



# Gebruikerservaringen en effecten van een kortdurende ACT interventie



Phyllis Brune-Lobeck  
S1329170



UNIVERSITY OF TWENTE

FACULTEIT GEDRAGSWETENSCHAPPEN;

POSITIEVE PSYCHOLOGIE & TECHNOLOGIE  
(PPT)

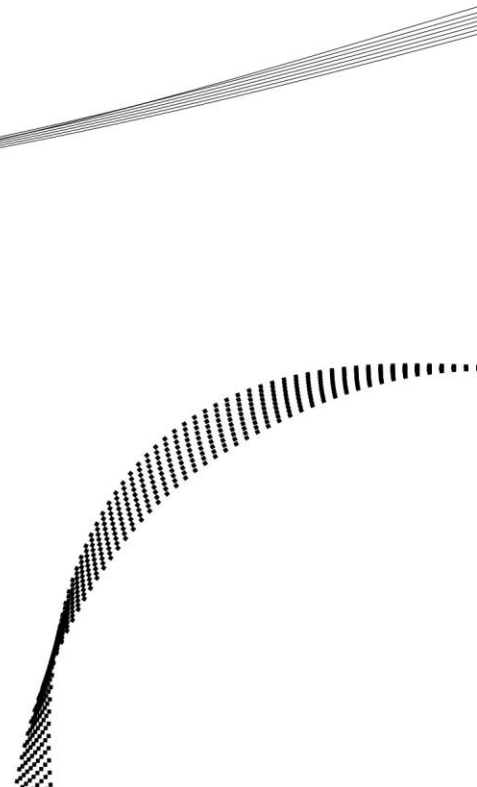


Begeleiders:

Hester Trompetter

Karlein Schreurs

Juni 2015



**UNIVERSITEIT TWENTE.**

## **Samenvatting**

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is gericht op het bevorderen van het welbevinden van mensen. Hierdoor lopen ze minder risico om een psychische ziekte te ontwikkelen. De interventie 'Geluk en zo', welke centraal staat in dit onderzoek, is een op ACT gebaseerde kortdurende zelfhulp interventie. In deze werden de kernprocessen uit het psychologische flexibiliteitsmodel beïnvloed. Gedurende 2 weken gingen 8 deelnemers met 4 verschillende oefeningen aan de slag die ervoor zouden zorgen dat de processen op een positieve manier worden bevorderd. Uiteindelijk is het doel van deze interventie het welbevinden van de deelnemers te vergroten. Op dit moment bevindt zich de interventie nog in de ontwikkeling tot een internetinterventie. Het is van belang om al in een vroeg stadium van de ontwikkeling de belangen van de doelgroep te integreren zodat de usability omhoog gaat en het effect van de interventie wordt vergroot. Hiervoor werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van vragenlijsten die het welbevinden en processen van het flexibiliteitsmodel meten en interviews die de gebruikerservaringen verzamelen. Hoewel het verschil tussen de voor en nametingen van de vragenlijsten op groepsniveau niet klinisch relevant leken te zijn komt er uit de interviews een andere resultaat na voren. De ervaringen van de deelnemers lieten zien dat ze na afloop van de interventie daadwerkelijk bewuster en waardengerichter handelingen hebben uitgevoerd wat uiteindelijk het welbevinden kan bevorderden. Deze interventie zou na verdere aanpassingen ervoor kunnen zorgen dat dagelijks stress geen psychische ziekte wordt.

## **Abstract**

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is intended to promote the well-being of people. Through this the risk of developing a mental illness is lower. The intervention "Geluk en zo" is a short term self-help intervention, in which the processes of the psychological flexibility model are influenced. During 2 weeks 8 participants made 4 different exercises based on these processes. Ultimately, the goal of this intervention is to increase the well-being of the participants. At this time, the intervention is still in the development to become an Internet intervention. It is important to engage the user with his wishes and needs at an early stage of the development so that the usability is increased and by that the effect of the intervention. Questionnaires that measure the well-being and processes of psychological flexibility were used and interviews were conducted which provide an inside into the user experiences. Although the differences between the pre- and post-tests were not significant, the interviews did indicate that participants noticed an effect. The experiences of the participants showed that they acted more consciously and value-oriented after the intervention and this can ultimately promote wellbeing.

After further adjustments this intervention is likely to have the potential to prevent the development of mental illness.

## Inhoudsopgave

<b>1. INLEIDING .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY MODEL – ZES KERNPROCESSEN.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2 NUT VAN DE INTERVENTIE.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 ONDERZOEKSVRAGEN.....</b>	<b>9</b>
<b>2. METHODE .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 DEELNEMERS .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 PROCEDURE .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3 MATERIALEN .....</b>	<b>11</b>
<i>2.3.1 DE INTERVENTIE .....</i>	<i>11</i>
<i>2.3.2 MEETINSTRUMENTEN .....</i>	<i>13</i>
<i>2.3.3 HET INTERVIEW .....</i>	<i>14</i>
<b>2.4 ANALYSE.....</b>	<b>14</b>
<b>3. RESULTATEN .....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 EFFECT VAN DE INTERVENTIE .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 GEBRUIKERSERVARINGEN .....</b>	<b>20</b>
<i>3.2.1 EFFECT VAN DE INTERVENTIE.....</i>	<i>21</i>
<i>3.2.2 OPBOUW VAN DE INTERVENTIE .....</i>	<i>23</i>
<b>4.DISCUSSIE.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 AANBEVELINGEN.....</b>	<b>26</b>
<b>4.2 BEPERKINGEN.....</b>	<b>27</b>
<b>5. LITERATUUR.....</b>	<b>29</b>
<b>APPENDIX.....</b>	<b>32</b>

## 1. Inleiding

Het is belangrijk om al preventief ervoor te zorgen dat mensen ‘welbevinden’ kunnen ervaren en op een productieve manier met problemen kunnen omgaan. Het is niet de bedoeling om de focus op psychologische disfuncties te leggen maar om ervoor te zorgen dat gezonde mensen een positieve kijk tegenover het eigen leven en zichzelf hebben en hierdoor ervaringen adequater kunnen evalueren (Ryff, 1995). Als mensen met hun belevingen moeten vechten, kan dit worden omschreven als ‘lijden’. Steven Hayes gaat ervan uit dat mensen als reactie hierop vermijdingsgedrag gaan vertonen wat ter gevolg heeft dat het lijden tot een psychische ziekte wordt (Hayes, 2007). Om dit te voorkomen moet het welbevinden worden bevorderd, wat door de WHO als volgt wordt gedefinieerd: *“a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”* (who, 2005, p.2). Er is aangetoond dat een waardengericht leven correleert met een hoog welbevinden (Zika & Chamberlain, 1992). Een waardengericht leven kan worden beschreven als: *“[...] the cognizance of order, coherence, and purpose in one’s existence, the pursuit and attainment of worthwhile goals, and an accompanying sense of fulfillment”* (Reker & Wong, 1988, p. 221).

Het leiden van een meer waardengericht leven vermindert het risico om ziek te worden en zorgt dat mensen emoties en gebeurtenissen die niet te veranderen zijn beter accepteren (Keyes, 2007). Een mogelijke methode om dit te ontwikkelen is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Dit is een vorm van cognitieve gedragstherapie met als doel om de aanvaarding van negatieve gevoelens te vergroten en hiermee ruimte te scheppen voor handelingen die op eigen waarden gebaseerd zijn (Hayes et al., 2012). Dit is mogelijk door de psychologische flexibiliteit te vergroten en hierdoor vermijdingsgedrag te verminderen en het vechten tegen de eigen emoties en belevingen op te geven. In plaats hiervan is het de bedoeling om emotionele problemen met aandacht en compassie te beleven (Harris, 2010). De doelen van ACT zijn nauw verbonden met mindfulness. Mindfulness is een staat van bewustzijn die het welbevinden bevordert (Brown & Ryan, 2003). Jon Kabat-Zinn (1996) veronderstelt dat mindfulness geen activiteit, maar een vorm van het bewustzijn is, die ontstaat door met aandacht aanwezig te zijn in het heden.

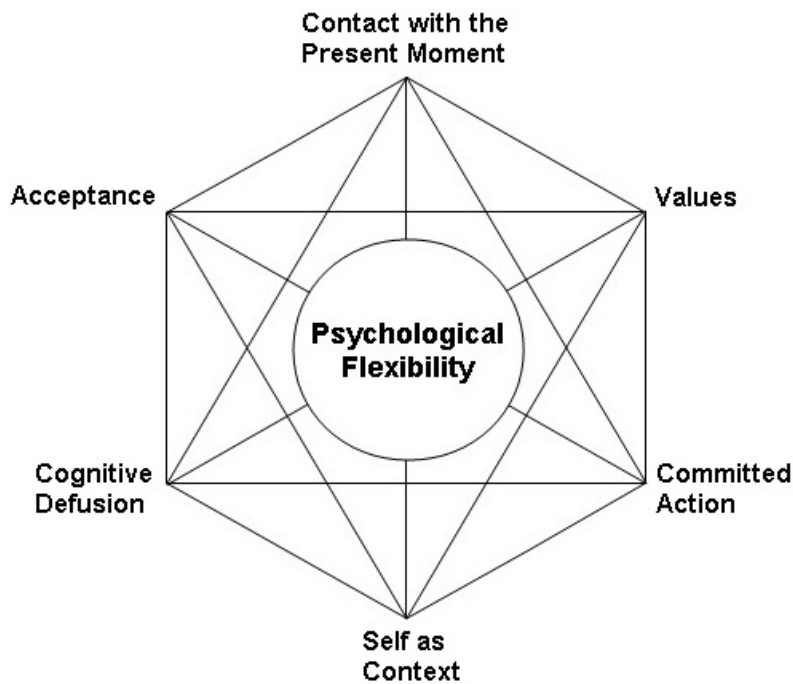
Interventies die het welbevinden bevorderen zijn al onderzocht. Hieruit volgde duidelijk dat het welbevinden van de participanten na afloop van interventies was verhoogt, wat het risico op een depressie vermindert (Bolier et al., 2013). Gezien dit effect, is ervoor gekozen om een interventie te ontwerpen die probeert het welbevinden van mensen te bevorderen. De interventie

‘Geluk en zo’, welke centraal staat in dit onderzoek, is een op ACT gebaseerde kortdurende zelfhulp interventie. Bohlmeijer en collega’s (2011) hebben onderzoek gedaan naar het effect van preventieve interventies die gebaseerd zijn op ACT voor symptomen van een depressie. Hierbij kwam naar voren dat de participanten na afloop van de interventie minder depressieve symptomen lieten zien en een hoger niveau van welbevinden rapporteren (Bohlmeijer et al., 2011). Ook bij mensen met chronische pijn lijkt een interventie die gebaseerd is op ACT effect te hebben. Dit laten uitkomsten van een 8 weken durende groepsinterventie zien (Wetherell et al., 2011). Dit benadrukt de effectiviteit van vroegtijdige interventies die op ACT gebaseerd zijn.

Wat de interventie ‘Geluk en zo’ onderscheidt van deze interventies is de korte duur. Er zijn eerder nog geen ACT-interventies gemaakt die slechts twee weken duren. Wanneer een korte interventie een even groot effect heeft, zal dit de kosteneffectiviteit erg ten goede komen. Er is al een ACT-interventie voor mensen met chronische pijn die maar 4 weken duurt. Deze lijkt significant effect te hebben op onder ander de ziekteverlof van de deelnemers (Dahl et al., 2004). Het is te verwachten dat de interventie een positief effect heeft op de aanvaarding van negatieve emoties van de deelnemers en ook een waardengericht leven bevordert. Op langere termijn kan dit voorkomen dat de inadequate omgang met negatieve ervaringen in een psychische ziekte ontaardt.

### **1.1 Psychological Flexibility Model – Zes Kernprocessen**

De interventie ‘Geluk en zo’ is erop gericht de psychologische flexibiliteit van mensen te vergroten. Het psychologische flexibiliteitsmodel vat de processen samen die invloed hebben op de psychologische flexibiliteit van de mensen. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat er zes processen zijn die in deze context belangrijk zijn (Hann & McCracken, 2014). Zoals te zien is in Figuur 1 zijn deze zes kernprocessen onderling afhankelijk en kunnen deze dus niet los van elkaar worden gezien. Bovendien kunnen ze elkaar ook ondersteunen. In het volgende tekstgedeelte worden de zes kernprocessen, welke horen bij het model, uitgelegd om duidelijk te maken hoe het model werkt.



*Figuur 1. Psychological flexibility model*

#### *Acceptatie*

Acceptatie is het open staan voor negatieve emoties en moeilijke gedachten. Dit houdt in om deze ongewenste gevoelens en gedachten niet te proberen te bestrijden maar in plaats hiervan met een bewuste en actieve houding deze te accepteren om zo ruimte te bieden voor handelingen die gepaard gaan met eigen gekozen waarden (Hayes et al., 2006).

#### *Cognitieve defusie*

Wanneer iemand met zijn of haar gedachten gefuseerd is, houdt dat in dat de gedachten volledig voor waar aangenomen worden. Dit heeft tot gevolg dat negatieve gedachten grote invloed kunnen hebben op het gevoelsleven. Cognitieve defusie is erop gericht om de impact van gedachten te verminderen door de eigen gedachten met afstand te bekijken en deze niet als waarheid te beschouwen, maar alleen tot woorden en beelden te reduceren (Harris, 2010; Hayes et al., 2006).

#### *Opmerkzaamheid*

Opmerkzaamheid is een proces dat veronderstelt dat men aandacht op het heden richt zonder erover te oordelen. Aandacht wordt hier beschouwd als het contact maken met de omgeving op psychologisch en fysiek niveau. Hiermee ontstaat een bewustwording van wat er op dit moment gebeurt (Hayes et al., 2006). Het richten van de aandacht op het huidige moment, stimuleert dat men zijn eigen waarden mee neemt in het nemen van beslissingen (Hayes et al., 2006).

### *Zelfobservatie*

Door zelfobservatie kan men zich bewust worden dat ook doelen, zelfconcepten en beschrijvingen gedachten zijn en niet per se waarheid. Hierdoor wordt het mogelijk om los van oude zelfbeelden te kiezen voor waardengericht handelen (Bohmeijer et al., 2013).

### *Waarden*

ACT ziet waarden als gekozen kwaliteiten van doelgerichte acties. Als men gekozen waarden heeft, helpt dit een stabielere leven te leiden omdat emoties en gedachten die niet passen bij de gekozen waarden niet meer richtinggevend zijn (Hayes et al., 2006). De verder beschreven kernprocessen van het psychologische flexibiliteitsmodel zijn ondergeschikt aan het doel om een weg te vinden om beslissingen op basis van de gekozen waarden te nemen en zo een leven te voeren dat overeenstemt met eigen belangen (Hayes et al., 2006).

### *Geëngageerde actie*

Dit kernproces richt zich op de waarden van een individu. Het is niet alleen van belang om waarden te hebben maar ook om het gedrag erop te richten (Harris, 2010). Dagelijkse handelingen moeten worden bepaald door de gekozen waarden om eigen doelen te kunnen bereiken (Hayes et al., 2006).

## **1.2 Nut van de interventie**

De medische voortgang maakt het mogelijk dat mensen langer kunnen leven, ook al zijn ze ziek. Dit heeft ter gevolg dat mensen veel langer met chronische ziektes kunnen leven. Dit heeft een langer leven tot gevolg maar geen beter leven (Keyes, 2007). De combinatie van de vergrijzing van onze populatie en de steeds groter wordende prevalentie van chronische ziektes zorgen voor een hoge belasting van het gezondheidssysteem. Het is een belangrijke opgave van de moderne psychologie om hier te interveniëren en ervoor te zorgen dat gezonde mensen gezond blijven door te voorkomen dat verkeerde omgang met stress en negatieve emoties leidt tot het ontwikkelen van een depressie.

eHealth interventies bieden een goede oplossing hiervoor. eHealth omschrijft het gebruik van informatie en communicatie technologie in de gezondheidszorg (Sorbi & Riper, 2009). Dit wordt steeds belangrijker omdat de marginale kosten per deelnemer veel lager zijn dan bij een face-to-face interventie (Murray, 2012). In het laatste decennium is er veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van internetinterventies en er is bijvoorbeeld naar voren gekomen, dat deze interventies bij depressies net zo veel effect hebben als een face-to-face therapie (Andersson, 2009). Bijkomend is het voor de deelnemers handig, omdat de interventie heel eenvoudig beschikbaar is en ze deel kunnen nemen zonder hun gewone omgeving te verlaten. Bovendien wordt ook de anonimiteit en de persoonlijke levenssfeer niet aangetast



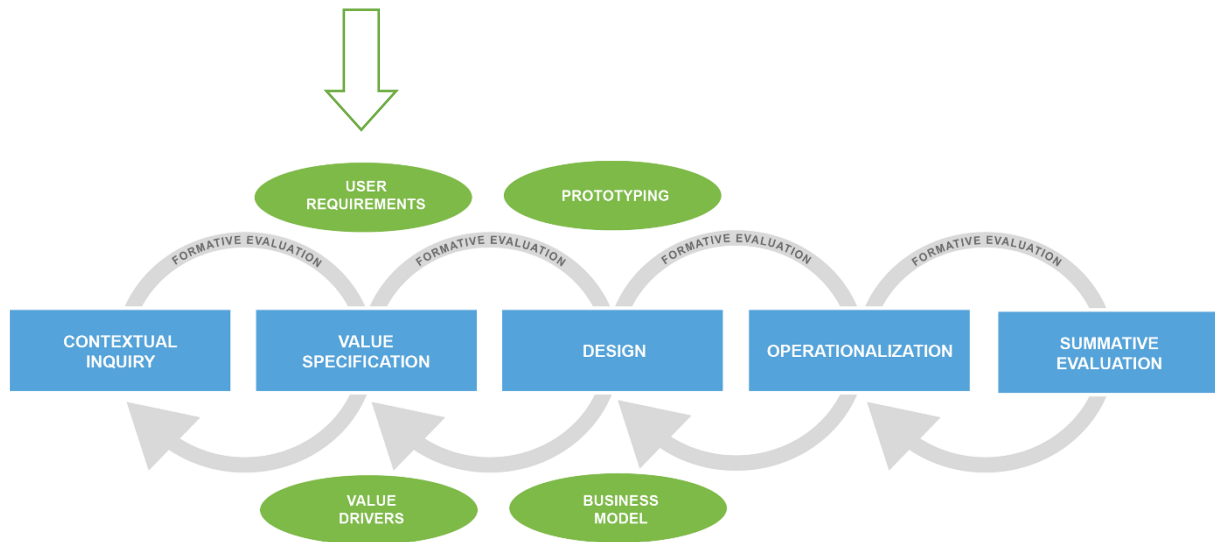
(Murray, 2012). In tegenstelling tot deze positieve evaluatie van internetinterventies wordt er in de praktijk amper gebruik van gemaakt en staat het nog niet hoog in aanzien (Gemert-Pijnen et al., 2011). Dit kan onder andere het gevolg zijn van de ontwikkeling van interventies, waarbij geen rekening wordt gehouden met gewoontes en leefwijzen van de deelnemers en andere aspecten die belangrijk zijn in het kader van een functionerende interventie (Gemert-Pijnen et al., 2011).

Hoe beter een gebruiker kan omgaan met een nieuwe technologie, hoe beter deze werkt (Wickens et al., 2014). Vanuit deze reden is dit onderzoek een pilot studie voor een verdere ontwikkeling van de interventie ‘Geluk en zo’ naar een eHealth interventie. In het huidige onderzoek wordt de interventie op papier aangeboden maar het is de bedoeling dat deze verder wordt ontwikkeld naar een applicatie.

Dit onderzoek is niet alleen bedoeld om te weten te komen of de interventie ‘Geluk en zo’ effect heeft, maar ook hoe deze ervaren wordt door de deelnemers om deze achteraf te kunnen verbeteren. De ontwikkeling van deze interventie is user-centered. Dit betekent dat het design van de interventie aan de gebruiker wordt aangepast. Dit kan worden gerealiseerd met behulp van de ‘holistic framework approach’ (Figuur 2) (Gemert-Pijnen, 2011). Bij het proces van de ontwikkeling van deze interventie zijn we op het punt van ‘user requirements’. Dit betekent dat dit onderzoek ervoor dient om te weten te komen wat gebruikers nodig hebben om de interventie in de toekomst op een effectieve manier uit te kunnen voeren. Hiermee wordt een betere interactie van de interventie met de uiteindelijke doelgroep veronderstelt, omdat door de evaluatie van gebruikservaringen de behoeftes en capaciteiten van de deelnemers kunnen worden vastgesteld. Hierdoor kan de interventie worden aangepast en zo de usability van de interventie verhoogd (Gemert-Pijnen, 2011).

Usability is een concept bestaand uit vijf criteria; ‘Efficiëntie’, ‘nauwkeurigheid’, ‘leerbaarheid’, ‘gedenkwaardigheid’, ‘tevredenheid’ en richt zich niet op de capaciteiten van een technologie maar op de belangen van de gebruiker (Wickens et al., 2014). Als aan deze criteria is voldaan, kan de interactie tussen technologie en gebruiker verbeteren. Met een verhoging van de usability gaat ook het effect van de interventie omhoog, wat duidelijk maakt hoe belangrijk het is om hierop te letten (Jaspers, 2009). Gould en collega’s (1985) stellen dat het, in het kader van usability, al in het begin van de ontwikkeling belangrijk is om te focus te leggen op de uiteindelijke gebruiker om deze in zijn geheel te begrijpen. Verder is het aangeraden om de gebruikers prototypen te laten testen, zodat het design hiervan kan worden aangepast om de gebruiksvriendelijkheid te verhogen. Net zoals in het model van Gemert-Pijnen (2011) is volgens Gould en collega’s (1985) een ‘Iterative Design’ van belang, wat

betekent dat er een cirkel moet zijn van ‘design’, ‘test’ en ‘meetmoment’ en dat dit zo vaak wordt herhaald als nodig is. Met behulp van dit onderzoek worden bij de ontwikkeling van ‘Geluk en zo’ deze principes nagegaan.



*Figuur 2. Ontwikkeling van een eHealth design*

### 1.3 Onderzoeksvragen

Dit pilotonderzoek geeft een kader voor de verdere ontwikkeling van de interventie ‘Geluk en zo’. Hiervoor wordt naar het effect van de interventie gekeken en bijkomend naar de gebruikerservaringen. Dit geeft een indicatie voor verbeteringen voor het latere proces die het effect zouden kunnen verhogen. Hiervoor wordt de eerste versie van de interventie uitgevoerd en wordt met behulp van voor en nametingen gekeken of er een effect te zien is. Omdat de interventie ervoor zou zorgen dat het welbevinden van de deelnemers omhoog gaat wordt er volgende onderzoeksvraag gesteld:

1. *Wat is het effect van de interventie ‘Geluk en zo’ op het welbevinden van de deelnemers evenwel als mindfulness, acceptatie en een waardengericht leven?*

Er wordt verwacht dat het welbevinden omhoog gaat. Daarboven worden interviews gehouden om gebruikerservaringen te verzamelen.

2. *Hoe ervaren de deelnemers de interventie ‘Geluk en zo’ wat betreft effect, tijdsinvestering en inhoud?*

Er kan ervan worden uitgegaan dat de evaluatie van het minitraining ertoe leidt, dat er verder mee kan worden gewerkt en de interventie ook als eHealth interventie kan worden aangeboden.

## 2. Methode

### 2.1 Deelnemers

In totaal hebben 8 personen aan de interventie ‘Geluk en zo’ deelgenomen (Tabel 1). Deze waren tussen de 19 en 27 jaar oud waarbij de gemiddelde leeftijd 22,5 was. Van de 8 deelnemers waren er 6 vrouwen en 2 mannen. Behalve een man waren alle deelnemers studenten. De deelnemers werden verzameld met behulp van convenience sampling. Dit betekent dat de onderzoeker gebruik heeft gemaakt van participanten die bereikbaar waren in de omgeving en mee kunnen doen aan de studie.

#### *Inclusiecriteria*

De proefpersonen moesten ten minste 18 jaar oud zijn. Ten tweede was het van belang dat ze de Nederlandse taal beheersen, omdat de interventie, de vragenlijsten en het interview in het Nederlands worden afgenomen. Dit was van belang om misinterpretaties te voorkomen binnen de interventie.

#### *Exclusiecriteria*

De deelnemers mochten geen last van een psychische ziekte hebben zoals een stemmingsstoornis. Dit werd beoordeeld op basis van zelfinschatting.

Tabel 1: *Demografische Data deelnemers*

	Totaal	Vrouwen	Mannen
Aantal	8	6	2
Leeftijd (M.)	22,5	22	24
Opleiding			
HBO	1	0	1
HAVO	7	6	1
Burgerlijke staat	Alle ongehuwd	Alle ongehuwd	Alle ongehuwd
Situatie die op dit moment van toepassing is	7: onderwijs, om- of bijscholing 1: Betaald werk	Alle onderwijs, om- of bijscholing	1: Onderwijs, om- of bijscholing 1: Betaald werk

*Noot:* M= Mean

### 2.2 Procedure

Voordat er was begonnen met het onderzoek was er een toestemming verkregen van de ethische commissie UT-Psy. De Minitraining ‘geluk en zo’ werd gedurende twee weken van 8 deelnemers uitgevoerd. Het was ontworpen als een interventie met voor- en nametingen. Voordat de deelnemers daarmee konden beginnen was er een afspraak met een van de

onderzoeksleider gepland om het vragenlijstpakket (Appendix 3) in te kunnen vullen, het toestemmingsformulier (Appendix 2) te ondertekenen en de interventie te bespreken. De deelnemers kregen het informatieboek en een oefenboekje. Samen met de onderzoeker werd de interventie besproken om misverstanden te voorkomen. Om de voortgang bij te kunnen houden was er na afloop van week 1 nog een afspraak gepland. Na afloop van de interventie was er opnieuw een bijeenkomst gepland, om het vragenlijstpakket nog een keer af te nemen en bijkomend het Interview (Appendix 1) af te nemen. Dit interview was opgenomen en later getranscribeerd. Het invullen van het vragenlijstpakket duurde ongeveer 20 minuten. Het Interview duurde ongeveer 15 minuten of korter.

## **2.3 Materialen**

### *2.3.1 De Interventie*

De interventie ‘Geluk en zo’ bestond uit een informatieboek en een oefenboek. Het informatieboek bevatte alle informatie die de participant nodig had voor het maken van de oefeningen. Er waren vier oefeningen beschreven die gedaan moesten worden door de participant. Daarnaast was er na iedere week een terugblik om te kijken wat er was gebeurd. Het oefenboek was ervoor gemaakt dat de participant de resultaten en gedachtegangen, die belangrijk zijn binnen de oefening, op konden schrijven en de voortgang konden bijhouden. Dit bevatte bijvoorbeeld tabellen waar de deelnemers konden opschrijven wat ze op een bepaald tijdstip aan het doen waren en of dit een handeling was die ze ergens naartoe brengt of waar ze vanaf wilden. In Tabel 2. is er een overzicht van de oefeningen die gemaakt moesten worden.

Tabel 2. Beschrijving van de interventie

	Duur	Oefening	Achtergrond
Week 1	30 minuten aan het begin van week 1	<b>Oefening 1:</b> <i>'Er vandaan of ernaar toe?'</i> Waar wil je vanaf en waar naartoe? Een korte bewustwording van de doelen, die de deelnemer heeft in zijn alledaagse leven.	Zelfobservatie - Identificatie van waarden en acties
	2 minuten 4 keer per dag	<b>Oefening 2:</b> <i>'Dagelijks opmerken'</i> Wat ben je aan het doen? Opschrijven wat er op dit moment gedaan wordt en of het iets is waar de deelnemer vanaf of naartoe wil.	Flexibele aandacht in het heden en acceptatie – Mindfulness. Bewustwording van de handelingen in het hier en nu.
Week 2	Aan het begin van week 2	<b>Oefening 3:</b> <i>'De stand van zaken'</i> Terugblik op de eerste week. Balans maken en ervaren van de gevoelens die de deelnemer bij een handeling had die hem ergens naartoe brengen en de ervaringen die de deelnemer had die hem ergens vanaf brengen. Zijn deze dingen in verband te brengen met wat ze belangrijk vinden?	Zelfobservatie en waarden – Mindfulness. Ervaringen actief waarnemen en met aandacht aanwezig zijn in het 'nu'.
	2 minuten 4 keer per dag	<b>Oefening 4:</b> <i>'Doen wat belangrijk is'</i> Doen! Uitbreiding van oefening 2. De deelnemer moet nu nog overwegen of hij zijn handeling voort wil zetten ook als het iets is waar hij eigenlijk vanaf wil. Hij heeft nu de mogelijkheid of hij iets anders gaat doen, wat beter bij zijn doelen past.	Toegewijde actie – Waarden omzetten in handelingen.

*Note. De theorieën zijn in de Inleiding terug te vinden*

### 2.3.2 Meetinstrumenten

De MHC-SF ( Mental Health Continuum – Short Form) meet het welbevinden door zelfrapportage van mensen met behulp van drie dimensies (Keyes, 2002): Emotioneel (Item 1-3, M=14,01, SD=2,82), psychologisch (Item 9-14, M=25,08, SD=5,94) en sociaal (Item 4-8, M=16,65, SD=5,05) welbevinden. De vragenlijst bestaat uit 14 items die beoordeeld moeten worden door de participanten met behulp van een 6-punt-likert-schaal. Het is de bedoeling dat de participanten zeggen hoe vaak een uitspraak in de afgelopen maand geldig was. De antwoordmogelijkheden gaan van 0='nooit' tot 5='Elke dag'. Een hogere score op de vragenlijst wijst op een hoger mate van welbevinden bij de participanten (Lamers et al., 2011). De betrouwbaarheid van de totale MHC-SF is hoog ( $\alpha=0.89$ ) (Lamers et al., 2011). Voor de verdere analyses werd het gemiddelde en de standaarddeviatie van een grotere steekproef gebruikt (M=55,72; SD=11,9) (Lamers et al., 2011).

De MAAS (Mindful Attention Awareness Scale) is een 15-Item schaal die karakteristieken van mindfulness meet. Respectievelijk in hoeverre de alledaagse belevingen van de deelnemer mindful zijn. Hiervoor moet de deelnemer 15 verschillende uitspraken beoordelen op een 5-punt-likert schaal. De antwoordmogelijkheden gaan van 1='Bijna altijd' tot 6='Bijna nooit'. Het Interval van de interne consistentie varieert van .80 tot .90 (Brown, 2003), wat een hoge betrouwbaarheid betekent (Klines, 2000). Hogere scores betekenen een hoger level aan dispositioneel mindfulness. (M=66,75; SD=11,55) (Carlson & Brown, 2005).

Om experiëntiële vermijding oftewel ook het tegenovergestelde, acceptatie te meten, is de AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire) ontwikkeld (Jacobs et al., 2008). De uit 10 items bestaande vragenlijst wordt door een 7-punt likert schaal beantwoord. De antwoordmogelijkheden gaan van 1='nooit waar' tot 7='Altijd waar'. De interne consistentie van de vragenlijst heeft een waarde van  $\alpha=0.89$ . Volgens Klines (2000) duidt dit op een hoge betrouwbaarheid. Hoe hoger de score, hoe groter is de experiëntiële vermijding. Hoe lager de totaalscore van een deelnemer, hoe hoger is de acceptatie. (M=40,27; SD=6,47) (Jacobs et al., 2008).

De ELS ( Engaged Living Scale) meet in hoeverre er een waardengericht leven wordt geleid. Respectievelijk meet de vragenlijst een betrokken stijl van leven binnen het kader van ACT. De uit 16 items bestaande vragenlijst meet twee factoren. Deze zijn 'Valued Living' (n=10) en 'Life Fulfillment' (n=6). De antwoorden worden ingevuld met behulp van een 5-punt Likertschaal. De antwoordmogelijkheden gaan van 1='helemaal niet mee eens' tot 5='helemaal

mee eens'. Een hogere score betekent dat de participant zijn leven waardengericht voert of beoordeeld ( $M=60.80$ ;  $SD=7,83$ ) (Trompetter et al., 2013).

### *2.3.3 Het Interview*

Aan het einde van de interventie wordt een semigestructureerd interview afgenomen (Appendix 1). Aan de ene kant om te weten te komen of er een effect was en aan de andere kant om de gebruikerservaringen in kaart te brengen. Het interview bestaat in totaal uit 15 vragen. Het werd van de onderzoeksleider opgesteld. De interviewvragen zijn top-down geformuleerd. De vragen proberen een goed overzicht te geven van de usability van deze interventie. Het was belangrijk dat het interpreteren van de data niet werd geleid door voorafgaande aannames of verwachtingen. Het coderingssysteem werd met behulp van de al verzamelde data opgesteld. Ten eerste kwam het vragenblok 'algemeen' aan de orde. Hier werden 2 vragen gesteld die betrekking hadden op het algemene beeld wat de participanten hebben van de interventie. Het tweede vragenblok 'Effect van de Interventie' bevatte 3 vragen die betrekking hadden op het opgemerkte effect van de interventie op het leven van de participant. Ten slotte was het vooral voor de gebruikerservaringen belangrijk om ook te weten te komen hoe de participant de inhoud van de interventie vond. Hiervoor zijn 8 verschillende vragen opgesteld om ook op iedere oefening in het bijzonder de nadruk te kunnen leggen.

## **2.4 Analyse**

In dit onderzoek was het ten eerste de bedoeling om het effect van de interventie 'Geluk en zo' vast te stellen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van het programma SPSS (Statistical Program for Social Sciences), versie 22. Om een effect vast te stellen werden de verzamelde data van de voormetingen (T0) vergeleken met de verzamelde data van de nameting (T1). Dit houdt de uitkomsten van de MHC-SF, de ELS, de AAQ-II en de MAAS in. Bij de MHC-SF werd elke subschaal apart vergeleken. Voordat met de data gewerkt kan worden was het belangrijk om na te gaan of de scores op de schalen normaal verdeeld zijn. Dit gebeurt met behulp van de Kolmogorov Smirnov toets. Deze kan ook bij kleinere samples worden gebruikt ( $N=8$ ). Bij deze toets stelt de nulhypothese dat de data niet normaal verdeeld is, waarbij de alternatieve hypothese stelt, dat de Data wel normaal verdeeld is. Als de nulhypothese ten gunste van de alternatieve hypothese wordt verworpen, toont de Kolmogorov Smirnov een waarde die groter is dan de grenswaarde 0,05.

Omdat de data niet normaal verdeeld was werd gebruik gemaakt van een niet-parametrische toets, de Wilcoxon. Deze statistische toets is geschikt om een effect vast te stellen door de scores op de twee meetmomenten te vergelijken (Gravetter, 2009). Er werd een p-waarde van

kleiner dan 0,05 verwacht. Dit duidt een klinisch relevant effect aan van de interventie. Ten opzichte van de kleine steekproef (N=8) is er met deze resultaten niet aangetoond dat de interventie geen effect heeft gehad. Hoe kleiner de steekproef is, hoe lager is de kracht van de Wilcoxon toets om verschillen tussen te metingen op te merken (Pratt, 1981). Omdat er met een klein steekproef werd gewerkt (N=8) is er met deze resultaten dus niet aangetoond dat de interventie geen effect heeft gehad. Om een beter overzicht te krijgen van de klinische relevantie van de interventie op de scores op de 4 verschillende vragenlijsten, zijn de gemiddelde scores op T0 en T1 van alle proefpersonen afzonderlijk vergeleken. Een indicatie voor een klinisch relevant verschil biedt  $\frac{1}{2}$  standaarddeviatie, die berekend werd van de data van een grotere steekproef dan deze, zoals beschreven in de meetinstrumenten.

Ten tweede was het in dit onderzoek de bedoeling om de gebruikerservaringen te verzamelen. Hiervoor werden de afgenomen interviews ten eerste getranscribeerd. Hierbij werden persoonlijke gegevens zoals namen van personen die werden genoemd, veranderd om de anonimiteit van de proefpersonen te garanderen. Om een samenvattende interpretatie mogelijk te maken waren ten eerste onnodige uitspraken weggestreept. Hiermee werden gespreksonderdelen bedoeld, die niet belangrijk waren voor het evalueren van de interventie. Om de rest te kunnen coderen was het nodig dat er evaluatiecategorieën beschikbaar waren. Deze categorieën zijn via de bottom-up methode gevonden en zijn samengevoegd in drie domeinen. Daarmee is achteraf de valentie (negatief of positief) van de uitspraken bepaald:

1. Uitspraken over de Inhoud van de Interventie
2. Uitspraken over het effect van de Interventie
3. Uitspraken over de tijdsinvestering voor de interventie

Om belangrijke bevindingen van de deelnemers te kunnen samenvatten werd er gelet op woorden die meerdere keren naar voren kwamen en een indicatie gaven voor een van de boven genoemde domeinen. Als ze door meer dan twee personen genoemd werden, werden ze als belangrijk beschouwd en in de resultaten opgenomen. Dit proces vond ook via de bottom-up methode plaats. Verder werden de aanbevelingen van de deelnemers opgenomen in de analyse. Als dit was gebeurd kon worden vastgesteld hoe het algemene beeld van een proefpersoon maar ook het gezamenlijke beeld van alle proefpersonen was ten opzichte van de interventie. Tevens kunnen aanbevelingen worden gebruikt om de interventie verder te ontwikkelen. Er werd verwacht dat er meer positieve dan negatieve uitspraken gedaan werden. Dit zou op een algemeen positief beeld van de interventie duiden, wat betekent dat het zinvol is om deze interventie verder te ontwikkelen.



### 3. Resultaten

#### 3.1 Effect van de interventie

Gebruikmakend van de Wilcoxon toets wordt een overall beeld van de hele groep geschetst. De toets laat zien dat er bij alle tests geen klinisch relevante verschillen tussen T0 en T1 zijn of dat deze te klein zijn om ze met de Wilcoxon te kunnen detecteren. Dit duidt erop dat er geen effectiviteit was. Voor een verdere indicatie van een effect van individuen worden in het volgende de scores op iedere test van alle individuen vergeleken. De Z-waarde en de waarde van de Overschrijdingskans zijn in Tabel 3 terug te vinden.

Tabel 3: Totaalscore en Overschrijdingskans van alle tests: *Vergelijking van T0 en T1*

	Totaalscore	p-waarde
MHC Totaal	-0,491	0,624
MHC: Emotieschaal	-0,933	0,351
MHC: Sociale schaal	-1,632	0,103
MHC: Psychologische schaal	-0,86	0,931
MAAS	-0,491	0,624
ELS	-0,339	0,735
AAQ	0,000	1,000

In Tabel 4 zijn de gemiddelden en standaarddeviaties van de voor en nametingen op alle toetsen te zien. Verder zijn ook de verschillen weergegeven. Op de MHC is er een verschil van 2,37 te zien. De emotieschaal en de sociale schaal laten ook een vooruitgang zien. Het valt op dat het verschil op psychologische sub schaal negatief is. Net zoals bij de MAAS. Het verschil van de AAQ indiceert tevens een achteruitgang. Bij de ELS is er een verschil van 0,51 aangetoond.

Tabel 4. *Descriptieve statistieken*

	T0 M(SD)	T1 M(SD)	Verschilcores
MHC Totaal	48,13 (5,08)	50,5 (5,68)	2,37
MHC: Emotieschaal	11,38 (1,06)	12,13 (1,72)	0,75
MHC: Sociale schaal	15,13 (3,27)	16,88 (2,90)	1,75
MHC: Psychologische schaal	21,63 (2,07)	21,5 (2,14)	-0,13
MAAS	53,25 (0,50)	52,63 (0,77)	-0,62
ELS	60,623 (4,89)	61,13 (5,74)	0,51
AAQ	26,75 (5,97)	27,75 (5,26)	1

*Noot:* M= Mean SD=Standaarddeviatie

*Effecten op welbevinden per individuele deelnemer*

De uitkomsten op de MHC-SF laten zien dat er van de 8 proefpersonen 7 zijn waar de score op T1 hoger is dan op T0 (Pr 1, Pr 2, Pr 4, Pr 5, Pr 6, Pr 7, Pr 8) (Tabel 5). Gebruikmakend van het criterium van  $\frac{1}{2}$  SD verschil lijken er 3 klinisch relevant (Pr 1, Pr 6, Pr 8) te zijn. Proefpersoon 3 scoort lager op T1 dan op T0.

Tabel 5: *MHC-SF Individuele Somscores en Verschilcores*

Steekproef	T0 totaal (EW, SW, PW)	T1 totaal (EW, SW, PW)
<b>1</b>	<b>45 (11, 15, 19)</b>	<b>53 (14, 18, 21)</b>
2	45 (10, 12, 23)	49 (13, 15, 21)
3	47 (10, 15, 22)	46 (11, 14, 21)
4	53 (13, 18, 22)	56 (12, 20, 24)
5	55 (12, 19, 24)	46 (9, 16, 21)
<b>6</b>	<b>54 (12, 19, 23)</b>	<b>60 (13, 22, 25)</b>
7	42 (12, 12, 18)	43 (11, 14, 18)
<b>8</b>	<b>44 (11, 11, 22)</b>	<b>51 (14, 16, 21)</b>

*Noot:* klinisch relevante verhogingen zijn vetgedrukt, EW = Emotioneel welbevinden, SW = Sociaal welbevinden, PW = Psychologisch welbevinden

*Effecten op mindfulness per individuele deelnemer*

Van de 8 proefpersonen zijn er 3 die op T1 hoger scoren dan op T0 op de MAAS (Pr. 4, Pr. 6, Pr. 8) (Tabel 6). Gebruikmakend van het criterium van  $\frac{1}{2}$  SD zijn bij proefpersoon 6 en 8 deze verschillen significant. 5 proefpersonen scoren op T1 lager dan op T0.

Tabel 6: Maas: *Gemiddelde scores van de proefpersonen voor en na de interventie*

	Gemiddelde score T0	Gemiddelde Score T1
Proefpersoon 1	60	45
Proefpersoon 2	46	43
Proefpersoon 3	47	46
Proefpersoon 4	46	47
Proefpersoon 5	55	41
<b>Proefpersoon 6</b>	<b>50</b>	<b>69</b>
Proefpersoon 7	67	65
<b>Proefpersoon 8</b>	<b>55</b>	<b>65</b>

*Noot:* klinisch relevante verhogingen zijn vetgedrukt

*Effecten op een geëngageerd leven per individuele deelnemer*

Door de gemiddelde scores op T0 en T1 voor de ELS te vergelijken is bij sommige proefpersonen een verschil zichtbaar (Tabel 7). 4 van de proefpersonen scoren op T1 hoger dan op T0 (Pr. 2, Pr. 5, Pr. 6, Pr.8). Gebruikmakend van het criterium van  $\frac{1}{2}$  SD verschil zijn de verschillen bij proefpersoon 6 en proefpersoon 8 significant. Er scoren 3 proefpersonen lager op T1 dan op T0 (Pr. 1, Pr. 3, Pr.7). Een proefpersoon scoort op beide meetmomenten gelijk (Pr. 4).

Tabel 7: ELS: *Gemiddelde scores van de proefpersonen voor en na de interventie*

	Gemiddelde score T0	Gemiddelde Score T1
Proefpersoon 1	70	66
Proefpersoon 2	54	55
Proefpersoon 3	58	53
Proefpersoon 4	64	64
Proefpersoon 5	63	64
<b>Proefpersoon 6</b>	<b>59</b>	<b>65</b>
Proefpersoon 7	58	55
<b>Proefpersoon 8</b>	<b>59</b>	<b>67</b>

*Noot:* klinisch relevante verhogingen zijn vetgedrukt

*Effecten op acceptatie per individuele deelnemer*

Bij de AAQ zijn er bij 6 proefpersonen individuele verschillen op te merken. Bij 4 proefpersonen is er een verlaging van de scores (Pr. 3, Pr. 6, Pr. 7, Pr. 8). Vooral bij Proefpersoon 6 is een klinisch relevant verschil te zien van 10 punten, gebruikmakend van het criterium van  $\frac{1}{2}$  SD. Bij twee proefpersonen is er geen verschil tussen T0 en T1 ( Pr. 1, Pr. 4). Bij proefpersoon 2 en 5 is er een klinisch relevant achteruitgang te zien gebruikmakend van het criterium van  $\frac{1}{2}$  SD verschil. De scores zijn terug te vinden in Tabel 8.

Tabel 8: AAQ: *Gemiddelde scores van de proefpersonen voor en na de interventie*

	Gemiddelde score T0	Gemiddelde Score T1
Proefpersoon 1	25	25
Proefpersoon 2	16	29
Proefpersoon 3	31	28
Proefpersoon 4	23	23
Proefpersoon 5	29	39
<b>Proefpersoon 6</b>	<b>35</b>	<b>25</b>
Proefpersoon 7	24	23
Proefpersoon 8	31	30

*Noot:* klinisch relevante verhogingen zijn vetgedrukt

### 3.2 Gebruikerservaringen

Om een overzicht te krijgen in hoeverre de interventie positief of negatief wordt bekeken is het totale aantal positieve en negatieve opmerkingen opgeteld (Tabel 9). Vooral als het gaat om het effect zijn er meer positieve dan negatieve uitspraken gedaan. Evenzeer wordt ook over de tijdsinvestering en de algemene inhoud vaker positieve uitingen gedaan. Behalve oefening 2 worden de oefeningen apart ook vaker positief beoordeeld. Ook de opbouw wordt door vijf personen positief beoordeeld. Over het algemeen zijn alle oefeningen en de hele interventie voor de meeste deelnemers begrijpelijk.

Tabel 9: Totaal Aantal positieve en negatieve uitspraken over de interventie

	Positief	Negatief
Effect	26	8
Tijdsinvestering	16	10
Inhoud algemeen	6	4
Inhoud Oefening 1	4	3
Inhoud Oefening 2	2	2
Inhoud Oefening 3	5	2
Inhoud Oefening 4	4	2
Opbouw	5	3
Begrijpelijkheid Oefening 1	5	3
Begrijpelijkheid Oefening 2	8	
Begrijpelijkheid Oefening 3	7	1
Begrijpelijkheid Oefening 4	7	1
Begrijpelijkheid Terugblik en Evaluatie	8	

### 3.2.1 Effect van de interventie

Uit de analyse van de interviews blijkt dat de interventie er vooral voor heeft gezorgd dat de proefpersonen zich dingen bewust maken waar ze zich normaal gesproken niet bewust van waren en dat ze dat allemaal heel nuttig vonden.

*“Ik vond het een leuke interventie om zich dingen bewust te maken die normaal niet bewust zouden zijn”. (Proefpersoon 7)*

Dit gaat ook gepaard met een enthousiaste houding tegenover het veranderen van levenswijzen om doelen te bereiken:

*“ Ik vond het echt spannend om alles een keer over mezelf te ervaren en [...] ook een beetje enthousiast zijn over iets te veranderen om je doelen te bereiken.” (Proefpersoon 6)*

Hierbij kwam ook naar voren dat de meeste deelnemers het gevoel hadden dat de interventie een effect heeft op hoe ze tegen dingen aankijken die ze moeten doen. Daardoor hebben ze echt een doel voor ogen en gaan ze de dingen ook anders aanpakken. De deelname leidde dus bij

sommige respondenten ertoe dat ze hun levensdoelen konden identificeren en hiermee ook omstandigheden en dingen die ze moesten doen beter konden accepteren.

*“[...] dat je algemeen veel bewuster dingen doet en ook vaker het doel voor ogen hebt [...]. Ik heb gewoon verder gedacht en niet alleen gedacht ‘ik heb geen zin om te leren’ maar verder gedacht dus waarom doe ik dit [...] het is motiverender, omdat anders zit je heel vast en denkt ‘oké, ik heb nu geen zin om te leren’ [...] maar als je weet waarom je dit doet is het motiverender en dan is het ook makkelijker om te leren.” (Proefpersoon 8)*

Verder leidde de interventie ook ertoe dat mensen hun dagelijkse activiteiten veranderden om de tijd aan iets besteden wat meer bij hun doelen past. Een verhoging van toegewijde acties laat zich bijvoorbeeld met deze quote inzichtelijk maken:

*“[Het effect op mijn leven was] in het begin vrij acuut omdat ik als ik iets heel doms aan het doen ben, kan ik daarmee zo meteen weer ophouden en iets nuttigs gaan doen [...]. [Dit] kwam steeds minder vaak voor [...] ook omdat ik minder vaak stomme dingen ging doen”.* (Proefpersoon 6)

Aan de andere kant is uit de analyse wel duidelijk naar voren gekomen dat mensen die al bewust leven of al *“best wel gelukkig”* (Proefpersoon 3) zijn niet echt een algemeen effect op hun leven opmerken.

Ook zijn er verschillende effecten per oefening gevonden die of negatief of positief kunnen zijn. Er waren drie proefpersonen die oefening 1 het effectiefst vonden. Dit is vooral omdat ze vonden dat ze op dit moment echt konden evalueren hoe het met hun leven staat.

*“ Hier kon ik echt goed kijken en bedenken wat wil ik eigenlijk echt doen met mijn leven en ben ik daar op de juiste weg naartoe? [...] het was best wel effectief omdat het altijd in je hoofd zat.”* (Proefpersoon 1)

In tegenstelling was er ook een proefpersoon die zei dat de eerste oefening geen effect heeft gehad omdat de dingen die hij daar nog op moest schrijven wel al duidelijk voor hem waren. Oefening twee was door drie mensen als effectiefst beoordeeld. De reden hiervoor was vooral dat deze oefening het meest aanwezig was in het alledaagse leven. Het effect van oefening drie werd door twee deelnemers als effectief opgemerkt. Dit was omdat het hun bewuster heeft gemaakt dat ze echt in een cirkel zitten waar ze ook uit kunnen breken. Bijkomend viel op dat deze oefening dieper gaat en zo ook meer effect heeft. Oefening 4 werd door 4 mensen als heel erg effectief beschouwd. Ook hier vinden de proefpersonen dat deze oefening vooral een effect heeft omdat je meer over je handelingen moet nadenken:

*“ Dit was echt zo ’n moment van ‘oké, ik maak me nu bewust wat ik doe en dan neem ik zelf de beslissing of ik nu daarmee doorga of dat ik gewoon stop en iets anders [ga doen]’ en dat vond ik wel zinvol.” (Proefpersoon 6)*

Tegelijkertijd was er ook een persoon die deze oefening niet nuttig vond, omdat ze het gevoel had dat ze sowieso nooit zinloze handelingen uitvoerde. Samenvattend zijn vooral oefening 1 als wekelijkse oefening en oefening 4 als dagelijkse oefening als positief beoordeeld wat betreft het effect van de interventie.

### *3.2.2 Opbouw van de Interventie*

Over het algemeen wordt de opbouw van de interventie als goed beoordeeld. De meeste proefpersonen hadden geen moeite ermee om de interventie goed te doorlopen.

*“...niet storend in je leven, je leeft gewoon je leven door en ondertussen vul je de dingen in.” (Proefpersoon 5)*

Wat wel naar voren kwam was dat de proefpersonen het lastig vonden om altijd het dagboek precies op de gekozen momenten in te vullen, omdat ze soms bezig waren met andere activiteiten, of het dagboek vergeten waren.

*“Soms heb ik echt best wel veel te doen en dan is het wel lastig om altijd te stoppen en alles op te schrijven” (Proefpersoon 3).*

Verder vonden meerdere proefpersonen dat de eerste week meer afwisseling nodig heeft omdat het na sommige dagen saai wordt om altijd dezelfde oefening te doen. Verder kwam naar voren dat de terugblikken korter zouden kunnen zijn of *“misschien op een andere manier want dit helpt me niet echt dus misschien gewoon een van de oefeningen kiezen” (Proefpersoon 1).* Verder zou oefening 1 uitgebreid kunnen worden en ook wat meer voorbeelden bevatten. Een proefpersoon adviseert de interventie niet analoog te doen maar er een applicatie van te maken omdat vele mensen destijds een mobiele telefoon bezitten en het zo makkelijker is het dagboek bij te houden.

### *Tijdsinvestering*

Over de tijdsinvestering zijn meer positieve uitspraken gedaan dan negatieve. Over het algemeen was slechts een proefpersoon van mening dat het moeilijk was om de interventie uit te voeren wat betreft de tijd. Alle andere proefpersonen vonden dat de tijdsinvestering niet te veel was en het goed mogelijk was om de oefeningen te doen.

*“Ik had er geen problemen mee of dacht van nee daar heb ik nu geen tijd voor of zoiets. Ik vond het wel oké hoeveel tijd het gekost heeft.” (Proefpersoon 8).*

De vraag hoe het was om de oefening 4 keer per dag te doen werd ook met uitzondering van twee proefpersonen positief beantwoordt. De twee die het niet goed vonden noemden als



redenen dat ze best wel veel te doen hadden en het storender was dan men zou verwachten. In tegenstelling vonden de andere 6 proefpersonen dat het ook nuttig was om het 4 keer per dag te doen.

*“Ja, voor mij had het niet anders gehoeven. Zeg maar vaker wordt het iets storender, minder dan krijg je weer een minder goed beeld, dus 4 keer was voor nu prima.” (Proefpersoon 2).*

#### *Inhoud*

De Inhoud van de interventie wordt over het algemeen meer positief dan negatief beoordeeld. Oefening drie wordt het vaakst genoemd als het ging om de onvoldoende kwaliteit van de inhoud. De proefpersonen vonden, dat deze oefening een beetje nutteloos was.

*“Dit was vooral een herhaling. Dus niet heel erg nuttig.” (Proefpersoon 1) en “ Het was een beetje te veel om dat alles nog een keer op te schrijven”(Proefpersoon 4).*

Een vaak genoemd negatief punt was dat het soms niet mogelijk was om op de gekozen momenten zinvolle activiteiten op te schrijven omdat je gewoon dingen doet die je moet doen.

*“Ik vond het moeilijk om altijd iets voor vandaan of naartoe te bedenken want sommige dingen doe ik gewoon omdat ik ze moet doen.” (Proefpersoon 5)*

Bijkomend was er ook een proefpersoon die de mening had dat de hele eerste week saai was ten opzichte van de tweede week en ook te lang. Ook vond een proefpersoon dat de tweede oefening frustrerend was omdat je altijd opmerkt als je iets aan het doen bent waar je eigenlijk vanaf wilt. Maar over het algemeen wordt tegen de gehele interventie wel positief aangekeken:

*“Ik vond twee weken een goede tijd om het te doen en ja dat het vier keer per dag moest, vond ik goed en ook dat het in het begin wat meer oppervlakkig was en in het tweede week wat dieper.” (Proefpersoon 6)*

Wat betreft de begrijpelijkheid van de oefeningen waren er bij oefening 1 drie dingen opgemerkt die niet echt begrijpelijk waren. Dit was in hoeverre er op emoties moet worden ingegaan maar ook wat eigenlijk vandaan en naartoe betekent. Verder werd ook vermeld dat de opgave niet heel erg goed omschreven was, zodat de instructies meerdere keren moesten worden gelezen voordat er echt begrepen werd wat er bedoeld werd.

## 4. Discussie

Het eerste doel van dit onderzoek was om te weten te komen of de interventie ‘Geluk en zo’ een zichtbaar effect heeft op het welbevinden van de deelnemers. Door het directe beïnvloeden van de kernprocessen ‘acceptatie’, ‘opmerkzaamheid’, ‘zelfobservatie’, ‘waarden’ en ‘geëngageerde actie’ van het psychologische flexibiliteitsmodel werd vermoed dat het welbevinden omhoog gaat (Hayes et al., 2012). De bijhorende onderzoeksvraag luidt: *“Wat is het effect van de interventie ‘Geluk en zo’ op het welbevinden van de deelnemers evenwel als mindfulness, acceptatie en een waardengericht leven?”* Hoewel bij de groepsgewijze kwantitatieve toetsen geen significant effect aangetoond was, indiceerde de analyse van de individuele verschillen wel klinisch relevante resultaten. Het welbevinden gaat bij drie van de acht proefpersonen klinisch relevant omhoog, waarbij twee van de drie ook op de processen die welbevinden sturen een consistente vooruitgang laten zien.

Terug te voeren op het ACT model is het beredeneerd dat het welbevinden omhoog gaat als ook de processen die psychologische flexibiliteit bevorderen, omhoog gaan (Hayes, 2012). Deze interventie heeft op basis van het ACT model het doel om de psychologische flexibiliteit van de deelnemers te vergroten en uiteindelijk ruimte te scheppen voor een waardengericht en bewust leven (Harris, 2010). De consistente vooruitgang van de twee proefpersonen en de uitblijvende vooruitgang van de overige proefpersonen lijkt de noodzaak van de kernprocessen voor het verbeteren van het welbevinden te illustreren. Eerder onderzoek heeft deze samenhang al aangetoond. Er is bijvoorbeeld al naar voren gekomen dat het accepteren van het moment ertoe leidt dat men waardengericht kan handelen (Roemer et al., 2015). Dus een vooruitgang op acceptatie leidt ook tot vooruitgang op een waardengericht leven.

Met behulp van de kwalitatieve metingen in vorm van een interview is naar voren gekomen dat er meer proefpersonen zijn die de interventie wel effectief vonden. De uitkomsten lieten een verhoging van geëngageerde actie bij veel van de proefpersonen zien. Ze gingen meer dingen doen die passen bij hun doelen en hebben ook gemerkt dat het effectief was om een keer te bedenken wat eigenlijk de waarden zijn waar ze hun acties op willen baseren. Ze rapporteerden dat ze vaker de waarden of doelen die ze hadden genomen in het achterhoofd hadden tijdens het besluit nemen van een actie. Er zijn dus nieuwe handelingsmogelijkheden creëert (Roemer, Williston, & Rollins, 2015). Hiermee gepaard ging ook een verhoging van mindfulness. De deelnemers rapporteerden dat ze zich echt bewust werden van wat ze op een bepaald moment aan het doen waren en of dat een zinvolle handeling was (Brown & Ryan, 2003). Tevens is ook naar voren gekomen dat ze sommige omstandigheden beter konden accepteren, ook al waren

ze eigenlijk negatief, omdat ze wisten waarom ze dit aan het doen waren en wat voor een uiteindelijk doel ze hadden. Dit laat zien hoe de psychologische flexibiliteit kan groeien als de kernprocessen ‘acceptatie’, ‘waarden’ en ‘geëngageerde acties’ beïnvloed worden en ook hoe deze samenhangen (Hann & McCracken, 2014). Door de vergroting van psychologische flexibiliteit zijn de deelnemers nu in staat om op basis van persoonlijke waarden te leven (Hayes et al., 2012). Deze interventie lijkt dus enigszins effect te kunnen hebben op de psychologische flexibiliteit. Dit houdt dus ook in dat de interventie preventief zou kunnen werken bij gezonde mensen zodat psychische ziektes kunnen worden voorkomen.

#### **4.1 Aanbevelingen**

Uit de resultaten van de interviews blijkt dat er op de verschillende domeinen “*Uitspraken over de inhoud van de interventie*”, “*Uitspraken over het effect van de Interventie*” en “*Uitspraken over de tijdsinvestering voor de interventie*” meer positieve dan negatieve evaluaties plaatsvinden, maar dat er aanbevelingen naar voren komen die aanleiding geven tot een verbetering van de interventie. Deze aanbevelingen worden in het volgende tekstgedeelte per oefening besproken. Er kwam naar voren dat de eerste oefening “*er vandaan of ernaar toe*” wat uitgebreider zou mogen. Het grootste deel van de proefpersonen vond deze oefening wel interessant en nuttig en had het idee om bewuster te worden over de eigen doelen en waarden. Maar sommige deelnemers hadden de behoefte aan een uitgebreidere versie van deze oefening. Verder vonden sommige deelnemers de instructie niet helder genoeg. Het is belangrijk om duidelijk te maken hoe diep de deelnemers op hun gevoelens moeten ingaan.

Wat betreft de tweede oefening “*dagelijks opmerken*” wordt vooral geadviseerd om de periode waarover deze loopt wat korter te houden. In het begin vonden de meeste proefpersonen de oefening nog wel spannend maar na een paar dagen werd het saai zodat er niet meer met motivatie aan gewerkt werd. Bijkomend was het voor de meeste proefpersonen moeilijk om altijd te bedenken of de handeling die ze op dat moment aan het doen waren iets is waar ze vanaf of naartoe wilden. Hier zou het handig zijn om het tijdsbestek aan te passen waarin de handeling moet worden beoordeeld. Dit hoeft niet de handeling te zijn die ze op dat moment aan het doen zijn, maar de laatste handeling die ze hebben uitgevoerd met betrekking tot de doelen die ze hebben.

De derde oefening “*de stand van zaken*” werd als overbodig gezien. Ze vonden dat deze oefening te veel was en daarnaast heeft ook niemand het gevoel gehad vanwege deze oefening echt een effect op te merken. Daarom zou hier kunnen worden aanbevolen de oefening weg te halen of te vervangen omdat deze geen toegevoegde waarde heeft op het effect van de interventie en hierdoor gaat de usability omlaag. Dit is omdat de oefening niet als nuttig wordt

beschouwd. Samengaand met het aanbevelen de eerste oefening uit te breiden zou het misschien goed zijn om na de eerste week nog een keer dieper op de doelen en waarden van de proefpersonen in te gaan en te kijken of zich wat doelen hebben gemanifesteerd door het maken van de tweede oefening.

De vierde oefening *“doen wat belangrijk is”* hoeft volgens de deelnemers niet worden veranderd omdat deze het gewenste effect heeft bereikt.

Wat betreft de opbouw van de interventie werd er aanbevolen om deze digitaal te maken omdat het handiger is dan altijd het oefenboekje mee te moeten nemen. Tegenwoordig heeft bijna iedereen een mobiele telefoon. Hier zou een applicatie nuttig zijn om de usability van de interventie te verhogen (Wickens et al., 2014).

#### **4.2 Beperkingen**

Het onderscheid tussen de kwantitatieve en kwalitatieve metingen kan op meerdere redenen terug te voeren zijn. Dit onderzoek is slechts met acht proefpersonen gedaan. Een kleine steekproef gaat gepaard met minder significante uitkomsten op kwantitatieve metingen. Voor vervolgonderzoek is een grotere steekproef aan te raden om een beter overzicht te krijgen van het effect van de interventie. Verder is de kans groot dat er andere levensomstandigheden bias veroorzaken, zodat het verschil van de voor- en nameting niet alleen door de interventie is bepaald. Dit kunnen omstandigheden zijn zoals werk gerelateerd stress of sociale omstandigheden die stress veroorzaken. Verder is het bij gezonde mensen misschien moeilijk om echt een goed beeld te scheppen van het effect via vragenlijsten. Voor de verdere ontwikkeling van de interventie zijn vooral kwalitatieve metingen van belang. Dit houdt metingen in zoals zelfrapportage in de vorm van een interview.

Deze interventie is de eerste kortdurende ACT-interventie. Het is mogelijk, dat een periode van twee weken te weinig is om een klinisch relevant effect op te merken. Hoewel de interviews laten zien dat de processen van het ACT-model zijn bevorderd was deze interventie misschien niet lang genoeg om deze effecten in de vragenlijsten terug te zien. Effecten van eerder onderzoek zijn bijvoorbeeld gevonden bij interventies die 8 weken lang duurden (Wetherell et al., 2011). Vervolgonderzoek moet zich ook erop richten, of de interventie misschien meer effect heeft als deze langer duurt dan twee weken. Het is nog steeds de bedoeling om deze zo kort mogelijk te houden vanwege de voordelen die aan een kortdurende interventie gekoppeld zijn.

Wat opvalt, is dat vooral de twee proefpersonen bij wie een effect te zien was, zich positief uitten over de opbouw van de interventie. Dit laat de sterke samenhang met de usability en het effect van de interventie zien (Jaspers, 2009). Er zijn bij dit onderzoek dus ‘user requirements’

naar voren gekomen, die een kader kunnen bieden om de interventie verder te ontwikkelen (Gemert-Pijnen, 2011).

Omdat deze interventie nu nog in het begin van de ontwikkeling zit en nu al op de behoeftes van de deelnemers wordt gelet, is de kans groot dat het effect omhoog gaat als de ‘user requirements’ op de juiste manier worden omgezet (Gould en collega’s, 1985). Door de veelbelovende uitkomsten van de interviews kan uit dit onderzoek wel geconcludeerd worden dat de interventie een effect kan hebben en preventief zou kunnen worden ingezet bij gezonde mensen. De ontwikkeling van de interventie moet verder verlopen en het design moet worden aangepast. Op dit stadium van de ontwikkeling valt te zeggen dat ‘Geluk en zo’ veel potentie heeft om een internetinterventie te worden die een effect heeft op het welbevinden van alle deelnemers.

## 5. Literatuur

- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 175–80. doi:10.1016/j.brat.2009.01.010
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., & Walburg, J. A. (2013). *Handboek positieve psychologie. Theorie\* Onderzoek\* Toepassingen*. Uitgeverij Boom, Amsterdam
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 62–7. doi:10.1016/j.brat.2010.10.003
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119. doi:10.1186/1471-2458-13-119
- Brandsma, R. (2012) *Mindfulness Basisboek – kennis, achtergrond, toepassing*. Uitgeverij LanooCampus, Houten.
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84,822-848.
- Carlson, L. E., & Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of psychosomatic research*,58(1), 29-33.
- Ciarrochi, J., Billich, L. (2006). Acceptance and Commitment Therapy. Measures Package Process measures of potential relevance to ACT. *School of Psychology University of Wollongong*
- Crawford, J. R., Henry, J.D. (2004) The Positive and Negative Affect Schule (PANAS): Construct calidity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal Psychology*, 43, 245-265
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75
- Van Gemert-Pijnen JE, Nijland N, Van Limburg MAH, Ossebaard HC, Kelders SM, Eysenbach G, Seydel ER. A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *J Med Internet Res* 2011;13(4).
- Gravetter, F.J., & Wallnau, L.J. (2009). *Statistics for the Behavioral Sciences*, (8th Ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning
- Gould J.D., Lewis C. *Designing for Usability - Key Principles and What Designers Think*. *Communications of the ACM* 1985;28(3):300-311.
- Hann, K. E. J., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome

- domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217–227. doi:10.1016/j.jcbs.2014.10.001
- Harris, R. (2010). *ACT made simple*. Oakland, CA: New Harbinger
- Harris, R. (2010). *Acceptatie en commitment therapie in de praktijk: een heldere en toegankelijke introductie op ACT*. Netherlands: Hogrefe.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance & Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd. ed.). New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C. (with Smith, S) (2007) *In Abstand zur inneren Wortmaschine: Ein Selbsthilfe- und Therapiebegleitbuch auf der Grundlage der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)*. Tübingen:DGVT
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes S.C., Strosahl,K.D., Bunting, K., Twohig, M. & Wilson, K.G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? In S.C Hayes & K. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (p. 5-29) New York: Springer Science.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The behavioral Analyst*, 17, 289-303.
- Jacobs, N., Kleen, M., De Groot, F., A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding: De Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Gedragstherapie*, 41, 349-361
- Jaspers MWM. A comparison of usability methods for testing interactive health technologies: Methodological aspects and empirical evidence. *Int J Med Inf* 2009 May;78(5):340-353.
- Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness Meditation: What It Is, What it isn't, and Its Role in Health Care and Medicine. In J. I. Haeyuki, *Comparaitve and Psychological Study on Meditation* pp. 161-170. Delft:Eburon.
- Kelders *et al.* (2013) CeHRes roadmap for eHealth development. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. doi:10.1186/1472-6947-13-26
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*,43(2), 207–222.
- Keyes, C.L.M (2007) promoting and protecting mental health as flourishing. Emory university
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing (2nd ed.)*. London: Routledge
- Lamers, S., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*, 67(1), 99-110.

- Maslow, A.B. (2011) *Towards a psychology of being*. Blacksburg VA: Wilder Publications.
- Murray, E. (2012) Web-based interventions for behavior change and self-management: potential, pitfalls, and progress. *e-Health Unit Research Department of Primary Care and Population Health University College London London United Kingdom*. 14;1 (2) doi: 10.2196/med20.1741
- Reker, G. T., & Wong, P. P. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In *Emergent theories of aging* (pp. 214-246).
- Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 52–57. doi:10.1016/j.copsyc.2015.02.006
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person – a therapists view of psychotherapy*. London: Constable.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 99-104.
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 3, 137–152
- Pratt, J.W. and Gibbons, J.D. (1981), *Concepts of Nonparametric Theory*, New York: Springer Verlag.
- Sorbi, M., J., Riper, H. (2009) e-Health – gezondheidszorg via internet. *Psychologie en Gezondheid*, 37, 4, 191-201
- Trompetter, H. R., Ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M., Fledderus, M., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2013). Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric evaluation in a nonclinical sample and a chronic pain sample. *Psychological assessment*, 25(4), 1235.
- Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Solomon, B. C., et al. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107. doi:10.1016/j.pain.2011.05.016
- Wester, F. (2004). Analyse van kwalitatief onderzoeksmateriaal [Elektronische versie]. *Huisarts en Wetenschap*, 47, 122-128
- Wickens, Lee, Liu, Gordon-Becker (2014). *An Introduction to Human factors engineering* Pearson new international Edition (2), Edinburgh
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.
- Zika, S., Chamberlain, K. (1992) On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of psychology*. 83, 133-145



## Appendix

### Appendix 1: Het Interviewschema

Deze vragen zijn:

1. Hoe vond je de Interventie ?
2. Hoe was het om de Interventie te doorlopen?
  1. In hoeverre heb je het gevoel dat de Interventie een effect op je leven heeft?
  2. Welke oefening vond je het meest effectief? Vond je deze ook het meest plezierig?
  3. Was er een oefening die je niet effectief vond en waarom? Vond je deze ook het minst plezierig? Zou je er iets aan veranderen?
1. Hoe heb je de tijdsinvestering voor de interventie ervaren?
2. Hoe was het om de oefening 4 keer per dag te doen?
3. Hoe heb je de tijdsinvestering voor de wekelijkse oefeningen ervaren?
4. Hoe vaak heb je de oefeningen echt gedaan? Zoals niet, wat is er mis gegaan?
5. Was oefening 1 begrijpelijk voor je?
6. Was oefening 2 begrijpelijk voor je?
7. Was oefening 3 begrijpelijk voor je?
8. Was oefening 4 begrijpelijk voor je?
9. Was de terugblik aan het einde van week 1 en week 2 begrijpelijk voor je?
10. Wat zou je aanbevelen te veranderen aan de cursus?

### Appendix 2: Toestemmingsformulier

#### **Informatie voor proefpersonen over het onderzoek:**

*Gebruikerservaringen en effecten van korte positieve zelfhulpinterventies*

Enschede, 1 April 2015

Beste deelnemer,

We vragen je vriendelijk om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek naar het effect en de gebruikerservaringen van een korte mini-interventie om gelukkiger en positiever in het leven te leren staan. We willen je in deze brief graag meer informatie geven over het onderzoek en uitleggen wat deelname voor je betekent. Daarna kun je zelf kiezen of je mee wilt doen aan het onderzoek. Lees de brief rustig door. Als je na het lezen van de brief nog vragen hebt, kun

je terecht bij de onderzoeker (E-mail: [p.brune-lobeck@student.utwente.nl](mailto:p.brune-lobeck@student.utwente.nl), Mobiel: 004915784084735)

### **Het onderzoek**

Het is een onderzoek binnen de vakgroep Positieve Psychologie en Technologie en vindt plaats in het kader van een bachelor opdracht. De begeleiders zijn Dr. Trompetter en Prof. Dr. Schreurs.

Het doel van dit onderzoek is meer te weten te komen over het effect en de gebruikerservaringen van kortdurende zelfhulp-interventies. Dit doen we via een pilot-onderzoek waarin deelnemers een korte interventie doorlopen. Voor je deelname vragen we vooral een tijdsinvestering. Deelnemers vullen van tevoren en na afloop van de interventie verschillende vragenlijsten in. Bovendien wordt na het onderzoek een kort interview afgenomen met betrekking tot de gebruikerservaringen. De Interventie duurt 2 weken lang en vraagt om iedere dag op verschillende momenten aandachtig naar je dagelijkse handelingen te kijken.

De training vraagt aan het begin van de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> week van de interventie 1 uur van je tijd en daarnaast iedere dag een aantal korte momenten om enkele minuten stil te staan bij wat je doet en wat je denkt. In totaal komen drie verschillende oefeningen aan de orde. Het invullen van de vragenlijsten kost ongeveer 20 minuten, zowel voor als na de interventie. Het afsluitende interview kost niet langer dan een uur.

Om deel te nemen is het van belang dat je ouder dan 18 jaar oud bent en geen last hebt van een stemmingsstoornis (zoals angst of depressie) of een andere psychologische aandoening. Daarnaast is een belangrijke voorwaarde dat je de Nederlandse taal goed beheerst.

### **Vrijwilligheid en Privacy**

Het is belangrijk te beseffen dat je zelf beslist of je deel wilt nemen aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als je besluit dat je niet mee wilt doen aan het onderzoek, hoef je verder niets te doen. Je hoeft ook niet te zeggen waarom je niet mee wilt doen aan het onderzoek. Als je wel meedoet, kun je je altijd bedenken en toch stoppen. Dit kan ook tijdens het onderzoek. Je gegevens worden vertrouwelijk behandeld en niet aan derden gegeven.

Alle ingevulde vragenlijsten zullen los van je persoonlijke gegevens bewaard worden. Aan het einde van het totale onderzoek zullen alle persoonsgegevens vernietigd worden. Hierdoor blijven er alleen anonieme onderzoeksgegevens over.

### **Appendix 3: Vragenlijstpaket**

Beste deelnemer,

De vragenlijst die voor u ligt bestaat uit verschillende onderdelen. De lijst begint met enkele algemene vragen. Daarna worden onder andere vragen gesteld over de manier waarop u tegen uzelf aankijkt, over uw emoties en gevoelens, dagelijkse ervaringen, uw welbevinden en uw gezondheid.

Het gaat om uw mening, er zijn geen goede of foute antwoorden. Probeer de vragenlijst zo eerlijk mogelijk te beantwoorden en denk niet te lang over uw antwoord na. Uw eerste gedachte is meestal de beste. Als u twijfelt over een antwoord, probeer dan dat antwoord te kiezen dat het beste past.

Het gaat om een momentopname, hoe u op dit moment in het leven staat. Het kan zijn dat u op een ander moment anders zou antwoorden. Invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 20 minuten.

De vragenlijsten worden anoniem verwerkt. Behalve de onderzoekers zal niemand inzage krijgen in de door u ingevulde vragenlijst.

We willen u alvast hartelijk danken voor uw medewerking!

Studenten Bachelor Psychologie,

Sabrina Heinrich en Phyllis Brune-Lobeck

Dr. Hester Trompetter,  
Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie  
Universiteit Twente

## **Akkoord**

Ik geef toestemming dat de antwoorden die ik geef ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek gebruikt mogen worden. Ik heb begrepen dat de antwoorden strikt vertrouwelijk behandeld zullen worden.

- Akkoord
- Niet akkoord

---

## **Algemene gegevens**

We beginnen met enkele algemene gegevens.

**Geslacht**

- Man
- Vrouw

**Leeftijd .....**

**Hoogst afgeronde opleiding**

- lagere school/basisschool
- lager beroepsonderwijs (bv. VMBO, LBO, huishoudschool, ambachtsschool)
- middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (bv. MAVO, (M)ULO)
- hoger algemeen onderwijs (bv. HAVO, MMS, HBS, atheneum, gymnasium, VWO)
- middelbaar beroepsonderwijs (bv. MBO, MTS, MEAO)
- hoger beroepsonderwijs (HBO)
- wetenschappelijk onderwijs (WO)

**Burgerlijke staat**

- Ongehuwd
- Gehuwd/geregistreerd partnerschap
- weduwe/weduwenaar
- gescheiden

**Welke situatie is op dit moment vooral op u van toepassing?**

- betaald werk (loondienst, zelfstandig)
- werkloos
- huishouden/gezin
- onderwijs, om- of bijscholing
- arbeidsongeschikt
- pensioen, vervroegd pensioen

## MHC (Mental Health Continuum)

Ook de volgende vragen beschrijven gevoelens die mensen kunnen hebben. Lees iedere uitspraak zorgvuldig door en omcirkel het cijfer dat het best weergeeft hoe vaak u dat gevoel had **GEDURENDE DE AFGELOPEN MAAND**. In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...

	Nooit	Eén of twee keer	Ongeveer 1 keer per week	2 of 3 keer per week	Bijna elke dag	Elke dag
...dat u gelukkig was?	0	1	2	3	4	5
...dat u geïnteresseerd was in het leven?	0	1	2	3	4	5
...dat u tevreden was?	0	1	2	3	4	5
...dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?	0	1	2	3	4	5
...dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)?	0	1	2	3	4	5
...dat onze samenleving beter wordt voor mensen?	0	1	2	3	4	5
...dat mensen in principe goed zijn?	0	1	2	3	4	5
...dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?	0	1	2	3	4	5
...dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?	0	1	2	3	4	5
...dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?	0	1	2	3	4	5
...dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?	0	1	2	3	4	5
...dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?	0	1	2	3	4	5
...dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?	0	1	2	3	4	5
...dat uw leven een richting of zin heeft?	0	1	2	3	4	5

## ELS (Engaged Living scale)

De volgende vragen gaan over 'waardengericht leven'. Waarden zijn de keuzes die we maken over hoe we ons leven willen leiden. Dit betekent dat je bepaalt wat je belangrijk vindt in je leven, wat voor jou het leven de moeite waard maakt en wat je 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
Ik heb waarden die mijn leven meer betekenis geven.	1	2	3	4	5
Ik weet wat mij inspireert in het leven.	1	2	3	4	5
Ik heb belangrijke waarden om naar te leven.	1	2	3	4	5
Ik heb een duidelijk idee van wat ik met mijn leven zou willen doen.	1	2	3	4	5
Ik maak keuzes op basis van mijn waarden, ook wanneer dat spanning geeft.	1	2	3	4	5
Ik weet hoe ik mijn leven wil leiden.	1	2	3	4	5
Ik weet wat ik met mijn leven wil doen.	1	2	3	4	5
Ik vind dat mijn gedrag echt mijn waarden weerspiegelt.	1	2	3	4	5
Ik vind dat mijn gedrag past bij mijn persoonlijke behoeften en verlangens.	1	2	3	4	5
Mijn emoties weerhouden mij niet om te doen wat ik belangrijk vind.	1	2	3	4	5
Ik leef, zoals ik altijd zou willen leven.	1	2	3	4	5
Ik ben tevreden over hoe ik mijn leven leid.	1	2	3	4	5
Er is niets dat mij tegenhoudt om te doen wat ik echt belangrijk vind.	1	2	3	4	5
Ik vind dat ik op dit moment voluit leef.	1	2	3	4	5
Ik kom toe aan dingen die belangrijk voor me zijn.	1	2	3	4	5
Ik voel dat ik volledig leef.	1	2	3	4	5

## MAAS (Mindful Attention Awareness Scale)

Hieronder staan een aantal uitspraken over uw dagelijkse ervaring. Plaats bij elke uitspraak een cirkeltje rond het cijfer dat het best aangeeft hoe vaak u de ervaring heeft. Geef aan wat echt uw ervaring weergeeft in plaats van hoe het wellicht zou moeten zijn volgens u.

	1=Bijna altijd	2= Vaak	3= Regelmatig	4=Niet vaak	5=Zelden	6=Bijna nooit
Ik kan een emotie ervaren en mij daar pas later bewust van zijn.	1	2	3	4	5	6
Ik breek of mors dingen door onzorgvuldigheid, onoplettendheid of doordat ik er met mijn gedachten niet bij ben.	1	2	3	4	5	6
Ik vind het moeilijk om mijn aandacht te houden bij wat er op dat moment gaande is.	1	2	3	4	5	6
Ik heb de neiging snel naar mijn bestemming te lopen, zonder aandacht te schenken aan wat ik onderweg meemaak.	1	2	3	4	5	6
Ik merk lichamelijke spanning of ongemak pas op als deze echt mijn aandacht trekt.	1	2	3	4	5	6
Ik vergeet iemands naam bijna meteen als ik die voor de eerste keer hoor.	1	2	3	4	5	6
Het lijkt er op dat ik dingen automatisch doe zonder mij erg bewust te zijn van wat ik aan het doen ben.	1	2	3	4	5	6
Ik voer activiteiten haastig uit, zonder er echt aandacht aan te schenken.	1	2	3	4	5	6
Ik ben zo gericht op een doel, dat ik het zicht verlies op wat ik op dit moment aan het doen ben om dat te bereiken.	1	2	3	4	5	6
Ik doe klussen en taken automatisch, zonder mij bewust te zijn van wat ik aan het doen ben.	1	2	3	4	5	6
Ik merk dat ik met een half oor naar iemand luister en ondertussen met iets anders bezig ben.	1	2	3	4	5	6

Ik ga op 'automatische piloot' ergens heen en vraag mij dan af waarom ik daar ook alweer heen ging.	1	2	3	4	5	6
Ik merk dat ik erg bezig ben met de toekomst of het verleden.	1	2	3	4	5	6
Ik merk dat ik dingen doe, zonder er aandacht aan te besteden.	1	2	3	4	5	6
Ik eet haastig zonder er bewust van te zijn dat ik aan het eten ben.	1	2	3	4	5	6



## SWLS (Levenstevredenheid)

Geef voor elk van de volgende stellingen aan in hoeverre je het ermee eens bent, gebruikmakend van onderstaande antwoordschaal van 1 tot 7.

- 1 = sterk oneens
- 2 = enigszins oneens
- 3 = een beetje oneens
- 4 = weet niet
- 5 = een beetje eens
- 6 = enigszins eens
- 7 = sterk eens

\_\_\_ Alles bij elkaar genomen is mijn leven bijna ideaal.

\_\_\_ De omstandigheden in mijn leven zijn uitstekend.

\_\_\_ Ik ben tevreden met mijn leven.

\_\_\_ Tot nu toe heb ik de belangrijke dingen gekregen die ik wil in het leven.

\_\_\_ Als ik mijn leven over zou kunnen doen zou ik bijna niets veranderen.

## PANAS (Positive Affect Negative Affect Scale)

Deze vragenlijst bestaat uit een aantal woorden die verschillende gevoelens en emoties beschrijven. Duid bij elk woord aan in welke mate u zich **NU** zo voelt. Lees elk woord en omcirkel daarnaast uw antwoord.

		Heel weinig of helemaal niet	Een beetje	Matig	Veel	Heel veel
1.	Geïnteresseerd	1	2	3	4	5
2.	Overstuur	1	2	3	4	5
3.	Uitgelaten	1	2	3	4	5
4.	Van streek	1	2	3	4	5
5.	Sterk	1	2	3	4	5
6.	Schuldig	1	2	3	4	5
7.	Angstig	1	2	3	4	5
8.	Vijandig	1	2	3	4	5
9.	Enthousiast	1	2	3	4	5
10.	Trots	1	2	3	4	5
11.	Prikkelbaar	1	2	3	4	5
12.	Alert	1	2	3	4	5
13.	Beschaamd	1	2	3	4	5
14.	Geïnspireerd	1	2	3	4	5
15.	Nerveus	1	2	3	4	5
16.	Vastberaden	1	2	3	4	5
17.	Aandachtig	1	2	3	4	5
18.	Rusteloos	1	2	3	4	5
19.	Actief	1	2	3	4	5
20.	Bang	1	2	3	4	5

**AAQ-II (De Acceptance and Action Questionnaire – II)**

Hieronder vind je een lijst van uitspraken. Beoordeel iedere uitspraak door een nummer te omcirkelen war baserend op de schaal het best bij jou past.

1	2	3	4	5	6	7
Nooit waar	Bijna nooit waar	Zelden waar	Soms waar	Dikwijls waar	Bijna altijd waar	Altijd waar

1. Het is ok als ik me iets onaangenaams herinner	1	2	3	4	5	6	7
2. Mijn pijnlijke ervaringen en herinneringen maken het me moeilijk om een waardevol leven te leiden.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ik ben bang voor mijn gevoelens	1	2	3	4	5	6	7
4. Ik maak me zorgen dat ik niet in staat ben mijn zorgen en gevoelens onder controle te houden.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mijn pijnlijke herinneringen verhinderen mij een bevredigend leven te leiden.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ik heb controle over mijn leven.	1	2	3	4	5	6	7
7. Emoties veroorzaken problemen in mijn leven	1	2	3	4	5	6	7
8. Het lijkt erop dat de meeste mensen meer controle over hun leven hebben dan ik.	1	2	3	4	5	6	7
9. Zorgen staan mijn succes in de weg.	1	2	3	4	5	6	7

10. Mijn gedachten en gevoelens staan de manier waarop ik wil leven niet in de weg.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

----- **EINDE VRAGENLIJST** -----

U heeft nu alle vragen beantwoord. Hartelijk dank voor uw medewerking.