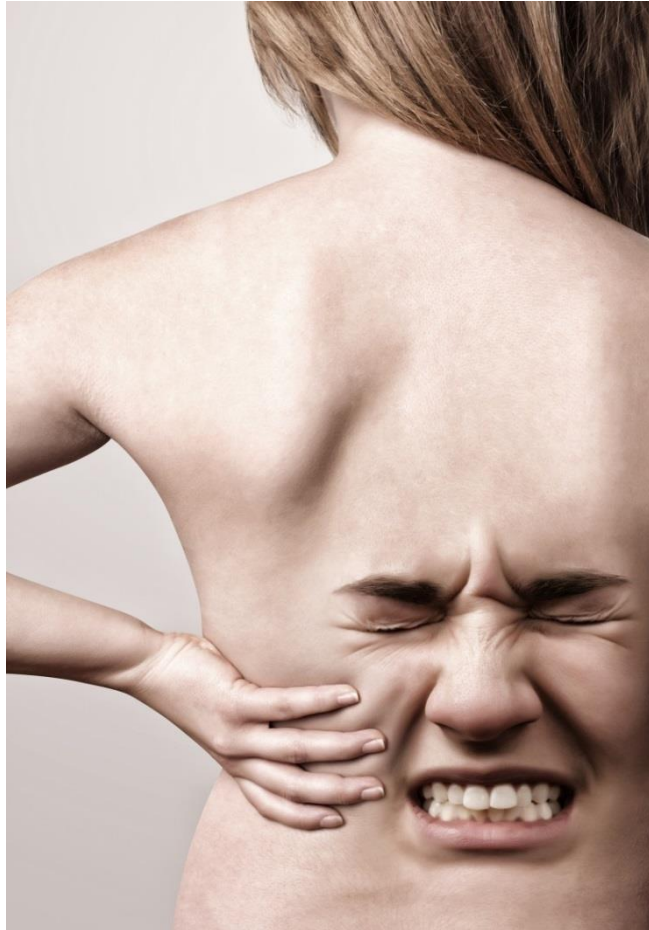


Bachelorthesis

Experience sampling bij chronische pijnpatiënten



Enschede, januari 2016

Universiteit Twente.

Jasmin Stasik

s1208098

1^e begeleider J.M. MSC.Goldberg

2^e begeleider Prof. Dr. K.M.G. Schreurs

Faculteit Gedragwetenschappen

Opleiding Psychologie

Afdeling Psychologie, Gezondheid en Technologie (PGT)

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	1
1.1 Doel en onderzoeksvraag	5
2. Methode	6
2.1 Participanten	6
2.2 Procedure	6
2.3 Meetinstrumenten.....	7
2.4 Analyseplan	9
3. Resultaten.....	11
3.1 Begrijpelijkheid van de items	11
3.2 Pijnintensiteit door dagelijkse metingen	11
3.3 Scoringsvoorkeur	12
3.4 Verbeteringen voor de vragenlijst.....	12
3.5 Betrouwbaarheidsanalyse vermijding	12
3.6 Betrouwbaarheidsanalyse pijn catastroferen	13
3.7 Betrouwbaarheid vermijding en pijn catastroferen over meetmomenten	13
3.8 Fluctuatie van vermijding, pijn catastroferen, pijn en stemming	14
3.9 Fluctuatie per persoon	16
4. Discussie	17
5. Referentielijst	23
6. Bijlage	28
6.1 Bijlage A: Informed Consent.....	28
6.2 Bijlage B: Transcriptie Interview 1	29
6.3 Bijlage C: Transcriptie Interview 2.....	35
6.4 Bijlage D: Transcriptie Interview 3.....	40
6.5 Bijlage E: Transcriptie Interview 4	44
6.6 Bijlage F: Vragenlijst	49

Samenvatting

Achtergrond. Verschillende behandelmethoden, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) en Acceptance and Commitment Therapy (ACT) worden gebruikt om chronische pijnpatiënten te helpen met de pijn om te gaan. Om de effectiviteit van CGT en ACT vast te stellen, moeten ineffectieve strategieën van coping met pijn, zoals pijn catastroferen en vermijding, nauwkeurig gemeten worden. Dagelijkse metingen, waar gebruik van wordt gemaakt bij experience sampling (ESM), lijken veel mogelijkheden te bieden om accurate data van symptomen te verzamelen, fluctuaties te meten en ervaringen te exploreren. Het doel van deze studie is te onderzoeken in hoeverre experience sampling geschikt is voor het meten van de concepten vermijding en pijn catastroferen bij chronische pijnpatiënten.

Methode. Dit onderzoek is gebaseerd op zes chronische pijnpatiënten die een ACT behandeling volgden bij het revalidatiecentrum “Roessingh”, Enschede. De kwantitatieve ESM-data werden door een online vragenlijst (Qualtrics-survey) verzameld en aangevuld met kwalitatieve data uit een interview. Tijdens de ESM werd vermijding uitgevraagd door middel van 8 items voortkomend uit drie bestaande schalen. Pijn catastroferen werd uitgevraagd door middel van 6 items voortkomend uit twee bestaande schalen.

Resultaten. Uit de interviews kwam naar voren dat één item binnen het concept vermijding niet goed werd begrepen en werd daarom uitgesloten uit verdere analyses. Verder bleken de rest van de items begrijpelijk te zijn. De interviews lieten verder niet zien dat de ESM de pijnintensiteit verhoogt. Uit de kwantitatieve data bleek dat binnen het concept vermijding vier items moesten verwijderd om een acceptabele interne consistentie te bereiken. Binnen het concept pijn catastroferen moesten geen items verwijderd worden. Vermijding, pijn catastroferen, pijn, en stemming vertonen van meetmoment vijf naar zes de meeste fluctuaties. Verder tonen de fluctuaties over de meetmomenten heen een tegenovergestelde relatie tussen vermijding en pijn catastroferen aan, ook een tegenovergestelde relatie tussen pijn en stemming, maar geen duidelijke verbanden tussen vermijding en pijn of stemming, noch een duidelijk verband tussen pijn catastroferen en pijn of stemming.

Conclusie. De huidige studie pleit ervoor dat ESM een geschikte manier is om chronische pijn te onderzoeken. ESM leek geen storend effect op de metingen van de pijnintensiteit te hebben. Verder kunnen verbanden naar voren komen die door retrospectieve methoden beperkt op te sporen vallen. Het blijkt dat ESM – ondanks sommige uitdagingen – een interessante aanpak is voor het onderzoeken van chronische pijn.

Abstract

Background. Various treatment methods for chronic pain, such as Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) may be used to help patients deal with pain. To determine whether treatment with CBT and ACT are effective, ineffective paincoping strategies pain, such as pain catastrophizing and avoidance have to be measured accurately. Daily measurements, as used in experience sampling (ESM), appear to offer many opportunities to gather accurate data of current symptoms, measure fluctuations and explore experiences. The purpose of this study is to investigate the extent to which experience sampling is suitable for measuring the concepts of avoidance and pain catastrophizing in chronic pain patients.

Method. This study is based on six chronic pain patients, which followed an ACT treatment at the rehabilitation center "Roessingh", Enschede, The Netherlands. The quantitative ESM-data were collected by an online questionnaire (Qualtrics survey) and supplemented by qualitative data from an interview. During the ESM avoidance was measured by means of 8 items stemming from three existing scales. Pain catastrophizing was measured by means of 6 items stemming from two existing scales.

Results. The interviews revealed that one item of avoidance was not well understood and was therefore excluded from further analyzes. Furthermore, all other items appeared to be understandable. The interviews did not show that the ESM further increased the intensity of pain. The quantitative data indicated that four items within the avoidance concept had to be removed in order to achieve an acceptable internal consistency. Within the concept of pain catastrophizing no items had to be removed. Avoidance, pain catastrophizing, pain, and mood show from measurement five to six the most striking fluctuations. The fluctuations also reveal an anti-parallel relationship between avoidance and pain catastrophizing, also an anti-parallel relationship between pain and mood, but no clear connection between avoidance and pain or mood, nor a clear connection between pain catastrophizing and pain or mood.

Conclusion. The current study suggests that ESM is suitable to study chronic pain. ESM seemed to have no interfering effect on the measurements of the pain intensity. Furthermore, connections emerge that would not be detectable by retrospective methods. It turns out that ESM - in spite of some of the challenges – is an interesting approach for the investigation of chronic pain.

1. INLEIDING

Chronische pijn vertoont een stijgende prevalentie en heeft vaak een sterke afname van levenskwaliteit voor de betrokkenen tot gevolg. Verschillende behandelmethoden, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) en Acceptance and Commitment Therapy (ACT) worden gebruikt om de patiënten te helpen met de pijn om te gaan en vervolgens de levenskwaliteit te vergroten. Voor een effectieve behandeling met CGT en ACT moeten ineffectieve strategieën van coping met pijn, zoals pijn catastroferen en vermijding, nauwkeurig gemeten worden. Dagelijkse metingen, waar gebruik van wordt gemaakt bij experience sampling (ESM), lijken veel mogelijkheden te bieden om accurate data van huidige symptomen en ervaringen te verzamelen. Het doel van deze studie is te onderzoeken in hoeverre experience sampling geschikt is voor het meten van de concepten vermijding en pijn catastroferen bij chronische pijnpatiënten.

Het ervaren van acute pijn is voor de meeste mensen een bijna alledaagse ervaring. Acut betekent in dit geval dat de pijn minimaal enkele seconden en maximaal vier weken aanhoudt en dat het daarnaast verbonden is met een prikkel (De Bruijn-Kofman, 2009). Dit is anders in het geval van chronische pijn. Het begrip chronisch wordt gebruikt in termen van aanhoudend over een lange tijdsperiode (Nilges & Nagel, 2007). Inmiddels is een grens van drie tot zes maanden vastgelegd waarin de pijn aanwezig moet zijn om van chronische pijn te kunnen spreken. Vaak is de oorzaak voor chronische pijn niet eenvoudig te bepalen. Zo bestaan er vormen van chronische pijn waarvoor geen oorzaak kan worden gevonden (Nickel & Raspe, 2001). De criteria voor een pijnstoornis staan wel omschreven in de DSM-IV onder de cluster somatoforme stoornissen (Treffers, 2003), maar verder is er geen psychopathologisch model beschikbaar dat een toevoegende waarde heeft als het gaat om chronische pijn. Dit betekent dat bij chronische pijn meestal geen sprake is van psychopathologie volgens de DSM, hoewel veel onderzoeken een sterke associatie tussen chronische pijn en psychopathologie hebben gevonden (Dersh, Polatin & Gatchel, 2002). Chronische pijn wordt niet alleen beïnvloed door fysiologische factoren, maar ook door psychologische factoren, zoals gedrag, gedachten en gevoelens (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007). Deze twee factoren vormen een vicieuze cirkel, omdat ze zowel oorzaak als gevolg zijn voor chronische pijn. Juist daarom is chronische pijn een probleem dat ook binnen de psychologie geanalyseerd moet worden.

Volgens een studie van Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen en Gallacher (2006) worden de effecten van chronische pijn steeds erger en stijgt de prevalentie: 19% van volwassene Europeanen heeft last van chronische pijn met een intensiteit van matig tot ernstig. Uit

onderzoek van Blyth, March, Brnabic en Cousins (2004) is gebleken dat mensen met chronische pijn vaker medische instellingen bezoeken en vaker gebruik maken van de gezondheidszorg. Dit heeft een toename van gezondheidsgerelateerde kosten als gevolg. Dit blijkt uit onderzoek van Gaskin en Richard (2012), waarin gesteld wordt dat de economische kosten voor chronische pijn in de Verenigde Staten in 2010 tussen 261 en 300 miljard dollar lagen.

Door de steeds aanwezige pijn worden dagelijkse activiteiten van de betrokkenen beperkt, wat vaak resulteert in een afgenomen levenskwaliteit (Morrison & Bennett, 2011). Mensen met chronische pijn vermijden vaak activiteiten welke verbonden zijn met veel lichamelijke inspanningen, uit angst dat deze tot een verergering van pijn zouden kunnen leiden (Morrison & Bennett, 2011). Vlaeyen en Linton (2000) hebben op basis van het fear-avoidance-model (Lethem, Slade, Troup & Bentley, 1983) onderzoek gedaan naar de consequenties van angst voor pijn. De aan pijn gerelateerde angst is het gevolg van catastroferende cognities over pijn. De angst en het daaruit resulterende vermijden van activiteiten zijn belangrijke componenten voor de ontwikkeling en instandhouding van een chronisch pijnprobleem (Vlaeyen & Linton, 2000). Daarnaast geldt: hoe erger de pijn, hoe meer vermijding, en hoe meer beperkingen er zijn voor de betrokkene (Denison, Åsenlöf & Lindberg, 2004).

Bovendien beïnvloedt chronische pijn de stemming vaak negatief: hoe erger de pijn, hoe negatiever de stemming (De Buijn-Kofman, 2009). Sterker nog, onderzoek suggereert dat chronische pijn vaak resulteert in angst- en stemmingsstoornissen, zoals depressie (McWilliams, Cox & Enns, 2003). Ohayon en Schatzberg (2003) stellen zelfs dat depressie het vaakst voorkomt bij chronische pijnpatiënten in vergelijking met de algemene populatie. Daarnaast geldt ook, hoe langer de pijn aanhoudt, hoe langer de depressieve periode (Ohoyon & Schatzberg, 2003).

Een passieve cognitieve strategie van coping met pijn en zich zorgen maken over pijn zijn voorspellers voor depressie en voor heviger waarneming van pijn (Samwel, Evers, Crul & Kraaiaat, 2006). Hetzelfde geldt voor aandacht voor pijn: uit een studie van Villemure, Slotnick en Bushnell (2003) is gebleken dat de pijn als heviger wordt ervaren wanneer er meer aandacht voor de pijn is. Een vaak voorkomende manier van coping met pijn, is pijn catastroferen (Sullivan et al., 2001). Pijn catastroferen is het gevolg van negatieve emoties tegenover pijn en wordt gekenmerkt door piekeren over pijn, het gevoel van hulpeloosheid en pessimisme ten opzichte van pijn (Sullivan et al., 2001). Een effectieve manier van coping en

een succesvolle behandeling zijn dus belangrijk om de levenskwaliteit van chronische pijnpatiënten te kunnen verhogen.

Cognitieve gedragstherapie [CGT] is een van de meest gebruikte therapieën voor chronische pijn (Turk, Meichenbaum & Genest, 1983). Deze vorm van therapie bestaat uit verschillende procedures, zoals cognitieve herstructurering, probleemoplossing, vaardigheidstraining en ontspanningsoefeningen (Meichenbaum, 1995). Tijdens CGT worden verschillende gedachten besproken, welke betrekking hebben met pijn, en de patiënten leren deze gedachten, waar nodig, te veranderen (McCracken & Turk, 2002). Uit onderzoek is gebleken dat pijn catastroferen een ineffectieve manier van coping is en dat de pijn hierdoor vaak erger wordt (Sullivan et al., 2001; Severeijns, Vlaeyen, van de Hout & Weber, 2001). Het doel van CGT is het aanleren van effectieve copingstrategieën en het vervangen en verminderen van negatieve gedachten ten opzichte van pijn, zoals pijn catastroferen (McCracken & Turk, 2002). Uit onderzoek van Williams, Eccleston en Morley (2012) is naar voren gekomen dat CGT, vergeleken met gedragstherapie en twee controle condities, stemming en pijn catastroferen effectief blijkt te veranderen en een succesvolle behandeling is voor chronische pijnpatiënten.

Een andere en steeds meer gebruikte behandeling voor chronische pijn is *Acceptance and Commitment Therapy* [ACT]. ACT is een nieuwe vorm van behandeling die hoort tot de familie van de cognitieve gedragstherapieën (McCracken & Vowles, 2014). Zoals de naam van deze therapie al aangeeft, is het van belang dat patiënten leren de pijn en de situatie zoals deze is te accepteren (Vowles et al., 2007). Commitment wil zeggen dat de patiënten zich zowel bewust moeten zijn van de situatie, als ook dat ze zich kunnen richten op waardevolle levensdoelen ook als ze regelmatig pijn hebben (McCracken & Vowles, 2014).

Uit onderzoek is gebleken dat mensen met chronische pijn veel situaties vermijden uit angst dat de pijn daardoor erger zou kunnen worden (McCracken & Samuel, 2007; Gerbershagen, Lindena, Korb & Kramer, 2002; Morrison & Bennett, 2011). Dit gedrag valt binnen ACT onder de term psychologische inflexibiliteit (Bach & Moran, 2008). Psychologische flexibiliteit is het tegenovergestelde van psychologische inflexibiliteit en een essentieel component binnen ACT (Bach & Moran, 2008). Patiënten met chronische pijn zijn flexibel als ze zich in hun handelingen en gedachten zo weinig mogelijk laten beïnvloeden door pijn en nog steeds de dingen doen waartoe ze in staat zijn (Dahl, Wilson, & Nilsson, 2004). Uit onderzoek van Veehof, Oskam, Schreurs en Bohlmeijer (2011) is gebleken dat ACT positieve behandelingsuitkomsten vertoont met betrekking tot het verminderen van pijn, depressie en

angst. Ook uit een recente studie van Veehof et al. (2015) is gebleken dat huidige acceptance- en mindfulness-gebaseerde interventies, zoals ACT, goed kunnen worden gebruikt om patiënten met chronische pijn te behandelen. Acceptatie- en mindfulness-gebaseerde therapieën zijn goede alternatieven voor CGT en werken even effectief (Veehof et al., 2015).

Om ineffectieve manieren van coping met pijn, zoals vermijding en pijn catastroferen, met behulp van CGT en ACT effectief te kunnen veranderen en de behandelmethoden individueel aan te passen, is het belangrijk dat deze accuraat worden gemeten. Hiervoor zijn verschillende methoden beschikbaar. De experience sampling methode [ESM] is een mogelijkheid voor data-verzameling waarbij gevoelens en belevingen van mensen direct kunnen worden gemeten of vastgehouden als deze optreden (Hektner, Schmidt & Csikszentmihalyi, 2007). Hierbij wordt tegenwoordig meestal gebruik gemaakt van nieuwe technologieën (Scollon, Kim-Prieto en Diener, 2009), zoals smartphones. Deze fungeren als een hulpmiddel voor dataverzameling, omdat mensen door het gebruik hiervan beschikbaar zijn in alledaagse situaties (Csikszentmihalyi & Larson, 1987). Volgens Scollon, Kim-Prieto en Diener (2009) weegt memory-bias bij ESM minder zwaar dan bij retrospectieve methodes. Bij retrospectieve methodes worden de patiënten dagen of weken nadat de pijn is opgetreden gevraagd om de gevoelens daarbij te beschrijven.

Er zijn al een aantal studies beschikbaar waarin gebruik is gemaakt van ESM. Resultaten van onderzoek van Sloboda, O'Neill en Ivaldi (2001) laten zien dat ESM een robuuste methode is voor het exploreren van ervaringen. Ook binnen de psychologie werd al gebruik gemaakt van ESM. Een studie van Kimhy et al. (2006) heeft de haalbaarheid en validiteit van ESM onderzocht bij patiënten met schizofrenie. Ook hier is naar voren gekomen dat ESM voordelig is en dat ESM nuttig is om vast te stellen hoe vaak en in welke situaties symptomen optreden, wat een opheldering kan opleveren voor de therapieën. ESM werd daarnaast ook al gebruikt bij chronische pijn. Onderzoek van Garcia et al. (2014) heeft ESM gebruikt door middel van elektronische dagboeken bij chronische pijnpatiënten met de diagnose fibromyalgie. Elektronische dagboeken zijn nuttig om fluctuaties van pijn gerelateerde symptomen te meten. Binnen dit onderzoek wordt de haalbaarheid van het gebruik van elektronische dagboeken in de vorm van een smartphone uitgetest bij chronische pijnpatiënten. De resultaten laten zien dat ESM zinvol is om meer accurate data te verzamelen en dat ESM zelfs voor populaties met weinig technologische bekendheid kan worden toegepast (Garcia et al., 2014).

1.1 Doel en onderzoeksvraag

Samenvattend is uit literatuurstudie gebleken dat chronische pijn de levenskwaliteit van de patiënten vaak enorm beïnvloedt. Ineffectieve copingstrategieën met pijn, zoals vermijding en pijn catastroferen kunnen leiden tot meer beperkingen en een hogere pijnintensiteit (Denison, Åsenlöf & Lindberg, 2004; Severeijns, Vlaeyen, van de Hout & Weber, 2001). Met behulp van CGT en ACT wordt geprobeerd pijn catastroferen, vermijding en uiteindelijk ook pijnintensiteit van de betrokkenen te verminderen, stemming te verbeteren en hen effectieve copingstrategieën aan te leren, om de levenskwaliteit te kunnen verhogen. Om CGT en ACT effectief en individueel toe te kunnen passen, moeten vermijding en pijn catastroferen accuraat worden gemeten. Eerdere onderzoeken hebben al aangetoond dat ESM een succesvolle manier kan zijn om accurate data te verzamelen, ervaringen te exploreren en fluctuaties van symptomen te meten. Het doel van dit onderzoek is de geschiktheid van experience sampling voor het meten van de twee concepten vermijding en pijn catastroferen te bepalen.

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

In hoeverre is experience sampling een geschikte manier om vermijding en pijn catastroferen bij chronische pijnpatiënten te meten?

Om antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvraag, worden de volgende exploratieve deelvragen opgesteld:

- 1. In welke mate worden de items binnen de concepten vermijding en pijn catastroferen goed begrepen door de chronische pijnpatiënten?*
- 2. In welke mate heeft experience sampling invloed op de pijnintensiteit bij chronische pijnpatiënten?*
- 3. In welke mate wordt het concept vermijding betrouwbaar gemeten?*
- 4. In welke mate wordt het concept pijn catastroferen betrouwbaar gemeten?*
- 5. In welke mate fluctueren de concepten vermijding en pijn catastroferen en is er samenhang met pijn en stemming?*

2. METHODE

2.1 Participanten

De steekproef binnen dit onderzoek bestond uit zes chronische pijnpatiënten die een behandeling volgden bij het revalidatiecentrum “Roessingh” in Enschede. Roessingh is een van de grootste klinieken in Nederland die gespecialiseerd is in de behandeling van chronische pijn, chronische vermoeidheid en chronische klachten na een behandeling tegen kanker (Roessingh, 2015). De participanten voor dit onderzoek werden geworven uit twee verschillende groepen: de ene groep volgde een klinisch individueel programma, de andere een klinisch groepsprogramma. Tijdens de behandelingen op Roessingh wordt gebruik gemaakt van ACT. Zes patiënten hebben deel genomen, drie uit beide groepen. In totaal hebben vijf vrouwen en een man deelgenomen. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 48 jaar (SD = 10.30) en liep van 35 tot en met 62 jaar.

2.2 Procedure

De onderzoeker stelde allereerst het doel van het onderzoek en de bijhorende procedure voor aan de patiënten. De deelnemers werden gevraagd een informed consent te ondertekenen (zie Bijlage A) en daarop hun e-mail-adres aan te geven. De data voor dit onderzoek werden verzameld door een online vragenlijst (Qualtrics-survey) en door een interview. Het e-mailadres was noodzakelijk voor het toesturen van de link, welke toegang tot de vragenlijst gaf.

Beide groepen kregen een week lang behandelingen en waren vervolgens een week thuis. De patiënten uit het groepsprogramma waren al in de laatste behandelweek en bij de patiënten uit het klinisch individuele programma varieerde het in welke behandelweek zij waren. De vragenlijst werd binnen de behandelvrije week thuis van maandag tot en met vrijdag 's avonds door de patiënten ingevuld. In totaal waren er vijf meetmomenten waarop de vragenlijst online werd ingevuld. Dit kon een inzicht geven in het dagelijks leven van de chronische pijnpatiënten. De patiënten kregen in de eerste e-mail nog een korte instructie en werden eraan herinnerd dat zij elke dag zelf naar de link moesten gaan om toegang te krijgen tot de vragenlijst. Het volgde nog een e-mail ter herinnering op de eerste dag dat het onderzoek zou beginnen en nog een herinnering twee dagen later. Twee weken na begin van het onderzoek werd een interview gehouden. Hierbij werd de vragenlijst nog een zesde keer met pen en papier ingevuld door de patiënten. Het interview was semigestructueerd en was gebaseerd op het drie-step-test-interview [TSTI] (Jansen & Hak, 2005). Hierbij is stap 1, de *expert analyse* weggelaten omdat de focus binnen dit onderzoek lag op de begrijpelijkheid

van de items. Dit leek het best bereikt kunnen worden door middel van hardop denken (TSTI, stap 2, *think aloud*). Daarnaast werd een cognitief interview tussen onderzoeker (TSTI, stap 3, *cognitieve interview*) en patiënten gevoerd.

Vanwege de pijn van de patiënten had het interview de duur van maximaal 15 minuten. De audio van de interviews werden opgenomen voor transcriptie. De vragen die de onderzoeker tijdens het interview stelde gingen zowel over aspecten die tijdens hardop denken opvielen als over de begrijpelijkheid van de stellingen. Verder werd gevraagd of er nog verbeteringen waren voor de vragenlijst en of het dagelijks invullen invloed had op de pijnintensiteit (voor de transcripties van de interviews, zie Bijlage B - E).

2.3 Meetinstrumenten

Het meetinstrument voor dit onderzoek werd zelf gecreëerd met behulp van al bestaande vragenlijsten, welke vermijding en pijn catastroferen meten. Er werden items geselecteerd waarvan gedacht werd dat deze het beste bij de concepten vermijding en pijn catastroferen passen en welke een hoge indruksvaliditeit vertoonden (Drenth & Sijsma, 2005). De vragenlijst binnen dit onderzoek bestond uit 16 items met de subschalen *vermijding* (8 items) en *pijn catastroferen* (6 items) (voor inzicht in de vragenlijst, zie Bijlage F). Bovendien werden nog twee vragen toegevoegd met betrekking tot de pijnintensiteit en de huidige stemming.

De vragenlijst die voor dit onderzoek werd gebruikt, werd uit items van hierna genoemde bestaande vragenlijsten opgesteld en de antwoordcategorie werd aangepast naar een 11-punt Likert schaal, waarbij 0 = *helemaal niet van toepassing*, 5 = *neutraal* en 10 = *helemaal wel van toepassing*. Voor een overzicht over de geselecteerde items per concept en hun herkomst, zie Tabel 1 en Tabel 2.

De Nederlandse versie van de Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS-DLV) (Wicksell, Renöfält, Olsson, Bond & Melin, 2008) werd geconstrueerd om psychologische (in)flexibiliteit te meten bij chronische pijnpatiënten. De PIPS bestaat uit 13 items en de twee subschalen *cognitieve fusie* en *vermijding*. Deze items kunnen worden beantwoord op een 7-punt schaal, waarbij 1 = *nooit waar* en 7 = *altijd waar*. Daarboven wordt de interne consistentie als acceptabel beoordeeld (Trompetter et al., 2014).

De Pijn Cognitie Lijst (PCL-2003) (Vlaeyen et al., 2003) werd ontwikkeld om cognities te meten die patiënten tegen komen, wanneer ze pijn hebben. De PCL bestaat uit 39 items met vijf subschalen, deze zijn: *catastroferen*, *beperkingen*, *optimisme*, *interne controle* en

vertrouwen in de gezondheidszorg. De stellingen worden op een 5-punt Likert schaal beantwoord, welke loopt van 1 = *volledig onenns* naar 5 = *volledig eens*. Verder vertoont deze vragenlijst een voldoende interne consistentie met een Cronbach's α van .75 (Vlaeyen et al., 2003).

De Nederlandse versie van de Pain Catastrophizing Scale (PCS-DLV) (Sullivan, Bishop en Pivik, 1995) meet catastroferende gedachten en gevoelens die geassocieerd kunnen worden met pijn (Crombez & Vlaeyen, 1996). De PCS-DV bestaat uit 13 stellingen met drie subschalen: *hulpeloosheid*, *uitvergrooten* en *piekeren*. De antwoordschaal is een 5-punt Likert schaal van 0 = *helemaal niet* en 4 = *altijd*. Ook deze vragenlijst vertoont een goede interne consistentie (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995).

De Engaged Living Scale (ELS), of Betrokken Leven Schaal, bestaat uit 16 items met de subschalen *valued living* (VL) en *life fulfillment* (LF) (Trompetter, Ten Klooster, Schreurs, Fledderus, Westerhof & Bohlmeijer, 2013). De antwoordcategorieën bestaan uit een 5-punt Likert schaal van 1 = *helemaal niet mee eens* tot 5 = *helemaal mee eens*. De interne consistentie van deze schaal werd beoordeeld met een Cronbach's α van .86 (Trompetter et al., 2013). De ELS werd gecreëerd om waardengerichte acties te meten, maar valt binnen dit onderzoek onder het concept vermijding, omdat het stoppen met dingen die belangrijk zijn in dit geval vereenzelvigd kan worden met vermijding.

De Nederlandse versie van de Mutidimensionele Pijnvragenlijst (MPI-DLV) (Lousberg et al., 1999) bestaat uit meerdere subschalen met in totaal 61 items en meet de multi-dimensionaliteit en complexiteit van pijn. Op een 7-punt Likert schaal kan op de stellingen antwoord worden gegeven. De MPI vertoont een hoge interne consistentie en een hoge test-hertest correlatie (Lousberg et al., 1999). De twee stellingen over de intensiteit van pijn en de huidige stemming vanuit de vragenlijst voor huidig onderzoek zijn afkomstig uit de MPI-DLV.

Tabel 1.

Herkomst items binnen de subschaal vermijding.

#	Item	Herkomst
1	Ik stel dingen <u>niet</u> uit vanwege mijn pijn.	PIPS-DLV
2	Ik vermijd het inplannen van activiteiten <u>niet</u> vanwege mijn pijn.	PIPS-DLV
3	Ik onderbreek activiteiten wanneer ik pijn begin te voelen of de pijn erger wordt.	PIPS-DLV
4	De pijn kan mij <u>niet</u> tegenhouden om te doen wat ik belangrijk vind.	ELS
5	Ik vermijd het doen van dingen <u>niet</u> wanneer er het risico bestaat dat het pijn zal doen of de dingen erger maakt.	PIPS-DLV
6	Pijn of geen pijn, ik doe altijd wat ik me heb voorgenomen.	PCS-2003
7	Om te voorkomen dat ik pijn voel, doe ik <u>niet</u> de dingen die ik belangrijk vind.	PIPS-DLV
8	Ik neem toch de tijd om dingen te doen die ik belangrijk vind wanneer ik pijn heb.	ELS

Tabel 2.

Herkomst items binnen de subschaal pijn catastroferen.

#	Item	Herkomst
1	Het is verschrikkelijk en ik denk dat ik nooit beter zal worden wanneer ik pijn heb.	PCS-DV
2	Als ik pijn heb word ik bang dat de pijn erger zal worden.	PCS-DV
3	Als ik pijn heb, heb ik het gevoel dat ik niet verder kan.	PCS-DV
4	Ik voel woede en boosheid bij me opkomen wanneer ik pijn heb.	PCL-2003
5	Ik vraag mij af of er iets ernstigs kan gebeuren wanneer ik pijn heb.	PCS-DV
6	Als ik pijn heb zijn mijn gedachten steeds op de pijn geconcentreerd.	PCL-2003

2.4 Analyseplan

Op meetmomenten een tot en met vijf werd de vragenlijst online ingevuld en op meetmoment zes werd de vragenlijst op Roessingh tijdens een interview ingevuld. Drie patiënten hebben de vragenlijst op alle zes meetmomenten ingevuld. Een patiënt uit het klinisch individueel programma heeft de behandeling stopgezet en heeft de vragenlijst drie keer online ingevuld. Een andere respondent uit het klinisch groepsprogramma is vergeten de vragenlijst op meetmoment vier en vijf in te vullen, maar heeft de vragenlijst wel op meetmoment zes ingevuld. Een derde respondent uit het klinisch groepsprogramma is in de week van het semi-

gestructureerd interview ziek geweest en heeft de vragenlijst vijf keer online ingevuld. Missing values werden casewise bij de desbetreffende analyses uitgesloten.

Om de kwalitatieve data te analyseren werden de semigestructureerde interviews getranscribeerd. Vervolgens werden codes per thema uit de uitspraken geëxtraheerd. Om deelvragen een en twee te beantwoorden werden de codes narratief geïnterpreteerd. De vragen voor het interview waren al van tevoren door de onderzoeker bepaald. De thema's waren: begrijpelijkheid van de items en verandering van pijn door dagelijks invullen van vragenlijst. De antwoorden van de respondenten tijdens hardop denken werden per item op (in)congruentie van uitleg en antwoord en begrijpelijkheid gecontroleerd. Als de uitleg die een respondent voor een item gaf niet paste bij het gekozen antwoord op de Likert-schaal, werd dit samengevat onder de term incongruentie en was een aanwijzing voor de onderzoeker om dit item nog een keer met de respondent te bespreken. Verder werden extra thema's geëxtraheerd die in de antwoorden tijdens hardop denken herhaaldelijk naar voren kwamen. Deze extra thema's werden vervolgens bij alle respondenten gecodeerd en geteld.

De kwantitatieve gegevens werden via SPSS, versie 23, geanalyseerd. De data van meetmoment een tot en met vijf werden via Qualtrics vergaard, terwijl de data van het zesde meetmoment, welke tijdens het interview met pen en papier werden verzameld, handmatig werden ingevoerd in het SPSS data bestand. Om deelvraag drie en vier te beantwoorden werden betrouwbaarheidanalyses uitgevoerd voor de twee subschalen vermijding en pijn catastroferen en gemiddelden berekend over alle meetmomenten heen en per meetmoment. Dit werd gedaan door Cronbach's α te berekenen en vervolgens te bepalen hoe goed de interne consistentie van beide schalen was en of er items verwijderd moesten worden om de interne consistentie naar een acceptabele Cronbach's α van boven .60 te veranderen. Om deelvraag vijf over mogelijke fluctuaties en samenhang met pijn en stemming te beantwoorden werden gemiddelden en standaard deviaties van de scores op vermijding, pijn catastroferen, pijnintensiteit en stemming in totaal en over de zes meetmomenten heen bepaald. Met behulp van het gemiddelde en de standaarddeviatie over alle meetmomenten heen werden gestandaardiseerde gemiddelden (z-scores) voor alle variabelen per meetmoment berekend en werd er een figuur gemaakt van alle patiënten om eventuele verbanden zichtbaar te kunnen maken. Deze figuren werden ook per patiënt aangemaakt, om eventuele zichtbare verbanden nader te onderzoeken.

3. RESULTATEN

3.1 Begrijpelijkheid van de items

De begrijpelijkheid lijkt individueel heel verschillend te zijn (zie Tabel 3). Zo werd aangegeven dat sommige items aan het begin van het onderzoek niet begrepen werden, maar op de daarop volgende dagen wel. Meestal werden problemen met de begrijpelijkheid van een stelling genoemd. Zo is gebleken dat uitleg en het gekozen antwoord op de Likert schaal voor één item binnen de subschaal vermijding (i.e. item 5) incongruent waren. Toen de respondent nog een keer werd gevraagd waarom hij/zij het item incongruent heeft ingevuld, gaf de respondent aan het item inderdaad verkeerd begrepen te hebben. Ook uit uitspraken van andere respondenten is gebleken dat dit item niet goed begrepen werd, wat aanleiding gaf om dit item te verwijderen. Ook binnen de subschaal pijn catastroferen zijn uitleg en antwoord bij twee stellingen (i.e. item 2 en item 5) een keer incongruent geweest. Hier werd gekozen de items niet te verwijderen, omdat na navragen bleek dat een item verkeerd werd gelezen en het andere item slechts één keer incongruent werd ingevuld. Uit de antwoorden en reacties van andere respondenten bleek niet dat deze items niet begrepen werden.

Tabel 3.

Codes thema begrijpelijkheid.

Begrijpelijkheid	Aantal keer genoemd
In het begin van onderzoek problemen met begrijpelijkheid	2
Één stelling niet begrijpelijk	3
Alle stellingen begrijpelijk	1

3.2 Pijnintensiteit door dagelijkse metingen

De meeste respondenten gaven aan dat het dagelijks invullen van de vragenlijst geen invloed had op de pijnintensiteit en dat de pijn hierdoor niet veranderde (Tabel 4). Wat de patiënten daarentegen wel is opgevallen, is dat het dagelijks invullen van de vragenlijst tot een verandering van bewustzijn heeft geleid. Bijna alle patiënten gaven aan dat het dagelijks invullen geen invloed had op de pijnintensiteit, maar dat het bewustzijn door het dagelijks invullen werd verhoogd: “[...] maar ik was wel even bewust van wat voel ik nu”. Een respondent gaf aan dat hij/zij door het dagelijks invullen bewust heeft waargenomen dat de huidige pijnintensiteit invloed heeft op het invullen van de vragenlijst.

Tabel 4.

Codes thema pijnintensiteit door dagelijkse metingen.

Pijnintensiteit	Aantal keer genoemd
Dagelijkse metingen geen invloed op pijn	4
Verhoging van bewustzijn	3

3.3 Scoringsvoorkeur

Gedurende de bestudering van de antwoorden tijdens hardop denken is naar voren gekomen dat er verschil is in de voorkeur van scoring bij de respondenten (Tabel 5). Scoringsvoorkeur voor extreem scoren betekent het geven van antwoorden zoals 0 (helemaal niet van toepassing) en 10 (helemaal wel van toepassing): “*Dat is wel een dikke 10*” en niet extreem scoren betekent dat bij voorkeur een antwoord in het midden van de Likert-schaal wordt gekozen: “*Een 0 vind ik helemaal zo drastisch*”. Twee uitspraken werden gegeven toen de respondenten het gevoel hadden dat de antwoordmogelijkheden niet goed pasten bij hun beleving: “*Dat is een 7. Een 7.5.*” en suggereerden daarom andere antwoordcategorieën in te voeren. De voorkeur van scoring kan ook invloed hebben op de statistische resultaten.

Tabel 5.

Codes thema scoringsvoorkeur.

Voorkeur scoring	Aantal keer genoemd
Niet extreem scoren	3
Extreem scoren	2
Andere antwoordcategorieën	2

3.4 Verbeteringen voor de vragenlijst

Drie van de vier respondenten vonden het een goede vragenlijst en hebben geen verbeteringen toe te voegen met betrekking tot de vragenlijst. Een respondent zou het goed vinden om de schaal van de antwoorden aan te passen en in plaats van helemaal wel/niet van toepassing te zeggen altijd/nooit, omdat de respondent moeite heeft om de eigen beleving door middel van cijfers aan te geven.

3.5 Betrouwbaarheidsanalyse vermijding

Om na te gaan of vermijding betrouwbaar gemeten werd via de acht gekozen items, werd een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd via Cronbach's α (Tabel 6). Voor deze analyse werd al één item (i.e. item 5) door de kwalitatieve analyse uitgesloten. Van de zeven items moesten vier items verwijderd worden om een acceptabele Cronbach's α boven de .60 te bereiken. In

totaal bleven drie items over met een Cronbach's α van .69, waarvan twee uit de PIPS-DLV vragenlijst en een item uit de PCL-2003 komt. Vermijding blijkt door middel van drie van de acht items betrouwbaar gemeten te worden. De gemiddelde score van deze drie items werd in de volgende analyses gebruikt als vermijding.

Tabel 6.

Betrouwbaarheidsanalyse voor de subschaal vermijding, Cronbach's $\alpha_{\text{onveranderd}} = .17$, $\alpha_{\text{stap1}} = .35$, $\alpha_{\text{stap2}} = .48$, $\alpha_{\text{stap3}} = .56$.

#	Cronbach's α if item deleted			
	onveranderd	stap 1	stap 2	stap 3
1	-.30	.02	.20	.33
2	-.24	.05	.29	.33
3 ⁺⁺	.34	.45	.56	
4 ⁺⁺	.35			
5 ⁺				
6	-.01	.25	.42	.49
7 ⁺⁺	.23	.37	.51	.69
8 ⁺⁺	.22	.48		

⁺ werd al door kwalitatieve analyse uitgesloten

⁺⁺ werd uitgesloten door kwantitatieve analyse

3.6 Betrouwbaarheidsanalyse pijn catastroferen

Om na te gaan of pijn catastroferen betrouwbaar gemeten werd via de zes gekozen items werd een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd via Cronbach's α . Van de zes items moest geen item verwijderd worden om een acceptabele Cronbach's α boven de .60 te bereiken. De zes items bereiken een Cronbach's α van .91 en komen uit de PCS-DV, PCL-2003, en de PIPS-DLV. Pijn catastroferen blijkt door middel van zes (van de zes) items betrouwbaar gemeten te worden.

3.7 Betrouwbaarheid vermijding en pijn catastroferen over meetmomenten

Om na te gaan of vermijding en pijn catastroferen over de meetmomenten heen betrouwbaar gemeten worden werden per meetmoment Cronbach's α bepaald (Tabel 7). Vermijding toont waardes aan van Cronbach's α over de zes meetmomenten heen die lopen van .03 tot en met .83. Vermijding blijkt soms consistent soms inconsistent gemeten te worden over de meetmomenten heen. Op het eerste, vierde en zesde (i.e. tijdens het interview) meetmoment werd vermijding betrouwbaar gemeten.

Pijn catastroferen toont waarden van Cronbach's α over de zes meetmomenten heen aan die lopen van .52 tot en met .95. Pijn catastroferen blijkt betrouwbaar gemeten te worden over de meetmomenten heen, behalve tijdens het interview.

Tabel 7.

Interne consistentie van de schalen vermijding en pijn catastroferen via Cronbach's α .

	Aantal Items	Cronbach's Alpha (α)						
		Totaal	1	2	3	4	5	6**
Vermijding*	3	.69	.77	.24	.03	.64	.54	.83
Pijn catastroferen	6	.91	.87	.92	.91	.95	.94	.52

* aangepast: items #3, #4, #5, #7 en #8 verwijderd

** vragenlijst invullen door hardop denken tijdens interview

3.8 Fluctuatie van vermijding, pijn catastroferen, pijn en stemming

Om na te gaan in hoeverre vermijding, pijn catastroferen, pijn en stemming fluctueren, werden gemiddeldes over de meetmomenten heen bepaald (Tabel 8) en aan de hand van de gestandaardiseerde gemiddeldes werd een figuur gemaakt (Figuur 1). Vermijding en pijn catastroferen lijken van meetmoment een tot en met vier een tegenovergestelde relatie te hebben. Als vermijding stijgt lijkt pijn catastroferen te dalen en vice versa. Pijn en stemming tonen op meetmomenten drie tot en met zes ook een tegenovergestelde relatie aan. Van meetmoment vijf naar meetmoment zes lijken vermijding, pijn catastroferen en pijn te dalen en stemming te stijgen.

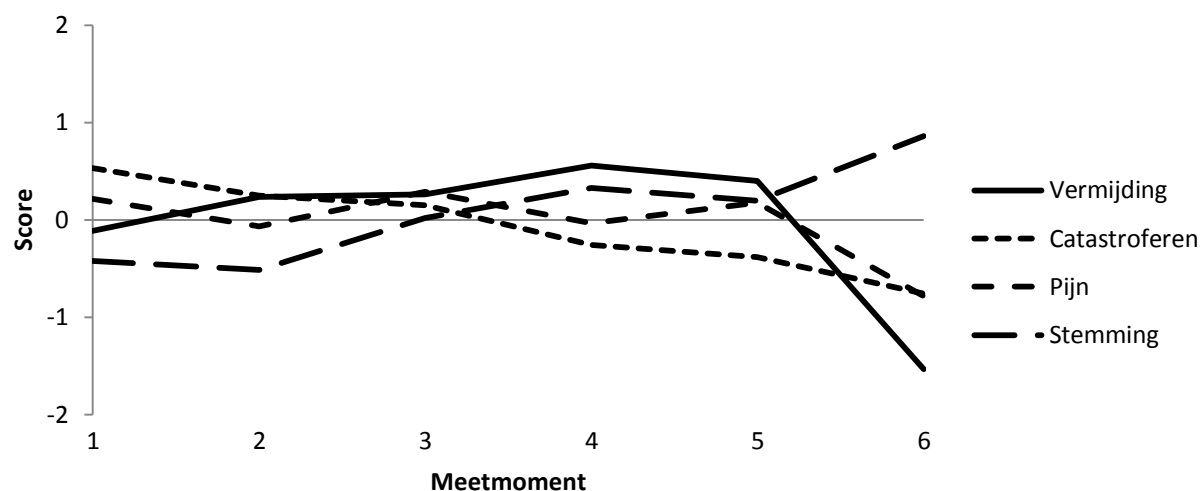
De waarden van de gestandaardiseerde gemiddelden van alle relevante variabelen over de meetmomenten een tot en met vijf lopen van -0.51 tot en met +0.56, terwijl deze op meetmoment zes lopen van -1.53 tot en met +0.86. Met andere woorden vertonen de relevante variabelen de meeste fluctuaties van meetmoment vijf naar meetmoment zes.

Tabel 8.

Gemiddelden en standaard deviaties van de relevante variabelen over de meetmomenten heen.

	Totaal	Meetmoment					
		1	2	3	4	5	6
Vermijding	16.03(6.21)	15.3 (6.89)	17.5 (5.09)	17.7 (3.93)	19.5 (3.7)	18.5 (5.51)	6.5 (5)
Catastroferen	25.17(13.42)	32.3 (14.85)	28.5 (13.53)	27.2 (14.18)	21.8 (14.38)	20 (12.78)	15 (6.32)
Pijn	6.33 (2.34)	6.8 (2.71)	6.2 (1.72)	7 (2.61)	6.3 (2.99)	6.8 (2.5)	4.5 (1.73)
Stemming	6.63 (1.88)	5.8 (2.56)	5.7 (1.86)	6.7 (1.86)	7.3 (1.5)	7 (1.41)	8.3 (0.5)

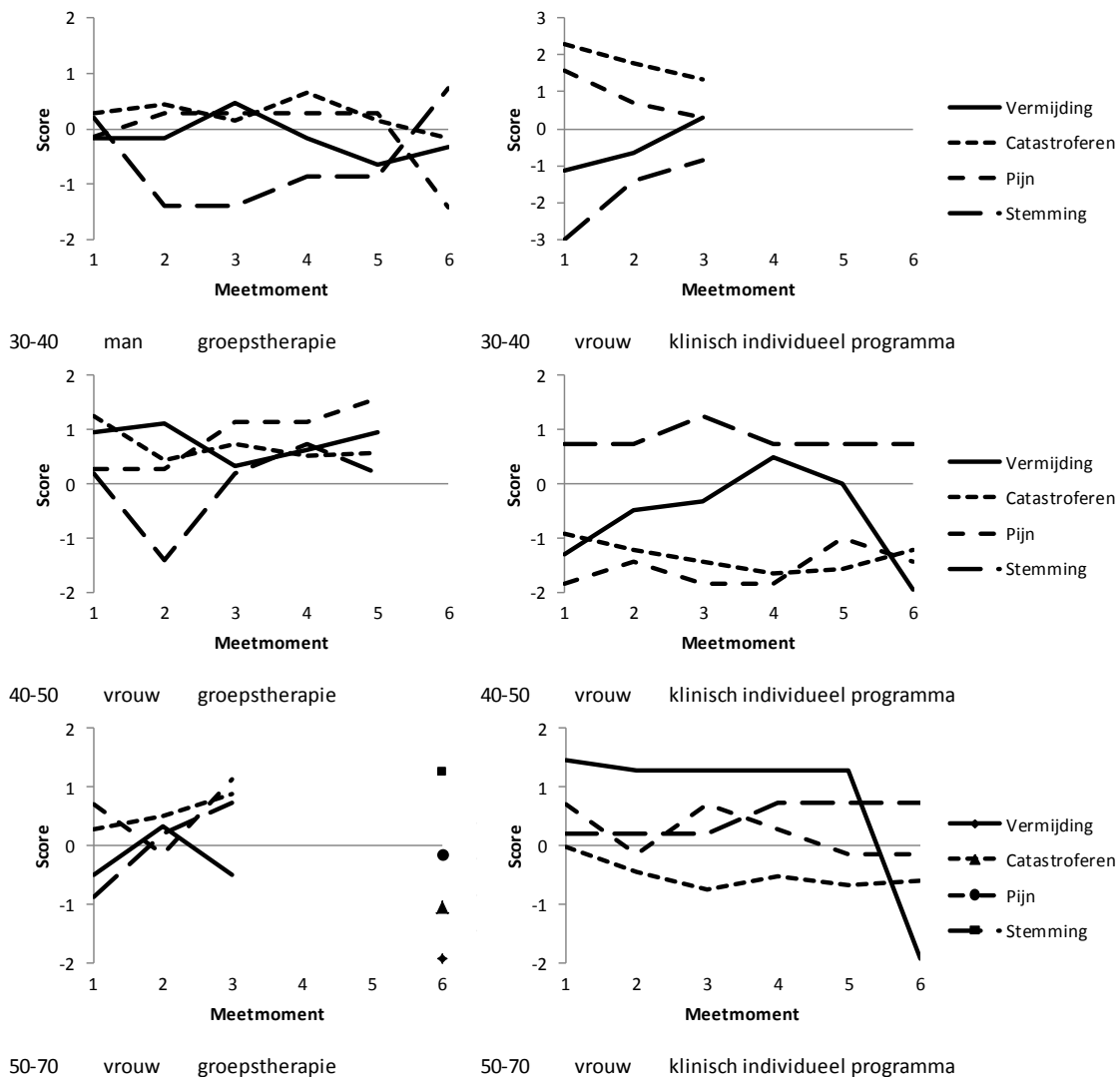
Noot. Meetmomenten 1 t/m3 n = 6, Meetmomenten 4 t/m 6 n = 4.



Figuur 1. *Gemiddelde gestandaardiseerde scores (z-scores) van de relevante variabelen over de meetmomenten heen.*

3.9 Fluctuatie per persoon

Om na te gaan in hoeverre vermijding, pijn catastroferen, pijn en stemming binnen proefpersonen fluctueren werden de gestandaardiseerde scores over de meetmomenten heen uiteengezet per proefpersoon (Figuur 2). Net als bij Figuur 1 is bij vier van de zes proefpersonen in de leeftijdscategorieën 30 tot en met 50 de tegenovergestelde relatie te zien tussen vermijding en pijn catastroferen. Bij vier van de zes proefpersonen, drie in de leeftijdscategorie 30 tot en met 50 en een in de leeftijdscategorie 60 tot en met 70, is de tegenovergestelde relatie van pijn en stemming te zien. Bij één proefpersoon (leeftijdscategorie 30-40, man, groepstherapie) is op meetmoment zes een duidelijke verandering in de fluctuatie van alle relevante variabelen te zien. Bij de andere drie proefpersonen die meetmoment zes hebben meegemaakt daalt vermijding op meetmoment zes het meest opvallend.



Figuur 2. Gestandaardiseerde scores (z-scores) op de relevante variabelen over de meetmomenten heen per proefpersoon.

4. DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek was te bepalen in hoeverre experience sampling geschikt is om de twee concepten vermijding en pijn catastroferen bij chronische pijnpatiënten te meten. De items binnen de concepten vermijding en pijn catastroferen werden behalve één item binnen het concept vermijding goed begrepen door de patiënten. Verder heeft experience sampling, oftewel het dagelijks invullen van vragenlijsten, in dit onderzoek geen invloed op de pijnintensiteit. Het concept vermijding lijkt binnen dit onderzoek niet betrouwbaar gemeten te worden, terwijl het concept pijn catastroferen betrouwbaar lijkt gemeten te worden. Verder vertonen vermijding, pijn catastroferen, pijn en stemming de meeste fluctuaties van meetmoment vijf naar meetmoment zes en de fluctuaties van de concepten vermijding en pijn catastroferen tonen over de meetmomenten heen een tegenovergestelde relatie aan, net als de concepten pijn en stemming. Er is geen duidelijk verband tussen vermijding en pijn catastroferen met pijn en stemming te herkennen.

Volgens de kwalitatieve analyse moest één item uit de subschaal vermijding verwijderd worden, omdat het niet begrepen werd door de chronische pijnpatiënten. Dit item komt uit de PIPS-DLV (Wicksell, Renöfält, Olsson, Bond & Melin, 2008) en werd negatief geformuleerd, wat verwarring kan veroorzaken (Stewart & Frye, 2004). De items binnen het concept pijn catastroferen worden goed begrepen en er hoefde geen item te worden verwijderd. Binnen het concept pijn catastroferen is er geen item negatief geformuleerd.

Uit de kwalitatieve analyse blijkt ESM geen invloed te hebben op de ervaren pijnintensiteit. Dit in tegenstelling tot eerder onderzoek waarin aangetoond werd dat hoe meer aandacht voor de pijn, hoe sterker de pijn wordt waargenomen (Villemure, Slotnick & Bushnell, 2003). Het is aan de ene kant mogelijk dat de aandacht voor pijn de ervaren pijnintensiteit binnen dit onderzoek inderdaad niet veranderde. Het is aan de andere kant mogelijk dat de patiënten aangaven dat de pijnintensiteit niet veranderde, omdat het moeilijk is de vraag over een verandering in pijnintensiteit alleen kort en in termen van ja of nee te beantwoorden, terwijl pijn een multi-dimensioneel en complex concept is (Zakrzewska, 2013).

Binnen het concept vermijding moesten vier items worden verwijderd om een acceptabele Cronbach's α boven 0.60 te bereiken. Binnen de subschaal van vermijding zijn vier van de acht stellingen negatief geformuleerd. Dit kan een mogelijke verklaring zijn voor de lage interne consistentie van het concept vermijding over de meetmomenten heen en is consistent met onderzoek van Stewart en Frye (2004), welke stellen dat negatief geformuleerde items vaak een lage interne consistentie voor een schaal tot gevolg hebben. Een andere mogelijke

verklaring voor de lage interne consistentie kan zijn dat de items niet bij het concept passen, want twee van de vier items die moesten worden verwijderd komen uit de ELS (Trompetter et al., 2013). De ELS meet waardegerichte acties ten opzichte van pijn en niet direct vermijding, wat een bekrachtiging zou kunnen zijn voor de aanname dat de items niet bij het concept passen. Om deze aanname te bevestigen zou het voor de toekomst interessant zijn om een factor-analyse uit te voeren. Deze kan inzicht geven of binnen de schaal vermijding nog andere onderliggende factoren worden gemeten (Thompson, 2004). Eventueel onderliggende factoren zouden ook een verklaring kunnen zijn voor de gevonden fluctuerende interne consistentie over de meetmomenten heen.

Binnen het concept pijn catastroferen hoefden geen items worden verwijderd om een acceptabele Cronbach's α boven .60 te bereiken. Er was een hoge Cronbach's α van .91. Dit is overeenkomstig met eerdere studies, gezien de items voor de schaal pijn catastroferen bijna onveranderd uit de bronnen werden overgenomen. De PCS-DV heeft een goede interne consistentie (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995). Voor de PCL-2003 geldt hetzelfde en de betrouwbaarheid is met een α van 0.75 voldoende (Vlaeyen et al., 2013). Tijdens het interview (meetmoment zes) werd een ondermaatse interne consistentie vastgesteld, wat kan liggen aan sociale wenselijkheid (Van de Mortel, 2008) of een subject-expectancy effect (Harris & Rosenthal, 1985). Dit houdt in dat de patiënten mogelijk onbewust aangeven minder pijn te catastroferen, omdat ze verwachten dat ze door de behandeling minder pijn catastroferen. In totaal lijkt het concept pijn catastroferen betrouwbaar gemeten te worden en lijkt het ook in toekomstig onderzoek gebaseerd op de ESM onveranderd gebruikt te kunnen worden. Echter moet het concept pijn catastroferen voorzichtig gebruikt worden tijdens een interview, omdat het blijkt dat storende effecten de metingen onbetrouwbaarder kunnen maken.

De fluctuaties van vermijding en pijn catastroferen per meetmoment tonen een tegenovergestelde relatie aan, wat betekent dat pijn catastroferen afneemt als vermijding toeneemt, en andersom. Deze bevinding is inconsistent met eerdere studies, waarin is gebleken dat hoe meer pijn, hoe meer vermijding en hoe meer pijn catastroferen (McCracken & Samuel, 2007; Sullivan et al., 2001). Volgens deze studies lijkt het aannemelijk dat vermijding en pijn catastroferen parallel verlopen en bij een hoge pijnintensiteit stijgen en bij een lage pijnintensiteit dalen. In het huidige onderzoek werden vermijding en pijn catastroferen samen onderzocht, wat voor meer inzicht zorgde. Het lijkt alsof er voor een van de twee mogelijke opties wordt gekozen om met pijn om te gaan. Met andere woorden, wie

pijn catastrofieert vermijdt de pijn niet en diegene die de pijn vermijdt heeft geen catastroferende gedachten ten opzichte van pijn.

Uit eerder onderzoek bleek dat hoe meer pijn, hoe negatiever de stemming (De Bruijn-Kofman, 2009; Vendrig & Lousberg, 1997). Deze bevinding is consistent met resultaten uit huidig onderzoek: Pijn en stemming tonen in het huidige onderzoek over de meetmomenten heen een tegenovergestelde relatie aan, wat betekent dat hoe meer pijn er is, hoe slechter de stemming is of hoe minder pijn er is, hoe beter de stemming is. Echter werd in deze studie geen duidelijk verband gevonden tussen vermijding en pijn catastroferen met pijn en stemming. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat pijn en stemming overdag fluctueren. Zo is uit onderzoek van Vendrig en Lousberg (1997) gebleken dat pijnintensiteit bij chronische pijnpatiënten 's ochtends het hevigst is en dat de stemming dan het slechtst is. Beide verbeteren 's middags. In dit onderzoek werden pijnintensiteit en stemming 's avonds gemeten en het is mogelijk dat er wel een duidelijk samenhang met vermijding en pijn catastroferen gevonden kan worden als deze op een ander of meerdere tijdstippen overdag gemeten worden.

De meeste fluctuatie van vermijding, pijn catastroferen, pijn en stemming van meetmoment vijf naar meetmoment zes, die vooral te zien is bij de gemiddelde scores van alle respondenten over de meetmomenten heen en bij één patiënt, kan mogelijk worden verklaard door sociaal wenselijke antwoorden. De scores van meetmoment zes werden tijdens het interview met aanwezigheid van de onderzoeker ingevuld. Vermijding, pijn catastroferen, pijn en stemming zijn wellicht sensitieve thema's en mogelijk geven de respondenten sociaal wenselijke antwoorden (Van de Mortel, 2008). De daling van vermijding, pijn catastroferen en pijn en de stijging van stemming van meetmoment vijf naar meetmoment zes kan daarnaast ook mogelijk verklaard worden door het feit dat de patiënten op meetmoment zes weer in de kliniek in behandeling zijn geweest. Tijdens de behandelingen op Roessingh leren de patiënten vermijding en pijn catastroferen te verminderen, effectief met de pijn om te gaan en de behandelingen doelen ook op een verbetering van de stemming. Omdat de patiënten op Roessingh behandeld worden met ACT (Roessingh, 2015), wat voornamelijk doelt op een vermindering van vermijding is het mogelijk dat vermijding op meetmoment zes bij drie van vier patiënten het meest opvallend daalt. Het is ook mogelijk dat de patiënten in de kliniek een veiliger gevoel hebben dan thuis en het gevoel hebben de pijn beter te kunnen beheersen, omdat zij weten dat ze op Roessingh expliciet voor pijn worden behandeld en omgeven zijn door patiënten die ook last hebben van chronische pijn. Dit gevoel kan mogelijk leiden tot een

betere stemming en een effectiever omgang met pijn, wat betekent minder vermijding en pijn catastroferen.

Sterke punten en limitaties

Een sterke punt van dit onderzoek is dat de geschiktheid van deze experience sampling zowel kwalitatief als kwantitatief werd geanalyseerd. Kwalitatieve data kan inzicht geven in de subjectieve kwaliteit van dit onderzoek, terwijl kwantitatieve data zicht geeft op de objectieve kwaliteit hiervan (van Zwieten & Willems, 2004). Hierdoor was het mogelijk twee bronnen voor mogelijke bias te ontdekken. Door de kwalitatieve analyse is naar voren gekomen dat de respondenten één item erg slecht begrepen. Door de kwantitatieve analyse is naar voren gekomen dat vier items moesten worden verwijderd om een acceptabele interne consistentie te bereiken. Echter kan door kwalitatief onderzoek in vorm van een interview sociale wenselijkheid optreden, waardoor de kwantitatieve meetinstrumenten aan interne consistentie kunnen verliezen.

Verder kwam uit de kwalitatieve analyse naar voren dat participanten scoringsvoorkeuren hadden. Sommige participanten gaven voorkeur aan extreme scores, terwijl anderen de voorkeur gaven aan matige scores. De scoringsvoorkeuren van de participanten kunnen een verstorend effect hebben gehad, omdat respondenten mogelijk scores hebben gekozen die niet hun werkelijke beleving weergeven. Hierdoor kunnen de belevingen van de participanten slecht vergeleken worden en zijn de resultaten mogelijk geen goede representatie.

Daarnaast is een sterke punt van het huidige onderzoek dat de doelgroep voor deze experience sampling ook echt werd gepresenteerd in dit onderzoek door de chronische pijnpatiënten. Een niet passende doelgroep zou anders op de dagelijkse metingen kunnen reageren en de geldigheid van huidige bevindingen zou ook onzeker zijn. Echter vallen de bevindingen van het huidige onderzoek moeilijk te generaliseren vanwege het kleine aantal respondenten. Huidig onderzoek met zes respondenten, waarvan vier respondenten alle meetmomenten mee hebben gemaakt, laat zien dat er meer respondenten nodig zijn om duidelijke verbanden aan te tonen.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Het concept vermijding vertoont een lage interne consistentie, maar om verbanden tussen concepten vast te stellen is het cruciaal om deze concepten betrouwbaar te meten, wat binnen

huidig onderzoek door het verwijderen van vier items benaderd werd. Met andere woorden moet in vervolgonderzoek een betrouwbaar meetinstrument gevonden voor vermijding.

Huidig onderzoek kan niet aantonen in hoeverre de voorkeur van scoring een verband heeft met de resultaten. De voorkeur van scoring zou in vervolgonderzoek gebruikt kunnen worden om scores te corrigeren en dichterbij de echte waarneming van de patienten te komen om duidelijkere verbanden aan te tonen. Tevens kan pijn en stemming gedetailleerder gemeten worden met meer items en eventueel meer subschalen. Uit onderzoek van Zakrzewska (2013) is gebleken dat chronische pijn multidimensioneel is en niet eenvoudig kan worden gemeten. Zo kan bijvoorbeeld op verschillende vormen van pijn ingegaan worden die verschillende effecten op vermijding, pijn catastroferen en stemming zouden kunnen hebben. Stemming en pijn worden in dit onderzoek alleen eendimensioneel gemeten in termen van weinig en veel pijn en positieve en negatieve stemming.

Omdat één negatief geformuleerd item volgens de kwalitatieve analyse verwijderd moest worden en een respondent benoemde dat hij/zij soms niet snapte hoe de vragen gesteld waren, is het ook een aanbeveling voor vervolgonderzoek om te analyseren of er in het algemeen een verschil zit in de interne consistentie en begrijpelijkheid tussen positief en negatief geformuleerde items. Het kan zijn dat negatief geformuleerde items moeilijk te begrijpen zijn en daardoor moeilijk juist te beantwoorden (Stewart & Frye, 2004). Vragen over vermijding zouden geherformuleerd moeten worden en in plaats van negatief positief geformuleerd worden.

Uit een aantal recente studies is gebleken dat Cronbach's Alpha heel gevoelig is voor het aantal items en respondenten (Sijtsma, 2009), wat voor dit onderzoek een valkuil kan zijn. Het is aan te bevelen om de interne consistentie in vervolgonderzoek door middel van Goodman's Lambda 2 te bepalen om de gevoeligheid voor het aantal items en respondenten te verminderen.

Huidig onderzoek heeft plaats gevonden met participanten die behandeld werden met ACT (Roessingh, 2015), waarbij de aandacht ligt op het verminderen van vermijding. Voor toekomstig onderzoek valt het aan te raden om ook participanten die met CGT – waarbij de aandacht ligt op het verminderen van pijn catastroferen – behandeld worden te onderzoeken. Mogelijk verschillen de verbanden tussen vermijding en pijn catastroferen met pijn en stemming per soort behandeling. Het is ook mogelijk dat de verbanden tussen vermijding en pijn catastroferen met pijn en stemming anders verlopen als de patienten in de kliniek worden

onderzocht en niet thuis. Het kan dus ook een aanbeveling zijn om de ESM nog een keer in de behandelweek uit te voeren en de gevonden verbanden vervolgens te vergelijken met huidig onderzoek. Het lijkt daarnaast interessant om te onderzoeken of het invullen van de vragenlijst via experience sampling verschilt per programma. Patiënten die een individueel klinisch programma volgen hebben vaak nog andere psychische problemen en zijn minder belastbaar dan patiënten die deelnemen aan een groepsbehandeling (Roessingh, 2015) wat mogelijk gevolgen kan hebben voor de aandacht (Eccleston, Crombez, 1999) en ook voor de accuraatesse van lezen en invullen.

De uitvoering van de ESM is in huidige studie gedaan via Qualtrics, wat betekent dat de participanten achter de computer zaten, waardoor de pijn niet direct in een alledaagse situatie gemeten werd. Het kan dat deze manier van ESM minder directe metingen neemt van de pijn en de daarmee verbonden concepten. Er zijn directere manieren om ESM uit te voeren zoals een APP op de smartphone of via speciaal ontworpen gereedschappen die alleen voor ESM zijn bestemd. Omdat pijnintensiteit en stemming overdag mogelijk fluctueren (Vendrig & Lousberg, 1997), kan een ESM met meerdere meetmomenten overdag waarschijnlijk accuratere verbanden kenbaar maken.

Het blijkt dat ESM – ondanks sommige uitdagingen – een interessante aanpak is voor het onderzoeken van chronische pijn en dat er door middel van deze methode veel nieuwe inzichten vergaard kunnen worden, welke door retrospectieve methoden beperkt op te sporen vallen.

5. REFERENTIELIJST

- Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008). ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications.
- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J., & Cousins, M. J. (2004). Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*, 111(1), 51-58.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 10(4), 287-287.
- Garcia-Palacios, A., R. Herrero, M. A. Belmonte, D. Castilla, J. Guixeres, G. Molinari, R. M. Baños, and C. Botella (2014): "Ecological momentary assessment for chronic pain in fibromyalgia using a smartphone: a randomized crossover study." *European Journal of Pain* 18, no. 6, 862-872.
- Crombez, G., & Vlaeyen, J. W. S. (1996). The pain catastrophizing scale. *Unpublished Dutch/Flemish translation*.
- Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (1987). Validity and reliability of the Experience Sampling Method. *The Journal of nervous and mental disease*, 175(9), 526-536.
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior therapy*, 35(4), 785-801.
- De Bruijn-Kofman, A. (2009). *Leven met chronische pijn*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Denison, E., Åsenlöf, P., & Lindberg, P. (2004). Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain*, 111(3), 245-252.
- Dersh, J., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic medicine*, 64(5), 773-786.
- Drenth, P. J. D., & Sijsma, K. (2005). Validiteit en betekenis. *Testtheorie*, 328-395.
- Eccleston C, Crombez G. (1999). Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychol Bull*, 125, 356 – 366.

- Gaskin, D. J., & Richard, P. (2012). The economic costs of pain in the United States. *The Journal of Pain*, 13(8), 715-724.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581.
- Gerbershagen, H. U., Lindena, G., Korb, J., & Kramer, S. (2002). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Schmerzen. *Der Schmerz*, 16(4), 271-284.
- Harris, M. J., & Rosenthal, R. (1985). Mediation of interpersonal expectancy effects: 31 meta-analyses. *Psychological bulletin*, 97(3), 363.
- Hektner, J. M., Schmidt, J. A., & Csikszentmihalyi, M. (2007). *Experience sampling method: Measuring the quality of everyday life*. Sage.
- Het Roessingh (2015), verkregen op 04.12.2015 van: <http://www.roessingh.nl/Revalidatie/Pijnrevalidatie/Chronische-pijn>
- Jansen, H., & Hak, T. (2005). The productivity of the three-step test-interview (TSTI) compared to an expert review of a self-administered questionnaire on alcohol consumption. *Journal of Official Statistics: an international quarterly*, 21(1), 103-120.
- Kimhy, D., Delespaul, P., Corcoran, C., Ahn, H., Yale, S., & Malaspina, D. (2006). Computerized experience sampling method (ESMc): assessing feasibility and validity among individuals with schizophrenia. *Journal of psychiatric research*, 40(3), 221-230.
- Lethem, J., Slade, P. D., Troup, J. D. G., & Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception—I. *Behaviour research and therapy*, 21(4), 401-408.
- Lousberg, R., Van Breukelen, G. J., Groenman, N. H., Schmidt, A. J., Arntz, A., & Winter, F. A. (1999). Psychometric properties of the Multidimensional Pain Inventory, Dutch language version (MPI-DLV). *Behaviour research and therapy*, 37(2), 167-18.
- McCracken, L. M., & Samuel, V. M. (2007). The role of avoidance, pacing, and other activity patterns in chronic pain. *Pain*, 130(1), 119-125.

- McCracken, L. M., & Turk, D. C. (2002). Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine*, 27(22), 2564-2573.
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *American Psychologist*, 69(2), 178.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1), 127-133.
- Meichenbaum, D. H. (1995). Cognitive-behavioral therapy in historical perspective.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2011). Gezondheidspsychologie. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Nickel, R., & Raspe, H. H. (2001). Chronischer Schmerz: Epidemiologie und Inanspruchnahme. *Der Nervenarzt*, 72(12), 897-906.
- Nilges, P., & Nagel, B. (2007). What is chronic pain?. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946), 132(41), 2133.
- Philipsen, H., & Vernooy-Dassen, M. (2004). Kwalitatief onderzoek: nuttig, onmisbaar en uitdagend. *Huisarts en wetenschap*, 47(10), 288-292.
- Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of general psychiatry*, 60(1), 39-47.
- Samwel, H. J., Evers, A. W., Crul, B. J., & Kraaimaat, F. W. (2006). The role of helplessness, fear of pain, and passive pain-coping in chronic pain patients. *The Clinical journal of pain*, 22(3), 245-251.
- Scollon, C. N., Prieto, C. K., & Diener, E. (2009). Experience sampling: promises and pitfalls, strength and weaknesses. In *Assessing well-being* (pp. 157-180). Springer Netherlands.
- Severeijns, R., Vlaeyen, J. W., van den Hout, M. A., & Weber, W. E. (2001). Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *The Clinical journal of pain*, 17(2), 165-172.
- Sijtsma, K. (2009). Over misverstanden rond Cronbachs alfa en de wenselijkheid van alternatieven. *Psycholoog*, 44(11), 561.

- Sloboda, J. A., O'Neill, S. A., & Ivaldi, A. (2001). Functions of music in everyday life: An exploratory study using the experience sampling method. *Musicae scientiae*, 5(1), 9-32.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R. & Pivik, J. (1995), Pain Catastrophizing Scale – Dutch Version (PCS-DV). *Psychological Assessment*, Vol 7(4), Dec 1995, 524-532.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52-64.
- Stewart, T. J., & Frye, A. W. (2004). Investigating the use of negatively phrased survey items in medical education settings: common wisdom or common mistake? *Academic Medicine*, 79(10), S18-S20.
- Thompson, B. (2004). Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications. American Psychological Association.
- Treffers, D. A. (2003). Somatoforme stoornissen. FC Verhulst, F. Verheij, & RF Ferdinand. *Kinder-en jeugdpsychiatrie. Psychopathologie*, 171-174.
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., van Baalen, B., Kleen, M., Köke, A., Reneman, M., & Schreurs, K. M. G. (2014). The Psychological Inflexibility in Pain Scale. Exploration of psychometric properties in a heterogeneous chronic pain sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 10.1027/1015-5759/a000191
- 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.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). Pain and behavioural medicine. *New York: Guildford*.
- Van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research.
- Van Zwieten, M., & Willems, D. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 47(13), 38-43.

- Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta analysis. *PAIN*, 152(3), 533-542.
- Veehof, M.M., Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., Schreurs, K.M.G. (2015). Acceptance and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behavior Therapy*, 1-30.
- Villemure, C., Slotnick, B. M., & Bushnell, M. C. (2003). Effects of odors on pain perception: deciphering the roles of emotion and attention. *Pain*, 106(1), 101-108.
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.
- Vlaeyen, J. W. S., van Breukelen, G., Nooyen-Haazen, I. W. C. J., Stomp-van den Berg, S. G. M., & Kole-Snijders, A. M. J. (2003). De Pijn Cognitie Lijst. *Maastricht: Pijn Kennis Centrum academisch ziekenhuis Maastricht*.
- Vowles, K. E., McNeil, D. W., Gross, R. T., McDaniel, M. L., Mouse, A., Bates, M., McCall, C. (2007). Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behavior Therapy*, 38(4), 412-425.
- Wicksell, R. K., Renöfält, J., Olsson, G. L., Bond, F. W., & Melin, L. (2008). Avoidance and cognitive fusion—Central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). *European Journal of Pain*, 12(4), 491-500.
- Williams, A. C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 11.
- Zakrzewska, J. M. (2013). Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face. *J Headache Pain*, 14(1), 37.

6. BIJLAGE

6.1 Bijlage A: Informed Consent

UNIVERSITEIT TWENTE.

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: Experience sampling bij chronische pijnpatiënten
Verantwoordelijke onderzoeker: Jasmin Stasik, email-adres: j.stasik@student.utwente.nl

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat audiomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Email-adres deelnemer (voor toesturen van vragenlijst):

Datum:

Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening onderzoeker:

6.2 Bijlage B: Transcriptie Interview 1

Geslacht: vrouw

Leeftijd: 60 - 70

Interviewer [instructie voorlezen]: Nou..hartelijk welkom bij dit interview. Ik ga de instructie nu voorlezen:

Het volgende interview zal de duur van maximaal 20 minuten hebben. Het interview wordt opgenomen als audio-materiaal. Alle gegevens worden anoniem verwerkt en worden uitsluitend voor analyse gebruikt. De volgende vragenlijst bevat een aantal uitspraken over uw gedachten, gevoelens en gedragingen. We willen u vragen bij elke stelling een inschatting te geven in hoeverre de stelling voor u op dit moment van toepassing is. Wilt u per stelling het antwoord aankruisen dat het meest van toepassing is. Dit doet u deze keer door hardop te denken. Onder hardop denken wordt verstaan dat u de denkstappen die u maakt, verwoord. U wordt gevraagd elke stelling eerst luid voor te lezen. Tijdens het aankruisen van het meest passende antwoord spreekt u alle gevoelens en gedachten die in u opkomen hardop uit. Deze kunnen zowel te maken hebben met uzelf als met de stellingen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat alleen maar om uw persoonlijke inschatting.

[voorbeeld geven]: Ik geef dus even nog een voorbeeld van de methode hardop denken voor een stelling. Dus... u leest de stelling eerst luid voor. Ik stel dingen niet uit vanwege mijn pijn. Nou...hmmm....dat past vandaag wel bij mij, ik stel vandaag helemaal geen dingen uit, ik doe alles wat ik eigenlijk belangrijk vind.. dus...neem ik een 9.. ja. Dan kruist u een 9 aan en dit doet u nu met elke stelling. Ähm.. En ik ga dus eerst luisteren en aantekeningen maken en na het invullen van de vragenlijst [verder instructie voorlezen] stel ik nog sommige vragen en u hebt nog de mogelijkheid om vragen te stellen.

Respondent: Duidelijk, ja.

Interviewer: Okay, nou, prima. U kunt nu beginnen.

Respondent: Okay, dus nu beginnen met voorlezen. Ik stel dingen niet uit vanwege mijn pijn. Äh, op dit moment doe ik dat niet... omdat, ja.. omdat de pijn op dit moment mee valt.

Interviewer: Okay.

Respondent: Dus dat is.. de stelling is dus wel van toepassing. Ik doe een 9 dit keer.

Het is verschrikkelijk en ik denk dat ik nooit beter zal worden wanneer ik pijn heb. Dat is een aspect dat ik nooit denk. Het is wel verschrikkelijk maar verschrikkelijk is niet het woord dat ik gebruik daarvoor. En dat het nooit beter zal worden denk ik ook niet . Dus dat is bij mij helemaal niet van toepassing.. Helemaal niet vind ik dan ook weer een beetje te extreem dus ik doe een 1. En 0 vind ik...een beetje te extreem.

Ik vermijd het inplannen van activiteiten niet vanwege mijn pijn...dat is inderdaad niet.. moet even denken of ik het... het gaat om dit moment [toestemming van interviewer], dus nou... op dit moment doe ik het niet. Dus dan is het wel van toepassing... nee op dit moment.

Als ik pijn heb word ik bang dat de pijn erger zal worden...nee, ik ben niet zo bang voor de pijn en zeker niet dat het erger zal worden.. dus hier doe ik ook een 1.

Ik onderbreek activiteiten wanneer ik pijn begin te voelen of de pijn erger wordtähm...op dit moment is dat niet van toepassing. ...dus dat is dan helemaal niet van toepassing.... erger wordt, nee.. dat is een 1.

Als ik pijn heb, heb ik het gevoel dat ik niet verder kan...op dit moment.. is dat ook niet van toepassing. Pijn valt op dit moment mee, nee.. dus dat is dan ook niet van toepassing.

De pijn kan mij niet tegenhouden om te doen wat ik belangrijk vind ...[lacht]... äähm...dat is zo, dus dan is die wel van toepassing... of dat niet verstandig is heb ik gehoord,...maar het is wel van toepassing [lacht]. dat is een 8.. nou..ja, 8.

Ik voel woede en boosheid bij me opkomen wanneer ik pijn heb...mh, dat is ook een lastige..ähm..momenteel niet maar normaal gesproken wel dus daar weet ik niet voor mij wat ik moet invullen. Het gaat om dit moment..

Interviewer: Gewoon om dit moment, precies..

Respondent: Dus op dit moment valt het, nee op dit moment niet...meestal is het wel het geval, alleen maar nu even niet..

Interviewer: Okay...

Respondent: Ik vermijd het doen van dingen niet wanneer er het risico bestaat dat het pijn zal doen of de dingen erger maakt...vermijd het niet [leest nog een keer]..ik vermijd het niet dus dat is wel van toepassing..ähm... het is niet altijd het geval merk ik.. op dit moment neem ik een 8.

Ik vraag mij af of er iets ernstigst kan gebeuren wanneer ik pijn heb ... dat vraag ik mij nooit af...dus daar gaan we helemaal niet van toepassing, maar een 0...ik hou het op een 1.

Interviewer: Okay....Okay.

Respondent: Een 0 is... [lacht]...

Pijn of geen pijn, ik doe altijd wat ik me heb voorgenomen...dat is inderdaad bij mij... nu het geval ook...een 8.

Om te voorkomen dat ik pijn voel doe ik niet de dingen die ik belangrijk vind...nee, dat is..... dat is niet iets dat ik doe normaal... dus dat gaat [leest vraag nog een keer voor] niet de dingen, dus die is niet van toepassing...het wordt een 1.

Als ik pijn heb zijn mijn gedachten steeds op de pijn geconcentreerd....mmhhh....op dit moment... wel, omdat ik met de vragenlijst bezig ben [lacht]...

Interviewer: Ja, dat klopt [lacht]...

Respondent: Ja, de vraag is op dit moment..dus nu wel [lacht].

Ik neem me toch de tijd om dingen te doen die ik belangrijk vind wanneer ik pijn heb. Dat is zeker van toepassing bij mij, dus dat wordt een 8...

Wat was vandaag uw ergste pijn...dat valt vandaag wel mee.....vandaag... een 6. Wat is uw stemming op dit moment...ähhh...niet meer zenuwachtig, maar goed.. een 8, denk ik...

Interviewer: Nou, prima. Nou, bedankt voor het invullen van de vragenlijst met de methode hardop denken. Äh, ik heb een vraag tot...of, die heeft betrekking tot een stelling. Dus tot de stelling: De pijn kan me niet tegenhouden om te doen wat ik belangrijk vind. Daar heeft u gezegd dat het.. ähh... dat het misschien niet zo goed begrijpelijk is de stelling, toch?

Respondent: Hmmm... nee, die begrijp ik, maar [leest stelling nog een keer door]... ähm nee, de stelling is wel duidelijk.. ja, nee... dat ik het ähhh.. ik doe het, dat kan mij niet tegenhouden maar het zou wel verstandig zijn dat ik het doe.. zo bedoel ik het eigenlijk. Maar de vraag is wel duidelijk inderdaad, absoluut. Alleen dat het bij mij zelf inderdaad... dat ik dat niet goed, anders moet omgaan. Maar de vraag is absoluut duidelijk, ja...

Interviewer: Okay, prima. Ja...Ähm... Hoe was uw gevoel tijdens het invullen van de vragenlijst nu met de methode hardop te denken?

Respondent: Ähmm...Nou ik merk dat ik het niet zo zeer over gevoelens heb, dat stond ook dat je moet uitspreken wat jouw gevoelens zijn. Het is bij mij meer, wel...hoe is het op dit moment. Dat vind ik niet echt zelf de gevoelens moet ik zeggen.

Interviewer: Ja, maar het is prima geweest.

Respondent: Ja, is het zo?

Interviewer: Ja, prima. Ik begrijp dat het een beetje lastig is, om ja....op dit moment dan nu alle gevoelens en gedachten uit te spreken.

Respondent: Ja! [lacht] Het was mijn zorg dat ik de vraag goed lees. Dat is vooral belangrijk, dus wat staat er in. Dus daar concentreer je eerst op en dan is het van toepassing... en de gevoelens ben je dan eigenlijk kwijt die daarbij zijn..

Interviewer: Ja, ja...dat klopt. Ähm, zijn alle stellingen binnen de vragenlijst duidelijk en begrijpelijk geweest?

Respondent: De hele week of alleen deze?

Interviewer: De hele week.

Respondent: Nou, dus in het begin had ik moeite om alle stellingen te begrijpen, het werd op de volgende dag al beter...en ik had problemen met vraag 9...ik weet niet meer wat vraag 9 was. Heb ik vaak heel lang over na moeten denken. [Interviewer laat vraag 9 zien op de vragenlijst]... Oh, de stelling is elke dag hetzelfde inderdaad? Ik dacht dat er af en toe iets anders was... Nou, dat dacht ik... Het is wel anders gesteld en een dag stond er het woordje niet [lacht] en een andere dag dacht ik stond er het woordje wel erbij. Dus dat is echt elke dag hetzelfde geweest? Oh okay, dan heeft Imke [andere respondent, naam gewijzigd] gelijk. Zij heeft het wel gezien dat het elke dag hetzelfde was.

Interviewer: Ja, het is elke dag hetzelfde geweest [lacht].

Respondent: De eerste dag dacht ik van... je moet echt goed lezen wat staat er nou.. Precies, maar dat was... 9 was de enige bij die ik dacht van hoe ik moet ik dat uitleggen, bij de andere had ik dat niet. Grappig, ik dacht dat je elke dag iets....een woordje...

Interviewer [lacht]: Neee, dat was elke dag hetzelfde.

Respondent: Dan heb ik me vergist. Het is een valkuil om de kijken of je goed leest. Dat was niet zo, nee [lacht]. Maar de dag had ik dat niet inderdaad, dus...

Interviewer: Okay...

Respondent: Ja, alleen maar bij vraag 9 was het ook....maar je moet wel goed lezen...het woordje niet en hoe staat het..

Interviewer: Ja, ja...dat klopt.

Respondent: Dat was belangrijk, dus...

Interviewer: Hebt u nog verbeterpunten met betrekking tot de stellingen?

Respondent: ... Nou, ik heb zelf altijd moeite met cijfers invullen, want helemaal niet en helemaal wel, dat zijn voor mij extremen zodat ik denk....mhhh...ja, dat vind ik zelf altijd lastig en wat gevraagd wordt is dan ,ja, äh, nou, daar staat dan nou ik stel dingen niet uit, ja...soms wel en soms niet. Het is nooit altijd extreem wel of niet. Ja, er staat in vragenlijsten wel natuurlijk.. Ja, je moet ergens van uit gaan. Maar ja, dat vind ik lastig is het nu altijd wel of altijd niet...

Interviewer: Ja, okay. En wat zou dan misschien beter zijn?

Respondent: Maar ja kijk...er staat volgens mij ook nergens of het altijd is.. Zie, als ik pijn heb zijn mijn gedachten...ja, soms, maar...

Interviewer: Okay, dus misschien in plaats van helemaal wel en niet van toepassing te zeggen altijd en nooit.

Respondent: Ja, voor mijzelf misschien, ja....want het is nooit...het is nooit altijd nooit, zeg maar, het is.. Dan moet ja daarvan uitgaan en dan met de cijfers geven. Is het een 8 of een 9, dat vind ik heel lastig...maar ja, je moet natuurlijk ergens van uit gaan, ja...dat snap ik.

Interviewer: Mhhh, ja dat klopt... En hebt u het gevoel dat de pijn zich heeft veranderd door het dagelijkse invullen van de vragenlijst?

Respondent: Neee...neee...

Interviewer: Neee, helemaal niet?

Respondent: Neee...dat heeft geen invloed gehad inderdaad.

Interviewer: Okay...nou, hebt u anders nog vragen?

Respondent: Neee, dit was duidelijk. Alleen maar dat ik dacht dat het anders...

Interviewer [lacht]: Ja, maar dat is heel spannend om het te analyseren.

Respondent: Ja [lacht] Het staat andersom, het is net omgedraaid.

Interviewer [lacht]: Dat was elke dag hetzelfde.

Respondent lacht...: Nou, dan zou Imke blij zijn. Dan heeft zij het goed gelezen inderdaad. Ik moest er wel aan denken om een wekker te stellen...dus, elke dag dezelfde tijd...

Interviewer: Ja, dat begrijp ik. Nou, dat was het eigenlijk. Helemaal bedankt voor uw deelname bij dit onderzoek. Ik ben heel dankbaar dat u deel heeft genomen en ja....

Respondent: Graag gedaan, geen probleem...Succes verder!

Interviewer: Helemaal bedankt!

6.3 Bijlage C: Transcriptie Interview 2

Geslacht: vrouw

Leeftijd: 40-50

Interviewer [leest instructie voor]: Nou, hartelijk welkom bij dit interview. Ik ga de instructie nu eerst luid voorlezen. Het volgende interview zal de duur van maximaal 20 minuten hebben. Het interview wordt opgenomen als audiomateriaal. Alle gegevens worden anoniem verwerkt en worden uitsluitend voor analyse gebruikt. De volgende vragenlijst bevat een aantal uitspraken over uw gedachten, gevoelens en gedragingen. We willen u vragen bij elke stelling een inschatting te geven in hoeverre de stelling voor u op dit moment van toepassing is. Wilt u per stelling het antwoord aankruisen dat het meest van toepassing is. Dit doet u deze keer door hardop te denken. Onder hardop denken wordt verstaan dat u de denkstappen die u maakt, verwoord. U wordt gevraagd elke stelling eerst luid voor te lezen. Tijdens het aankruisen van het meest passende antwoord spreekt u alle gevoelens en gedachten die in u opkomen hardop uit. Deze kunnen zowel te maken hebben met uzelf als met de stellingen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat alleen maar over uw persoonlijke inschatting. [voorbeeld geven] Ik geef nog even kort een voorbeeld voor een stelling met de methode hardop denken. Dus... u leest elke stelling eerst luid voor: Ik stel dingen niet uit vanwege mijn pijn. Nou, dat past vandaag wel bij mij. Ik stel dingen vandaag helemaal niet uit..en...ik doe eigenlijk alles wat ik belangrijk vind, dus..hm...neem ik een 9. En dan kruist u een 9 aan,.. en dit doet u nu met elke stelling. [verder met instructie] En ik ga dus nu eerst luisteren en aantekeningen maken en na het invullen van de vragenlijst worden kort nog wat vragen gesteld van mij en u hebt ook nog de mogelijkheid om vragen te stellen.

Respondent: Okay...

Interviewer: Okay, dus u kunt nu beginnen.

Respondent: Ik stel dingen niet uit vanwege mijn pijn. Nee dat doe ik zeker niet..ähm...ik die de dingen gewoon die ik belangrijk vind. En als ik pijn heb dan doseer ik het gewoon.. en ik geef een 8..Nu gewoon naar de volgende?

Interviewer: Mhm, ja...

Respondent: Het is verschrikkelijk en ik denk dat ik nooit beter zal worden wanneer ik pijn heb. Nou, gelukkig heb ik daar geen last van. Ik kan goed leven met de pijn die ik heb en daar goed mee omgaan dus ik geef...äh...dat ik voor mij helemaal niet van toepassing, dus een 0.

Ik vermijd het inplannen van activiteiten niet vanwege mijn pijn. Ne, dat doe ik ook niet want ähm...ik blijf gewoon doen wat ik van plan ben, dus daar geef ik een...äh...9.

Als ik pijn heb wordt ik bang dat de pijn erger zal worden...äähm...dat ligt een beetje aan wat ik voor pijn heb en hoeveel pijn ik heb, dus...äähm...een 3.

Ik onderbreek activiteiten wanneer ik pijn begin te voelen of de pijn erger wordt...Okay [leest het nog een keer door] Ja...ik onderbreek het dan voor een klein pauze. Dus...geef ik een 8.

Als ik pijn heb, heb ik het gevoel dat ik niet verder kan..Neee, dat is grove onzin die daar is, dus daar doe ik een 0..dat past niet bij mij.

De pijn kan mij niet tegenhouden om te doen wat ik belangrijk vind. Nou, dat is helemaal voor mij van toepassing, want de pijn...ähhh...bepaald niet wat ik doe, dat is ook een 10.

Ik voel woede en boosheid bij me opkomen wanneer ik pijn heb...Ja....ähm...neee...ähm...nee, maar niet helemaal overtuigend niet, dus hier doe ik een 7, maar als de pijn heel heftig is, dan kan ik daar inderdaad boos van worden.

Ik vermijd het doen van dingen niet wanneer er het risico bestaat dat het pijn zal doen of de dingen erger maakt ähm...[leest het nog een keer voor] Die vind ik een beetje lastig, he..

Interviewer: Okay, wat precies?

Respondent: Ähmm..äh...ik vermijd het [leest het nog een keer door]...dingen doen die mij pijn gaan doen...nou, ja die ga ik natuurlijk niet opzoeken. Dus dan is het...nou, helemaal niet van toepassing, toch?

Interviewer: Ja, precies...

Respondent: Ik vraag mij af of er iets ernstigst kan gebeuren wanneer ik pijn heb. Nee, dat past niet bij mij. Ähham, een 8..

Pijn of geen pijn, ik doe altijd wat ik me heb voorgenomen..Ja, dat klopt...

Om te voorkomen dat ik pijn voel doe ik niet de dingen die ik belangrijk vind...Neee, dat klopt dus niet [pauze].. want ik doe zij wel...die dingen, die ik belangrijk vind. Is gewoon de vraag anders omdraaien.

Als ik pijn heb zijn mijn gedachten steeds op de pijn geconcentreerd....Neee...neeee...

Ik neem me toch de tijd om dingen te doen die ik belangrijk vind wanneer ik pijn heb.. helemaal wel. En anders zou je dus helemaal niks meer doen.

Wat was vandaag uw ergste pijn? Ähm...een 3... want vandaag valt het wel mee, dus..

Wat is uw stemming op dit moment? Nou, ik voel me steeds positiever, dus...

Interviewer: Nou, prima. Bedankt voor het invullen van de vragenlijst met de methode hardop denken. Ik heb nu nog een vraag, die heeft betrekking tot een stelling...dus...mhh.. bij de stelling “ik vraag mij af of er iets ernstigst kan gebeuren wanneer ik pijn heb [stelling 10].. Daar hebt u gezegd dat het helemaal niet van toepassing is op u en u hebt een 8 gegeven. Is dat...ähhh..?

Respondent: Oh daar heb ik de vraag niet goed gelezen of begrepen..

Interviewer: Ja, dat wilde ik graag navragen. Dat was op deze bladzijde te vinden [toont bladzijde met de stelling]

Respondent: [leest stelling nog een keer voor]. Oh die heb ik...ähh.. die heb ik verkeerd ingevuld.

Interviewer: Okay, dat is niet erg. Kunt u gewoon verbeteren.

Respondent: Doorstrepen?

Interviewer: Ja, precies. Doorstrepen en de juiste antwoord voor u aankruisen.

Respondent: Die had ik inderdaad verkeerd ingevuld.

Interviewer: Okay, ja dat maakt niet uit. Dat is goed voor mij om te analyseren [lacht]. Ähm.. nou, en ik heb nog sommige andere vragen. Hou was uw gevoel tijdens het invullen van de vragenlijst met de methode hardop denken?

Respondent: Ähm, dat je even heel goed na moest denken van hoe de vraagstelling was omdat je..nou, dat wat net gebeurde, van.. ähm, als er staat niet dan moet je hier even omschakelen, dat je dan helemaal wel van toepassing..

Interviewer: Dus, ja.. heel goed lezen en heel goed nadenken..

Respondent: Ja, ja..heel goed nadenken..

Interviewer: Ja, okay. Zijn alle stellingen binnen de vragenlijst duidelijk en begrijpelijk geweest?

Respondent: Äh ja, behalve dan die ene die je net vroeg ... want het waren elke dag dezelfde vragen.

Interviewer: Ja, dat klopt.

Respondent: Dus en ja... daar had ik moeite mee..

Interviewer: Okay...Hebt u nog misschien verbeterpunten met betrekking tot de stellingen? Of...de hele vragenlijst..

Respondent: Nee...Nee, niet echt.

Interviewer: Niet echt, okay.

Respondent: Nee, wat ik vond het goede vragen. Met name dat de vraag bij staat hoe je op dit moment naar jezelf kijkt.. want als je een dag hebt met veel pijn, dan zou je de vragenlijst anders invullen en ben je dus...dan heb je een andere stemming...

Interviewer: Mhh ja, dat begrijp ik. Hebt u het gevoel dat de pijn erger is geworden...of, dat de pijn zich heeft veranderd? Door het dagelijkse invullen van de vragenlijst.

Respondent: Niet dat de pijn anders is geworden.. maar je gaat wel anders naar jezelf kijken.

Interviewer: Okay, en in hoeverre?

Respondent: Naja, dat wat ik al zeg.. van dat het heel afhankelijk is van hoe je je op een dag voelt en ääh.. Ik weet nu echt niet of dat van de vragenlijst is of dat het ook van de behandelingen van hier is.. van, wanneer je de pijn niet laat bepalen, dan ga je je ook anders voelen.

Interviewer: Mhh, ja.. ja, dat begrijp ik. Dus hebt door het invullen van de vragenlijst gezien dat er misschien ook een samenhang bestaat tussen de stemming en de gedragingen en gevoelens etc..

Respondent: Ja,...ja..

Interviewer: Okay, nou prima. Ähm.. Hebt u anders nog vragen?

Respondent: Neee, heb ik niet.

Interviewer: Prima, alles duidelijk?

Respondent: Ja.. Ik vond het leuk om mee te doen

Interviewer: Dat is fijn om te horen. Helemaal bedankt voor uw deelname bij dit onderzoek.
Ik ben heel dankbaar dat u deel heeft genomen.

Respondent: Prima, graag gedaan!

6.4 Bijlage D: Transcriptie Interview 3

Geslacht: man

Leeftijd: 30-40

Interviewer [leest instructie voor]: Nou, hartelijk welkom bij dit interview. Ik ga de instructie nu voorlezen: Het volgende interview zal de duur van maximaal 20 minuten hebben. Het interview wordt opgenomen als audiomateriaal. Alle gegevens worden anoniem verwerkt en uitsluitend voor analyse gebruikt. De volgende vragenlijst bevat een aantal uitspraken over uw gedachten, gevoelens en gedragingen. We willen u vragen bij elke stelling een inschatting te geven in hoeverre de stelling voor u op dit moment van toepassing is. Wilt u per stelling het antwoord aankruisen dat het meest van toepassing is. Dit doet u deze keer door hardop te denken. Onder hardop denken wordt verstaan dat u de denkstappen die u maakt, verwoord. U wordt gevraagd elke stelling eerst luid voor te lezen. Tijdens het aankruisen van het meest passende antwoord spreekt u alle gevoelens en gedachten die in u opkomen hardop uit. Deze kunnen zowel te maken hebben met uzelf als met de stellingen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat alleen maar om uw persoonlijke inschatting.[geeft voorbeeld] Ik geef nu even kort nog een voorbeeld voor de methode hardop denken voor een stelling: U leest de stelling dus eerst luid voor: Ik stel dingen niet uit vanwege mijn pijn... Nou, dat past vandaag wel bij mij. Ik stel dingen helemaal niet uit. Ik doe vandaag alles wat ik belangrijk vind.. Dus neem ik een 9. En dan kruist u een 9 aan.. en dat doet u met elke stelling.

Respondent: Mhm, okay..

Interviewer: En ik ga dus nu eerst luisteren en aantekeningen maken en na het invullen van de vragenlijst worden kort nog vragen gesteld van mij en u hebt nog de mogelijkheid om vragen te stellen.

Respondent:Helemaal goed.

Interviewer: Okay, u kunt nu beginnen.

Respondent: Ik stel dingen niet uit vanwege mijn pijn... een 7...äh...Het is verschrikkelijk en ik denk dat ik nooit beter zal worden wanneer ik pijn heb... een 3... ik vermijd het inplannen van activiteiten niet vanwege mijn pijn... ähmm... een 6..

Interviewer: Kunt u nog een beetje meer uitleg geven waarom u voor de cijfer hebt gekozen?

Respondent: Ja...bij die beginnen weer?

Interviewer: Mhmmm..ja.

Respondent: Ik stel dingen niet uit vanwege mijn pijn...heb ik een 7 omdat ik op dit moment niet heel erg veel last heb...Dus als ik nu iets zou willen doen dan doe ik dat ook. Als ik dan toch veel pijn heb, dan stop ik, maar... op dit moment..

Interviewer: Okay, mhm..

Respondent: De volgende is Het is verschrikkelijk en ik denk dat ik nooit beter zal worden wanneer ik pijn heb...heb ik een 3, ääh... ja het is zo, ik heb de pijn en die blijft maar ik ga daar niet heel negatief mee om...

Ik vermijd het inplannen van activiteiten niet vanwege mijn pijn...heb ik een 6, ähh... te veel belastende inspanningen doe ik op dit moment niet omdat ik dan weet dat ik erger pijn krijg... maar op dit moment is het gewoon, ik heb niet zo veel last, dus zou ik niet extreem veel dingen niet doen...

Als ik pijn heb word ik bang dat de pijn erger zal worden...daar doe ik ook een 3, omdat ik nu wel geleerd heb dat als ik pijn krijg dat ik op tijd moet stoppen. Dus in ieder geval wat minder en even een pauze moet nemen...

Ik onderbreek activiteiten wanneer ik pijn begin te voelen of de pijn erger wordtähm, dat is een 8.. want dat is een signaal voor mij om te zorgen dat ik niet meer pijn ga krijgen, daarom stop ik dan..

Als ik pijn heb, heb ik het gevoel dat ik niet verder kan...ja, een 3.. want ik kan altijd wel verder als ik wil, maar ik heb geleerd dat ik dat niet moet doen. Dus ja, ik heb geen gevoel dat ik niet verder kan, maar ja... ik weet het is niet verstandig om door te gaan..

De pijn kan mij niet tegenhouden om te doen wat ik belangrijk vind...mh hh een 9... belangrijke dingen, dat zijn voor mij zaken voor het gezin waar ik voor moet zorgen en met kinderen naar sport heen gaan en allemaal dat zo dingen.. dat zijn dingen die doe ik wel en dan neem ik even s'middags meer rust... of dat dag plan ik dan even rustiger in daarvoor.. zo belangrijke dingen gaan voor..

Ik voel woede en boosheid bij me opkomen wanneer ik pijn heb...mhh.. een 2, want ik begin het nu te accepteren dat ik het heb en als ik woede en boosheid krijg dan ga ik me alleen maar drukker maken en daardoor krijg je meer last. Dus probeer ik me zo min mogelijk druk over te maken, dus ik heb het en daar moet ik mee leren te leven...

Ik vermijd het doen van dingen niet wanneer er het risico bestaat dat het pijn zal doen of de dingen erger maak....Daar doe ik een 5, neutraal.. Het ligt er wel aan wat het is. Als het voor mij belangrijk is dan moet het maar even, maar ik ga niet bewust denken van ik wil naar de stad toe om te shoppen en ja..äh...als ik daardoor meer last heb, dan laat ik dat gewoon zitten. Dat zijn bijzaken dan..

Ik vraag mij af of er iets ernstigst kan gebeuren wanneer ik pijn heb...dat is een 2.. De pijn die is bij mij... en het is vervelend maar het is niet ernstig...

Pijn of geen pijn, ik doe altijd wat ik me heb voorgenomen...dat is een 3, ähh.. ik probeer minder te plannen.. dus als ik inplan ik wil 4 dingen per dag sowieso gaan doen, ja dan zou ik het altijd doen, maar nu heb ik hier ook geleerd van je moet niet te veel plannen want je weet niet hoe je dag verloopt met de pijn..

Om de voorkomen dat ik pijn voel doe ik niet de dingen die ik belangrijk vind...dat is een 2.. want belangrijke dingen, ja, die doe ik wel, en daar ga ik andere dingen voor laten...

Als ik pijn heb zijn mijn gedachten steeds op de pijn geconcentreerd...mhh.. een 4.. ja, ik voel het wel, je denkt er soms wel aan maar het is niet continu...

Ik neem me toch de tijd om dingen te doen die ik belangrijk vind wanneer ik pijn heb... ja, dat is toch wel een 8.. ja, dat wat ik net zei van de belangrijke dingen die moeten er toch wel gewoon gebeuren.. ääh..

Wat was vandaag uw ergste pijn?... ja...het is nog vroeg, het is een 3.. Ik voel de pijn wel maar het is op dit moment nog niet zo heftig...

Wat is uw stemming op dit moment? Het is een 8... Ik voel me goed, positief, vrolijk, wakker, dus..

Interviewer: Okay, prima.. Bedankt voor het invullen van de vragenlijst met de methode hardop denken. Ik heb nu nog sommige vragen..ähm...hoe was uw gevoel tijdens het invullen van de vragenlijst met de methode hardop te denken?

Respondent: Het is lastig, omdat je ook een uitleg daarbij moet geven.. Verwoorden vind ik lastig. En ik vond het ook altijd lastig om tegen iemand te zeggen als ik last had of pijn had.. om te zeggen dat ik pijn had het ging gewoon door en zo weinig mogelijk laat het mij merken, maar dat heb ik nou...het is nu de zesde behandelweek en dat heb ik nu geleerd van je moet het gewoon uitleggen en dan begrijpen mensen het ook beter...

Interviewer: Ja, ja dat klopt. Dus het is lastig, maar als je dan begint met het uitleggen van de pijn, dan..

Respondent: .. krijg je meer begrip..

Interviewer: Ja, ja.. Zijn alle stellingen binnen de vragenlijst duidelijk en begrijpelijk geweest?

Respondent: Ja, voor mij wel.. ja, alles was duidelijk verwoordt. En ook duidelijke uitleg voordat we die vragenlijst kregen..toen u bij ons was.. dat was ook van, hoe je op dat moment voelt. En het is niet van hoe voel je algemeen...dus, ja zo heb ik het ook iedere keer ingevuld..

Interviewer: Ja, dat is prima.. Okay, hebt u nog verbeterpunten met betrekking tot de stellingen of de vragenlijst?

Respondent: Nee, neee... Het was allemaal duidelijk voor mij.

Interviewer: Okay, prima. Hebt u het gevoel dat de pijn zich heeft veranderd door het dagelijks invullen van de vragenlijst?

Respondent: Mhh...nee, dat niet. Maar ik was wel op dat moment even wel bezig bewust van wat voel ik nu, dat was wel... eigenlijk goed.. normaal zal ik dat 's avonds niet doen en nou had ik het wel omdat ik bezig was met die lijst en het was van okay, hoe voel ik me nu echt.. dus dat was wel even fijn.. dus ja, dat ik dacht van okay ik kan wel even iets doen of ik kan nog niks doen, dus ja..

Interviewer: Dus voor uzelf wel goed..

Respondent: Ja, ja... je moet toch even stil staan bij je pijn klachten...

Interviewer: Ja....Hebt u anders nog vragen?

Respondent: Nee, ik heb verder geen vragen..Nee, het was allemaal duidelijk..

Interviewer: Prima, nou dat was het eigenlijk. Helemaal bedankt voor uw deelname bij dit onderzoek. Ik ben heel dankbaar dat u deel heeft genomen..

Respondent: Graag gedaan..

6.5 Bijlage E: Transcriptie Interview 4

Geslacht: vrouw

Leeftijd: 50-60

Interviewer [leest instructie voor]: Nou, hartelijk welkom bij dit interview. Ik ga de instructie nu voorlezen: Het volgende interview zal de duur van maximaal 20 minuten hebben. Het interview wordt opgenomen als audiomateriaal. Alle gegevens worden anoniem verwerkt en uitsluitend voor analyse gebruikt. De volgende vragenlijst bevat een aantal uitspraken over uw gedachten, gevoelens en gedragingen. We willen u vragen bij elke stelling een inschatting te geven in hoeverre de stelling voor u op dit moment van toepassing is. Wilt u per stelling het antwoord aankruisen dat het meest van toepassing is. Dit doet u deze keer door hardop te denken. Onder hardop denken wordt verstaan dat u de denkstappen die u maakt, verwoord. U wordt gevraagd elke stelling eerst luid voor te lezen. Tijdens het aankruisen van het meest passende antwoord spreekt u alle gevoelens en gedachten die in u opkomen hardop uit. Deze kunnen zowel te maken hebben met uzelf als met de stellingen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat alleen maar om uw persoonlijke inschatting.[geeft voorbeeld] Ik geef nu even kort nog een voorbeeld voor de methode hardop denken voor een stelling: U leest de stelling dus eerst luid voor: Ik stel dingen niet uit vanwege mijn pijn... Nou, dat past vandaag wel bij mij. Ik stel dingen helemaal niet uit. Ik doe vandaag alles wat ik belangrijk vind.. Dus neem ik een 9. En dan kruist u een 9 aan.. en dat doet u met elke stelling.

Respondent: Okay..

Interviewer: En ik ga dus nu eerst luisteren en aantekeningen maken en na het invullen van de vragenlijst worden kort nog vragen gesteld van mij en u hebt nog de mogelijkheid om vragen te stellen.

Respondent: Is goed. Ik heb het wel niet elke keer ingevuld, he...

Interviewer: Ja, dat is niet erg... Drie keer denk ik wel, toch?

Respondent: Ja...

Interviewer: Ja, dat is goed.. Okay, u kunt nu beginnen.

Respondent: Okay... Ik stel dingen niet uit vanwege mijn pijn...Nee dat doe ik nooit. Ik doe alle leuke dingen, dus ik maak er echt een 9 van..

Het is verschrikkelijk en ik denk dat ik nooit beter zal worden wanneer ik pijn heb...[leest stelling nog een keer]...hmm...nou dat denk ik eigenlijk nooit. Het is niet van toepassing maak ik daarvan, dat denk ik eigenlijk nooit..

Ik vermijd het inplannen van activiteiten niet vanwege mijn pijn. Haha, ja dat klopt.. Ik doe alle leuke dingen.. Ik maak er wel een 8 van..

Als ik pijn heb word ik bang dat de pijn erger zal worden..mhh neee...nee, ik ga gewoon door en ähm.. [leest het nog een keer] nee.. daar maak ik een 9 van..

Ik onderbreek activiteiten wanneer ik pijn begin te voelen of de pijn erger wordt...nee, dat is ook niet van toepassing. Een 2, ik ga gewoon door .

Als ik pijn heb, heb ik het gevoel dat ik niet verder kan...Ja, eigenlijk wel maar ik doe er daar niks op uit,..mhh ja.. [leest het nog een keer] ik zet er neutraal neer want ik weet het niet. Ik heb het gevoel wel maar ik ga er gewoon verder, ik weet niet...neutraal..

De pijn kan mij niet tegenhouden om te doen wat ik belangrijk vind...Nee, het kan mij niet tegenhouden, maak ik echt een 10 van..

Ik voel woede en boosheid bij me opkomen wanneer ik pijn heb...Ja, ik zeg maar een 7.. Een 7.5...

Ik vermijd het doen van dingen niet wanneer er het risico bestaat dat het pijn zal doen of de dingen erger maakt..Nee, want ik denk er nooit over na.. [leest het nog een keer].. Nee, is niet van toepassing.. Een 1..

Ik vraag mij af of er iets ernstigst kan gebeuren wanneer ik pijn heb...Mh neee niet van toepassing. Is een 0, ik denk er nooit aan. Het is er gewoon, de pijn is er gewoon.. Ik heb het al zo lang..

Pijn of geen pijn, ik doe altijd wat ik me heb voorgenomen...Ja, maak ik een 9 van.. Ja, dat doe ik wel..

Om te voorkomen dat ik pijn voel doe ik niet de dingen die ik belangrijk vind...[leest het nog een keer] nee, dat is niet van toepassing, daar maak ik ook maar een 1 van. En 0 vind ik helemaal zo drastisch..

Als ik pijn heb zijn mijn gedachten steeds op de pijn geconcentreerd...Nee, maak ik een 3 van.. want het is soms, denk ik “ohhh”, maar ik ben niet echt geconcentreerd Oh ik heb pijn, ik heb pijn..

Ik neem me toch de tijd om dingen te doen die ik belangrijk vind...wanneer ik pijn heb...ja, dat klopt.. Dat is wel een dikke 10.. [leest het nog een keer] Ja, dat klopt...

Wat was vandaag mijn ergste pijn... hmm.. Nou, bij ergst denkbare pijn daat lig je in bed.. een 6... Ik vind van ergst denkbare pijn echt dat je niks meer kunt.. Dat vind ik ergst denkbare pijn..

Wat is uw stemming op dit moment...Ja, ik ben vandaag wel positief.. ik heb net een heerlijk mindfulness-sessie gehad, dus..

Interviewer: Okay, prima. nou, dat was het.. Helemaal bedankt voor het invullen van de vragenlijst met de methode hardop denken.

Respondent: Graag gedaan..

Interviewer: Ik heb nu nog sommige vragen die betrekking hebben tot de stellingen. Dus, bij deze stelling Als ik pijn heb word ik bang dat de pijn erger zal worden [stelling 4] daar hebt u een 9 gegeven, maar u hebt gezegd dat het eigenlijk niet van toepassing is op u..

Respondent: [Leest het nog een keer] Nee, dat is niet.. dat moet andersom.. dat moet naar de 1, moet echt naar de 1. Ja, je hebt gelijk.. Ja, daar ben ik niet bang voor.. Dat is niet van toepassing, nee.. Dat is wel van toepassing.. [leest het nog een keer] nee, je hebt gelijk.. andersom..

Interviewer: Okay, dus kunt u dat nog een keer doorstrepen die 9..Ja, bedankt.. Dus hebt u misschien een verklaring waarom u dat op dit moment verkeerd hebt ingevuld?

Respondent: Ik denk dat ik het verkeerd heb gelezen...

Interviewer: Okay, mhm... en bij de de stelling Ik vermijd het doen van dingen niet wanneer er het risico bestaat dat het pijn zal doen of de dingen erger maakt...

Respondent: Oh, dat heb ik ook verkeerd, he.. Dan heb ik het echt verkeerd begrepen..

Interviewer: Ja, deze stelling is negatief geformuleerd, dus dan moet je echt goed lezen.. Dat is dan een beetje lastig.

Respondent: Dus dat is dan een 9, andersom..

Interviewer: Hebt u daar ook een verklaring voor?

Respondent: Ja, ik snap soms niet.. Ik sla het soms niet goed op hoe de vraag gesteld is zeg maar.. [leest het nog een keer].. neee..

Interviewer: Okay.. Nou, dan heb ik nog sommige andere vragen. Ähmm. Hoe was uw gevoel tijdens het invullen van de vragenlijst met de methode hardop denken?

Respondent: Ja, wel goed...Dus ja, ik vond het niet erg om te doen.. was niet spannend of zo, neee...nee, ik vond het goed zo..ja.. wel lekker.. ik doe het thuis ook veel met hardop denken..

Interviewer: Zijn alle stellingen binnen de vragenlijst duidelijk en begrijpelijk geweest?

Respondent: Ja, eigenlijk niet, he.. [lacht].. Nou, toen we terug hebben geslaan wel...Ook op de eerste dag had ik wel soms problemen met de vragen..

Interviewer: Okay.. dus die twee stellingen die negatief geformuleerd zijn..of drie stellingen.. die moeten dan heel goed worden door gelezen en ...

Respondent: Ja, ja...klopt...Ik denk er niet over na, dat is mijn valkuil..

Interviewer: [lacht]... Hebt u nog verbeterpunten met betrekking tot de stellingen of de hele vragenlijst?

Respondent: Nee, ik vond het een hartstikke goede vragenlijst. Ja, ja...

Interviewer: Okay, prima. En hebt u misschien het gevoel dat de pijn zich heeft veranderd door het dagelijks invullen van de vragenlijst?

Respondent: Dat niet, maar je bent wel bewuster van het invullen '... ook van gisteren, je kunt niet terug kijken en ja.. je bent bewuster daarmee bezig.. maar heeft de pijn niet veranderd.

Interviewer: Hebt u anders nog vragen?

Respondent: Nee, is helemaal leuk zo..

Interviewer: Prima, nou dat was het eigenlijk. Helemaal bedankt voor uw deelname bij dit onderzoek. Ik ben heel dankbaar dat u deel heeft genomen..

J. Stasik – Experience sampling bij chronische pijnpatiënten

Respondent: Heel graag gedaan...

6.6 Bijlage F: Vragenlijst

De volgende vragenlijst bevat een aantal uitspaken over uw gedachten, gevoelens en gedragingen.

Wij willen u vragen bij elke stelling een inschatting te geven in hoeverre de stelling vandaag voor u van toepassing was. Wilt u per stelling het antwoord aanklikken dat het meest van toepassing was. Leest u voor de beantwoording iedere stelling eerst rustig door. Denk niet te lang na over uw antwoorden. Er zijn geen goede of foute antwoorden, het gaat alleen maar om uw persoonlijke inschatting.

In totaal bestaat de vragenlijst uit 16 korte vragen en duurt ongeveer vijf minuten.

Bedankt voor uw medewerking!

1. Ik stel dingen niet uit vanwege mijn pijn.

Helemaal niet van toepassing					neutraal					Helemaal wel van toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Het is verschrikkelijk en ik denk dat ik nooit beter zal worden wanneer ik pijn heb.

Helemaal niet van toepassing					neutraal					Helemaal wel van toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Ik vermijd het inplannen van activiteiten niet vanwege mijn pijn.

Helemaal niet van toepassing					neutraal					Helemaal wel van toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Als ik pijn heb word ik bang dat de pijn erger zal worden.

Helemaal niet van toepassing					neutraal					Helemaal wel van toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Ik onderbreek activiteiten wanneer ik pijn begin te voelen of de pijn erger wordt.

Helemaal niet van toepassing					neutraal					Helemaal wel van toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Als ik pijn heb, heb ik het gevoel dat ik niet verder kan.

Helemaal niet van toepassing					neutraal					Helemaal wel van toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. De pijn kan mij niet tegenhouden om te doen wat ik belangrijk vind.

Helemaal niet van toepassing					neutraal					Helemaal wel van toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Ik voel woede en boosheid bij me opkomen wanneer ik pijn heb.

Helemaal niet van toepassing					neutraal					Helemaal wel van toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. Ik vermijd het doen van dingen niet wanneer er het risico bestaat dat het pijn zal doen of de dingen erger maakt.

Helemaal niet van toepassing					neutraal					Helemaal wel van toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. Ik vraag mij af of er iets ernstigs kan gebeuren wanneer ik pijn heb.

Helemaal niet van toepassing					neutraal					Helemaal wel van toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. Pijn of geen pijn, ik doe altijd wat ik me heb voorgenomen.

Helemaal niet van toepassing					neutraal					Helemaal wel van toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12. Om te voorkomen dat ik pijn voel, doe ik niet de dingen die ik belangrijk vind.

Helemaal					neutraal					Helemaal
----------	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	----------

niet van										wel van
toepassing										toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. Als ik pijn heb, zijn mijn gedachten steeds op de pijn geconcentreerd.

Helemaal										Helemaal
niet van										wel van
toepassing										toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. Ik neem toch de tijd om dingen te doen die ik belangrijk vind, wanneer ik pijn heb.

Helemaal										Helemaal
niet van										wel van
toepassing										toepassing
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15. Wat was vandaag uw ergste pijn?

Helemaal geen pijn										Ergst denkbare pijn
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. Wat is uw stemming op dit moment?

Sterk negatief										Sterk positief
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

J. Stasik – Experience sampling bij chronische pijnpatiënten

Vermijding: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 14

Pijn catastroferen: 2, 4, 6, 8, 10, 13

Pijnintensiteit: 15

Huidige stemming: 16