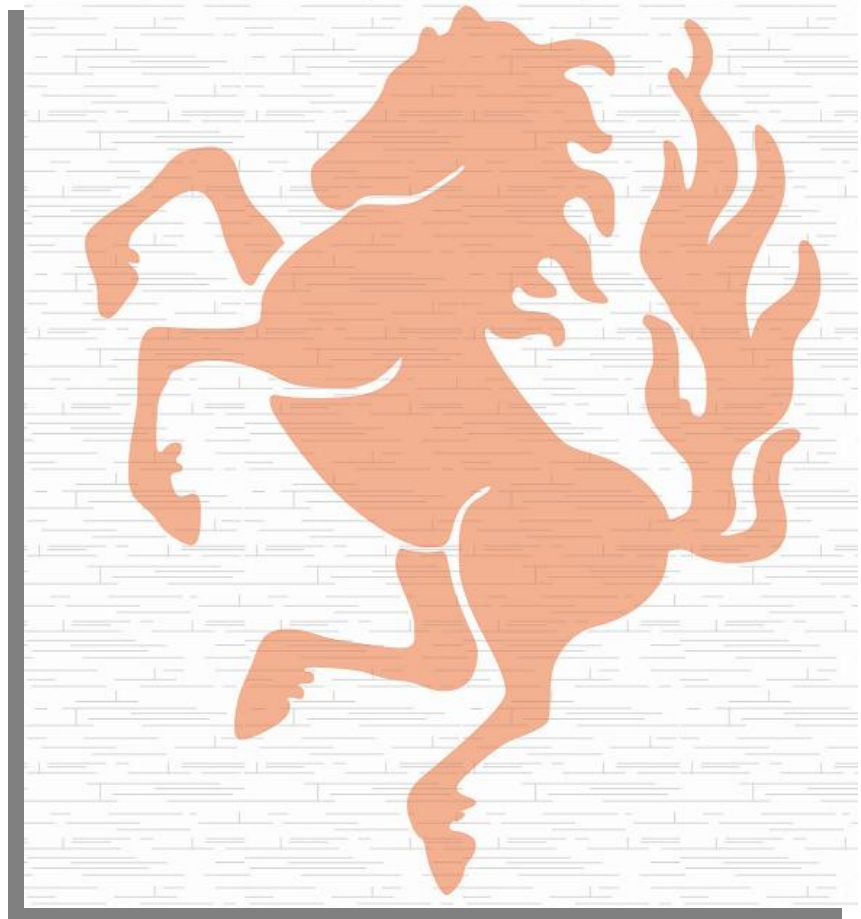

DE PSYCHOMETRISCHE KWALITEITEN VAN TWENTE VALUES SCALE (TVS)



Universiteit Twente

Faculteit Gedragwetenschappen

Bachelorthesis Psychologie, Geestelijke Gezondheidsbevordering

Eerste begeleidster: Prof. Dr. K.M.G. Schreurs

Tweede begeleidster: MSc. H.R. Trompetter

Datum: 03-08-2012

Auteur: Meryem Kangus

Studentnummer: s0220396

Plaats: Enschede

Woord van dank

Mij verheugend op de masterthesis, schrijf ik ter afsluiting van de bachelor Psychologie deze thesis richting Geestelijke Gezondheidsbevordering aan de Universiteit van Twente.

Allereerst wil ik graag mijn begeleidster Professor Karlein Schreurs bedanken voor haar onmiskenbare feedback. Zonder haar was het me niet gelukt om op een professionele manier zo mooi te schrijven. De begeleidingsafspraken heb ik telkens als zeer leerzaam en prettig ervaren, bovenal vond ik het een hele eer om door iemand als Karlein Schreurs te worden begeleid.

Ook gaat mijn dank uit naar mijn tweede begeleidster, MSc. Hester Trompetter, voor haar bijdrage en niet te vergeten dank ik de onlangs gepromoveerde Dr. Sanne Lamers. Zij is de link geweest naar mijn thesis en begeleiders.

Daarnaast wil ik iedereen bedanken die op welke manier dan ook een bijdrage heeft kunnen en willen leveren aan mijn schrijfproces. Mijn grote dank onder vrienden gaat uit naar Lorka Korkis en Marjolijn Bakir voor hun aanzienlijke steun en hulp.

“Last but not least” gaat mijn dank uit naar mijn familie en voornamelijk naar mijn liefdevolle moeder die me onvoorwaardelijk goed heeft ondersteund gedurende mijn hele opleiding.

Hartelijk bedankt allemaal!

Enschede, augustus 2012

Meryem Kangus

Summary

Background: Pain is a common and annoying phenomenon. In the Netherlands, one in five suffer from chronic pain. Chronic pain is associated with serious consequences and obstacles to personal and social life, so the quality of life deteriorates. The pain patients receive no specific pain treatments and have inadequate control of pain. They are constantly working to reduce and avoidance pain instead of living the life by their values, which they aspire. Values are motivational constructs that involve the beliefs that people hold about desirable goals that can be applied across contexts and time. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has proven effective in treating chronic pain, the effects are mainly determined by the concepts 'acceptance of pain' and 'value-oriented actions'. Values related to processes enhance the performance, so it does not relate to pain anymore. Therefore, it is important to measure values-directed to life. The Chronic Pain Values Inventory (CPVI) and the Valued Living Questionnaire (VLQ) are qualitative value-directed life measurements devices from the ACT. However, there are no quantifiable questionnaires for empirical research that measures the values-oriented life in chronic pain patients. The Twente Values Scale (TVS) developed by the Department of Psychology, Health and Technology at the University of Twente, from the context of ACT, to measure 'value-oriented life'. **Purpose:** The purpose of this thesis is to examine the psychometric properties of the TVS in the chronic pain population. **Methods:** The psychometric properties of the TVS are examined by factor structure, reliability and validity of the TVS. For validity of the TVS were also the questionnaires HADS, MDI-DLV and PIPS decreased. The sample consisted of 238 chronic pain patients. **Results:** An Exploratory Factor Analysis (EFA), with the Maximum Likelihood (ML) method, validated a two-factor structure which revealed 39.7% of the variance. The Cronbach's Alpha for the subscales 'Motivated evaluative life' and 'Awareness of values' and the total scale of the TVS was respectively .89, .86 and .91. The correlations of the TVS with HADS, MDI-DLV and PIPS were respectively $r = -.44$, $r = -.35$ and $r = -.44$ ($p < 0.01$). **Discussion:** The TVS seems to be a valid instrument with reasonably to good psychometric qualities and suitable for use as an empirical 'value-oriented life' measurement. The long term effects are still unknown, it is recommended to be further investigated.

Samenvatting

Achtergrond: pijn is een veel voorkomend en vervelend verschijnsel. In Nederland lijdt één op de vijf aan chronische pijnklachten. Chronische pijn wordt geassocieerd met ernstige gevolgen en belemmeringen op zowel persoonlijk als op sociaal vlak, waardoor de kwaliteit van het leven achteruit gaat. De pijnpatiënten krijgen geen pijngerichte behandeling en hebben een inadequate controle over de pijn. Men is continu bezig om de pijn te verminderen in plaats van het leven te leiden naar de waarden waarnaar men streeft. Waarden zijn motiverende constructies die een situatie definiëren, doelen halen en een leidraad vormen tot een bepaalde actie. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is effectief bewezen bij de behandeling van chronische pijn. De effecten worden voornamelijk bepaald door de concepten ‘acceptatie van pijn’ en ‘waarden-gerichte acties’. Waarden gerelateerde processen versterken het functioneren, zodat deze niet meer gerelateerd zijn aan pijn. Daarom is het belangrijk waarden-gericht leven te meten. De Chronic Pain Values Inventory (CPVI) en de Valued Living Questionnaire (VLQ) zijn kwalitatieve meetinstrumenten die vanuit het kader van ACT het waarden-gericht leven meten. Er zijn echter nog geen vragenlijsten kwantificeerbaar voor empirisch onderzoek die het waarden-gericht leven meten bij chronische pijnpatiënten. Door de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie aan de Universiteit Twente is, vanuit het kader van ACT, de Twente Values Scale (TVS) ontwikkeld dat ‘waarden-gericht leven’ meet. **Doel:** het doel van deze thesis is het onderzoeken van de psychometrische kwaliteiten van de TVS bij de populatie chronische pijnpatiënten. **Methoden:** de psychometrische kwaliteiten van de TVS zijn onderzocht op factorstructuur, betrouwbaarheid en validiteit van de TVS. Ter validiteit van de TVS waren tevens de vragenlijsten HADS, MDI-DLV en PIPS afgenomen. De steekproef bestond uit 238 chronische pijnpatiënten. **Resultaten:** uit de Exploratieve Factor Analyse (EFA), met de Maximum Likelihood (ML) methode, is een twee-factorstructuur naar voren gekomen die 39.7% van de variantie verklaarde. De Cronbach’s Alpha voor de subschalen ‘Gemotiveerd evaluerend leven’ en ‘Bewustzijn van waarden’ en de totale schaal van de TVS was respectievelijk .89, .86 en .91. De correlaties van de TVS met de meetinstrumenten HADS, MDI-DLV en PIPS waren respectievelijk $r = -.44$, $r = -.35$ en $r = -.44$ ($p < 0.01$). **Discussie:** de TVS blijkt een valide meetinstrument te zijn met redelijk tot goede psychometrische kwaliteiten en is geschikt om voor empirisch gebruik ‘waarden-gericht leven’ te meten. Over de lange termijn effecten is echter nog niets bekend, aanbevolen wordt om dit nader te onderzoeken.

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| <u>1. Inleiding</u> | 6 |
| 1.1 Chronische pijn | 6 |
| 1.1.1 Prevalentie en gevolgen | 6 |
| 1.1.2 Behandeling | 7 |
| 1.2 Acceptance and Commitment Therapy (ACT) | 8 |
| 1.2.1 ACT bij pijn | 9 |
| 1.3 Waarden | 10 |
| 1.4 Meten van waarden | 10 |
| 1.4.1 Chronic Pain Values Inventory (CPVI) | 10 |
| 1.4.2 Valued Living Questionnaires (VLQ) | 11 |
| 1.4.3 Twente Values Scale (TVS) | 11 |
| 1.4.4 Verschil tussen TVS en CPQI & VLQ | 12 |
| 1.5 Onderzoek | 13 |
| 1.5.1 Hypothese | 13 |
| <u>2. Methoden</u> | 15 |
| 2.1 Participanten | 15 |
| 2.2 Procedure | 17 |
| 2.3 Meetinstrumenten | 17 |
| 2.3.1 Twente Value Scale (TVS) | 17 |
| 2.3.2 Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) | 18 |
| 2.3.3 Multidimensional Pain Inventory - Dutch Language Version (MPI-DLV) | 18 |
| 2.3.4 Psychologische inflexibiliteit (PIPS) | 19 |
| 2.4 Statistische analyses | 19 |

| | |
|--|-----------|
| 3. Resultaten | 21 |
| 3.1 Gemiddelde scores op de vragenlijsten | 21 |
| 3.2 Factorstructuur | 22 |
| 3.3 Betrouwbaarheidsanalyse en interrelaties tussen de TVS schalen | 24 |
| 3.4 Convergente en discriminante validiteit | 24 |
| 4. Discussie | 26 |
| 4.1 Aanbevelingen | 28 |
| 4.2 Conclusie | 29 |
| Literatuur | 30 |
| Bijlage | 34 |
| A: de TVS vóór de factorstructuur | 34 |
| B: de TVS na de factorstructuur | 36 |

1 Inleiding

Deze thesis richt zich op de psychometrische kwaliteiten van Twente Values Scale (TVS) die onlangs is ontworpen aan de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie aan de Universiteit Twente. De steekproef bestaat uit 238 chronische pijnpatiënten die zijn geworven via advertenties in landelijke dagbladen en websites van patiënten verenigingen. De psychometrische kwaliteiten van TVS worden in deze thesis voorop gesteld.

1.1 Chronische pijn

Pijn is een veel voorkomend en vervelend verschijnsel (Vandereyken, Hoogduin & Emmelkamp, 2004). Tevens is pijn een erg complex en subjectief verschijnsel want: “iemand heeft pijn, als hij zegt dat hij pijn heeft”, aldus de Bruijn-Kofman (2004). De Internationale Association of the Study of Pain (IASP) definieert pijn als volgt: “an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage”, aldus IASP. Pijn heeft als functie om onder andere weefselschade te detecteren (Kalat, 2007). Signalen kunnen verschillen in aard (stekend/kloppend), hevigheid (ongemak) en patroon (voortdurend/met tussenpozen) (Morrison & Bennet, 2011). Verder kan men onderscheid maken in acute- en chronische pijn. Het verschil zit voornamelijk in de duur van de pijnklachten, waarbij acute pijn drie tot zes maanden duurt en chronische pijn langer dan drie tot zes maanden (Breivik et al, 2006; Morrison & Bennet, 2011).

1.1.1 Prevalentie en gevolgen

In Nederland lijdt 18% van de bevolking aan chronische pijnklachten. Het merendeel is vrouw (60%) en de meesten lijden aan gewrichtspijnen (42%) waaronder artrose en reuma (Breivik et al, 2006).

Chronische pijn wordt geassocieerd met ernstige gevolgen en belemmeringen op zowel persoonlijk als op sociaal vlak, waardoor de kwaliteit van het leven achteruit gaat (Morrison & Bennett, 2011; Miller & Cano, 2009). De psychische gevolgen van chronische pijn zijn o.a. onzekerheid, angst en stress. Indien de oorzakelijke aanleg ontbreekt, zorgt chronische pijn voor meer onzekerheid, moedeloosheid, wanhoop en angst. Mensen met chronische pijn zijn extra gespannen, voelen zich meestal hulpeloos, machteloos en zeggen vaak afspraken af in verband

met hun pijn, aldus de Bruijn-Kofman (2004). Daarnaast piekeren mensen met chronische pijn zich suf over de onbekende oorzaak van pijn wat leidt tot ‘ongewilde concentratie’ op de pijn, om te voelen of pijn minder/sterker wordt. De pijn wordt niet geaccepteerd (de Bruijn-Kofman, 2004). Hierdoor worden veel activiteiten vermeden of wordt er juist te veel gedaan om het oude bewegingsniveau te behalen. Dit is zo overheersend dat men de hele tijd bezig is om de pijn te verminderen in plaats van het leven te leiden naar de waarden waarnaar men streeft (McCracken & Yang, 2006). Overige gevolgen van chronische pijn zijn o.a. volledig ziekteverzuim (22%), ziekteverzuim na hervatting werk (50%) en depressie (21%), aldus Breivik et al. (2006). Depressie beïnvloedt de stemming negatief wat weer leidt tot belemmeringen in het dagelijks leven en het sociale isolement (de Bruijn-Kofman, 2004).

1.1.2 Behandeling

Opmerkelijk is dat 70% van de chronische pijnpatiënten behandeld wordt door de huisarts, en maar slechts 2% een behandeling volgt bij een pijnmanagement specialist. In verband met de pijn klachten, bezoekt in een half jaar tijd, 16% geen arts, 14% één keer, 60% twee tot negen keer en 11% vaker dan 10 keer een arts, aldus Breivik et al. (2006). De helft van de populatie die wel een arts heeft bezocht voor de pijnklachten heeft meerdere artsen bezocht. Bovendien krijgen de meeste patiënten geen pijn gerichte behandeling, en heeft 40% van de populatie een inadequate controle over de pijn (Breivik et al., 2006).

Om chronische pijnklachten te behandelen zijn er verschillende behandelingen, waaronder medicatie, fysiotherapie en psychotherapie (Breivik et al., 2006). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) van Steven C. Hayes (2004) is een relatief nieuwe ontwikkeling binnen de psychotherapie die effectief is bewezen (onder andere door middel van Randomized Controlled Trials) bij de behandeling van chronische pijnpatiënten (Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2010; Wetherell et al, 2011). De effecten van ACT bij chronische pijn worden voornamelijk bepaald door de concepten acceptatie van pijn en waarden gerichte acties (Vowles & McCracken, 2008).

1.2 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

ACT (uitgesproken als woord, niet als losse letters) is een behandelvorm, die ontwikkeld is vanuit het Functioneel Contextualisme (FC). Het FC is een wetenschapsfilosofie, die voortborduurde op het gedachtegoed van Skinners. De nadruk hierbij ligt bij het onderzoek naar de functie van het gedrag. Bij het vinden van een theorie over hoe cognities begrepen kunnen worden vanuit een functioneel contextueel gezichtspunt, ontwikkelde Hayes de Relational Frame Theory (RFT) (Hayes, 2004). Deze theorie richt zich op het definiëren van wat exact verstaan wordt onder verbaal gedrag, dit gebeurt door associaties te leggen tussen gebeurtenissen waardoor de functie van deze gebeurtenissen verandert. Aan de hand van deze definitie wordt verklaard hoe mensen angstig kunnen worden van iets wat zij nog nooit meegemaakt hebben. Immers, cognities zijn de eindproducten van het verbale gedrag dat we denken noemen (A-Tsjak, 2010). ACT heeft als doel de cliënt te helpen een rijk en zinvol, waardevol leven te leiden (A-Tsjak & de Groot, 2008). ACT richt zich niet zo zeer op de inhoud van het denken of de vorm van het gedrag, maar op de context waarin dit denken en gedrag voorkomt. Het gaat over het menselijk leven en welzijn in al zijn volheid, ook een leven met pijn. Het mens zijn, het voelen van verdriet en angst, hebben we allemaal gemeen, aldus A-Tsjak en de Groot (2008).

ACT is eigenlijk een grote zoektocht naar het geven van een plaats aan al deze belevingen om zo tot meer levensruimte te komen. Omdat ACT zich niet bezighoudt met de vorm van het (probleem)gedrag, maar met de functie daarvan, is zij in principe toepasbaar bij uiteenlopende vormen van menselijk gedrag. Zij combineert enerzijds mindfulness en acceptatiegerichte interventies en anderzijds interventies gericht op rechtstreekse gedragsveranderingen (Hayes, 2004; McCracken & Eccleston, 2005; Hayes, Strosahl & Wilson, 2006; A-Tjak & de Groot, 2008). De interventies richten zich weliswaar niet zo zeer op symptoomvermindering, maar leiden er wel toe. Het is gericht op het vergroten van de keuzevrijheid, zodat men op een manier kan leven die vitaal en in overeenstemming is met zijn waarden (A-Tjak & de Groot, 2008).

Het ACT therapiemodel bestaat uit twee modellen. Het ene model bestaat uit zes processen die bijdragen aan psychologische flexibiliteit en het andere model beschrijft zes processen die bijdragen aan psychologische inflexibiliteit of wel psychopathologie. De

(therapeutische) processen zijn met elkaar verbonden en leiden gezamenlijk tot psychologische flexibiliteit. De zes processen zijn onder te verdelen in twee hoofdprocessen, de eerste is ‘acceptatie en mindfulness’ en omvat de processen van acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, zelf-als-context en contact op dit moment: nu. Het tweede hoofdproces ‘waarden en toegewijde actie’ (commitment) omvat de processen van contact met dit moment: nu, zelf als context, waarden en toegewijde actie (Hayes, 2004; Luoma, Hayes & Walser, 2008).

1.2.1 ACT bij chronische pijn

ACT kan worden toegepast als er sprake is van experiëntiële vermijding, cognitieve fusie, een gebrek aan helderheid van waarden en van inactiviteit, inflexibiliteit en ineffectiviteit die daar het gevolg van is. Experiëntiële vermijding is precies datgene waar ACT zich op richt (A-Tjak & de Groot, 2008). Volgens ACT is bijvoorbeeld bij mensen die lijden aan chronische pijn niet zozeer de pijn het probleem, maar het volharden in ineffectieve pogingen om pijn te voorkomen, dit wordt experiëntiële vermijding genoemd. Experiëntiële vermijding betekent dus dat iemand probeert om innerlijke ervaringen (gedachten, herinneringen, gevoelens, impulsen) te vermijden, te controleren of te veranderen (A-Tjak & de Groot, 2008).

Chronische pijn staat in het ACT-model centraal als onvermijdelijk gegeven van het dagelijks leven van de cliënt. Het ACT-pijnmodel is een pragmatisch model dat bestaat uit twee cirkels, die enerzijds een acceptatiegericht en anderzijds een controle- en vermijdingsgericht proces bij chronische pijn weergeven (A-Tjak & de Groot, 2008). Het willen vermijden van pijn leidt tot een krampachtige poging om een half leven te leiden, dat vervolgens op den duur het psychisch leed versterkt. Het aanvaarden van pijn maakt echter de weg vrij om vanuit de waarden te leven, hetgeen zorgt voor meer kwaliteit en vrijheid in het leven (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009). De centrale boodschap is dat pijn er gewoon is, waarschijnlijk niet weggaat en niet te controleren/vermijden is hoe hard men ook vecht (A-Tjak & de Groot, 2008). De effecten van ACT bij chronische pijn worden aldus voornamelijk bepaald door de concepten acceptatie van pijn en waarden gerichte acties (Vowles & McCracken, 2008). Acceptatie gerelateerde processen bevorderen het functioneren door de pijn te verzwakken. Aan waarden gerelateerde processen versterken het functioneren zodat deze niet meer gerelateerd zijn aan pijn, hierdoor streven de patiënten naar waarden gericht leven (McCracken en Yang, 2006; Veehof et al., 2010).

1.3 Waarden

Waarden zijn gekozen levensrichtingen die met de tijd kunnen veranderen (Hayes & Smith, 2009; Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009). De oorsprong van waarden ligt in de menselijke basisbehoeften en in de maatschappelijke eisen (Feather, 1995), ze worden opgevat als abstracte structuren die betrekking hebben op de overtuigingen die mensen hebben over gewenste gedragingen of een wenselijk eind staat, er op nahouden (Feather, 1995; Torelli & Kaikati, 2009). Waarden zijn motiverende constructies die een situatie definiëren, doelen halen en een leidraad vormen tot een bepaalde actie (Torelli & Kaikati, 2009). Ze hebben lange termijn effecten op het gedrag en het functioneren van een persoon en beïnvloeden zowel de korte- als de lange termijn doelstellingen (Feather, 1995). Het zijn intentionele eigenschappen die een reeks van momenten samenvoegen tot een zinvol pad en zijn datgene waar de momenten in het leven om draaien (Hayes & Smith, 2009). De natuurlijke manier om te voldoen aan de waarden is zich op een bepaalde manier te gedragen zodat deze waarden tot uiting komen (Torelli & Kaikati, 2009). Bij het bepalen van waarden en het meten van waarden is het begrip 'keuze' een belangrijk element (Hayes & Smith, 2009), want waarden spelen ook een rol bij de daadwerkelijke keuzes die mensen maken in realistische situaties (Feather, 1995). Bij een keuze worden diverse factoren (voors en tegens) volgens criteria tegen elkaar afgewogen. Echter het maken van een keuze lukt niet altijd goed en bovendien gaat het maken van een keuze gerelateerd aan waarden erg slecht (Hayes & Smith, 2009). Persoonlijke waarden beïnvloeden de subjectieve definitie van een bepaalde situatie zodat bepaalde elementen (on)aantrekkelijker worden aangenomen, welke consequenties hebben voor het latere kiesgedrag (Torelli & Kaikati, 2009). Maar door te handelen naar waarden ontstaat er een stabielere levenskoers (Hayes et al., 2006).

1.4 Meten van waarden

1.4.1 Chronic Pain Values Inventory (CPVI)

De Chronic Pain Values Inventory (CPVI) (McCracken & Yang, 2006) is een korte inventarisatie die gebruikt kan worden om te bepalen welke waarden belangrijk zijn voor een

persoon en in welke mate ze succes boeken bij het leven naar hun waarden. CPVI is gebaseerd op de ACT theorie van Hayes et al. (1999). De zes domeinen zijn, familie, vrienden, intieme relaties, groei en leren, werk en gezondheid. In eerste instantie wordt de patiënt gevraagd om aan te geven hoe belangrijk ieder domein is. In tweede instantie wordt de patiënt gevraagd aan te geven in welke mate succes wordt geboekt op elk (desbetreffend) domein. De patiënt wordt gevraagd om elk domein te beoordelen op een schaal van “0 = helemaal niet belangrijk/succesvol” tot “5 = zeer belangrijk/succesvol”. Een lage score van ‘succes’ op een domein in combinatie met een hoge score van ‘belangrijk’ voor het zelfde domein, veronderstelt hoger lijden dan wanneer er een lage score van ‘belangrijk’ in combinatie met een lage score van ‘succes’ wordt toegekend aan het domein.

1.4.2 Valued Living Questionnaires (VLQ)

De Valued Living Questionnaire (VLQ) (Wilson, Sandoz, & Kitchens, 2010) is een kwalitatief meetinstrument gebaseerd op de ACT en bestaat uit twee delen dat waarden meet met een 10-punt Likert schaal. De VLQ bevat 10 domeinen die geïdentificeerd zijn als waardevol voor het leven. De domeinen zijn: familie (met uitzondering van ouderschap en intieme relaties), huwelijk / koppels / intieme relaties, ouderschap, vriendschap, werk, onderwijs, recreatie, spiritualiteit, burgerschap en fysieke zelfzorg. In het eerste gedeelte worden de domeinen geïdentificeerd waaraan de patiënt waarde hecht. In het tweede gedeelte wordt (per domein) een cijfer toegekend voor de mate waarin de patiënt consistent naar de waarde leefde in de afgelopen week.

1.4.3 Twente Values Scale (TVS)

De Twente Values Scale (TVS) is een kwantitatief meetinstrument dat ontwikkeld is door de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie aan de Universiteit Twente (zie bijlage, A). Het is ontwikkeld vanuit het kader van ACT en meet ‘waarden-gericht leven’. Waarden zijn de keuzes die men maakt over hoe hij/zij het leven wil leiden. TVS bestaat uit 26 items en de afname vindt online plaats. De patiënt wordt gevraagd om elk item te beoordelen op een schaal van “0 = helemaal niet mee eens” tot “5 = helemaal mee eens”. De pilotstudie van de TVS onder een gezonde populatie heeft voor goede resultaten gezorgd. Dit nieuwe instrument kent drie veronderstelde subschalen, dit zijn bewustzijn van waarden, evaluatie leven en commitment.

1.4.4 Verschil tussen TVS en CPVI & VLQ

Het verschil tussen TVS en CPVI (McCracken & Yang, 2006) is dat CPVI over het algemeen te gebruiken is bij de contextuele analyse van pijn, en als onderdeel bij de behandeling van chronische pijn. Met de CPVI wordt er gewerkt met behulp van vaste en algemene domeinen, wat in tegenstelling is tot de TVS waarbij gebruik wordt gemaakt van items geclusterd in subschalen. De items van TVS zijn uitspraken waaruit de patiënt kan kiezen of ze wel/niet van toepassing zijn. Het uitgangspunt van TVS is niet de domeinen die een patiënt heeft maar de patiënt zelf en dus wordt de focus gelegd op wat de patiënt weet, vindt en wil. Het uitgangspunt van CPVI is, naast dat het uitgaat van levensdomeinen, meer evaluatief van aard waarbij gekeken wordt in hoeverre een patiënt bepaalde domeinen belangrijk acht en in hoeverre hij/zij daarin succesvol is. Het kan zijn dat bepaalde domeinen niet voor iedere patiënt even belangrijk en van toepassing zijn. Dit laatste maakt CPVI meer een voor klinisch bruikbaar meetinstrument, dan voor empirisch.

Het verschil tussen VLQ (Wilson, Sandoz, & Kitchens, 2010) en TVS komt overeen met het verschil tussen TVS en CPVI. Daarnaast kan VLQ gezien worden als een zelfbeoordelinglijst die enkel over een bepaalde periode waarden-gericht leven meet, namelijk 'afgelopen week'. Bovendien is VLQ primair ontwikkeld als een klinisch instrument, om in een klinische setting systematisch waarden-gerichte acties vast te stellen. Hierdoor is de VLQ, net zo als de CPVI, niet geschikt voor empirisch gebruik.

Het is belangrijk waarden-gericht leven te meten. Aangezien aan waarden gerelateerde processen het functioneren versterken, worden die processen niet meer gerelateerd aan pijn. Zo kunnen patiënten naast het streven naar een waarden-gericht leven daadwerkelijk waarden-gericht gaan leven. Immers door acceptatie wordt pijn verzwakt en door waarden-gericht te leven, wordt het functioneren versterkt (McCracken en Yang, 2006; Hayes & Smith, 2009; Veehof et al., 2010).

Bovendien zijn er tot dusver nog geen vragenlijsten kwantificeerbaar voor empirisch onderzoek die het waarden-gericht leven meten bij chronische pijnpatiënten (McCracken & Yang, 2006). Daarom is het belangrijk om een vragenlijst zoals Twente Value Scale (TVS) te ontwikkelen en hiermee het waarden-gericht leven te meten dat eveneens kwantificeerbaar is

voor empirisch gebruik. Daarnaast kan het belang van TVS voor empirisch gebruik een toegevoegde waarde hebben op waarden-gericht leven van de chronische pijnpatiënten en dat leidt weer tot houvast en positieve (lange termijn) effecten bij behandeling van chronische pijnpatiënten.

1.5 Onderzoek

In deze thesis worden de psychometrische kwaliteiten van de TVS onderzocht. Ten eerste wordt de factor-structuur van TVS onderzocht. Ten tweede wordt de betrouwbaarheid van de subschalen en de totale schaal getoetst. Ten derde wordt de validiteit onderzocht door middel van het vergelijken van TVS met andere meetinstrumenten en getoetst op begripsvaliditeit (convergente- en discriminante validiteit) en criteriumvaliditeit (concurrente validiteit).

Verschillende studies brengen naar voren dat chronische pijnpatiënten niet waarden-gericht leven, en ingrijpend lijden onder psychosociale gevolgen die de pijn met zich mee brengt. Deze gevolgen zijn o.a. depressie, angst, psychologische inflexibiliteit, en belemmeringen in het dagelijks leven en bij activiteiten. Hierom zijn de onderstaande vragenlijsten afgenomen om te kijken naar de samenhang tussen de concepten van de vragenlijsten met het concept waarden. Dit kan tevens een toegevoegde waarde hebben voor de validiteit van de TVS.

Samen met de TVS zijn voor dit onderzoek de volgende vragenlijsten afgenomen: Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) voor het meten van gevoelens van angst en depressie (Zigmond & Snaith, 1983); Multidimensional Pain Inventory (MPI) – Dutch language version, om de pijn intensiteit te meten en de invloed die pijn heeft op het dagelijkse leven van patiënten (Lousberg, van Breukelen, Groenman, Schmidt, Arntz & Winter, 1999) en Psychologische Inflexibiliteit (PIPS) om de inflexibiliteit te meten (Wicksell, 2008; 2010).

1.5.1 Hypothese

De verwachting is dat de structuur overeenkomt met de drie factorstructuur van TVS. De bedoeling is dat de items die bedoeld zijn om een factor te meten op diezelfde factor laden.

Verwacht wordt dat de betrouwbaarheidscoëfficiënten van de subschalen van TVS hoger zijn dan.70.

Bij de interrelaties van TVS is de verwachting middelmatig tot sterk positieve relaties met alle andere subschalen.

Om de convergente en discriminante validiteit te bepalen worden de correlaties onderzocht tussen de totale- en de subschalen van TVS, HADS, MPI-DLV en PIPS.

De verwachting is een middelmatige tot sterk negatieve relatie tussen zowel de subschalen als de totale schaal van TVS met de totale schaal en de subschalen Depressie en Angst van HADS.

De verwachting is een middelmatig tot sterk negatief verband tussen zowel de subschalen als de totale schaal van TVS met de subschaal pijn interferentie van MPI-DLV.

De verwachting is een middelmatige tot sterk negatieve relatie tussen zowel de subschalen als de totale schaal van TVS met de totale schaal en de subschalen Cognitive difusie en Avoidance van PIPS.

2 Methode

2.1 Participanten

In totaal hebben 238 deelnemers de vragenlijst ingevuld, waarvan 82% vrouw en 18% man. De jongste deelnemer was 20 en de oudste 84 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 53 jaar. In totaal heeft 99.2% aangegeven geen lees- of leermoeilijkheden te hebben in de Nederlandse taal. Voor overige demografische achtergrond gegevens van de participanten, zie tabel Een a, Een b, Een c en Een d. Belangrijk te vermelden is dat alle items van de vragenlijsten werden ingevuld, er waren geen missende waarden.

Tabel 1a: Demografische gegevens: Land van herkomst, leefsituatie en aantal kinderen (N=238)

| Land van herkomst | | |
|--------------------------|---|-------|
| | Nederland | 96.6% |
| | Anders | 3.4% |
| Leef situatie | | |
| | Alleenstaand | 20.6% |
| | Gehuwd/samenwonend/geregistreerd partnerschap | 74.4% |
| | LAT-relatie | 2.5% |
| | Anders | 2.5% |
| Aantal kinderen* | | |
| | Geen kinderen | 29.4% |
| | Een kind | 12.2% |
| | Twee kinderen | 42.4% |
| | Drie kinderen | 11.8% |
| | Vier of meer kinderen | 3.8% |

* (N=237)

Tabel 1b: Demografische gegevens: uitkering, opleiding (N=238)

| Uitkering | |
|---|-------|
| Ziekte wet | 9.3% |
| WAO/WIA-VA/zelfstandige | 28.6% |
| AOW/ WAJONG regeling | |
| WW-uitkering | 1.2% |
| Geen uitkering | 45.4% |
| Anders | 15.5% |
| | |
| Hoogst afgeronde opleiding | |
| Basisschool/ lager beroepsonderwijs | 5.5% |
| Middelbaar algemeen voortgezet/ beroepsonderwijs | 39.1% |
| Hoger algemeen/beroepsonderwijs | 44.1% |
| Wetenschappelijk onderwijs | 11.3% |

Tabel 1c: Demografische gegevens: voornaamste klachten, duur van de klachten (N=238)

| Voornaamste klachten | |
|------------------------------|-------|
| Pijn in hoofd | 8.0% |
| Pijn in bovenlichaam | 37.4% |
| Pijn in onderlichaam | 24.8% |
| Vermoeidheid | 6.7% |
| Anders | 23.1% |
| | |
| Duur van de klachten | |
| 3 maanden tot 1 jaar geleden | 6.7% |
| 1 tot 5 jaar geleden | 30.3% |
| Meer dan 5 jaar geleden | 63.0% |

Tabel 1d: Demografische gegevens: belemmering dagelijks leven, aantal dagen pijn (N=238)

| Belemmering dagelijks leven | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------|
| | 0 Helemaal geen belemmering | 0.0% |
| | 1 | 1.7% |
| | 2 | 3.8% |
| | 3 | 14.7% |
| | 4 | 26.5% |
| | 5 | 29.8% |
| | 6 Heel veel belemmering | 23.5% |
| Aantal dagen pijn | | |
| | 7 dagen van de week | 92.9% |
| | 6 dagen of minder | 7.1% |

2.2 Procedure

De steekproef chronische pijnpatiënten is geworven via advertenties in landelijke dagbladen en websites van patiënten verenigingen. Op vrijwillige basis hebben ze deelgenomen aan een onderzoek waarin de effecten van twee online cursussen over Mindfulness en Expressief schrijven werd onderzocht.

Geïnccludeerd werden patiënten boven de 18 jaar, die Informed consent hadden ondertekend en bereid waren om gedurende 9 weken intensief (gemiddeld 3 uur per week) mee te doen met de cursus. Eén van de criteria was beheersing van de Nederlandse taal (schrijven en begrijpend lezen). Daarnaast was toegang tot het internet een van de vereisten. De patiënten die ernstige psychiatrische problemen vertoonden werden uitgesloten.

De gegevens voor dit onderzoek zijn verzameld vóór deelname aan de cursussen.

2.3 Meetinstrumenten

2.3.1 Twente Values Scale (TVS)

De TVS is ontwikkeld aan de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie aan de Universiteit Twente vanuit het kader van ACT en meet 'waarden-gericht leven'. Dit nieuwe meetinstrument bevat in totaal 26 items en kent drie veronderstelde subschalen, dit zijn

bewustzijn van waarden (negen items), evaluatie leven (acht items) en commitment/committed action (negen items). Als onderbouwing van TVS dienden onder andere de zingelevingsvragenlijsten de Life Regard Index (Debats, Lubbe van der & Wezeman, 1993) en de Meaningful Life Measure (Morgan & Farsides, 2009). Daarnaast diende de vragenlijst de Valued Living Questionnaire (Wilson, Sandoz, & Kitchens, 2010) als onderbouwing van de subschaal “waarden”. Voorbeeld items van TVS zijn: “Ik weet wat ik met mijn leven wil doen”, “In moeilijke situaties weet ik dicht bij mijn waarden te blijven” en “Ik voel dat ik volledig leef”. Deze vragen gaan over het kennen van dergelijke waarden en leven naar die waarden. Bij het invullen van TVS kan gekozen worden uit vijf antwoordmogelijkheden, waarbij 1) *Helemaal niet mee eens* tot 5) *Helemaal mee eens*.

2.3.2 Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)

HADS meet gevoelens van angst en depressie (Zigmond & Snaith, 1983) en bestaat uit 14 items. De HADS meet met zeven items depressie en zeven items angst. De vragen hebben betrekking op hoe de deelnemer zich de afgelopen week heeft gevoeld. Er zijn vier antwoordmogelijkheden. Bij elke vraag kan men een score behalen tussen 0 en 3 punten, deze worden opgeteld, de te behalen score voor elk factor valt tussen 0 en maximaal 21 punten. Bij beide factoren geeft een score tussen 0 – 7 een normale staat en een score boven de 11 een indicatie/aanwezigheid van een stemming- of angststoornis aan. Score die valt tussen 8 – 10 suggereert slechts voor een mogelijke aanwezigheid van de respectievelijke staat. HADS is ontwikkeld voor ambulante gebruik voor de leeftijdsgroepen 16 - 65 jaar (Zigmond & Snaith, 1983; Snaith, 2003). De psychometrische kwaliteiten zijn goed (Spinhoven et al., 1997). De Cronbachs alpha's in deze steekproef zijn voor de subschalen depressie 0.79, angst 0.73 en voor de totale schaal 0.83.

2.3.3 Multidimensional Pain Inventory – Dutch Language Version (MPI-DLV)

De MPI bestaat uit 61 items, waarvan 52 aangevuld met negen experimentele ongeschaalde items, onderverdeeld in drie delen (Lousberg et al, 1999). Voor dit onderzoek is enkel de subschaal pijninterferentie gebruikt. De MPI-DLV subschaal pijninterferentie (negen items) meet de invloed die pijn heeft op het dagelijks leven van patiënten (Lousberg & Groenman, 1994). De MPI-DLV is een betrouwbaar en valide meetinstrument (Lousberg et al., 1999) en beschikt

eveneens over goede psychometrische kwaliteiten (Lousberg & Groenman, 1994). De Cronbachs alpha in deze steekproef is voor de subschaal pijn interferentie 0.86.

2.3.4 Psychologische inflexibiliteit (PIPS)

PIPS meet de inflexibiliteit van een chronische pijnpatiënt. De PIPS meet de factoren die samenhangen met de psychologische inflexibiliteit. De PIPS bestaat uit in totaal 12 items en twee subschalen: vermijding (acht items) en cognitieve fusie (vier items). De PIPS wordt gescoord door middel van een 7-punten Likert-schaal van 'nooit waar' tot 'altijd waar'. Een hoge score op deze schaal geeft een indicatie voor een groter psychologische inflexibiliteit. De PIPS is een valide en betrouwbaar meetinstrument (Wicksell et al, 2010). De Cronbachs alpha's in deze steekproef zijn voor de subschalen vermijding 0.90, cognitieve fusie 0.64 en totale schaal 0.86.

2.4 Statistische analyses

Alle gegevens werden geanalyseerd met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versie 18.0.

Om de psychometrische kwaliteiten van de TVS te bepalen werden de factorstructuur, interne consistentie en de interrelaties van de TVS onderzocht.

Om de factorstructuur van de TVS te onderzoeken werd een Exploratieve Factor Analyse uitgevoerd met de Maximum Likelihood methode. Factor analyses worden om drie redenen gedaan. Namelijk (1) om de structuur van een aantal variabelen te begrijpen, (2) een vragenlijst te construeren om de onderliggende variabelen te meten en (3) om de data te verkleinen tot een (beter) beheersbare maat met behoud van zoveel mogelijk originele gegevens (Costello & Osborne, 2005; Fabrigar, Wegener, MacCallum & Strahan, 1999; Fields, 2009).

Bij de EFA is gekozen voor de methode Maximum likelihood (ML), ML is een manier van schatten die de meest waarschijnlijke kans maximaliseert (Fabrigar et al., 1999). Door het toepassen van een rotatie wordt de manier waarop componenten worden samengesteld, door de variaties van de verschillende factoren, gelijkwaardiger over de componenten verspreid. Dit betekent dat de meeste variabelen een hoge factorlading zullen hebben op de meest belangrijkste factor en een lage factorlading op de alle andere factoren. Dit zorgt er voor dat er duidelijkheid wordt verkregen over welke variabelen gerelateerd zijn aan welke factor (Costello & Osborne,

2005; Fabrigar et al., 1999; Fields, 2009). De rotatie werd gebruikt om onderscheid te maken tussen de factoren. Bij deze analyse werd gebruikt gemaakt van de Promax (oblieke) rotatie. De Promax rotatie staat toe dat factoren onderling correleren en wordt tevens aangeraden te gebruiken wanneer de factoren onderling $>.15$ correleren (Costello & Osborne, 2005; Fabrigar, Wegener, MacCallum & Strahan, 1999; Fields, 2009). Als criterium voor een voldoende hoge factorlading werd (standaard) $>.40$ gehanteerd. Alvorens het toepassen van factoranalyse zijn enkele items van de TVS eruit gehaald op basis van de frequenties en scheefheid. Dit betreft de items (3, 5, 8, 17, 18, 23 en 24) waarop meer dan 45% van de respondenten 'mee eens' hebben geantwoord.

Om de betrouwbaarheid van de TVS en de subschalen te toetsen werd een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd met behulp van Cronbach's alpha. Hiervoor werd Cronbach's alpha van minimaal $.70$ als betrouwbaar beschouwd.

Om de validiteit van de TVS te meten werd de begripsvaliditeit (=de theoretische inbedding van een begrip) onderzocht. Twee belangrijke onderdelen van begripsvaliditeit zijn convergente- en discriminatievaliditeit. Convergeren in de zin van 'verschillende instrumenten die een zelfde begrip meten, moeten hetzelfde opleveren'. Discrimineren in de zin van 'een instrument moet het begrip dat het pretendeert te meten ook onderscheiden van andere begrippen'. Deze laatste stap wordt gedaan aan de hand van het berekenen van de correlaties. Pearson correlaties $r <.30$ worden als zwak beschouwd, correlaties $r >.30$ en $r <.50$ worden als middelmatig beschouwd en correlaties $r >.50$ worden als sterk beschouwd.

3 Resultaten

3.1 Gemiddelde scores op de vragenlijsten

In de onderstaande tabel zijn scores van gemiddelde en standaard afwijkingen per subschalen en totale schaal weergegeven.

Tabel 2: gemiddelde scores en standaard afwijkingen op de vragenlijst en subschalen (N=238)

| Vragenlijsten | Concepten | Gemiddelde | Standaard Deviatie | Minimum | Maximum |
|----------------|-------------------|------------|-----------------------|---------|---------|
| HADS | | | | | |
| | Depressie | 6.25 | 3.42 | 0 | 19 |
| | Angst | 7.20 | 3.24 | 0 | 15 |
| | Totaal | 13.45 | 5.79 | 2 | 27 |
| MPI-DLV | | | | | |
| | Pijninterferentie | 32.57 | 9.81 | 5 | 54 |
| PIPS | | | | | |
| | Cognitieve fusie | 21.80 | 3.96 | 9 | 28 |
| | Vermijding | 33.06 | 9.62 | 8 | 55 |
| | Totaal | 54.86 | 11.51 | 29 | 80 |

De subschaal Angst valt met een gemiddelde score van 7.20 tussen 8-10 welke slechts een mogelijk aanwezigheid van respectievelijke staat suggereert. Bij zowel de subschalen als bij HADS zijn de standaard deviaties groot verspreid.

Pijn interferentie suggereert met een gemiddelde score van 32.57 (SD 9.81) de invloed die pijn heeft op het dagelijkse leven van de patiënten.

De chronische pijnpatiënten scoren op de subschaal Cognitieve fusie van het meetinstrument PIPS gemiddeld 21.80 van het maximum 28. Een hoge score geeft een groter psychologische inflexibiliteit weer.

3.2 Factor structuur

De verwachting was dat de structuur overeen zou komen met de drie (veronderstelde) subschalen van TVS. daarbij was het de bedoeling de items die bedoeld waren om een factor te meten op diezelfde factor te laden. Aan de hand van de uitgevoerde Exploratieve Factor Analyse (EFA) met Maximum Likelihood (ML) methode is een twee-factorstructuur naar voren gekomen (zie tabel drie). De items van de (veronderstelde) subschalen *Evaluatief leven* en *Commitment/committed action* verenigden na de Promax rotatie samen tot één factor, hierna te noemen Gemotiveerd evaluerend leven. De items van de subschaal *Bewustzijn van waarden* bleven na de rotatie nog samen op een zelfde factor laden. De twee factoren verklaarden 39.7% van de totale variantie van de TVS.

Tabel 3: Exploratieve Factor Analyse met Maximum likelihood op de items van TVS (N=238)

| Items | Componenten | |
|---|-------------|-----|
| | 1 | 2 |
| Gemotiveerd evaluerend leven | | |
| (4) Ik voel dat ik volledig leef | .65 | |
| (9) Ik ben tevreden over hoe ik mijn leven leid | .84 | |
| (10) Ik kom toe aan dingen die belangrijk voor me zijn | .71 | |
| (11) Ik leef, zoals ik altijd zou willen leven | .83 | |
| (12) Er is niets dat mij tegenhoudt om te doen wat ik echt belangrijk vind | .56 | |
| (15) Ik vind dat mijn gedrag past bij mijn persoonlijke behoeften en verlangens | .52 | |
| (16) Ik heb werkelijk waardering voor mijn leven | .49 | |
| (20) Ik vind dat ik op dit moment voluit leef | .83 | |
| (21) Ik heb het gevoel dat ik dingen onderneem die er toe doen | .45 | |
| Bewustzijn van waarden | | |
| (1) Ik heb het gevoel dat ik belangrijke waarden heb gevonden om naar te leven | | .55 |
| (2) Ik weet wat ik met mijn leven wil doen | | .77 |
| (6) Ik weet hoe ik mijn leven wil leiden | | .85 |
| (7) Ik vind dat mijn gedrag echt mijn waarden weerspiegelt | | .43 |
| (14) Ik weet wat mij inspireert in het leven | | .74 |
| (19) Ik heb een duidelijk idee van wat ik met mijn leven zou willen doen | | .83 |

3.3 Betrouwbaarheid analyse en interrelaties tussen de TVS schalen

In de onderstaande tabel zijn de correlaties tussen de subschalen van de TVS en de Cronbach's alpha coëfficiënten vermeld, zie tabel vier. Alle interne betrouwbaarheidsschattingen van de TVS subschalen waren boven de .70. De Cronbach's Alpha voor de subschalen Gemotiveerd evaluerend leven en Bewustzijn van waarden was respectievelijk .89 en .86. De Cronbach's Alpha voor de totale schaal was zeer goed (.91).

De subschalen correleren sterk met de totale schaal van TVS. De correlaties tussen de subschalen Gemotiveerd evaluerend leven en Bewustzijn van waarden correleren onderling en met de totale TVS sterk. De correlaties zijn significant, zie tabel vier.

Tabel 4: Correlaties tussen de TVS en de Cronbach's alpha van de TVS

| | Gemotiveerd evaluerend leven | Bewustzijn van waarden | TVS Totaal | Cronbach's alpha (α .) |
|------------------------------|------------------------------|------------------------|------------|--------------------------------|
| Gemotiveerd evaluerend leven | - | .57** | .93** | .89 |
| Bewustzijn van waarden | | - | .83** | .86 |
| TVS totaal | | | - | .91 |

** $p < 0.01$ (tweezijdig)

3.4 Convergente en discriminante validiteit

De subschalen van TVS correleren middelmatig negatief met de totaalschaal van HADS, zie tabel vijf. De totale TVS correleert middelmatig negatief ($r = -.44$, $p < 0.01$) met de totaalschaal HADS. Al deze verschillen zijn significant ($p < 0.01$), zie tabel vijf.

De subschaal pijninterferentie van MDI-DLV correleert zwak negatief ($r = -.12$, $p < 0.01$) met de subschaal Bewustzijn van waarden, en middelmatig met Gemotiveerd evaluerend leven ($r = -.44$, $p < 0.01$), en op de totale schaal correleert de subschaal pijninterferentie met $r = -.35$ ($p < 0.01$) dat als middelmatig negatieve relatie wordt beschouwd. Behalve de correlatie tussen de subschalen Pijn interferentie en Bewustzijn van waarden onderling, zijn de verschillen significant, zie tabel vijf.

De subschaal Cognitieve fusie correleert zwak negatief met de subschaal Gemotiveerd evaluerend leven ($r = -.02$, $p < 0.01$) en Bewustzijn van waarden ($r = -.19$, $p < 0.01$). De subschaal Avoidance van PIPS correleert zwak negatief met de subschaal Bewustzijn van waarden en middelmatig negatief met Gemotiveerd evaluerend leven. Met de totaalschaal van TVS correleert de totale PIPS middelmatig negatief ($r = -.44$, $p < 0.01$). Behalve de correlaties met de subschaal Cognitieve fusie zijn de overige correlaties van PIPS met TVS significant ($p < 0.01$), zie tabel vijf.

Tabel 5: Correlaties tussen de schalen van de TVS, HADS, MPI-DLV en de PIPS

| | | Gemotiveerd evaluerend leven | Bewustzijn van waarden | TVS totaal |
|---------|-------------------|---------------------------------|---------------------------|------------|
| HADS | | | | |
| | Totaal | -.42** | -.35** | -.44** |
| | Angst | -.27** | -.23** | -.29** |
| | Depressie | -.46** | -.37** | -.48** |
| MPI-DLV | | | | |
| | Pijninterferentie | -.44** | -.12 | -.35** |
| PIPS | | | | |
| | Totaal | -.40** | -.20** | -.36** |
| | Cognitieve fusie | -.02 | .11 | .04 |
| | Vermijding | -.47** | -.28** | -.44** |

** $p < 0.01$ (tweezijdig)

4 Discussie

De psychometrische kwaliteiten van de TVS blijken redelijk tot goed.

De veronderstelde factorstructuur wordt gerepliceerd waarbij de eerder veronderstelde factoren ‘Evaluatie leven’ en ‘Commitment/ committed action’ samen laden op eenzelfde factor, en de items van de veronderstelde factor ‘Bewustzijn’ op eenzelfde factor blijven laden.

Daarnaast zijn de interne consistentie en de interrelaties van de item van de totale schaal als van de subschalen van TVS goed.

Wat betreft validiteit worden door middel van correlatievergelijkingen van TVS met andere meetinstrumenten bijna alle hypothesen bevestigd. De bevindingen komen sterk overeen met de verwachtingen. *Depressie* en *angst* hebben een negatieve samenhang vertoond met waarden-gericht leven. Dit betekent hoe hoger er gescoord wordt op *depressie* en *angst* des te lager er gescoord wordt op waarden-gericht leven. *Pijninterferentie* heeft eveneens, zoals verwacht, een negatieve samenhang vertoond met het concept waarden-gericht leven. Deze relatie is niet significant bij de subschaal *Bewustzijn van waarden*. *Vermijding* heeft zoals verwacht een negatieve samenhang vertoond met het concept waarden-gericht leven. *Cognitieve fusie* heeft weliswaar een negatieve samenhang vertoond met het concept waarden-gericht leven, dit verband is echter niet significant.

Met betrekking tot de correlatievergelijkingen van TVS met andere meetinstrumenten die o.a. depressie, angst en psychologische inflexibiliteit meten, is een overeenkomst gevonden met de literatuur. Zo blijken mensen met chronische pijn te kampen met o.a. belemmeringen en ernstige gevolgen op zowel persoonlijk als op sociaal vlak, het achteruit gaan van de kwaliteit van het leven (Morrison & Bennet, 2011; Miller & Cano, 2009), depressie (Breivik et al., 2006), angst, onzekerheid, waanhoop, sociaal isolement (de Bruijn-Kofman, 2004), psychologische inflexibiliteit en niet waarden-gericht leven (McCracken & Yang, 2006). De negatieve samenhang van de TVS met andere meetinstrumenten pleit voor de validiteit van de TVS. Dit betekent dat TVS inderdaad een meetinstrument is dat ‘waarden-gericht leven’ meet.

Nu de resultaten bekend zijn, blijkt de TVS waarden-gericht leven te meten op basis van items die geclusterd zijn in subschalen. De TVS onderscheidt zich voornamelijk van de CPVI en de VLQ door zijn kwantitatieve aard.

Het verschil tussen de TVS en CPVI&VLQ is dat de CPVI en de VLQ voornamelijk uitgaan van levensdomeinen, waarbij patiënten moeten aangeven welke waarde ze aan een bepaald aantal levensdomeinen hechten en hoe consistent ze naar die waarden leefden omtrent een bepaalde tijd. De TVS daarentegen bestaat uit een vragenlijst met subschalen waarbij de items noch gerelateerd zijn aan levensdomeinen noch gaan over een bepaalde tijd, maar betrekking hebben op het moment van *nu*. Bovendien beginnen de meeste items van de TVS met “Ik”, voorbeelden van items zijn: “Ik weet wat ik met mijn leven wil doen.” en “Ik ben tevreden over hoe ik mijn leven leid.” (zie bijlage, B).

De levensdomeinen, waar de CPVI van uitgaat, zijn mogelijk niet voor iedere patiënt van belang en van toepassing. Dit kan er toe leiden dat de resultaten worden beïnvloed. *Bijvoorbeeld: ‘wanneer een patiënt bij een levensdomein het cijfer “0” toekent, omdat het voor hem/haar niet van belang en of van toepassing is, wordt er bij het desbetreffende domein géén score behaald, maar wordt dat domein wel meegeteld bij de totale score. Tevens kan het zijn dat een patiënt bij een bepaald levensdomein aangeeft dat desbetreffend domein niet van belang is, maar vervolgens bij het tweede gedeelte van de afname aangeeft wel consistent naar die waarde te leven, ook hierdoor worden de scores beïnvloed.* Zondermeer kan zo’n meetinstrument lastig zijn bij het gebruik voor een grote groep, omdat het geen resistentie biedt.

Naast dat de CPVI uitgaat van levensdomeinen, is het meer evaluatief van aard. Er wordt namelijk gekeken in hoeverre een patiënt bepaalde domeinen belangrijk acht en in hoeverre hij/zij daarin succesvol is. Dit laatste maakt CPVI meer een voor klinisch bruikbaar meetinstrument, dan voor empirisch.

Ondanks dat de VLQ wel rekening houdt met het feit dat bepaalde levensdomeinen niet van toepassing zijn voor patiënten, kan dit er alsnog toe leiden dat de resultaten worden beïnvloed. Bij gevolg kan een meetinstrument gebaseerd op levensdomeinen lastig zijn bij het gebruik voor grote populaties.

De meetinstrumenten CPVI en VLQ zijn niet geschikt voor empirisch gebruik doordat ze in eerste instantie kwalitatief van aard zijn en in tweede instantie opgedeeld zijn in domeinen. Deze

beide aspecten zorgen ervoor dat de resultaten zeer waarschijnlijk worden beïnvloed en dat de afname bij grote populaties erg lastig wordt. Bovendien is de VLQ primair als een klinisch meetinstrument ontwikkeld.

De TVS is echter een meetinstrument dat meer gericht is op de patiënt zelf en niet op vaste levensdomeinen in het leven. Hierdoor zijn de resultaten robuust. Tevens is de afname van de TVS door zijn kwantitatieve aard gemakkelijk te gebruiken voor grote populaties om het waarden-gericht leven te meten. Dit laatste maakt de TVS een adequaat meetinstrument voor empirisch gebruik.

4.1 Aanbeveling

Het is belangrijk dat de TVS nog verder wordt onderzocht. Zo is er bijvoorbeeld nog niets bekend over de lange termijn effecten van dit meetinstrument. Daarnaast wordt test-hertest betrouwbaarheid aanbevolen om mogelijk op tijdmeting gebaseerde resultaten te voorkomen. Verder wordt aanbevolen om de TVS naast de populatie 'chronische pijnpatiënten' ook te valideren bij andere populaties. Overigens wordt aanbevolen om te onderzoeken of de TVS ook per subschaal kan worden afgenomen bij patiënten, en wat de subschalen pogen te meten.

Gezien de redelijk tot goede psychometrische kwaliteiten van de TVS kan dit meetinstrument worden afgenomen bij de chronische pijn patiënten om in kaart te brengen in hoeverre deze patiënten waarden-gericht leven. Aan de hand hiervan kan zondermeer ook de ontwikkeling van de patiënt met betrekking tot waarden-gericht leven worden geëvalueerd. Daarnaast kan de TVS gebruikt worden als een indicatie steller voor in hoeverre iemand waarden-gericht leeft, door middel van het hanteren van een afkappunt. Overigens kan de TVS worden afgenomen om de effectiviteit van een bepaalde behandeling te meten door voor, tijdens en na een bepaalde behandeling de TVS af te nemen. Bovendien zou het ook gebruikt kunnen worden om de effectiviteit te beoordelen tussen verschillende soorten behandelingen die worden toegepast bij een bepaalde populatie.

4.2 Conclusie

Bijna alle hypothesen van deze thesis zijn overeengekomen met de verwachtingen. De items van de TVS zijn geschikt om 'waarden-gericht leven' te meten en de TVS is een valide meetinstrument met redelijk tot goede psychometrische kwaliteiten.

Literatuur

- A-Tsjak, J. (2010). Acceptance and Commitment Therapy: Een nieuwe vorm van cognitieve gedragstherapie. *GZ-Psychologie 1*, 10-13.
- A-Tsjak, J. & de Groot, F. (2008). *Acceptance & Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bohlmeijer, E., & Hulsbergen, M. (2009). *Voluit Leven*. Amsterdam: Boom.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, (10), 287-333.
- Bruijn-Kofman, de, A. (2004). *Leven met chronische pijn*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Costello, A.B. & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Debats, D. L., van der Lubbe, P. & Wezeman, F.R.A. (1993). On the psychometric properties of the Live Regards Index (LRI): A measure of meaningful life. *Personality and Individual Differences*, 14, 337-345.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Psychological Research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299.
- Feather, N.T. (1995). Values, valences, and choice: The influence of values on the perceived attractiveness and choice of alternatives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(86), 1135-1151.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE Publications Ltd.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, relational frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavioral Therapy*, (35), 639-665.

- Hayes, S. C. & Smith, S. (2009). *Uit je hoofd in het leven*. Een werkboek voor een Waardevol leven met Mindfulness en Acceptatie en Commitment Therapie. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2006). *ACT een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Kalat, W. J. (2007). *Biological Psychology*. USA:Thomson Wadsworth.
- Lousberg, R. & Groenman, N.H. (1994). *Multidimensionele pijnvragenlijst- Dutch language version*. Handleiding. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Lousberg, R., Van Breukelen, G.J.P., Groenman, N.H., Schmidt, A.J.M., Arntz, A., & Winter, F.A.M. (1999). Psychometric properties of the multidimensional pain inventory, dutch language version (MPI-DLV). *Behaviour Research and Therapy*, 37, 167-182.
- Luoma, J.B., Hayes, S.C., & Walser, R.D. (2008). *Leer ACT! Vaardigheden voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- McCracken, L.M. & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, (118), 164-169.
- McCracken, L.M. & Yang, S.Y. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain. *Pain*, (123), 137-145.
- Miller, L.R. & Cano, A. (2009). Comorbid Chronic Pain and Depression: Who Is at Risk? *The Journal of Pain*, 10(juni), 619-617.
- Morgan, J. % Farsides, T. (2009). Measuring Meaning in Life. *Journal of Happiness Studies*, 10(2), 197-214.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2011). *Gezondheids psychologie*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Snaith, R.P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, (1:29), page numbers not for citation purpose.

- Spinhoven, Ph., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.J.M., Speckens, A.E.M & Van Hemert, A.M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Torelli, C.J. & Kaikati, A.M. (2009). Values as Predictors of Judgments and Behaviors: The Role of Abstract and Concrete Mindsets. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(96), 231-247.
- Vandereyken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G (2004). *Handboek Psychopathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M.G. & Bohlmeijer, E.T. (2001). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, (152), 533-542.
- Vowles, K.E. & McCracken, L.M. (2008). Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (76), 397-407.
- Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Solomon, B.C., Lehman, D.H., Liu, L., Lang, A.J. & Atkinson, J.H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, (152), 2098-2107.
- Wicksell, R.K., Lekander, M., Sorjonen, K. & Olsson, G.L. (2010). The Psychological Inflexibility in pain Scale (PIPS) –statistical properties and model fit of an instrument to assess change processes in pain related disability. *European Journal of Pain*, xx, xxx-xxx.
- Wilson, K.G., Sandoz, E.K., & Kitchens, J. (2010). The Valued Living Questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The psychological Record*(60), 249-272.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Bijlage

A: de TVS vóór de factorstructuur

Twente Values Scale

De volgende vragen gaan over 'waarden-gericht leven'. Waarden zijn de keuzes die we maken over hoe we ons leven willen leiden. Dit betekent dat jij bepaalt wat jij belangrijk vindt in je leven, wat voor jou het leven de moeite waard maakt en wat jou inspireert. De vraag die je hierbij stelt is: wat wil ik van het leven? Wat vind ik belangrijk en wat voor een persoon wil ik zijn? Deze vragenlijst gaat over het kennen van dergelijke waarden en leven naar die waarden.

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
|--|---------------------------|---------------|----------|----------|----------------------|
| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
| 1. Ik heb het gevoel dat ik belangrijke waarden heb gevonden om naar te leven. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Ik weet wat ik met mijn leven wil doen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. In moeilijke situaties weet ik dicht bij mijn waarden te blijven. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ik voel dat ik volledig leef. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Ik heb waarden die mijn leven meer betekenis geven. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Ik weet hoe ik mijn leven wil leiden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ik vind dat mijn gedrag echt mijn waarden weerspiegelt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Ik weet wat voor mij het leven de moeite waard maakt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Ik ben tevreden over hoe ik mijn leven leid. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Ik kom toe aan dingen die belangrijk voor me zijn. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Ik leef, zoals ik altijd zou willen leven. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 12. Er is niets dat mij tegenhoudt om te doen wat ik echt belangrijk vind. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Mijn leven is betekenisvol. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Ik weet wat mij inspireert in het leven. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Ik vind dat mijn gedrag past bij mijn persoonlijke behoeften en verlangens. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Ik heb werkelijk waardering voor mijn leven. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Ik begrijp heel goed waarom ik de dingen doe zoals ik doe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ondanks belemmeringen streef ik toch na wat ik echt belangrijk vind. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Ik heb een duidelijk idee van wat ik met mijn leven zou willen doen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Ik vind dat ik op dit moment voluit leef. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ik heb het gevoel dat ik dingen onderneem die er toe doen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Mijn leven is de moeite waard. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Ik weet wat ik wil van het leven. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Ik maak keuzes op basis van mijn waarden, ook wanneer dat spanning geeft. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Ik haal veel voldoening uit mijn leven. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Mijn emoties weerhouden mij niet om te doen wat ik belangrijk vind. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Clustering van de items over veronderstelde concepten

Bewustzijn waarden: 1, 2, 5, 6, 8, 14, 17, 19, 23

Evaluatie leven: 4, 9, 11, 13, 16, 20, 22, 25

Commitment/committed action: 3, 7, 10, 12, 15, 18, 21, 24, 26

B: de TVS na de factorstructuur

Twente Values Scale

De volgende vragen¹ gaan over 'waarden-gericht leven'. Waarden zijn de keuzes die we maken over hoe we ons leven willen leiden. Dit betekent dat jij bepaalt wat jij belangrijk vindt in je leven, wat voor jou het leven de moeite waard maakt en wat jou inspireert. De vraag die je hierbij stelt is: wat wil ik van het leven? Wat vind ik belangrijk en wat voor een persoon wil ik zijn? Deze vragenlijst gaat over het kennen van dergelijke waarden en leven naar die waarden.

| | 1. Helemaal niet mee eens | 2. Niet mee eens | 3. Neutraal | 4. Mee eens | 5. Helemaal mee eens |
|---|---------------------------------|---------------------|----------------|----------------|----------------------------|
| 1) Ik heb het gevoel dat ik belangrijke waarden heb gevonden om naar te leven. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2) Ik weet wat ik met mijn leven wil doen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4) Ik voel dat ik volledig leef. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) Ik weet hoe ik mijn leven wil leiden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) Ik vind dat mijn gedrag echt mijn waarden weerspiegelt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) Ik ben tevreden over hoe ik mijn leven leid. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) Ik kom toe aan dingen die belangrijk voor me zijn. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11) Ik leef, zoals ik altijd zou willen leven. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12) Er is niets dat mij tegenhoudt om te doen wat ik echt belangrijk vind. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) Ik weet wat mij inspireert in het leven. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15) Ik vind dat mijn gedrag past bij mijn persoonlijke behoeften en verlangens. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¹ De items zijn met behoud van originele itemnummers van vóór het toepassen van de factorstructuur

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 16) Ik heb werkelijk waardering voor mijn leven. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19) Ik heb een duidelijk idee van wat ik met mijn leven zou willen doen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20) Ik vind dat ik op dit moment voluit leef. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21) Ik heb het gevoel dat ik dingen onderneem die er toe doen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Clustering van de items over de concepten

Bewustzijn van waarden: 1, 2, 6, 7, 14, 19

Gemotiveerd evaluerend leven: 4, 9, 10, 11, 12, 15, 20, 21