



# UNIVERSITY OF TWENTE.

**Faculty of Behavioural, Management  
and Social Sciences**

## **De Samenhang tussen Sterke Kanten en Mentale Gezondheid bij Patiënten met een Reumatische Aandoening**

**Mareike Winheller  
M.Sc. Thesis (10EC)  
Psychology (PPT)  
Juni, 2018**

dr. P.M. ten Klooster  
dr. Christina Bode

Faculty of Behavioural, Management  
and Social Sciences  
University of Twente  
P.O. Box 217  
7500 AE Enschede  
The Netherlands

## Samenvatting

De huidige studie onderzocht de samenhang tussen welbevinden en zowel de mate van gebruik als de soorten sterke kanten bij patiënten met een reumatische aandoening. Aan het onderzoek deden 39 personen met een reumatische aandoening mee. Ze vulden een online crosssectionele survey in over hun sterke kanten, de mate van gebruik van hun sterke kanten, hun gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en hun mentale gezondheid. Uit de univariate toetsen (berekening van correlaties, t-toetsen en ANOVAs) bleek dat de deelnemers in hoge mate gebruik maken van hun sterke kanten en hoog scoren op onderdelen van mentale gezondheid. Daarnaast bleek dat een hogere mate aan gebruik van sterke kanten sterk samen hangt met een hogere mate aan welbevinden ( $r=.579$ ), met name psychologisch welbevinden ( $r=.595$ ) en dat bepaalde soorten sterke kanten, zoals emotionele en interpersoonlijke sterke kanten, sterk samenhangen met de mate aan psychologisch welbevinden. Dit suggereert dat persoonlijke krachten een belangrijke rol spelen bij de mentale gezondheid bij patiënten met een reumatische aandoening. Deze kennis kan voor patiënten worden ingezet die weinig gebruik maken van hun sterke kanten en problemen met hun welbevinden ervaren.

This study examined the relationship between using character strengths as well as the type of character strengths and wellbeing in patients with rheumatic disease. A sample of 39 participants filled in an online cross-sectional questionnaire about character strengths, using character strengths, wellbeing and quality of life.

Univariate tests like correlations, t-tests and ANOVAs were conducted.

The results of the study show that the participants frequently used their strengths and scored high on mental health. Furthermore using character strengths more frequently was positively correlated with wellbeing ( $r=.579$ ), especially psychological wellbeing ( $r=.595$ ). Character strengths such as emotional and interpersonal strengths highly correlate with psychological wellbeing.

From the results suggest that character strengths are important for mental wellbeing of patients with rheumatic disease. This knowledge can be used for patients with problems in using character strengths or poor wellbeing.

## Inleiding

Het aantal mensen met een of meerdere chronische aandoeningen stijgt wereldwijd en neemt al 70 tot 80 percent van de gezondheidszorgkosten in (Colleman & Newton, 2005). Chronische ziekten worden omschreven als ongeneeslijke aandoeningen met een lange ziekteduur en zonder uitzicht op een volledig herstel (Hoeymans, Schellevis & Wolters, 2008). Een van de veel voorkomende chronische aandoeningen is reuma. Reumatische aandoeningen bevatten voornamelijk problemen in het bewegingsapparaat (van Putten & Ruys, 2008) en worden ingedeeld in drie veel voorkomende hoofddiagnoses (ontstekingsreuma, degeneratieve reuma en spierreuma). Ongeveer 3 miljoen mensen lijden in Nederland aan een reumatische aandoening (van de Putte & Breedveld, 2007). Het lijden daaraan brengt veel verandering in het leven van patiënten en de omgeving. Het omgaan met symptomen zoals pijn, stijfheid, ontstekingen en zwellingen in gewrichten, is naast het reguleren van behandelingen, de confrontatie met fysieke veranderingen en onzekerheden over de ziektebeloop en het moeten aanpassen of zelfs laten vallen van persoonlijke, sociale en beroepsmatige doelen, belastend (Lambert, 1985). Dit maakt dat patiënten met reuma, naast hun lichamelijke symptomen, vaak last hebben van psychische problemen (Katz & Alfieri, 2005). 15-20 % heeft last van een depressie (Pincus, Griffiti, Pearce & Isenberg, 1996), ze vertonen vaker dan gemiddeld angstige symptomen en hebben vaker een lager zelfvertrouwen (Gettings, 2010).

Er zijn in de afgelopen jaren behandelingsmogelijkheden ontwikkeld die vervormingen, beperkende effecten en ontstekingen van verschillende reumatische aandoeningen kunnen reguleren en onderdrukken. Deze behandelingen zijn gebaseerd op het biomedisch model en zijn sterk gericht op het bestrijden van symptomen (Gettings, 2010) om gezondheid, die in dit model als de afwezigheid van ziekte gedefinieerd wordt, te bereiken. Deze verankering van een probleem gericht paradigma overheerst nog steeds de gezondheidszorg. Echter zijn de meeste reumatische aandoeningen niet te genezen waardoor gezondheid vanuit de definitie van het biomedisch model nooit volledig te bereiken is.

Bij chronische aandoeningen zoals reuma is het biopsychosociale model eerder van toepassing. Dit model ziet lichamelijke symptomen in interactie met psychologische en sociale factoren. Gezondheid bevat dus naast het lichamenlijk welbevinden, ook het geestelijk en sociaal welbevinden (Bernhards, Hagens, Oostendorp & Warmts, 1999). Deze aanpak wordt ondersteund door Zuidema, van Gaal, van Dulmen, Repping-Wuts en Schoonhoven (2015) die voor een succesvolle omgang met een chronische ziekte zowel het leren omgaan met symptomen, als onder ander het activeren van resources en sterke kanten nodig vinden.

Zuidema et al. vonden dat het activeren van sterke kanten door patiënten zelfs als wenselijk ervaren werd (2015). Dit maakt een ziekte-management mogelijk waarin patiënten nieuwe plannen en strategieën leren, om zo het best mogelijke leven met een chronische ziekte te leiden (Zuidema et al., 2015). Deze aanpak sluit goed aan bij de recente nieuwe gezondheidsdefinitie van Huber et al. (2011). Zij omschrijft gezondheid als “the ability to adapt and to self-manage”. “Het steeds opnieuw kunnen realiseren van een totaal welbevinden in een radicaal veranderend bestaan” (Verduin, 2013, p45) is dus essentieel. Pijn, ziekte en verval kunnen niet altijd ongedaan worden gemaakt, maar “we kunnen leren daarmee om te gaan op een heilzame manier, op een manier die gezondheid (kwaliteit van leven, geluk) genereert (Verduin, 2013, p45). Dus kunnen ook mensen met reuma, anders dan volgens de definitie van WHO, die gezondheid in 1948 als “een staat van compleet fysiek, sociaal en mentaal welzijn, niet louter de afwezigheid van ziektes of aandoeningen”(Verduin, 2013, p. 40) beschreven, waarbij dus gezondheid aan zowel de afwezigheid van ziektes als complete fysiek, sociaal en mentaal welzijn wordt gekoppeld, “gezond” zijn. Patiënten met reuma kunnen volgens Huber et al. (2011) op een gezonde manier leren omgaan met hun chronische aandoening om zo een “positieve gezondheid”, een staat van welbevinden, te bereiken.

Het wordt vaak verondersteld dat welbevinden uit drie componenten bestaat, de subjectieve ervaring van welbevinden (emotioneel welbevinden), het effectief functioneren van het individu in de zin van zelfrealisatie (psychologisch welbevinden) en het effectief functioneren in de maatschappij (sociaal welbevinden) (Bohlmeijer, Bolier, Steeneveld, Westerhof & Walburg, 2013). Wanneer iemand een hoge mate van alle drie componenten ervaart, is er sprake van *floreren*. Emotioneel welbevinden sluit aan bij het begrip *hedonia*, waarbij geluk zoals plezier en vreugde centraal staan wat het hoogst denkbare doel van mensen is. Psychologisch en sociaal welbevinden komen voort uit het begrip *eudemonia*, waar de focus op het goed leven ligt, waaronder persoonlijke ontwikkeling en karakter vallen (Bohlmeijer, Bolier, Steeneveld, Westerhof, & Walkburg, 2013) Tussen deze componenten is zoals Kashdan, Biswas-Diener en King (2008) veronderstellen echter geen scherpe grens te trekken, waardoor beide vormen van welbevinden gerelateerd zijn en niet als aparte begrippen worden onderscheiden.

Om een hoge mate aan welbevinden te bereiken en van alles wat de omstandigheden bieden het beste van te maken, adviseert Verduin (2013) dat we gebruik maken van onze krachten en talenten. Deze zijn onderdeel van de sterke kanten benadering. Deze benadering komt voort uit de positieve psychologie en richt zich in tegenstelling tot de klassieke op

tekortkomingen en gebreken gerichte psychologie op successen, persoonlijke kwaliteiten en sterke kanten van mensen en ziet deze als vertrekpunt voor verandering (Hiemstra & Bohlmeijer, 2013). Uit onderzoek blijkt dat het identificeren, maar sterker nog het gebruiken en ontwikkelen van sterke kanten, positieve effecten op zelfvertrouwen (Wood, Linley, Maltby, Kashdan & Hurling, 2011), de ervaren competentie (Proctor, Maltby & Clinley, 2011), het realiseren van doelen en welbevinden heeft (Linley, Nielsen, Glitter & Biswas-Diener, 2010). Daarnaast heeft de sterke kanten benadering een motiverende werking. Het gebruiken van sterke kanten geeft mensen het gevoel competent te zijn en iets te kunnen. Daardoor raken ze intrinsiek gemotiveerd, wat betekent dat ze uit eigen motivatie handelen en deze handeling niet uitvoeren op grond van bijvoorbeeld een externe beloning door een ander. Deze intrinsieke motivatie leidt ertoe dat ze zich duurzamer voor hun doelen inzetten, hun doelen eerder bereiken en zo een hogere mate aan welbevinden hebben (Ryan & Deci, 2000). Dus lijkt dat het gebruiken van sterke kanten actief maakt en uiteindelijk tot een hogere mate aan welbevinden leidt.

De focus op sterke kanten en het daarmee verbonden bevorderen van welbevinden is essentieel bij patiënten met reuma. Het psychologische welbevinden wordt als een belangrijke uitkomstmaat gezien om te beoordelen hoe goed iemand met zijn aandoening omgaat (Lambert, Lambert, Klipple, & Mewshaw, 1989). Maar daarnaast is het verhogen van welbevinden volgens de gezondheidsdefinitie van Huber bij patiënten met reuma belangrijk, omdat mensen ondanks een chronische aandoening, die niet kan genezen, het gevoel kunnen hebben dat ze “gezond” zijn als ze op een adaptieve manier om leren gaan met hun aandoening.

De afgelopen jaren werd de sterke kanten benadering vooral binnen het onderwijs en personeelsmanagement toegepast. Voor het identificeren van sterke kanten zijn bijvoorbeeld enkele assessmentmethoden zoals de VIA (Peterson & Seligman, 2004) of Strength-Finder (The Gallup Organisation, 1999) beschikbaar, die cliënten, medewerkers of studenten helpen om zich van hun sterke kanten bewust te worden. Daarnaast zijn cursussen ontworpen om studenten bijvoorbeeld bewust te maken hoe ze hun sterke kanten kunnen gebruiken en ontwikkelen (Louis, 2008).

Echter is er ook binnen de zorg en de behandeling van chronische aandoeningen steeds meer aandacht voor de positieve psychologie en de sterke kanten benadering. Uit onderzoek van Kristjansdottir, Stenberg, Mirkovic, Krogseth, Ljoså, Stange en Ruland (2018) blijkt bijvoorbeeld dat patiënten met chronische aandoeningen een breed spectrum aan sterke kanten gebruiken, die relevant zijn voor hun gezondheid en welbevinden. Deze laten zich

onderverdelen in interne sterke kanten, externe sterke kanten en sterke kanten voor een goed zelf-management. Daarnaast vonden Mirkovic, Kristjansdottir, Stenberg Krogseth, Stange en Ruland (2016) zes categorieën van sterke kanten die patiënten met een chronische aandoening helpen bij hun ziekte-management. De categorieën waren “relaties en steun”, “mijn bron van energie”, “kennis over mijn gezondheid”, “activiteit en rust”, “emoties en zelfbewustzijn” en “positieve gedachtes en gezindheid” met daarbij horende sterke kanten. Bovendien hebben Mirkovic, Kristjansdottir, Stenberg Krogseth, Stange en Ruland (2016) een toepassingsmogelijkheid voor technologie (Information Technology) onderzocht die patiënten kan helpen zich hun sterke kanten bewust te worden en zich daarmee actief te bediscussiëren. Deze IT werd van patiënten over het algemeen als nuttig beoordeeld. Al met al laten de meest recente onderzoeken naar sterke kanten bij patiënten met een chronische aandoening dus zien dat er al verschillende classificaties van sterke kanten werden gevonden die patiënten helpen. Daarnaast proberen onderzoeker de sterke kantenbenadering door middel van bijvoorbeeld technologie in het dagelijks leven van de patiënten te integreren.

Echter is er nog weinig onderzoek expliciet naar de sterke kantenbeandering bij patiënten met een reumatische aandoening verricht. Bovendien veronderstellen Biswas-Diener, Kashdan en Minhas (2010) dat sterke kanten enorm context specifiek zijn en afhankelijk zijn van de individuele situatie van de patiënt. Dit zou betekenen dat meetinstrumenten voor sterke kanten niet specifiek op patiënten met een reumatische aandoening gericht zijn. Volgens Biswas-Diener, Kashdan en Minhas (2010) kan onderzoek naar sterke kanten bij andere chronische aandoeningen dus niet naar de patiëntengroep van reumatische aandoeningen worden gegeneraliseerd. Park, Peterson en Seligman (2006) veronderstellen daarentegen op basis van hun onderzoek in 54 landen dat sterke kanten gebruik vrij universeel is en er grote overeenkomsten tussen verschillende culturen bestaan. Er is dus nader onderzoek nodig in hoeverre sterke kanten cultureel of tussen patiëntengroepen universeel zijn.

Dit onderzoek richt zich dus specifiek op patiënten met een reumatische aandoening omdat er tot nu toe nog niets specifiek over de sterke kantenbenadering bij patiënten met deze aandoening bekend is. De samenhang tussen sterke kanten en mentale gezondheid bij patiënten met een reumatische aandoening werd onderzocht. Daarvoor werden volgende vraagstellingen beantwoord. Waar mogelijk werd daarbij gebruik gemaakt van relevante beschikbare vergelijkingsgroepen.

- 1) Welke sterke kanten gebruiken patiënten met een reumatische aandoening het meest?
- 2) In welke mate maken patiënten met een reumatische aandoening gebruik van hun sterke kanten en in welke mate zijn ze mentaal gezond?
- 3) Welke sterke kanten zijn bij patiënten met een reumatische aandoening gerelateerd aan een hogere mate aan welbevinden?
- 4) Bestaat er een samenhang tussen de mate waarin sterke kanten worden gebruikt en de mate van welbevinden?
- 5) Bestaat er een samenhang tussen sterke kanten en factoren zoals geslacht, leeftijd, soort aandoening en ziekteduur?

## **Methode**

### **Procedure**

Nadat de studie werd goedgekeurd door de ethische commissie van de faculteit Behavioural, Management en Social Science (BMS) van de Universiteit Twente, werd een online cross-sectionele survey ontworpen en naar 112 patiënten van het Patiënten forum Reuma Research Partners in Twente verstuurd. Dit forum bestaat uit mensen met reuma uit de regio Twente die expliciet hebben aangegeven mee te willen werken aan surveys vanuit de vakgroep psychologie. In een tijdbestek van ongeveer 2 weken (tussen 22 mei en 7 juni 2018) konden ze aan dit onderzoek deel nemen. De deelnemers ontvingen een email met een uitnodiging en een korte uitleg over het onderzoek. Aan drie van de 112 patiënten kon de email niet bezorgd worden, vijf mensen gaven aan dat ze niet meer mee willen doen aan studies en één deelnemer wilde liever een papier versie invullen.

Bij het openen van de link naar de online survey werden de deelnemers geïnformeerd over het doel van dit onderzoek, de verwachte duur voor het invullen van de survey en kregen ze een korte vooruitblik zodat ze wisten wat ze konden verwachten. Bovendien werd duidelijk gemaakt dat alle gegevens anoniem verwerkt worden en de deelname aan het onderzoek los staat van de reumatische behandeling bij het ziekenhuis. Bij eventuele vragen kon de deelnemer contact opnemen via een vermeld emailadres. Het invullen van de van de online vragenlijst gebeurde op vrijwillige basis en de deelnemers ontvingen geen vergoeding voor het meedoen. Als de proefpersoon akkoord ging met de verkregen informatie, begon het invullen van de survey.

### **Meetinstrumenten**

In het begin van de online survey werd gevraagd naar zowel de demografische gegevens zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau als naar soort en duur van de reumatische aandoening.

De sterke kanten werden gemeten met een naar het Nederlands vertaalde versie van de *Charcater Strength Rating Form* (CSRF) (Appendix A). Dit is een verkorte versie van de Via-strength finder en bevat 24 persoonlijke eigenschappen die als wenselijk worden ervaren zoals eerlijkheid, vriendelijkheid, dankbaarheid en humor. Elke sterke kant wordt door de deelnemer op een 9-puntschaal gescoord van 1 (helemaal niet op mij van toepassing) tot 9 (helemaal op mij van toepassing). De score geeft aan in welke mate de deelnemer over deze



sterke kant beschikt. Hoe hoger de proefpersoon scoort, hoe meer hij over deze sterkte beschikt. De sterke kanten worden onderverdeeld in vijf subschalen interpersoonlijke sterke kanten, intellectuele sterke kanten, emotionele sterke kanten, sterke kanten van gematigdheid en theologische sterke kanten (zie Tabel 1). De subschalen hebben een hoge betrouwbaarheid ( $\alpha=.53-.83$ ) (Ruch, Martinez-Marti, Proyer & Harzer, 2014). Er werden twee onafhankelijke vertalingen van de Duitse versie van de CSRF naar het Nederlands gemaakt, waarvan een derde onderzoeker uiteindelijk een consensusversie kon ontwerpen. De betrouwbaarheden van de schalen waren hierbij  $\alpha=.42$  (theologische sterke kanten),  $\alpha=.52$  (sterke kanten van gematigdheid),  $\alpha=.76$  (interpersoonlijke sterke kanten),  $\alpha=.81$  (intellectuele sterke kanten) en  $\alpha=.83$  (emotionele sterke kanten). De betrouwbaarheid van sterke kanten van gematigdheid, theologische en interpersoonlijke sterke kanten werden daarbij als matig, van emotionele en intellectuele sterke kanten als hoog beoordeeld. Dit komt overeen met de bevindingen van Ruch, Martinez-Marti, Proyer en Harzer (2014).

**Tabel 1:** Dimensies sterke kanten en bijhorende sterke kanten

<b>Interpersoonlijke sterke kanten</b>	Vermogen om lief te hebben en geliefd te worden Vriendelijkheid Sociale intelligentie Samenwerking Rechtvaardigheid Leiderschap Vergevingsgezindheid Humor
<b>Intellectuele sterke kanten</b>	Creativiteit Nieuwsgierigheid Beoordelingsvermogen & Openheid Liefde voor leren Perspectief (Wijsheid) Waardering voor schoonheid & Uitmuntendheid
<b>Emotionele sterke kanten</b>	Dapperheid Doorzettingsvermogen Geestdrift Hoop

<b>Sterke kanten van gematigdheid</b>	Eerlijkheid
	Bescheidenheid
	Voorzichtigheid
	Zelfbeheersing
<b>Theologische sterke kanten</b>	Dankbaarheid
	Religieusheid

---

De mate van gebruik van sterke kanten werd gemeten met de *Strengths Use Scale* (SUS) (Appendix B). Deze bevat 14 stellingen over de mate in hoeverre de deelnemer gebruik maakt van zijn sterke kanten zoals “Het gebruiken van mijn sterke kanten is vertrouwd voor mij” of “Ik doe de meeste tijd dingen waar ik goed in ben”. Deze stellingen worden gescoord op een 7-puntschaal van 1 (helemaal oneens) tot 7 (helemaal eens). De scores van de stellingen worden opgeteld en bepalen in welke mate de deelnemer gebruik maakt van zijn sterke kanten. Hoe hoger de deelnemer scoort op deze vragenlijst, hoe meer hij gebruik maakt van zijn sterke kanten. De SUS heeft een hoge interne consistentie betrouwbaarheid ( $\alpha=.94-.97$ ) (Wood, Linley, Maltby, Kashdan & Hurling, 2011). De betrouwbaarheid in dit onderzoek was ook hoog ( $\alpha=.94$ ).

Met de *Health Survey* (RAND-36) (Appendix C) werd de ervaren gezondheid of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven met 36 items gemeten. Het meetinstrument bevat schalen voor zowel fysiek (10 items) en sociaal functioneren (2 items), rolbeperkingen door fysieke (4 items) of emotionele problemen (3 items), mentale gezondheid (5 items), energie (4 items), pijn (2 items) en algemene gezondheidsbeleving (5 items). De scores worden samengenomen tot schaalscores. Een hogere score komt voor alle schalen overeen met een betere gezondheidstoestand. De RAND-36 kan bij verschillende doelgroepen gebruikt worden en heeft een hoge betrouwbaarheid ( $\alpha>.80$ ) voor het meten van de gezondheidstoestand van patiënten met een reumatische aandoening (Moorer, Suurmeijer, Foets & Molenaar, 2001). In dit onderzoek was te betrouwbaarheid van de schalen hoog ( $\alpha=.76$  (vitaliteit, mentale gezondheid),  $\alpha=.77$ (sociaal functioneren),  $\alpha=.80$  (algemene gezondheidsbeleving),  $\alpha=.81$  (rolbeperkingen- fysiek probleem),  $\alpha=.88$  (rolbeperkingen- emotioneel probleem),  $\alpha=.91$  (pijn) en  $\alpha=.93$  (fysiek functioneren)).

Het welbevinden werd gemeten met de *Mental Health Continuum Short Form* (MHC-SF) (Appendix D). Dit meetinstrument bevat drie schalen, het emotioneel (item 1-3), sociaal

(item 4-8<sup>1</sup>) en psychologisch welbevinden (item 9-14). Er worden vragen gesteld die betrekking hebben tot het gevoel dat de deelnemer gedurende de afgelopen maand had. “In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...” “...dat u gelukkig was?” of “ dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?”. Alle antwoorden worden op een 6-Puntschaal (tussen 0 nooit – 5 elke dag) gescoord. De scores van deze subschalen worden samengenomen tot een totaalscore welke een uitspraak doet over de positieve geestelijke gezondheid. Hoe hoger de proefpersoon scoort op de vragenlijst, hoe beter de mentale gezondheid is. Volgens Lamers, Westerhof, ten Klooster en Keyes (2011) heeft de MHC-SF een hoge interne betrouwbaarheid voor zowel de totale vragenlijst ( $\alpha=.89$ ) als de subschalen emotioneel ( $\alpha=.83$ ) en psychologisch welbevinden ( $\alpha=.83$ ). De subschaal sociaal welbevinden heeft een matige betrouwbaarheid ( $\alpha=.74$ ). In dit onderzoek waren de betrouwbaarheden voor het totale, emotionele en psychologische welbevinden hoog ( $\alpha=.755-.834$ ). De subschaal voor het sociale welbevinden was daarentegen mogelijk door een fout geprogrammeerde item laag ( $\alpha=.277$ ). Daarom werd de subschaal in verdere analyses niet meegenomen.

### **Data-analyse**

Om een beeld van de onderzochte patiëntengroep te vormen, werden met het programma SPSS descriptieve statistiek uitgevoerd van zowel gemiddelden en standaarddeviaties van leeftijd en ziekte duur als frequenties en percentages van geslacht, opleidingsniveau en soort aandoening (Tabel 2). Het opleidingsniveau werd daarbij in drie groepen onderverdeeld. Patiënten die VWO, HBS, Gymnasium, Hoger beroepsonderwijs (HBO), wetenschappelijk onderwijs, Universiteit of hoger als hoogst voltooide opleiding hebben aangegeven werden als “hoog” opgeleid ingedeeld, patiënten met middelbaar beroepsonderwijs (MBO), MEA, VMBO, MAVO, ULO, MULO, HAVO en MMS als “middelbaar” en patiënten die geen opleiding, lagere school/basisschool of lager beroepsonderwijs hebben gevolgd als “laag” opgeleid. De reumatische aandoeningen werden ingedeeld in hoofddiagnoses, in een van de drie vaak voorkomende soorten reuma ontstekingsreuma (reumatoïde artritis, Artritis Psoriatica, SAPHO en Forestier), degeneratieve reuma (Artrose) en spierreuma (Fibromyalgie). Daarnaast werd een beeld van de gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven van de patiënten gevormd door gemiddelden

---

<sup>1</sup> Item 7 (“...dat mensen in principe goed zijn”) werd fout geprogrammeerd, waardoor het niet mee genomen werd in verdere analyses

en standaarddeviaties van de RAND-36 af te vragen en met een bestaand vergelijkingsgroep uit 1063 personen tussen 18 en 89 jaar uit de gemeente Emmen in Nederland (Van der Zee & Sanderman, 2012) te vergelijken (Tabel 3).

Voor de eerste onderzoeksvraag (Welke sterke kanten gebruiken patiënten met een reumatische aandoening het meest?) werd beschrijvende statistiek uitgevoerd en een rangorde van de gemiddelden sterke kanten op item- en op schaalniveau ontworpen. De gemiddelden uit deze patiëntengroep werden op itemniveau vergeleken met een vergelijkingsgroep uit een studie van Ruch, Martinez-Marti, Proyer en Harzer (2014). De vergelijkingsgroep bestaat uit 211 Duitstalige deelnemers tussen 18 en 69 jaar, waarvan een groot deel vrouwelijk was, relatief hoog opgeleid en niet getrouwd.

Om de tweede onderzoeksvraag (In welke mate maken patiënten met een reumatische aandoening gebruik van hun sterke kanten en in welke mate zijn ze mentaal gezond?) te beantwoorden, werden gemiddelden en standaarddeviaties van de SUS en de MHC-SF berekend en deze door middel van t-toetsen vergeleken met de gegevens van een vergelijkingsgroep, bestaand uit 132 Nederlandse leerkrachten die aan een evaluatie onderzoek naar de zelfhulp cursus “Dit is Jouw Leven” hebben meegedaan (Trompetter (nd)).

Voor de derde onderzoeksvraag (Welke sterke kanten zijn bij patiënten met een reumatische aandoening gerelateerd aan een hogere mate aan welbevinden?) werden correlaties berekend tussen de sterke kanten, ingedeeld in de vijf subschalen en op itemniveau, en de MHC-SF (Totaalscore en twee subschalen) om te onderzoeken of er verbanden bestaan. Er werd gebruik gemaakt van Spearman-correlaties omdat de scores in een histogram niet normaal verdeeld leken. De correlaties werden ingedeeld in zwak ( $< 0.3$ ), matig ( $0.3-0.5$ ) en sterk ( $> 0.5$ ) (Cohen, 1992).

Om de samenhang tussen de mate waarin sterke kanten worden gebruikt en de mate aan welbevinden te onderzoeken (onderzoeksvraag 4), werden correlaties tussen de SUS en de MHC-SF schalen bepaald. Ook hierbij werd gebruik gemaakt van de Spearman-correlaties en de indeling van effectgrootten volgens Cohen.

Voor de vijfde onderzoeksvraag (of de soorten sterke kanten en het gebruik daarvan afhangt van factoren zoals geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, soort aandoening en ziekte duur) werd een t-toets met de variabele geslacht, ANOVAS met de verschillende groepen opleidingsniveau en soort aandoening, en Spearman-correlaties met de variabelen leeftijd en ziekte duur berekend. Om de verschillen tussen de hoofddiagnoses in mate aan gebruik van sterke kanten te berekenen werd een post-hoc analyse (Bonferoni) uitgevoerd

## Resultaten

### Deelnemers

In totaal namen 47 participanten aan het onderzoek deel. Dit is een responspercentage ten opzichte van de 112 patiënten die werden benaderd, van 42%. Na het eruit verwijderen van proefpersonen die de CSRF niet hadden ingevuld, bleven er nog 39 deelnemers over. In Tabel 1 staan de demografische gegevens van de deelnemers. De meeste waren vrouw (72%), hoog opgeleid (59%) en hebben gemiddeld genomen sinds 19 jaar als hoofddiagnose een vorm van ontstekingsreuma.

**Tabel 2:** Demografische gegevens van de deelnemers (N = 39)

Variable	M (SD) of N (%)
<i>Leeftijd</i>	60.15 (10.21)
<i>Geslacht</i>	
Mannen	11 (28.2)
Vrouwen	28 (71.8)
<i>Opleidingsniveau</i>	
Laag	5 (12.8)
Middelbaar	11 (28.2)
Hoog	23 (59.0)
<i>Soort reumatische aandoening</i>	
Ontstekingsreuma	33 (84.6)
Degeneratieve reuma	4 (10.3)
Spierreuma	2 (5.1)
<i>Ziekte duur</i>	18.79 (9.66)

*Opmerking.* Opleidingsniveau laag (geen opleiding, lagere school/basisschool of lager beroepsonderwijs), middelbaar (middelbaar beroepsonderwijs (MBO), MEA, VMBO, MAVO, ULO, MULO, HAVO en MMS), hoog (VWO, HBS, Gymnasium, Hoger beroepsonderwijs (HBO), wetenschappelijk onderwijs, Universiteit of hoger), Soort reumatische aandoening Ontstekingsreuma (reumatoïde artritis, Artritis Psoriatica, Sapho, Forestier), Degeneratieve reuma (Artrose), Spierreuma (Fibromyalgie)

De gemiddelden van de RAND-36 (Tabel 2) laten vergeleken met de normgroep (Van der Zee & Sanderman, 2012) zien dat de patiëntengroep op alle schalen lager scoorde, behalve op de schaal emotioneel welbevinden. Ook het verschil in gemiddelden tussen de groepen in rolbeperkingen als gevolg van emotionele problemen is matig.

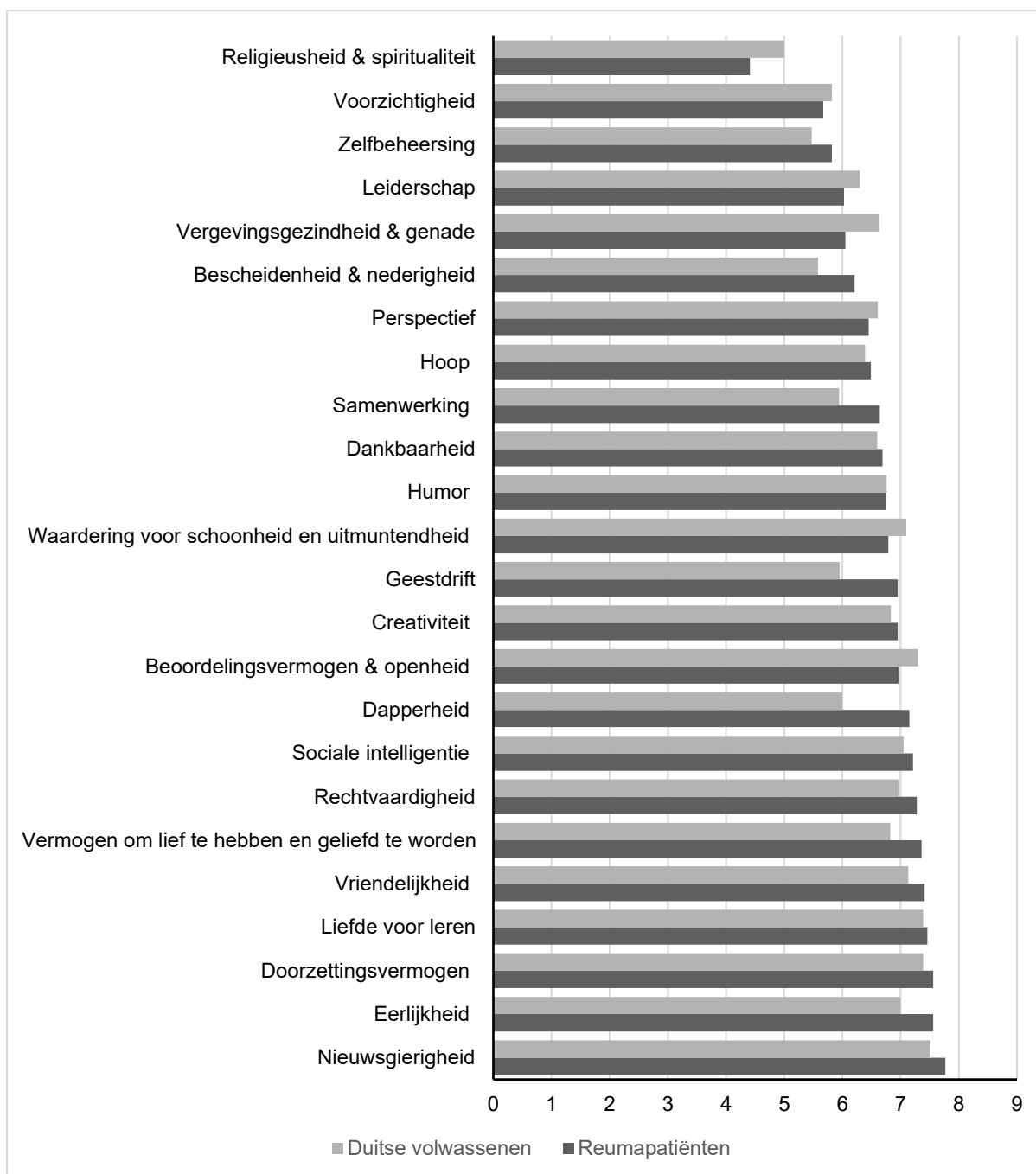
**Tabel 3:** Gemiddelden en standaarddeviaties op de schalen van de RAND-36 van de patiënten- en vergelijkingsgroep

Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven	<i>M (SD)</i>	
	Patiëntengroep	Vergelijkingsgroep
Fysiek functioneren	58.55 (27.09)	81.9 (23.2)
Rolbeperkingen (fysiek probleem)	42.76 (38.51)	79.4 (35.5)
Rolbeperkingen (emotioneel probleem)	78.07 (37.39)	84.1 (32.2)
Vitaliteit	52.76 (18.18)	67.4 (19.9)
Mentale gezondheid	76.74 (13.63)	76.8 (18.4)
Sociaal functioneren	70.72 (20.81)	86.9 (20.5)
Pijn	59.87 (23.23)	79.5 (25.6)
Algemene gezondheidsbeleving	45.39 (19.74)	72.7 (22.7)

#### 1) Soort sterke kanten

In Figuur 1 zijn de sterke kanten te zien, die bij de Nederlandse reumapatiënten het meest gebruikt werden. Deze werden vergeleken met de Duitse vergelijkingsgroep van Ruch, Martinez-Marti, Proyer en Harzer (2014). Er werden geen significante verschillen gevonden, behalve op de items dapperheid en geestdrift. Hierop scoorden patiënten met een reumatische aandoening significant hoger dan de Duitse sample ( $t(248) = -3.746$ ,  $p=0.0002$  en  $t(248) = -3.216$ ,  $p=0.0015$ ). Net als het Duitse sample scoorden patiënten met een reumatische aandoening vrij laag op “religieusheid en spiritualiteit”, terwijl sterke kanten zoals “nieuwsgierigheid”, “eerlijkheid” en “doorzettingsvermogen” veel gebruikt worden.

De indeling van sterke kanten in de vijf dimensies (subschalen) laat zien dat emotionele sterke kanten (gem=7.06, sd= 1.23) bij de patiëntengroep het meest van toepassing zijn, gevolgd door intellectuele (gem=7.02, sd=1.11) en interpersoonlijke sterke kanten (gem=6.83, sd=0.95), sterke kanten van gematigdheid (gem=6.37, sd=0.92) en theologische sterke kanten (gem=5.60, sd= 1.76).



**Figuur 1:** Gemiddelden van sterke kanten van Duitse volwassene en reumapatiënten

## 2) Mate van Gebruik van sterke kanten en welbevinden

Er is een significant verschil tussen de mate aan gebruik van sterke kanten tussen de patiëntengroep (gem= 74.18, sd= 12.55) en de vergelijkingsgroep (gem= 62.96, sd= 14.26) gevonden. De patiëntengroep scoorde significant hoger op de SUS dan de vergelijkingsgroep (Trompetter (nd)) ( $t(169) = -4.440, p=.0001$ , tweezijdig). Dit effect was groot ( $d=1.135$ ).

Daarnaast bleek er ook een significant verschil in emotioneel  $t(169)=5.696, p<.0001$ ) en psychologisch welbevinden ( $t(167)=5.556, p<.0001$ ) tussen patiënten- en vergelijkingsgroep (Trompetter (nd)). Reumapatiënten (gem=11.18, sd=2.40) scoorden significant hoger op emotioneel welbevinden dan de vergelijkingsgroep (gem=8.78, sd=2.26). Dit effect is groot ( $d=1.03$ ). Bovendien werd een groot verschil ( $d=0.973$ ) voor psychologisch welbevinden gevonden. Hierop scoorden reumapatiënten hoger (gem= 20.67, sd= 5.09) dan de normgroep (gem=16.27, sd= 3.95).

### 3) Gebruik en Welbevinden

De correlatie tussen de mate aan gebruik van sterke kanten en totaal welbevinden was significant en sterk ( $r(39)=.579, p<.0001$ ) (zie Tabel 3). Daarnaast werd er een significant verband tussen de mate aan gebruik van sterke kanten en beide onderdelen daarvan (emotioneel en psychologisch welbevinden) gevonden (emotioneel:  $r(39)=.337$ ;; psychologisch:  $r(39)=.595$ ). De samenhang tussen het totale en psychologisch welbevinden en de mate aan gebruik van sterke kanten is sterk ( $r(39)=.579$  en  $.595, p<.0001$ ). Emotioneel welbevinden correleert matig met het gebruik van sterke kanten ( $r(39)=.337, p=.038$ ).

### 4) Welbevinden en dimensies van sterke kanten

In Tabel 4 zijn de correlaties tussen welbevinden en de dimensies van sterke kanten geïllustreerd.

#### *Totaal welbevinden*

De correlatie tussen het totale welbevinden van de patiënten met een reumatische aandoening en emotionele sterke kanten was sterk positief ( $r(35)=.53, p=.001$ ). Emotionele sterke kanten die samenhangen met het totale welbevinden zijn “dapperheid”, “doorzettingsvermogen”, “geestdrift” en “hoop”. Deze verbanden variëren tussen .336 (doorzettingsvermogen) en .496 (dapperheid) en zijn allemaal matig (zie Appendix).

De samenhang tussen totaal welbevinden en interpersoonlijke sterktes is significant en matig ( $r(35)=.392, p=.02$ ). Er bleken significante correlaties tussen het totale welbevinden en interpersoonlijke sterke kanten zoals “het vermogen om lief te hebben en geliefd te worden”, “vriendelijkheid”, “leiderschap” en “humor”. De correlaties waren allemaal matig (zie Appendix) en varieerden tussen .341 (vriendelijkheid) en .468 (vermogen om lief te hebben en geliefd te worden).

#### *Psychologisch welbevinden*

Vergelijkbare verbanden werden voor psychologische welbevinden gevonden. De



correlatie tussen psychologisch welbevinden en emotionele sterke kanten bleek significant ( $p < .0001$ ). Hierbij varieerden de correlaties tussen het psychologische welbevinden en de sterke kanten tussen .366 (geestdrift) en .659 (dapperheid). “Dapperheid” correleert dus sterk met psychologisch welbevinden. Er werd ook een significant verband tussen psychologisch welbevinden en interpersoonlijke sterkte kanten gevonden ( $p = .014$ ). Daarbij was het verband tussen de sterke kanten “leiderschap” (.566) en “het vermogen om lief te hebben en geliefd te worden” (.503) sterk. “Vriendelijkheid” (.372) en “humor” (.492) hangen matig met psychologisch welbevinden samen.

#### *Emotioneel welbevinden*

De correlatie tussen emotioneel welbevinden en emotionele sterke kanten is ook significant ( $p = .014$ ). De sterkte van de correlatie tussen “hoop” en emotioneel welbevinden is daarbij matig ( $r(39) = .410$ ).

**Tabel 4:** Spearman Correlaties tussen de dimensies sterke kanten, Mate aan gebruik van sterke kanten en Welbevinden

	1	2	3	4	5	Gebruik	Welbevinden	1
1 Interpersoonlijke Sterke kanten	-							
2 Intellectuele Sterke kanten	.490**	-						
3 Emotionele Sterke kanten	.740**	.486**	-					
4 Strengths of Restraint	.328*	.465**	.219	-				
5 Theological Strengths	.179	.187	.132	.243	-			
Gebruik Totaal	.675**	.511**	.752**	.257	.332*	-		
Welbevinden Totaal	.392*	.276	.530**	-.017	-.024	.579**	-	
1 Emotioneel Welbevinden	.200	.162	.397*	.058	.259	.337*	.387*	-
2 Psychologisch Welbevinden	.404*	.304	.583**	.103	-.022	.595**	.866**	.548**

\*\* . De correlatie is op .01 niveau significant (tweezijdig).

\* . De correlatie is op .05 niveau significant (tweezijdig)

#### 5) Overige metingen

Ten slotte werd gekeken naar de samenhang tussen de dimensies en gebruik van sterke kanten en factoren zoals geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, soort reumatische aandoening, ziekte duur en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven.

#### *Geslacht*

Er waren geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen en de soorten van

sterke kanten die toegepast worden en de mate aan gebruik van sterke kanten (zie Tabel 4).

#### *Leeftijd*

De correlaties tussen leeftijd en zowel interpersoonlijke sterke kanten ( $p=.036$ ,  $r(39)=-.337$ ) als emotionele sterke kanten ( $p=.001$ ,  $r(39)=-.527$ ) bleek significant. Er is dus een samenhang tussen leeftijd en deze dimensies van sterke kanten. Hoe ouder mensen zijn, hoe minder ze interpersoonlijke en emotionele sterke kanten toe pasten. De samenhang tussen leeftijd en interpersoonlijke sterke kanten is matig en tussen leeftijd en emotionele sterke kanten sterk. De correlatie tussen leeftijd en de mate van gebruik van sterke kanten bleek niet significant ( $p=.102$ ,  $r=-.266$ ), maar er werd slechts een negatieve tendentie aangeduid.

#### *Opleidingsniveau*

Er werden geen significante verschillen tussen de verschillende opleidingsniveaus en de mate aan gebruik of de dimensies van sterke kanten gevonden (zie Tabel 4).

#### *Soort reumatische aandoening*

Er werden wel significante verschillen in de mate aan gebruik van sterke kanten tussen de verschillende soorten reumatische aandoeningen gevonden  $F(2, 38) = 3.830$ ,  $p=.031$ ,  $\eta^2 = .175$ ). Patiënten met spierreuma ( $m= 96.50$ ,  $sd= 0.71$ ) maken significant meer gebruik van hun sterke kanten dan patiënten met een ontstekingsreuma ( $m= 72.97$ ,  $sd= 11.92$ ) ( $p=.027$ ). De dimensies van sterke kanten hingen niet samen met de soorten reumatische aandoeningen (zie Tabel 4)

#### *Ziekte duur*

De correlaties tussen ziekte duur en de soorten van sterke kanten (interpersoonlijke sterke kanten  $r(39)=-.050$ ,  $p=.760$ ; intellectuele sterke kanten  $r(38)=.143$ ,  $p=.393$ ; emotionele sterke kanten  $r(39)=-.047$ ,  $p=.777$ ; sterke kanten van gematigdheid  $r(39)=-.189$ ,  $p=.273$ , theologische sterke kanten  $r(39)=.145$ ,  $p=.377$ ) en de mate aan gebruik van sterke kanten ( $p=.552$ ,  $r=-.098$ ) bleken allemaal niet significant.

#### *Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven*

Tot slot bleken er significante verbanden tussen interpersoonlijke sterke kanten en role limitations due to emotional problems ( $p=.021$ ,  $r=.373$ ), Energy/fatigue ( $p=.042$ ,  $r=.331$ ) en emotioneel welbevinden ( $p=.011$ ,  $r=.407$ ). Dit betekent dat hoe meer patiënten van interpersoonlijke sterke kanten gebruik maakten, hoe beter scoorden ze op deze uitkomstmaten. Daarnaast hing het toepassen van emotionele sterke kanten samen met energy/fatigue ( $p=.017$ ,  $r=.384$ ) en emotioneel welbevinden ( $p<.0001$ ,  $r=.554$ ). Dus hoe meer men van emotionele sterktes gebruik maakt, hoe meer energie en emotioneel welbevinden men ervaart. Daarnaast maken patiënten die hoger scoren op energy ( $p=.001$ ,  $r=.531$ ),

emotioneel welbevinden ( $p=.011$ ,  $r=.410$ ) en sociaal functioneren ( $p=.045$ ,  $r=.327$ ) over het algemeen meer gebruik van hun sterke kanten.

**Tabel 4** Groepsverschillen van de factoren geslacht, opleidingsniveau en soort aandoening gezien mate aan gebruik en soort van sterke kanten

Factor		<i>F</i> - / <i>t</i> -waarde ( <i>p</i> -waarde)		
<i>Geslacht</i>	Gebruik	.848	(.402)	
	Dimensie	1	.777	(.442)
		2	.479	(.641)
		3	.677	(.503)
		4	-.538	(.563)
		5	-1.467	(.151)
<i>Opleidingsniveau</i>	Gebruik	.444	(.645)	
	Dimensie	1	.256	(.776)
		2	1.686	(.200)
		3	.154	(.858)
		4	.154	(.858)
		5	.330	(.721)
<i>Soort aandoening</i>	Gebruik	3.830	(.031)	
	Dimensie	1	1.204	(.312)
		2	1.067	(.355)
		3	1.594	(.217)
		4	.431	(.653)
		5	2.601	(.088)

*Opmerking.* Dimensies sterke kanten 1: interpersoonlijke, 2: intellectuele, 3:emotionele, 4: sterke kanten van gematigdheid, 5: theologische

## Discussie

In dit onderzoek werd de samenhang tussen sterke kanten en mentale gezondheid bij patiënten met een reumatische aandoening onderzocht. Er werd gevonden dat de patiëntenpopulatie bovengemiddeld veel gebruik maakt van hun sterke kanten en dat de mate aan gebruik samenhangt met de mate aan welbevinden, met name psychologisch welbevinden. Over het algemeen hadden reumapatiënten daarnaast een goede mentale gezondheid (psychologisch en emotioneel welbevinden). Er bestaat een sterke samenhang tussen bepaalde soorten sterke kanten zoals emotionele sterke kanten (“dapperheid”) en interpersoonlijke sterke kanten (“vermogen om lief te hebben en geliefd te worden”, “leiderschap”) en psychologisch welbevinden.

### *1) (Dimensies) sterke kanten*

De resultaten laten zien dat patiënten met een reumatische aandoening vooral gebruik maken van interpersoonlijke en intellectuele sterke kanten. Interpersoonlijke sterke kanten zoals “het vermogen om lief te hebben”, “vriendelijkheid”, “sociale intelligentie”, “samenwerking”, “rechtvaardigheid”, “leiderschap”, “vergevingsgezindheid” en “humor helpen mensen bijvoorbeeld om een hogere levenstevredenheid te bereiken (Ruch, Martinez-Marti, Proyer & Harzer, 2014) en zich met andere mensen verbonden te voelen (Brdar & Kashdan, 2010). Intellectuele sterke kanten zijn bijvoorbeeld “creativiteit”, “nieuwsgierigheid”, “beoordelingsvermogen en openheid”, “liefde voor leren”, “perspectief”, “wijsheid” en “waardering voor schoonheid en uitmuntendheid”. “Waardering voor schoonheid” en “liefde voor leren” correleren hoog met de karaktertrek openheid (Littman-Ovadia & Lavy, 2011), wat wederom in positieve mate zou bijdragen aan een goed ziektemanagement. Een goed ziektemanagement voor mensen met een chronische aandoening houdt volgens Kristjansdottir et al (2018) bijvoorbeeld in dat ze naar kennis en hulp vragen. Dit zouden mensen die open zijn eerder doen.

Op itemniveau zijn er vergeleken met de Duitse bevolking nauwelijks verschillen in de mate aan gebruik van sterke kanten. Opvallend zijn alleen enkele sterke kanten zoals “dapperheid” en “geestdrift” die patiënten met een reumatische aandoening gemiddeld meer gebruiken dan Duitse volwassene. Dapperheid zou patiënten met een reumatische aandoening bijvoorbeeld daarbij kunnen helpen om op een moedige manier met hun ziekte om te gaan en hun helpen om niet bang te zijn voor dreigingen, uitdagingen, moeilijkheden of pijn die de ziekte met zich mee brengt. Patiënten die een hoge mate aan geestdrift hebben, streven met

veel energie en enthousiasme hun doelen na wat op een positieve manier kan bijdragen aan een voordelig ziektemanagement. Dit werd ook gevonden door Kristjansdottir et al. (2018) die het zetten en nastreven van doelen als belangrijk hebben beweerd voor patiënten met een chronische ziekte.

Over het algemeen laten de resultaten vermoeden dat het toepassen van sterke kanten een vrij universeel construct is. Dit vermoeden is in lijn met de bevindingen van Park, Peterson en Seligman (2006), die de rangorde in toepassing van de 24 sterke kanten tussen 54 landen wereldwijd hebben vergeleken en grote overeenkomsten hebben gevonden. Het huidige onderzoek suggereert dat de toepasbaarheid van sterke kanten niet alleen tussen verschillende landen hetzelfde lijkt, maar geeft ook aanwijzingen daarvoor dat dit ook geldt voor verschillen in fysieke gezondheidstoestand zoals bij mensen met en zonder een reumatische aandoening. Dit zou de bevindingen van Biswas-Diener, Kashdan en Minhas (2010) tegen spreken, omdat deze sterke kanten als sterk context specifiek beschrijven en niet generaliseerbaar naar andere doelgroepen. Om de huidige interessante bevinding te bevestigen is er maar vervolgonderzoek nodig. Hierbij is van belang dat dezelfde meetinstrumenten voor het berekenen van de variabelen worden gebruikt om stoorfactoren te minimaliseren. Deze studie zou kunnen worden gerepliceerd met doelgroepen van reumapatiënten uit andere landen, om te onderzoeken of dezelfde rangorde van sterke kanten ook in een reumapatiëntenpopulatie uit een ander land werd gevonden. Dit zou het vermoeden uit deze studie dat er geen verschil in sterke kanten gebruik tussen patiënten en niet patiënten is, kunnen bekrachtigen.

### *2&3) Gebruik van sterke kanten en welbevinden*

Het bleek dat patiënten met een reumatische aandoening vergeleken met de vergelijkingsgroep meer gebruik maken van hun sterke kanten en dat een hogere mate van gebruik samen gaat met een hogere mate aan welbevinden. Deze samenhang is bij emotioneel, maar vooral bij psychologisch welbevinden te zien. Psychologisch welbevinden werd vooral met een “goed leven” geassocieerd, waarin iemand zijn eigen potentieel realiseert (Bohlmeijer, Bolier, Steeneveld, Westerhof, & Walkburg, 2013). Het gebruiken van sterke kanten helpt patiënten dus om zich te ontwikkelen en zelf te realiseren in de zin van de zes dimensies van psychologisch welbevinden: doelgerichtheid, persoonlijk groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties (Ryff & Keyes, 1995).

Volgens de opvatting van Huber et al (2011) zijn de patiënten met een reumatische aandoening in het huidige onderzoek dus over het algemeen ondanks hun chronische ziekte op een “positieve“ manier gezond omdat ze zelfs een hogere mate aan welbevinden

vergeleken met fysiek gezonde mensen hebben bereikt. Dit werd ondersteund door de resultaten op de RAND-36, die laten zien dat de patiënten op emotionele schalen niet lager scoren dan de vergelijkingsgroep. Daarnaast vertonen ze een hoog mate aan psychologisch welbevinden wat volgens Lambert, Lambert, Klipple en Mewshaw (1989) een goede uitkomstmaat voor de omgang met chronische ziektes is. Dit laat vermoeden dat er een samenhang bestaat tussen de mate aan gebruik van sterke kanten en zowel een positieve gezondheid als een goed omgang met een chronische ziekte.

#### *4) (Dimensies) sterke kanten en (psychologisch) welbevinden*

Daarnaast werd gevonden dat vooral het toepassen van emotionele en interpersoonlijke sterke kanten gepaard gaat met een hogere mate aan psychologisch welbevinden, in de zin van zelfrealisatie en effectief functioneren van het individu. Opvallend was vooral het sterke verband met de emotionele sterke kant “dapperheid”. “Dapperheid” werd niet alleen meer gebruikt door patiënten met een reumatische aandoening, het draagt ook in grote mate bij aan een beter psychologisch welbevinden. Het zou patiënten met een reumatische aandoening bijvoorbeeld daarbij kunnen helpen om te gaan met alledaagse verantwoordelijkheden en hun leven een richting en zin te geven zonder zich door uitdagingen pijn of moeilijkheden op grond van de ziekte te laten belemmeren.

Ook de interpersoonlijke sterke kant “vermogen om lief te hebben en geliefd te worden” helpt door bijvoorbeeld een sterk hechtingsvermogen in relaties met anderen voor een hogere mate aan psychologisch welbevinden. Voor patiënten met een reumatische aandoening zijn warme en vertrouwde relaties met anderen blijkbaar in het omgaan met hun ziekte belangrijk. Dit komt overeen met de bevindingen van Mirkovic et al. (2016), die vonden dat goede relaties en steun van anderen deel uitmaken van een goed ziektemanagement. Patiënten die het gevoel hebben liefde te ontvangen en deze naar anderen te kunnen geven, voelen zich dus door anderen geaccepteerd zoals ze zijn. Dit kan in een hogere mate aan zingeving resulteren en in zelfacceptatie, wat weer onderdeel uit maakt van psychologisch welbevinden (Ryff & Keyes, 1995).

Daarnaast bleek dat leiderschapskwaliteiten zoals het ondersteunen van een groep bij het oplossen van problemen en het behandelen van iedereen op een gelijke manier, samen gaat met een hogere mate aan psychologisch welbevinden. De leiderschapskwaliteit maakt dat mensen voldoen aan bepaalde behoeftes, zoals competentie en autonomie. Ze hebben het gevoel ergens goed in te zijn door anderen te helpen en voeren dit autonoom uit. Door het voldoen aan deze behoeftes kunnen ze volgens de zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci (2000) een hogere mate aan welbevinden beleven.

##### 5) andere factoren en mate aan gebruik en dimensies van welbevinden

Bovendien werd een samenhang tussen de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven en de mate van gebruik van sterke kanten gevonden. Op grond van de het crossectionele onderzoeksdesign kan er geen causaliteit worden aangetoond, dit is een beperking het onderzoek. De richting van het verband tussen gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven en de dimensies van welbevinden wordt dus niet duidelijk door deze studie. Gebaseerd op de *Broaden and Build-theorie* kan maar worden verwacht dat het toepassen van sterke kanten tot positieve emoties leidt. Volgens Fredrickson (2004) resulteert dit in een verbetering van individuele resources op zowel fysiek, intellectueel, sociaal en psychologisch domein. Deze resources maken het in toekomst makkelijker om te gaan met moeilijke situaties zoals bij een ziektemanagement van patiënten met een reumatische aandoening. Dus ontstaat een opwaartse spiraal tussen het gebruik van sterke kanten, positieve gevoelens en een betere gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven.

In het huidig onderzoek bleek dat naarmate patiënten ouder zijn, ze minder interpersoonlijke en emotionele sterke kanten toepassen. In de onderzochte doelgroep van Van der Zee en Sanderman (2012) werd dezelfde samenhang gevonden en werd verondersteld dat oudere mensen een hogere vergelijkingsstandaard hebben omdat vele mensen in hun omgeving beter gezonder en vitaler zijn dan ze zelf. Dit zou een verklaring kunnen zijn.

Daarnaast werd in de patiëntenpopulatie van reumatische aandoeningen geen verband tussen geslacht en de mate van sterke kanten gevonden wat ook niet overeen komt met de studie van Linley et al (2007), die duidelijke geslachtsverschillen hebben gevonden. Een alternatieve verklaring voor deze niet gevonden effecten zou de specifieke doelgroep van mensen met een reumatische aandoening kunnen zijn, die gezien de fysieke gezondheidstoestand verschilden van de deelnemers in de studie van Linley et al (2007). Daarnaast is er weinig variatie in leeftijd in het huidige onderzoek. Aangezien aan dit onderzoek alleen 39 mensen meededen is er een grotere sample nodig om statistisch betrouwbare uitspraken te kunnen doen. Om bijvoorbeeld een zwakke correlatie (.30) met een hoge power (.80) aan te tonen, zouden er 67 participanten nodig zijn. Door de lage power bestaat de kans dat er in deze studie geen effecten werden gevonden, terwijl er in totale populatie wel effecten zijn (type II-fout). Dit is een beperking van het onderzoek.

Daarnaast is de onderzochte populatie van het Patiënten forum Reuma Research Partners in Twente relatief homogeen. De meerderheid van deelnemers die heeft gerepondeerd was vrouwelijk, hoog opgeleid, ongeveer 60 jaar oud en leed ongeveer 18

jaren al aan een ontstekingsreuma. Bovendien zijn de patiënten van het patiënten forum sterk geïnteresseerd in het omgaan met hun ziekte, waardoor het niet mogelijk is, een uitspraak over de algemene populatie van patiënten met een reumatische aandoening te maken. De patiënten in dit onderzoek hadden daarnaast een lange ziektegeschiedenis, waardoor ze aan de ene kant veel tijd hadden om de omgang met hun ziekte te leren en aan de andere kant ook al lang moesten volhouden om de dagelijkse moeilijkheden op grond van de ziekte te bestrijden. Het kan dus zowel positieve als negatieve effecten op hun ziektemanagement hebben gehad. Voor vervolgonderzoek zou het dus interessant zijn een steekproef met patiënten te onderzoeken die een minder lange ziektegeschiedenis hebben en mogelijke verschillen tussen ziekteduur en soorten reumatische aandoeningen zichtbaar te maken.

Het gevonden verschil tussen een hogere mate aan gebruik bij patiënten met spierreuma vergeleken met ontstekingsreuma moet kritisch worden beoogd, omdat er alleen twee patiënten met spierreuma aan dit studie deel namen. Daardoor zijn de resultaten niet betrouwbaar en vervolgonderzoek zou dit verschil met een grotere steekproef onderzoeken.

Sociaal welbevinden werd in dit onderzoek op grond van een programmeerfout niet mee genomen in de analyses. Daardoor kan er geen uitspraak over worden gedaan. Desondanks maakt sociaal welbevinden volgens Bohlmeijer, Bolier, Steeneveld, Westerhof & Walburg (2013) deel uit van de drie componenten van welbevinden en moet verder worden beoogd. Deel uitmaken van een maatschappij, daarin te participeren en zich thuis voelen zou patiënten met een reumatische aandoening bijvoorbeeld kunnen helpen om positieve relaties met anderen te beleven (Kristjansdottir et al, 2018), wat wederom in een hogere mate aan welbevinden zou kunnen resulteren.

Voor vervolgonderzoek zou het vervolgens ook interessant zijn om een sterke kanten interventie voor patiënten met een reumatische aandoening te ontwerpen. Deze kan aandacht besteden patiënten die in mindere mate gebruik maken van hun sterke kanten. De CSRF zou in toekomst mogelijk als screeningsinstrument worden gebruikt om de mate aan gebruik van sterke kanten te meten. Deze vragenlijst bevat voor patiënten met een reumatische aandoening passende sterke kanten. Dit werd basis van deze onderzoeksgegevens duidelijk. Daarnaast zou de interventie zich vooral kunnen richten op die sterke kanten die in dit onderzoek als belangrijk voor patiënten met een reumatische aandoening gezien hun welbevinden werden gevonden en het gebruik daarvan in het dagelijks leven van de patiënten proberen te implementeren. Hiervoor zou gebruik worden kunnen gemaakt van de Talentenwijzermethode die tot nu toe in het onderwijs werd toegepast en aansluit bij de *apreciative inquiry methode* (Cooperrider & Whitney, 1999). Deze op de positieve



psychologie gebaseerde methode probeert verandering en vooruitgang te bewerkstelligen door sterke kanten in 5 stappen te identificeren en te implementeren. Ten eerste worden talenten benoemd. Na het benoemen van talenten volgt het verbeelden daarvan, (hoe zou het zijn als dit talent verder worden ontwikkeld?). In de volgende stappen word door middel van concrete acties gepland hoe het talent effectief gebruikt kan worden en ontwikkelingsdoelen bepaald. Zodat de talenten in de laatste stap effectief kunnen worden ontwikkeld.

Volgens de definitie van Clifton en Buckingham (2000) werd zo het talent “een natuurlijk terugkerend gedragspatroon dat op productieve wijze kan worden aangewend” tot “het vermogen om consistent op excellent niveau te presteren op een taak”, dus een sterke kant. Het doel daarbij is dat de patiënt een *incremental mindset* ontwikkeld. Dit houdt in dat hij daarvan overtuigd is dat sterke kanten kunnen worden ontwikkeld door te oefenen. Dit helpt in tegenstelling tot een *entity mindset*, waarbij de patiënt dus het gevoel heeft dat sterke kanten vast liggen, dat een leerproces en ontwikkeling kan plaats vinden. Zoals eerder beschreven werd door Seligman, Steen, Park en Peterson (2005) gevonden dat niet alleen het identificeren van sterke kanten, maar vooral het gebruiken en ontwikkelen een grote rol speelt om langdurige effecten (na zes maanden) op welbevinden te bereiken. Het zou interessant zijn om te weten te komen hoe groot het effect van dit soort interventies is en in hoeverre de effecten daadwerkelijk ook op lange termijn gezien de mentale gezondheid blijven bestaan.

Het doel van dit onderzoek was om kennis te verwerven over de sterke kantenbenadering binnen de patiëntenpopulatie van reumatische aandoeningen. Al met al laat dit onderzoek met een patiëntengroep, die het toepassen van sterke kanten blijkbaar belangrijk vinden, een positief verband tussen het gebruiken van sterke kanten en de mate aan welbevinden bij patiënten met een reumatische aandoening zien. Deze kennis kan nu in de behandeling voor patiënten met een reumatische aandoening, die weinig gebruik maken van hun sterke kanten, doelgericht worden ingezet. Zoals eerder beschreven werd het identificeren en bevorderen van sterktes tot nu toe vooral nog veel binnen onderwijs en personeelmanagement toegepast om onder ander welbevinden te verhogen (Linley et al, 2010). Door dit onderzoek kan nu een nieuwe, meer op sterke kanten dan op symptomen gerichte ziektemanagement gecreëerd worden, wat past bij het omgaan met een chronische aandoening in het kader van de gezondheidsdefinitie van Huber. Dit onderzoek laat dus zien dat een integratie van positieve psychologie doormiddel van de sterke kantenbenadering bij de medische, eerder probleemgefocusseerde behandeling van reuma zinvol is en bij kan dragen aan een hogere mate aan welbevinden. Dit biedt een meerwaarde om het groot aantal van betrokkenen die dagelijks aan hun symptomen leiden het gevoel van “gezond zijn” te geven.

## Referenties

- Bernhards, A. T. M., Hagenaard, L. H. A., Oostendorp, R. A. B., & Warmts, H. W. A. (1999). Het meerdimensionale belasting-belastbaarheidsmodel: een conceptueel model voor de fysiotherapie. *Nederlandse tijdschrift voor fysiotherapie*, 109 (3), 58-65.
- Biswas-Diener, R., Kashdan, T. B., & Minhas, G. (2010). A dynamic approach to psychological strength development and intervention. *Journal of Positive Psychology*, 6 (2), 106-118. Doi: 10.1080/17439760.2010.545429
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Steeneveld, M., Westerhof, G., & Walburg, J. A. (2013). Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (p. 23). Amsterdam, Netherlands: Boom.
- Brdar, I. & Kashdan, T. B. (2010). Character strengths and well-being in Croatia: An empirical investigation of structure and correlates. *Journal of Research in Personality*, 44, 151–154. Doi: doi:10.1016/j.jrp.2009.12.001
- Clifton, D. O., & Buckingham, M. (2000). *Now, discover your strengths*. New York: Free Press in E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (p. 23). Amsterdam, Netherlands: Boom.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Colleman, M. T., & Newton, K. S. (2005). Supporting Self-management in Patients with Chronic Illness. *American Family Physician*, 72, (8), 1503- 1510. Verkregen van [http://www.swsselfmanagement.ca/uploads/ResourceDocuments/AAFP%20\(2005\)%20Supporting%20Selfmanagement%20in%20patients%20with%20chronic%20illness.pdf](http://www.swsselfmanagement.ca/uploads/ResourceDocuments/AAFP%20(2005)%20Supporting%20Selfmanagement%20in%20patients%20with%20chronic%20illness.pdf)
- Cooperrijder, D.L., & Whitney, D. (1999). *Apperceptive inquiry*. San Francisco: Berrett-Koehler in E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (p. 23). Amsterdam, Netherlands: Boom.
- Fredrickson, B. L. (2004). The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *The Science of Well-being: Integrating Neurobiology, Psychology and Social Science*, 359 (1449), 1367-1377. Doi: <https://www-jstor-org.ezproxy2.utwente.nl/stable/4142140>
- The Gallup Organisation, 1999 in E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (p. 23). Amsterdam, Netherlands: Boom
- Gettings, L. (2010). Psychological well-being in rheumatoid arthritis: a review of literature. *Musculoskeletal Care*, 8 (2), 99-106. doi:<https://doi.org/10.1002/msc.171>

- Hiemstra, D., & Bohlmeijer, E. (2013). De sterke kanten benadering. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (p. 123). Amsterdam, Netherlands: Boom.
- Hoeymans, N., Schellevis, F.C., & Wolters, I. (2008). Hoeveel mensen hebben één of chronische ziekten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. L., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, 1-3. doi: 10.1136/bmj.d4163
- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and Eudaimonia. *Journal of Positive Psychology*, 3, 219-233. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (p. 23). Amsterdam, Netherlands: Boom.
- Katz, P. P., & Alfieri, W. S. (2005). Satisfaction with Abilities and Well-Being: Development and Validation of a Questionnaire for Use Among Persons with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis and Rheumatology*, 10 (2), 89-98. doi: <https://doi.org/10.1002/art.1790100204>
- Kristjansdottir, O. B., Stenberg, U., Mirkovic, J., Krogseth, T., Ljoså, T. M., Stange, K. C., Ruland, C.M. (2018). Personal strengths reported by people with chronic illness: A qualitative study. *Health Expectations*. 1–9. doi: 10.1111/hex.12674
- Krol, B., Sanderman, R., Suurmeijer, T. P. B. M. (1993). Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concepts, measurement and research. *Patient Education & Counseling*, 20 (2), 101-120. doi: [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(93\)90125-G](https://doi.org/10.1016/0738-3991(93)90125-G)
- Lambert, V. A. (1985). Study of Factors Associated with Psychological Well-being in Rheumatoid Arthritic Women. *The Journal of Nursing Scholarship*, 17 (2), 50-53. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1985.tb01417.x>
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., Klipple, G. L., & Mewshaw, E. A. (1989). Social Support, Hardiness and Psychological Well-Being in Women with Arthritis. *Journal of Nursing Scholarship*, 21 (3), 128-131. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1989.tb00116.x>
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., ten Klooster, P. M. Keyes, C.L.M., (2010). Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHCSF). *Journal of Clinical Psychology*, 67 (1), 99-110. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>

- Linley, P., Nielsen, K. M., Glitter, R., & Biswas-Diener, R. (2010). Using signature strengths in pursuit of goals: Effects on goal progress, need satisfaction, and well-being, and implications for coaching psychologists. *International Coaching Psychology Review*, 5, 6-15. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (p. 129). Amsterdam, Netherlands: Boom
- Littman-Ovadia, H., & Lavy, S. (2011). Character Strengths in Israel. Hebrew Adaption of the VIA Inventory of Strengths. *European Journal of Psychological Assessment*, 28. doi:10.1027/1015-5759/a000089
- Louis, M. C. (2008). A comparative analyses if the effectiveness of strengthsbased curricula in promoting first-year college student success. *Dissertation Abstracts International: Section A*, 69, 890-1131. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (p. 129). Amsterdam, Netherlands: Boom.
- Mirkovic, J., Kristjansdottir, O. B., Stenberg, U., Krogseth, T., Stange, K. C., & Ruland, C. M. (2016). Patient Insights Into the Design of Technology to Support a Strengths-Based Approach to Health Care. *JMIR Research Protocols*, 5 (3), 1-13. doi:10.2196/resprot.5906
- Moorer, P., Suurmeijer, T. P. B. M., Foets, M., Molenaar, I.W. (2001). Psychometric Properties of the RAND-36 among three chronic disease (multiple sclerosis, rheumatic diseases and COPD) in the Netherlands. *Quality of Life Research*, 10, 637–645. Kluwer Academic Publishers.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2006). Character strengths in fifty-four nations and the fifty US states. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (3), 118-129. Doi: <https://doi.org/10.1080/17439760600619567>
- Peterson, C., & Seligman, M. P. (2004). Character strengths and virtues: A handbook and classification. Washington, DC: American Psychological Association. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (p. 131). Amsterdam, Netherlands: Boom.
- Pincus, T., Griffiti, J., Pearce, S., & Isenberg, D. (1996). Prevalence of self-reported depression in patients with Rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 35 (9), 879-883. doi:10.1093/rheumatology/35.9.879
- Proctor, C., Maltby, J., & Linley, P. (2011). Strengths use as a predictor of well-being and health-related quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 12, 153-169. Doi: 10.1007/SI0902-009-9181-2. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A.

- Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (p. 129). Amsterdam, Netherlands: Boom
- Rotegard, A. K., Fagermoen, M. S., & Ruland, C. M. (2012). Cancer Patients' Experiences of Their Personal Strengths Through Illness and Recovery. *International Journal for Cancer Care*, 35 (1), 8-17. Doi: 10.1097/NCC.0b013e3182116497
- Ruch, W., Martinez-Marti, M. L., Proyer, R. T., & Harzer, C. (2014). The Character Strengths Rating Form (CSRF): Development and initial assessment of a 24-item rating scale to assess character strengths. *Personality and Individual Differences*, 68, 53-58. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.042>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 5-14. Doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5 in E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (pp. 126-128). Amsterdam, Netherlands: Boom.
- Ryff, C. D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081 in E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (pp. 126-128). Amsterdam, Netherlands: Boom.
- Seligman, M.P., Steen, T.A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 69, 410-421. Doi: 1037/0003-066X.60.5.410 in E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (p. 23). Amsterdam, Netherlands: Boom.
- Sturgeon, J.A., & Zautra, A.J. (2010). Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current Pain and Headache Report*, 14 (2), 105-112. doi: 10.1007/s11916-010-0095-9
- Trompetter, H. (2017). *Toegepaste positieve psychologie*. [niet gepubliceerde cursus]. Enschede: University of Twente: psychologie
- van Putten, M. A., & Ruys, I. H. J. (2008). Wat is reuma? *Voeten en reuma*, 13-26. Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van de Putte, L. B. A., & Breedveldt, F. C. (2007). Reumatische ziekten. In J. van der Meer & C. D. A. Stehouwer (Eds), *Interne Geneeskunde* (pp. 773-817). Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

- Verduin, P. J. M. (2013). "Grote gezondheid" als aangrijpingspunt voor positieve psychologie. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (pp. 41-45). Amsterdam, Netherlands: Boom.
- Wood, A. M., Linley, P., Maltby, J., Kashdan, T. B., & Hurling, R. (2011). Using personal and psychological strengths to increase in well-being over time: A longitudinal study and the development of strengths use questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 50, 15-19. Doi: 10.1016/j.paid.2010.08.004 in In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Ed.). *Handboek Positieve Psychologie* (p. 129). Amsterdam, Netherlands: Boom
- Zuidema, R. M., van Gaal, B. G. I., van Dulmen, S., Repping-Wuts, H., & Schoonhoven, L. (2015). An online tailored self-management program for patients with rheumatoid arthritis: a developmental study. *JMIR Research Protocols*, 4 (4), e140. doi:10.2196/resprot.4571
- Van der Zee, K. I., & Sanderma, R. (2012). Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de Rand-36. Een handleiding. Groningen, Netherlands: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken

## Appendix A

Hieronder staan 24 persoonlijke eigenschappen die veel mensen wenselijk zouden vinden. Wij willen u echter vragen om eerlijk aan te geven in hoeverre de genoemde eigenschappen op u van toepassing zijn. Geef alstublieft aan hoe u werkelijk bent en niet hoe u zou willen zijn. Vertrouw hierbij op uw eerste reactie en antwoord spontaan

	helemaal niet op mij van toepassing	niet op mij van toepassing	behoorlijk niet op mij van toepassing	eerder niet op mij van toepassing	neutraal	eerder wel op mij van toepassing	behoorlijk op mij van toepassing	op mij van toepassing	helemaal op mij van toepassing
<b>Creativiteit (originaliteit, vindrijkheid):</b> Creatieve mensen kunnen goed nieuwe oplossingen voor problemen bedenken en hebben vaak creatieve en originele ideeën. Ze zijn niet tevreden met conventionele oplossingen als er betere opties mogelijk zijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Nieuwsgierigheid (interesse, zoeken naar nieuwe dingen, openstaan voor ervaringen):</b> Nieuwsgierige mensen zijn geïnteresseerd in alle mogelijke dingen in het dagelijks leven en vinden uiteenlopende thema's en onderwerpen erg interessant en fascinerend. Ze vinden het leuk om de wereld te verkennen en te ontdekken, ze zijn zelden vervaeld en het is gemakkelijk voor hen om zich bezig te houden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Beoordelingsvermogen en openheid (kritisch denken):</b> Mensen met een sterk ontwikkeld beoordelingsvermogen houden ervan gedachten en opvattingen te overdenken en in twijfel te trekken en proberen verschillende perspectieven in te nemen. Ze trekken geen snelle conclusies en vertrouwen op feiten in hun beslissingen. Als de feiten veranderen, zijn ze in staat om hun mening aan te passen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Liefde voor leren:</b> Nieuwsgierige en leergierige mensen leren graag nieuwe dingen en raken enthousiast door te leren. Ze vinden het daarbij leuk om nieuwe vaardigheden te verwerven of hun bestaande kennis te ontwikkelen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Perspectief (wijsheid):</b> Vooruitziende en diepzinnige mensen worden door hun medemensen wijs gevonden en worden om advies gevraagd bij problemen. Ze hebben een goed overzicht en een volwassen kijk op het leven.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Dapperheid (moed):</b> Moedige en dappere mensen zijn niet bang voor dreigingen, uitdagingen, moeilijkheden en pijn. Ze staan achter hun meningen en overtuigingen, zelfs bij weerstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Doorzettingsvermogen (volharding, toewijding):</b> Volhardende en toegewijde mensen streven ernaar het werk dat ze zijn begonnen af te maken, ook als zich problemen voordoen. Ze laten zich niet afsleiden door interne en externe factoren en ervaren voldoening in het voltooien van taken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Eerlijkheid (authenticiteit, integriteit):</b> Eerlijke mensen spreken niet alleen over de waarheid, maar leven ernaar en blijven trouw aan hun principes. Ze staan met beide benen op de grond en doen niet alsof	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Geestdrift (vitaliteit, enthousiasme, bezieling, energie):</b> Geestdriftige mensen streven met veel energie en enthousiasme hun doelen na. Ze doen geen half werk, houden van wat ze doen en kijken uit naar elke nieuwe dag. Het leven is voor zulke mensen een avontuur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vermogen om lief te hebben en geliefd te worden:</b> Mensen met een sterk vermogen om lief te hebben en een sterk hechtingsvermogen vinden relaties met anderen die worden gekenmerkt door wederzijds geven en nemen zeer belangrijk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vriendelijkheid (vrijgevigheid, verzorgen, zorgzaamheid, mededogen, onzelfzuchtige liefde, aardigheid):</b> Vriendelijke en vrijgevege mensen vinden het leuk om hun medemensen een plezier te doen. Ze genieten ervan om vrijgevig en aardig te zijn voor andere mensen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sociale intelligentie (emotionele intelligentie, mensenkennis):</b> Sociaal competente mensen zijn zich bewust van hun motieven en gevoelens ten opzichte van andere mensen en weten hoe ze zich moeten gedragen in verschillende sociale situaties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Zelfbeheersing (zelfcontrole):</b> Mensen met veel zelfbeheersing zijn in staat om hun gevoelens en gedrag te reguleren. Ze kunnen verschillende levensgebieden controleren (begeertes, gevoelens, enzovoort) en zijn erg gedisciplineerd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Waardering voor schoonheid en uitmuntendheid (ontzag, bewondering, verheffing):</b> Mensen met deze kracht nemen dingen bewust waar en kunnen daarvan genieten. Ze hebben een sterke interesse in schoonheden en prestaties op verschillende gebieden van het leven (bijvoorbeeld natuur, muziek, kunst, wetenschap, alledaagse ervaringen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Dankbaarheid:</b> Dankbare mensen zijn zich bewust van de goede dingen die ze in hun leven hebben en laten ook hun dankbaarheid zien. Ze worden als dankbare personen beschreven omdat ze altijd de tijd nemen om hun dankbaarheid te uiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Hoop (optimisme, toekomstgerichtheid, toekomstoriëntatie):</b> Optimistische mensen zijn positief over de toekomst: ze denken dat ze invloed hebben op de toekomst. Ze hopen op het beste en doen hun uiterste best om hun doelen te bereiken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Humor (speelsheid):</b> Mensen met deze kracht houden ervan om te lachen, plezier te hebben en anderen aan het lachen te maken. Ze proberen vanuit de lichtere kant naar verschillende situaties te kijken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Religieusheid &amp; spiritualiteit (geloof, zingeving):</b> Religieuze of spirituele mensen hebben sterke overtuigingen over de betekenis en het hogere doel van het universum. Hun religieuze overtuigingen beïnvloeden hun acties en zijn een bron van troost en kracht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Appendix B

Sterke kante zijn persoonlijke eigenschappen waar u goed in bent. Geef aan in welke mate u het eens bent met elk van de onderstaande stellingen.

	Helemaal oneens	Oneens	Enigszins oneens	Niet oneens/ niet eens	Enigszins eens	Eens	Helemaal eens
Ik kan vaak doen waar ik goed in ben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik zet altijd mijn sterke kanten in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik probeer altijd gebruik te maken van mijn sterke kanten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik bereik wat ik wil door gebruik te maken van mijn sterke kanten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het benutten van mijn sterke kanten gaat vanzelf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vind het makkelijk om mijn sterke kanten in te zetten bij wat ik doe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik maak elke dag gebruik van mijn sterke kanten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben in staat om mijn sterke kanten in veel verschillende situaties te benutten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn vele mogelijkheden om mijn sterke kanten te benutten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik doe de meeste tijd dingen waar ik goed in ben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het gebruiken van mijn sterke kanten is vertrouwd voor mij	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik kan mijn sterke kanten op veel verschillende manieren inzetten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik gebruik mijn sterke kanten om alles uit mijn leven te halen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn veel verschillende kansen om mijn sterke kanten te gebruiken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Appendix C

Deze vragenlijst gaat over uw standpunten t.a.v. uw gezondheid. Met behulp van deze gegevens kan worden bijgehouden hoe u zich voelt en hoe goed u in staat bent uw gebruikelijke bezigheden uit te voeren

---

Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

- uitstekend
  - zeer goed
  - goed
  - matig
  - slecht
- 

In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid beoordelen?

- veel beter dan een jaar geleden
- iets beter dan een jaar geleden
- ongeveer hetzelfde als een jaar geleden
- iets slechter dan een jaar geleden
- veel slechter dan een jaar geleden

De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden.  
 Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden?  
 Zo ja, in welke mate ?

Dagelijkse bezigheden...

	ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	nee, helemaal niet beperkt
Forse inspanning zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matige inspanning zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tillen of boodschappen dragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een paar trappen oplopen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een trap oplopen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buigen, knielen of bukken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meer dan een kilometer lopen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een halve kilometer lopen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Honderd meter lopen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uzelf wassen of aankleden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid de afgelopen 4 weken een van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

	ja	nee
U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U was beperkt in het soort werk of het soort bezigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U had moeite met het werk of andere bezigheden ( het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde ), de afgelopen 4 weken een van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

	Ja	nee
U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u de afgelopen 4 weken belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, burens of anderen?

- helemaal niet
  - enigszins
  - nogal
  - veel
  - heel erg veel
- 

Hoeveel pijn had u de afgelopen 4 weken?

- geen
  - heel licht
  - licht
  - nogal
  - ernstig
  - heel ernstig
- 

In welke mate heeft pijn u de afgelopen 4 weken belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenhuis als huishoudelijk werk)?

- helemaal niet
  - een klein beetje
  - nogal
  - veel
  - heel erg veel
-

Deze vragen gaan over hoe u zich de afgelopen 4 weken heeft gevoeld. Wilt u bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe U zich heeft gevoeld?

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken:

	Voortdurend	Meestal	vaak	soms	zelden	nooit
voelde u zich levenslustig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
voelde u zich erg zenuwachtig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zat u zo erg in de put dat niets u kon opbrolijken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
voelde u zich kalm en rustig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
voelde u zich erg energiek?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
voelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
voelde u zich uitgeblust?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
voelde u zich gelukkig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
voelde u zich moe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende de afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

- voortdurend
- meestal
- soms
- zelden
- nooit

Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elke van de volgende uitspraken voor uzelf vindt?

	volkomen juist	grotendeels juist	weet ik niet	grotendeels onjuist	volkomen onjuist
Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mijn gezondheid is uitstekend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Appendix D

De volgende vragen beschrijven gevoelens die mensen kunnen hebben. Lees iedere uitspraak zorgvuldig door en geef aan wat het beste weerfg geeft hoe vaak u dat gevoel had gedurende de afgelopen maand. In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...

	Nooit	Een of twee keer	Ongeveer 1 keer per week	2 of 3 keer per week	Bijna elke dag	Elke dag
...dat u gelukkig was?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dat u geïnteresseerd was in het leven?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dat u tevreden was?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dat onze samenleving beter wordt voor mensen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klik om te schrijven Stelling 14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dat uw leven een richting of zin heeft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>