

Bachelorthese:

Onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de Resilience Scale- Nederlandse Versie bij mensen met een lage sociaaleconomische status en verschillende etnische achtergronden.

Sammy Turan

s1138383

Bachelorthese

Juni 2013



Universiteit Twente

Faculteit Gedragwetenschappen

Afdeling Gezondheidspsychologie

Begeleiding:

D.R. M.E. Pieterse

M. Schotanus-Dijkstra

Dankwoord

Al aan het begin van mijn studie lag mijn interesse in de Geestelijke Gezondheidsbevordering. Ik ben dan ook doelgericht op zoek gegaan naar een onderwerp voor mijn bachelorthese dat hierbij aansloot. Hoewel de gekozen richting in het kader van de Gezondheidspsychologie lag, sloot het onderwerp zeer nauw aan bij mijn interesses. Veerkracht, leefstijl en welbevinden vind ik interessante en voor mij relevante begrippen. Ook ik verdiep mij hier dagelijks in.

Het begin van het onderzoek was voor mij eerst een soort doolhof, waarvan ik het einde nog niet in zicht had. Na een tijdje hierdoor heen te hebben gewandeld, werd steeds duidelijker waar ik uiteindelijk zou belanden. Ook begon mijn kennis zich steeds meer te ontwikkelen en begreep ik beter waar ‘veerkracht’ over ging en wat het eigenlijk betekent.

Samen met mijn begeleiders Marcel Pieterse en Marijke Schotanus-Dijkstra heb ik een duidelijk afgebakend en doelgericht onderzoek kunnen formuleren. Ik wil mijn dank aan hen betuigen, aangezien zij wel door hadden dat ik enigszins aan het verdwalen was. Zij hebben mij altijd goed te woord gestaan en geholpen daar waar nodig. Verder heb ik geleerd wat onderzoek nu eigenlijk inhoud en wat belangrijk is voor een goede uitvoering hiervan.

Ook mijn lieve gezin wil ik bedanken. Zij hebben mij alle dagen gesteund en waren er voor me wanneer ik het moeilijk had.

Sammy Turan

Juni 2013

Onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de Resilience-Scale Nederlandse Versie bij mensen met een lage sociaaleconomische status en verschillende etnische achtergronden.

Sammy Turan

Begeleiding:

D.R. M.E. Pieterse

M. Schotanus-Dijkstra

Samenvatting

Deze studie is uitgevoerd om te onderzoeken of de Resilience Scale-Nederlandse Versie een betrouwbaar en valide meetinstrument is om veerkracht onder mensen met een lage sociaaleconomische status en verschillende etnische achtergronden te kunnen meten. Veerkracht speelt een belangrijke rol in het ontstaan van de huidige sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland. Middels de interventie ‘Pathmos/Stevensfenne Doen!’ wordt geprobeerd deze verschillen te verkleinen. Het versterken van veerkracht onder de deelnemers is hierbij een belangrijk thema. Tijdens het project vullen deelnemers de Resilience Scale-Nederlandse versie in. De vragenlijst bestaat uit 25 items die een totaalscore opleveren. Ook kunnen scores verkregen worden voor twee subdomeinen van de schaal, te weten ‘Persoonlijke Competentie’ en ‘Acceptatie van Zichzelf en het Leven’. Om effecten van veerkracht vast te kunnen stellen, moet dit concept op betrouwbare en valide wijze gemeten worden. De resultaten geven weer dat de schaal over een hoge betrouwbaarheid en validiteit beschikt. Er wordt daarentegen geen tweefactor structuur gevonden, die door eerder onderzoek wel is bevestigd. Het lijkt erop dat de schaal in zijn geheel geschikt is om op betrouwbare en valide wijze veerkracht onder de genoemde onderzoeksgroep te kunnen meten. Echter, om resultaten te kunnen generaliseren naar de doelgroep ‘mensen met een lage sociaal economische status en verschillende etnische achtergronden’ zal uitgebreider onderzoek gedaan moeten worden.

Abstract

Psychometric evaluation of the Dutch Resilience Scale among ethnic minority and low socioeconomic status groups

The main goal of this study was to examine the reliability and validity of the Dutch Resilience Scale among ethnic minority and low socioeconomic status groups.

Resilience is an important contributing factor to current socioeconomic health differences in the Netherlands. The intervention 'Pathmos/Stevensfenne Doen!' tries to close this gap between rich and poor. Therefore, the main focus of the project was enhancing resilience under participants. Before starting the project, participants filled out the Dutch Resilience Scale. The scale consists of a 17-item 'Personal Competence' subscale and an 8-item 'Acceptance of Self and Life' subscale for a total of 25 items. To determine the effects of resilience on health, it has to be measured in a reliable and valid way. The results show that the scale is reliable and valid. However, factor analysis did not show a two-factor model like other studies did. It seems that the scale in its entirety is appropriate to measure resilience among the research group on a reliable and valid way. However, to generalize these results to the target group 'ethnic minority and low socioeconomic status groups' more extensive research is needed.

Inhoudsopgave

Dankwoord.....	2
Samenvatting.....	3
Abstract.....	4
Inleiding.....	6
Methode.....	15
Proefpersonen.....	15
Materialen.....	16
Procedure.....	19
Analyse.....	19
Resultaten.....	21
Discussie.....	29
Literatuurlijst.....	31
Bijlagen.....	36

Inleiding

De gezondheid in Nederland is ongelijk verdeeld. Nog altijd bestaan er grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV). Dit betekent dat mensen met een hoger inkomen, opleiding of beroepsniveau gemiddeld gezonder zijn dan diegene met een lager inkomen, opleiding of beroepsniveau (Machenbach & Stronks, 2004). Verscheidene onderzoeken tonen een positief verband aan tussen sociaaleconomische status en gezondheid (van Kippersluis, O'Donnell, van Doorslaer & van Ourti, 2010). Er is bijvoorbeeld vastgesteld dat bepaalde aandoeningen, zoals (long)kanker, hartproblemen en diabetes vaker voorkomen onder mensen met een lage sociaaleconomische status. Daarnaast leven hoger opgeleide mannen en vrouwen zo'n 7,3 respectievelijk 6,4 jaar langer dan lager opgeleiden. Het verschil in aantal jaren dat in minder goede gezondheid wordt doorgebracht is gemiddeld genomen zelfs 14,3 voor mannen en 25,3 voor vrouwen (Bruggink, 2009). Ook hebben verscheidene onderzoeken een verband gevonden tussen de sociaaleconomische status en de geestelijke gezondheid. Driessen (2011) stelt bijvoorbeeld dat mensen met een lager inkomen over het algemeen vaker last hebben van psychische klachten. Werklozen zijn in 24% van de gevallen geestelijk niet gezond. Werkende mensen zijn op geestelijk vlak het gezondst. In vergelijking met andere groepen, waaronder arbeidsongeschikten, werklozen, huishoudelijk werkers en studenten, kampen zij het minst met psychische klachten (10.4%).

Om dergelijke problemen aan te kunnen pakken, is er vanuit de regering steeds meer aandacht gekomen voor onderzoek naar de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Machenbach & Stronks, 2004). Wetenschappelijke kennis hierover kan immers bijdragen aan de ontwikkeling van interventies, om de gezondheidskloof tussen arm en rijk te verkleinen. Het in kaart brengen van factoren die een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is hierbij van belang.

Er zijn verscheidene onderzoekers die getracht hebben determinanten van de SEGV in Nederland in kaart te brengen. In het onderzoek van Kunst (2007) worden een aantal belangrijke gezondheidsdeterminanten genoemd, waaronder biologische (overgewicht, hoge bloeddruk), psychosociale (stress, coping) en-gedragsfactoren (roken). De genoemde factoren staan niet geheel los van elkaar. Een hoge bloeddruk (biologische factor) wordt naast de genetische aanleg, ook door bijvoorbeeld beweeggedrag bepaald. Verder wordt aangehaald dat mensen die minder te besteden hebben vaker last hebben van psychosociale stress. Onderzoekster Friedli (2009) stelt dat mensen die onderaan de maatschappelijke ladder staan vaak langdurig werkeloos zijn, wat op indirecte wijze een negatieve invloed uitoefent op de gezondheid. Immers, mensen zonder baan blijken vaak minder zelfverzekerd en sociale

contacten blijven beperkt. Samen met de ongelijke verdeling van materiële hulpbronnen kunnen deze factoren leiden tot chronische stress, een belangrijke oorzaak van bijvoorbeeld hartproblemen. Het ontbreken van sociale steun in groepen met een lage sociaaleconomische status, kan dus ook een negatieve invloed uitoefenen op de gezondheid (Dromers, 2002). Een sociaal netwerk leidt immers tot aanname van normen en waarden, ook met betrekking tot een gezonde levensstijl. Zonder (emotionele) steun en voorbeeldgedrag van anderen, is de kans op ongezonde leefgewoonten groter. Bovendien halen Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu (2010) aan, dat mensen die een sociaal netwerk hebben opgebouwd meer zelfvertrouwen hebben in stressvolle situaties en helpt regelmatig sociaal contact bij het handhaven van de geestelijke gezondheid. Feedback krijgen van anderen verhoogt daarbij de motivatie om bijvoorbeeld meer aandacht aan de eigen gezondheid te besteden. Het zelfvertrouwen hangt ook op de volgende manier samen met een ongezonde levensstijl. Kristenson, Eriksen, Sluiter, Starke & Ursin (2004) zeggen dat mensen met een lage sociaaleconomische status laag scoren op 'self-efficacy' (geloof in het eigen kunnen), een term geïntroduceerd door psycholoog Albert Bandura (1994). Mensen met een lage self-efficacy voelen zich niet in staat met moeilijke omstandigheden om te gaan, waardoor zelfvertrouwen en motivatie afnemen. Men beschikt daardoor over minder goede copingstijlen, wat op den duur spanning op kan leveren. Hopeloze gevoelens kunnen daarbij de motivatie om bijvoorbeeld gezonder te gaan leven doen afnemen (Kristenson et al., 2004). Daarnaast stellen de onderzoekers Bishop et al. (2013) dat het gevoel geen controle te hebben over het eigen leven, ook niet bevorderlijk werkt voor de gezondheid van deze groepen.

Ook roken komt in veel hogere mate voor onder mensen met een lage sociaaleconomische status, gemiddeld zo'n 40% tegenover 10% (Kunst, 2007). De verschillen in sterfte tussen rijk en arm zijn dan ook voor een derde deel toe te schrijven aan verschillen in rookgedrag.

Het feit dat mensen met een hogere sociaaleconomische status gezonder gedrag aannemen, kan volgens Cutler, Lleras-Muney & Vogl (2008) ook indirect verklaard worden door de cognitieve vaardigheden. Onderwijs leidt immers tot het beter kunnen verwerken van, in dit geval, informatie met betrekking tot de gezondheid. Hierdoor wordt nieuwe kennis efficiënter toegepast. Mensen die onderaan de maatschappelijke ladder staan hebben over het algemeen weinig scholing gehad. Gevolg is dat deze mensen weinig algemene kennis tot hun beschikking hebben, welke juist van belang is bij de ontwikkeling van efficiënte copingvaardigheden en daarmee bij de gezondheidshandhaving.

Ten slotte wordt de etnische achtergrond besproken, want lage sociaaleconomische status groepen bestaan voor een groot deel uit allochtonen (Poortvliet, Schrijvers & Baan, 2007). Onder Hindoestaanse, Turkse, Marokkaanse en Surinaamse groepen komt diabetes type twee zo'n drie tot zesmaal keer vaker voor dan onder de autochtone bevolking. Onder Hindoestanen komt diabetes het meeste voor, vooral bij personen van zestig jaar en ouder. Poortvliet et al. (2007) zeggen dat dit verklaard kan worden door het feit dat allochtone groepen over het algemeen een minder gezonde leefstijl aannemen. Ze zijn lichamelijk minder actief en kampen vaker met overgewicht.

In dit onderzoek wordt aandacht besteed aan het concept veerkracht, oftewel resilience. Veerkracht draagt ook bij aan gezondheidverschillen tussen sociaal economische klassen (Herrman e.a., 2011). Er wordt gekeken of veerkracht op betrouwbare en valide wijze gemeten kan worden bij mensen met een lage sociaaleconomische status en verschillende culturele achtergronden middels de Resilience Scale-Nederlandse Versie.

Voordat verder in wordt gegaan op de gezondheidsverschillen, zal eerst gekeken worden naar de betekenis van het begrip veerkracht. Een eenduidige definitie van veerkracht is moeilijk vast te stellen. Wetenschappers zien veerkracht vooral als een karakter- of persoonlijkheidskenmerk. Deze visie levert een discussie op waarbij de vraag centraal staat of veerkracht een kenmerk is dat al sterk genetisch bepaald is óf juist een gegeven is dat in de loop van het leven gevormd wordt onder invloed van omgevingsfactoren (Portzky et al., 2009). Toch staat in alle definities één vraag centraal, namelijk 'hoe individuen of gemeenschappen onder moeilijke omstandigheden staande blijven, zonder daar fysieke of mentale gezondheidproblemen aan over te houden' (Herrman e.a., 2011). Dit onderzoek gaat mee in de visie dat veerkracht al sterk intrinsiek aanwezig is, met een belangrijke genetische invloed, maar waarbij de omgeving en dagelijkse levenservaringen ook als relevant worden geacht. Het gevoel dat je positief uit een bedreigende situatie bent gekomen kan bijvoorbeeld beschouwd worden als een positieve leerervaring, wat een versterkend effect heeft op de mate van resilience (Portzky et al., 2009). Dit soort positieve levenslessen versterken immers het vertrouwen in het eigen leervermogen, een belangrijke component van veerkracht (Portzky, 2008). De omgeving (sociale banden, steun) blijkt bovendien als buffer op te treden in stresssituaties (Raman, 2010-2011).

Hier wordt veerkracht gezien als de capaciteit je volledig te kunnen herstellen en aan te passen aan nieuwe omstandigheden, ondanks de evaring van tegenslag (Herrman e.a., 2011). Ondanks de confrontatie met vele uitdagingen, slagen veerkrachtige mensen erin zich aan te passen aan de nieuwe situatie en kunnen ze een nieuw evenwicht vinden. Ook is men in

staat negatieve effecten van stress te modereren. Veerkrachtige mensen blijken in confrontatie met tegenslag zeer moedig en optimistisch te zijn. Problemen worden met zelfvertrouwen benaderd en men richt zich eerder op de positieve dan op de negatieve kanten van het leven. Aansluitend hierop kunnen een aantal componenten van veerkracht in kaart worden gebracht. Personen met een hoge resilience worden bijvoorbeeld gekenmerkt door aanwezigheid van doorzettingsvermogen, probleemoplossende vaardigheden en zelfvertrouwen (Portzky et al., 2009). Het Saint Luke's Health Initiatives (2011) heeft een aantal factoren in kaart gebracht, welke een bijdrage kunnen leveren aan de ontwikkeling of versterking van veerkracht. Deze factoren hebben immers een positieve invloed op componenten van veerkracht. Een voorbeeld van een biologische factor met een beschermend effect op veerkracht is intelligente. Persoonlijkheidskenmerken zijn eveneens van belang: extraverte mensen blijken over het algemeen veerkrachtig te zijn.

Verder hangt de geestelijke gezondheid samen met de mate veerkracht (Gerber e.a., 2012). Een goede geestelijke gezondheid draagt immers bij aan gevoelens van autonomie en het beter met om kunnen gaan met dagelijkse stress. Als men geestelijk in orde is, heeft men de mogelijkheid sociale banden te creëren en deel uit te maken van de maatschappij waarin men leeft. Het onderzoek heeft verder geconcludeerd dat geestelijk gezonde mensen effectievere copingstijlen kunnen hanteren en depressieve symptomen komen bij hen in veel mindere mate voor. De ervaring van minder stress hangt samen met het feit dat geestelijke gezondheid bijdraagt aan het gevoel controle te hebben over de omstandigheden waarin men verkeert. Men voelt zichzelf daarnaast bekwaam problemen op te lossen en moeilijkheden dragen naar hun mening bij aan de persoonlijke ontwikkeling. Geestelijke gezondheid speelt dus een belangrijke rol in het veerkrachtig op kunnen treden wanneer mensen geconfronteerd worden met extreme stress. Wat verder met veerkracht samenhangt is de kwaliteit van leven, zoals Yazdi-Ravandi et al. (2013) hebben bevestigd.

Zoals al eerder is aangehaald, is veerkracht een van de determinanten die de SEGV kan verklaren. Het onderzoek van Friedli (2009) heeft aangetoond dat mensen met een lage sociaaleconomische status over het algemeen minder veerkrachtig zijn dan mensen met een hoge sociaaleconomische status. Dit kan nadelig zijn voor de gezondheid van de minst rijke groepen (Black & Ford-Gilboe, 2004). Deze verschillen kunnen met meerdere dingen samen hangen. Componenten van veerkracht die gerelateerd zijn aan een goede gezondheid zijn op verschillende manieren aan elkaar gerelateerd. Veel van deze componenten zijn al eerder beschreven. Sociale relaties, gelijke kansen te participeren, onderwijs en culturele invloeden zijn bijvoorbeeld belangrijk. Verder blijkt dat deelname aan maatschappelijke initiatieven ook

van belang is. Een ander onderzoek (Saint Luke's Health Initiatives, 2011) stelt dat gevoelens van saamhorigheid versterkt kunnen worden door te participeren aan gezamenlijke (gezondheid)activiteiten. Echter, lage SES groepen beschikken vaak over onvoldoende financiële middelen en informatie om bij deze bijeenkomsten aanwezig te kunnen zijn. Door deze belemmeringen blijft belangrijke (gezondheids)informatie buiten het bereik van deze groepen en wordt men de kans ontnomen zich te 'binden' met de rest van de maatschappij. Ook heeft dit onderzoek een verband gevonden tussen onderwijs en de mate van veerkracht. Ten slotte worden ook culturele invloeden besproken. Groepen met een lage sociaaleconomische status bestaan voor een groot deel uit individuen met verschillende culturele achtergronden. Druk vanuit de cultuur kan invloed uitoefenen op beslissingen die men neemt. Schaamte om te sporten of het volgen van een opleiding en het feit dat er een achterstand in de Nederlandse taal bestaat kunnen aannames van een gezonde levensstijl belemmeren.

Op individueel niveau zijn belangrijke componenten van veerkracht bijvoorbeeld autonomie en coping (Saint Luke's Health Initiatives, 2011). Allereerst blijken mensen met een lage sociaaleconomische status gemiddeld genomen over minder autonome gevoelens te beschikken. Men heeft vaak fysiek een zware baan met beperkte mogelijkheden tot autonomie of zelfbeschikking. Bovendien voelen armere mensen zich minder goed in staat met problemen om te gaan. Deze factoren hebben een belemmerend effect op het vergroten van veerkracht, waardoor de kans bestaat dat ook de gezondheid in het geding komt (Kristenson e.a., 2004).

Bovenstaande informatie beschrijft kort gezegd een verband tussen de SEGV en veerkracht. Mensen met een lage sociaaleconomische status hebben over het algemeen minder mogelijkheden veerkracht te ontwikkelen en daarmee wordt de gezondheidshandhaving bemoeilijkt (Driessens & van Regenmortel, 2006).

Het is belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan het verkleinen van deze gezondheidsverschillen. Middels de interventie 'Pathmos/Stevensfenne Doen!' wordt geprobeerd dit te realiseren. Er wordt immers een grote nadruk gelegd op het versterken van veerkracht onder de deelnemers. Het is een project dat anno 2012 door de gemeente Enschede is opgezet (Gemeente Enschede, 2013). Het voornaamste doel van dit project kan als volgt beschreven worden: 'Het bevorderen van een gezonde leefstijl voor deelnemers van specifieke doelgroepen van 16 jaar en ouder, gecombineerd met scholing en participatie'. Het project is gericht op de twee wijken Pathmos en Stevensfenne in Enschede (Gemeente Enschede, 2013). Hier wonen veel mensen die laag zijn opgeleid, een laag inkomen of

uitkering hebben en vaak geïsoleerd van de Nederlandse samenleving leven. Om deze kwetsbare groepen weer onderdeel uit te laten maken van de maatschappij, wordt getracht de gezondheid en participatie van deze personen te vergroten, waardoor kansen op de arbeidsmarkt vergroot kunnen worden. ‘Scoren met gezondheid’ is het onderdeel dat ingaat op de gezondheidsbevordering. Dit traject wordt binnen twee jaar doorlopen, waarna de personen nog een jaar gevolgd zullen worden (Gemeente Enschede, 2013). Er wordt in een periode van 40 weken gewerkt aan verschillende onderdelen, waarbij het thema ‘gezondheid’ centraal staat. Het beweging en- voedingsprogramma van FC Twente (van het ROC van Twente), zal een bijdrage moeten leveren aan de ontwikkeling van gezondheidsvaardigheden. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het bevorderen van bijvoorbeeld de Nederlandse taal. Na deze veertig weken worden de deelnemers iedere zes weken verwacht op de terugkombijeenkomsten, waar ook een beweegactiviteit centraal staat. Het vergroten van de veerkracht speelt een voorname rol in dit project. Tijdens de bijeenkomsten bestaat bijvoorbeeld de mogelijkheid nieuwe sociale contacten te leggen. Ook zal men met elkaar moeten samenwerken. Er wordt een gezonde maaltijd samengesteld of men doet mee aan verschillende activiteiten (Zumba, Tai Chi), wat gevoelens van saamhorigheid op kan roepen. Tijdens sportactiviteiten krijgen deelnemers daarnaast feedback van coaches. Men wordt aangemoedigd actief mee te sporten. Feedback kan binnen deze context het zelfvertrouwen en motivatie gezonder te gaan leven vergroten. Ook kan men hierdoor leren vol te houden, ondanks dat dit moeilijk kan zijn. Naast gezondheidsvaardigheden (gezond eten, bewegen) worden ook taal en computervaardigheden aangeleerd. Ontwikkeling op deze gebieden kan een versterkend effect hebben op de self-efficacy, omdat deze vaardigheden mensen in staat stellen zelfstandig te kunnen functioneren. Daarnaast is het de bedoeling dat mensen handvatten krijgen waarmee gewerkt kan worden aan de eigen toekomst, zodat het leven weer als waardevol beschouwd wordt. Sollicitatietrainingen kunnen hierbij helpen. Ondanks de moeilijkheden die deze groepen dagelijks ondervinden, zullen ze een gezonde manier moeten vinden om hiermee om te gaan en staande te blijven. Het versterken van de veerkracht zal uiteindelijk moeten bijdragen aan een positieve ontwikkeling van deze kwetsbare burgers (Friedli, 2009).

Om effecten op veerkracht vast te kunnen stellen, moet het concept op een betrouwbare en valide manier gemeten worden. Hier bestaan verscheidene meetinstrumenten voor, waaronder de Resilience Scale en de Brief-Resilience Coping Scale (Ahern, Ermalynn, Kiehl & Byers, 2006). Voor het project ‘Pathmos/Stevensfenne Doen! is de Resilience Scale-Nederlandse versie (RS-NL) gebruikt (Portzky, Wagnild, De Bacquer & Audenaert, 2010).

De Resilience Scale-Nederlandse Versie is een aangepaste versie van de Engelse Resilience Scale van Wagnield en Young (Wagnield & Young, 1993). Deze oorspronkelijke versie is tot stand gekomen middels een kwalitatieve analyse van verschillende levensverhalen. Resilience werd als persoonlijkheidseigenschap beschouwd. Door de narratieven van 24 vrouwen te analyseren, die ondanks een ingrijpende levensgebeurtenis in staat waren zich aan te passen, werden vijf aan elkaar gerelateerde eigenschappen gevonden, behorende bij personen die als 'resilient' beschreven werden. Het gaat daarbij om de volgende 5 componenten: equanimity (extreme reacties op tegenspoed kunnen modereren); perseverance (volharding, ondanks tegenspoed); self-reliance (overtuigd zijn van eigen mogelijkheden); meaningfulness (gevoel hebben dat je ergens voor leeft) en existential aloneness (beseffen dat ieder een uniek levenspad moet begaan). De oorspronkelijke vragenlijst bestaat uit 25 items, bedoelt om deze eigenschappen te reflecteren. De psychometrische kwaliteit van de Engelse versie van de Resilience Scale is goed (Wagnield & Young, 1993). De lijst is voldoende betrouwbaar en valide genoemd, bevestigd door de interne consistentie en de externe constructvaliditeit van de schaal. Cronbach's Alfa nam een waarde van 0.91 aan en de item-totaal correlaties varieerden tussen de 0.37 en 0.75, waarbij alle correlaties significant waren. Verder zijn er significante correlaties gevonden tussen enerzijds de mate van veerkracht en anderzijds de fysieke gezondheid en levenstevredenheid. De externe constructvaliditeit is hierdoor ook bevestigd. Etniciteit is niet als aparte variabele meegenomen.

De Resilience Scale-Nederlandse Versie is de eerste Nederlandstalige gevalideerde en genormeerde vragenlijst om resilience, ofwel mentale veerkracht, te meten (Portzky, Audenaert & De Bacquer, 2009). Veerkracht kan opgevat worden als de capaciteit je volledig te kunnen herstellen en aan te passen aan nieuwe omstandigheden, ondanks de evaring van tegenslag (Herrman, 2011). Met deze schaal kan een totaalscore berekend worden voor de mate van resilience. De test is bedoeld voor adolescenten en volwassenen vanaf 16 jaar en wordt zowel in de klinische praktijk als ook voor onderzoeksdoeleinden toegepast (Portzky, 2008). Ook is de vragenlijst geschikt voor niet-psychiatrische populaties. Psychometrisch onderzoek heeft uitgewezen dat de RS-NL voldoende betrouwbaar is (Portzky et al., 2009). De waarden van de interne consistentie (Cronbach Alpha= 0.85) en de test-hertestcorrelatie (0.90) leveren hier bewijs voor. Ook de validiteit is onderzocht en bevestigd: de schaal biedt inzicht in veerkracht en beschikt over voldoende construct en predictieve validiteit. In tegenstelling tot de oorspronkelijke schaal, is geen sterk bewijs gevonden voor een 5 factorenstructuur. Wel konden twee factoren gevonden worden, te weten 'Persoonlijke Competentie' en 'Acceptatie van Zichzelf en het Leven'. De waarden van

Cronbach's Alpha voor deze schalen zijn achtereenvolgens 0.74 en 0.68. De lagere betrouwbaarheid op 'Acceptatie van zichzelf en het Leven' wordt verklaard door het feit dat uiteindelijk twee vrij verschillende aspecten gemeten worden. Er is een significante invloed van leeftijd op de totale score van de Resilience Scale-Nederlandse Versie. Verder is er een significante invloed van leeftijd en opleidingsniveau op het domein 'Persoonlijke Competentie'. Op het domein 'Acceptatie van Zichzelf en het Leven' bestaat een significante invloed van leeftijd en geslacht. Ten slotte stellen de onderzoekers dat de normgroepen voldoende representatief zijn voor Nederlandse en Vlaamse groepen, waarbij rekening is gehouden met geslacht, leeftijd en opleidingsniveau van deze populaties. 3907 Vlaamse en Nederlandse niet-psychiatrische respondenten hebben de RS-NL ingevuld, waarvan de helft online bevraagd is en de andere helft via de klassieke pen-en-papier methode. De normgroep 'Algemeen, Vlaanderen' bestond uit een aantal specifieke subgroepen. Dit waren onder andere hogeschoolstudenten, online respondenten, personen die naar voordrachten over de werking van het geheugen kwamen en personeel van een psychiatrisch centrum te Gent. Ook was er een aparte groep 'sporters'. De normgroep 'Algemeen, Nederlands' bestond uit de specifieke subgroepen online respondenten en pen-en-papier respondenten. Men vulde de vragenlijsten anoniem in, waarbij werd gevraagd naar geslacht, leeftijd, opleiding, woonplaats en actuele medicatie. De gemiddelde scores van de totale Resilience Scale-Nederlandse Versie en de domeinen 'Persoonlijke Competentie' en 'Acceptatie van Zichzelf en het Leven' zijn achtereenvolgens 82.2, 56.5 en 25.8. Voor een optimale representativiteit van de normtabellen is rekening gehouden met de verhouding Nederland/Vlaanderen. Ook zijn geslachtsverhoudingen en opleidingsniveaus (laag, midden, hoog) per leeftijdsklasse gewogen. De Resilience Scale-Nederlandse Versie is eenvoudig toe te passen en kan in korte tijd inzichtelijk maken in hoeverre respondenten over veerkracht beschikken.

De Resilience Scale-Nederlandse Versie is niet genormeerd voor allochtone groepen. Echter, in deze studie bestaat een diversiteit aan culturen. De culturele validiteit is dan ook van belang. Om deze maat te waarborgen, zal bij de ontwikkeling van een schaal rekening gehouden moeten worden met sociale en culturele verschillen. Immers, de invloed van deze factoren (normen, waarden, sociaal economische status) is aangetoond op de manier waarop respondenten een schaal interpreteren of antwoorden (Solano-Flores & Nelson-Barber, 2001). Dit kan als gevolg hebben dat scores alleen vergeleken kunnen worden met autochtone groepen. De psychometrische eigenschappen van de schaal hoeven dus niet te gelden voor allochtone respondenten. Vertekening of bias is een van de redenen hiervoor. Een vertekend beeld kan bijvoorbeeld ontstaan wanneer de gemeten constructen worden gebaseerd op één

bepaalde cultuur. Ook culturele kenmerken van respondent kunnen vertekeningen veroorzaken. Hierbij kan gedacht worden aan kennis van de Nederlandse taal en cultuur, bekendheid met testafname en sociale wenselijkheid. Dat laatste komt in vergelijking met autochtonen, vaker onder laagopgeleide etnische groepen voor (Rietveld, 2011). Ook kenmerken van de testafnemers zijn belangrijk, zoals het taalgebruik tijdens testafname. Ten slotte kan er ook vertekening bestaan in items van een vragenlijst. Immers, bepaalde items kunnen voor verschillende culturen een andere betekenis hebben (Rietveld, 2011).

In dit onderzoek wordt een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag: Is de Resilience Scale-Nederlandse Versie betrouwbaar en valide om veerkracht bij mensen met een lage sociaaleconomische status en verschillende etnische achtergronden te kunnen meten? De verwachting is dat de Resilience Scale-Nederlandse versie een betrouwbaar en valide meetinstrument is om veerkracht bij mensen met een lage sociaaleconomische status en verschillende etnische achtergronden, te kunnen meten. Wanneer dit niet zo blijkt te zijn, wordt de veronderstelling niet bevestigd.

Methode

Proefpersonen

De steekproef bestond uit respondenten die deelnamen aan het project Pathmos en Stevensfenne Doen! 32 vrouwen en 8 mannen (N=40) deden mee. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 45 (SD=11.78) met een range van 26 tot 68 jaar. Verder bestonden de groepen uit diverse etnische minderheden, waaronder Turkse, Marokkaanse en Afghaanse groepen. In onderstaande tabel (Tabel 1) wordt de verdeling van de etnische achtergrond van de respondenten weergegeven.

Tabel 1. *Verdeling van de Etnische Achtergrond van de Respondenten (N=40)*

Land van Herkomst	Geboorteland ouders			
	Geboorteland Vader		Geboorteland Moeder	
	Frequentie	Percentage	Frequentie	Percentage
Nederland	8	19.50	9	22
Suriname	3	7.30	2	4.90
Nederlandse Antillen of	1	2.40	1	2.40
Aruba				
Marokko	3	7.30	3	7.30
Turkije	4	9.80	3	7.30
Anders	20	48.80	20	48.80
Totaal	39	95.10	38	92.70

Materialen

In dit onderzoek ging het om de validatie van de Resilience Scale-Nederlandse Versie. De schaal was onderdeel van de vragenlijst die vooraf aan de interventie werd afgenomen (T0). In deze vragenlijst over gezondheid werden gegevens met betrekking tot de gezondheid van de respondenten bevestigd.

De Resilience Scale-Nederlandse Versie, is de schaal die het concept veerkracht meet. De normgroepen van deze schaal zijn voldoende representatief bevonden voor Nederlandse en Vlaamse groepen, waarbij rekening is gehouden met geslacht, leeftijd en opleidingsniveau van deze populaties. 3907 Vlaamse en Nederlandse niet-psychiatrische hebben de Resilience Scale- Nederlandse Versie ingevuld, waarvan de helft online bevestigd is en de andere helft via de klassieke pen-en-papier methode. De schaal biedt een totale resilience score en daarnaast kunnen domeinscores berekend worden. Hierbij gaat het om de domeinen 'Persoonlijke Competentie' en 'Acceptatie van Zichzelf en het Leven' (Portzky et al., 2009). Op een vijfpuntsschaal kon worden aangegeven in hoeverre men het met de 25 stellingen eens was. 1 betekent klopt helemaal en 5 betekent klopt helemaal niet. De score varieert tussen de 25 en 125. Op item 11 na, zijn alle items positief geformuleerd. Voor het huidige onderzoek is in plaats van een vierpuntsschaal een vijfpuntsschaal toegepast en verder is het woordgebruik van items enigszins aangepast. Zoals vermeld, is de vragenlijst opgedeeld in twee subschalen, waarbij de items 1,2,3,4,5,6, 9,10,13,14,17,18,19,20,21,23 en 24 de factor 'Persoonlijke Competentie' meten en de items 7, 8, 11, 12, 16, 21, 22 en 25 de factor 'Acceptatie van Zichzelf en het Leven' meten. De items die onder het eerste domein vallen, zijn 1 Als ik plannen maak voer ik die uit, 2 Ik red mezelf meestal wel (oorspronkelijk: Ik red het op de een of andere manier wel), 3 Ik kan meer op mezelf rekenen dan anderen dat kunnen (oorspronkelijk: Ik kan meer op mezelf rekenen, dan ik verwacht dat anderen op zichzelf kunnen rekenen), 4 Ik vind het belangrijk om interesse te blijven hebben in dingen (oorspronkelijk: Geïnteresseerd blijven in dingen is belangrijk voor mij), 5 Ik kan alleen zijn als dat nodig is (oorspronkelijk: Ik kan op mezelf zijn als dat nodig is), 6 Ik ben trots op de dingen die ik heb bereikt in mijn leven, 9 Ik kan omgaan met veel dingen tegelijk (oorspronkelijk: Ik heb het gevoel dat ik veel dingen tegelijkertijd aankan), 10 Ik weet wat ik wil (oorspronkelijk: ik ben vastberaden), 13 Ik kom door moeilijke momenten omdat ik al eerder moeilijke momenten heb meegemaakt (oorspronkelijk: Ik sla me door moeilijke momenten heen omdat ik al eerder moeilijke momenten heb meegemaakt), 14 Ik heb zelfdiscipline, 15 Ik blijf geïnteresseerd in dingen, 17 Ik geloof in mezelf en dat helpt mij in moeilijke momenten (oorspronkelijk: Mijn geloof in mezelf helpt me door moeilijke

momenten),¹⁸ In een noodgeval kunnen mensen op mij rekenen (oorspronkelijk: In een noodgeval ben ik iemand waar mensen op kunnen rekenen),¹⁹ Ik bekijk een situatie op meerdere manieren (oorspronkelijk: Ik bekijk een situatie op verschillende manieren),²⁰ Ik kan mezelf dwingen dingen anders te doen, ook als ik daar geen zin aan heb (oorspronkelijk: Ik kan mezelf dwingen dingen te doen, zelfs als ik daar geen zin in heb),²³ In een moeilijke situatie vind ik altijd een oplossing (oorspronkelijk: In een moeilijke situatie vind ik altijd een uitweg),²⁴ Ik heb genoeg energie om te doen wat ik moet doen. De items die onder het tweede domein vallen zijn als volgt geformuleerd 7 Ik kan omgaan met onverwachte problemen,⁸ Ik ben tevreden met mezelf,¹¹ Ik twijfel aan de zin van het leven,¹² Ik pak de problemen aan die ik tegen kom (oorspronkelijk: Ik pak problemen aan zoals ze zich voordoen),¹⁶ Ik kan zelfs in moeilijke tijden wel eens lachen (oorspronkelijk: Ik vind zelfs in moeilijke tijden wel iets om over te lachen),²¹ Mijn leven heeft zin,²² Ik blijf niet stilstaan bij dingen waar ik niets aan kan doen,²⁵ Het is niet erg dat er mensen zijn die mij niet leuk vinden (oorspronkelijk: Het is niet erg dat er mensen zijn die mij niet mogen).

Daarnaast is ook een vragenlijst afgenomen betrekking hebbende op de positieve geestelijke gezondheid. Dit deel besloeg de Dutch Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF), waarin de positieve geestelijke gezondheid centraal stond (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). Deze schaal laat een goede betrouwbaarheid en validiteit zien. De MHCF-SF bestaat uit 14 items, die gescoord worden op een zespuntsschaal van nooit (0) tot bijna altijd (5). De scores variëren tussen de 0 en de 70. De vragenlijst omvat de drie kerncomponenten van welbevinden: emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Het emotioneel welbevinden uit zich in positieve gevoelens en levenstevredenheid en wordt in drie items uitgevraagd. Psychologisch welbevinden gaat over optimaal persoonlijk functioneren en omvat zes items. Ten slotte richt sociaal welbevinden zich op het optimaal functioneren in de maatschappij. Hier zijn vijf items op gebaseerd. Elk van de items representeert een theoretische dimensie van welbevinden. Emotioneel welbevinden omvat de componenten levenstevredenheid en positieve gevoelens. Psychologisch welbevinden omvat de componenten zelfacceptatie, persoonlijke groei, doel in het leven, omgevingsbeheersing, autonomie en positieve relaties. Sociaal welbevinden omvat de componenten sociale acceptatie, sociale actualisatie, sociale contributie, sociale coherentie en sociale integratie.

Verder is ook aandacht besteed aan de kwaliteit van leven. Met dit deel, de Euro Quol-6D, werd ingegaan op de gezondheidsstatus van de respondenten. De Euro Quol-6D is een uitgebreide versie van de EQ-5D, waaraan de cognitieve dimensie is toegevoegd (Hoeymans,

van Lindert & Westert, 2004). Onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de EQ-6D heeft uitgewezen dat de lijst voldoende valide en betrouwbaar is om de algehele gezondheid van een populatie te kunnen meten en dat daarnaast de mogelijkheid bestaat vergelijkingen te maken tussen verschillende subgroepen (Hoeymans et al., 2004). De vragenlijst is uit twee delen opgebouwd. Deel 1 bestaat uit zes vragen die zes dimensies van kwaliteit van leven beslaan, te weten beweging, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn, stemming en cognitie. Men kon kiezen uit drie alternatieven, die aangeven in hoeverre men problemen ervaart bij de aangegeven dimensies. Het gaat om de antwoordmogelijkheden: ik heb geen problemen (score=1), ik heb enige problemen (score=2) en ik kan onder het desbetreffende domein mijn activiteiten niet uitvoeren (score=3). De score varieert tussen de 5 en de 18. In het tweede onderdeel, de 'Visual Analogue Scale', kon men de huidige staat van gezondheid aangeven op een schaal van 0 tot 100. De schaal loopt van 0 (slechtst indenkbaar gezondheidstoestand) tot 100 (best indenkbaar gezondheidstoestand). Deze score is apart van de 6 domeinen geanalyseerd.

Deelnemers konden in het algemene deel hun persoonsgegevens invullen. De demografische variabelen die de respondenten invullen moesten waren geboortedatum, geslacht en geboorteland ouders. Het gedeelte 'Squash' (=Short Questionnaire to Assess Health enhancing physical activity), ging in op de gebruikelijke lichamelijke activiteit van de respondenten, waarbij de respondenten refereren naar een gemiddelde week in de afgelopen maanden. De Squash is een vragenlijst, welke op betrouwbare en valide wijze simpel inzicht kan geven in de lichamelijke activiteit van een volwassen populatie (Wendel-Vos, Schuit, Saris & Kromhout, 2008). De respondenten gaven aan hoeveel dagen per week ze de activiteiten uitvoeren, hoeveel tijd ze daar over het algemeen (per dag) aan besteden (in uren en minuten) en hoeveel inspanning tijdens de activiteiten geleverd wordt, waarbij men uit de antwoordmogelijkheden langzaam, gemiddeld of snel kon kiezen. Er kwamen vragen aan bod met betrekking tot lichamelijke activiteit tijdens woon/werkverkeer, lichamelijke activiteit op het werk of op school, huishoudelijke activiteiten en ten slotte tijdens de vrijetijdsbesteding en sport. Verder werd het thema 'roken en alcohol' bevraagd, waarmee inzicht werd verkregen in de leefstijl van de respondenten. Allereerst gaf men aan of er in de afgelopen 7 dagen is gerookt (Mudde, Willemsen, Kremers, de Vries, 2006). Men kon hierop ja of nee antwoorden. Daarna werd de vraag gesteld of ooit alcohol is gebruikt. Als dit het geval was, vulde men in op welke doordeweekse dagen dit gemiddeld genomen gebeurt. Dit werd gescoord op een vijfpuntschaal van 0 (nee) tot 4 (op vier dagen). Vervolgens gaf men op een 8 puntschaal van 1 glas per dag (1) tot meer dan elf glazen per dag (11) aan hoeveel standaardglazen er dan

gedronken worden. Voor de weekenddagen gold hetzelfde (Korte, Pieterse, Postel & Hoof, 2012).

Procedure

De respondenten hebben tweemaal de vragenlijst over gezondheid ingevuld. Tijdens de eerste informatiebijeenkomst van het project hebben ze de T0 vragenlijst over gezondheid in kunnen vullen. Daarnaast heeft de T1 meting tijdens de taallessen in het vervoltraject plaatsgevonden. Hoewel toen dezelfde vragenlijst is gebruikt, is tijdens deze meting alleen gebruikt gemaakt van de delen B (MHC-SF) en C (SQUASH). De respondenten kregen begeleiding bij het invullen van de vragen, aangezien velen van hen moeite hadden de vragen individueel in te vullen. Het invullen gebeurde volgens de pen-en-papier methode. Voordat de vragenlijsten werden ingevuld, is uitgelegd waar het onderzoek over ging en stemde men in tot deelname aan het onderzoek. Ook werd aangegeven dat de gegevens anoniem verwerkt zullen worden

Analyse

Voor de statistische analyses is gebruik gemaakt van de Statistical Program for Social Sciences (SPSS), versie 20.0. Allereerst is gekeken of de scores op de RS-NL normaal verdeeld waren. Verder is gekeken naar de interne constructvaliditeit en ten slotte is de externe constructvaliditeit onderzocht.

De interne constructvaliditeit gaat verder in op de interne-consistentie en de factoranalyse. De interne consistentie is een veelgebruikte maat voor de betrouwbaarheid en wordt in Cronbach's Alpha uitgedrukt. Deze waarde geeft aan hoe goed de items van een schaal hetzelfde onderliggende construct meten (Pallant, 2011). Naast de betrouwbaarheid van de hele Resilience Scale-Nederlandse Versie, zijn ook de domeinen 'Persoonlijke Competentie' en 'Acceptatie van Zichzelf en het Leven' geanalyseerd. Met een factoranalyse wordt geprobeerd een groot aantal items te reduceren tot enkele domeinen/factoren (Pallant, 2001). Dit is gedaan door onderliggende patronen of correlaties samen te vatten en groepen van aan elkaar gerelateerde items te identificeren.

De externe constructvaliditeit gaat in op de convergente constructvaliditeit. De convergente constructvaliditeit is de mate waarin een construct sterk correleert met een ander construct, waarvan veronderstelt wordt dat deze theoretisch een verband hebben (Pallant, 2001). Met Pearson-correlatie analyses wordt geprobeerd de sterkte en richting van een lineair verband tussen twee variabelen te meten (Pallant, 2001). Uit deze analyses zal blijken of de

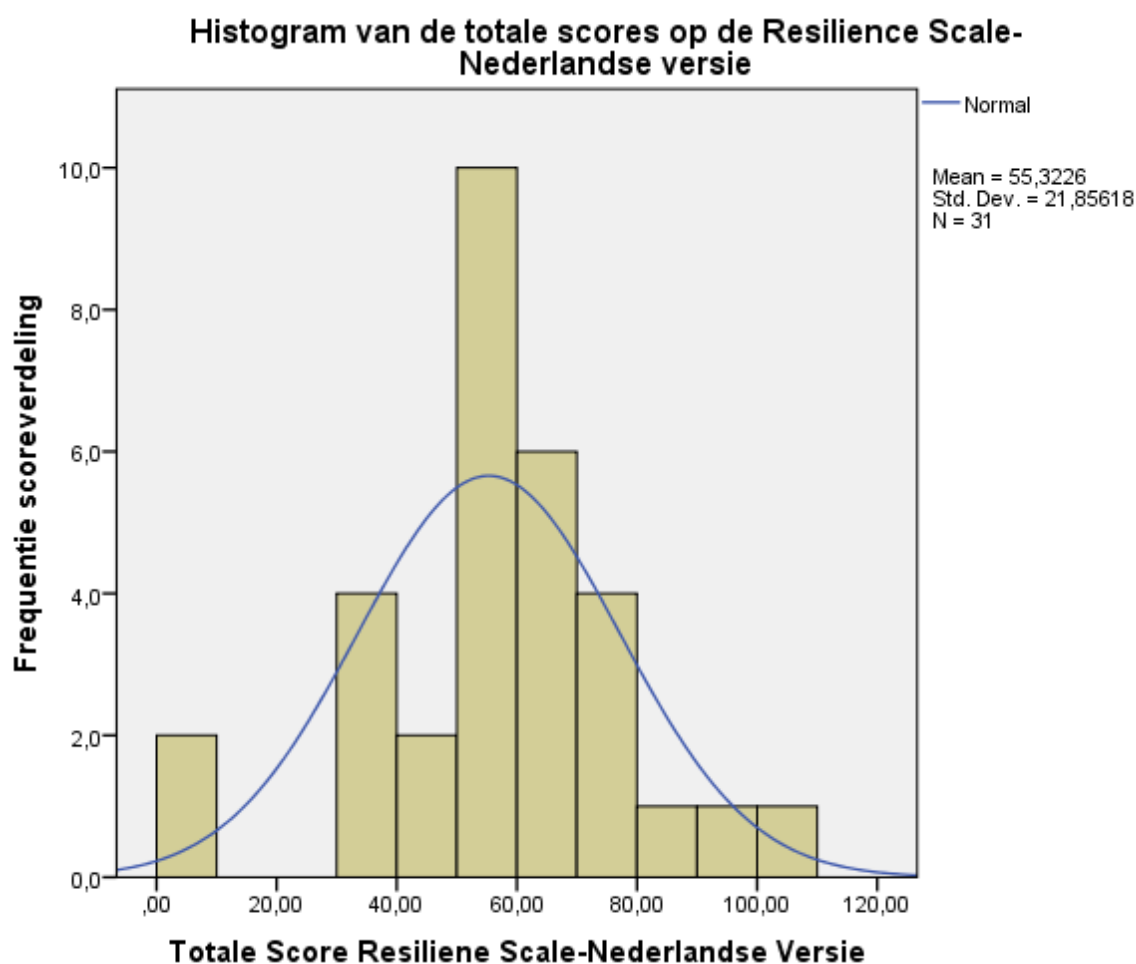
Resilience Scale-Nederlandse Versie positief correleert met de andere schalen in de vragenlijst. Middels de Pearson product-moment correlatiecoëfficiënten kan dit verband inzichtelijk worden gemaakt. Allereerst zijn correlaties berekend tussen de Resilience Scale-Nederlandse Versie en de MHC-SF en tussen de Resilience Scale-Nederlandse en EQ-6D. Verder wordt gekeken naar de correlatie tussen de MHC-SF vragenlijst en het deel EQ-6D. Ook worden correlaties berekend tussen het domein 'Persoonlijke Competentie' en de MHC-SF, het domein 'Persoonlijke Competentie' en de EQ-6D, het domein 'Acceptatie van Zichzelf en het Leven' en de MHC-SF en als laatste tussen het domein 'Persoonlijke Competentie' en de EQ-6D.

Resultaten

In dit gedeelte worden de resultaten van het huidige onderzoek gerapporteerd. Allereerst komt de normale verdeling van de Resilience Scale-Nederlandse versie aan bod en daarnaast worden de gemiddelde scores van de schaal en subschalen weergegeven. Vervolgens wordt ingegaan op de interne constructvaliditeit. Als laatste zal de externe constructvaliditeit besproken worden.

Normale verdeling

De scores op de Resilience Scale-Nederlandse versie zijn normaal verdeeld. Onderstaande figuur geeft deze normale verdeling weer.



Figuur 1. Verdeling van de totale scores op de Resilience Scale-Nederlandse Versie

Gemiddelde score RS Scale-NL

Deze gemiddelde scores van de respondenten vielen tussen de 0 en 100 en hadden een gemiddelde van 55.32. De schaal Persoonlijke Competentie had een gemiddelde score van 38.58 en de schaal Acceptatie van Zichzelf en het Leven had een gemiddelde van 19.69. De gemiddelde scores op de subdomeinen varieerden achtereenvolgens van 0 tot 73 en van 0 tot 32. De gemiddelde scores worden in tabel 2 weergegeven.

Tabel 2. *Gemiddelde score, standaardafwijking en range van de somscores op de Resilience Scale-Nederlandse Versie en de subschalen Persoonlijke Competentie en Acceptatie van Zichzelf en het Leven (N=38)*

Schaal	Aantal items	Gemiddelde	SD	Range somscores
Resilience Scale-Nederlandse Versie	25	55.32	21.7	0-100
Persoonlijke Competentie	17	38.58	16.19	0-73
Acceptatie van Zichzelf en het Leven	8	19.69	7.33	0-32

Interne constructvaliditeit

Factoranalyse

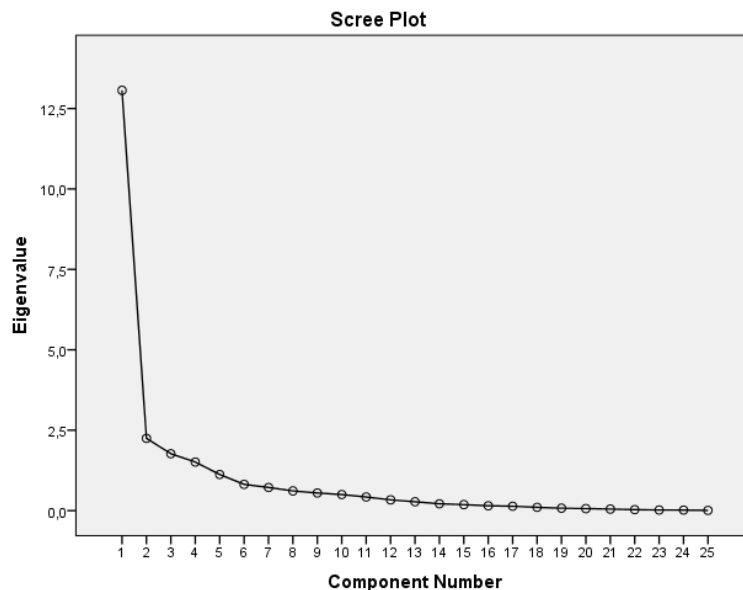
Alvorens een factoranalyse uit te voeren is gekeken of de verzamelde data geschikt zou zijn voor eventuele factoranalyse. Allereerst heeft de correlatiematrix van alle items van de Resilience Scale- Nederlandse versie kunnen bevestigen dat de analyse uitgevoerd kan worden, aangezien de meeste correlatiecoëfficiënten boven de 0.30 uitkwamen. De correlatiematrix wordt in tabel 3 in bijlage 2 weergegeven. Ook de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) meting en Bartlett's test of sphericity geven de mate van geschiktheid aan. De Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) zal een waarde boven de 0.60 aan moeten nemen. Een waarde die dichtbij de 1 komt, geeft aan dat er een betrouwbaar correlatiepatroon bestaat en dat een factoranalyse goed onderscheidende factoren zal opleveren. De Bartlett's test controleert ook of er in voldoende mate een correlatie bestaat tussen de desbetreffende factoren. De data wordt zowel aan de hand van de Kaiser-Meyer-Olkin én de Bartlett's test of sphericity geschikt geacht. KMO had een waarde van 0.71 en de Bartlett's test of sphericity was significant $p < .05$. Om te bepalen of bepaalde items één construct kunnen meten en of daardoor sprake is van een unidimensionele schaal, wordt op de 25 items een principale componenten analyse uitgevoerd. Hier kwamen vijf factoren naar voren met eigenwaarden boven de 1. Deze factoren verklaren in totaal 78.9 % van de variantie.

In eerdere onderzoeken werd een tweefactoren model gehanteerd, waarbij twee subschalen van de Resilience Scale-Nederlandse Versie waren geïdentificeerd, te weten 'Persoonlijke Competentie' en 'Acceptatie van Zichzelf en het Leven'. Om te onderzoeken of deze zelfde twee subschalen ook volgen uit het huidige onderzoek, is hier ook een gedwongen tweefactoranalyse uitgevoerd. Deze laat een andere factorstructuur zien dan uit het onderzoek van Portzky et al. (2009). In het genoemde onderzoek verklaren de twee factoren 29,7% van de totale variantie. In het huidige onderzoek is dat 61%, waarbij 52,26% door slechts één factor verklaard wordt. Om twee onafhankelijke factoren te onderscheiden is een principale componentenanalyse uitgevoerd met varimax rotatie. Na de rotatie verklaren beide factoren 61.3% van de variantie, waarvan de ene 31.08% van de variantie verklaart en de ander 30.17%. In tabel 4 staan de factorladingen die hieruit volgen.

Tabel 4. *Factorloadingen via principiale componentenanalyse met varimax rotatie, gemeten voor de 25 items van de Resilience Scale Nederlandse-Versie in een 2-factoroplossing*

Nummer item	Component	
	1	2
6	,86	
14	,85	
8	,79	
21	,72	
3	,71	
19	,70	
23	,70	
10	,65	
1	,62	
15	,59	
4	,58	
12	,58	
24	,56	
22	,53	
16		,86
18		,79
17		,76
2		,73
20		,70
7		,69
25		,68
5		,65
11		,65
9		,60
13		,58

In figuur 2 staan de eigenwaarden van alle items van de Resilience Scale-Nederlandse Versie. Hier kan ook gezien worden dat één dominante factor onderscheiden kan worden.



Figuur 2. Screeplot eigenwaarden componenten Resilience Scale-Nederlandse Versie

Betrouwbaarheid

Na een betrouwbaarheidsanalyse te hebben uitgevoerd, zijn de volgende waarden naar voren gekomen. Cronbach's alfa neemt in dit geval een waarde van 0.96 aan. De waarde die voortkwam uit de betrouwbaarheidsanalyse van Portzky et al. (2009) is 0.85. Deze waarden geven beide een hoge betrouwbaarheid weer, aangezien de minimale waarde 0.70 of hoger moet zijn om een schaal betrouwbaar te kunnen noemen. Verder is ook gekeken naar de betrouwbaarheid van de domeinen 'Persoonlijke Competentie' en 'Acceptatie van Zichzelf en het Leven'. Deze waarden zijn respectievelijk 0.95 en 0.84, wat ook op een hoge betrouwbaarheid duidt. Portzky et al. (2009) rapporteerden hier achtereenvolgens de waarden 0.81 en 0.68 voor. De waarde van het domein 'Persoonlijke Competentie' (0.68) geeft een minimale betrouwbaarheid aan. Tabel 5 geeft de waarden van Cronbach's Alfa aan, zowel voor de hele RS-Scale-Nederlandse Versie als voor de twee genoemde subschalen.

De inter-item correlatie is een maat die aangeeft hoe goed de items van een schaal met elkaar correleren. De gemiddelde inter-item correlatie van de RS Scale-Nederlandse Versie zit in de range van 0.20 en 0.40. Waarden die hier tussen liggen geven een optimale correlatie aan.

De item-totaal correlatie geeft van elk afzonderlijke item aan hoe goed deze op zichzelf hetzelfde meet als wat door de totale schaal gemeten wordt. Waarden onder de 0.3 geven aan dat het desbetreffende item iets geheel anders meet dan de schaal in zijn geheel. In dit geval komen alle waarden boven de 0.30 uit.

Het domein ‘Persoonlijke Competentie’ geeft een gemiddelde inter-item correlatie aan, die binnen de range van 0.20 en 0.40 ligt. De item-totaal correlaties komen alle boven de 0.30 uit. Dit betekent dat alle items hetzelfde meten als wat door de gehele schaal gemeten wordt.

Het domein ‘Acceptatie van Zichzelf en het Leven’ neemt ook een gemiddelde inter-item correlatie tussen de 0.20 en 0.40 aan. Verder komen de waarden voor de maat item-totaal correlatie alle boven de 0.30 uit.

Tabel 5. *Betrouwbaarheid van de Resilience Scale-Nederlandse Versie en de subdomeinen ‘Persoonlijke Competentie’ en ‘Acceptatie van Zichzelf en het Leven’.*

(Sub)Schaal	Cronbach’s Alfa	Aantal items per (sub)schaal
Resilience-Scale-NL	.96	25
Persoonlijke competentie	.95	17
Acceptatie van zichzelf en het leven	.84	8

Externe constructvaliditeit

Convergente validiteit

Er bestaat een positieve correlatie tussen de mate van veerkracht (Resilience Scale-Nederlandse Versie) en de geestelijke gezondheid (MHC-SF). Ook bestaat er een positieve correlatie tussen de mate van veerkracht en de kwaliteit van leven (EQ-6D). Verder is er een positief verband gevonden tussen de maat kwaliteit van leven (EQ-6D) en de geestelijke gezondheid (MHC-SF). De gevonden correlaties zijn alle significant. Tabel 6 geeft de waarden van deze correlaties weer. Tussen het domein ‘Persoonlijke Competentie’ (Resilience Scale-Nederlandse Versie) en de geestelijke gezondheid (MHC-SF) bestaat daarnaast ook een positief verband. Ook tussen het domein ‘Persoonlijke Competentie’ (Resilience Scale-Nederlandse Versie) en de kwaliteit van leven (EQ-6D) is een gemiddeld positief verband gevonden. Ten slotte is gekeken naar de correlaties tussen het domein ‘Acceptatie van Zichzelf en het Leven’ (Resilience Scale-Nederlandse Versie) en de geestelijke gezondheid (MHC-SF), ‘Acceptatie van Zichzelf en het Leven (Resilience Scale-Nederlandse Versie) en de kwaliteit van leven (EQ-6D). Ook deze correlaties zijn beide positief. De gevonden correlaties zijn alle significant. Tabel 7 geeft de waarden van deze correlaties weer. Voor alle gevonden correlaties tussen de constructen geldt dat een hoge score op het ene construct positief samenhangt met een hoge score op het andere construct, wat wel afhangt van de sterkte van de correlatie.

Tabel 6. *Pearson product-moment correlaties (r) tussen scores op de RS-NL, MHC-SF, EQ-6D.*

	1	2	3
1.RS-NL	-	.59**	.44*
2.MHC-SF	.59**	-	.56**
3.Euro-Quol-6D	.44*	.56**	-

** $p \leq 0.01$. * $p \leq 0.05$.

Tabel 7. *Pearson product-moment correlaties (r) tussen het domein 'Persoonlijke competentie' (Resilience Scale-Nederlandse Versie), het domein 'Acceptatie van zichzelf en het leven' (Resilience Scale-Nederlandse Versie), MHC-SF en EQ-6D.*

	1	2	3	4
1.Persoonlijke competentie (Resilience Scale-Nederlandse Versie)	-	.87**	.61**	.41*
2.Acceptatie van zichzelf en het leven (Resilience Scale-Nederlandse Versie)	.87**	-	.42*	.48**
3.MHC-SF	.61**	.42*	-	.56**
4.EQ-6D	.41*	.48**	.56**	-

**p≤0.01.*p≤0.05.

Discussie

Doel van dit onderzoek was het valideren van de Resilience Scale- Nederlandse versie. Er is geprobeerd een antwoord te geven op de vraag of de Resilience Scale- Nederlandse versie betrouwbaar en valide genoeg is om veerkracht bij mensen met een lage sociaaleconomische status en verschillende etnische achtergronden te kunnen meten.

De hoge interne consistentie van de Resilience Scale-Nederlandse Versie kan duiden op een schaal die betrouwbaar genoeg is om veerkracht onder de onderzoeksgroep te kunnen meten. Dit kan aanleiding geven de interne constructvaliditeit te bevestigen. De factoranalyse laat een andere factorstructuur zien uit het onderzoek van Portzky et al. (2009). Dit kan erop duiden dat de verdeling van items over de subschalen niet voor de huidige onderzoeksgroep geldt. De gevonden correlaties kunnen aanwijzingen geven de externe constructvaliditeit van de schaal te bevestigen. Samenvattend is de eerste indruk van de schaal dat deze in zijn geheel geschikt is om op betrouwbare en valide wijze veerkracht onder de onderzoeksgroep te kunnen meten.

Dit onderzoek kan op het eerste gezicht aanleiding geven de veronderstelling te bevestigen dat de Resilience Scale- Nederlandse versie betrouwbaar en valide genoeg is om veerkracht onder mensen met een lage SES en verschillende etnische achtergronden te kunnen meten. De onderzoekers Portzky, Audenaert & De Bacquer (2009) hebben ook een validiteitstudie uitgevoerd en zij stellen dat de Resilience Scale-Nederlandse Versie een voldoende betrouwbaar en valide schaal is om veerkracht onder Vlaamse en Nederlandse populaties te onderzoeken. Echter, een tweefactor structuur zoals Portzky et al. (2009) hebben gevonden, heeft het huidige onderzoek niet aan kunnen tonen. De correlatieanalyses komen wel overeen met eerder gedaan onderzoek. Het significante verband dat is aangetoond tussen de mate van veerkracht en de positieve geestelijke gezondheid is ook door Gerber e.a. (2012) bevestigd. Ook de bevonden relatie tussen de kwaliteit van leven en de geestelijke gezondheid is al eens eerder aangetoond door Yazdi-Ravandi et al. (2013). Bovendien hebben Vibha, Saddichha, Khan & Akhtar (2013) ook een verband gevonden tussen de geestelijke gezondheid en de kwaliteit van leven. Ten slotte zijn de verbanden tussen het domein 'Persoonlijke Competentie' en de geestelijke gezondheid (MHC-SF), 'Persoonlijke Competentie' en kwaliteit van leven (EQ-6D), 'Acceptatie van Zichzelf en het Leven' en de geestelijke gezondheid (MHC-SF) en 'Acceptatie van Zichzelf en het Leven' en kwaliteit van leven (EQ-6D) ook bevestigd door Devaere (2011-2012).

Een beperking van dit onderzoek is allereerst de omvang van de steekproef, bestaande uit 40 respondenten. Een ideaal aantal is echter vele malen groter. Om resultaten te kunnen

generaliseren naar een algehele populatie is per item zeker een stuk of tien respondenten nodig (Fens,2011). Dus idealiter zou de steekproef een grootte van $N=250$ moeten hebben. Een ander punt is de manier waarop de vragenlijsten ingevuld zijn. Cursusleiders boden hulp aan de cursisten. Volgens Rietveld (2011) kunnen culturele verschillen tussen de cursusleiders en de cursisten een vertekend beeld opleveren, bijvoorbeeld door verschil in taalgebruik. Ook de kennis van de Nederlandse taal onder de huidige onderzoeksgroep kan het invullen van vragenlijsten bemoeilijken. Antwoordgedrag kan ook beïnvloed worden door de vijfpuntsschaal. Respondenten kunnen immers geneigd zijn veelal neutrale antwoorden in te vullen (Portzky et al., 2009). Een sterk punt van dit onderzoek is het feit dat nog niet eerder is aangetoond of de RS-NL geschikt is om onder verschillende culturele groepen veerkracht te kunnen meten. Het huidige onderzoek kan dan een aanzet zijn hier uitgebreider onderzoek hier uitgebreider onderzoek naar te doen.

Het feit dat de verwachte tweefactor structuur niet is gevonden, kan met het volgende samenhangen. De vragenlijst is op een aantal punten niet vergelijkbaar met de oorspronkelijke vragenlijst. Er is immers een vijfpuntsschaal toegepast en ook zijn enkele items anders geformuleerd. Verder hebben respondenten hulp gekregen bij het invullen van de vragenlijst. De verhouding tussen mannen en vrouwen is daarnaast niet gelijk. Dit kan een vertekend beeld opleveren, wanneer het antwoordgedrag van mannen over het algemeen significant anders is dan die van de vrouwen. Om het voorgaande te kunnen bevestigen is nader onderzoek nodig.

Ook zullen enkele adviezen gegeven worden, om vervolgonderzoek te kunnen verbeteren. Het zal bijvoorbeeld relevant zijn om de invloeden van bestaande culturele verschillen en taalachterstanden in kaart te brengen. Onderzoek naar het begripsniveau van de respondenten en manieren waarop deze vragenlijsten invullen kan hier relevant zijn. Een kwalitatief onderzoek dat zich richt op de manier waarop de deelnemers tot een antwoord komen, kan inzicht bieden in dit aspect. Door interviews met respondenten af te nemen, waarbij men expliciet gevraagd wordt naar wat men bij het moment van invullen denkt, kan inzichtelijk worden gemaakt waar moeilijkheden liggen bij het invullen van vragenlijsten. Ook kunnen respondenten met een zeer beperkte woordenschat ontdekt worden door de interviews nog eens na te luisteren. Verder zal een gelijkwaardiger aantal mannen en vrouwen deel moeten nemen.

Een aanbeveling kan zijn dat cursusleiders vooraf een training aangeboden krijgen waarin geleerd wordt hoe mensen met een andere culturele achtergrond geholpen kunnen worden, zonder resultaten teveel te beïnvloeden.

Literatuurlijst

Ahern, N.R., Kiehl, E.M., Sole, M-L & Byers, J. (2006). A Review of Instruments Measuring Resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29(2), 103-125.
doi:10.1080/01460860600677643

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. *Encyclopedia of human behavior*, 4, 71-88.
Verkregen via
<http://www.westga.edu/~vickir/Healthcare/HC14%20FacilitatingResiliency/Link%2010%20-%20Self-Efficacy.pdf>

Bishop, J., Megan, I., Isom, S., Blackwell, C., Vitolins, M. & Skelton, J. (2013). Diabetes Prevention, Weight Loss, and Social Support: Program Participants' Perceived Influence on the Health Behaviors of Their Social Support System. *Family & Community Health*, 36 (2) , 158-171. doi: 0.1097/FCH.0b013e318282b2d3

Black, C. & Ford-Gilboe, M. (2004). Adolescent mothers: resilience, family health work and health-promoting practices. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 351–360. Verkregen via <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03204.x/pdf>

Bruggink, J-W. (2009). Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau. *Bevolkingstrends: Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland*, 57(4), 71-75. Verkregen via <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/2F9A2C5C-A3C1-4190-82AD-4962BE4F3F66/0/2009k4b15p71art.pdf>

Cutler, D.M., Lleras-Muney, A. & Vogl, T. (2008). *Socio-Economic Status and Health: Dimensions and Mechanisms* (14333). Cambridge: verkregen via National Bureau of Economic Research via <http://www.nber.org/papers/w14333.pdf>

Davydov, D.M., Stewart, R., Ritchie, K. & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003>

Devaere, L (2011-2012). *De impact van familiaal functioneren en mentale veerkracht op de kwaliteit van leven bij kanker*. (Masterthese, Katholieke Universiteit , België).
Verkregen via <http://www.cedric-heleinstituut.be/documents/wet-onderzoek/scripties-psycho-oncologie-06-07/eindwerk-finaal-lieselot-devaere.pdf>

Driessens, K & van Regenmortel, T. (2006). *Bindkracht in armoede: Leefwereld en Hulpverlening*. Verkregen via
<http://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=ohCPDDWfajkC&oi=fnd&pg=PA15&dq=veerkracht+en+armoede&ots=d2IYqGRaSh&sig=nDHIHGIRk7YLnNGLQaHJG83W0oo#v=onepage&q=veerkracht%20&f=false>

Driessens, M. (2011). *Geestelijke ongezondheid in Nederland in kaart gebracht: Een beschrijving van de MHI-5 in de gezondheidsmodule van het Permanent Onderzoek Leefsituatie*. Den Haag/Heerlen: verkregen via CBS via

<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/EF66D80A-C019-4EF0-8D13-4A54999C37EE/0/2011geestelijkeongezondheidinNederlandinkaartgebrachtart.pdf>

Dromers, M. (2002). *Socioeconomic Differences in Health Related Behaviour*. (Proefschrift, Universiteit van Rotterdam, Nederland). Verkregen via http://repub.eur.nl/res/pub/31302/021009_Droomers%2C%20Petronella%20Cornelia%20Alleghonda.pdf

Fens, H. (2011). *Factoriële validiteit van de Nederlandse vertaling van de Growth Motivation Index*. (Masterthese, Universiteit Twente, Nederland). Verkregen via [http://essay.utwente.nl/61313/1/Fens,_H._-_s0218308_\(verslag\).pdf](http://essay.utwente.nl/61313/1/Fens,_H._-_s0218308_(verslag).pdf)

Friedli, L. (2009). *Mental Health, Resilience and Inequalities*. Denemarken: verkregen via World Health Organization via <http://wellbeingsoutheast.org.uk/uploads/FB602619-E582-778A-9979F5BB826FDE9B/Mental%20Health,%20Resilience%20and%20Inequalities.pdf>

Gemeente Enschede. PSDoen: Werken aan Pathmos en Stevenfenne. Aangetroffen 4 mei 2013 via <http://www.psdoen.nl/projecten/welzijn/00001/>

Gerber, M., Kalak, N., Lemola, S., Clough, P.J., Perry, J.L., Puhse, U., Elliot, C., Holsboer-Trachsler & Brand, S. (2012). Are Adolescents With High Mental Toughness Levels More Resilient Against Stress? *Stress and Health*, 29(2), 164-171. DOI: 10.1002/smi.2447

Herrman, H., Stewart, D.E., Diaz-Granados, N., Berger, E.L., Jackson, B. & Yuen, T. (2011). What is Resilience? *La Revue canadienne de psychiatrie*, 56 (5), 258-265. Verkregen via https://blackboard.utwente.nl/courses/1/ORG_GW_AA_AKPPSD/groups/_57738_1/_799764_1/1.%20What%20is%20resilience%20%28Herrman%20e.a.%2C%202011%29.pdf (https://blackboard.utwente.nl/courses/1/ORG_GW_AA_AKPPSD/groups/_57738_1/_799764_1/1.%20What%20is%20resilience%20%28Herrman%20e.a.%2C%202011%29.pdf)

Hoeymans, N., van Lindert, H. & Westert, G.P. (2004). The health status of the Dutch population as assessed by the EQ-6D. *Quality of Life Research*, 14, 655-663. Verkregen via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16022059>

- van Kippersluis, H., O'Donnell, O., Van Doorslaer, E. & van Ourti, T. (2010). Socioeconomic differences in health over the life cycle in an Egalitarian country. *Social Science & Medicine*, 70(3), 428-438. doi:10.1016/j.socscimed.2009.10.020
- Korte, J., Pieterse, M.E., Postel, G.P. & van Hoof, J.J. (2012). Private peer group settings as an environmental determinant of alcohol use in Dutch adolescents: Results from a representative survey in the region of Twente. *Health & Place*, 18, 892-897. doi:10.1016/j.healthplace.2012.02.010
- Kristenson, M., Eriksen, H.R., Sluiter, J.K., Starke, D & Ursin, H. (2004). Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. *Social Science & Medicine*, 58 (8), 1511-1522. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00353-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00353-8)
- Kunst, A. (2007). Sociaaleconomische verschillen in sterfte en gezondheid in Nederland: Een overzicht van vorderingen in recent beschrijvend onderzoek. *Bevolkingstrends*, 1e kwartaal. Verkregen via <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/B0200FD5-271F-4AEE-8C26-CA44A11B19DB/0/2007k1b15p34art.pdf>
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110. Verkregen via <http://www.utwente.nl/gw/psyvandelevenskunst/producten/mhc-sf.pdf>
- Machenbach, J.P. & Stronks, K. (2004). The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*, 3, 1-11. doi:10.1186/1475-9276-3-11
- Mudde, A.N., Willemsen, M.C., Kremers, S., de Vries, H. (2006). *Meetinstrumenten voor onderzoek naar roken en stoppen met roken*. Den Haag: Stivoro (http://stivoro.nl/wp-content/uploads/2012/docs/rapporten/diversen/meetinstrumenten_3.pdf)
- Pallant, J. (2001). *Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 10)*. Australia: Allen & Unwin
- Pieterzak, R.H. & Cook, J.M. (2013). Psychological resilience in older US veterans: Results from the national health and resilience in veterans study. *Depression and anxiety*, 30(5), 432-443. Doi: 10.1002/da.22083.
- Poortvliet, M.C., Schrijvers C.T.M & Baan, C.A. (2007). *Diabetes in Nederland: Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst* (260322001). Bilthoven: verkregen via RIVM via <http://rivm.openrepository.com/rivm/bitstream/10029/16486/1/260322001.pdf>
- Portzky, M., Audenaert, K. & De Bacquer, D. (2009). Resilience in de Vlaamse en

Nederlandse algemene Populatie: Resultaten bij de normeringstudie van de RS-nl Resilience Scale-Nederlandse versie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 39(3), 183-193. Verkregen via http://www.acco.be/download/nl/24018873/file/tkp_3-2009-web-8-resilience_in_de_vlaamse_en_nederlandse_algemene_populatie.pdf

Portzky, M., Wagnild, G., De Bacquer, D& Audenaert, K. (2010). Psychometric evaluation of the Dutch Resilience Scale RS-nl on 3265 healthy participants: a confirmation of the association between age and resilience found with the Swedish version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 86-92. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00841.x

Portzky, M. (2008). *Resilience Scale:Nederlandse Versie*. Verkregen via <http://www.pearsonclinical.nl/rs-resilience-scale> (<http://www.pearsonclinical.nl/rs-resilience-scale>)

Raman, J.(2010-2011). *Belevingsonderzoek bij jongvolwassen kinderen met een alcoholafhankelijke ouder* (Masterthese, Universiteit Gent, België). Verkregen via http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/789/156/RUG01-001789156_2012_0001_AC.pdf (http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/789/156/RUG01-001789156_2012_0001_AC.pdf)

Rietveld, L. (2011). *De toepasbaarheid van meetinstrumenten bij migrantenkinderen en hun ouders*. Verkregen via Nederland Jeugd Instituut via http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Instrumenten_Diversiteit.pdf

Saint Luke's Health Initiatives. (2011). *Fostering Healthy, Resilient Individuals and Communities in Arizona*. Arizona: SLHI.

Saint Luke's Health Initiatives. (2011). *Health in a New Key: A Pocket Guide to Developing Healthy, Resilient Communities*. Ariona: SLHI.

Solano-Flores, G.& Nelson-Barber, S. (2001). On the cultural validity of science assessments. *Journal of Research of Science Teaching*, 38(5), 553-573. Verkregen via <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/tea.1018/pdf>

Vibha, P., Saddichha, S., Khan, N.&Akhtar, S.(2013). Quality of life and marital adjustment in remitted psychiatric illness: An exploratory study in rural setting. *Yourbal of nervous and mental disease*, 201(4), 334-338.doi: 10.1097/NMD.0b013e318288e298

Wagnield, G.M& Young, H.M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2). Verkregen via http://www.sapibg.org/attachments/article/1054/wagnild_1993_resilience_scale_2.pdf

Wendel-Vos, G.C.W., Schuit, A.J., Saris, W.H.M& Kromhout, D. (2008). Reproducibility and relative validity of the short questionnaire to assess health-enhancing physical activity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(12), 1163-1169. Doi:

[http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356\(03\)00220-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356(03)00220-8)

Yazdi-Ravandi, S., Taslimi, Z., Saberi, H., Shams, J., Osanlo, S., Nori, G. & Haghparast, A. (2013). The role of resilience and age on quality of life in patients with pain disorders. *Basic and clinical neuroscience*, 4(1), 24-30. Verkregen via <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84874962518&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=quality+of+life+AND+resilience+AND+correlation&sid=49F0FEC87CC3555C7523A37AEC847E56.zQKnzAySRvJOZYcdfIziQ%3a140&sot=q&sdt=b&sl=66&s=TITL E-ABS-KEY-AUTH%28quality+of+life+AND+resilience+AND+correlation%29&relpos=0&relpos=0&searchTerm=TITLE-ABS-KEY-AUTH%28quality+of+life+AND+resilience+AND+correlation%29>

Bijlage 1: T0 Vragenlijst over Gezondheid

Veerkracht

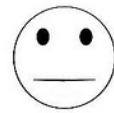
Wat past bij u? Het gezichtje geeft aan hoeveel u het eens bent met de vraag. U ziet dat het eerste gezichtje het helemaal eens is met de vraag. Daarna wordt elk gezichtje het minder eens met de vraag. Welke gezichtje past het beste bij u bij elke vraag?



**Klopt
helemaal**



Klopt



Neutraal



**Klopt
niet**



**Klopt
helemaal
niet**

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Als ik plannen maak voer ik ze uit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ik red mezelf meestal wel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ik kan meer op mezelf rekenen dan anderen dat kunnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ik vind het belangrijk om interesse te blijven hebben in dingen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ik kan alleen zijn als dat nodig is | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ik ben trots op de dingen die ik heb bereikt in mijn leven | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ik kan omgaan met | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

onverwachte problemen

8. Ik ben tevreden met mezelf
9. Ik kan omgaan met veel dingen tegelijk
10. Ik weet wat ik wil
11. Ik twijfel aan de zin van het leven
12. Ik pak problemen aan die ik tegenkom



**Klopt
helemaal**



Klopt



Neutraal



**Klopt
niet**



**Klopt
helemaal
niet**

13. Ik kom door moeilijke momenten heen omdat ik al eerder moeilijke momenten heb meegemaakt
14. Ik heb zelfdiscipline
15. Ik blijf geïnteresseerd in dingen
16. Ik kan zelfs in moeilijke tijden wel eens lachen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Ik geloof in mezelf en dat helpt mij in moeilijke momenten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. In een noodgeval kunnen mensen op mij rekenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ik bekijk een situatie op meerdere manieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ik kan mezelf dwingen dingen anders te doen, ook als ik daar geen zin in heb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Mijn leven heeft zin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ik blijf niet stilstaan bij dingen waar ik niets aan kan doen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. In een moeilijke situatie vind ik altijd een oplossing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ik heb genoeg energie om te doen wat ik moet doen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Het is niet erg dat er mensen zijn die mij niet leuk vinden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bijlage 2: Correlatiematrix

Tabel 3. *Correlatiematrix van de 25 items van de ResilienceScale-Nederlandse Versie*

Correlation Matrix																										
	rs1	rs2	rs3	rs4	rs5	rs6	rs7	rs8	rs9	rs10	rs11	rs12	rs13	rs14	rs15	rs16	rs17	rs18	rs19	rs20	rs21	rs22	rs23	rs24	rs25	
Correlati on	rs1	1,00 0	,407	,388	,453	,609	,387	,630	,466	,437	,739	,260	,757	,469	,446	,630	,130	,421	,498	,674	,456	,563	,362	,345	,517	,226
	rs2	,407	1,00 0	,581	,651	,598	,378	,685	,660	,486	,609	,503	,481	,489	,472	,457	,517	,682	,736	,626	,740	,127	,189	,464	,676	,357
	rs3	,388	,581	1,00 0	,679	,278	,736	,458	,756	,542	,618	,313	,399	,526	,732	,613	,372	,522	,489	,537	,514	,347	,427	,613	,611	,345
	rs4	,453	,651	,679	1,00 0	,529	,639	,478	,666	,564	,657	,490	,397	,545	,576	,637	,393	,555	,550	,592	,745	,300	,433	,594	,464	,447
	rs5	,609	,598	,278	,529	1,00 0	,314	,593	,343	,529	,613	,468	,718	,538	,332	,574	,363	,523	,576	,709	,738	,430	,381	,399	,561	,433
	rs6	,387	,378	,736	,639	,314	1,00 0	,492	,789	,376	,556	,362	,509	,414	,759	,482	,160	,461	,342	,644	,453	,584	,589	,631	,491	,224
	rs7	,630	,685	,458	,478	,593	,492	1,00 0	,618	,397	,701	,521	,668	,469	,415	,423	,522	,742	,756	,753	,601	,391	,440	,431	,596	,502
	rs8	,466	,660	,756	,666	,343	,789	,618	1,00 0	,459	,586	,392	,451	,553	,824	,488	,296	,531	,555	,694	,581	,393	,520	,694	,542	,190
	rs9	,437	,486	,542	,564	,529	,376	,397	,459	1,00 0	,707	,396	,469	,578	,487	,769	,520	,431	,652	,567	,549	,139	,291	,330	,485	,290
	rs1 0	,739	,609	,618	,657	,613	,556	,701	,586	,707	1,00 0	,477	,650	,517	,634	,732	,320	,589	,717	,773	,551	,429	,326	,502	,637	,314
	rs1 1	,260	,503	,313	,490	,468	,362	,521	,392	,396	,477	1,00 0	,441	,353	,364	,448	,560	,634	,606	,609	,513	,414	,487	,482	,497	,522
	rs1 2	,757	,481	,399	,397	,718	,509	,668	,451	,469	,650	,441	1,00 0	,374	,395	,533	,260	,537	,522	,818	,589	,613	,330	,334	,582	,289
	rs1 3	,469	,489	,526	,545	,538	,414	,469	,553	,578	,517	,353	,374	1,00 0	,540	,577	,480	,555	,510	,429	,464	,142	,543	,329	,455	,446
	rs1 4	,446	,472	,732	,576	,332	,759	,415	,824	,487	,634	,364	,395	,540	1,00 0	,573	,155	,403	,454	,639	,403	,416	,519	,663	,536	,070
	rs1 5	,630	,457	,613	,637	,574	,482	,423	,488	,769	,732	,448	,533	,577	,573	1,00 0	,357	,431	,536	,526	,558	,496	,363	,343	,555	,280
	rs1 6	,130	,517	,372	,393	,363	,160	,522	,296	,520	,320	,560	,260	,480	,155	,357	1,00 0	,659	,641	,339	,584	- ,075	,387	,211	,300	,585
	rs1 7	,421	,682	,522	,555	,523	,461	,742	,531	,431	,589	,634	,537	,555	,403	,431	,659	1,00 0	,638	,609	,551	,256	,573	,404	,496	,518
	rs1 8	,498	,736	,489	,550	,576	,342	,756	,555	,652	,717	,606	,522	,510	,454	,536	,641	,638	1,00 0	,732	,615	,137	,327	,450	,569	,383
	rs1 9	,674	,626	,537	,592	,709	,644	,753	,694	,567	,773	,609	,818	,429	,639	,526	,339	,609	,732	1,00 0	,667	,517	,473	,662	,693	,305
	rs2 0	,456	,740	,514	,745	,738	,453	,601	,581	,549	,551	,513	,589	,464	,403	,558	,584	,551	,615	,667	1,00 0	,378	,395	,517	,484	,485
	rs2 1	,563	,127	,347	,300	,430	,584	,391	,393	,139	,429	,414	,613	,142	,416	,496	- ,075	,256	,137	,517	,378	1,00 0	,490	,425	,367	,201
	rs2 2	,362	,189	,427	,433	,381	,589	,440	,520	,291	,326	,487	,330	,543	,519	,363	,387	,573	,327	,473	,395	,490	1,00 0	,664	,279	,534
	rs2 3	,345	,464	,613	,594	,399	,631	,431	,694	,330	,502	,482	,334	,329	,663	,343	,211	,404	,450	,662	,517	,425	,664	1,00 0	,465	,366
	rs2 4	,517	,676	,611	,464	,561	,491	,596	,542	,485	,637	,497	,582	,455	,536	,555	,300	,496	,569	,693	,484	,367	,279	,465	1,00 0	,290
	rs2 5	,226	,357	,345	,447	,433	,224	,502	,190	,290	,314	,522	,289	,446	,070	,280	,585	,518	,383	,305	,485	,201	,534	,366	,290	1,00 0