler et al. (2011) kwamen echter tot de conclusie dat dit wel zo is.

Een andere manier om emoties te benaderen is emotie gefocuste coping. Aandacht voor emoties met betrekking tot het ziektebeeld en het proberen veranderen van deze emoties en het probleem valt onder de coping stijl emotie gefocuste coping. Emotie gefocuste coping is niet gerelateerd aan therapietrouw (Singh et al., 1999) & (Johnson et al., 2011). Patiënten maken echter wel gebruik van probleem gefocuste coping en emotie gefocuste coping stijlen om de negatieve consequenties van stigma te verzachten (Stutterheim et al., 2012). Dit suggereert een positieve relatie tussen probleem gefocuste en emotie gefocuste coping met hoge therapietrouw waarbij deze wellicht fungeren als mediator. Deze suggestie is in het onderzoek echter niet statistisch onderbouwd.

Bij probleem gefocuste coping is de patiënt gericht op het verbeteren van het ziektebeeld, speelt adaptatie een grote rol en maakt de patiënt ook plannen voor in de toekomst. Een coping stijl die hierop aansluit is het maken van plannen. Uit de studie van Finocchiaro-Kessler et al. (2011) blijkt dat de coping stijl plannen maken gerelateerd is aan hoge therapietrouw.

Ten slotte is adaptieve coping significant gerelateerd aan hoge therapietrouw (Singh et

al., 1996). Hierbij past de patiënt zich aan met betrekking tot de situatie en het probleem door bijvoorbeeld zijn levensstijl aan te passen, plannen met betrekking het ziektebeloop te maken en medicatie trouw in te nemen. Dit komt overeen met het resultaat dat lage doeltreffendheid (lage adaptatie) gerelateerd is aan lage therapietrouw (Johnson et al, 2005). Acceptatie is niet gerelateerd is aan hoge therapietrouw (Weaver et al., 2005), terwijl acceptatie en adaptatie beiden tot adaptieve coping stijlen die ter verbetering van het ziektebeloop behoren.

Samengevat is sociale coping/sociale steun gerelateerd aan hoge therapietrouw. Dit resultaat wordt ondersteund door 4 studies. Met betrekking tot de coping stijlen actieve coping (7 studies), positieve herinterpretatie (2 studies) zijn de resultaten verschillend waarbij deze in sommige gevallen wel en sommige gevallen niet gerelateerd zijn aan hoge therapietrouw. Verder zijn probleem gefocuste coping, actieve cognitieve coping, adaptatie en plannen maken gerelateerd aan hoge therapietrouw. Deze resultaten worden per coping stijl ondersteund door 1 of 2 studies. Emotie gefocuste coping (2 studies) en acceptatie (1 studie) zijn niet gerelateerd aan hoge therapietrouw. Een overzicht van deze resultaten staat in bijlage 2.

DISCUSSIE

Het doel van dit review is om de relatie tussen coping en therapietrouw te verduidelijken en te onderzoeken welke coping stijlen hierbij van belang zijn. Op basis van vier studies kan geconcludeerd worden dat sociale coping/sociale steun gerelateerd lijkt te zijn aan hoge therapietrouw ($\geq 90\%$). De hoogte van hoge therapietrouw ligt op minimaal 90% bij alle vier studies. (Johnson et al., 2011) & (Ramadhani et al., 2007) & (Finocchario-Kessler et al, 2011) & (Singh et al., 1999). Gedragingen die uit deze coping stijl kunnen voortvloeien zijn troost, een luisterend oor, begrip en steun bij anderen zoeken. De patiënt wil hiermee samen met anderen een oplossing voor het probleem zoeken. Dit blijkt een van de effectiefste coping stijlen om met problemen om te gaan (Medic info, 2013). Hierdoor kan de patiënt wellicht gemotiveerd raken en een betere manier bedenken om met het ziektebeloop en de emoties om te gaan.

De studies die met elkaar vergeleken zijn hebben een longitudinaal design. Een van de studies bestaat uit een cross- sectioneel design. Een longitudinaal en cross- sectioneel design zijn niet goed vergelijkbaar met elkaar, omdat bij een longitudinaal design meerdere meetmomenten uitgevoerd worden. Bij een cross- sectioneel design is er slechts 1 meetmoment (Hinkle et al., 1998). Verder zijn de metingen in een cross-sectioneel design minder betrouwbaar, omdat de data niet vergeleken kan worden met oorspronkelijke basisdata aan het begin van de meting. Om deze redenen weegt de studie van Ramadhani et al. (2007) minder zwaar mee dan de andere drie onderzoeken en fungeert deze slechts als ondersteunend materiaal. Deze beslissing is gemaakt, omdat dit onderzoek ook een positief aspect heeft, namelijk het criterium van hoge therapietrouw die op 100% staat. Dit sluit aan bij het criterium van Machtiger & Bangsberg (2005) die nodig is voor volledige virologische suppressie.

Alle vier de studies beschikken over grote steekproeven ($n=249$, $n=123$, $n=150$, $n=204$), waardoor het mogelijk is om de resultaten te generaliseren naar de algehele populatie. De studies samen maken gebruik van veel gevarieerde methoden om therapietrouw te meten zoals zelfrapportage vragenlijsten, ACASI interviews (beperken sociale wenselijkheid), het bijhouden van het hervullen van medicatie methode en elektronische metingen. De methode van het bijhouden van het hervullen van medicatie om therapietrouw te meten kan in twijfel getrokken worden, omdat het hervullen van medicatie niet garandeert dat men zijn medicatie ook daadwerkelijk inneemt. Toch is deze twijfel klein, omdat medicatie geld kost en men dit

waarschijnlijk niet zal hervullen als dit niet nodig is.

Verder zijn er een aantal coping stijlen geïdentificeerd die mogelijk gerelateerd zijn met hoge therapietrouw: Probleem gefocuste coping, plannen maken, adaptieve coping, actieve gedragsmatige coping, actieve coping, emotie gefocuste coping en positieve herinterpretatie (herkaderen). Echter zijn deze coping stijlen slechts met een of twee studies onderbouwd waardoor er geen betrouwbare conclusies getrokken kunnen worden. Andere redenen waardoor geen conclusies getrokken kunnen worden zijn: Evenveel ontkrachtende studies aanwezig, lage kwaliteit van studies door middel van kleine steekproeven, steekproeven bestaande uit alleen mannen, aselechte steekproeven en gebruik van enkel zelfrapportage vragenlijsten om therapietrouw te meten. Bij gebruik van kleine steekproeven is het niet mogelijk om de resultaten te generaliseren naar de algehele populatie. Dit geldt ook voor steekproeven die alleen of grotendeels uit mannelijke patiënten bestaan, waardoor de resultaten niet generaliseerbaar zijn naar vrouwen in de populatie. Een aselechte steekproef is van belang om later een foutenmarge voor het resultaat te kunnen berekenen. Verder gelden de resultaten van een selecte steekproef alleen voor die groep en zijn zij dus niet generaliseerbaar naar de algehele populatie (Hinkle et al., 1998). Het gebruik van enkel zelfrapportage vragenlijsten is niet altijd betrouwbaar en kan sociale wenselijkheid bevatten, waardoor het niet zeker is of de patiënten eerlijk geantwoord hebben (Hinkle et al., 1998) (Eldred et al., 1998) (Singh et al., 1996). Om deze redenen is het niet mogelijk geweest om een conclusie te trekken met betrekking tot deze coping stijlen in relatie met hoge therapietrouw.

Om dezelfde redenen is het niet mogelijk geweest om een conclusie te trekken met betrekking tot lage therapietrouw. Er zijn een aantal coping stijlen geïdentificeerd die nog verder onderzocht moeten worden, om tot betrouwbare conclusies te kunnen komen. Vermijdende coping, ontsnappende coping, religieuze coping, maladaptieve coping zoals piekeren, het mentaal niet betrokken zijn en verlies van motivatie zijn coping stijlen die mogelijk samenhangen met lage therapietrouw.

Deze resultaten kunnen in de praktijk toegepast worden door sociale coping aan te leren bij patiënten die hier niet over beschikken en bij patiënten met een lage therapietrouw. Hierbij lijken zelf-management training en coping skills training effectief te zijn (Flannelly et al., 2001). Groepseducatie op de lange termijn lijkt effectief te zijn ter bevordering van therapietrouw (Brink - Muinen & Dulmen, 2004). Door goede communicatie vaardigheden bij patiënten aan te leren wordt het verkrijgen van sociale steun ondersteund. Het informeren en motiveren van gezinsleden en de direct omgeving over de effecten van sociale steun kan

wellicht bevorderlijk zijn voor de mate van therapietrouw en de kans op volledige virale suppressie. Het probleem van lage therapietrouw is multi-factorieel bepaald en blijkt niet alleen bij de patiënt te liggen. Uit studies vanaf 1990 met betrekking tot therapietrouw bij patiënten met chronische ziekte blijken factoren van de arts, organisatie en financiering ook bij te dragen aan het wel of niet therapietrouw zijn. Daarom is het ook belangrijk dat deze praktische problemen aangepakt worden (Brink - Muinen & Dulmen, 2004).

Het uitvoeren van kwalitatieve studies wordt aanbevolen om wellicht onbekende coping stijlen te ontdekken. Verder wordt aanbevolen om de gevonden en nog onbekende coping stijlen te onderzoeken in de vorm van een longitudinaal design om tot betrouwbare resultaten met betrekking tot therapietrouw te komen. Grote steekproeven worden aanbevolen, omdat de populatie zeer groot is en omdat HIV een wereldwijd probleem is. (Hinkle et al., 1998). Verder word ook aanbevolen om meer onderzoeken in Europa uit te voeren zodat de resultaten beter generaliseerbaar zijn naar patiënten in deze gebieden. Een klinische implicatie is de meting van therapietrouw. Zelfrapportage vragenlijsten zijn gevoelig voor sociale wenselijkheid, waardoor niet het niet zeker is dat de patiënt eerlijk geantwoord heeft. De patiënt kan onwaarheden vertellen doordat er sociale controle aanwezig is, waardoor persoonlijke redenen zoals schaamte een invloed kunnen hebben. Het meten van therapietrouw door middel van zelfrapportages lijkt betrouwbaarder in combinatie met elektronische metingen zoals het bijhouden van het afhalen van medicatie of ACASI interviews (Johnson et al., 2011).

Limitaties van dit review zijn het beperkt aantal studies met betrekking tot dit onderwerp en dit soort onderzoek in Europa. Helaas is het niet mogelijk geweest om meer studies met betrekking tot dit onderwerp te vinden ondanks dit uitgebreide onderzoek. Daarom wordt aanbevolen om meer onderzoek te doen naar coping stijlen bij HIV patiënten (mannen en vrouwen) met betrekking tot therapietrouw. Overige limitaties zijn verschillende designs van studies, verschillen tussen aantal mannen en vrouwen in sommige steekproeven en grote verschillen in steekproefgrootte. Hierdoor zijn de resultaten niet goed vergelijkbaar en niet altijd generaliseerbaar.

Samengevat lijkt sociale coping bevorderlijk voor hoge therapietrouw. Overige coping stijlen die wellicht gerelateerd zijn aan hoge therapietrouw zijn en nog verder onderzocht dienen te worden zijn: Probleem gefocuste coping, plannen maken, adaptieve coping, actieve gedragsmatige coping, actieve coping, emotie gefocuste coping en positieve herinterpretatie (herkaderen). Er zijn een aantal coping stijlen die nog verder onderzocht dienen te worden, om tot betrouwbare conclusies te kunnen komen. Vermijdende coping, ontsnappende coping,

religieuze coping, maladaptieve coping, het mentaal niet betrokken zijn en verlies van motivatie zijn coping stijlen die mogelijk samenhangen met lage therapietrouw.

LITERATUUR

Artikelen

Bader, A., Kremer, H., Erlich-Trungenberger, I., Rojas, R., Lohmann, M., Deobald, O., Lohmann, R., Altmeyer, P., & Brockmeyer, M. (2006). An adherence typology: coping, quality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral treatment. *Medical Science Monitor*, *12*(12), CR493-500.

Bottonari, K.A., Safren, S.A., McQuaid, J.R., Hsiao, C.B., & Roberts, J.E. (2010). A longitudinal investigation of the impact of life stress on HIV treatment adherence. *Journal of Behavioral Medicine*, *33*(6), 486-495.

Deschamps, A.E, Graeve, V.D., van Wijngaerden, E., de Saar, V., Vandamme, A.M., van Vaerenbergh, K., Ceunen, H., Bobbaers, H., Peetermans, W.E., de Vleeschouwer, P.J., & de Geest, S. (2004). Prevalence and correlates of nonadherence to antiretroviral therapy in a population of HIV patients using Medication Event Monitoring System. *AIDS Patient Care STDS*, *18*(11), 644-657.

Dorz, S., Lazzarini, L., Cattelan, A., Meneghetti, F., Novara, C., Concia, E., Sica, C., & Sanavio, E. (2003). Evaluation of adherence to antiretroviral therapy in Italian HIV patients. *AIDS Patient Care STDS*, *17*(1), 33-41.

Finocchiaro-Kessler, S., Catley, D., Berkley-Patton, J., Gerkovich, M., Williams, K., Banderas, J., & Goggin, K. (2011). Baseline Predictors of Ninety Percent or Higher Antiretroviral Therapy Adherence in a Diverse Urban Sample: The Role of Patient Autonomy and Fatalistic Religious Beliefs. *Aids Patient Care and STDs*, *25*(2),

Heckman, B.D., Catz, S.L., Heckman, T.G., Miller, J.G., & Kalichman, S.C. (2004). Adherence to antiretroviral therapy in rural persons living with HIV disease in the United States. *AIDS Care*, *16*(2), 219-230.

Johnson, M.O., Charlebois, E., Morin, S.F., Catz, S.L., Goldstein, R.B., Remien, R.H., Rotheram-Borus, M.J., Mickalian, J.D., Kittel, L., Samimy-Muzaffar, F., Lightfoot, M.A., Gore-Felton, C., & Chesney, A. (2005). Perceived adverse effects of antiretroviral therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, *29*(2), 193-205.

Johnson, M.O., Dilworth, S.E., Taylor, J.M., & Neilands, T.B. (2011). Improving coping skills for self-management of treatment side effects can reduce

antiretroviral medication nonadherence among people living with HIV. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(1), 83-91.

Kamau, T.M., Olson, V.G., Zipp, G.P., & Clark, M. (2011). Coping self-efficacy as a predictor of adherence to antiretroviral therapy in men and women living with HIV in Kenya. *AIDS Patient Care STDS*, 25(9), 557-561.

O'Cleirigh, C., Ironson, G., Weiss, A., & Costa jr., P.T. (2007). Conscientiousness predicts disease progression (CD4 number and viral load) in people living with HIV. *Health Psychology*, 26(4), 473-480.

Power, R. Koopman, C., Volk, J., Israelski, D.M., Stone, L., Chesney, M.A., & Spiegel, D. (2003). Social support, substance use, and denial in relationship to antiretroviral treatment adherence among HIV-infected person. *AIDS Patient Care STDS*, 17(5), 245-252.

Ramadhani, H.O., Thielman, N.M., Landman, K.Z., Ndosi, E.M., Gao, F., Kirchherr, J.L., Shah, R., Shao, H.J., Morpeth, S.C., McNeill, J.D., Shao, J.F., Bartlett, J.A., & Crump, J.A. (2007). Predictors of incomplete adherence, virologic failure, and antiviral drug resistance among HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy in Tanzania. *Clinical Infectious Disease*, 45(11), 1492-1498.

Singh, N., Berman, S.M., Swindells, S., Justis, J.C., Mohr, J.A., Squier, C., & Wagener, M.M. (1999). Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Disease*, 29(4), 824-830.

Singh, N., Squier, C., Sivek, C., Wagener, M., Nguyen, M.H., & Yu, V.L. (1996). Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care*, 8(3), 261-269.

Stutterheim, S.A., Bos, A.E.R., Shiripinda, I., Bruin de, M., Pryor, J.B., & Schaalma, H.P. (2012). HIV-related stigma in African and Afro-Caribbean communities in the Netherlands: Manifestations, consequences and coping. *Psychology and Health*, 27(4), 395-411.

Weaver, K.E., Llabre, M.M., Duran, R.E., Antoni, M.H., Ironson, G., Penedo, F.J., & Schneiderman, N. (2005). A stress and coping model of medication adherence and viral load in HIV-positive men and women on highly active antiretroviral therapy (HAART). *Health Psychology*, 24(4), 385-392.

Literatuurlijst overig

Baumeister, R.F., & Vohs, K.D. (2007). *Encyclopedia of Social Psychology*. US: SAGE Publications.

Brink van den - Muinen, A., & Dulmen van, A.M. (2004). Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken. Utrecht: NIVEL.

Camic, P.M., & Knight, S.J. (2004). *Clinical handbook of health psychology: A practical guide to effective interventions*. USA: Hogrefe & Huber.

Downs, S.H., & Black, N. (1998). The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of Epidemiol Community Health*, 52, 377-384.

Eldred, L.J., Wu, A.W., Chaisson, R.E., & Moore, R.D. (1998). Adherence to antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV disease. *Journal Acquired Immune Deficit Syndrome Human Retrovirol*, 18, 117-125.

Hinkle, D.E., Wiersma, W., & Jurs, S.G. (1998) *Applied statistics for the behavioral sciences*.

Inouye, J., Flannelly, L., & Flannelly, K.J. (2001). The effectiveness of self-management training for individuals with HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12(5), 71-82.

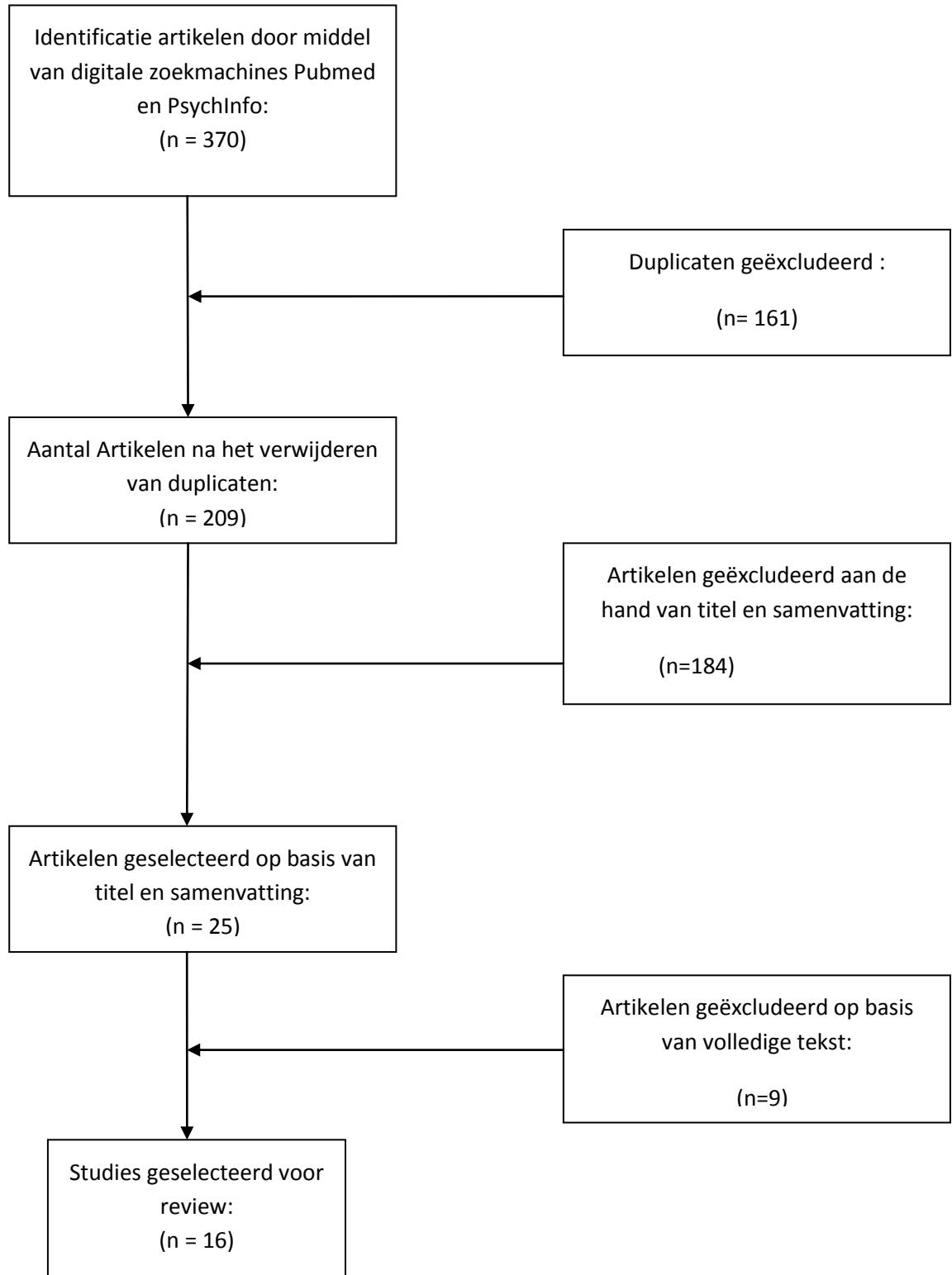
Machtiger, E.L., & Bangsberg, D.R. (2005). *Aherence to HIV Antiretroviral Therapy*. USA: University of California San Francisco Hiv In Site
Medic info. (2013). *Coping en coping stijlen*. Nederland: Medic info.

World Health Organization. (2003). *Aherence to long term therapies: Evidence for action*. Zwitserland: WHO.

World Health Organization. (2012). *Noncommunicable diseases (NCD)*. Zwitserland: WHO.

BIJLAGE 1

Flowchart: Selectie van artikelen (aangepaste zoekmethode)



BIJLAGE 2

Resultaten van individuele studies

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Bader et al. (2006)</i>	Kwantitatieve studie: N=100 10 maanden Kwalitatieve studie: n=41 8 maanden	Kwantitatieve en kwalitatieve methoden in een observationeel cross-sectioneel design	-piekeren -sociale coping -minimaliseren van bedreiging -informatie zoeken -spiritualiteit	Copingstijl: the Trier Scales on Coping with Physical Illness Therapietrouw: Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV) en de (Social Factors of ART, Soc-FART).	- Maladaptieve coping is significant gerelateerd aan slechte mentale gezondheid en komt vaker voor bij patiënten die hun medicatie nooit innemen, dan bij diegene die dit wel doen. -Piekeren is significant gerelateerd aan lage terapietrouw.

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Bottonari et al.</i> (2010)	T1: N=101 T2: N=87 (M) & (V) Leeftijd: 18+ Metingen: T1= Baseline T2= na 3 maanden	Longitudinaal	- Actieve coping -Vermijdende coping	Copingstijl: Brief COPE inventory (COPE) Therapietrouw: Modified Adult AIDS Clinical Trial Group (AACTG)	-Actieve en vermijdende coping stijlen zijn geen mechanisme bij de invloed van stress soorten op therapietrouw bij depressieve HIV patiënten.

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Deschamps et al.</i> (2004)	N=43 (M) & (V) Leeftijd: 18+ Metingen: -baseline (therapietrouw) -tussen 3 en 4 maanden -na 6 maanden (therapietrouw)	Longitudinaal	<ul style="list-style-type: none"> - confronterende coping - afstand nemen - zelf controle - zoeken van sociale steun - accepteren van verantwoordelijkheid - ontsnappende / vermijdende coping - planmatige probleem oplossende coping - positieve herinterpretatie 	Copingstijl: the Ways of Coping Questionnaire Therapietrouw: Medication Event Monitoring System (MEMS)	-40% van de patiënten had slechte therapietrouw -Deze patiënten maakten significant meer gebruik van ontsnappende coping en geplande probleem oplossende coping.

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Dorz et al.</i> (2003)	N=109 n=88(M) n= 21(V) Leeftijd: 24-65 Metingen: 7 dagen	Longitudinaal	<ul style="list-style-type: none"> -actieve coping -plannen -supressie van competitieve activiteiten -aanvoerende (regelende) coping -zoeken van steun om instrumentele redenen -zoeken van steun om emotionele redenen -focus en uiten van emoties -mentaal niet betrokken zijn -alcohol en drugs -ontkenning -positieve re-interpretatie -acceptatie -zich wenden tot religie 	<p>Copingstijl: Coping Orientations to Problem Experiences (COPE)</p> <p>Therapietrouw:</p> <ul style="list-style-type: none"> - semigestructureerde interview -zelf rapportage - PI Plasma level (laboratorium onderzoek). Het ontbreken van PI Plasma level duidt op lage therapietrouw 	<ul style="list-style-type: none"> -Bijna 90% van de patiënten had 80% of meer therapietrouw -Patiënten met lage therapietrouw maken significant meer gebruik van inadequate coping stijlen zoals: mentaal niet betrokken zijn, gebruik van alcohol en drugs, humor. (Na Bonferroni correctie is het mentaal niet betrokken zijn enkel significant $P<0,001$). - Er zijn geen significante verschillen tussen de groepen met lage en hoge therapietrouw met betrekking tot de overige variabelen gevonden. De coping stijlen hebben geen invloed op lage of hoge therapietrouw.

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Finocchario-Kessler et al. (2011)</i>	N=204 (M) & (V) Leeftijd: 18+ Metingen: Na 12 en 14 weken	Longitudinale data analyse	-humor -zichzelf afleiden -actieve coping -ontkenning -middelen misbruik -emotionele steun -instrumentele steun -gedragmatig niet betrokken zijn -positief herkaderen -plannen -humor -acceptatie -religieuze coping -schuld aan zichzelf geven	Copingstijl: - The Brief Coping Orientations to Problems Experienced(Brief COPE) - The Religious COPE scale Therapietrouw: - electronic drug monitors (EDM)	-59% (12 weken) en 56% (24 weken) van de patiënten hadden een hoge therapietrouw (90% of meer). -Middelen misbruik en religieuze coping zijn gerelateerd aan lage therapietrouw (minder dan 90%). -Positief herkaderen, plannen, actieve coping en (sociale) emotionele steun zijn gerelateerd aan hoge therapietrouw (90% of meer). -Actieve coping is significant gerelateerd aan hoge therapietrouw. -Religieuze coping is significant gerelateerd aan lage therapietrouw.

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Heckman et al.</i> (2004)	n= 237(M) & 92(V) N=329 Metingen: Therapietrouw retrospectief gemeten over de afgelopen 7 dagen.	Longitudinaal	-actieve coping	Copingstijl: - Ways of Coping Checklist (WOCC) - Coping Self- Efficacy Scale Therapietrouw: - Retrospectief, self-administered assessment instrument	-50% van de patiënten heeft een hoge therapietrouw (100%). -HIV patiënten die 100% therapietrouw zijn maken significant vaker gebruik van actieve coping stijlen als reactie op HIV gerelateerde stressoren. -Actieve coping stijl is geen significante predictor van therapietrouw.

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Johnson et al. (2005)</i>	N=2765 (M) & (V) Leeftijd: 18+ Metingen: Over 3 dagen	cross- sectioneel design	-Eigen effectiviteit (doeltreffendheid) waarbij men wel of niet in staat is om om te gaan met de situatie (CSE). Een vorm van adaptieve coping komt hierin terug.	Copingstijl (CSE): 15-item schaal versie van een origineel 26 item schaal ontwikkeld voor een coping vaardigheden studie Therapietrouw: -zelfrapportage	-32% van de patiënten heeft een lage therapietrouw (minder dan 90%). -Misselijkheid is gerelateerd aan lage therapietrouw (minder dan 90%). -Lage CSE (moderator) en misselijkheid zijn gerelateerd aan lage therapietrouw.

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Johnson et al. (2011)</i>	N=249 (M) & (V) Leeftijd: 18+ Metingen: Coping: -Baseline interview - na 3 maanden 2e baseline interview -na 6 en 9 maanden interview -na 15 maanden laatste interview	Longitudinaal	-positieve emotie gefocuste coping -sociale steun zoeken -informatie zoeken	Copingstijl: the SECOPE Therapietrouw: - the Adult AIDS Clinical Trials Group (gemiste pillen over 3 dagen) - visual analog scale developed by Walsh(30 dagen therapietrouw) Interventie: The Balance Project experimental intervention (5 sessies/ 60 min. per sessie/coping met bijwerkingen)	-Het verbeteren van coping vaardigheden gerelateerd aan de bijwerkingen van HIV therapieën kan een beschermend effect op therapietrouw hebben. -Lage therapietrouw verandert niet voor de controle groep. -Lage therapietrouw wordt elke maand 6% lager voor de patiënten in de interventie groep (significant). -Patiënten in de interventiegroep maken meer gebruik van informatie en sociale steun zoeken. -Positieve emotie gefocuste coping verschilt niet voor de twee groepen.

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Kamau et al.</i> (2011)	N=354 (M) & (V)71% Leeftijd: 18-64 Metingen: 4 dagen	Cross-sectioneel design	<ul style="list-style-type: none"> -Eigen effectiviteit (doeltreffendheid) waarbij men wel of niet in staat is om om te gaan met de situatie (CSE). Een vorm van adaptieve coping komt hierin terug. -probleem gefocuste coping -stoppen van onplezierige emoties en gedachten -steun van vrienden en familie krijgen 	<p>Coping: CSE scale: coping self efficacy scale</p> <p>Therapietrouw: Zelfrapportage: Adult Clinical Trials Group adherence questionnaire (ACTG).</p>	<ul style="list-style-type: none"> -95% van de patiënten heeft een hoge therapietrouw (100%). -Significante relatie tussen CSE en hoge therapietrouw -Probleem gefocuste coping is de enige significante predictor van hoge therapietrouw.

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>O'Cleirigh et al.</i> (2007)	N=199 (M) & (V) Metingen: -Baseline -na 1 jaar	Longitudinaal	- Actieve coping -Vermijdende coping	Copingstijl: Carver, Scheier, and Weintraub's COPE scales Therapietrouw: AIDS Clinical Trials Group self- report instrument (zelfrapportage).	-73% van de patiënten heeft een hoge therapietrouw (95% of meer). -Zij maken significant meer gebruik van actieve coping dan vermijdende coping.

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Power et al.</i> (2003)	N=73 (M) & (V) Leeftijd: 18+ Metingen: 4 dagen	cross- sectioneel design	-Sociale steun -Ontkenning -Middelen misbruik	Coping stijl: Brief Coping Inventory (verkorte versie van de COPE) Therapietrouw: -zelf rapportage by Chesney and Ickovics (zelfrapportage)	- 74% van de patiënten heeft een hoge therapietrouw (100%). -De coping stijl middelen misbruik is significant gerelateerd aan lage therapietrouw. -De coping stijl ontkenning is niet significant gerelateerd aan lage therapietrouw.
<i>Ramadhani et al.</i> (2007)	N=150 (M) & (V) Leeftijd: 18+	cross- sectioneel design	-sociale coping	Copingstijl: Uit de literatuur en discussie met patiënten. Therapietrouw: -Zelfrapportage -Plasma HIV RNA levels (400>= virlogische mislukking).	-84% van de patiënten heeft een hoge therapietrouw (100%). -Sociale coping leid tot therapietrouw en is beschermend tegen virologische mislukking

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Singh et al.</i> (1999)	N= 123 93% (M) Leeftijd: 24-71 Metingen: T1=Basline T2= na 6 maanden	Longitudinaal	<ul style="list-style-type: none"> -tevredenheid met sociale steun -probleem gefocuste coping -emotie gefocuste coping -actieve cognitieve coping -actieve gedragsmatige coping -vermijdende coping -verlies van motivatie 	Copingstijl: Billings and Moos Inventory of Coping with Illness Styles Therapietrouw: -the refill methodology -aantal CD4 cellen	<ul style="list-style-type: none"> -18% van de patiënten heeft een lage therapietrouw (minder dan 90%). -Tevredenheid met sociale steun, probleem gefocuste coping en actieve gedragsmatige coping zijn significant gecorreleerd met hoge therapietrouw. -Vermijdende coping en verlies van motivatie zijn significant gecorreleerd met lage therapietrouw. -Emotie gefocuste coping en actieve gedragsmatige coping correleren niet met lage of hoge therapietrouw.

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Singh et al.</i> (1996)	N=46 Alleen (M) Leeftijd: 23-68 Metingen: Coping: baseline/ elke 6 maanden Therapietrouw: na 6 en 12 maanden	Longitudinaal	-adaptieve coping	Copingstijl: the Ways of Coping Scale Therapietrouw: Computerized pharmacy refill records	-63% van de patiënten heeft een hoge therapietrouw (80% of meer). -Patiënten met een hoge therapietrouw hebben betere coping vaardigheden dan patiënten met een lage therapietrouw. -Adaptieve coping is significant gerelateerd aan hoge therapietrouw

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Stutterheim et al. (2012)</i>	N=42 Metingen: 1 keer	Kwalitatief design	<p>Probleem gefocuste coping:</p> <ul style="list-style-type: none"> -selectieve onthulling -niet betrokken zijn -associëren met gelijken anderen -zoeken van sociale steun <p>Emotie gefocuste coping:</p> <ul style="list-style-type: none"> -afleiding zoeken -positieve herwaardering -religieuze coping -externe attributies -zich er niet mee identificeren -acceptatie 	<p>Copingstijl en stigma:</p> <p>semigestructureerde interviews (1 uur) uitgevoerd door een onderzoeker (opgenomen met een spraak recorder/ woord voor woord transcriptie)</p>	<p>- Patiënten maken gebruik van probleem gefocuste coping en emotie gefocuste coping stijlen om de negatieve consequenties van stigma te verzachten.</p> <p>-Stigma heeft een indirecte invloed op gezondheid door middel van invloed op psychologisch welzijn en sociale steun.</p> <p>-Stigma heeft een directe invloed op gezondheid door een negatieve invloed op therapietrouw.</p>

Auteur en jaar	N +metingen AV	Design	Variabelen	Instrumenten	Resultaten
<i>Weaver et al.</i> (2005)	n= 188(M) & 134(V) N= 322 Leeftijd: 18-65 Metingen: Baseline T1-T4= in 15 maanden	Longitudinaal	- sociale steun - negatieve stemming - benaderend- georiënteerde coping stijlen (actieve coping, positieve herinterpretatie, acceptatie) -vermijndend- georiënteerde coping stijlen (ontkenning, gedragmatige terugtrekking)	Copingstijl: Vijf 4-item schalen van de (situational version) van de COPE Inventory Therapietrouw: - The Adherence to Combination Therapy Guide (ACTG) - Medication Event Monitoring System (MEMS)	- Negatieve stemming en lage sociale steun zijn gerelateerd aan meer gebruik van vermijndend georiënteerde coping stijlen. Gebruik van deze coping stijlen (mediator) bij HIV patiënten is gerelateerd aan lage therapietrouw bij HAART medicatie. - Benaderend- georiënteerde coping stijlen zijn niet gerelateerd aan therapietrouw.