



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

‘De relatie tussen geestelijke gezondheid en Mindfulness bij Fibromyalgie patiënten’



Student: Graziella Sibenius Trip

1^o begeleider: Dr. E. Taal

2^o begeleider: Dr. G.J. Westerhof

24 augustus 2009

Bachelorthese Psychologie Veiligheid & Gezondheid

Universiteit Twente

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek was uit te vinden of er sprake is van een positieve samenhang tussen Mindfulness en geestelijke gezondheid bij Fibromyalgie patiënten. Uit eerder onderzoek is gebleken dat er een positieve samenhang bestaat tussen Mindfulness en psychologisch welbevinden (Baer et al., 2008; Pradhan et al., 2008). Nu stellen Westerhof & Keyes (2008) in recent onderzoek dat er naast psychologisch welbevinden ook subjectief welbevinden en sociaal welbevinden bestaan en dat deze drie samen geestelijke gezondheid vormen. Daarom is het nu interessant om te onderzoeken of deze zelfde relatie met Mindfulness geldt voor geestelijke gezondheid in het geheel. Data verzameling heeft plaats gevonden via de website van de Fibromyalgie patiënten vereniging. De vragenlijsten waren, naast de demografische- en aandoeningsgerelateerde gegevens, de Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en de Mental Health Continuum (MHC). Uit de analyses is duidelijk geworden dat er sprake is van een sterke positieve samenhang tussen geestelijke gezondheid en Mindfulness bij Fibromyalgie patiënten. Ook is gebleken dat in vergelijking met de algemene bevolking een groter deel van de Fibromyalgie patiënten een ‘verkommerende’ geestelijke gezondheid heeft. Fibromyalgie patiënten kunnen daarom worden aanbevolen om Mindfulness te beoefenen om zo hun geestelijke gezondheid te helpen bevorderen.

Abstract

The objective of this research was to study if there is a positive connection between Mindfulness and mental health with Fibromyalgia patients. Previous research has shown that Mindfulness and psychological wellbeing are positively correlated (Baer et al, 2008; Pradhan et al, 2008). In recent research, Westerhof & Keyes (2008) concluded that beside psychological wellbeing also subjective wellbeing and social wellbeing exist and that these three facets together constitute mental health. Therefore it is now interesting to study if this same relation to Mindfulness applies to mental health. Data collection took place through questionnaires on the website of the Fibromyalgia patients association. Next to demographic- and illness-related data, the Five Facet Mindfulness Questionnaire and the Mental Health Continuum were administered. The results of this study show there is a strong positive relation between Mindfulness en mental health with Fibromyalgia patients. Results also show that Fibromyalgia patients indeed have a lower mental health then the general population. Concluding, Fibromyalgia patients can be recommended to practice Mindfulness to increase their mental health.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Abstract.....	1
1. Inleiding.....	3
1.1 Fibromyalgie.....	3
1.2 Mindfulness.....	4
1.3 Geestelijke gezondheid.....	5
1.4 Onderzoeksvragen.....	7
2. Methoden.....	9
2.1 Deelnemers en design.....	9
2.2 Procedure.....	9
2.3 Metingen.....	9
2.4. Data analyse.....	11
3. Resultaten.....	13
3.1 Beschrijving van de steekproef.....	13
3.2 Normaal verdeling.....	14
3.3 De geestelijke gezondheid van Fibromyalgie patiënten.....	15
3.4 De Mindfulness van Fibromyalgie patiënten.....	16
3.5 Samenhang tussen geestelijke gezondheid en Mindfulness.....	18
3.6 Verklarende factoren voor geestelijke gezondheid.....	19
4. Discussie.....	24
Literatuurlijst.....	26
Bijlage 1: Mental Health Continuum ‘MHC’.....	28
Bijlage 2: De Nederlandse versie van de Five Facet Mindfulness Questionnaire ‘FFMQ-NL’.....	30

1. Inleiding

Het doel van dit onderzoek is uit te vinden of er sprake is van een positieve samenhang tussen Mindfulness en geestelijke gezondheid bij Fibromyalgie patiënten. Als blijkt dat dit het geval is zouden Fibromyalgie patiënten aanbevolen kunnen worden om Mindfulness te beoefenen om zo hun geestelijke gezondheid te helpen bevorderen.

De opbouw van deze studie is als volgt. Het eerste hoofdstuk is de inleiding. Hier zal allereerst worden ingegaan op Fibromyalgie, Mindfulness, geestelijke gezondheid en hoe deze drie factoren met elkaar in verband worden gebracht. Vervolgens sluit de inleiding af met het formuleren van de onderzoeksvragen. Hoofdstuk 2 gaat in op de gebruikte methoden. De resultaten van het onderzoek worden weergegeven in hoofdstuk 3. Het laatste en afsluitende hoofdstuk van deze studie is de discussie. Hier worden de gevonden resultaten besproken door de hoofdvraag te beantwoorden en de beperkingen en aanbevelingen worden genoemd.

1.1 Fibromyalgie

In Nederland hebben ruim 2,3 miljoen mensen één of meerdere vormen van reuma. Reuma is een verzamelnaam voor verschillende aandoeningen aan het bewegingsapparaat die op te delen zijn in drie categorieën: ontstekingsreuma, artrose en weke delen reuma. Naar schatting heeft een half miljoen mensen in Nederland een vorm van weke delen reuma, waarvan de meesten Fibromyalgie. Fibromyalgie komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen en de prevalentie neemt met leeftijd toe (Reumafonds, 2009). Bij weke delen reuma geven niet de gewrichten maar de omliggende spieren en (bind-)weefsels klachten, waarbij de weefsels niet ontstoken zijn maar overbelast. De oorzaak hiervoor is nog grotendeels onbekend (Reumafonds, 2009). Fibromyalgie is een syndroom waarbij wijdverspreide pijn in het lichaam wordt aangegeven, die niet kan worden verklaard door ontstekingen of degeneratieve kwalen aan het spier-skeletstelsel (Wolfe, 1990). Volgens Wolfe (1990) zijn er 18 pijnpunten in het lichaam aan te wijzen. Om van Fibromyalgie te kunnen spreken is het nodig dat de patiënt in 11 van deze 18 pijnpunten pijn heeft, wanneer deze met de hand gevoeld worden. Daarnaast ervaren patiënten vaak stijfheid, moeheid, angst en migraine en kan er sprake zijn van prikkelbare darm syndroom (IBS) en chronische moeheid syndroom (CFS). Deze symptomen hoeven echter niet altijd aanwezig te zijn om de diagnose Fibromyalgie te stellen (Wolfe, 1990; Goldenberg, 1999). De oorzaken van Fibromyalgie zijn onbekend, maar er zijn wel factoren aan te wijzen die invloed lijken te hebben: Fibromyalgie blijkt een sterk familiair component te hebben; eerstegraads familie van patiënten heeft een acht-voudig groter risico

dan de algemene populatie (Harris, 2008). Hiernaast lijken omgevingsfactoren ook een rol in de ontwikkeling van Fibromyalgie te spelen: omgevings ‘stressoren’ zoals fysieke trauma, bepaalde infecties zoals Hepatitis C, Parvo virus, Lyme ziekte en emotionele stress zijn geassocieerd met de ontwikkeling van Fibromyalgie (Harris, 2008). De behandeling van Fibromyalgie kan bestaan uit farmacologische behandeling, met onder andere het medicijn Pregabalin of Duloxetine, of uit non-farmacologische behandeling zoals lichamelijke oefeningen of cognitieve gedragstherapie (Harris, 2008). Deze behandelingen gaan voornamelijk in op bestrijding van klachten en zijn lang niet altijd effectief, Fibromyalgie kan niet worden genezen (Reumafonds, 2009).

1.2 Mindfulness

Mindfulness kan volgens Bishop (2004) worden omschreven als een staat waarin iemand zich zeer bewust is van het moment zelf, de realiteit van dit moment accepteert en onderkent, zonder te oordelen over de situatie of na te denken over emotionele reacties op de situatie (McCracken et al., 2008). Methoden voor Mindfulness worden steeds meer gebruikt in gedrags- en cognitieve therapie. Voorbeelden hiervan zijn: Mindfulness-Based Stress Reduction, Dialectical Behavior Therapy, Acceptance and Commitment Therapy en Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Deze therapieën stellen Mindfulness voor als iets dat aangeleerd en beoefend kan worden om psychologische symptomen die gepaard gaan met verschillende aandoeningen te verminderen en gezondheid en welbevinden te bevorderen (Baer, 2006). In een serie studies vonden Baer et al (2006) dat Mindfulness het beste omschreven kan worden als bestaande uit vijf facetten. De facetten die hieruit naar voren kwamen zijn: ‘Observeren’, ‘Beschrijven’, ‘Bewust handelen’, ‘Non-reactiviteit’ en ‘Niet oordelen’. ‘*Observeren*’ is het kunnen opmerken en het besteden van aandacht aan zowel interne als externe stimuli zoals lichamelijke sensaties, cognities, emoties, geluiden etc. ‘*Beschrijven*’ is het onder woorden kunnen van het geobserveerde. ‘*Bewust handelen*’ is met onverdeelde en complete aandacht in een ervaring of activiteit zijn, oftewel het kunnen concentreren op een ding. ‘*Niet-oordelen*’ is de ervaring van het moment kunnen accepteren zonder deze te evalueren of zonder te proberen te ontsnappen, vermijden of de situatie te veranderen. ‘*Non-reactief*’ zijn is het vermogen om gedachten en gevoelens op te laten komen en te laten gaan zonder er in verstrikt te raken.

Uit een studie van Kozak (2008) is gebleken dat Mindfulness kan helpen om met pijn om te gaan, en zou daarom mogelijk ook door Fibromyalgie patiënten kunnen worden toegepast. Kozak (2008) beschreef in zijn studie hoe met behulp van Mindfulness het voor

patiënten mogelijk is om in een 'plaats' te komen waar pijn, hoewel onplezierig, niet langer een probleem is. Voor de meeste mensen zijn de beperkingen en handicaps die gepaard gaan met pijn moeilijk te accepteren. Zo kan een patiënt bijvoorbeeld niet meer werken en mist daardoor het vriendschappelijk contact met collega's en anderen. Hierdoor kan een patiënt zich eenzaam en depressief voelen. Mindfulness koppelt een persoon's gevoel van welzijn los van dit soort intrinsieke variabelen (de pijn) en extensieke variabelen (contact met anderen), zodat het gevoel van welzijn kan blijven bestaan onder ongunstige omstandigheden en ervaringen (Kozak, 2008). In het onderzoek van Kozak (2008) werd de patiënt gevraagd een meditatie oefening te doen. Hierbij bracht de patiënt eerst de aandacht naar de ademhaling. Wanneer het gelukt was deze aandacht vast te houden werd de patiënt gevraagd zijn/haar aandacht te richten op het punt (of meerdere punten, stap voor stap) waar pijn werd gevoeld. Het was de bedoeling dat de patiënt zich met een open en geïnteresseerde aandacht op de omschrijvingen en observaties van deze pijnsensatie zelf richtte, dus bijvoorbeeld 'de pijn voelt stekend en continu', en niet op de beoordeling van pijn, dus niet 'deze sensatie is onplezierig en het zorgt ervoor dat ik slechter functioneer'. Dit opent een nieuwe manier van pijn-ervaring die los staat van eerdere opvattingen en beoordelingen over pijn. Zo verandert de pijn van een beleving waar de patiënt onder lijdt, naar een beleving die de patient waarneemt als iets dat aanwezig is, zonder er onder te lijden. Als de patiënt dit zich eigen heeft gemaakt is er een manier gevonden om met pijn om te gaan. Mindfulness biedt dus de mogelijkheid om pijn te hebben zonder er onder te lijden; pijn kan bestaan naast een subjectief gevoel van welzijn door een onderscheid te maken tussen een persoon's gevoel van welzijn en de omstandigheden, zoals pijn, waarin de persoon zich bevindt. Door dit van elkaar los te koppelen is de persoon in staat toch gelukkige gevoelens te hebben ondanks de beleefde pijn.

1.3 Geestelijke gezondheid

Fibromyalgie patiënten hebben een lager psychologisch welbevinden dan andere patiënten met chronische aandoeningen (Schleicher, 2005). Sinds kort zijn er een aantal onderzoeken gedaan naar Mindfulness en hoe dit samenhangt met welbevinden. Zo is uit onderzoek van Baer et al. (2008) gebleken dat er sprake is van een positieve samenhang tussen Mindfulness en psychologisch welbevinden. Psychologisch welbevinden werd hier gemeten met de Scales of psychological wellbeing, welke uit 6 schalen bestaat: zelfacceptatie, positieve relaties met anderen, autonomie, omgevingsbeheersing, doel in het leven en persoonlijke groei. Per schaal waren er 9 items. In deze studie werd gekeken naar de correlaties tussen psychologisch

welbevinden en de vijf facetten van de Five Facet Mindfulness Questionnaire. Hieruit bleek dat er in niet-mediterende groepen gemiddeld tot sterke positieve correlaties bestaan tussen alle vijf facetten en psychologisch welbevinden, behalve op het facet 'Observeren'. Bij de meditatie groep had ook 'Observeren' een sterke positieve correlatie. Pradhan et al. (2007) gebruikten in hun onderzoek ook de Scales of psychological wellbeing voor het meten van psychologisch welbevinden, in een onderzoek bij reumapatiënten en het effect van Mindfulness-Based Stress Reduction. Uit dit onderzoek bleek dat wanneer de mate van Mindfulness bij de reuma patiënten omhoog ging dankzij de Mindfulness-Based Stress Reduction, het psychologisch welbevinden ook omhoog ging. Ook hier kwam uit dat een hogere mate van Mindfulness gerelateerd is aan een hoger psychologisch welbevinden. Kozak (2008) concludeert uit zijn onderzoek dat pijn patiënten het soms moeilijk vinden, door de ervaren pijn en bijbehorende stress en depressiviteit, een subjectief gevoel van welbevinden te houden, maar dat Mindfulness hier van hulp kan zijn, zoals in paragraaf 2.2 wordt uitgelegd. Kozak (2008) definieert subjectief welbevinden als het hebben van positieve en gelukkige gevoelens. Nu stellen Westerhof & Keyes (2008) in recent onderzoek dat er naast psychologisch welbevinden en Subjectief welbevinden ook Sociaal welbevinden is, en dat deze drie samen geestelijke gezondheid vormen. Westerhof en Keyes (2008) geven hier bij de volgende definities: subjectief welbevinden bestaat uit levenstevredenheid met daarbij horende positieve gevoelens zoals geluk en plezier. Psychologisch welbevinden is het streven van een persoon naar het eigen potentieel waarbij deze zes factoren een rol spelen; zelfacceptatie, autonomie, omgevingsbeheersing, persoonlijke groei, doelgerichtheid en positieve relaties met anderen. Sociaal welbevinden wordt beschreven als het hebben van een positieve kijk op de maatschappij waarin een persoon zich thuisvoelt en in deelneemt. Dit is op te delen in vijf gemeenschappelijke dimensies:

1. *Sociale coherentie*: het begrijpen van de samenleving
2. *Sociale acceptatie*: het aanvaarden van de aard van de mens
3. *Sociale actualisatie*: het gevoel dat de maatschappij zich positief ontwikkelt
4. *Sociale integratie*: het gevoel deel te zijn van de maatschappij
5. *Sociale bijdrage*: het leveren van een bijdrage aan de maatschappij (Westerhof en Keyes, 2008).

Geestelijke gezondheid is niet alleen de afwezigheid van stoornissen, maar omvat zowel psychologisch welbevinden, als subjectief welbevinden, als sociaal welbevinden. Personen

waarbij het subjectief-, psychologisch-, en sociaal welbevinden hoog is worden omschreven als ‘florerend’ Wanneer zowel het subjectief als het psychologisch en sociaal welbevinden laag is, is er sprake van ‘verkommerend/wegkwijnend’. De groep tussen florerend en verkommerd heeft een ‘gematigde geestelijke gezondheid’ (Westerhof en Keyes, 2008).

1.4 Onderzoeksvragen

Zoals in paragraaf 1.3 besproken is er eerder onderzoek gedaan naar psychologisch welbevinden in relatie tot Mindfulness (Baer et al, 2008; Pradhan et al 2008). Ook is er onderzoek gedaan naar subjectief welbevinden en Mindfulness bij pijn patiënten (Kozak, 2008). Er is nog geen onderzoek gedaan naar wat voor relatie geestelijke gezondheid, zoals gedefinieerd door Westerhof en Keyes (2008), heeft met Mindfulness. Daarnaast is er nog geen onderzoek gedaan naar geestelijke gezondheid bij Fibromyalgie patiënten. Wanneer blijkt dat Fibromyalgie patiënten inderdaad een lage geestelijke gezondheid hebben en dat er sprake is van een sterke samenhang tussen geestelijke gezondheid en Mindfulness, zouden Fibromyalgie patiënten aanbevolen kunnen worden om Mindfulness te beoefenen om zo hun geestelijke gezondheid te helpen bevorderen. In deze studie wordt er daarom gekeken naar de relatie tussen Mindfulness en geestelijke gezondheid bij Fibromyalgie patiënten. De hoofdvraag die hierbij wordt gesteld is:

“Wat is de relatie tussen geestelijke gezondheid en Mindfulness bij Fibromyalgie patiënten?”

Om de hoofdvraag te helpen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Hoe is de geestelijke gezondheid van Fibromyalgie patiënten?

De Geestelijke gezondheid van de Fibromyalgie patiënten zal worden vergeleken met die van de algemene Nederlandse bevolking, onderzocht door Westerhof en Keyes (2008).

De categorieën van geestelijke gezondheid, zoals gedefinieerd door Keyes et al. (2008), zijn ‘florerend’, ‘gematigd’ en ‘verkommerend’. Verwacht wordt dat de groep ‘verkommerend’ bij de Fibromyalgie patiënten hoger zal zijn dan bij de algemene bevolking aangezien uit eerder onderzoek ook al is gebleken dat Fibromyalgie patiënten een relatief laag psychologisch welbevinden hebben (Schleicher, 2005).

2. Hoe is de Mindfulness van Fibromyalgie patiënten?

Bij het beantwoorden van deze deelvraag zal onderscheid worden gemaakt tussen de Fibromyalgie patiënten met meditatie ervaring en de patiënten zonder meditatie ervaring.

Verwacht wordt dat de patiënten met meditatie ervaring significant hoger scoren dan degenen zonder meditatie ervaring. Omdat de Nederlandse versie van de FFMQ geen categorisatie biedt voor de scoring wordt de score ook vergeleken met eerder onderzochte demografische groepen: studenten, vrijwilligers uit de algemene bevolking, hoog opgeleiden en mensen die mediteren. Deze groepen zijn eerder onderzocht door Baer et al. (2008).

3. *Is er sprake van een positieve relatie tussen Mindfulness en geestelijke gezondheid bij Fibromyalgie patiënten?*

Verwacht wordt dat er een gemiddeld tot sterke positieve correlatie met $r > .3$ wordt gevonden. Omdat uit eerder onderzoek is gebleken dat psychologisch welbevinden sterk positief correleert met Mindfulness (Baer et al., 2008; Pradhan et al., 2008) wordt ditzelfde verwacht voor geestelijke gezondheid.

4. *Is er sprake van een positieve relatie tussen de vijf aparte Mindfulness facetten en de drie aparte subschalen van Geestelijke gezondheid?*

Verwacht wordt dat er gemiddeld tot sterke positieve correlaties met $r > .3$ bestaan tussen de Mindfulness facetten en de subschalen van geestelijke gezondheid, met uitzondering van het facet 'Observeren', hierbij wordt een zwakke correlatie verwacht met $r < .3$. Uit eerder onderzoek (Baer et al, 2006) is namelijk gebleken dat het facet 'Observeren' een zwakke correlatie heeft met psychologisch welbevinden. Daarom wordt er in dit onderzoek van uit gegaan dat 'Observeren' geen sterke correlatie zal laten zien.

5. *Wat zijn verklarende factoren voor geestelijke gezondheid?*

Hierbij zal worden gekeken naar de demografische- en aandoeningsgerelateerde variabelen en alle Mindfulness facetten. Verwacht wordt dat de Mindfulness facetten een belangrijk deel van de variantie in geestelijke gezondheid verklaren bovenop het deel dat de demografische- en aandoeningsgerelateerde variabelen al verklaren.

2. Methoden

Dit hoofdstuk bespreekt de methoden van onderzoek die zijn gebruikt en is als volgt opgebouwd. In paragraaf 3.1 worden de deelnemers en design van deze studie besproken. Paragraaf 3.2 gaat over de procedure van het data verzamelen. Paragraaf 3.3 gaat over de vragenlijsten die zijn afgenomen. Als laatste gaat paragraaf 3.4 in op de manier waarop de verzamelde data is geanalyseerd.

2.1 Deelnemers en design

Om de hoofdvraag te onderzoeken is er een cross sectioneel onderzoek uitgevoerd. In een cross-sectioneel onderzoek wordt elk individu in een groep eenmaal gemeten. De deelnemers waren 120 patiënten waarvan er uiteindelijk 49 de gehele vragenlijst hadden ingevuld. Deze groep van 49 patiënten bestond uit 48 vrouwen en 1 man. De overige 71 deelnemers hadden één of meerdere items niet ingevuld en werden daarom niet meegenomen in de analyse. De deelnemers waren allen Fibromyalgie patiënten die via de website van de Fibromyalgie vereniging de vragenlijsten hebben ingevuld.

2.2 Procedure

De dataverzameling vond plaats via de website van de Fibromyalgie patiënten vereniging. Op deze site was een oproep geplaatst deel te nemen aan het onderzoek. Wanneer de persoon dan wilde deelnemen kreeg hij/zij een e-mail toegestuurd met daarin de link voor de vragenlijsten. Op deze manier konden de vragenlijsten online via de computer worden ingevuld en kon de persoon in zijn/haar eigen tijd en tempo de vragenlijsten invullen.¹

2.3 Metingen

De deelnemers werd gevraagd demografische- en aandoeningsgerelateerde vragen in te vullen. Daarna werden er nog twee vragenlijsten afgenomen: de Mental Health Continuum en de Fice Facet Mindfulness Questionnaire. Hieronder volgt de beschrijving van deze vragenlijsten.

✓ Demografische gegevens

Allereerst werd er naar demografische – en aandoeningsgerelateerde gegevens gevraagd. Deze bestonden uit vragen over het geslacht (man/vrouw), burgerlijke staat (alleenstaand/niet alleenstaand), opleiding (geen opleiding, basisonderwijs, lager beroepsonderwijs, middelbaar

¹ In eerste instantie was het de bedoeling ook data te verzamelen op de reumatologie poli van het MST en deze data te gebruiken voor het onderzoek. De data verzameling heeft wel plaatsgevonden, maar vanwege het tegenvallende respons aantal is deze data niet meegenomen in de data analyses.

beroepsonderwijs, havo/vwo, wetenschappelijk onderwijs), werk (betaald werk/geen betaald werk), pijnscore (van helemaal geen pijn 0 tot ondraaglijke pijn 10), of de diagnose Fibromyalgie door een arts was vastgesteld (ja/nee), of de persoon meditatie ervaring had (ja/nee) en hoe lang de persoon al Fibromyalgie heeft (in aantal jaren).

✓ De Mental Health Continuum

De Mental Health Continuum (MHC) is een vragenlijst bestaande uit 14 items welke de geestelijke gezondheid meet. Er worden in de 14 items gevoelens weergegeven waar de persoon aan kan geven in hoeverre dit op haar/hem van toepassing was de afgelopen maand. Antwoorden kan op een zes-punts schaal variërend van 1=nooit tot 6=elke dag.

De MHC is opgedeeld in drie schalen: subjectief welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. De schaal die subjectief welbevinden meet bestaat uit drie items. Een voorbeeld item uit deze schaal is: *In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?* De schaal die psychologisch welbevinden meet bestaat uit vijf items. Een voorbeeld item uit deze schaal is: *In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?* De schaal die sociaal welbevinden meet bestaat uit zes items, een voorbeeld hiervan is: *In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?* De gehele MHC staat in bijlage 1 weergegeven.

De MHC geeft een score voor elk van de drie subschalen en een totaalscore voor geestelijke gezondheid. De totale score wordt berekend door de scores van de 14 items bij elkaar op te tellen en heeft een range van 14 tot 84. Geestelijke gezondheid kan vervolgens gecategoriseerd worden in slechte geestelijke gezondheid, ook wel 'verkommerend/wegkwijnend' genoemd, een gematigde geestelijke gezondheid of een goede geestelijke gezondheid, ofwel 'florerend'. Wanneer op minstens 7 van de 14 items geantwoord wordt met 'bijna elke dag' of 'elke dag', waarvan er in ieder geval één in de schaal subjectief welbevinden, kan er worden gesproken van 'florerend'. Wanneer er op minstens 7 van de 14 items geantwoord wordt met 'één of twee keer per dag' of 'nooit', waarvan er in ieder geval één in de schaal subjectief welbevinden, kan er worden gesproken van 'verkommerend'. Alle scores die niet aan deze voorwaarden voldoen vallen in de categorie 'gematigde geestelijke gezondheid' (Keyes et al., 2008).

✓ De Five Facet Mindfulness Questionnaire

De Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) bestaat uit 39 vragen welke zijn onderverdeeld in vijf facetten. Per apart facet zijn er acht items, behalve voor het facet non-reactief zijn, daarvoor zijn er zeven. De FFMQ is vertaald naar het Nederlands en moet nog gevalideerd worden in een klinische setting. De FFMQ meet Mindfulness als het vermogen om het huidige moment te ervaren op een niet-oordelende en accepterende wijze. Dit vermogen wordt verdeeld in vijf aparte Mindfulness vaardigheden: ‘Observeren’, ‘Beschrijven’, ‘Bewust handelen’, ‘Non-reactiviteit’ en ‘Niet oordelen’. Een voorbeeld vraag van het facet ‘Observeren’ is: *“Als ik loop let ik bewust op hoe de beweging van mijn lichaam voel”*t. Van het facet ‘Beschrijven’ is, *“Ik ben goed in het vinden van woorden om mijn gevoelens te beschrijven”*, een voorbeeld vraag. Een voorbeeld van ‘Bewust handelen’: *“Als ik iets aan het doen ben dwalen mijn gedachten af en ben ik snel afgeleid”*. Een voorbeeld item uit het facet ‘Non-reactiviteit’: *“Ik neem mijn gevoelens en emoties waar zonder dat ik er op hoeft te reageren”*. En een voorbeeld item voor ‘Niet-oordelen’: *“Ik bekritiseer mezelf voor het hebben van irrationele of ongepaste emoties”*. De gehele FFMQ staat in bijlage 2.

De vragen van de FFMQ bestaan uit een statement waarop de patiënt kan aangeven in hoeverre deze op hem/haar van toepassing is. Op elke vraag kan een score van 1 t/m 5 worden behaald waarbij 1 de laagste score is (nooit waar) en 5 de hoogste (altijd waar). De vragen die negatief gesteld zijn worden omgescoord, dus 5=1, 2=4, 4=2, 1=5.

De score kan per facet berekend worden zodat er kan worden nagegaan op welke facetten een hoge score wordt behaald. Zo kan er ook worden nagegaan welke er positief of negatief gerelateerd zijn aan componenten van geestelijke gezondheid uit de MHC. De FFMQ totaal score is de som van vraag 1 tot en met 39, en heeft dus een range van 39 tot 195. De ranges voor de facetten lopen van 8 tot 40, behalve die van non-reactief zijn; deze loopt van 7 tot 35 (Muskens en Kamphuis, 2008).

2.4. Data analyse

Om de verzamelde data te analyseren werd gebruik gemaakt van Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 17.0.

Met behulp van de Kolmogorov-Smirnov-toets werd eerst gekeken of de variabelen in dit onderzoek (de FFMQ- en MHC-schalen) normaal verdeeld zijn. Dit kan tweezijdig worden getoetst met een significantieniveau van .05. Wanneer de uitkomst significant is ($p < .05$) wordt geconcludeerd dat de variabele niet normaal is verdeeld.

Vervolgens werd een descriptieve analyse uitgevoerd om een overzicht te krijgen van de demografische variabelen van de deelnemers.

Daarna werd een descriptieve analyse uitgevoerd om weer te geven hoe de patiënten gescoord hebben op de vragenlijsten.

Om te bepalen of er een correlatie bestaat tussen de MHC schalen en FFMQ facetten, en welke richting en sterkte deze heeft, werd er een correlatie analyse uitgevoerd. Een correlatie meet de richting en de sterkte van de lineaire relatie tussen twee variabelen. De correlatie (aangegeven met r) is altijd een getal tussen -1 en 1. Waarden die dichtbij nul liggen geven een heel zwak verband aan en waarden die dicht bij -1 of 1 liggen een heel sterk verband. Een positieve r wijst op een positieve samenhang en een negatieve r op een negatieve samenhang (Moore & McCabe, 1999).

Tot slot werd er een hiërarchische regressie analyse uitgevoerd met de ‘forced entry’ – methode en de score op de MHC als afhankelijke variabele. De regressie analyse bevatte twee blokken. In het eerste blok werden de demografische- en aandoeningsgerelateerde variabelen toegevoegd als voorspellers en in het tweede blok werden de scores op de FFMQ toegevoegd. Zo kan worden nagegaan hoeveel de FFMQ scores toevoegen aan het verklaren van de variantie in geestelijke gezondheid, bovenop het deel dat de demografische variabelen al verklaren. Voor elke variabele werd de regressiecoëfficiënt β uitgerekend. Deze coëfficiënt geeft aan hoeveel voorspellende waarde de variabele heeft voor geestelijke gezondheid. Significantie werd aangenomen bij $p < .05$.

3. Resultaten

In paragraaf 3.1 wordt de steekproef beschreven. In 3.2 staan de uitkomsten van de normaal verdeling. Paragraaf 3.3 gaat in op de scoring van de MHC en 3.4 op de scoring van de FFMQ. Paragraaf 3.5 gaat over de samenhang tussen geestelijke gezondheid en Mindfulness, gekeken naar de correlaties tussen de facetten van Mindfulness en de subschalen van geestelijke gezondheid. Paragraaf 4.6 laat de resultaten van de regressie analyses zien.

3.1 Beschrijving van de steekproef

Van de 120 vragenlijsten zijn er 49 volledig ingevuld. In tabel 1 staat een overzicht van de demografische gegevens van de 49 respondenten die meegenomen zijn in de analyse. Er is hierbij geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen, aangezien er maar één man had deelgenomen.

Tabel 1. Demografische gegevens respondenten

	Totaal (n=49) 100%
Burgerlijke staat	
Met partner	15 (30.6%)
Zonder partner	34 (69.4%)
Werk	
Betaald werk	24 (49%)
Geen betaald werk	25 (51%)
Opleiding	
Geen opleiding	0 (0%)
Basisonderwijs	1 (2.0%)
Lager beroepsonderwijs	5 (10.2%)
MAVO,(M)ULO,3 jarige	10 (20.4%)
HBS,VMBO	
Middelbaar	12 (24.5%)
beroepsonderwijs	
5jarige HBS,	6 (12.2%)
HAVO,MMS,atheneum,	
gymnasium	
Hoger beroepsonderwijs	13 (26.5%)
Wetenschappelijk onderwijs	2 (4.1%)
(universiteit)	
Gemiddelde ziekte duur	9
(jaren)	
(Standard deviatie)	(9.1)
Range	0-34
Gemiddelde pijn (0-10)	6.8

(standaarddeviatie) (1.5)
Range 3-10

Is diagnose Fibromyalgie vastgesteld door een arts?

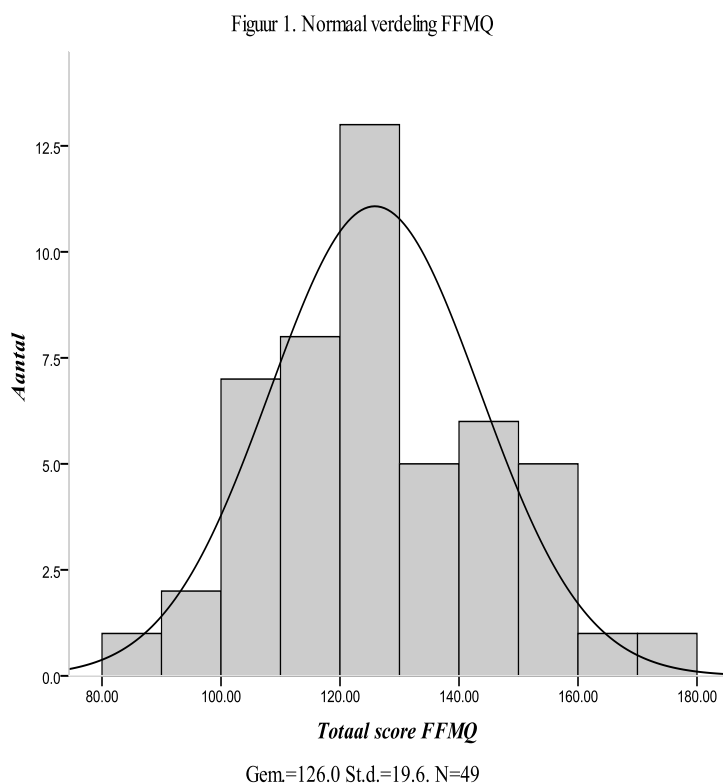
Ja 49 (100%)
Nee 0 (0%)

Meditatie ervaring

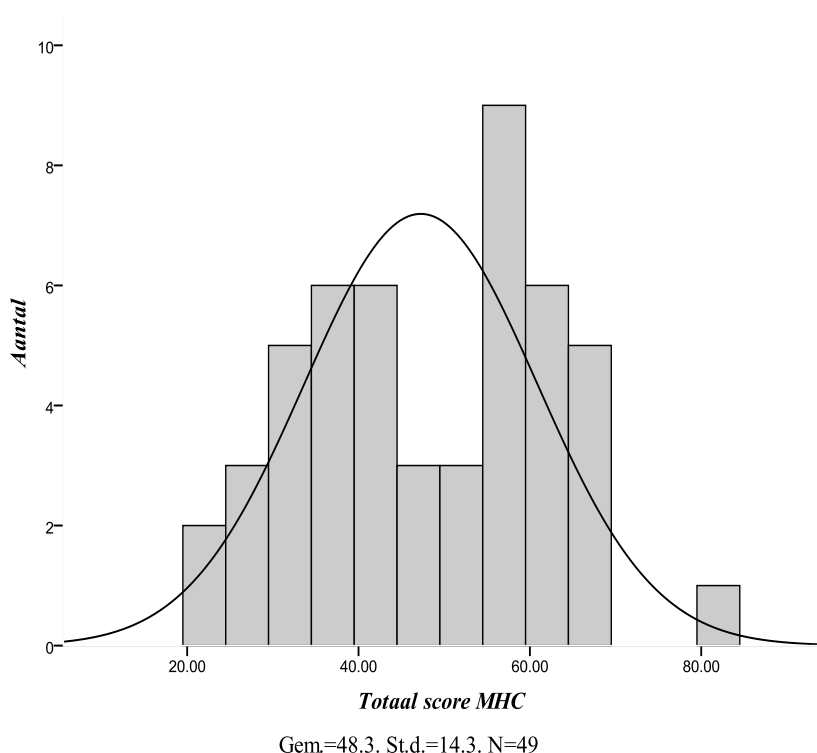
Ja 24 (49%)
Nee 25 (51%)

3.2 Normaal verdeling

Uit de Kolmogorov-Smirnov toets bleek dat alle variabelen (totaal score MHC, totaal score FFMQ, alle facet-scores FFMQ en alle subschaal scores MHC) normaal zijn verdeeld. Voor de correlatie analyses betekent dit dat er gebruik werd gemaakt van de Pearson correlatiecoëfficiënt. Ter illustratie staat in figuur 1 een histogram dat laat zien dat de totaal score van de FFMQ volgens een normaal verdeling loopt. In figuur 2 staat het histogram van de totaal score op de MHC.



Figuur 2. Normaal verdeling MHC



3.3 De geestelijke gezondheid van Fibromyalgie patiënten

In tabel 2 staat weergegeven hoeveel Fibromyalgie patiënten tot de categorieën ‘florerend’, ‘gematigd’ of ‘verkommerend’ behoren en wordt dit vergeleken met de verdeling in de algemene bevolking. Zoals kan worden gezien zijn er duidelijk verschillen tussen de geestelijke gezondheid van de algemene bevolking en Fibromyalgie patiënten; een aanzienlijk groter percentage van de Fibromyalgie patiënten heeft een ‘verkommerende’ geestelijk gezondheid en een kleiner deel heeft een ‘florerende’ geestelijke gezondheid.

Tabel 2. Categorisatie geestelijke gezondheid

Groep	Fibromyalgie patiënten	Algemene bevolking
Florerend	20.4%	34.9%
Gematigd	57.1%	60.2%
Verkommerend	22.4%	4.9%
Totaal	100%	100%

3.4 De Mindfulness van Fibromyalgie patiënten

In tabel 3 staat de verdeling tussen de Fibromyalgie patiënten met en zonder meditatie ervaring. Hier is te zien dat Fibromyalgie patiënten zonder meditatie ervaring op alle facetten lager scoren dan patiënten met meditatie ervaring, behalve op het facet ‘Niet oordelen’, daar scoren ze hoger. In tabel 4 staan de uitkomsten van de t-toets, het blijkt dat de verschillen tussen de scores op de Mindfulness facetten allen niet significant zijn. De gevonden verschillen zijn dus niet groot genoeg om te concluderen dat Fibromyalgie patiënten met meditatie ervaring hoger scoren op de FFMQ, het verschil in scores kan ook op toeval berusten.

Tabel 3. Fibromyalgie patiënten met en zonder meditatie ervaring

Facet	Fibromyalgie patiënten met meditatie ervaring		Fibromyalgie patiënten zonder meditatie ervaring	
	M	SD	M	SD
Observeren	28.9	4.7	27.2	2.8
Beschrijven	24.9	2.6	25.2	2.6
Bewust handelen	22.8	6.8	23.2	6.3
Niet oordelen	23	6.7	22.6	6.7
Non-reactief zijn	21.3	4.6	20.6	4.2

Tabel 4. T-toets verschillen tussen meditatie ervaring en geen meditatie ervaring

Variabele	t	p	Df
FFMQ totaal	.66	.51	47
FFMQ observeren	1.48	.15	47
FFMQ beschrijven	-.38	.71	47
FFMQ bewust handelen	-.20	.85	47
FFMQ niet oordelen	.23	.82	47
FFMQ non reactief zijn	.58	.56	47

De descriptieve statistische analyse laat de gemiddelde scores van de Fibromyalgie patiënten op de FFMQ zien. In tabel 5 staan deze scores weergegeven. Ter vergelijking staan de scores van vier andere groepen ‘Algemene bevolking’, ‘Meditatie’, ‘Studenten’ en ‘Hoog opgeleiden’, onderzocht door Baer et al. (2008), weergegeven. De scores van de Fibromyalgie patiënten wijken niet zeer af van de andere groepen. Over het algemeen scoort de ‘Meditatie’ groep van Baer et al. (2008) het hoogst.

Tabel 5. Gemiddelde scores FFMQ facetten

	<i>Groep 1 Fibromyalgi e patiënten</i>	<i>Groep 2 'Algemene bevolking' (Baer et al, 2008)</i>	<i>Groep 3 'Meditatie' (Baer et al, 2008)</i>	<i>Groep 4 'Studenten' (Baer et al, 2008)</i>	<i>Groep 5 'Hoog opgeleid'(Baer et al, 2008)</i>
<i>Facet</i>	M SD	M SD	M SD	M SD	M SD
Observeren	28.0 3.9	24.3 5.5	32 4.1	24.3 4.8	27.0 5.6
Beschrijven	26.9 6.4	24.6 7.1	31.8 5.3	26.5 6.0	30.0 5.6
Bewust handelen	25.0 6.5	24.6 6.6	28.1 5.1	25.3 5.8	28.3 5.2
Niet oordelen	25.2 6.7	23.9 7.3	32.4 5.6	27.8 5.9	29.1 5.8
Non-reactief zijn	20.9 4.4	19.5 4.9	25.7 4.0	20.5 3.8	22.8 4.2

3.5 Samenhang tussen geestelijke gezondheid en Mindfulness

Een correlatie analyse laat zien dat er een grote positieve correlatie bestaat tussen geestelijke gezondheid en Mindfulness, met $r=.69$. In Tabel 6 staan de correlaties weergegeven tussen alle facetten van Mindfulness en alle subschalen van geestelijke gezondheid. Over het algemeen blijkt dat de facetten een sterke positieve correlatie hebben met de drie subschalen van geestelijke gezondheid. Het facet ‘Observeren’ heeft, zoals verwacht, een zwakke correlatie met de subschalen. Het facet ‘Non-reactief zijn’ heeft gemiddeld positieve correlaties met de subschalen subjectief- en psychologisch welbevinden. Ook ‘Niet oordelen’ en de subschaal sociaal welbevinden heeft een gemiddeld positieve correlatie.

Tabel 6. Overzicht van de Pearson Correlatiecoëfficiënten

	MHC totaal	MHC Subjectief	MHC Sociaal	MHC Psychologisch
FFMQ Totaal	.69**	.57**	.57**	.67**
FFMQ Observeren	.23	.04	.25	.27
FFMQ Beschrijven	.62**	.46**	.53**	.61**
FFMQ Bewust handelen	.59**	.48**	.49**	.56**
FFMQ Niet oordelen	.47**	.51**	.30*	.45**
FFMQ Non-reactief zijn	.39**	.35*	.39**	.31*

** Correlatie is significant op de 0.01 level (2-zijdig)

* Correlatie is significant op de 0.05 level (2-zijdig)

3.6 Verklarende factoren voor geestelijke gezondheid

In tabel 7 staan de resultaten van de regressie analyse met de totaal score op de FFMQ. Voor de regressie analyse zijn twee modellen/blokken gebruikt. In model 1 zijn de demografische- en persoonsvariabelen opgenomen en in model 2 is de totaal score op de FFMQ daar nog aan toegevoegd. Uit de regressie analyse blijkt het totale model 58% van de variantie in geestelijke gezondheid te verklaren. De demografische- en aandoeningsgerelateerde variabelen verklaren slecht 8% van de variantie, de totaal score op de FFMQ verklaart 50% van de variantie in het niveau van geestelijke gezondheid. De totaal score op de FFMQ is hierbij de belangrijkste voorspeller.

Tabel 7. Regressie analyse voor Geestelijke gezondheid (N=49) Totaal score FFMQ

Variabele	Model 1		β	Model 2		β
	B	(SE B)		B	(SE B)	
Burgerlijke staat	-2.34	(4.78)	-.08	-4.82	(3.29)	-.16
Werk	5.38	(4.44)	.19	4.45	(3.03)	.16
Opleiding	1.59	(1.47)	.17	.78	(1.01)	.08
Pijn schaal 0-10	-.33	(1.51)	-.04	-.22	(1.03)	-.02
Meditatie ervaring ja/nee	4.88	(4.53)	.17	6.20	(3.10)	.22
Aantal jaren ziek	-.06	(.24)	-.04	-.19	(.16)	-.12
Totaal score FFMQ				.53	(.08)	.73***

$R^2=.08$ voor model 1; $\Delta R^2=.50$ voor model 2, $R^2=.58$ voor model 2

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $P < .001$

Burgerlijke staat: met partner = 1/ zonder partner = 2. Werk: betaald werk = 1/ niet betaald werk = 2. Opleiding: geen opleiding=1 / basisonderwijs=2 / lager beroepsonderwijs=3 / MAVO, MULO, 3 jarige HBS, VMBO=4 / Middelbaar beroepsonderwijs =5 / 5jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium=6 / Hoger beroepsonderwijs=7 / Wetenschappelijk onderwijs=8. Pijn schaal: 0 = helemaal geen pijn tot 10 = ondraaglijke pijn.

In tabel 8 staan de resultaten van de regressie analyse met de aparte facetten van de FFMQ. In model 1 zijn de demografische- en aandoeningsgerelateerde variabelen opgenomen, in model 2 zijn hier de vijf facetten van Mindfulness aan toegevoegd. Uit de regressie analyse blijkt dat model 1 slechts 8% van de variantie in geestelijke gezondheid verklaart. Model 2 verklaart een groter deel van de variantie in geestelijke gezondheid, namelijk 60%. In dit model zijn de facetten ‘Beschrijven’ en ‘Bewust handelen’ de beste voorspellers van de variantie in geestelijke gezondheid.

Tabel 8. Regressie analyse voor Geestelijke gezondheid (N=49) Facetten FFMQ

Variabele	Model 1		β	Model 2		β
	B	(SE B)		B	(SE B)	
Burgerlijke staat	-2.34	(4.78)	-.08	-5.18	(3.33)	-.17
Werk	5.38	(4.44)	.19	3.27	(3.25)	.12
Opleiding	1.59	(1.47)	.17	.72	(1.06)	.08
Pijn schaal 0-10	-.33	(1.51)	-.04	-.11	(1.06)	-.01
Meditatie ervaring ja/nee	4.88	(4.53)	.17	6.11	(3.15)	.22
Aantal jaren ziek	-.06	(.24)	-.04	-.25	(.17)	-.16
Facet observeren				.57	(.50)	.16
Facet beschrijven				.77	(.31)	.35*
Facet Bewust handelen				.89	(.31)	.40**
Facet niet oordelen				.29	(.30)	.14
Facet non-reactief zijn				-.07	(.46)	-.02

$R^2=.08$ voor model 1; $\Delta R^2=.53$ voor model 2; $R^2=.61$ voor model 2.

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

Burgerlijke staat: met partner = 1/ zonder partner = 2. Werk: betaald werk = 1/ niet betaald werk = 2. Opleiding: geen opleiding=1 / basisonderwijs=2 / lager beroepsonderwijs =3 / MAVO, MULO, 3 jarige HBS, VMBO=4 / Middelbaar beroepsonderwijs =5 / 5jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium=6 / Hoger beroepsonderwijs=7 / Wetenschappelijk onderwijs=8. Pijn schaal: 0 = helemaal geen pijn tot 10 = ondraaglijke pijn.

Na de regressie analyse voor geestelijke gezondheid is er voor elke subschaal apart een regressie analyse uitgevoerd. In tabel 9 staan de resultaten voor de subschaal psychologisch welbevinden. Uit deze regressie analyse blijkt dat model 1 slechts 8% van de variantie van psychologisch welbevinden verklaard. Model 2 verklaart 63% van de variantie in psychologisch welbevinden en draagt daarnaast de facetten ‘Observeren’, ‘Beschrijven’ en ‘Bewust handelen’ aan als de beste voorspellers voor de variantie in psychologisch welbevinden.

Tabel 9. Regressie analyse voor subschaal Psychologisch welbevinden (N=49)

Variabele	Model 1		Model 2			
	B	(SE B)	β	B	(SE B)	β
Burgerlijke staat	-1.65	(2.38)	-.11	-3.13	(1.63)	-.20
Werk	2.55	(2.21)	.18	1.14	(1.59)	.08
Opleiding	.83	(.73)	.18	.32	(.52)	.07
Pijn schaal 0-10	-.27	(.75)	-.06	-.17	(.52)	-.04
Meditatie ervaring ja/nee	1.92	(2.26)	.14	2.60	(1.54)	.18
Aantal jaren ziek	-.06	(.12)	-.08	-.17	(.08)	-.22
Facet observeren				.52	(.24)	.29*
Facet beschrijven				.40	(.15)	.37*
Facet Bewust handelen				.47	(.15)	.43**
Facet niet oordelen				.17	(.15)	.16
Facet non-reactief zijn				-.32	(.23)	-.20

$R^2=.08$ voor model 1; $\Delta R^2=.55$ voor model 2; $R^2=.63$ voor model 2

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

Burgerlijke staat: met partner = 1 / zonder partner = 2. Werk: betaald werk = 1 / niet betaald werk = 2. Opleiding: geen opleiding=1 / basisonderwijs=2 / lager beroepsonderwijs =3 / MAVO, MULO, 3 jarige HBS, VMBO=4 / Middelbaar beroepsonderwijs =5 / 5jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium=6 / Hoger beroepsonderwijs=7 / Wetenschappelijk onderwijs=8. Pijn schaal: 0 = helemaal geen pijn tot 10 = ondraaglijke pijn.

In tabel 10 staan de resultaten van de regressie analyse voor sociaal welbevinden. Model 1 verklaart slechts 6% van de variantie. Model 2 verklaart 44% van de variantie in sociaal welbevinden en geeft het facet ‘Beschrijven’ aan als beste voorspeller.

Tabel 10. Regressie analyse voor subschaal Sociaal welbevinden (N=49)

Variabele	Model 1		β	Model 2		β
	B	(SE B)		B	(SE B)	
Burgerlijke staat	-.33	(1.79)	-.03	-1.15	(1.50)	-.10
Werk	2.18	(1.66)	.21	1.28	(1.46)	.12
Opleiding	.41	(.55)	.12	.10	(.47)	.03
Pijn schaal 0-10	.44	(.57)	.12	.50	(.48)	.14
Meditatie ervaring ja/nee	1.82	(1.70)	.17	2.25	(1.41)	.21
Aantal jaren ziek	.03	(.09)	.05	-.02	(.08)	-.03
Facet observeren				.11	(.22)	.08
Facet beschrijven				.29	(.14)	.35*
Facet Bewust handelen				.28	(.14)	.34
Facet niet oordelen				-.04	(.13)	-.04
Facet non-reactief zijn				.10	(.21)	.08

$R^2=.06$ voor model 1; $\Delta R^2=.38$ voor model 2; $R^2=.44$

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

Burgerlijke staat: met partner = 1 / zonder partner = 2. Werk: betaald werk = 1 / niet betaald werk = 2. Opleiding: geen opleiding=1 / basisonderwijs=2 / lager beroepsonderwijs =3 / MAVO, MULO, 3 jarige HBS, VMBO=4 / Middelbaar beroepsonderwijs =5 / 5jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium=6 / Hoger beroepsonderwijs=7 / Wetenschappelijk onderwijs=8. Pijn schaal: 0 = helemaal geen pijn tot 10 = ondraaglijke pijn.

Tabel 11, te zien op de volgende pagina, laat de resultaten van de regressie analyse voor subjectief welbevinden zien. Model 1 verklaart 10% van de variantie en model 2 verklaart 48%. Geen van de beide modellen dragen significante voorspellers voor subjectief welbevinden aan.

Tabel 11. Regressie analyse voor subschaal Subjectief welbevinden (N=49)

Variabele	Model 1		β	Model 2		β
	B	(SE B)		B	(SE B)	
Burgerlijke staat	-.36	(1.21)	-.05	-.90	(1.00)	-.11
Werk	.65	(1.13)	.09	.85	(.97)	.12
Opleiding	.35	(.37)	.14	.30	(.32)	.12
Pijn schaal 0-10	-.50	(.38)	-.20	-.43	(.32)	-.18
Meditatie ervaring ja/nee	1.1	(1.15)	.16	1.27	(.94)	.17
Aantal jaren ziek	-.03	(.06)	-.07	-.06	(.05)	-.14
Facet observeren				-.06	(.15)	-.06
Facet beschrijven				.07	(.09)	.13
Facet Bewust handelen				.13	(.09)	.24
Facet niet oordelen				.16	(.09)	.28
Facet non-reactief zijn				.16	(.14)	.18

$R^2=.10$ voor model 1; $\Delta R^2=.38$ voor model 2; $R^2=.48$

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

Burgerlijke staat: met partner = 1/ zonder partner = 2. Werk: betaald werk = 1/ niet betaald werk = 2. Opleiding: geen opleiding=1 / basisonderwijs=2 / lager beroepsonderwijs =3 / MAVO, MULO, 3-jarige HBS, VMBO=4 / Middelbaar beroepsonderwijs =5 / 5jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium=6 / Hoger beroepsonderwijs=7 / Wetenschappelijk onderwijs=8. Pijn schaal: 0 = helemaal geen pijn tot 10 = ondraaglijke pijn.

Uit de regressieanalyse voor de subschalen kan geconcludeerd worden dat er tussen de subschalen enkele verschillen te zien zijn. Zo zijn de toegevoegde verklarende variabelen in de regressie analyse voor subjectief welbevinden allen niet significant. ‘Beschrijven’ en ‘Bewust handelen’ zijn voor sociaal welbevinden de beste voorspellers. Voor psychologisch welbevinden zijn ‘Beschrijven’, ‘Bewust handelen’ en ‘Observeren’ de beste voorspellers. Dit komt niet overeen met wat in het onderzoek van Baer et al. (2008) werd gevonden. Hier bleek namelijk dat de facetten ‘Beschrijven’, ‘Bewust handelen’, ‘Niet oordelen’ en ‘Non-reactief zijn’ significante voorspellers waren voor de variantie in psychologisch welbevinden. ‘Observeren’ bleek als enige niet significant. Dit verschil kan worden verklaard doordat er niet gebruik werd gemaakt van dezelfde vragenlijst, Baer et al (2008) maakten niet gebruik van de subschaal van de MHC, maar van de Scales of psychological wellbeing.

4. Discussie

Het doel van deze studie was de relatie tussen geestelijke gezondheid en Mindfulness bij Fibromyalgie patiënten te onderzoeken. Hierbij werd gekeken naar het niveau van geestelijke gezondheid en van Mindfulness bij Fibromyalgie patiënten en of deze met elkaar samenhangen. Het is gebleken dat er sprake is van een sterke positieve samenhang tussen geestelijke gezondheid en Mindfulness bij Fibromyalgie patiënten. Het facet ‘Observeren’ heeft, zoals verwacht, een zwakke correlatie met de subschalen. Dit komt overeen met wat Baer et al. (2008) in eerder onderzoek naar psychologisch welbevinden en Mindfulness vonden. Het facet ‘Non-reactief zijn’ heeft gemiddeld positieve correlaties met de subschalen subjectief- en psychologisch welbevinden. Ook ‘Niet oordelen’ en de subschaal sociaal welbevinden heeft een gemiddeld positieve correlatie. De overige facetten hebben een sterke positieve correlatie met de subschalen van geestelijke gezondheid. Uit de regressie analyse bleek dat de Mindfulness facetten samen 53% van de variantie in het niveau van geestelijke gezondheid voorspellen en dat de Mindfulness facetten ‘Beschrijven’ en ‘Bewust handelen’ een significante bijdrage leveren aan het voorspellen van de variantie van geestelijke gezondheid.

Een van de beperkingen van dit onderzoek is dat de data verzameling via internet heeft plaatsgevonden. Hierdoor was er geen contact tussen de proefpersoon en de proefleider. Een nadeel hiervan is dat wanneer de proefpersoon iets niet snapt of problemen ondervindt, niet om hulp kan vragen. Daarnaast kan er niet worden nagegaan of de proefpersoon vragen overslaat, wat in dit onderzoek een nadeel bleek aangezien er meerdere proefpersonen uiteindelijk niet alle vragenlijsten correct en volledig hadden ingevuld. Het aantal proefpersonen van 49 kan ook een beperking zijn, omdat een grote steekproef vaak wenselijk is. De derde beperking in dit onderzoek is dat bijna de helft van de proefpersonen aan gaf ervaring met meditatie te hebben. Dit kan betekenen dat patiënten die al ervaring hebben met Mindfulness of meditatie wellicht eerder geneigd waren deel te nemen aan dit onderzoek. De laatste beperking van dit onderzoek is dat er moeilijk kon worden vergeleken tussen de scores op de FFMQ bij de Fibromyalgie patiënten en de groepen onderzocht door Baer et al. (2008). Dit vanwege de eventuele invloed van de verschillen tussen de Nederlandse versie van de FFMQ gebruikt voor de Fibromyalgie patiënten, en de Amerikaanse versie van de FFMQ zoals gebruikt door Baer et al. (2008) voor de overige groepen.

Ondanks deze beperkingen laat dit onderzoek duidelijk zien dat er sprake is van een sterke positieve relatie tussen geestelijke gezondheid en Mindfulness bij Fibromyalgie patiënten. Dit wil zeggen dat wanneer de mate van Mindfulness omhoog gaat, de geestelijke

gezondheid ook omhoog gaat, en andersom. Voor Fibromyalgie patiënten is dit positief aangezien is gebleken dat in vergelijking met de algemene bevolking, een aanzienlijk groter deel van de Fibromyalgie patiënten een ‘verkommerende’ geestelijke gezondheid heeft.

Fibromyalgie patiënten zouden daarom kunnen worden aanbevolen om Mindfulness te beoefenen om zo hun geestelijke gezondheid te helpen bevorderen.

Voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn om te kijken of Fibromyalgie patiënten na het volgen van een Mindfulness programma, inderdaad hoger scoren op de MHC in de nameting dan op de voormeting, om zo te kijken of Mindfulness daadwerkelijk geestelijke gezondheid verbetert. Ook zou bij andere populaties gekeken kunnen worden of er sprake is van een relatie tussen geestelijke gezondheid en Mindfulness.

Literatuurlijst

- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness *Assessment* 2006 (13); 27-45.
- Baer, R. A., Smith, G.T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Duggan, D., Williams, M.G. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating samples. *Assessment* 2008 (15) 329-342.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2004 (11) 230-241.
- Goldenberg, D.L. (1999). Fibromyalgia Syndrome a Decade Later: What Have We Learned? *Archives of Internal Medicine*, 1999 (159), 777-785.
- Harris, R.E. & Clauw, D.J. (2008). Newer treatments for fibromyalgia syndrome. *Therapeutics and clinical risk management*, 2008 (6), 1331-1342.
- Huber, A., Suman, A.L., Biasi, G., Carli, G. (2008). Predictors of psychological distress and well-being in women with chronic musculoskeletal pain: Two sides of the same coin? *Journal of Psychosomatic Research*, 2008 (64), 169-175.
- Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A., Rooy van, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2008 (15), 181–192.
- Kozak, A. (2008). Mindfulness in the management of chronic pain: conceptual and clinical considerations Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management; *Alternative Therapies for Pain Management*, 2008 (12), 115-118.
- McCracken, L.M. & Thompson, M. (2008). Components of Mindfulness in Patients with Chronic Pain. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2009 (31), 75-82.

- Moore, D.S & McCabe, G.P. (2005). *Statistiek in de praktijk* 3^e herziene druk. Sdu Uitgevers.
- Muskens, J.G.A.M., & Kamphuis, J.H. (2008) FFMQ-NL De Nederlandse versie van de Five Facet Mindfulness Questionnaire. Nog niet gepubliceerd.
- Pradhan, E.K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerker, B., Kaplan Gilpin, A., Magyari, T., Hochberg, M.C., Berman, B.M. (2007). Effect of a Mindfulness-Based Stress Reduction in Rheumatoid Arthritis Patients. *Arthritis & Rheumatism*, 2007 (57), 1134-1142.
- Reumafonds. (2008). *Reumafonds sterk in beweging*. Verkregen op 18 maart 2009 van https://www.reumafonds.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=209&Itemid=434
- Schleicher, H., Alonso, C., Shirtcliff, E.A., Muller, D., Loevinger, B.L., Coe, C.L. (2005) In the Face of Pain: The Relationship between Psychological Well-Being and Disability in Women with Fibromyalgia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2005(74), 231-239.
- Westerhof, G.J & Keyes, C.L.M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 2008 (63), 808-820.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., Tugwell, P., Campbell, S.M., Abeles, M., Clark, O., Fam, A.G., Farber, S.J., Fiechtner, J.J., Franklin, M.C., Gatter, R.A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A.S., Masi, A.T., McCain, G.A., Reynolds, J., Romano, T.J., Russel, J., Sheon, R.P., Sheon, R.P. (1990) The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 1990 (33), 16-172.

Bijlage 1: Mental Health Continuum ‘MHC’

De volgende vragen beschrijven gevoelens die mensen kunnen hebben. Lees iedere uitspraak zorgvuldig door en omcirkel het cijfer dat het best weergeeft hoe vaak u dat gevoel had **gedurende afgelopen maand**.

In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...	Nooit	Eén of twee keer	Ongeveer 1 keer per week	2 of 3 keer per week	Bijna elke dag	Elke dag
...dat u gelukkig was?	1	2	3	4	5	6
...dat u geïnteresseerd was in het leven?	1	2	3	4	5	6
...dat u tevreden was?	1	2	3	4	5	6
...dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?	1	2	3	4	5	6
...dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)?	1	2	3	4	5	6
...dat onze samenleving beter wordt voor mensen?	1	2	3	4	5	6
...dat mensen in principe goed zijn?	1	2	3	4	5	6
...dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?	1	2	3	4	5	6
...dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?	1	2	3	4	5	6
...dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?	1	2	3	4	5	6
...dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?	1	2	3	4	5	6
...dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?	1	2	3	4	5	6

...dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?	1	2	3	4	5	6
...dat uw leven een richting of zin heeft?	1	2	3	4	5	6

(Westerhof en Keyes, 2009)

Bijlage 2: De Nederlandse versie van de Five Facet Mindfulness Questionnaire 'FFMQ-NL'

Beoordeel de onderstaande uitspraken met de bijgaande schaal. Schrijf het nummer op de streep voor elke uitspraak die het beste jouw mening geeft over wat in het algemeen waar is voor jou.

1 nooit of bijna nooit waar

2 zelden waar

3 soms waar

4 vaak waar

5 heel vaak of altijd waar

- _____ 1. Als ik loop let ik bewust op hoe de beweging van mijn lichaam voelt.
- _____ 2. Ik ben goed in het vinden van woorden om mijn gevoelens te beschrijven.
- _____ 3. Ik bekritiseer mezelf voor het hebben van irrationele of ongepaste emoties.
- _____ 4. Ik neem mijn gevoelens en emoties waar zonder dat ik er op hoeft te reageren.
- _____ 5. Als ik iets aan het doen ben dwalen mijn gedachten af en ben ik snel afgeleid.
- _____ 6. Als ik onder de douche sta of in bad lig blijf ik bewust van het gevoel van water op mijn lichaam.
- _____ 7. Ik kan makkelijk mijn overtuigingen, meningen en verwachtingen onder woorden brengen.
- _____ 8. Ik let niet op wat ik doe omdat ik dagdroom, pieker of iets anders doe waardoor ik afgeleid ben.
- _____ 9. Ik observeer mijn gevoelens zonder dat ik me erin verlies.
- _____ 10. Ik zeg tegen mezelf dat ik me niet zo zou moeten voelen als ik me voel.
- _____ 11. Het valt me op hoe voedsel en drinken mijn gedachten, lichamelijke sensaties en emoties beïnvloeden.
- _____ 12. Het is moeilijk voor me om de woorden te vinden die mijn gedachten beschrijven.
- _____ 13. Ik ben snel afgeleid.
- _____ 14. Ik geloof dat sommige van mijn gedachten abnormaal of slecht zijn en dat

- ik niet zo zou moeten denken.
- _____ 15. Ik let op lichamelijke sensaties, zoals de wind in mijn haar of de zon op mijn gezicht.
- _____ 16. Ik heb moeite met het bedenken van de juiste woorden om uit te drukken wat ik van dingen vind.
- _____ 17. Ik oordeel of mijn gedachten goed of fout zijn.
- _____ 18. Ik vind het moeilijk om mijn aandacht te houden bij wat er in het hier en nu gebeurt.
- _____ 19. Als ik verontrustende gedachten heb of beelden zie, neem ik een beetje afstand en ben ik me bewust van de gedachte of het beeld zonder dat ik er door overspoeld raak.
- _____ 20. Ik let op geluiden zoals het tikken van een klok, het fluiten van de vogels of het voorbijrijden van een auto.
- _____ 21. In moeilijke situaties kan ik me inhouden zonder onmiddellijk te reageren.
- _____ 22. Als ik een sensatie in mijn lichaam voel kost het me moeite om het te beschrijven omdat ik de juiste woorden niet kan vinden.
- _____ 23. Het lijkt alsof ik op de 'automatische piloot' sta zonder dat ik me erg bewust ben van wat ik doe.
- _____ 24. Als ik verontrustende gedachten heb of beelden zie, voel ik me kort daarna weer rustig.
- _____ 25. Ik zeg tegen mezelf dat ik niet moet denken zoals ik denk.
- _____ 26. Ik merk de geur en het aroma van dingen op.
- _____ 27. Zelfs als ik heel erg overstuur ben kan ik dit op een of andere manier onder woorden brengen.
- _____ 28. Ik doe activiteiten gehaast zonder dat ik er echt aandacht voor heb.
- _____ 29. Als ik verontrustende gedachten heb of beelden zie ben ik in staat ze op te merken zonder te reageren.
- _____ 30. Ik denk dat mijn emoties soms slecht of ongepast zijn en dat ik ze niet zou moeten voelen.
- _____ 31. Ik merk de visuele aspecten van kunst of de natuur op, zoals kleur, vorm, structuur of patronen van licht en donker.
- _____ 32. Het is mijn natuurlijke neiging om mijn ervaringen in woorden te vatten.
- _____ 33. Als ik verontrustende gedachten heb of beelden zie, merk ik ze gewoon op en laat ze los.

- _____ 34. Ik doe mijn werk of taken automatisch zonder dat ik me bewust ben van wat ik doe.
- _____ 35. Als ik verontrustende gedachten heb of beelden zie, beoordeel ik mezelf als goed of slecht, afhankelijk van wat die gedachte of dat beeld is.
- _____ 36. Ik let op hoe mijn emoties mijn gedachten en gedrag beïnvloeden.
- _____ 37. Over het algemeen kan ik in detail beschrijven hoe ik me op dat moment voel.
- _____ 38. Ik merk dat ik dingen doe zonder er aandacht aan te besteden.
- _____ 39. Ik keur mezelf af als ik irrationele gedachtes heb.

(Muskens & Kamphuis, 2008)