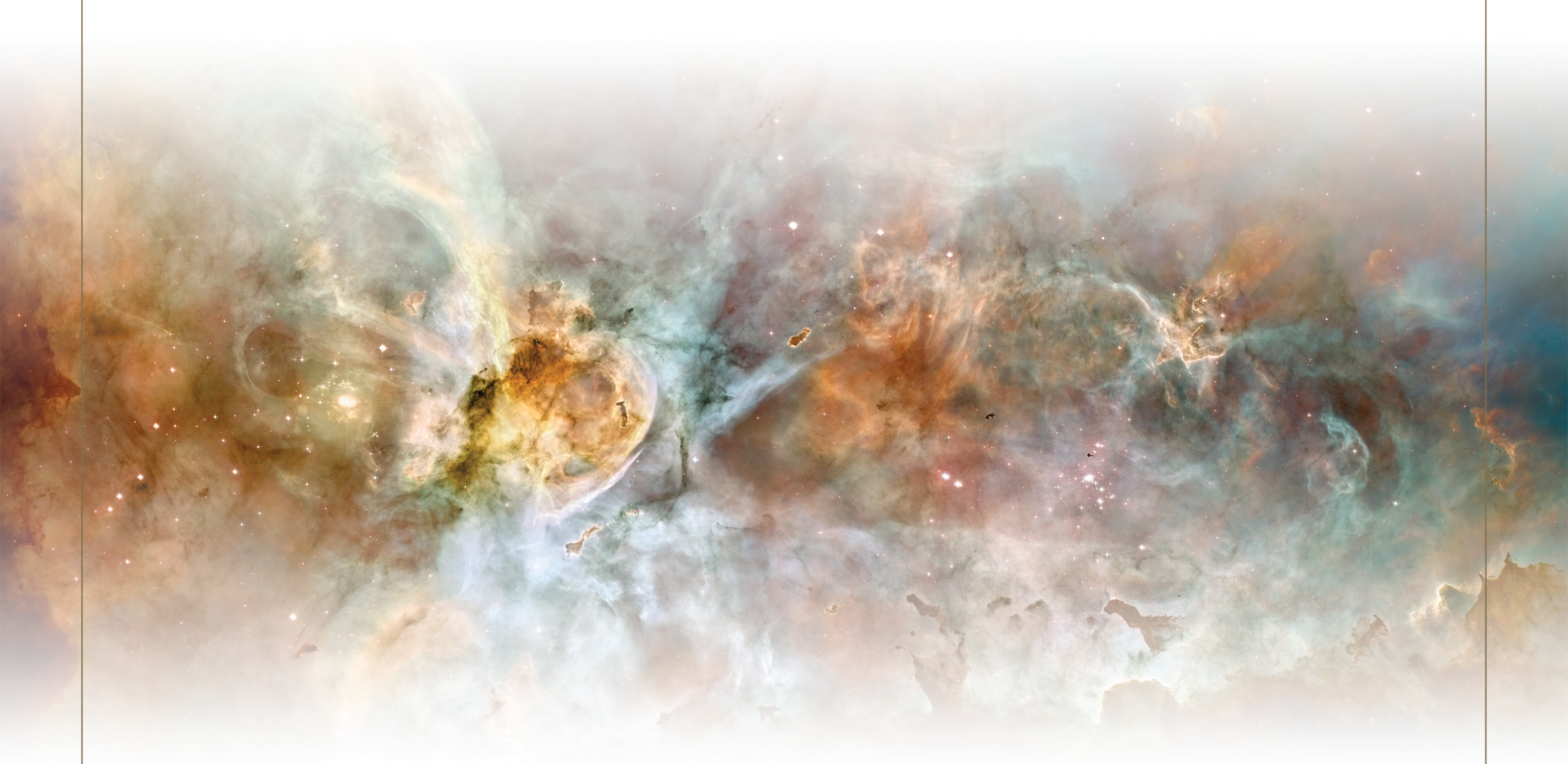


Procesevaluatie en effectstudie naar de cursus “Voluit leven” bij chronisch lichamelijke zieken.



Petra Matel
Studentnummer: 0217107

Eerste begeleider: Martine Veehof
Tweede begeleider: Ernst Bohlmeijer

Augustus 2010
Faculteit Psychologie
Afstudeerrichting Veiligheid en gezondheid.
Universiteit Twente

Proces evaluatie en effectstudie naar de cursus “Voluit leven” bij chronisch lichamelijk zieken.

Samenvatting:

Achtergrond: Een chronische lichamelijke ziekte kan een grote negatieve impact hebben op het fysiek, sociaal en psychisch leven van een zieke. De cursus “Voluit leven” is ontwikkeld voor mensen met psychisch klachten en heeft al eerder tot verbetering in depressie, angst en vermoeidheidssymptomen geleid bij een groep met klinisch relevante psychische symptomen. Aangezien de cursus “Voluit leven” niet ontwikkeld is voor de doelgroep chronisch lichamelijk zieken is het doel van deze pilot-studie te onderzoeken of de cursus “Voluit leven” aangepast dient te worden voor chronisch lichamelijk zieken en het effect van de cursus op de doelgroep.

Methoden: Twintig deelnemers met een chronisch lichamelijke ziekte volgden de cursus “Voluit leven”. Daarvan hebben 13 deelnemers de vragenlijsten ingevuld en opgestuurd. De metingen vonden bij aanvang van de cursus (T0) plaats en na de zevende of na de laatste bijeenkomst (T1). De uitkomstmaten van de effectstudie zijn gemeten door middel van de Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ, mindfulness) en de Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF, positieve geestelijke gezondheid). De proces evaluatie vond plaats door middel van een zelfontworpen vragenlijst voor de deelnemers, een zelfontworpen interview voor de deelnemers en een zelfontworpen interview voor de trainer. Spss 18 werd gebruikt voor de data-analyse van de effectstudie en de procesevaluatie vond beschrijvend plaats.

Resultaten: De cursus “Voluit leven” verhoogt de positieve geestelijke gezondheid en mindfulness significant bij chronisch lichamelijk zieken. Uit de procesevaluatie komt naar voren dat de mensen tevreden waren met de cursus. Echter ligt de intensiviteit van de cursus te hoog voor chronisch lichamelijk zieken. Ook is er behoefte aan meer informatie over chronisch lichamelijk zieken.

Conclusie: De cursus “Voluit leven” is effectief voor chronisch lichamelijk zieken. Verder zijn chronisch lichamelijk zieken tevreden met de meeste onderdelen van de cursus. Echter dienen er meer bijeenkomsten gecreëerd te worden met minder stof en er dient een flyer ontwikkeld te worden die ingaat op de cursus en chronisch lichamelijke zieken. Om de resultaten van dit onderzoek te bevestigen is nog meer onderzoek nodig.

Process evaluation and effect study on the course: “Living to the fullest” on the chronic physical ill.

Abstract:

Background: A chronic physical illness has a great negative impact on the physical, social and psychic life of an individual. The course “Living to the fullest” is developed for people with psychic symptoms and has already been shown to lead to improvements in depression, anxiety and exhaustion symptoms in a group with clinical relevant psychic symptoms. Because the course isn’t developed for the chronically physically ill, the purpose of this pilot study is to investigate whether the course “Living to the fullest” should be revised for the chronicle physical ill and the effect of the course on the target group.

Methods: Ten participants with a physical chronic illness have completed the course “Living to the fullest”. Thirteen participants have completed and send the questionnaires. The measures were taken at the beginning of the course(T0) and after the seventh meeting or at the end of the course (T1). The effects were measured with the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ, mindfulness) and the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF, Positive Mental Health). The process evaluation was performed with a self-developed questionnaire for the participant, a self-developed interview for the participants and a self-developed interview for the coach. SPSS 18 was used for data analysis for the effect study and the process evaluation was describing.

Results: The course “Living to the fullest” increases the positive mental health and mindfulness significantly in chronically physically sick patients. The process evaluation showed that the chronically physical ill were satisfied with the course. However the intensity of the course is too high for them. Also there is a need for more information on chronic physical illnesses.

Conclusion: The course “living to the fullest” is effective for the chronicle physical ill. The chronicle physical ill are satisfied with most parts off the course. But there need to be more meetings created with less information and there should be a flyer created discussing the course and chronicle physical illness. To conform the results there is still more research needed.

Inleiding

Chronische lichamelijke ziekten

Veel mensen krijgen in de loop der jaren te kampen met een chronische lichamelijke ziekte. Een ziekte is chronisch als deze langer dan drie maanden duurt. Bij een chronische lichamelijke ziekte is de kans op herstel vrij klein. In het algemeen zal een chronische lichamelijke ziekte levenslang bij iemand blijven (Hoeymans & Schellevis 2008). De chronische lichamelijke ziekten die het meest voorkomen in Nederland in 2007 zijn: Diabetes mellitus (668.500¹), artrose (657.400¹), coronaire hartziekten (648.300¹), nek- en rugklachten (646.800¹) en (444.200¹) (Gommer & Poos, 2010).

In Nederland heeft 25,2% van de mensen een chronisch lichamelijke ziekte. Een meerderheid van deze doelgroep bestaat uit vrouwen. De helft van de populatie chronisch lichamelijke zieken heeft een laag opleidingsniveau. Tevens heeft bijna de helft van de populatie meer dan één chronische lichamelijke ziekte (Calsbeek, Spreeuwenberg, Kerkhof & Rijken, 2006). Mensen met een chronische lichamelijke ziekte vormen een relatief oude doelgroep. De gemiddelde leeftijd is ongeveer 60 jaar. Dit komt doordat sommige ziekten zich pas op latere leeftijd ontwikkelen. Deze ziekten zijn onder andere: hart- en vaatziekten, diabetes, COPD en gezichts- en gehoorstoornissen (Hollander, Hoeymans, Melse, Oers & Polder, 2006).

In het algemeen hebben chronische lichamelijke ziekten een grote impact op het leven van de zieke. De ziekten hebben invloed op het fysiek, sociaal en psychisch functioneren (Whittemore & Dixon, 2007). Bij ruim 40% van de mensen met een chronische lichamelijke ziekte is sprake van zowel een chronische lichamelijke ziekte als een functionele beperking (Calsbeek et al., 2006). Hierbij kan gedacht worden aan dagelijkse activiteiten die niet meer uitgevoerd kunnen worden zoals lopen, koken, of schoonmaken. Vaak zijn chronisch zieken dan ook afhankelijk van andere mensen. Verder zorgen de functionele beperkingen voor een sterke vermindering in maatschappelijke participatie. Maatschappelijke participatie is erg belangrijk omdat dit mensen allerlei mogelijkheden biedt, zoals productiviteit, zelfontplooiing, betrokkenheid en sociaal contact (Hollander et al., 2006).

¹ = Prevalentie: Het aantal gevallen of personen met een bepaalde ziekte op een bepaald moment (punt-prevalentie) of in een bepaalde periode, bijvoorbeeld per jaar (periode- prevalentie), absoluut of relatief.

Mensen met een chronische ziekte hebben dan ook meer dan gemiddeld problemen in het beroepsleven en in het sociale leven. (Calsbeek et al., 2006). Dit heeft te maken met het feit dat een lagere participatie leidt tot minder kansen waardoor het inkomen achterblijft (Hollander et al., 2006).

Verder kan de relatie tussen de partners veranderen. Dit komt doordat een chronische ziekte een zware belasting is voor het privé- en of gezinsleven. Het is niet alleen het gemis aan steun die familieleden en chronisch lichamelijke zieken ervaren, maar ook de fysieke en emotionele verzorging van de chronisch lichamelijke zieke die zorgt voor veel verandering in het privéleven (Hollander et al., 2006). Chronisch lichamelijke zieken ervaren dan ook vaker dan de algemene bevolking seksuele problemen en problemen met hun partner (Calsbeek et al., 2006).

Psychische problemen

Mensen met een chronische lichamelijke ziekte hebben vaker dan de algemene bevolking psychische problemen. In Nederland heeft de helft van de mensen met een psychische stoornis ook een chronische lichamelijke ziekte (Hoeymans, Schellevis & Wolters, 2008). Verder is uit onderzoek gebleken dat hartproblemen, diabetes en astma geassocieerd zijn met depressiesymptomen en een diagnose van levenslange depressie of angststoornissen (Strine et al., 2008). Er bestaat dus een zekere mate van comorbiditeit (Hoeymans et al., 2008). Een voorbeeld van een verklaring hiervoor is dat chronisch lichamelijke zieken het gevoel krijgen dat ze 'niet meer mee kunnen doen aan de samenleving'. Hierdoor kunnen chronisch lichamelijke zieken depressief of angstig worden (Hollander, 2006).

Wanneer we kijken naar de groep mensen met een chronische lichamelijke ziekte en een psychische stoornis, is een psychische stoornis geassocieerd met een slechter verloop van de chronische ziekte. Onder bijvoorbeeld astmapatiënten is een psychische stoornis geassocieerd met een slechtere controle van astma, langere ziekenhuisopnames, frequentere bezoeken aan gezondheidszorgverleners en meer gebruik van medicatie (Strine et al., 2008).

Zoals hierboven besproken hebben chronisch lichamelijke ziekten een hoge comorbiditeit met psychische stoornissen. Het samen voorkomen van een chronisch lichamelijke ziekte en een psychische stoornis zorgt bovendien voor een slechter verloop van een ziekte. Daarom is het zeer belangrijk om naast de gewone medische zorg ook psychisch onderzoek te doen en wanneer nodig psychische zorg te verlenen (Strine et al., 2008). Methoden die bij chronisch

lichamelijk zieken al tot gunstige resultaten geleid hebben zijn “Acceptance and Commitment Therapy” en mindfulness.

Acceptance & Commitment Therapy (ACT)

ACT is een gedragstherapie die behoort tot het behavioristische gedachtegoed en wordt inmiddels toegepast bij zeer uiteenlopende problemen zoals angst, depressie, pijn, diabetes en epilepsie. ACT is zo wijd toepasbaar, doordat het zich niet op het probleem zelf richt. ACT richt zich daarentegen op het vergroten van de keuzevrijheid van het individu. Hierdoor kan een individu leren leven op een manier die vitaal en in overeenstemming is met zijn of haar eigen waarden (A-Tjak & De Groot, 2008).

ACT gaat uit van de hypothese dat veel emotioneel lijden geen reflectie is van ongewone psychopathologische processen, maar simpelweg bij het leven hoort; een proces dat ‘destructieve normaliteit’ genoemd wordt. De ACT theorie stelt dat het vechten tegen psychisch leed ten koste gaat van een leven dat waardevol is voor een individu. Problemen ontstaan binnen de ACT theorie dan ook wanneer mensen hun negatieve herinneringen, gevoelens, en impulsen uit het verleden proberen te controleren, veranderen of juist te vermijden. Dit proces heet: experiëntiële vermijding.

Bij ACT wordt daarom ook niet gewerkt aan het veranderen of doen verdwijnen van inhoud van herinneringen, gevoelens en impulsen, zoals bij cognitieve therapie. ACT werkt daarentegen aan een andere omgangsvorm met de inhoud van herinneringen, gevoelens en impulsen, waardoor deze minder schadelijk worden. Bijvoorbeeld het niet letterlijk nemen van de eigen gedachten (“*cognitieve defusie*”) (A-Tjak & De Groot, 2008).

ACT: De therapie

In ACT staan zes processen centraal (A-Tjak & De Groot, 2008). Achtereenvolgens worden de zes processen nader toegelicht:

- “*Acceptatie en bereidheid*”:

Met “*acceptatie*” wordt bedoeld dat iemand zijn innerlijke ervaringen niet meer probeert te verdedigen, te veranderen of er van af probeert te komen, maar er zelfs actief contact mee maakt. “*Bereidheid*” is een actieve keuze en houding om nare gevoelens toe te staan.

- “*Cognitieve defusie*”:
“*Cognitieve defusie*” is het proces waarin de cliënt zich bewust wordt van de invloed van het denken op zijn of haar leven en afstand leert te nemen van die gedachten.
- “*Zelf-als-context*” (*het observerende zelf*):
“*Zelf-als-context*” is een andere positie om naar het zelfbeeld te kijken en naar de eigen ervaringen. Men is meer dan uitsluitend zijn gedachten en gevoelens.
- “*Contact met dit moment (het nu)*”:
Het bewust waarnemen en ondergaan van ervaringen, zonder deze te vermijden, proberen te controleren of vast te houden.
- “*Waarden*”:
“*Waarden*” zijn (sociale)beloningen die de cliënt belangrijk vindt om in zijn leven na te streven. “*Waarden*” beschrijven de persoon die een cliënt wil zijn en de manier waarop hij zijn leven in wil richten.
- “*Waardegerichte acties*”:
In deze fase brengen de deelnemers de doelen die zij hebben in praktijk. Ze werken met kleine stapjes naar hun doel.

Het huidige onderzoek naar ACT laat zien dat ACT tot gunstige resultaten leidt bij chronisch lichamelijke ziekten en andere populaties. In een meta- analyse bestaande uit 18 gerandomiseerde en gecontroleerde studies werd gevonden dat ACT bij chronisch lichamelijk ziekten tot een significante vooruitgang leidde in vermindering van psychische klachten en in handicaps/ belemmeringen (Hedges’s g : 0.39) (Power, Zum Vörde Sive Vörding & Emmelkamp, 2009). In dezelfde meta- analyse werd gevonden dat ACT bij depressie ook tot een significante vooruitgang leidde in vermindering van psychische klachten en handicaps/ belemmeringen (Hedges’s g : 0.76). Deze significante vooruitgang werd ook gevonden bij andere mentale ziekten (Hedges’s g : 0.60). Wanneer alle doelgroepen bij elkaar genomen worden presteert de ACT-therapie beter dan de controlecondities (Hedges’s g : 0,41) Dit is een klein effect (Borenstein, Hedged & Rohtstein, 2007). Tenslotte werd gevonden dat de ACT- therapie niet beter werkt dan de gevestigde therapieën (Hedges’s g : 0.18) (Power et al, 2009).

Eerder werd naast ACT ook een andere methode aangehaald die tot gunstige resultaten heeft geleid bij de populatie chronisch lichamelijk ziekten namelijk, mindfulness.

Mindfulness heeft in de afgelopen 20 jaar veel aandacht getrokken van klinisch psychologen, maar heeft zijn origine in de boeddhistische spiritualiteitsbeoefening waarin het een centrale rol speelt in het verminderen van emotioneel lijden. Mindfulness kan als volgt omschreven worden: “Een proces waarin iemand aandacht geeft aan het ervaren van het hier en nu, zonder daarover te oordelen” (Bishop et al, 2004). Onlangs hebben Bear, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney (2006) onderzoek gedaan naar het construct mindfulness. Daarbij werd gevonden dat mindfulness uit vijf dimensies bestaat. De dimensies zijn: “*observeren*”, “*beschrijven*”, “*bewust handelen*”, “*niet oordelen*” en “*non- reactief zijn*”.

- “*Observeren*”: het proces waarin alle innerlijke en externe ervaringen zoals sensatie, cognities, emoties, bezienswaardigheden, geluiden en geuren, aandacht krijgen of opgemerkt worden.
- “*Beschrijven*”: Het proces waarin innerlijke ervaringen met woorden beschreven worden.
- “*Bewust handelen*”: Aandacht geven aan de taak waarmee men in het hier en nu bezig is.
- “*Niet oordelen*”: Een niet beoordelende houding tegenover innerlijke ervaringen.
- “*Non- reactief zijn*”: De neiging om gedachten en gevoelens te laten komen en gaan en daarbij niet meegesleept te worden of verward te raken in deze gedachten en gevoelens.

Mindfulness-gebaseerde trainingen die al in gebruik zijn en gunstige resultaten opleveren bij de populatie chronisch lichamelijk zieken zijn onder andere: Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) en Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). De therapieën hebben gemeen dat ze via meditatie trachten om de vaardigheid mindfulness bij te brengen en te integreren in het dagelijks leven. Door de integratie in het dagelijks leven leren deelnemers om anders om te gaan met problemen. Met als doel: stress en psychisch klachten te verminderen (Bishop et al., 2004).

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

MBSR is een groepstraining die is ontworpen door Kabat-Zinn voor mensen met chronische pijn. Later werd de training ook ingezet voor mensen met andere ziekten zoals: kanker, fibromyalgie, hartziekten en diabetes (Bohlmeijer, Prenger, Taal, Cuijpers, ingediend b). Zoals eerder genoemd wordt in de MBSR trainingen mindfulness aangeleerd door middel van meditatieoefeningen. Voorbeelden van meditatieoefeningen zijn: zitmeditatie, de body scan en mindful hatha yogahoudingen.

Bij de zitmeditatie moeten de deelnemers op een stoel gaan zitten met de rug in de rugleuning. Vervolgens dienen de deelnemers hun aandacht op de ademhaling te vestigen. Wanneer de deelnemers afgeleid worden door bijvoorbeeld pijn, herinneringen of geluiden in de omgeving dienen ze die op te merken en vervolgens de aandacht weer terug te brengen naar de ademhaling. De body scan is bedoeld om de sensaties van het lichaam te leren kennen. Bij de body scan zit de focus van aandacht achtereenvolgens op gedeeltes van het lichaam. Bij Mindful hatha yogahoudingen dienen de deelnemers aandacht voor de sensaties in het lichaam te hebben tijdens voorzichtige bewegingen en stretchoefeningen. Wanneer de aandacht bij de bodyscan of de mindful hatha yoga houdingen afdwaalt naar bijvoorbeeld pijn of herinnering dient dit opgemerkt te worden. Vervolgens dient de aandacht weer terug gevestigd te worden op de sensaties van het lichaam (Carmody & Bear, 2007).

De deelnemers leren door de meditatieoefeningen systematisch om meer aandacht te krijgen voor de sensaties van het lichaam en de ademhaling. Deelnemers oefenen tijdens de lichaamsverkenning dus een houding van opmerken, observeren, loslaten en verder gaan (mindfulness) (Topman, z.d.).

Het effect van MBSR is in verschillende studies al aangetoond. Er is gebleken dat MBSR leidt tot significant verhoging van mindfulness bij stress, chronische pijn, angst en ziekte (Carmody & Bear, 2007). Verder werden in een meta-analyse bestaande uit acht gerandomiseerde en gecontroleerde studies van MBSR bij de populatie chronisch lichamelijk zieken significante verbeteringen gevonden in depressie (effectgrootte d: 0.26), angst (effectgrootte d: 0.47) en psychische klachten (effectgrootte d: 0.32) (Bohlmeijer et al., ingediend b). Dit is een klein effect (Borenstein et al, 2007).

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

MBCT is een groepstherapie bestaande uit een combinatie van MBSR en cognitieve therapie. De therapie is ontworpen voor patiënten met een depressie als preventie voor terugval en het

voorkomen van een nieuwe ernstige depressie. Zoals eerder genoemd richt MBCT zich op het verhogen van mindfulness door meditatieoefeningen. Het verhogen van mindfulness is relevant voor de preventie van terugval, doordat het een vroege detectie van terugval patronen zoals negatieve gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties mogelijk maakt. De patiënt kan door deze bewustzijnswijze loskomen van automatische ruminatiepatronen die anders de depressie zouden aanwakkeren. Verder kan in een vroeg stadium gemakkelijker op waarschuwingssignalen gereageerd worden met strategieën om terugval tegen te gaan. De concretisering van strategieën om terugval tegen te gaan, vindt in de latere stadia van de therapie plaats. Hieronder bevinden zich strategieën zoals: de familie inlichten bij waarschuwingssignalen (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000).

Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar MBCT. De afgeronde studies leveren wel gunstige resultaten op. Zo vond Teasdale et al. (2000) in een gerandomiseerde en gecontroleerde studie, dat MBCT voor patiënten met in het verleden 3 of meer depressieve episodes zorgt voor een significante vermindering van het gevaar op terugval. Er is ook onderzoek verricht naar MBCT bij chronisch lichamelijke ziekten. Daaruit bleek dat patiënten met kanker die MBCT volgden een significante vooruitgang lieten zien in mindfulness (effect grootte: 0.55), depressie (effect grootte: 0.83), angst (effect grootte: 0.59), psychische klachten (effect grootte: 0.53) en kwaliteit van leven (effect grootte: 0.30) (Foley, Baillie, Huxter, Price, Sinclair, 2010). Verder is er bij mensen die een herseninfarct overleefd hebben na het volgen van MBCT een significante vooruitgang gevonden in angst, depressie en kwaliteit van leven (Moustgaard, 2005).

Positieve geestelijke gezondheid

In de meeste studies naar ACT- en mindfulness-gebaseerde cursussen bij chronisch lichamelijke ziekten wordt het effect van de methoden voornamelijk gemeten via de aan- of afwezigheid van symptomen van geestelijke ziekten zoals depressie en angst. Echter uit recent onderzoek is gebleken dat de geestelijke gezondheid meer is dan de afwezigheid van geestelijke ziekten. Een compleet begrip van geestelijke gezondheid omvat ook de aanwezigheid van de elementen “*subjectief welbevinden*”, “*psychologisch welbevinden*” en “*sociaal welbevinden*”. Derhalve is het concept: positieve geestelijke gezondheid ontstaan (Keyes, 2002). Hierbij is het belangrijk om te weten dat iemand zonder geestelijke ziekte niet

automatisch een goede positieve geestelijke gezondheid heeft en dat iemand die slecht scoort op positieve geestelijke gezondheid niet automatisch een geestelijke ziekte hoeft te hebben.

“*Subjectief welbevinden*” is een reflectie en evaluatie van een individu op zijn eigen leven in termen van zijn affectieve toestand en psychologisch en sociaal functioneren. “*Subjectief welbevinden*” behelst de volgende dimensies: “de aanwezigheid van positief affect”, “de afwezigheid van negatief affect”, “tevredenheid met het leven” en “beleden en uitgedrukt emotioneel welbevinden”

“*Psychologisch- welbevinden*” is de aan- of afwezigheid van positief functioneren in het leven. “*Psychologisch welbevinden*” bevat de volgende dimensies: “zelf- acceptatie”, “positieve relaties met anderen”, “persoonlijke groei”, “bestemming in het leven”, “omgeving meesterling” en “autonomieit”.

“*Sociaal welbevinden*” behelst de publieke en sociale criteria waarmee mensen hun functioneren in het leven evalueren. “*Sociaal welbevinden*” bevat de volgende onderdelen: “sociale samenhang”, “sociale actualisatie”, “sociale integratie”, “sociale acceptatie” en “sociale contributies” (Keyes 2002).

Naar de effecten van ACT- en mindfulness-gebaseerde therapieën op de positieve geestelijke gezondheid zoals gedefinieerd door Keyes (2002) is niet eerder onderzoek gedaan bij chronisch lichamelijk zieken. De subschaal “*psychologisch welbevinden*” wordt als enige in een enkele studie meegenomen. Zo wordt “*psychologisch welbevinden*” in een gecontroleerde en gerandomiseerde studie van Pradhan et al. (2007) naar MBSR bij reumatoïde artritis patiënten gemeten. Hierbij werd na 6 maanden een significante verbetering gevonden in “*psychologisch welbevinden*”. Gezien het geringe onderzoek in dit onderzoeksgebied is het interessant om te kijken wat het effect is van ACT- en mindfulness-gebaseerde trainingen op de positieve geestelijke gezondheid bij chronisch lichamelijk zieken.

Om grotere effecten te behalen blijkt een combinatie van ACT en mindfulness-gebaseerde trainingen zinvol te zijn. Uit onderzoek van Roemer, Orsillo & Salters-Pedneault (2008) bleek dat een therapie die gebaseerd is op ACT en MBCT bij mensen met een gegeneraliseerde angststoornis (GAD), tot grote verminderingen leidde in klinische en zelfgerapporteerde GAD- en depressiesymptomen. Daar deze onderzoeksresultaten veelbelovend zijn is de cursus “Voluit leven” ontworpen.

De cursus “Voluit leven” is ontworpen door Ernst Bohlmeijer en Monique Hulsbergen (2009). “Voluit leven” is een training die gebaseerd is op ACT en op MBCT. De therapie is bedoeld voor mensen met klinisch relevante psychische symptomen (Bohlmeijer, Fledderus, Roks & Pieterse, ingediend a). De cursus “Voluit leven” bestaat uit een zelfhulpboek (met CD) en een training in groepsverband. In de cursus worden in acht weken tijd de deelnemers zes vaardigheden aangeleerd, die eerder reeds besproken zijn: “acceptatie”, “cognitieve defusie”, “mindfulness”, “het observerende zelf”, “waarden” en “waarden in de praktijk” (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009).

In week één worden de basisprincipes en visies van ACT uitgelegd aan de deelnemers. De deelnemers moeten dan gaan nadenken over wat ze echt belangrijk vinden in hun leven. In week 2 en 3 gaan de deelnemers reflecteren op hun vermijdingsgedrag, hun controlestrategieën en wat dit gedrag en deze strategieën hen opleveren op de lange termijn. In week 4, 5 en 6 leren de deelnemers om in het contact te staan met hun huidige ervaringen, zonder deze te willen veranderen of zonder daar controle op uit te oefenen. Wanneer de deelnemers zelf willen, kunnen ze oefenen met “cognitieve defusie” en “zelf-als-context”. In de laatste twee weken ligt het accent op het bewust worden van de belangrijkste persoonlijke waarden. Er worden beslissingen over het leven genomen gebaseerd op deze waarden. In elke week worden mindfulness oefeningen gedaan met de deelnemers (Bohlmeijer et al., ingediend a).

Een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek heeft de eerste ondersteuning voor de werkzaamheid van de cursus “Voluit leven” gegeven (Bohlmeijer et al., ingediend a). In dit onderzoek volgden mensen met een milde tot matige depressie de cursus “Voluit leven”. Na afloop van de cursus werden significante verbeteringen gevonden in depressiesymptomen (effect grootte: 0,69), angst (effectgrootte: 0,80) en vermoeidheid (0,61). De verbeteringen waren nog steeds aantoonbaar na een vervolgperiode van 3 maanden (effectgrootte in volgorde van verschijning: 0,71, 0,67, 0,59). Dit zijn grote tot gemiddelde effecten (Borenstein et al, 2007).

Mensen met een chronisch lichamelijke ziekte hebben veel last van psychische klachten. ACT en mindfulness-gebaseerde trainingen hebben al tot vermindering van psychische klachten geleid bij de doelgroep chronisch lichamelijk zieken. De cursus “Voluit leven” is een gebaseerd op ACT en mindfulness gebaseerde trainingen en heeft al tot gunstige effecten geleid bij mensen met een mild tot matige depressie. De cursus is echter niet ontworpen voor chronisch lichamelijke zieken. Daarom is het interessant om te kijken of de cursus “Voluit leven” aangepast dient te worden voor chronisch lichamelijk zieken en of de cursus “Voluit leven” effect heeft bij chronisch lichamelijke zieken.

Om een antwoord te vinden op de probleemstelling zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

Procesevaluatie:

1. Dient de cursus “Voluit leven” aangepast te worden voor chronisch lichamelijk zieken?

Effectstudie:

2. Leidt de cursus “Voluit leven” tot veranderingen in de positieve geestelijke gezondheid bij chronisch lichamelijk zieken?
3. Leidt de cursus “Voluit leven” tot veranderingen in mindfulness bij chronisch lichamelijk zieken?

Methode

Deelnemers

De deelnemers waren mensen met een chronisch lichamelijke ziekte die voldeden aan onderstaande selectiecriteria.

- De deelnemer moest enigszins gemotiveerd zijn.
- De deelnemer mocht geen psychiatrische aandoening hebben.
- De cursus “Voluit leven” moest de beste keuze uit het aanbod aan andere therapieën en cursussen zijn voor de deelnemer. Het moest aansluiten bij de persoonlijke voorkeur van de deelnemer. Hierbij werd het overige aanbod aan relevante cursussen en therapieën voorgelegd.
- De deelnemer moest een volwassen belevingswereld hebben. Ze moesten iets met de inhoud kunnen.
- De deelnemer mocht niet naast de cursus “Voluit leven” een vrij intensieve psychologische behandeling volgen (bijvoorbeeld cognitieve therapie).
- De deelnemer mocht wel mee doen als hij al in behandeling was bij een psycholoog. Dit alleen wanneer de psycholoog om advies was gevraagd en deze positief gestemd was.

Selectie en procedure

De deelnemers waren op twee verschillende manieren geworven. De eerste manier was door middel van advertenties in de krant speciaal gericht op chronisch lichamelijke zieken. In de advertenties werd het doel van de cursus “Voluit leven” en het onderzoek uitgelegd. Mensen konden zich vrijwillig aanmelden bij centrum Preventieve geestelijke gezondheidszorg Mediant. Bij de tweede manier waren mensen benaderd door een reumatoloog bij Ziekenhuisgroep Twente (ZGT). Bij alle mensen die zich aangemeld hadden werd een intakegesprek gehouden door de trainers. Wanneer men voldeed aan de selectiecriteria mocht men deelnemen aan de cursus.

De deelnemers volgden de 8 weken durende cursus “Voluit leven”. Bij aanvang vulden de deelnemers de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) en de Five Facets

Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in (T0). Het tweede meetmoment was na de zevende bijeenkomst (T1) bij Mediant en na afloop van de cursus bij de ZGT. Bij meetmoment T(1) werden de MHC-SF en FFMQ nogmaals afgenomen en werd een zelfontworpen evaluatievragenlijst afgenomen. De tweede meting werd begeleid door een brief (zie bijlage 1). Na de zevende bijeenkomst werden tevens interviews bij de deelnemers afgenomen en bij de trainers van het Mediant. Dit zijn het zelfontworpen semi-gestructureerd interview voor de deelnemers en het zelfontworpen semi-gestructureerd interview voor de trainer. Tijdens de zevende bijeenkomst werd bij Mediant gevraagd door de trainers of deelnemers mee wilden werken aan de interviews. Wanneer een deelnemers toestemming verleende werd zijn of haar adresgegevens gevraagd en vrijgeven aan de interviewers. De interviews vonden bij de deelnemers thuis plaats of indien gewenst op een andere plaats. De interviews werden afgenomen door twee psychologiestudenten van de Universiteit Twente. Zij deden dit in het kader van hun bachelor these. Voor het afnemen van het interview hebben ze zich verdiept in de literatuur over ACT, mindfulness, chronisch lichamelijk ziekten en de cursus “Voluit leven”.

Cursus “Voluit leven”

De cursus “Voluit leven” bestond uit een zelfhulpboek (met CD) en een training in groepsverband. De cursus werd bij het Mediant en bij het ZGT gegeven (Voor meer informatie zie kopje: De cursus “Voluit leven”) (Bohlmeijer et al, ingediend a). Twee therapeuten die werkzaam waren bij Mediant gaven de cursus “Voluit leven” bij Mediant. Daarvan had een therapeut een 2-daagse workshop gevolgd van de cursus “Voluit leven” voor trainers. Deze therapeut had ook al eerder de cursus gegeven aan mensen met klinische relevante psychische symptomen. De andere therapeut had niet deelgenomen aan de 2-daagse workshop maar leerde van de eerste therapeut. Deze therapeut had de cursus nog niet eerder gegeven.

Bij het ZGT werd de cursus door een tweetal psychologen gegeven. Daarvan had een psycholoog een workshop gevolgd van de cursus voor trainers. De psychologen hadden beiden de cursus nog nooit gegeven.

Procesevaluatie

Het doel van de procesevaluaties was te onderzoeken of de cursus “Volut leven” aangepast dient te worden voor chronisch lichamelijk zieken. Voor dit onderzoek was een vragenlijst, een semi-gestructureerd interview voor de deelnemers en een semi-gestructureerd interview voor de trainer ontworpen (zie bijlage 2,3 en 4). De onderwerpen die aanbod kwamen in de vragenlijst en de interviews zijn in tabel 1 te vinden.

Tabel 1: Procesevaluatie

Onderwerpen	Voorbeeldvragen
vragenlijst	
“De bijeenkomsten en het huiswerk”	“Spraken de metaforen die gebruikt werden in de bijeenkomsten u aan?”
“Het effect van de cursus”	
“Aanpassingen van de cursus”	“In welke mate kwam de cursus tegemoet aan uw behoeften?”
“Overige opmerkingen”	
Interview met de deelnemers	
“Introductie en verwachtingen”	“Is er door de cursus iets veranderd in uw leven?”
“Ervaringen met de cursus”	“Voelde u zich aangesproken door de cursus?”
“De opdrachten”	
“Effecten van de cursus”	
“De cursus in zijn huidige staat”	
Interview met de trainers	
“Het geven van de cursus”	“Heeft u problemen ervaren met deze groep?”
“De deelnemers”	“Heeft u het idee dat de cursus deze deelnemers geholpen heeft?”
“Chronisch lichamelijk zieken”	
“De cursus in zijn huidige staat”	

Effectmeting

MHC-SF

De MHC-SF werd gebruikt om de Positieve geestelijke gezondheid te meten (zie bijlage 5) (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, Keyes, ingediend). De vragenlijst bestond uit

14 items en was onder te verdelen in drie facetten. “*Subjectief- welbevinden*” (item 1-3), “*sociaal welbevinden*” (item 4-8) en “*psychologisch welbevinden*” (item 9-14). Deelnemers moesten aangeven hoe vaak men een gevoel had in de afgelopen maand. De items waren vragen zoals: “In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u geïnteresseerd was in het leven. De antwoordmogelijkheden waren daarbij: “nooit”(1 punt), “1 of 2 keer”(2 punten), “ongeveer 1 keer per week”(3 punten), “2 of 3 keer per week”(4 punten), “bijna elke dag”(5 punten) en “elke dag”(6 punten).

De MHC-SF gaf een score voor elk van de drie subschalen en een totaalscore voor Positieve geestelijke gezondheid. De totale score werd berekend door de scores van de 14 items bij elkaar op te tellen. De score van een subschaal werd berekend door de scores van de tot de subschaal behorende items op te tellen. De totaalscore had een range van 14 t/m 84 punten. De range van de subschaal “*subjectief welbevinden*” was 3 -18 punten, van de subschaal “*sociaalwelbevinden*” 5-30 punten en van de subschaal “*psychologisch welbevinden*” 6-36 punten. (Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger & Rooy van, 2008).

De psychometrische eigenschappen van de MHC-SF waren goed. De MHC-SF had een hoge interne consistentie ($\alpha=0.89$) en een matige test- hertestbetrouwbaarheid ($\alpha=0.50$). De subschalen correleerden goed met de corresponderende aspecten van het welbevinden en functioneren, wijzend op convergente validiteit. De 3- factorstructuur en het onderscheid van geestelijke gezondheid en geestelijke ziekte was bevestigd (Lamers et al., ingediend). Er is echter nog geen normering voor de Nederlandse versie van de MHC-SF.

Five Facet Mindfulness Questionnaire(FFMQ)

De FFMQ werd gebruikt om mindfulness te meten (zie bijlage 6). De FFMQ bestond uit 39 items en vijf facetten. De facetten waren: “*observeren*”, “*beschrijven*”, “*bewust handelen*”, “*niet oordelen*” en “*non- reactief zijn*”. Elk item bestond uit een uitspraak waarvan de deelnemers aan moesten kruisen hoe vaak de uitspraak in het algemeen waar is voor hen. Voorbeelden van uitspraken waren: “Ik observeer mijn gevoelens zonder dat ik me er helemaal door laat meeslepen.” en “Als ik loop let ik bewust op hoe de beweging van mijn lichaam voelt.”. De deelnemers konden antwoorden op een 5-punt Likertschaal met de volgende mogelijkheden: “nooit of bijna nooit waar”(1 punt), “zelden waar”(2 punten), “soms waar”(3 punten), “vaak waar”(4 punten) en “heel vaak of altijd waar”(5 punten). De vragen die negatief gesteld waren werden hier bij omgeschaald. De totaal score kon berekend worden

door de score van de items bij elkaar op te tellen. De totaalscore had een range van 39 tot 195 punten. Hogere scores gaven een hoger niveau van mindfulness aan. De score van een facet kon berekend worden door de scores van de tot het facet behorende items op te tellen. Van alle facetten behalve “*non- reactief zijn*” was de rang 8- 40 punten. De rang van “*non- reactief zijn*” was 7- 35 punten (Bear et al, 2008).

De psychometrische eigenschappen waren goed. Het meetinstrument had een goede interne consistentie ($\alpha = 0.69$ tot $\alpha = 0.90$), test- hertestbetrouwbaarheid ($\alpha = 0.61$ tot $\alpha = 0.84$) en constructvaliditeit (Veehof, Klooster, Taal, Westerhof & Bohlmeijer, ingediend). Zoals verwacht paste het facet “*Observeren*” alleen in het construct van mindfulness wanneer deze gemeten was in een populatie met meditatie-ervaring (Bear et al., 2008). De vijf-factorenstructuur was bevestigd. Drie van de vijf facetten hadden een grotere incrementele validiteit in het voorspellen van mindfulness. Namelijk: “*bewust handelen*”, “*niet oordelen*” en “*non- reactief zijn*” (Veehof et al., ingediend). Er was echter nog geen normering van de Nederlandse versie van FFMQ.

Data-analyse

Spss 18 werd gebruikt voor de data-analyse van de effectstudie. Eerst werden een aantal items van de FFMQ omgeschaald. Daarna werden de somscores van de MHC-SH, FFMQ en van de subschalen en facetten bij T(0) en T(1) berekend. Vervolgens werd er door middel van de Kolmogorov- Smirnov toets onderzocht of de data een normale verdeling hadden. Om te onderzoeken of er verschil was tussen de scores bij T(0 en T(1) werd afhankelijk van de verdeling gepaarde T- testen of Wilcoxon signed-rank testen uitgevoerd. De testen werden uitgevoerd tussen T(0) en T(1) van de MHC-SF, FFMQ en de verschillende subschalen en facetten. Bij een normale verdeling werd tevens het 95% betrouwbaarheidsinterval berekend. Verder werden Cohen’s d effectgrootten berekend met T(0) en T(1) van de gemiddelde totaalscores en de gemiddelde scores van de subschalen en facetten. Deze werd berekend met de volgende formule: $(\mu_2 - \mu_1) / ((\sigma_1 + \sigma_2) / 2)$. Een alpha level van .05 werd gehanteerd voor alle statistische testen. De procesevaluatie werd beschrijvend verwerkt.

In het geval van onduidelijke of missende data werd bij de procesevaluatie en de effectstudie anders gehandeld. In het geval van niet volledig ingevulde vragenlijsten bij de FFMQ en de MHC-SF werd de mediaan van de subschaal of van het facet van een deelnemer

berekend. Deze mediaan werd vervolgens ingevuld als score op het item (de items). Bij de vragenlijst van de procesevaluatie werd bij een onduidelijk antwoord (bijvoorbeeld wanneer twee antwoordmogelijkheden aangekruist waren) altijd de bovenste antwoordmogelijkheid gekozen.

Resultaten

Deelnemers

Tweeëntwintig mensen hadden zich aangemeld voor de cursus: “Voluit leven” via Mediant en het ZGT. Daarvan waren twee mensen uitgesloten van deelname. De eerste persoon was een voorvechter van een belangengroep van een ziekte. Hij had geen eigen motivatie. De tweede persoon wilde graag dat de cursus in Winterswijk gegeven zou worden. Hij wilde niet naar Enschede komen. De overgebleven twintig mensen hadden deelgenomen aan de cursus. Daarvan hadden dertien deelnemers de voor- en nameting ingevuld en opgestuurd.

De samenstelling van de groep deelnemers bestond voornamelijk uit vrouwen, deelnemers met reuma en deelnemers met chronisch vermoeidheid syndroom of vermoeidheidsklachten (in combinatie met een andere ziekte). Onder de deelnemers was de vaakst voorkomende hoogst genoten opleiding het HBO. De gemiddelde leeftijd was 46,7 jaar en de standaarddeviatie was 8,9. Daarvan was de jongste deelnemer 30 jaar en de oudste deelnemer 64 jaar. In tabel 2 zijn de ruwe scores van de demografische variabelen te vinden.

Tabel 2: Ruwe scores demografische variabelen (n=13).

	Aantal	%
Leeftijd	46,7 ¹	8,9 ²
Geslacht		
Man	4	30,8
Vrouw	9	69,2
Opleidingsniveau		
Geen opleiding	0	0
Basisonderwijs	0	0
Lager beroepsonderwijs	3	23,1
MAVO, M(ULO), 3-jarige HBS, VMBO	1	7,7
Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)	1	7,7
5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium	1	7,7
Hoger beroepsonderwijs (HBO)	6	46,2
Wetenschappelijk onderwijs (WO)	1	7,7

Diagnose*

Chronisch Vermoeidheid Syndroom (CVS)**	5	33,3
Vermoeidheidsklachten***	2	13,3
Reumatoïde artritis	6	40,0
Parkinson	1	6,7
Longemfyseem	1	6,7

¹ = Gemiddelde.

² = Standaarddeviatie.

* = Van de deelnemers bij Mediant is de responsie (procesevaluatie en effectstudie) niet gekoppeld aan de diagnose. Daardoor zijn de diagnoses van twee deelnemers die geen respons hebben gegeven in deze tabel wel verwerkt.

** = Onder de deelnemers met CVS bevindt zich een deelnemer die naast CVS ook onverklaarbare chronisch klachten heeft en een deelnemer die naast CVS ook Reuma heeft.

*** = Onder de deelnemers met vermoeidheidsklachten bevindt zich een deelnemer die naast vermoeidheidsklachten ook chronische pijn en weinig energie heeft.

Procesevaluatie

Vragenlijst

De bijeenkomsten en het huiswerk

Uit de vragenlijsten blijkt dat de deelnemers tevreden waren over de cursus. De meeste deelnemers vonden de cursus “Voluit leven” “zinnig” tot “heel zinnig”. Een deelnemer zei over de cursus: “Heb wel geleerd beter met mijn ziekte om te gaan”. Een andere deelnemer zei: “Zat in een negatieve spiraal. Dat is nu over”. Ook de algemene oefeningen, mindfulness oefeningen en de huiswerkopdrachten in de bijeenkomsten werden door de meeste deelnemers gezien als “zinnig”. Verder vond het merendeel van de deelnemers de kwaliteit van de begeleiding “goed” en de duur van de bijeenkomsten werd ook als “goed” beoordeeld.

Over de intensiteit van de bijeenkomsten waren de deelnemers het niet eens. De meeste deelnemers zeiden de bijeenkomsten “vrij intensief” te vinden. Tevens beoordeelde een groot deel van de deelnemers de intensiteit van de bijeenkomsten als “neutraal”. Maar ook “erg weinig intensief”, “weinig intensief” en “erg intensief” behoorden tot de antwoorden. Over de hoeveelheid bijeenkomsten waren de deelnemers het ook niet eens met elkaar. De meeste

deelnemers vonden het aantal bijeenkomsten “goed”. Verder zijn er veel deelnemers die het aantal bijeenkomsten “Veel te weinig” of “Iets te weinig” vonden.

Het effect van de cursus

De meeste deelnemers gaven aan dat de cursus een beetje geholpen heeft met de problemen die hun ziekte/ conditie met zich meebrengt. De tweede grootste groep deelnemers gaf aan dat de cursus hen hiermee veel geholpen heeft. Verder is er niemand die aangaf dat de cursus niet geholpen heeft. Daarbij gaven de deelnemers aan minder streng te zijn voor zichzelf, meer naar hun eigen waarden te leven en meer in het “nu” te leven.

Ook gaven een aantal deelnemers aan dat ze nog meer moesten oefenen met de stof om meer resultaat te bereiken. Een voorbeeld van een toelichting was: “Ik geniet meer van het moment. Ben meer tevreden met wat ik heb en kan de lat wat minder hoog leggen, merk dat dat “bevrijdend” kan zijn”.

De deelnemers gaven ook aan dat de cursus een beetje bijgedragen heeft aan een betere omgang met het dagelijks leven. De tweede grootste groep gaf aan dat de cursus hieraan veel bijgedragen heeft. Niemand gaf aan dat de cursus niet heeft bijgedragen aan een betere omgang met het dagelijks leven. Tenslotte gaf de meerderheid van de deelnemers aan dat ze voor hun gevoel “voluit” waren gaan leven. De rest van de deelnemers gaf aan een beetje voluit te zijn gaan leven.

Geschiktheid van de cursus

De meeste deelnemers vonden de cursus “neutraal” tot “een beetje op maat” voor chronisch lichamelijk zieken. De deelnemers zeiden dit om verschillende redenen. Een deel van de deelnemers benaderde het in negatieve zin en vond dat het te veel toegespitst was op psychisch leed of zei dat ze verwacht hadden dat het specifiek over chronisch zieken zou gaan. Het andere deel benaderde het op een positieve manier. De cursus was volgens hen niet speciaal voor chronisch lichamelijke zieken bedoeld, maar voor iedereen met een probleem.

De meeste deelnemers vonden het boek “enigszins op maat”. De argumentatie was veelal dezelfde als die bij de geschiktheid van de cursus. Een aantal deelnemers gaf tevens aan het prettig te vinden als er een extra hoofdstuk of stencil bij het boek gevoegd zou worden, dat speciaal op chronisch lichamelijk zieken ingaat.

De deelnemers voelden zich verder wel aangesproken door de metaforen die in het boek en in de bijeenkomsten aan bod komen. De meeste deelnemers antwoordden tenslotte, dat in de

cursus de meeste behoeften die ze hadden aan bod gekomen waren. Ook lieten ze zien dat ze zeer tevreden waren over de cursus door samen een gemiddeld cijfer van 7,8 (Sd: 0,31) te geven. Daarbij was het hoogst gegeven cijfer een 8 en het laagste gegeven cijfer een 7.

Overige opmerkingen

De meeste op- of aanmerkingen van de deelnemers waren positief. Er waren echter twee opmerkingen van deelnemers over de in hun ogen negatieve formulering van de werving. De eerste opmerking was over de website: “Ik vond de website geen uitnodiging tot deelname, kwam op mij heel negatief/ zwaar over”. De tweede opmerking was over de brief: “Ik zou het wat positiever omschrijven in de brief”.

Interview met de deelnemers

Introductie en verwachtingen

De twee deelnemers waren een vrouw en een man. Beide deelnemers waren op de cursus afgekomen omdat het speciaal voor chronisch lichamelijk zieken was. Verder waren de deelnemers erg verschillend in hun benadering van de cursus.

De vrouw was getrouwd en heeft twee kinderen. Ze werkt al 20 jaar parttime bij het Kruidvat. Ze had een whiplash en tijdens de cursus was gebleken dat ze ook fibromyalgie heeft. De vrouw wilde leren om bewuster om te gaan met de dingen. Ze had soms het gevoel dat alles aan haar voorbij ging. Voor aanvang van de cursus verwachtte ze dat ze de cursus wel even zou doen en dat alles snel zou veranderen. Ook hoopte ze stiekem dat de pijn en de vermoeidheid die ze dagelijks ervaarde minder zouden worden, zodat ze meer tijd had voor haar kinderen.

De man was niet getrouwd en doet vrijwilligerswerk. Vroeger was hij fanatiek bezig met de paardensport maar sinds zijn diagnose MS rijdt hij geen paard meer. De man hoopte door de cursus meer uit het leven te halen. Ook hoopte hij in contact te komen met andere mensen met een chronische lichamelijke ziekte en ervaringen met elkaar te delen. Hij had niet echt verwachtingen. Hij gebruikte daarbij de Twentse uitspraak: “*kieken wat 't wordt*”.

Ervaringen met de cursus

De cursus voldeed aan de verwachtingen van de vrouw. Voor de cursus verwachtte ze stiekem dat de pijn en vermoeidheid minder zouden worden. Dit is niet het geval. In het begin vond ze

het dan ook moeilijk een draai te vinden en was een beetje teleurgesteld. De fysieke pijn bleef en de cursus leerde om er op een andere manier naar te kijken. Haar vroegere Voluit leven kon niet meer en ze moest opzoek naar een nieuw Voluit leven. Toen ze dit eenmaal besepte vond ze de cursus helemaal geweldig. De cursus was pittig, confronterend en soms ook verrassend.

De man had vooraf geen verwachtingen. Hij vond de cursus ook erg pittig en confronterend. Hij had het gevoel dat hij helemaal binnenste buiten gekeerd werd. Het kostte hem dan ook enige moeite om in de cursus te komen. Naar de eerste 3 weken snapte hij het beter en verliep het verder goed. Ook vond hij de bijeenkomsten soms een groot theater maar het doel werd hierdoor wel bereikt. Verder vond hij het prettig dat er niet veel op individuele situaties in gegaan werd, want zo zegt de man: “Daar kom je ook niet voor”.

De opdrachten

De vrouw ervoer dat de mindfulness oefeningen je terug in de dag zetten. Toch vond ze de mindfulness oefeningen moeilijk en niet leuk. Zo zei ze: “Bij de body scan moet je de aandacht op verschillende plekken in het lichaam vestigen. Dit is moeilijk, want de pijn roept de hele tijd. Het is moeilijk om je aandacht op een ander lichaamsdeel te vestigen. Wanneer je met iets bezig bent heb je afleiding van de pijn, maar tijdens de mindfulness oefeningen niet. Ik vind het ook moeilijk om een houding te vinden waarin ik me kan ontspannen en geen pijn aan mijn nek heb”. Ze had de mindfulness oefeningen dan ook vaak niet als ontspannen ervaren. Maar ze voegde toe dat het wel steeds beter gaat. Met de mindfulness oefening: “Ruimte maken en toestaan wat er is” kon ze nog steeds niets.

Bij de algemene oefeningen merkte ze vaak dat de oefeningen geschreven waren voor mensen met psychische klachten. In veel oefeningen stond het accepteren van het leed centraal. Haar leed was haar pijn en ook al accepteert ze dat, het bleef er toch nog steeds. De trainers speelden hier wel op in en samen met de trainers heeft ze iets van de oefeningen kunnen maken.

De huiswerkopdrachten vond ze erg leuk om te doen. Ze zetten haar erg aan het denken en ze was tot veel inzichten gekomen. De oefeningen zetten er toe aan om je gewoonten te doorbreken. De vrouw had echter meer tijd nodig om zich dit eigen te maken. Het inzicht kwam soms pas later en dan moest je al weer verder met de volgende oefening.

De man ervoer de mindfulness oefeningen als verhelderend. Er kwam rust in je lichaam en in je hoofd. Hij vond de eerste mindfulness oefening wel erg lang. De huiswerkopdrachten waarbij je terug moest naar je eigen jeugd vond de man erg confronterend, maar het heeft hem tot nieuwe inzichten gebracht. De oefeningen kostten veel tijd. Je moest er echt wat voor doen. Er was vaak te weinig tijd om een oefening goed te maken. Zo heeft hij opdrachten van eerdere weken in andere weken opnieuw gedaan of anders ingevuld.

Effecten van de cursus

De vrouw heeft veel baat gehad bij de cursus, maar het had nog niet echt tot veranderingen geleid. Daarvoor was de cursus nog te kort geleden. Ze wist nog niet precies wat haar nieuwe Voluit leven was. Wel had ze de cursus toepast in de opvoeding van haar kinderen en het besef van haar eigen gedachten was veranderd. Ze had namelijk een andere instelling gekregen. Wanneer ze eerder dacht: “Hoe moet dat in de toekomst” dacht ze nu “We zien het wel”. Hierdoor bleef ze minder lang in haar verdriet zitten. Ook koos ze bewuster voor dingen. “Je wilt nog zo veel maar het kan allemaal niet meer”. Zo had ze bijvoorbeeld 2 dagen van de wandelvierdaagse gelopen. Eerder was het alles of niets. Ook kon ze beter een momentje voor haar zelf nemen en lekker niets doen. Eerder voelde ze zich daar schuldig over, omdat er nog zoveel te doen was. Nu vond ze dat ze niet niks deed, want ze zorgde namelijk voor zichzelf en dat was het voornaamste.

De man had ook veel baat gehad bij de cursus maar vond eveneens dat de cursus nog te kort geleden was en had dus ook nog geen echte veranderingen gehad. De man had veel baat gehad bij de mindfulness oefeningen. Hij deed de oefeningen nog dagelijks maar wel zonder CD. Hij stoorde zich niet meer aan veel dingen in het verkeer en in de supermarkt waar hij zich eerder wel aan stoorde. Hij denkt nu: “Ik zie dat, that’s it! Af!”. Hij vond dat hij zich eerder druk om niks maakte en veel dingen veroordeelde. Nu kon hij de gevoelens benoemen en met rust laten. Dit bood veel rust voor de man.

De cursus in zijn huidige staat

De vrouw had in het boek informatie gemist die speciaal op chronisch lichamelijk ziekten van toepassing was. Een flyer of een extra hoofdstuk in het boek met informatie over het omgaan met een chronische lichamelijke ziekte zou een toevoeging zijn aan de cursus. Verder zei ze: “De cursus staat en valt bij goede begeleiders. Zonder de begeleiders was de cursus niet voldoende maar met de begeleiders was het prima”. De vrouw opperde ook het idee om in

plaats van elke week een bijeenkomst, om de week een bijeenkomst te doen. De vrouw dacht dat de deelnemers zo meer baat hadden bij de bijeenkomsten. De groepen moesten ook niet groter worden. Al met al vond de vrouw de cursus erg goed en zou de cursus ook aan iemand anders met een chronische lichamelijke ziekte aanraden.

De man vond de cursus prima zoals hij was. De begeleiders zorgden ervoor dat de informatie aansloot bij een chronische lichamelijke ziekte. Al met al was het een positieve ervaring voor de man. Dit kwam vooral doordat de groep bestond uit mensen met een chronische lichamelijke ziekte en hij niets hoefde uit te leggen. Hij zou de cursus zeker aanraden aan andere mensen met een chronische lichamelijke ziekte. Hij zou er dan wel bij vermelden dat het niet simpel is!

Interview met de trainers

Het geven van de cursus

De trainers hadden het geven van de cursus als goed tot uitstekend ervaren. Het werkte in de groep. Verder vonden ze het interessant om te zien wat het met de deelnemers deed en hij was leuk om te geven. De eerste therapeut kon de doelgroep chronisch lichamelijk zieken vergelijken met andere groepen waaraan ze de cursus had gegeven. De tweede therapeut had vooraf geen verwachtingen. Beiden vonden ze dat de deelnemers veel behoeften hadden aan erkenning. De trainers zagen dat de deelnemers steun zochten bij elkaar.

De deelnemers

De betrokkenheid van de deelnemers was goed. De deelnemers wilden graag veranderen. De motivatie van deelnemers was tevens goed. Vergeleken met andere groepen deelnemers had deze groep een ander soort motivatie. Ze hadden minder een doel. Ze waren meer bezig met de vraag: “Hoe kom ik de dag door met mijn klachten?” Alle deelnemers bleven trouw komen naar de bijeenkomsten. Behalve een persoon door persoonlijke omstandigheden en iemand die op vakantie ging. Hij had dit bij het intakegesprek al vermeld. De sfeer binnen de groep was goed, maar moest wel opgang komen. De groep was niet hecht. De deelnemers hadden zich verdeeld in groepje van 2 á 3 personen waarin ze met elkaar de cursus konden bespreken. De gezelligheid stond niet centraal. Dat was ook belangrijk. Een van de trainers zei hierover: “Bij een hechte groep zeggen deelnemers vaak: “o, die groep helpt me zo”! Maar wanneer ze de

groep niet meer zien, valt alles als een kaartenhuis in elkaar en hebben ze veel minder bereikt.”

Chronisch lichamelijke ziekten

Vooraf in de werving viel het verschil met andere doelgroepen op. Chronisch lichamelijke ziekten voelden zich aangesproken en kwamen sneller naar de cursus dan anders. De cursus kwam stroever op gang dan bij een andere doelgroep. Dit kwam doordat het bij deze deelnemers langer duurde, voordat ze de psychologische kant konden benoemen en dan met name hun vermijdingstrategieën.

Verder vroeg de cursus een forse investering. Niet iedereen kon dat opbrengen. Dit was ook zo bij andere groepen. Echter het verschil met andere groepen was dat er bij deze groep relatief meer mensen tussen zitten die minder energie hadden te besteden door hun ziekte. Die deelnemers moesten meer plannen.

Een ander verschil was, dat er over het algemeen binnen deze groep minder depressieve klachten waren en dat de deelnemers minder hun gedachten en gedragingen veroordeelden dan andere groepen. Echter na de derde bijeenkomst was er volgende de trainers geen verschil meer. “Het leed is hetzelfde” zei een van de trainers. “Het is daarom ook de vraag of een speciale groep voor chronisch zieken wel zo zinvol is”. De therapeuten waren hier nog niet over uit. Ze hadden de cursus nog maar een keer gegeven aan deze doelgroep. Het kon dus ook aan deze specifieke groep liggen. Ze wilden graag de cursus nog een keer herhalen bij een andere groep chronisch lichamelijke ziekten om hier meer over te kunnen zeggen.

De therapeuten hadden verder geen problemen ervaren met deze groep. Wel waren er bij deze populatie voorvechters. Bij de intake was bijvoorbeeld iemand die lid was van een belangengroep van een ziekte. Hij wou komen kijken of deze cursus iets voor “zijn mensen” was. Hij mocht niet meedoen aan de cursus. De cursus is niet bedoeld voor pottenkijkers.

De cursus in zijn huidige staat

De trainers vonden dat de cursus goed te doorlopen was voor chronisch lichamelijke ziekten. De trainers hadden het protocol gevolgd. Een van de trainers zei hierover: “Het programma zit goed in elkaar en daar moet niks aan veranderen”. De trainers hadden wel na de derde week een pauze van een week ingelast. Dit deden ze bij de andere groepen ook. Tevens hadden ze tijdens de intake en de bijeenkomsten herkenning geboden. Dit bijvoorbeeld door tijdens de bijeenkomsten de oefeningen zodanig uit te leggen dat het toepasbaar was voor chronisch

lichamelijk zieken. Dit zorgde ervoor dat de deelnemers opener stonden voor de cursus. Er hoefden geen aanpassingen te komen, zodat de deelnemers zich meer aangesproken voelden. De trainer zei: “Het is niet de bedoeling dat de cursus als een warm bad aanvoelt. Het aanpassen van het boek kan betuttelend zijn. Mensen gaan dan achterover leunen, maar de bedoeling is juist dat de mensen zelf aan het werk gaan”. Het leek de trainers wel een goed idee, aangezien de cursus vrij intensief was, om standaard na de derde week een pauze van een week in te lassen. Ook was het misschien een goed idee om elke week een half programma te draaien. Uiteindelijk waren de deelnemers volgens de trainers redelijk wat opgeschoten, maar zo zei een van de trainers: “Ze moeten nog kilometers maken.” en “Het kwartje valt soms past later”. Er waren nog twee bijeenkomsten te gaan dus een echte conclusie konden de therapeuten hier ook nog niet over geven.

Effectstudie

Normale verdeling

Uit de Kolmogorov- Smirnov toets bleek dat alle variabelen van de MHC-SF (totaalscore MHC-SF en alle subschalen van de MHC-SF bij T(0) en T(1)) normaal verdeeld zijn. Behalve de subschaal “*psychologisch welbevinden*” bij T(1). Verder waren niet alle variabelen van de FFMQ normaal verdeeld (totaalscores van de FFMQ en alle facetscores van de FFMQ bij T(0) en T(1)) (Zie bijlage 7). Voor de data-analyse betekende dit, dat voor de MHC-SF voor een gepaarde T- toets gekozen werd en voor de FFMQ en de subschaal “*psychologisch welbevinden*” van de MHC-SF voor de Wilcoxon signed-rank test.

MHC-SF

Tussen de totaalscores van de MHC-SF bij T(0) en T(1) was een significant verschil gevonden. Er was ook een significant verschil gevonden voor de subschaal “*subjectief welbevinden*”, maar niet voor de subschaal “*sociaal welbevinden*”. Tevens was er een significant verschil gevonden in de verdelingen van de subschaal “*psychologisch welbevinden*” bij T(0) en T(1) waarbij T(1) hoger was. Dit betekende dat de cursus “*Voluit leven*” de positieve geestelijke gezondheid, “*subjectief welbevinden*” en “*psychologisch welbevinden*” significant verhoogde. De effecten grootten geven allen gemiddelde tot grote effecten weer (behalve voor “*sociaal welbevinden*”) (Borenstein et al, 2007).

Verder duidde het 95% betrouwbaarheidsinterval erop dat de cursus de positieve geestelijke gezondheid tussen de 2,90 en 11,25 punten verhoogde. Voor de subschaal “*subjectief welbevinden*” was dit een verhoging tussen de 0,32 en 3,83 punten. In tabel 4 zijn de statistische gegevens te vinden.

FFMQ

Tussen de verdelingen van de FFMQ bij T(0) en T(1) was een significant verschil ($p: 0,004$) gevonden waarbij T(1) verhoogd was. Er waren ook significante verschillen gevonden voor alle afzonderlijke verdelingen van de facetten waarbij wederom T(1) verhoogd was. Hiervan waren “*bewust handelen*”, “*niet oordelen*” en “*non-reactief zijn*” significant (Zie tabel 4 voor de statistische waarden). Dit betekende, dat de cursus “Voluit leven” mindfulness en al haar facetten significant verhoogde. De effectgrootten geven allen gemiddelde tot grote effecten weer (Borenstein et al, 2007).

Tabel 4: Statistische waarden van de gepaarde T- toetsen en de Wilcoxon signed-rank testen.

	T(0)		T(1)		t	Sig. (2- zijdig)	Effectgrootte	95% BI	
	gem. (St.d.)		gem. (St.d.)					Boven	Onder
MHC-SF									
Totaal	49,77 (11,29)		56,85 (7,74)		-3,693	0,003	0,74	-11,25240	-2,90145
Subjectief welbevinden	11,85 (3,31)		13,92 (1,89)		-2,582	0,024	0,80	-3,82940	-0,32444
Sociaal welbevinden	16,15 (5,05)		16,77 (3,83)		-0,661	0,521	0,14	2,64283	1,41206
Psychologisch welbevinden	21,77 (5,56)		26,15 (3,48)		-2,731a	0,006	0,97		
FFMQ									
Totaal	117,15 (12,88)		135,77 (11,41)		-2,902a	0,004	1,53		
Observeren	24,62 (5,53)		27,54 (2,99)		-2,009a	0,044	0,69		
Beschrijven	24,62 (5,09)		27,08 (4,03)		-1,966a	0,049	0,54		
Bewust handelen	23,54 (4,96)		27,62 (4,03)		-3,082a	0,002	0,89		
Niet oordelen	23,92 (4,75)		29,12 (3,30)		-2,949a	0,003	1,32		
Non- reactief zijn	20,46 (3,84)		24,31 (3,94)		-2,799a	0,005	0,99		

a = Z- waarde gebaseerd op negatieve ranken

Discussie

Resultaten

Het doel van dit onderzoek was te onderzoeken of de cursus “Voluit leven” aangepast diende te worden voor chronisch lichamelijk zieken en of de cursus “Voluit leven” effect had bij chronisch lichamelijk zieken.

Procesevaluatie

Uit de vragenlijst van de procesevaluatie bleek de deelnemers veel baat hadden gehad bij de cursus. De deelnemers waren tevreden met de meeste onderdelen van de cursus. Echter was het nog steeds onduidelijk of de cursus “Voluit leven” voldoende toegespitst was op chronisch lichamelijk zieken. Dit kwam door de grote verdeeldheid van de cursisten met betrekking tot dit onderwerp. Verder vond de meerderheid van de deelnemers dat de cursus vrij intensiviteit was en een groot deel van de deelnemers gaf ook aan dat er te weinig bijeenkomsten waren.

Uit de interviews met de deelnemers kwam naar voren dat de deelnemers veel baat gehad hadden bij de cursus. Het bleef onduidelijk of de cursus wel of niet genoeg toegespitst is op chronisch lichamelijk zieken. Dit kwam door de grote verdeeldheid met betrekking tot dit onderwerp. Ook bleek er een behoefte aan een week pauze te zijn of aan een extra bijeenkomst in verband met de intensiviteit van de cursus.

Tenslotte bleek uit de interviews met de trainers dat de cursus “Voluit leven” niet aangepast diende te worden voor chronisch lichamelijke zieken. Chronisch lichamelijk zieken doorliepen de cursus nagenoeg hetzelfde als andere doelgroepen. Of een speciale groep voor chronisch zieken zinvol was of dat chronisch lichamelijk zieken net zo goed in een reguliere groep mee konden draaien bleef onduidelijk. Verder bleek wel dat er behoefte was onder de deelnemers aan een week pauze of een minder intensief programma.

Uit de procesevaluatie kwamen twee opvallende dingen voort die achtereenvolgens hier behandeld zullen worden. Ten eerste vonden de deelnemers de cursus maar enigszins “op maat” voor chronisch lichamelijke zieken. Bij deze vraag werd ook een toelichting gevraagd. Daaruit bleek dat er een verdeeldheid was onder de deelnemers bij de totstandkoming van dit antwoord. Een deel van de deelnemers lichtte dit op een positieve manier toe en vond het niet nodig dat de cursus specifiek op chronisch lichamelijk zieken geënt was. Het andere deel

lichtte het op een negatieve manier toe en had informatie gemist met betrekking tot chronisch lichamelijk zieken en vond dat er te veel aandacht aan psychisch leed gegeven werd. De trainer bekijken het ook vanuit een positief standpunt. De trainers vinden dat de cursus niet verder aangepast hoeft te worden.

Wanneer vanuit de theorie gekeken werd naar dit probleem heeft de positieve benadering de voorkeur. ACT- en mindfulness-gebaseerde trainingen zijn bedoeld voor problemen van psychische aard. De cursus was dan ook niet bedoeld om pijn of fysieke belemmeringen weg te nemen die door de ziekte veroorzaakt werden. De cursus is daarentegen bedoeld om er voor te zorgen dat de pijn of fysieke belemmering niet meer het leven van een individu beheerst (A-Tjak & De Groot, 2008).

De mensen die negatief gereageerd hadden, hadden misschien de essentie van de cursus niet begrepen. Terwijl de mensen die positief gereageerd hadden, juist goed de essentie hadden begrepen. Gezien het grote aantal deelnemers dat een negatieve toelichting gaf, kan dit probleem niet onaangeroerd blijven.

Verder komt uit de interviews en de vragenlijst naar voren dat de cursus vrij intensief werd gevonden. Een mogelijke verklaring hiervoor is opleidingsniveau. Om tot deze verklaring te komen is gekeken hoe deelnemers van verschillende opleidingsniveaus de intensiviteit beoordeelden. Daarbij was gevonden dat deelnemers met een lager opleidingsniveau eerder geneigd waren de cursus als “vrij intensief” te beoordelen. Deelnemers met een hoger opleidingsniveau waren eerder geneigd de cursus als “neutraal” of “(erg) weinig intensief” te zien. Dit duidt er dus op dat de cursus misschien te intensief is voor lager opgeleiden. Aangezien de populatie chronisch lichamelijk zieken voornamelijk uit lager opgeleiden bestaat, vormt dit een probleem. Een andere mogelijke verklaring is dat chronisch lichamelijke zieken simpelweg eerder vermoeid raken en dat hierdoor de intensiviteit als te hoog beoordeeld werd.

Effectstudie

De effectstudie toonde aan dat de cursus “Voluit leven” significant de positieve geestelijke gezondheid en mindfulness verhoogde. Bij slechts een deelnemer was dit niet het geval. Gezien het positieve resultaat bij de anderen, zou dit te maken kunnen hebben met persoonlijke omstandigheden van de deelnemer in kwestie.

Alle subschalen van de positieve geestelijke gezondheid waren significant verhoogd, behalve de subschaal “*sociaal welbevinden*”. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat

“*subjectief*” en “*psychologisch welbevinden*” veel individuele aspecten bevatten die gemakkelijker door het individu aan te pakken zijn. “*Sociaal welbevinden*” bevat meer maatschappelijke aspecten. In de procesevaluatie komt een aantal keer naar voren dat mensen nog niet precies wisten wat hun nieuwe “volut leven” was. Ze wisten niet wat ze in de maatschappij wilden betekenen. Mogelijk was dit de subschaal die in de loop van de tijd nog verandert.

Mindfulness was significant verhoogd door de cursus “Volut leven”. Dit effect was in overeenstemming met de literatuur. In een onderzoek naar MBSR (een deel van “Volut leven”) was gebleken dat MBSR leidt tot een significante verhoging van mindfulness bij onder andere chronische pijn en ziekte. Echter zijn in de studie naar MBSR grotere effectgrootten gevonden als in deze studie. (Carmody & Bear, 2007). De literatuur voorspelt dat de cursus tot grotere effecten zou leiden. De gevonden effectgrootten zijn dus niet in overeenstemming met de literatuur. Gezien de aard van deze studie (pilot-studie) is dit niet ernstig. Wanneer een grotere steekproef gebruikt wordt is het waarschijnlijk dat er andere (hogere) effect grootten gevonden worden. Naast de effectiviteit van de cursus waren ook andere factoren mogelijke verklaringen voor de resultaten. Bijvoorbeeld een grotere motivatie doordat de cursus nieuw en interessant was voor zowel de deelnemers als de trainers.

Limitaties van de studie

De deelnemers vormden geen representatieve respondentenpool voor de doelgroep chronisch lichamelijk zieken. Ten eerste waren er slechts 20 deelnemer, waarvan 13 deelnemers de voor- en nameting ingevuld en opgestuurd hadden. Om echte conclusies te kunnen trekken zijn er minstens 100 deelnemers nodig.

Het feit dat veel mensen de vragenlijst niet hebben ingevuld en opgestuurd bemoeilijkte het onderzoek. De deelnemers die de vragenlijsten ingevuld hebben kunnen significant anders zijn dan de deelnemers die de vragenlijsten niet ingevuld hebben. Misschien waren de mensen die de vragenlijst niet ingevuld hebben zo negatief over de cursus, dat ze geen zin hadden tijd aan het invullen van de lijst te besteden. Een positieve interpretatie kan hier ook gegeven worden. Doordat bijvoorbeeld de deelnemers die de vragenlijst niet ingevuld hadden dit deden, omdat zij het niet binnen hun nieuwe waarden vonden passen om de vragenlijst in te vullen.

Verder waren de diagnoses van deelnemers niet representatief voor de doelgroep. Zo waren onder de deelnemers relatief meer mensen met Reuma en meer mensen met vermoeidheidsklachten te vinden dan in de hele doelgroep. Tevens was de gemiddelde leeftijd in vergelijking tot de populatie chronisch lichamelijke zieken te laag. De gemiddelde leeftijd bij de deelnemers was 46,7 tegen een gemiddelde leeftijd van 60 bij de doelgroep. Ook was het opleidingsniveau vergeleken met de doelgroep te hoog. De meeste chronisch lichamelijke zieken zijn lager opgeleid. Onder de deelnemers waren voornamelijk HBO-geschoolden. Verder kwamen de deelnemers alleen uit de buurt van Enschede. De resultaten hebben dus alleen voorspellende waarde voor de regio Enschede.

In totaal betekent dit voor de resultaten dat aan de resultaten niet te veel gewicht toegekend moet worden. Het effect van de cursus en/ of de resultaten van de procesevaluatie kunnen bij een representatieve respondentenpool heel anders zijn. Deze studie moet dan ook vooral gezien worden als een pilot-studie.

De opbouw van de studie ($O_1 \times O_2$) bedreigt de validiteit. Dit komt doordat er geen gebruik gemaakt was van controlegroepen. Hierdoor konden verschillende variabelen ook een mogelijke verklaring zijn voor de behaalde resultaten. Voorbeelden hiervan waren geschiedenis, rijping en het effect van de pretest. Geschiedenis is elke gebeurtenis die ook tijdens de testperiode plaats heeft gevonden, zoals het winnen van de lotto. Rijping zijn alle psychologisch processen die systematisch variëren samen met het verlopen van de tijd. Dit zijn dingen zoals ouder worden, verveeld raken, meer honger krijgen en vermoeider worden. Het effect van de pretest is in deze studie de vragenlijsten bij $T(0)$. De antwoorden die de deelnemers invullen bij de MHC-SF kunnen bijvoorbeeld confronterend zijn voor de deelnemers. Zo kan de pretest zelf al stimulerend zijn voor verandering. Deze verandering kan dan ten onrechte aangezien worden als het effect van de treatment (Campbell & Stanley, 1963).

Toekomstig onderzoek

In de toekomst is er nog meer onderzoek nodig naar de cursus “Voluit leven” bij chronisch lichamelijke zieken. Het is dan van belang een grote en representatieve respondentenpool te gebruiken. Ook is het van belang een gecontroleerde en gerandomiseerde studie te doen om mogelijke andere verklaringen van de onderzoeksresultaten uit te sluiten. Verder is het van

belang ook de uitkomstmaten na een langere vervolgperiode te meten. Daarmee kan gekeken worden of de resultaten hetzelfde blijven of groter of kleiner worden. Ook kan specifiek gekeken worden naar de veronderstelling in deze studie, dat de vooruitgang van de subschaal “*sociaal welbevinden*” meer tijd in beslag neemt.

Verder is de positieve geestelijke gezondheid nog niet onderzocht bij chronisch lichamelijk zieken. Onderzoek naar de staat van de positieve geestelijke gezondheid bij chronisch lichamelijke zieken zou een belangrijke bijdrage kunnen zijn aan de literatuur.

Tevens is het van belang ook andere uitkomstmaten mee te nemen in onderzoek naar de cursus “Voluit leven” bij chronisch lichamelijk zieken zoals: depressie, angst, stress, vermoeidheid en het beloop van de ziekte.

Aanbevelingen n.a.v. procesevaluatie

In de toekomst dient de intensiviteit van de cursus verlaagd te worden. Dit kan door meer bijeenkomsten met minder stof. Tevens dient aandacht te worden besteed aan de verwachtingen bij aanvang van de cursus van de deelnemers. Dit kan door in een flyer te ontwikkelen waar duidelijk in staat wat er verwacht kan worden in de cursus met betrekking tot chronisch lichamelijke ziekten.

Conclusie

De cursus “Voluit leven” is effectief voor chronisch lichamelijk zieken. De cursus verhoogt de positieve geestelijke gezondheid (effectgrootte: 0,74) en mindfulness (effectgrootte: 1,53) significant. De cursus dient slecht op twee punten aangepast te worden. De intensiviteit van de cursus is te hoog voor chronisch lichamelijke zieken en er is behoefte aan meer informatie over chronisch lichamelijke zieken. Een oplossing hiervoor is het creëren van meer bijeenkomsten met minder stof en het ontwikkelen van een flyer die ingaat op de cursus en chronisch lichamelijke zieken. Door de limitaties van de studie kunnen we hier echter geen ferme conclusies over trekken. De resultaten bieden wel een gunstige aanbeveling voor de cursus “Voluit leven”. Meer onderzoek naar de cursus “Voluit leven” bij chronisch lichamelijk zieken is dan ook nodig.

Referenties

- A-Tjak J. en De Groot F. (2008). Acceptance and Commitment Therapy; een praktische inleiding voor hulpverleners. (1ste druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bear, R.A., Smith, G.T., Hponis, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Sage Publications*. 13. 27-45.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D. & Williams J.M.G. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating samples. *Sage Publications* 15, 3, 329-342.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapire, S., Carlson, L., 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*, 11, 230-241.
- Bohlmeijer, E.T., Fledderus, M., Rokx, A., Pieterse, M.E. (Ingediend a). Effectiveness of an Early Acceptance-Based Behavior Therapy for Depressive Symptomatology: Evaluation in a Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical and Consulting Psychology*.
- Bohlmeijer, E.T., Prenger, R., Taal, E., Cuijpers, P. (Ingediend b). The effects of mindfulness-based Stress Reduction therapy on the mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analyse. *Psychosomatic Medicine*.
- Borenstein, M., Hedges, L.V., Rohtstein, H. (2007). Introduction to meta-analyse. *Chichester Wiley*.
- Calsbeek, H., Spreeuwenberg, P., van Kerkhof, M.J.W, Rijken, P.M. (2006). *Kerngegevens Zorg 2005, Nationaal Panel Chronisch ziekten en Gehandicapten, NIVEL*.
- Campbell, D.T. & Stanley J.C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. U.S.A: Houghton Mifflin Company.
- Carmody, J., Bear, R.A. (2007) Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of behavioral medicine*. 31, 23-33.
- Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M. & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-Based Cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 78, 72-79.
- Gommer, A.M. & Poos, M.J.J.C. (2010). Welke ziekten hebben de hoogste prevalentie?

- Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Verkregen op 15 juni 2010 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/welke-ziekten-hebben-de-hoogste-prevalentie/>*
- Hoeymans, N., Poos, M.J.J.C., Gommer, A.M. (2010). Wat is de ziektelast en hoe wordt deze berekend? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Verkregen op 25 juni 2010 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/wat-is-de-ziektelast-en-hoe-wordt-deze-berekend/>*
- Hoeymans, N., Schellevis, F.C., Wolters, I. (2008). Chronische ziekten en Multimorbiditeit. Omvang van het probleem. Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? Verkregen op 24 mei 2010 via: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o8493n40765.html
- Hoeymans, N & Schellevis, F.C. (2008). Wat is een chronische ziekte en wat is multimorbiditeit? Verkregen op 24 mei 2010 via: <http://www.nationaalkompas.nl>Nationaal Kompas Volksgezondheid\ Ziekte, kwaliteit van leven en sterfte\ Ziekten en aandoeningen\ Chronische ziekten en multimorbiditeit>
- Hollander, A.E.M., Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, J.A.M., Polder, J.J. (2006). Zorg voor gezondheid. *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.*
- Keyes, C.L.M. (2002). The Mental Health Continuum: From languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research.* 43, 207-222.
- 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.* 15, 181–192.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T, ten Klooster, P.M. en Keyes, C.L.M. (Ingediend). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short form (MHC-SF).
- Moustgaard, A.K. (2005). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for stroke survivors: An application of a novel intervention. *The Sciences and Engineering.* 65, 6054.
- Power, M.B., Zum Vörde Sive Vörding, M.B., Emmelkamp, P.M.G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A meta-analytic Review. *Psychother Psychosom,* 78, 73-80.
- Pradhan, E.K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerker, B., Kaplan Gilpin, A., Magyari, T., Hochberg, M.C., Bermanni, B.M. (2007). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in Rheumatoid Arthritis Patients. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research).* 57, 7, 1134–1142.
- Strine, T.W., Mokdad, A.H., Balluz, L.S., Gonzalez, O., Crider, R., Berry, J.T., Kroenke, K.

- (2008) Depression and Anxiety in the United States: Findings From the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Psychiatric services*. 59, 1383- 1390.
- Teasdale. J.D., Segal Z.V.J., Williams, M.G., Ridgeway, V.A, Soulsby, J.M., Lau, M.A. (2000). Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 4, 615-623
- Topman, R.M., (z.d.). Mindfulness. Verkregen op 30 juli, 2010 via Universiteit Leiden website: <http://studietips.leidenuniv.nl/mind/aandacht-mind.htm>
- Roemer, L., Orsillo, S.M., Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76, 6, 1083–1089.
- Veehof, M.M., ten Klooster, P.M., Taal, E., Westerhof, G.J. en Bohlmeijer, E.T. (Ingediend). Psychometric properties of the Dutch Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in patients with fibromyalgie.
- Whittemore, R. & Dixon, J. (2007). Chronic illness: the process of integration. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 17, 177-187.

Bijlagen

Bijlage 1: Begeleidende brief

Geachte heer/mevrouw,

U heeft de cursus “Voluit Leven” nu bijna afgerond. Dit project is een samenwerking tussen Mediant en de Universiteit Twente. Het doel van het project is de cursus te evalueren. Wij willen graag weten of de cursus positieve effecten heeft en wat u van de cursus vindt.

We vragen u om de bijgevoegde vragenlijst nog een keer in te vullen. Tevens ontvangt u enkele vragen over de cursus. Verder zullen we u mogelijk vragen om mee te werken aan een kort interview over de cursus.

Zou u de vragenlijsten in willen vullen en binnen een week terug sturen in de retourenveloppe?

Uw vragenlijsten zullen wij zeer vertrouwelijk behandelen. We hanteren een procedure die garandeert dat de onderzoeker die de vragenlijst scoort niet weet om wie het gaat.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Henk Bakker (Mediant)

Martine Veehof (Universiteit Twente)

Ernst Bohlmeijer (Universiteit Twente)

Bijlage 2: Vragenlijst voor de deelnemers

Achter de antwoordmogelijkheden word steeds het aantal mensen aangegeven die een bepaald antwoord ingevuld hadden.

Omcirkel het cijfer dat voor u van toepassing is.

1. Wat vond u van de bijeenkomsten van Voluit Leven?

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. Helemaal niet zinvol | 0 |
| 2. Niet zinvol | 0 |
| 3. Een beetje zinvol | 1 |
| 4. Zinvol | 9 |
| 5. Heel zinvol | 3 |

Kunt u dit toelichten?

2. Wat vond u van de algemene oefeningen in de bijeenkomsten? (voorbeelden: pijndagboek gedrag, het maken van een lijst met psychische pijn, oefening adem inhouden, oefening oogcontact, etc.)

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. Helemaal niet zinvol | 0 |
| 2. Niet zinvol | 0 |
| 3. Een beetje zinvol | 3 |
| 4. Zinvol | 9 |
| 5. Heel zinvol | 1 |

3. Wat vond u van de mindfulness oefeningen in de bijeenkomsten?

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. Helemaal niet zinvol | 0 |
| 2. Niet zinvol | 0 |

3. Een beetje zinvol	2
4. Zinvol	8
5. Heel zinvol	3

4. Wat vond u van de huiswerkopdrachten die u mee kreeg?

1. Helemaal niet zinvol	0
2. Niet zinvol	0
3. Een beetje zinvol	0
4. Zinvol	12
5. Heel zinvol	1

5. Spraken de metaforen die gebruikt werden in de bijeenkomsten u aan?

1. Helemaal niet	0
2. Niet	0
3. Een beetje	3
4. Wel	8
5. Heel erg	2

6. Hoe waardeert u de kwaliteit van de begeleiding die u ontvangen heeft?

1. Slecht	0
2. Redelijk	0
3. Neutraal	3
4. Goed	8
5. Uitstekend	2

7. In welke mate kwam de cursus tegemoet aan uw behoeften?

1. Geen enkele behoefte is aan bod gekomen	0
2. Maar en paar behoeften zijn aan bod gekomen	1
3. Neutraal	1
4. De meeste behoeften zijn aan bod gekomen	11
5. Bijna alle behoeften zijn aan bod gekomen	0

8. Heeft de cursus er toe bijgedragen dat u beter kunt omgaan met de problemen die uw ziekte/ conditie met zich meebrengt?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Nee, het maakte dingen slechter | 0 |
| 2. Nee, het heeft niet veel geholpen | 0 |
| 3. Neutraal | 1 |
| 4. Ja, het heeft een beetje geholpen | 8 |
| 5. Ja, het heeft veel geholpen | 4 |

Kunt u dit toelichten?

9. Heeft de cursus “Voluit leven” er toe bijgedragen dat u beter om kunt gaan met het dagelijks leven?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Nee, het maakte dingen slechter | 0 |
| 2. Nee, het heeft niet veel geholpen | 0 |
| 3. Neutraal | 1 |
| 4. Ja, het heeft een beetje geholpen | 9 |
| 5. Ja, het heeft veel geholpen | 3 |

10. Wat vond u van de duur van de bijeenkomsten?

- | | |
|-----------------|----|
| 1. Veel te kort | 0 |
| 2. Te kort | 1 |
| 3. Goed | 11 |
| 4. Te lang | 1 |
| 5. Veel te lang | 0 |

11. Wat vond u van de intensiteit van de bijeenkomsten?

- | | | |
|----|----------------------|---|
| 1. | Erg weinig intensief | 1 |
| 2. | Weinig intensief | 1 |
| 3. | Neutraal | 3 |
| 4. | Vrij intensief | 7 |
| 5. | Erg intensief | 1 |

12. Wat vond u van de hoeveelheid bijeenkomsten?

- | | |
|-------------------|---|
| 1. Veel te weinig | 2 |
| 2. Iets te weinig | 3 |
| 3. Goed | 7 |
| 4. Iets te veel | 1 |
| 5. Veel te veel | 0 |

13. In hoeverre vond u de cursus op maat voor deelnemers met een chronische lichamelijke ziekte?

- | | | |
|----|-----------------------|---|
| 1. | Helemaal niet op maat | 0 |
| 2. | Niet echt op maat | 1 |
| 3. | Neutraal | 6 |
| 4. | Een beetje op maat | 5 |
| 5. | Helemaal op maat | 1 |

Kunt u dit toelichten?

--

14. In hoeverre vond u het boek “Volut Leven” op maat voor deelnemers met een chronische lichamelijke ziekte?

- | | |
|--|----|
| 1. Het boek moet herschreven worden voor mijn situatie | 1 |
| 2. Het boek was enigszins op maat voor mijn situatie | 10 |

3. Het boek was helemaal op maat voor mijn situatie

2

Kunt u dit toelichten?

15. Bent u voor uw gevoel voluit gaan leven?

- | | |
|------------------|---|
| 1. Helemaal niet | 0 |
| 2. Niet | 0 |
| 3. Een beetje | 5 |
| 4. Wel | 8 |
| 5. Heel erg | 0 |

16. Welk cijfer tussen 1 en 10 zou u de cursus “Voluit Leven” geven?

.....

Wat is u geslacht? Markeer het rondje dat voor u van toepassing is.

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

Wat is uw leeftijd?

.....

Wat is uw hoogst genoten opleiding? Markeer het rondje dat voor u van toepassing is.

- ☐ Geen opleiding
- ☐ Basisonderwijs
- ☐ Lager beroepsonderwijs
- ☐ MAVO, M(ULO), 3-jarige HBS, VMBO
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs(MBO)
- ☐ 5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium

- ☐ Hoger beroepsonderwijs(HBO)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs(WO).

Heeft u nog op- of aanmerkingen met betrekking tot de cursus “Voluit Leven”?

Bijlage 3: Interview voor de deelnemers

Welkom. Bedankt dat u mee wilt doen aan dit interview. (Voorstellen.) U doet mee aan dit interview omdat u onlangs hebt meegedaan aan de cursus Voluit Leven. Ik doe dit interview in het kader van mijn bacheloropdracht, waarin onderzocht wordt wat het effect is van de cursus “Voluit leven” bij mensen met een lichamelijke chronische ziekte. En ook wil ik graag onderzoeken in hoeverre de cursus op maat was. In dit interview zal ik beginnen met wat algemene vragen. Vervolgens gaan we het hebben over uw ervaringen met de cursus. Dit interview zal volledig anoniem verwerkt worden. De gegevens uit dit interview zullen op een zodanige manier verwerkt worden dat niemand ooit nog zal kunnen achterhalen dat ze van u zijn. Ook de trainers krijgen geen inzage in de antwoorden. Mocht u zich niet prettig voelen bij het beantwoorden van een vraag, dan bent u daartoe niet verplicht. Ik zou dit interview graag willen opnemen zodat ik alle informatie die u geeft nog eens kan terugluisteren. De opnames zullen alleen door mij beluisterd worden. Stemt u hiermee in?

Inleiding.

1. Kunt u zich even voorstellen?

(naam, werk, hobbies, etc.)

2. Hoe bent u op de cursus afgekomen? Was u algemeen geïnteresseerd in de cursus, of vooral doordat het speciaal voor mensen met een chronische ziekte was?

3. Wat zijn uw beweegredenen om mee te doen aan de cursus “Voluit leven”?

(Indien niet verteld, vragen over ziekte en klachten.)

(ook doorvragen naar verwachtingen van de cursus)

4. Zijn uw verwachtingen uitgekomen?

(Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet? Deels: welke wel en welke niet?)

5. Hoe heeft u de oefeningen ervaren?

(Doorvragen: Mindfulness oefeningen en algemene oefeningen.)

6. Wat vond u van de huiswerkopdrachten die u mee kreeg?

(Doorvragen: Welke opdracht(en)? En waarom?)

Effecten van de cursus.

7. Heeft u baat gehad bij de cursus?

(Vertel.)

8. Waar heeft u het meest aan gehad en waar het minst?

(Toelichting vragen)

9. Is er door de cursus iets veranderd in uw leven?

(Ja, in welk opzicht? Nee, waarom niet? Bijvoorbeeld sociale leven?)

10. Heeft u onderwerpen of informatie gemist, bijvoorbeeld over lichamelijke aandoeningen?

(Zo ja, welke?)

11. Was er overbodige informatie?

(Zo ja, welke?)

12. Voelde u zich aangesproken?

(als vraag niet begrepen is, voorbeelden noemen: door de oefeningen, metaforen)

(doorvragen: waardoor?)

13. Is deze cursus voldoende van toepassing op deelnemers met een chronische ziekte?

(Ja, wat zou er veranderd kunnen worden? Nee, hoezo niet?)

14. Zou u de cursus aanbevelen aan andere mensen met een chronische lichamelijke ziekte?

(Ja, waarom? Nee, waarom niet?)

Afsluiting.

15. Heeft u nog verdere opmerkingen of aanbevelingen voor de bijeenkomsten?

Bedankt voor het geven van dit interview.

Bijlage 4: Interview voor de trainer

Welkom, bedankt dat u mee wilt doen aan dit interview. Het zal gaan over u ervaringen met het geven van de cursus “Volut leven”. Ik wil dit interview graag opnemen met een recorder, zodat ik het gesprek nog een keer kan beluisteren. Ik zal de enige zijn die de geluidsopnames zal beluisteren. Gaat u hiermee akkoord?

1. Hoe heeft u het geven van de cursus “Volut leven” ervaren?

1. Slecht
2. Redelijk
3. Neutraal
4. Goed
5. Uitstekend

(Waarom?)

2. Is de cursus verlopen zoals u verwachtte?

(Zo niet, wat is er anders verlopen?)

3. Hoe heeft u de betrokkenheid van de deelnemers ervaren?

1. Slecht
2. Redelijk
3. Neutraal
4. Goed
5. Uitstekend

4. Hoe was de motivatie van de deelnemers?

1. Slecht
2. Redelijk
3. Neutraal
4. Goed
5. Uitstekend

(Hoe kwam dat volgens u?)

5. Bleef iedereen naar de bijeenkomsten komen of was er uitval?

(Zo ja, hoe kwam dat?)

6. Hoe was de sfeer binnen de groep?

1. Slecht
2. Redelijk
3. Neutraal
4. Goed
5. Uitstekend

(Kunt u een toelichting geven?)

7. Heeft u het geven van de cursus aan de groep 'chronisch zieken' anders ervaren dan het geven van de cursus aan andere groepen?

(Zo ja, in welk opzicht?)

8. Heeft u problemen ervaren bij deze groep?

(Zo ja, welke?)

9. Was de cursus volgens u goed te doorlopen voor deze doelgroep?

1. Nee, absoluut niet
2. Nee, niet echt
3. Neutraal
4. Ja, doorgaans wel
5. Ja, absoluut

(Waarom?)

10. Hebben jullie de cursus op maat gemaakt voor mensen met een chronische lichamelijke ziekte of hebben jullie het protocol gevolgd?

(Kunt u dat toelichten?)

11. Kan er volgens u nog iets veranderd worden aan de cursus voor deze doelgroep?

(Zo ja, wat kan er veranderd worden?)

12. Heeft u het idee dat de cursus deze deelnemers geholpen heeft?
--

1. Nee, het maakte dingen slechter
2. Nee, het heeft niet veel geholpen
3. Neutraal
4. Ja, het heeft een beetje geholpen
5. Ja, het heeft veel geholpen

(Kunt u dit toelichten?)

→ Vragen naar gegevens deelnemers (geslacht, leeftijd, ziekte, nationaliteit, etc)

→ Vragen naar selectiecriteria (inclusie en exclusie).

→ Vragen of trainer zelf cursustraining heeft gehad, en hoe lang.

Bedankt voor het geven van dit interview.

Welbevinden (MHC-SF)

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

In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...	nooit	1 of 2 keer	ongeveer 1 keer per week	2 of 3 keer per week	bijna elke dag	elke dag
1. dat u gelukkig was?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. dat u geïnteresseerd was in het leven?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. dat u tevreden was?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. dat onze samenleving beter wordt voor mensen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. dat mensen in principe goed zijn?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. dat uw leven een richting of zin heeft?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Mindfulness (FFMQ)

Hieronder staan verschillende uitspraken. Geef voor elke uitspraak aan hoe vaak deze voor u in het algemeen waar is door het juiste hokje aan te kruisen.

	nooit of nooit waar	bijna zelden waar	soms waar	vaak waar	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 onlogische of ongepaste emoties.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ik neem mijn gevoelens en emoties waar zonder dat ik er iets mee hoeft te doen.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Als ik iets aan het doen ben dwalen mijn gedachten af en ben ik in het algemeen 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 er helemaal door laat meeslepen.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ik zeg tegen mezelf dat ik me niet zo zou moeten voelen als ik me voel.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ik merk op hoe eten en drinken mijn gedachten, lichamelijke gewaarwordingen en emoties beïnvloeden.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Het is moeilijk voor me om de woorden te vinden die mijn gedachten beschrijven.	☐	☐	☐	☐	☐

Mindfulness (FFMQ)

		nooit of bijna nooit waar	zelden waar	soms waar	vaak waar	heel vaak of altijd waar
13.	Ik ben snel afgeleid.	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Ik heb soms niet normale of slechte gedachten, die ik niet zo zou moeten denken.	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Ik let op lichamelijke ervaringen, 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 op dit moment gebeurt.	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Als ik verontrustende gedachten heb of beelden zie, dan laat ik me daar niet door meevoeren.	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Ik let in het algemeen 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 iets in mijn lichaam voel, kost het me moeite om de juiste woorden te vinden om het te beschrijven.	☐	☐	☐	☐	☐
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.	☐	☐	☐	☐	☐

Mindfulness (FFMQ)

		nooit of bijna nooit waar	zelden waar	soms waar	vaak waar	heel vaak of altijd waar
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, kan ik ze opmerken zonder iets te doen.	☐	☐	☐	☐	☐
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 op 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, veroordeel ik mezelf.	☐	☐	☐	☐	☐
36.	Ik let op hoe mijn emoties mijn gedachten en gedrag beïnvloeden.	☐	☐	☐	☐	☐

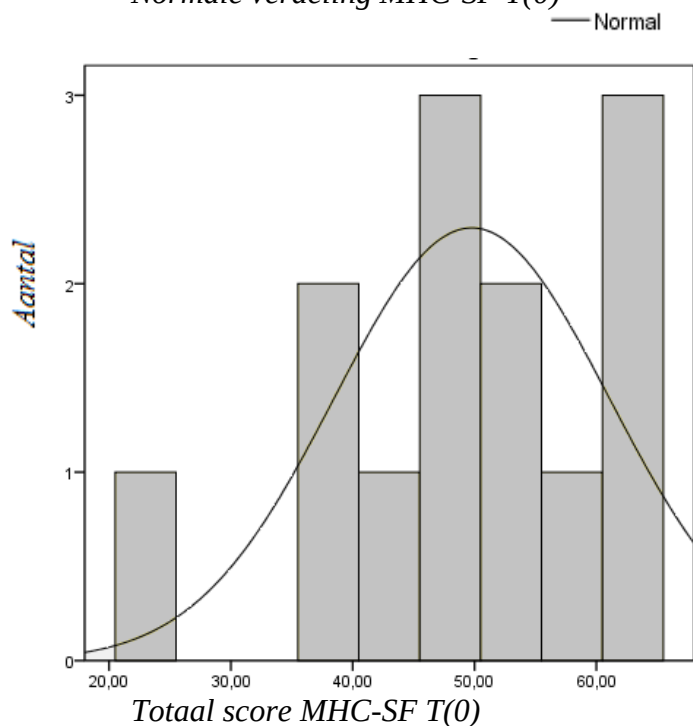
Mindfulness (FFMQ)

		nooit of bijna nooit waar	zelden waar	soms waar	vaak waar	heel vaak of altijd waar
37.	Over het algemeen kan ik in detail beschrijven hoe ik me op dat moment voel.	☐	☐	☐	☐	☐
38.	Ik merk dat ik vaak dingen doe zonder er aandacht aan te besteden.	☐	☐	☐	☐	☐
39.	Ik keur mezelf af als ik onlogische gedachtes heb.	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage 7: Figuur 1, 2, 3 & 4

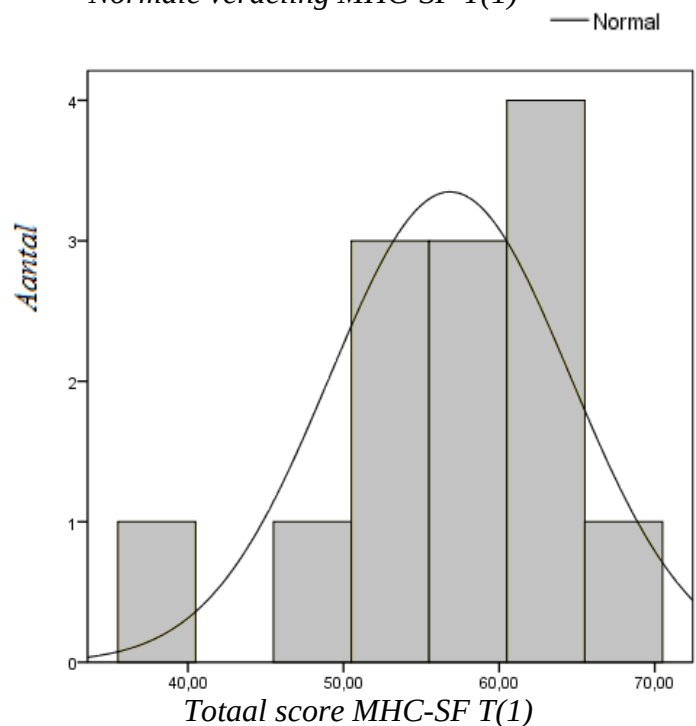
Figuur 1:

Normale verdeling MHC-SF T(0)



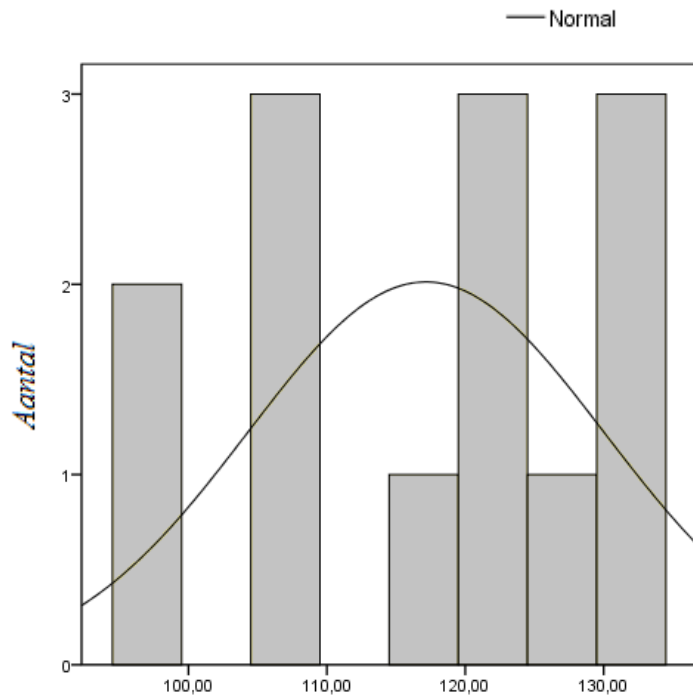
Figuur 2:

Normale verdeling MHC-SF T(1)



Figuur 3:

Normale verdeling FFMQ T(0)

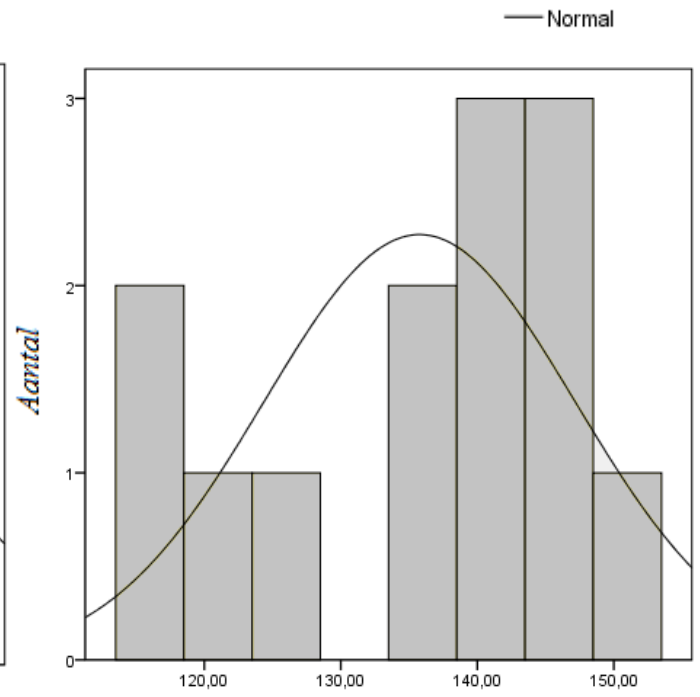


Totaal score FFMQ T(0)

Gem=117,15 St.d.=12,883 N=13

Figuur 4:

Niet normale verdeling FFMQ T(1)



Totaal score FFMQ T(1)

Gem.= 135,77 St.d.=11,41 N=13