

# Veerkracht en acceptatie bij reumapatiënten

Bachelorthese Maaïke Pietertje Leenman

---

Universiteit Twente, Psychologie  
Naam: Maaïke P. Leenman  
Studentnummer: s1134035  
1e Begeleider: E. Taal  
2e Begeleider: K. Schreurs  
Vakgroep: PGT  
Datum: 17-02-2016



## Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
Summary .....	4
Inleiding .....	5
Methode.....	9
Resultaten.....	13
Discussie .....	15
Bronvermelding .....	17
Bijlagen .....	19
Bijlage A. Geïnformeerde toestemming formulier.....	19
Bijlage B. Brief papieren versie.....	20
Bijlage C. Algemene vragenlijst: .....	21
Bijlage D. Acceptance and Action Questionnaire-II, Nederlandse versie.....	24
Bijlage E. Brief Resilience Scale, Nederlandse versie. ....	25
Bijlage F. PijnVAS .....	26

## Voorwoord

*"Best confronterend om deze vragen te beantwoorden, omdat ze mij laten zien, dat ik niet het leven leid dat ik zou willen leiden. En dat ik er ook geen duidelijk beeld van heb, hoe dat leven er dan uit zou zien. Wel blij dat ik meegedaan heb. Veel succes het het onderzoek."* - Mw. Nijhof

*"Mijn grote vraag is altijd geweest in hoeverre mijn leven in percentages uitgedrukt, anders is gaan lopen . Ik was 42 jaar. Kort hierna privé veel veranderd. Scheiding, zaak weg, enz. het antwoord zal ik wel nooit helemaal te weten komen."* - Dhr. Schutte

Reuma kan een heftige ziekte zijn die veel verandering teweeg brengt in het dagelijks leven van patiënten. De opmerkingen van mevrouw Nijhof en de heer Schutte laten iets zien van de ingrijp de deze ziekte kan hebben op het leven van iemand. Er zullen ook verhalen zijn van mensen die veel minder hinder ervaren, ondanks de pijn en moeilijkheden die reuma met zich mee kan brengen. Wat is het verschil tussen die mensen, en dhr. Schutte, wiens leven kort na het begin van zijn reuma erg is veranderd? En hoe kan mevrouw Nijhof leren om het leven te leiden wat ze werkelijk zou willen, ondanks haar beperkingen?

Hopelijk draagt dit onderzoek bij in het ontdekken hoe mensen beter om kunnen leren gaan met hun ziekte. Specifiek richt ik mij op de relatie tussen veerkracht en acceptatie, omdat beide begrippen geassocieerd worden met het bevorderen van welzijn. De opmerkingen zijn letterlijk overgenomen uit het onderzoek, maar geanonimiseerd in naam en leeftijd. De namen zijn vervangen met twee veelvoorkomende Overijsselse achternamen (Peters, T., 2009).

## Samenvatting

Mensen met reuma kunnen veel hinder ondervinden in het dagelijks leven door klachten zoals chronische pijn, stijfheid in gewrichten en vermoeidheid. Dit kan het welzijn van patiënten negatief beïnvloeden. Twee begrippen die welzijn positief lijken te beïnvloeden zijn veerkracht en acceptatie (Ramírez-Maestre, Esteve en López, 2012). Veerkracht is het herstellend vermogen van een persoon na een verandering of traumatische ervaring en acceptatie is actief niet-oordelend de ervaring van het hier en nu omarmen. Om acceptatie te bevorderen kan de acceptance and commitment therapie (ACT) gebruikt worden, dit is een cognitieve gedragstherapie. De onderzoeksvragen die gesteld worden om de relatie tussen veerkracht en acceptatie te onderzoeken zijn: 'Hoe sterk is de samenhang tussen acceptatie en veerkracht bij reumapatiënten?' en 'In hoeverre mediëert acceptatie de relatie tussen pijn en veerkracht?'. Er wordt in dit onderzoek een sterke samenhang verwacht tussen deze begrippen. Wanneer acceptatie een mediërende factor is in de relatie tussen pijn en veerkracht, kan een therapie die gericht is op het bevorderen van acceptatie van pijn mogelijk ook helpen bij het versterken van de veerkracht.

Er is voor dit onderzoek gebruik gemaakt van gestandariseerde vragenlijsten. Deelnemers van het Reumapatiëntenforum Twente zijn aangeschreven. Uit de 151 per mail of post aangeschreven mensen reageerden er 68. Voor dit onderzoek zijn de Nederlandse versies van de Acceptance and Action Questionnaire II, de Brief Resilience Scale en de PijnVAS gebruikt om acceptatie, veerkracht en mate van pijn te meten. Met deze data is een correlatieanalyse gedaan met Pearson om de samenhang tussen de begrippen vast te stellen en een multiple lineaire regressieanalyse om de mediërende rol van acceptatie in de relatie tussen pijn en veerkracht te analyseren. Het significantieniveau van deze regressieanalyse is met de sobeltest gevonden.

Er is een significante relatie tussen veerkracht en acceptatie gevonden, met een correlatiecoëfficiënt van ,629 bij een alpha van 0,05. Ook is er een volledig mediërend effect van acceptatie gevonden op de relatie tussen pijn en veerkracht. Uit de sobeltest komt een P-waarde die kleiner is dan 0,001. Dit mediërende effect suggereert dat het verbeteren van acceptatie bij patiënten die veel pijn ervaren, ook invloed heeft op veerkracht van deze patiënten. Dit zou de ACT een gepaste therapie maken voor het bevorderen van zowel veerkracht als acceptatie bij reumapatiënten, zonder experimenteel onderzoek kan deze conclusie echter niet hard gesteld worden.

## Summary

People that are diagnosed with rheumatism may struggle with everyday activities, due to chronic pain, stiffness in the joints or tiredness. This might influence their wellbeing in a negative way. Resilience and acceptance are two concepts that seem to have a positive effect on wellbeing (Ramírez-Maestre, Esteve and López, 2012). Resilience is the ability of a person to recover after changes or traumatic experience, while acceptance is actively, not-judging embracing the experience of this moment. The Acceptance and Commitment Therapy (ACT), which is rooted in the cognitive and behavioral psychology, can be used for promoting acceptance. When acceptance has a mediating role in the relationship between pain and resilience, ACT might be helpful in promoting resilience.

Following, the research questions used in this investigation are 'How strong is the coherence between resilience and acceptance?' and 'To what degree is acceptance a mediator in the relationship between pain and resilience?'. A strong coherence between resilience and acceptance is expected. This research uses standardized questionnaires. Participants of the 'Reumapatiëntenforum Twente' are asked, by e-mail or letter, to participate. There were 68 respondents out of 151. The questionnaires that are used, are the Dutch versions of the Acceptance and Action Questionnaire-II, the Brief Resilience Scale and the Visual Analogue Scale (VAS) for pain, to measure acceptance, resilience and pain. Pearson's correlation analysis is applied to this data, to analyze the correlation between the concepts. A multiple regression analysis is used to analyze if acceptance is a mediator in the relationship between pain and resilience. The significance of the outcome is tested and confirmed by the Sobel test.

A significant relation between acceptance and resilience is found, with a correlation coefficient of .629 and an alpha of 0.05. Also, a fully mediating effect is found on acceptance in the relation between pain and resilience. The p-value of the Sobel test is smaller than 0.001, which makes this effect significant. The mediating effect suggests that promoting acceptance with patients experiencing a lot of pain, might indirectly promote their resilience as well. This would make ACT appropriate for promoting both acceptance and resilience in patients with rheumatism. However, this is inconclusive without experimental research. Experimental research questioning the effect of ACT on resilience is therefore highly recommended.

## Inleiding

Dit onderzoek richt zich op de relatie tussen veerkracht en acceptatie bij reumapatiënten. Reumapatiënten hebben vaak klachten die het alledaagse handelingen kunnen bemoeilijken, zoals chronische pijn. Veerkracht en acceptatie zijn begrippen die beide geassocieerd worden bij het aanpassen aan chronische pijn door Ramírez-Maestre, Esteve en López (2012). Het in gaan op de relatie tussen deze begrippen kan inzicht geven de effectiviteit van acceptance and commitment therapie bij deze patiëntengroep. Hieronder wordt eerst ingegaan op de patiëntengroep, daarna worden de begrippen acceptatie en veerkracht nader bekeken en dan worden de onderzoeksvragen besproken.

### Reuma

Reuma is een verzamelterm. De term reuma betreft chronische aandoeningen aan gewrichten, pezen en spieren. Last van pijn, stijfheid in spieren en gewrichten, en vermoeidheid zijn veel voorkomende klachten volgens het Reumafonds (z.d.). Zij schrijven dat bijna 2 miljoen mensen in Nederland een vorm van reuma hebben, waarvan 61 procent jonger is dan 65 jaar. Er bestaan ruim 100 vormen van reuma, zoals reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew, artrose en fibromyalgie. De levensverwachting van mannen met artritis is 1,3 jaar korter, en die van vrouwen met artritis 2,2 jaar korter dan de levensverwachting van personen zonder artritis (Nusselder et al., 2005).

In een themarapport van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu ([RIVM], 2014) betreffende arbeidsparticipatie en gezondheid worden verschillende vormen van reuma genoemd als belangrijke klachten die de kans op ziekteverzuim vergroten. Er is in dit rapport echter geen relatie gevonden is tussen duur van pijn en aan het werk blijven, ook Ramírez-Maestre et al. (2012) concluderen dat duur van pijn geen rol speelt bij het omgaan met pijn. Coping wordt door het RIVM (2014) wel genoemd als factor die meespeelt bij het 'aan het werk blijven', net als pijnintensiteit en depressie symptomen.

Psychische symptomen die geassocieerd worden met reuma zijn onder andere stress en depressie (Covic, Tyson, Spencer en Howe, 2005; Matcham, Rayner, Steer en Hotopf, 2013; Barlow, Cullen en Rowe, 2002; Nagyova, Stewart, Macejova, Van Dijk en Van Den Heuvel, 2005). Dit geeft iets aan van de psychische impact die reuma kan hebben op het leven van mensen. Matcham et al.(2013) nuanceren de aanwezigheid van depressie bij reumapatiënten aangezien verschillende somatische symptomen van depressie overeenkomen met somatische symptomen van reuma, zoals moeheid en slechter slapen. Ondanks deze nuancering erkennen ze een hoge prevalentie van depressie bij deze patiëntengroep. Covic et al. (2005) stelden in hun onderzoek naar depressie bij patiënten met reumatoïde artritis (RA) de vraag of deze patiënten depressiever zijn omdat zij meer pijn, fysieke beperkingen en vermoeidheid ervaren, of dat deze symptomen beïnvloed worden door negatieve stemming. In andere woorden, of depressie de oorzaak of het gevolg is van reumaklachten. Het versterken van acceptatie en veerkracht zou in beide gevallen een positieve invloed kunnen hebben. De symptomen die Covic et al. benoemen, worden ook door het Reumafonds (z.d.) als belangrijke klachten van reumapatiënten benoemd. Uit onderzoek van Kekow et al. (2011) blijkt dat depressie vermindert bij RA patiënten wanneer remissie plaatsvindt in de ziekte. Dit suggereert dat depressie door de symptomen

veroorzaakt wordt en dat een goede omgang met deze symptomen depressie kan verminderen. Het RIVM (2014) geeft ook het belang van omgaan met pijn aan. Het goed omgaan met pijn heeft meer invloed op het aan het werk blijven dan de duur van de pijn, zo stelt het rapport Gezondheid en maatschappelijke participatie (RIVM, 2014). Tenslotte concluderen Nagyova et al. (2005) in hun onderzoek ook dat aanpassing aan de ziekte een belangrijke factor is in de relatie tussen pijn en welzijn bij patiënten met reumatoïde artritis.

Acceptance and commitment therapy (ACT) is een cognitieve gedragstherapie die zich onder andere richt op het accepteren van de situatie waarin iemand zit, als een manier van hiermee omgaan (Hayes, 2004). Ramírez-Maestre et al. (2012) schrijven dat aanpassen aan chronische pijn voornamelijk komt door acceptatie van pijn, veerkracht en coping.

### **Acceptatie**

Acceptance and commitment therapy (ACT) is volgens Hayes (2004) deel van een nieuwe golf in de behavior therapy. Deze nieuwe golf zit tussen gedragstherapie en cognitieve therapie in. ACT is, zoals Hayes (2004) aangeeft, gebaseerd op Relational Frame Theory (RFT). ACT richt zich onder andere op ervaringsgerichte acceptatie, het gevaar van onderdrukking, vermijding van ervaringen, het belang van bepaalde ervaringen van het zelf en het belang van 'waardegericht handelen'. Handelen vanuit zelfgekozen waarden wordt waardegericht handelen genoemd (Hayes, 2004).

Acceptatie in het ACT-model is het actief niet-oordelend de ervaring van het hier en nu omarmen. *"This means feeling feelings as feelings; thinking thoughts as thoughts, sensing sensations as sensations, and so on, here and now."* - Hayes, 2004. Zo worden patiënten met pijn aangemoedigd om de strijd met pijn los te laten. Acceptatie is de tegenpool van experiëntele vermijding (Hayes, Luoma, Bond, Masuda en Lillis, 2005). Het gaat bij ACT over functioneel denken (Hayes, 2004). Bij functioneel denken wordt er niet ter discussie gesteld of gedachten waar zijn of niet, maar of ze functioneel, helpend zijn. De zoektocht naar de wens van de cliënt staat hierbij centraal.

### **Veerkracht**

Veerkracht is de kracht van lichaam en geest om zich snel te herstellen (Van Dale, z.d.). De Oxford dictionary (z.d.) definiëert veerkracht als de capaciteit om snel te herstellen van moeilijkheden. Beide definities hebben het woord 'snel' in zich evenals herstellen. Wetenschappers zijn het er over eens dat veerkracht gaat over het herstellend vermogen van een persoon na verandering of traumatische ervaring (Luthar, Cicchetti en Becker, 2000, Ramírez-Maestra et al. 2012, Ahern, Kiehl, Sole en Byers, 2006 en Yeung, Arewasikporn en Zautra, 2012). De tegenpool van veerkracht is kwetsbaarheid (Luthar et al., 2000, Yeung et al., 2012 en Elliot, Burton en Hannaford, 2013). Luthar et al. (2000) benoemen het gevaar om veerkracht als multidimensioneel te beschouwen. Zij vonden uit verschillende onderzoeken dat mensen in bepaalde aspecten veerkrachtig kunnen zijn, bijvoorbeeld mentaal, maar dan op een ander aspect, fysiek of emotioneel, kwetsbaarder kunnen zijn. Hun aanbeveling is dan ook om veerkracht domein-specifiek te bespreken. Over de aard van veerkracht verschillen de meningen volgens Ahern et al. (2006). Dit zou een combinatie van eigenschappen kunnen zijn, een uitkomst,

een continu proces of een persoonlijkheidseigenschap. Veerkracht wordt voornamelijk gezien als een persoonlijkheidseigenschap die stress modereert en aanpassing stimuleert (Ahern et al., 2006).

Het belang van veerkracht wordt door onderzoek van Elliot et al. (2013) en Ramírez-Maestre et al. (2012) benoemd. Elliot et al. (2013) concluderen uit hun 10-jarige longitudinale studie dat veerkrachtige mensen minder snel overlijden dan niet-veerkrachtige mensen. Ramírez-Maestre et al. (2012) zien het belang van veerkracht in omgang met chronische pijn.

### **Samenhang acceptatie van pijn en veerkracht**

Zoals eerder is besproken wordt het geestelijk welzijn van reumapatiënten aangetast door de last die ze van hun ziekte ervaren. Ramírez-Maestre et al. (2012) onderzochten veerkracht, acceptatie en actieve coping bij patiënten met chronische pijn in het ruggenmerg. Zij vonden een effect van veerkracht op acceptatie. Ook vonden ze een effect van zowel veerkracht als acceptatie op aanpassing aan chronische pijn. Voor het onderzoeken van aanpassing aan pijn werden pijn, angst, depressie, functionele staat en functionele verslechtering als onderdelen hiervan genomen.

Terwijl Ramírez-Maestre et al. (2012) effect van veerkracht op acceptatie vonden, lijken de personen die Elliot et al. (2013) als veerkrachtig hebben gemeten, mogelijk beïnvloed door acceptatie van pijn. In hun onderzoek noemden zij personen die veel pijn ervaren, maar hier weinig hinder van ondervinden veerkrachtig. Aangezien veerkracht het herstellen is na verandering, zouden deze personen als veerkrachtig gezien kunnen worden. Het accepteren van pijn zou de reden van hun veerkracht kunnen zijn van dit weinig ervaren van hinder. Acceptatie zou kunnen mediëren in de relatie tussen pijn en veerkracht, of de begrippen kunnen sterk samenhangen. Dit zijn beide hypothesen die voortkomen uit vragen over de meetmethode van Elliot et al. (2013).

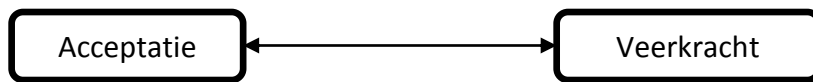
### **Onderzoeksvraag**

Veerkracht en acceptatie worden beide vaak als belangrijke factoren gezien voor het mentaal welzijn van mensen (Ramírez-Maestra et al., 2012). In dit onderzoek staat de samenhang tussen deze twee begrippen centraal, met als hypothese dat een sterke samenhang kan suggereren dat het versterken van één van de twee voldoende is om het mentale welzijn te verbeteren. Als acceptatie een mediërende factor is tussen pijn en veerkracht, is de keuze voor een acceptatie-gerichte behandeling een logische keuze. Om de relatie tussen deze twee begrippen te onderzoeken, wordt eerst gekeken naar de samenhang. Daarna wordt er onderzocht of acceptatie mediërend is in de relatie tussen pijn en veerkracht.

De onderzoeksvragen zijn de volgende:

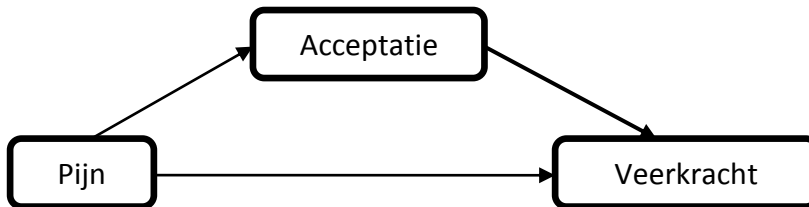


Hoe sterk is de samenhang tussen acceptatie en veerkracht bij reumapatiënten? (figuur 1)



**Figuur 1. Samenhang tussen acceptatie en veerkracht**

In hoeverre mediëert acceptatie de relatie tussen pijn en veerkracht? (figuur 2)



**Figuur 2. Acceptatie als mediërende factor in de relatie tussen pijn en veerkracht**

## **Methode**

### **Participanten**

Voor dit onderzoek zijn deelnemers van het Reumapatiëntenforum Twente aangeschreven. Dit is een forum van reumapatiënten uit de regio die aangegeven hebben mee te willen helpen met onderzoek van de Universiteit Twente. Deze mensen hebben al aangegeven mee te willen helpen met onderzoek van de Universiteit Twente. Er is zijn 151 mensen aangeschreven. Van 116 mensen was het e-mail adres bekend, de rest is per post aangeschreven.

Uiteindelijk hebben er 68 mensen deelgenomen aan dit onderzoek, waaronder 47 vrouwen. De deelnemers zijn mannen en vrouwen van achttien jaar en ouder. De aangeschreven mensen betreffen mensen in de leeftijdsrange van 25 tot 88 jaar uit de regio Twente. De gemiddelde leeftijd van de participanten is 60 jaar (tabel 1), met een standaard deviatie van 11,79, een minimum van 31 en maximum van 88 jaar. 17 jaar is het gemiddeld aantal jaar reuma onder de participanten. Er zijn 20 participanten, 29,4%, van het totaal aantal, die aangegeven hebben meerdere vormen van reuma te hebben. Bijna drie kwart van de participanten geeft aan reumatoïde artritis te hebben. Er zijn voornamelijk gehuwde en samenwonende participanten, respectievelijk 61,8 en 14,7 procent. Het opleidingsniveau is erg verdeeld. Wat de arbeidssituatie betreft: het merendeel van de participanten is gepensioneerd, maar in tabel 1 is er slechts onderscheid gemaakt tussen al dan niet betaald werk verrichten.

### **Procedure**

Alle participanten zijn aangeschreven met de vraag of ze mee wilden doen met een onderzoek over veerkracht en acceptatie bij reumapatiënten. Participanten hebben online of op papier een aantal vragenlijsten ingevuld. Vier van deze vragenlijsten zijn voor dit onderzoek gebruikt, namelijk de Acceptance and Action Questionnaire II, de Brief Resilience Scale, de PijnVAS en een vragenlijst betreffende algemene gegevens. De rest van de vragenlijsten kunnen voor later onderzoek ingezet worden. Iedereen is op de hoogte gesteld van de mogelijkheid om de onderzoekers per telefoon of mail te benaderen. Er is een formulier voor geïnformeerde toestemming meegestuurd per post.

Er is alleen gebruik gemaakt van de data van de personen die dit formulier hebben ondertekend en meegestuurd. Bij de online vragenlijst konden mensen alleen doorgaan met de vragenlijst wanneer ze akkoord aanvinkten bij de geïnformeerde toestemming. In de bijlage is het geïnformeerde toestemmingsformulier in brief en online variant te vinden. De gegevens zijn vertrouwelijk verwerkt.

Na twee weken is er een herinneringsmail en -brief gestuurd naar mensen die nog niets van zich hadden laten horen.

**Tabel 1. Algemene data participanten**

	Aantal	Percentage
Vorm reuma		
Reumatoïde artritis	49	72%
Artrose	15	22%
Fibromyalgie	6	8,8%
Artritis psoriatica	5	7,4%
Jicht	4	5,9%
S.I.E	3	4,4%
Ziekte van Bechterew	3	4,4%
Tendinitis/ bursitis	1	1,5%
JIA	1	1,5%
Sjögrens syndroom	1	1,5%
Burgerlijke staat		
samenwonend/gehuwd	52	76,5%
niet samenwonend	16	23,5%
Hoogst genoten opleiding		
Laag	19	28,4%
Gemiddeld	22	32,8%
Hoog	26	38,8%
Huidige arbeidssituatie		
Betaald werk	19	28,4%
Geen betaald werk	48	71,6%
Leeftijd (gem., Sd.)*	60*	11,79*
Jaren reuma (mediaan, 1e en 3e kwartiel)*	12*	8* ; 20*

\* afwijkende samenvattende getallen.

### Meetinstrumenten

Er is gebruik gemaakt van drie gestandaardiseerde vragenlijsten om de acceptatie, veerkracht en pijn te meten bij participanten. Voor acceptatie is gebruik gemaakt van de AAQ-II-NL, voor veerkracht de BRS en voor pijn is de pijnVAS genomen.

De Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)(bijlage D) is in het verleden veel gebruikt om de acceptatie en commitment theorie te testen en onderbouwen (Hayes et al., 2005). Deze vragenlijst is ontwikkeld om acceptatie te meten, de positieve tegenpool van experiëntele vermijding (Jacobs, Kleen, De Groot en A-Tjak, 2008). De AAQ-II is de herziene versie van de AAQ en heeft 10 items. Jacobs et al. (2008) hebben dit meetinstrument vertaald en een Nederlandse versie gemaakt, dit is de AAQ-II-NL, welke in dit onderzoek

gebruikt wordt. Dit is een meerkeuze vragenlijst met zeven antwoordopties, betreffende: 'nooit waar', 'bijna nooit waar', 'zelden waar', 'soms waar', 'dikwijls waar', 'bijna altijd waar' en 'altijd waar'. Items 2, 3, 4, 5, 7, 8 en 9 worden omgeschaald bij de scoring. Om de score te verkrijgen wordt er het gemiddelde genomen van de 10 items na omschaling, met score mogelijkheid van 1 tot 7. Jacobs et al. (2008) hebben voor zowel de algemene steekproef als de klinische steekproef een interne consistentie gevonden met een Cronbach's alpha van 0,89. Ook bij deze steekproef is de gevonden Cronbach's alpha 0,89.

De Nederlandse versie van de Brief Resilience Scale (BRS)(bijlage E) is gekozen voor de analyse van veerkracht. Deze test kent zes items, waarvan er 3 positief en drie negatief geformuleerd zijn (Leontjevas, Op De Beek, Lataster en Jacobs, 2014). Er zijn vijf antwoordopties, te weten 'helemaal niet mee eens', 'niet mee eens', 'neutraal', 'mee eens' en 'helemaal mee eens'. De score is 1 tot vijf, waarbij het gemiddelde genomen wordt, na omschaling van de negatief geformuleerde items. Leontjevas et al. (2014) vonden een interne Cronbach's alpha van 0,83 in hun onderzoek met rehabiliterende inwoners van een verzorgingstehuis. De Cronbach's alpha die gevonden is met deze data, is 0,78. Een vergelijkbaar sterke interne consistentie.

Om de sterkte van de pijn te meten, wordt de Visual Analog Scale (VAS)(bijlage F) voor pijn gebruikt. Dit is een schaal met één item (Hawker, Mian, Kendzerska en French, 2011). Een horizontale lijn van 100 milimeter waarbij naar de intensiteit van de pijn wordt gevraagd. De schaal gaat van links, 'helemaal geen pijn' naar rechts 'ondraaglijke pijn'. De participant zet verticaal een streep op de lijn, de plaats van dit streepje wordt opgemeten en dit is de score. 0 voor helemaal geen pijn, tot maximaal 100 voor ondraaglijke pijn. De specifieke vraag die bij het item gesteld wordt, varieert, aldus Hawker et al. (2011). De schaal meet de huidige pijn, in dit onderzoek is gekozen voor de vraag "Hoeveel pijn had u als gevolg van uw reuma in de afgelopen week?".

## **Analyse**

Het programma SPSS versie 23 is gebruikt voor de meeste statistische analyses van dit onderzoek. Om te beginnen zijn de algemene data bekeken, de gemiddelden en standaarddeviaties van deze antwoorden zijn in tabel 2 te vinden. Hierna zijn de gemiddelden en standaarddeviaties van de scores op mate van pijn, acceptatie en veerkracht berekend, evenals de skewness en kurtosis. Hiermee werd gekeken of de data normaal verdeeld zijn en er gebruik gemaakt kon worden van Pearson's correlatieanalyse. Aansluitend is de Pearson correlatie berekend. Voor de mate van pijn zijn ook correlaties berekend met Spearman's rho, een niet-parametrische test, aangezien deze niet voldoende normaal verdeeld leek. Hierna is een mediatoranalyse uitgevoerd en de significantie hiervan is berekend met de sobeltest. Al deze stappen zullen hieronder toegelicht worden.

De gemiddelden en standaarddeviaties van de scores zijn berekend om een algemeen beeld te krijgen van de data. De correlatieanalyse van Pearson is een parametrische test. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat de data normaal verdeeld zijn. Om daarachter te komen zijn de skewness en kurtosis berekend. De skewness is de scheefheid van de verdeling, kurtosis slaat op de piekvorming. Deze twee begrippen geven aan in hoeverre er gesproken kan worden van een normaalverdeling. Als beide nul zijn, is de data perfect normaal verdeeld. Wanneer de waarde van skewness en kurtosis tussen de -1 en 1 liggen, wordt er aangenomen dat de data

normaal genoeg verdeeld zijn. Er zijn staafdiagrammen gemaakt om zicht te krijgen op de normaalverdelingen (zie figuur 3).

Cronbach's Alpha is berekend om de betrouwbaarheid te berekenen. De gevonden interne betrouwbaarheid is naast Cronbach's Alpha gelegd die gevonden is in de literatuur.

Voordat Pearson's correlatie berekend is, is er een spreidingsdiagram gemaakt die inzicht geeft in de verdeling van de data (figuur 4). Om te analyseren wat de samenhang tussen veerkracht en acceptatie is (zie figuur 1), is er een Pearson correlatie berekend tussen de scores op acceptatie en veerkracht. Aangezien Pearson's correlatieanalyse ervan uitgaat dat de data normaal verdeeld is, zijn de correlaties ook berekend met Spearman's rho, een niet-parametrische test. Hieruit kwamen echter vergelijkbare uitkomsten. Pearson's correlatie geeft een getal tussen -1 en 1. Wanneer er totaal geen correlatie is, is de uitkomst 0. De getallen 1 en -1 geven een perfecte correlatie aan. Wanneer het getal positief is, worden de begrippen positief gecorreleerd genoemd. Om een voorbeeld te geven: bij hogere temperaturen wordt er meer ijs gegeten, hoe kouder het buiten is, hoe minder men ijs eet. Een voorbeeld van negatieve correlatie is de hoeveelheid chocomel en temperatuur. Hoe lager de temperatuur is, hoe hoger de chocomel consumpties. Cohen (1988) stelt volgens Pallant (2007) voor een correlatie klein te noemen wanneer deze tussen 0,10 en 0,29 ligt, gemiddeld wanneer de waarde tussen 0,30 en 0,49 en groot wanneer de waarde tussen 0,50 en 1 ligt.

Om het mediërend effect (zie figuur 2) van acceptatie op de relatie tussen pijn en veerkracht te onderzoeken is er een multiple lineaire regressieanalyse toegepast. Hierbij is er eerst gekeken naar het model waarbij veerkracht verklaard wordt door de mate van pijn, en daarna is dit model gecorrigeerd door acceptatie toe te voegen. Om het significantieniveau te toetsen is er een sobeltest uitgevoerd via [quantpsy.org](http://quantpsy.org) (z.d.). Acceptatie is een mediator in de relatie tussen pijn en veerkracht wanneer de mate van pijn in het eerste model significant is, maar in het tweede model niet meer, wanneer acceptatie hier wel significant in is.

## Resultaten

### Dataverdeling

In tabel 2 worden gemiddelden, standaarddeviatie, skewness, kurtosis en Cronbach's Alpha weergegeven. Ook worden andere samenvattende getallen gegeven wanneer dit interessant is. Zoals in tabel 2 te zien is, lijkt de mate van pijn niet normaal verdeeld aangezien kurtosis kleiner dan -1 ligt. Om deze reden is er bij de samenvattende data voor gekozen om bij de mate van pijn ook de mediaan en 1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> kwartaal te laten zien. Acceptatie en veerkracht zijn voldoende normaal verdeeld.

**Tabel 2. Samenvattende getallen van acceptatie, veerkracht en mate van pijn. N = 68**

	Gemiddeld	Standaard deviatie	Skewness	Kurtosis
Pijn	38,909	26,909	0,151	-1,264*
Pijn (mediaan, 1 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> kwartiel)	35**	13** ; 61,25**		
Acceptatie	4,482	1,040	-0,457	0,140
Veerkracht	3,380	0,689	-0,189	0,288

\*valt buiten de normaalverdeling

\*\* afwijkende samenvattende getallen

### Correlatie

**Tabel 4. Correlatie Pearson op score acceptatie, veerkracht en mate van pijn.**

	Veerkracht	Acceptatie
Acceptatie		
correlatie coëfficiënt	,629*	
N	67	
Pijn		
correlatie coëfficiënt	-,408*	-,536*
N	66	65

\*significante waarde met een alpha van 0,05

Pearsons correlatieanalyse is in tabel 4 zichtbaar. Er is een hoge positieve correlatie tussen acceptatie en veerkracht, aangezien de waarde tussen 0,50 en 1 ligt. De correlatie tussen pijn en veerkracht is negatief en gemiddeld, en tussen pijn en acceptatie groot. De waarden die gevonden zijn met Spearman's rho komen sterk overeen met deze uitkomsten. In tabel 4 is te zien dat de P-waarde van de Pearson correlatie tussen veerkracht en acceptatie kleiner is dan 0,001, met een significantieniveau van  $\alpha 0.05$  is deze uitkomst daarom significant te noemen.

## Mediatie

Voor de mediatieanalyse is een multiple lineaire regressieanalyse uitgevoerd (tabel 5). Zoals te zien in de tabel is pijn een significante voorspeller voor veerkracht, met significantieniveau  $\alpha 0,05$ . Wanneer acceptatie toegevoegd is in model 2, is pijn echter niet meer significant te noemen, en acceptatie wel. Uit deze gegevens lijkt acceptatie een mediërend effect te hebben in de relatie tussen pijn en veerkracht. De p-waarde die uit de sobeltest gehaald is, is kleiner dan 0,001. De verdere uitkomsten van de sobeltest waren een t-waarde van -4,100 en standaard error van 0,002. Deze waarde is kleiner dan het vooraf vastgestelde significantieniveau van  $\alpha 0,05$ . Hiermee bevestigt de sobeltest dat de gevonde mediator significant is.

**Tabel 5. Multiple lineaire regressieanalyse. N=68**

Model	Ongestandariseerde coëfficiënten		Gestandariseerde coëfficiënten		Sig.	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> veranderd
	B	SE	Beta	T			
1 Pijn	-0,010	0,003	-0,409	-3,562	0,001	0,168	
2 Pijn	-0,003	0,003	-0,110	-0,934	0,354	0,371	0,223
Acceptatie	0,366	0,077	0,559	4,762	0,000		

## Discussie

Het doel van dit onderzoek is de relatie tussen veerkracht en acceptatie beter begrijpen. Specifiek gezien analyseren of acceptatie mediëert in de relatie tussen pijn en veerkracht. Wanneer acceptatie een deel van de relatie tussen pijn en veerkracht kan verklaren, heeft acceptatie invloed op veerkracht en kan therapie die acceptatie versterkt, mogelijk ook veerkracht versterken.

De resultaten laten een sterke samenhang zien tussen acceptatie en veerkracht, en geven een duidelijk mediërende rol van acceptatie aan in de relatie tussen pijn en veerkracht. Deze mediërende rol houdt in dat wanneer een patiënt een sterke mate van acceptatie van pijn heeft, de hoeveelheid pijn geen directe invloed op de veerkracht van deze persoon meer heeft.

Deze resultaten komen overeen met de vooraf gestelde hypothesen, voortgekomen uit de vragen over het onderzoek van Elliot et al. (2013). Onderzoek van Ramírez-Maestre et al. (2012) toont aan dat veerkracht acceptatie stimuleert, hierbij ligt de relatie andersom. Wederzijdse invloed van veerkracht en acceptatie van pijn is mogelijk. Dit houdt in dat mensen die veerkrachtig zijn beter zijn in het accepteren van pijn en dat mensen die de pijn kunnen accepteren veerkrachtiger zijn. Echter is het onderzoek van Ramírez-Maestre et al. (2012) even als dit onderzoek niet experimenteel. Experimenteel onderzoek heeft meer zicht op oorzaak-gevolg relaties, en kan daarmee meer inzicht geven in de richting van de relatie tussen veerkracht en acceptatie. Wanneer beide onderzoeken naast elkaar gelegd worden, kan er geconcludeerd worden dat er samenhang bestaat tussen veerkracht en acceptatie. Of deze relatie wederzijds is, of dat een van de twee begrippen de ander beïnvloed, zou door middel van een experiment duidelijker kunnen worden.

De significante uitkomsten bij de analyses is een van de sterke punten van dit onderzoek. De hoeveelheid participanten is redelijk met  $n=68$ , dit is 45% van de aangeschreven participanten. Enkele redenen die aangeschreven personen zelf gaven om niet mee te doen waren: te moeilijke vragen; een ernstigere ziekte dan reuma; en de verergering van reuma waardoor participatie niet meer mogelijk of wenselijk was. Ook was er iemand die wel een poging deed om mee te doen, maar het formulier van geïnformeerde toestemming niet meegestuurd had, waardoor deze data niet opgenomen zijn in het onderzoek. De aangeschreven personen zijn mensen die zelf vooraf te kennen gaven bereid te zijn om aan onderzoek mee te doen. De verwachte hoeveelheid respondenten lag hoger in dit geval, aangezien de aangeschreven personen vooraf al toestemming gegeven hadden voor eventueel onderzoek. Dit kan het onderzoek beïnvloeden wanneer

Een grotere hoeveelheid participanten zal naar verwachting de resultaten niet sterk beïnvloeden, aangezien alle gevonden uitkomsten significant zijn. De gevonden Cronbach's alpha voor de AAQ-II en BRS zijn vergelijkbaar met de interne betrouwbaarheid die in de literatuur gevonden is.

Een van de mindere punten van dit onderzoek is de eenzijdige blik op veerkracht. Zoals Ahern et al. (2006) stelt zijn er meerdere definities van veerkracht vindbaar in de literatuur. De Brief Resilience Scale geeft maar één kant van dit begrip weer. Bij het zien van de zes items valt op dat deze schaal (bijlage E) zich richt op de meest basale uitleg van het begrip; de capaciteit om snel te herstellen van moeilijkheden (Oxford dictionary, z.d.).



Wat dat betreft is deze schaal erg geschikt om te gebruiken; het blijft bij de kern van het begrip. De items die de AAQ gebruikt (bijlage D) gaan veel over het zichzelf al dan niet in de weg zitten voor het leiden van een waardevol of bevredigend leven. Het snel kunnen terugveren na een gebeurtenis is te zien als een manier van jezelf niet in de weg zitten. Dit suggereert dat veerkracht een voorwaarde voor acceptatie kan zijn. Ook is te zien dat er bij acceptatie veel aandacht is voor woorden als 'zorgen', 'bang' en 'gevoelens'. Acceptatie lijkt zich meer dan de BRS te richten op emotie. Dit maakt dat de AAQ een gerichtere dimensie of aspect pakt dan de BRS. Luthar et al. (2000) benoemt dat veerkracht mogelijk niet multidimensioneel is, en dat er beter gesproken kan worden over 'emotionele veerkracht' of 'fysieke veerkracht'. Zo zou veerkracht in dezelfde dimensie geplaatst kunnen worden als acceptatie. Hiermee wordt het verschil tussen veerkracht en acceptatie kleiner, echter blijft er een verschil bestaan. Acceptatie gaat niet direct om het terugveren. Het eerste item is een duidelijk voorbeeld van een verschil: 'Het is oké als ik me iets onaangenaams herinner'. Als het oké is, is er niets om van terug te veren. Accepteren van de situatie, in plaats van eerst de moeilijkheden meemaken en er daarna snel van herstellen. Acceptatie is mogelijk tijdens de moeilijkheden, terwijl veerkracht echt het er boven op komen is. Zowel acceptatie als veerkracht lijkt een goede coping van moeilijkheden. Het is mogelijk dat beide concepten elkaar versterken. Veerkracht lijkt een breder begrip dan acceptatie. Veerkrachtige mensen hebben een goede manier van omgaan met moeilijkheden, acceptatie is een manier van omgaan met moeilijkheden.

Dit onderzoek draagt bij aan de kennis over de begrippen veerkracht en acceptatie van pijn bij reumapatiënten. Mogelijk helpt dit onderzoek ook bij inzicht in de toepassing van ACT bij deze groep patiënten en kan dit de zorg van het welzijn van deze patiëntengroep verbeteren. Zo suggereren de resultaten uit dit onderzoek een versterking van veerkracht door acceptatie. Verder experimenteel onderzoek zal nodig zijn om de invloed van acceptatie op veerkracht nader te analyseren. Zo kan er ook gekeken naar in hoeverre mensen acceptatie nodig hebben voordat ze veerkrachtig kunnen zijn. Als acceptatie een voorwaarde is voor veerkracht, kan dit de sterke samenhang tussen de twee verklaren.

Mogelijk kunnen resultaten uit dit onderzoek breder getrokken worden dan enkel reumapatiënten. Er is in dit onderzoek veel nadruk gelegd op pijn en acceptatie hiervan. Reumapatiënten is een patiëntgroep waarbij chronische pijn een van de belangrijkste klachten is (het Reumafonds, z.d.). Hieruit valt te leiden dat deze groep mogelijk sterk overeenkomt met chronische pijn patiënten. Reumapatiënten vallen onder deze patiëntengroep.

Geconcludeerd kan worden dat veerkracht en acceptatie een sterke samenhang hebben bij reumapatiënten. Ook is acceptatie een mediërende factor in de relatie tussen pijn en veerkracht. Voor vervolgonderzoek is interventie onderzoek aanbevolen om de richting van de relatie tussen acceptatie en veerkracht beter te kunnen analyseren. Door te onderzoeken in hoeverre veerkracht verbetert bij het stimuleren van acceptatie, bijvoorbeeld door het geven van ACT, kan de invloed van acceptatie op veerkracht gevonden worden. Wanneer acceptatie ook in experimenteel onderzoek invloed heeft op veerkracht, kan ACT toegepast worden voor het versterken van veerkracht bij reumapatiënten en andere patiënten met chronische pijn.

## Bronvermelding

- Ahern, N.R., Kiehl, E.M., Sole, M.L. en Byers, J. (2006) A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125. DOI: 10.1080/01460860600677643
- Barlow, J.H., Cullen, L.A. en Rowe, L.A. (2002) Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 46, 11-19.
- Covic, T., Tyson, G., Spencer, D. en Howe, G. (2005) Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. *Journal of Psychomatic Research*, 60, 469-476. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.09.011
- Elliott, A.M., Burton, C.D. en Hannaford, P.C. (2013) Resilience does matter: evidence from a 10-year cohort record linkage study. *BMJ Open*. DOI:10.1136/bmjopen-2013-003917 Verkregen via <http://bmjopen.bmj.com/content/4/1/e003917>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS (and sex and drugs and rock 'n' roll)*. Londen, Engeland: SAGE Publications.
- Hayes, S.C. (2004) Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapie*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. en Lillis, J. (2005) Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25. DOI: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Kekow, J., Moots, R., Khandker, R., Melin, J., Freundlich, B. en Singh, A. (2011) Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 50, 401-409. DOI: 10.1093/rheumatology/keq327
- Matcham, F., Rayner, L., Steer, S. en Hotopf, M. (2013) The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*, 52, 2136-2148. DOI: 10.1093/rheumatology/ket169
- Nagyova, I., Stewart, R.E., Macejova, Z., Van Dijk, J.P. en Van Den Heuvel, W.J.A. (2005). The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient Education and Counseling*, 58, 55-62. DOI:10.1016/j.pec.2004.06.011
- Peters, T. (2009) Overijsselse familienamen. Opgezocht 2016-02-10. Verkregen via: <http://transisalania.blogspot.nl/2009/12/overijsselse-familienamen.html>.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R. en López, A.E. (2012) The path to capacity; Resilience and spinal chronic pain. *Spine*, 37(4), E251-E258. DOI: 10.1097/BRS.0b013e31822e93ab
- Het Reumafonds. Geraadpleegd op: 20-01-2016. Verkregen via: <http://www.reumafonds.nl/reuma>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014). *Gezondheid en maatschappelijke participatie, Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven. ISBN: 978 90 6960 999 7
- Oxford dictionaries. Geraadpleegd op: 02-02-2016. Verkregen via: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/resilience>
- Preacher, K.J. en Leonardelli, G.J. (2001) Calculation for the Sobel test: an interactive calculation tool for

mediation tests. Geraadpleegd op 27-01-2016: <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>

Van Dale. Geraadpleegd op: 02-02-2016. Verkregen via:

<http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=veerkracht&lang=nn#.VqoILPnhDIU>

**GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING**

Ik, ..... (naam proefpersoon)

stem toe mee te doen aan een onderzoek dat uitgevoerd wordt door

Maaïke Leenman en Sarah Kurney

Ik ben me ervan bewust dat deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is. Ik kan mijn medewerking op elk tijdstip stopzetten en de gegevens verkregen uit dit onderzoek terugkrijgen, laten verwijderen uit de database, of laten vernietigen.

*De volgende punten zijn aan mij uitgelegd:*

1. Het doel van dit onderzoek is meer inzicht verkrijgen in de samenhang tussen mentaal welbevinden, acceptatie en veerkracht bij reumapatiënten. Dit kan belangrijke bijdrage leveren aan het ontwikkelen van interventieprogramma's voor deze doelgroep.
2. Het onderzoek duurt ongeveer 15-25 minuten.
3. Het onderzoek begint met een vragenlijst over de demografische gegevens (geslacht, leeftijd en dergelijke). Hiernaar volgen drie vragenlijsten die te maken hebben met veerkracht (BRSnl), positieve geestelijke gezondheid (MHC-SF) en acceptatie (AAQ-II).
4. U kunt altijd stoppen als u zich niet op uw gemak voelt of een vraag niet wilt beantwoorden.
5. Er behoort geen stress of ongemak voort te vloeien uit deelname aan dit onderzoek.
6. De gegevens verkregen uit dit onderzoek zullen anoniem verwerkt worden en kunnen daarom niet bekend gemaakt worden op een individueel identificeerbare manier.
7. De onderzoekers zijn beschikbaar voor eventuele vragen over het onderzoek. U kunt deze bereiken per [m.p.leenman@student.utwente.nl](mailto:m.p.leenman@student.utwente.nl) of [s.kurney@student.utwente.nl](mailto:s.kurney@student.utwente.nl).

Handtekening onderzoeker 1: ..... Datum: .....

Handtekening onderzoeker 2: ..... Datum: .....

Handtekening proefpersoon: ..... Datum: .....

Geachte heer/mevrouw,

U bent lid van het reumapatiëntenforum van het Reumacentrum Twente. U heeft aangegeven benaderd te kunnen worden voor het deelnemen aan vragenlijstonderzoek. Wij willen u vragen of u wilt deelnemen aan een onderzoek naar het welbevinden en veerkracht van mensen met een reumatische aandoening. Veerkracht is het vermogen om te herstellen na het meemaken van een stressvolle situatie. In dit onderzoek willen we onderzoeken in hoeverre veerkracht gerelateerd is aan het welbevinden van mensen met reuma. Het onderzoek wordt uitgevoerd door de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie van de Universiteit Twente in samenwerking met het Reumacentrum Twente.

Wij, Maaïke Leenman en Sarah Kurney, zijn studenten psychologie aan de Universiteit Twente en voeren dit onderzoek uit als onderdeel van onze studie. Het onderzoek wordt uitgevoerd onder begeleiding van Dr. E. Taal en Prof. Dr. K.M.G. Schreurs van de Universiteit Twente.

Bijgesloten bij deze brief vindt u de vragenlijst en het geïnformeerde toestemmingsformulier. Als u mee wilt doen aan deze studie vragen wij u om de vragenlijst in te vullen en het toestemmingsformulier te ondertekenen. U kunt de vragenlijst en het ondertekende toestemmingsformulier terug sturen naar de Universiteit Twente in de bijgeleverde retour-envelop. U hoeft hier geen postzegel op te plakken.

Als u nog vragen heeft of als er onduidelijkheden zijn, zijn wij telefonisch of per e-mail te bereiken. Hieronder vindt u onze contactgegevens.

Met vriendelijke groeten,

Sarah Kurney,  
e-mail: [s.kurney@student.utwente.nl](mailto:s.kurney@student.utwente.nl)

Maaïke Leenman  
e-mail: [m.p.leenman@student.utwente.nl](mailto:m.p.leenman@student.utwente.nl)

**Bijlage C. Algemene vragenlijst:**

Beantwoord de volgende vragen door een  in het hokje te plaatsen, dat het meest overeenkomt met uw antwoord.

Hier volgen eerst algemene vragen over uzelf:

Wat is uw geslacht?       Man       Vrouw

Wat is uw leeftijd: \_\_\_\_\_

Welke vorm(en) van reuma heeft u?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> reumatoïde artritis                   | <input type="checkbox"/> jicht                 |
| <input type="checkbox"/> artrose                               | <input type="checkbox"/> lage rugpijn          |
| <input type="checkbox"/> S.L.E.                                | <input type="checkbox"/> tendinitis / bursitis |
| <input type="checkbox"/> fibromyalgie                          | <input type="checkbox"/> osteoporose           |
| <input type="checkbox"/> sclerodermie (systematische sclerose) | <input type="checkbox"/> ziekte van Bechterew  |
| <input type="checkbox"/> artritis psoriatica                   | <input type="checkbox"/> weet ik niet          |
| <input type="checkbox"/> syndroom van Reiter                   | <input type="checkbox"/> anders, nl: _____     |

Sinds wanneer heeft u last van uw reumatische aandoening? (Wilt u globaal het jaar invullen)

\_\_\_\_\_

Wat is uw burgerlijke staat?

ongehuwd / niet samenwonend

ongehuwd / samenwonend

gehuwd

weduwe / weduwnaar

gescheiden

Wat is uw hoogst genoten opleiding?

Geen opleiding

Basisonderwijs (lager onderwijs)

Lager beroepsonderwijs (LBO, huishoudschool, LEAO, LTS, etc.)

MAVO, (M)ULO, 3-jarige HBS, VMBO

Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO)

5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium

Hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS, HEAO)

Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)

Wat is de beste omschrijving van uw huidige arbeidssituatie? (Wilt u één antwoord geven)

betaald werk, meer dan 20 uur per week

betaald werk, 20 uur of minder per week

onbetaald werk/ vrijwilligerswerk

- huishouden
- school of studie
- arbeidsongeschikt (WAO/WIA)
- gepensioneerd (AOW, VUT)
- werkloos



**Bijlage D. Acceptance and Action Questionnaire-II, Nederlandse versie**

Geef aan welk antwoord bij u het best van toepassing is.

	Nooit waar	Bijna nooit waar	Zelden waar	Soms waar	Dikwijls waar	Bijna altijd waar
Het is oké als ik me iets onaangenaams herinner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn pijnlijke ervaringen en herinneringen maken het me moeilijk om een waardevol leven te leiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben bang voor mijn gevoelens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik maak me zorgen dat ik niet in staat ben mijn zorgen en gevoelens onder controle te houden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn pijnlijke herinneringen verhinderen mij een bevredigend leven te leiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb controle over mijn leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emoties veroorzaken problemen in mijn leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het lijkt erop dat de meeste mensen meer controle over hun leven hebben dan ik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgen staan mijn succes in de weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn gedachten en gevoelens staan de manier waarop ik wil leven niet in de weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bijlage E. Brief Resilience Scale, Nederlandse versie.**

Geef aan in welke mate u het eens bent met elk van de onderstaande stellingen:

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik heb de neiging om snel terug te veren na moeilijke tijden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind het moeilijk om stressvolle gebeurtenissen te doorstaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb niet veel tijd nodig om van een stressvolle gebeurtenis te herstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het is moeilijk voor mij om verder te gaan als er iets vervelends gebeurt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb meestal weinig moeite om door moeilijke tijden heen te komen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb de neiging veel tijd te nemen om over tegenslagen in mijn leven heen te komen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Bijlage F. PijnVAS

Hoeveel pijn had u als gevolg van uw reuma in de afgelopen week? Geef dit aan door een verticaal streepje te zetten op de gewenste plek op de zwarte lijn. Helemaal links is 'helemaal geen pijn' en helemaal rechts is 'ondraaglijke pijn'.

Helemaal geen pijn

Ondraaglijke pijn

