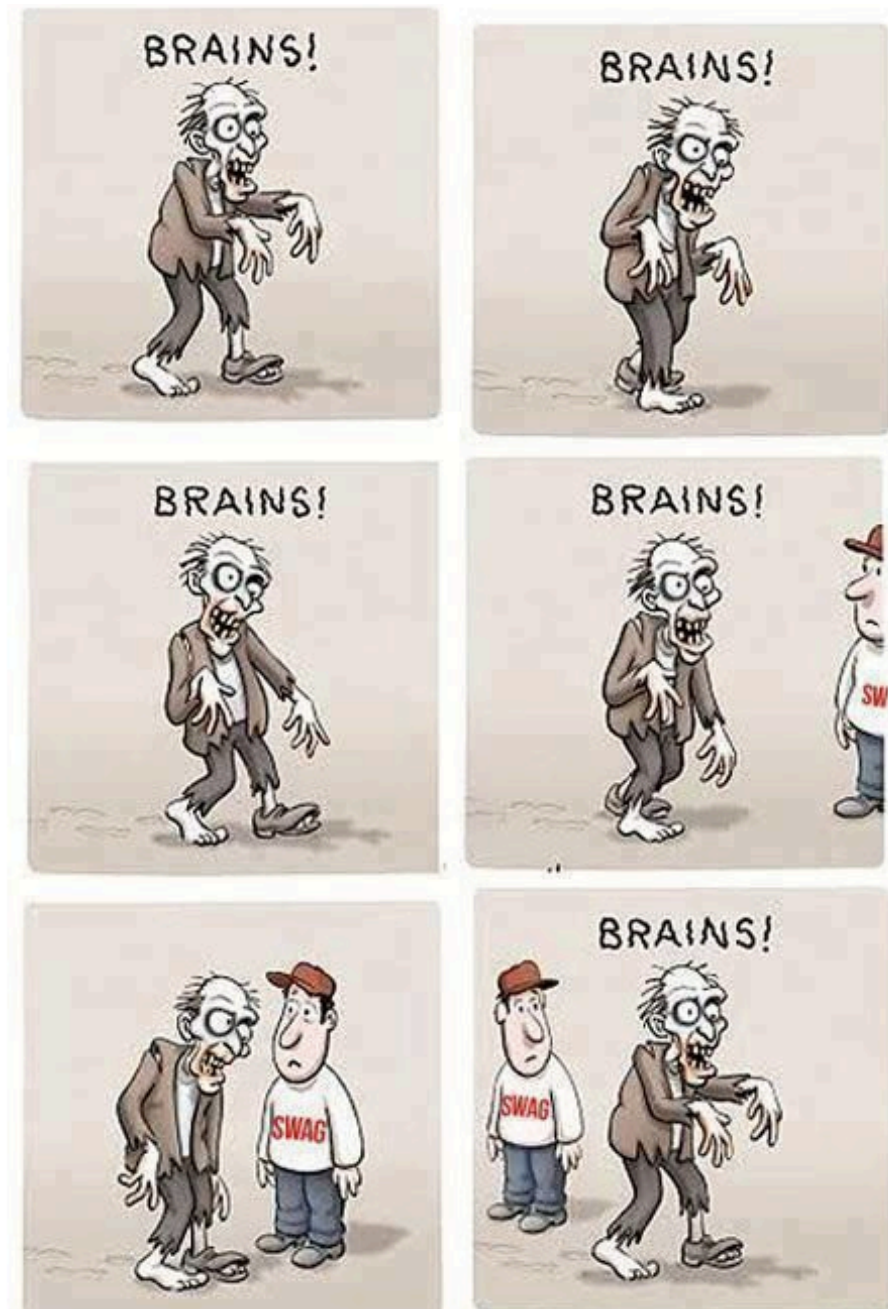


No Brain, No Pain?

Onderzoek naar de factoren die een rol spelen bij het bezoeken van psychologische hulp bij patiënten met chronische pijn.



Naam: Anne de Jong
Studentnummer: 2401681
In opdracht van: A. Wijdemans

Afstudeeropdracht Toegepaste Psychologie

Op basis van praktijkgericht onderzoek

No brain, no pain?

Onderzoek naar de factoren die een rol spelen bij het bezoeken van psychologische hulp bij patiënten met chronische pijn.

Goes, 6 juni 2017

Fontys Hogescholen

Instituut	Fontys hogeschool HRM en Psychologie Toegepaste psychologie Rachelsmolen 1 5612 MA Eindhoven
-----------	---

Naam	Anne de Jong
Studentnummer	2401681
Opdrachtgever	A. Wijdemans
Assessor	T. Smeets

Samenvatting

Relevantie: Chronische pijn blijkt zowel landelijk als internationaal een groot probleem te zijn. Zo levert het veel problemen op voor het dagelijks leven van de patiënt. Daarnaast brengt het hoge kosten voor de maatschappij met zich mee. Vooral wanneer behandelingen voor chronische pijn niet het gewenste effect hebben blijft de pijn langdurig aanhouden. Onderzoek laat zien dat patiënten met chronische pijn baat hebben bij psychologische hulp maar dat zij dit niet altijd willen accepteren. Wanneer patiënten psychologische hulp afwijzen terwijl zij hier wel baat bij hebben, kan dit leiden tot een lang traject van symptoombestrijding. Factoren die volgens de literatuur meespelen bij de keuze van mensen om psychologische hulp te bezoeken zijn samengevat; *zelf-stigma*, *sociale invloed* en *kennis*. Daarnaast blijkt gedrag voorspeld te kunnen worden aan de hand van intentie en bereidheid tot bepaald gedrag.

Vraag: Dit onderzoek is uitgevoerd met het doel om de opdrachtgever inzicht te geven in wat mogelijke interventies zijn die binnen de pijnpoli van de Victoriakliniek te Zierikzee kunnen inzetten wanneer patiënten met chronische pijn geen psychologische hulp willen. Dit is onderzocht door te kijken naar de factoren die invloed hebben op het bezoeken van psychologische hulp bij patiënten met chronische pijn van het pijncentrum Victoriakliniek Zierikzee.

Methode: In het huidige onderzoek zijn de participanten (N=102) benaderd wanneer zij zich meldden bij de pijnpoli de Victoriakliniek en is verzocht een vragenlijst in te vullen over de beweegredenen van patiënten om wel of geen psychologische hulp te bezoeken, bestaande uit meerkeuze- en een aantal open vragen. Door middel van correlatie- en samenhang analyses zijn de gegevens uit de vragenlijst geanalyseerd. Daarnaast zijn de open vragen kwalitatief geanalyseerd met behulp van steekwoorden en thema's.

Resultaten: Uit de analyses blijkt dat er, in dit onderzoek geen significante invloed is van *zelf-stigma*, *subjectieve norm* en *kennis* op de *intentie* en *bereidheid* van patiënten om psychologische hulp te bezoeken. In de open vragen geven de patiënten echter wel aan dat ze hun keuze baseren op de sociale omgeving en dat ze weinig kennis hebben over het beroep van een psycholoog en het mentale aspect van pijn.

Conclusie/Discussie: *Zelf-stigma* bleek in dit onderzoek geen invloed te hebben op de keuze van patiënten om psychologische hulp te bezoeken. Sociale omgeving en kennis hebben volgens de analyses ook geen invloed op deze keuze, maar speelt, volgens de open vragen, wel mee. Deze gegevens komen niet overeen met eerder onderzoek over dit onderwerp, wat mogelijk mede veroorzaakt wordt door gebruik van een alternatieve vragenlijst. De eerste stappen die gezet kunnen worden om de zelfredzaamheid van patiënten te vergroten is het geven of aanbieden van voorlichtingen over het mentale aspect van pijn en het beroep van de psycholoog. Daarbij kan in gesprek gegaan worden over stigma en belangrijke anderen van de patiënt direct betrokken worden bij het behandelingstraject.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
1. Inleiding	4
2. Theoretisch kader	7
2.1 Welke factoren spelen een rol bij het bezoeken van psychologische hulp?	7
2.2 Wat is stigma?	8
2.3 Wat doet de sociale omgeving?	9
2.4 Hoe is gedrag te voorspellen?	10
2.5 Hoe kunnen deze factoren gemeten worden?	12
2.6 Conclusie uit de theorie	13
3. Methode van onderzoek	14
3.1 Deelnemers	15
3.2 Procedure	15
3.3 Meetinstrumenten	16
3.4 Analyse	18
4. Resultaten	18
5. Discussie	22
6. Literatuur	26
Bijlagen	29
Bijlage I; Complete vragenlijst met instructie	29
Bijlage II; Analyseplan	33
Bijlage III; Ethische verantwoording	42

1. Inleiding

Het liefst zouden we willen dat ons hele leven op rolletjes loopt. Dit is helaas niet het geval. Iedereen wordt wel eens ziek, krijgt een ongelukje, stoot zichzelf en ga zo maar door. Het gevolg? Pijn! Het hebben van pijn is niet fijn, voor de meeste mensen althans. Maar wat is pijn nu eigenlijk?

De International Association for the Study of Pain (1979) definieert pijn als "... een onaangename sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met reële of mogelijke weefselschade, of wordt beschreven in termen van dergelijke schade". De International Association for the Study of Pain (1994) maakt tevens onderscheid tussen acute- en chronische pijn. Acute pijn wordt volgens Buijn-Kofman (2004) beleefd wanneer er een direct verband is tussen prikkel en schade. Bijvoorbeeld bij een val, een blessure of bij het trappen in een spijker. Het lichaam is dan beschadigd en de zenuwen sturen een noodsignaal naar het ruggenmerg en door naar de hersenen. Dit wordt door de hersenen gelabeld als pijn en wordt door bijna iedereen wel eens beleefd (Buijn-Kofman, 2004). Wanneer de pijn echter blijft na de normale duur van het genezingsproces, is er volgens Hardy (1997) sprake van chronische pijn. De term chronische pijn mag pas gebruikt worden wanneer de pijn langer dan drie maanden aanhoudt (International Association for the Study of Pain, 1994). Hoe langer de pijn duurt, hoe moeilijker het blijkt te zijn de oorsprong van deze pijn terug te vinden in de schade aan het lichaam (Crombez, 2001).

Chronische pijn is een veel voorkomend probleem in Nederland. Zo blijkt uit onderzoek van Bekkering et al. (2011) dat 18% van de Nederlanders last heeft van chronische pijn. Dit komt dus neer op ongeveer 2 tot 3 miljoen mensen in Nederland.

Chronische pijn komt het meest voor bij mensen tussen de 60 en 80 jaar oud, en mensen hebben het meeste pijn in de lage rug, schouders en nek (Bekkering et al., 2011). Ook blijkt chronische pijn vaker voor te komen bij vrouwen dan bij mannen en lijken vrouwen pijn ook intensiever te beleven (Tsang et al., 2008).

Chronische pijn heeft enorm veel invloed op het dagelijks leven van patiënten. Zo wordt de algemene kwaliteit van leven van chronische pijnpatiënten ernstig verminderd door de pijn. (Lame, Peters, Vlaeyen, Kleef, & Patijn, 2005). Dagelijkse confrontatie met pijn heeft volgens Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel en Ustun (2007) ook veel invloed op de mentale gezondheid van mensen. Zo kan deze confrontatie met de pijn leiden tot angst, onzekerheid en blijkt het gepaard te gaan met depressie en gevoelens van hulpeloosheid (Moussavi et al., 2007; Bekkering et al., 2011).

Daarnaast blijkt dat het hebben van chronische pijn ook invloed heeft op de financiële situatie van patiënten. Zo hebben zij gemiddeld hogere uitgaven door ziektekosten en verlies van eigen risico. Ook gaan patiënten vaak minder werken, waardoor het inkomen gemiddeld daalt met €4.000 netto per jaar (Bekkering et al., 2011; Steenstra, Verbeek, Prinsze, & Knol, 2006)

De impact van chronische pijn gaat echter verder dan de negatieve invloeden op het individu die hierboven beschreven staan. Onderzoek van Bekkering et al. (2011) laat zien dat chronische pijn ook

gepaard gaat met hoge kosten voor de maatschappij. Zo bezoeken patiënten met chronische pijn twee keer zo vaak als een gemiddelde Nederlander een zorgverlener. Dit gaat dan ook gaat dit gepaard met hoge kosten voor het gezondheidszorgsysteem (Pain proposal, 2010). Binnen Nederland hebben we het dan over ongeveer €289 miljoen. Daarnaast blijkt dat maar 10% van de patiënten met chronische pijn ooit in hun leven weer terug aan het werk gaat, wat onder andere zorgt voor hoge kosten van uitkeringen (Pain proposal, 2010).

Ondanks vele behandelmogelijkheden voor chronische pijn blijkt dat patiënten vaak lang pijn blijven hebben. Onderzoek wijst uit dat 78% van de mensen met chronische pijn vier jaar later nog steeds pijn ervaart (Smith, Hannaford, Smith, & Chambers, 2002). Ook onderzoek van Breivik, Collet, Ventefrida, Cohen en Gallachter (2006) vond dat bij 61% van de pijnpatiënten de pijn twee tot vijftien jaar aanhield en bij 21% zelfs meer dan 20 jaar.

Niet alle patiënten met chronische pijn krijgen een behandeling. Ongeveer 57-73% van de patiënten ondergaat een behandeling tegen de pijn. Vaak is dit een medische behandeling zoals medicatie of een operatie (Bekkering et al, 2011). Echter, volgens Pain Porposal (2010) blijken deze behandelingen in de praktijk niet altijd effectief te zijn. Maar liefst 38% van de patiënten geeft aan dat hun pijnklachten niet verminderd zijn na een pijnbehandeling en zo blijkt dat huidige technieken niet altijd nut hebben (Pain proposal, 2010). Dit blijkt ook een groot probleem te zijn in de gezondheidszorg voor pijnpatiënten in Nederland; Patiënten zijn vaak teleurgesteld in verkregen adviezen, behandelingen en het effect van de behandeling (Gezondheidsnet, 2015).

Bij acute pijn vaak duidelijke informatie is voor de arts waardoor het probleem dus snel te verhelpen is. De ineffectiviteit van behandelingen van chronische pijn wordt mogelijk veroorzaakt doordat het vinden van de oorzaak van de pijn vaak een stuk minder simpel en soms zelfs onverklaarbaar is (Buijn-Koffman, 2004). Sommige onderzoekers zijn van mening dat dit komt doordat er onterecht onderscheid gemaakt tussen lichamelijke en mentale pijn, wat kan leiden tot de conclusie dat chronische pijn enkel psychologisch van aard kan zijn: het zit "tussen de oren". Maar het ervaren van pijn gebeurt echter alleen in de hersenen, dus bestaat dit onderscheid niet (Soons, 2012; Hardcastle, 1999).

Psychologische factoren blijken vaak grote invloed te hebben op het ontstaan en lang aanhouden van chronische pijn en dit kan door een negatieve mindset van een patiënt het herstel in de weg staan. (Soons, 2012; Hardcastle, 1999). Ook kan het lang aanhouden van pijn de psychologische draaglast van een patiënt overschrijden wat vaak ten grondslag ligt aan allerlei mentale problemen (Soons, 2012).

Omdat psychologische aspecten sterk in verband worden gebracht met chronische pijn hebben de patiënten ook baat bij psychologische hulp. (Speckens, van Hemert, Bolk, Hawton & Rooijmans, 1995). Dit wordt ook bevestigd door later onderzoek van Martin et al. (2013) waarin zij schrijven dat de psychologie van de mens de ervaring en de acceptatie van de pijn bepaald en psychologische behandeling hiermee kan helpen. Maar uit onderzoek van Bekkering et al. (2012) blijkt dat een psychologische behandeling bij chronische pijnpatiënten niet vaak wordt ingezet. Ongeveer 3-11%

van de pijnpatiënten ondergaat een andere behandeling dan de gebruikelijke technieken. Psychologische hulp valt onder deze noemer (Bekkering et al, 2011).

Wanneer het in dit onderzoek de term 'psychologische hulp' gebruikt wordt, gaat het over een behandeling bij een eerstelijns psycholoog. Volgens Emmen, Meijer en Verhaak (2008) bieden eerstelijnspsychologen kortdurende hulp bij mentale en psychosociale problemen: 'De hulp is gericht op het opheffen van psychische klachten of het voor de patiënt beter beheersbaar maken van problemen'. Ook zijn deze psychologen opgenomen in het register eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen. Deze hulp is laagdrempelig en vrij toegankelijk, en een verwijfsbrief is dus niet noodzakelijk (Emmen et al, 2008).

Het pijncentrum van de Victoriakliniek in Zierikzee houdt zich dagelijks bezig met het behandelen van patiënten met chronische pijn. De medewerkers van deze kliniek zijn gespecialiseerd in het behandelen en verlichten van chronische pijn. De kliniek heeft als missie om de patiënt centraal te stellen door vooruitstrevend, open en actief betrokken te zijn bij de behandeling van de patiënt: 'Een ziekenhuis moet juist een open en vriendelijke plek zijn, waar de patiënt centraal staat en zich op zijn gemak en gerustgesteld voelt' (Zeelandcare, 2017). Om in de richting van deze missie te werken wordt er binnen de kliniek getracht om het zelfreddend vermogen van de patiënten te vergroten zodat patiënten leren leven met hun pijn en ermee leren omgaan. Ook in de Victoriakliniek ervaren medewerkers dat het bij chronische pijn erg lastig is om de oorzaak te achterhalen en komt het voor dat behandelingen geen of weinig effect hebben. Wanneer dit het geval is, wordt de patiënt soms doorverwezen naar een psycholoog. Wanneer een arts of behandelaar een patiënt het advies geeft om eens met een psycholoog te gaan praten roept dit vaak weerstand op, volgens de opdrachtgever, A. Wijdemans (persoonlijke communicatie, Februari 9, 2017). Een veel gebruikte uitspraak van patiënten is dan ook: 'waarom zou ik naar een psycholoog gaan? Ik ben niet gek hoor!'

Wanneer patiënten in de praktijk geen psychologische hulp willen aanvaarden, merkt de opdrachtgever dat deze dan ook vaak moeilijk te motiveren zijn om dit wel te proberen. Wanneer patiënten psychologische hulp, terwijl ze hier wel baat bij hebben, kan er voor zorgen dat patiënten een lang traject ingaan van symptoombestrijding, zonder psychologische ondersteuning of behandeling.

De opdrachtgever, A. Wijdemans (persoonlijke communicatie, Februari 9, 2017), zou graag willen weten wat de medewerkers kunnen doen wanneer patiënten psychologische hulp niet willen accepteren, zodat er passende hulp geboden kan worden om het zelfreddend vermogen van de patiënt te ondersteunen. Hiervoor is het nodig te weten wat de factoren zijn die meespelen bij het accepteren van psychologische hulp en wat de invloed van deze factoren is op het bezoeken van psychologische hulp. Dit onderzoek is bedoeld om voor de opdrachtgever meer duidelijkheid te krijgen wat de invloed is van de factoren die meespelen bij het bezoeken van psychologische hulp. Met de uitkomsten van dit onderzoek zou de opdrachtgever gerichte interventies kunnen doen om de drempel voor psychologische hulp bezoek te verlagen voor de patiënten met chronische pijn die bij de

Victoriakliniek in Zierikzee een behandeling krijgen en die baat hebben bij psychologische hulp. Zodat deze mensen alle nodige hulp kunnen krijgen en mogelijk de effectiviteit van de behandeltrajecten te vergroten.

De hoofdvraag van dit onderzoek zal daarom zijn:

Welke factoren hebben invloed op het bezoeken van psychologische hulp bij patiënten met chronische pijn van het pijncentrum Victoriakliniek Zierikzee?

In het vervolg van dit rapport zal eerst een theoretisch kader worden weergegeven waarin de literatuur over het probleem verder zal worden uitgediept. Vervolgens is te lezen welke methode van onderzoek er gehanteerd is in het veldonderzoek. Daarna vind u de resultaten van het veldonderzoek, gevolgd door de discussie en conclusie waarin de uitkomsten en interpretaties van deze uitkomsten te lezen zijn. In de discussie staan de mogelijke beperkingen van het onderzoek. Als laatste is de gebruikte literatuur weergegeven in de literatuurlijst en volgen de bijlagen zoals de complete vragenlijst.

2. Theoretisch kader

2.1 Welke factoren spelen een rol bij het bezoeken van psychologische hulp?

Er is in de afgelopen jaren veel onderzoek gedaan naar redenen voor het bezoeken van psychologische hulp. (Choi, Sharp, Li & Hunt, 2015; Daniel & Williams, 2013; Fikretoglu & Liu, 2015; Möller-Leimkühler, 2001; Peters et al., 1998). Zo blijkt uit het onderzoek van Möller-Leimkühler (2001) dat vrouwen blijken eerder geneigd zijn psychische hulp te bezoeken dan mannen. Möller-Leimkühler (2001) concludeerde dat dit verschil, onder andere veroorzaakt wordt doordat het voor mannen, in verhouding tot vrouwen, niet sociaal geaccepteerd is over hun problemen te praten.

Uit onderzoek van Fikretoglu en Liu, (2015) dat de kosten van de behandeling, lange wachttijden, vervoer en de beschikbaarheid van de hulp veel voorkomende barrières zijn voor het gebruik maken van psychische hulp. Het onderzoek Choi et al. (2015) bevestigt dat hoge kosten en gebrek aan vervoer vaak barrières vormen voor het accepteren van psychologische behandelingen. Daarnaast concluderen zij dat de totale tijd die de behandeling duurt, sterk meespeelt bij de beslissing (Choi et al., 2015).

Bovengenoemde praktische barrières zijn volgens Choi et al. (2015) echter niet de enige redenen voor mensen om geen psychologische hulp te bezoeken. Zo vonden zij dat mensen geen psychologische hulp zoeken omdat zij vaak een negatieve houding hebben tegenover psychologische hulp. Het onderzoek van Owen, Thomas en Rodolfa (2013) laat zien dat mensen die meer *stigma* ervaren voor het zoeken van psychologische hulp, hierdoor een negatieve houding ontwikkelen en daardoor minder snel deze hulp zullen inschakelen. Het onderzoek van Fikretoglu & Liu (2015) geeft juist aan dat er een stigma bestaat ten opzichte van mentale problemen en dat dit een belangrijke reden is voor mensen om geen psychologische hulp te willen bezoeken. Het onderzoek van Corrigan

(2004) bevestigt dat stigma een van de meest relevante factoren is bij het niet bezoeken van psychologische hulp. Hierin wordt namelijk beschreven dat stigma het zelfvertrouwen van mensen beschadigd veroorzaakt dat deze geen psychologische hulp durven zoeken. *Stigma* en een *negatieve houding of attitude* blijkt een veel besproken factor die in verband gebracht wordt met het bezoeken van psychologische hulp en zal daarom hieronder verder uitgewerkt worden.

Stigma blijkt zowel een intern als een sociaal component te bevatten (Corrigan, 2004; Owen et al., 2013). De invloed van de sociale omgeving is dan ook een factor die veel aangehaald en beschreven is in de literatuur over dit onderwerp. Zo blijkt uit het onderzoek van Choi et al. (2015) dat veel mensen bang zijn voor wat anderen van hen zouden vinden wanneer ze psychologische hulp inschakelen en schaamte ervaren hierover. Het onderzoek van Fikretoglu en Liu (2015) bevestigt dit. Zij schrijven namelijk dat participanten in hun studie aangaven bang te zijn voor de meningen van anderen. De angst voor de veroordeling door de sociale omgeving is ook volgens Möller-Leimkühler (2001) een van de barrières die een grote rol heeft bij het bezoeken van psychologische hulp. Ook het onderzoek van Corrigan (2004) vond een vergelijkbare barrière, namelijk dat mensen zich vaak druk lijken te maken over wat anderen zullen denken, dit wordt benoemd als 'angst voor de verwachte mening van anderen'. De sociale omgeving kan volgens Fikretoglu en Liu (2015) echter ook een grote steun zijn bij mensen die psychologische hulp bezoeken. Zij schrijven namelijk dat mensen die steun kregen uit hun sociale omgeving eerder psychologische hulp bezochten. Hieruit blijkt dat de sociale omgeving van patiënten veel invloed kan hebben op de keuze om psychologische hulp te bezoeken.

Als laatste blijkt dat mensen vaak veel vraagtekens hebben bij psychologische hulp. Zo laat het onderzoek van Fikretoglu en Liu (2015) zien dat mensen niet altijd te weten hoe en waar ze hulp kunnen krijgen voor hun problemen en dat ze niet weten wat ze van psychologische hulp moeten verwachten. Ook bestaan er bij patiënten vaak vraagtekens over het effect van psychologische behandelingen voor chronische aandoeningen (Choi et al., 2015). Dit wordt bevestigd door Fikretoglu en Liu (2015) die schrijven dat patiënten vaak denken dat niets meer helpt voor hun aandoening wanneer er geen lichamelijke hulp meer is. Ook blijkt dat patiënten met chronische pijn niet snel psychologische hulp zoeken omdat zij de psychologische en mentale component van hun pijn niet kennen of afwijzen. (Martin, Daniel & Williams, 2013; Peters et al., 1998). Volgens (Choi et al., 2015) worden deze vraagtekens veroorzaakt door een gebrek aan kennis over de psychologische hulp en de uitoefening daarvan. In dit onderzoek zullen daarom deze drie genoemde factoren verder besproken en bekeken worden, namelijk stigma, sociale omgeving en kennis.

2.2 Wat is stigma?

Een van de factoren die volgens de literatuur in verband wordt gebracht met het bezoeken van psychologische hulp is stigma. (Choi et al., 2015; Corrigan, 2004; Möller-Leimkühler, 2001). Stigma is een fenomeen dat binnen de literatuur ook in verband wordt gebracht met veel chronische

aandoeningen en heeft vaak een negatief effect op de persoon die gestigmatiseerd wordt (van Brakel, 2006; Corrigan, 2004).

Onderzoekers blijken het echter niet eens te zijn over de definitie van stigma. (Link et al, 2004). Binnen de literatuur heeft stigma meerdere betekenissen en definities gekregen door de jaren heen. De oudste en meest gebruikte definitie van stigma is van Goffman (1963): "Stigma is een attribuut dat de reputatie diep schaadt, de persoon anders maakt dan anderen en die de gestigmatiseerde motiveert om de deze eigenschappen te verbergen." Maar het lijkt niet duidelijk te zijn wat de herkomst is van de definitie van stigma. Sommige onderzoekers wijzen er op dat stigma een probleem is dat veroorzaakt wordt door het gebrek aan kennis (Peters et al., 1998). Anderen, zoals Link, Struening, Neese-Tod, Asmussen en Phelan (2001) zien stigma als een vorm van negatieve attitudes die gevormd worden door opvoeding, ervaringen, de invloed van anderen en de media.

Om dit probleem te verhelderen heeft Corrigan (2004) onderscheid gemaakt in de twee componenten van stigma, intern en sociaal, namelijk *zelf-stigma* en *sociale stigma*. Sociale stigma wijst op de daadwerkelijke discriminatie vanuit de omgeving. In dit onderzoek zal gefocust worden op *zelf-stigma*. *Zelf-stigma* wijst volgens Link et al. (2004) naar de negatieve attitudes die mensen over zichzelf hebben. Deze definitie geeft aan dat zelf-stigma ontstaat door internalisatie van negatieve attitudes van de omgeving en dat deze worden aangenomen als eigen attitudes (Link et al., 2004). Ook Corrigan (2004) gebruikt deze definitie en legt zelf-stigma uit als een houding ten opzichte van zichzelf die ontstaat doordat iemand de meningen van de omgeving als waar aanneemt. Bijvoorbeeld: Mensen in mijn omgeving vinden dat het hebben van een psychische aandoening je eigen schuld is. Door internalisatie ontstaat vervolgens een eigen attitude, namelijk: ik vind, dat mijn psychische aandoening mijn eigen schuld is. (Corrigan, 2004)

Terwijl onderzoek van Choi et al. (2015) 'eigen houding' of 'attitude' als andere barrière benoemt dan stigma, is volgens het onderzoek van Corrigan (2004) en het onderzoek van Link et al. (2004), attitude een onderdeel van stigma. Hier wordt dan ook van uit gegaan in dit onderzoek. Kenrick, et al. (2010) legt attitude uit als de evaluatie van een persoon van het specifieke gedrag in kwestie. Dit zijn dus gunstige of ongunstige evaluaties van bepaalde mensen, objecten, gebeurtenissen of ideeën. Mensen hebben dus een negatief of positief, gunstig of ongunstig, goedkeurend of afkeurend gevoel bij iets.

2.3 Wat doet de sociale omgeving?

Een andere belangrijke factor die, volgens de literatuur, invloed heeft op het bezoeken van psychologische hulp is de sociale omgeving (Fikretoglu & Liu, 2015).

Menselijk gedrag wordt onder andere beïnvloed door de sociale context (Remmerswaal, 2013). Zo laten mensen bepaald gedrag zien wanneer anderen hetzelfde gedrag laten zien en lijken mensen zich aan te passen aan het gedrag van de meerderheid (O'Gorman & Garry, 1967). Toch is dit niet de enige reden dat mensen bepaald gedrag laten zien volgens Lapinski en Rimal (2005).

Allereerst kan er onderscheid gemaakt worden tussen twee verschillende soorten sociale normen (Lapinski & Rimal, 2005). Aan de ene kant de bestaande normen, of collectieve normen binnen een groep of cultuur. Dit zijn normen die de gedragsregels van een groep vertegenwoordigen, maar niet als regels vastgelegd zijn. Deze normen bestaan op sociaal niveau van de groep en worden gevormd door communicatie tussen personen binnen een bepaalde groep of cultuur.

Aan de andere kant is er de interpretatie van mensen van bepaalde normen, de verwachte norm. Dit wordt ook wel *subjectieve norm* genoemd. Deze normen bestaan alleen op individueel en psychologisch vlak. De subjectieve norm is de persoonlijke interpretatie van de bestaande collectieve norm. (Lapinski & Rimal, 2005; O'Gorman & Garry, 1967)

Dit onderscheid in normen wordt bevestigd door Kenrick, et al. (2010). Zij omschrijven de subjectieve norm uit als de perceptie van een persoon of een belangrijke ander het gedrag zal goedkeuren of afkeuren. Hierbij gaat het dus om de verwachte mening van belangrijke anderen of mensen uit de directe omgeving.

Uit het onderzoeken van Lapinski en Rimal (2005) blijkt dat mensen meestal proberen te voldoen aan de sociale norm. Onderzoek van O'Gorman en Garry (1967) bevestigt dit. Zij schrijven dat committeren aan de sociale norm, over het algemeen, goed is voor de persoon zelf en voor de groep waar deze persoon bij hoort. Omdat mensen graag willen voldoen aan de sociale norm, vinden ze het ook belangrijk dat anderen zien dat ze hieraan voldoen. Daardoor bestaat er angst voor veroordeling. Mensen zijn soms bang om niet aan de heersende sociale normen te voldoen of denken dat ze dit niet doen (O'Gorman & Garry, 1967). De subjectieve norm speelt hierbij een grote rol. Men verwacht dat het gedrag, het bezoeken van psychologische hulp, niet voldoet aan de collectieve normen van de groep en zijn daarom bang dat belangrijke anderen dit gedrag zullen afkeuren, dit wordt ook wel eens de angst voor sociale stigma genoemd (Corrigan, 2004; Deane & Chamberlain, 1994). Volgens Vogel et al. (2007) bestaat er tussen de subjectieve norm en sociale stigma dan ook een direct verband en is er veel overlap. In dit onderzoek is daarom een keuze gemaakt om de focus te leggen op de subjectieve norm.

2.4 Hoe is gedrag te voorspellen?

Menselijk gedrag kan volgens Gibbons en Gerrard (1995) voorspeld worden door te kijken naar twee belangrijke factoren, namelijk *intentie* en *bereidheid*. Maar het onderzoek van Hammer et al. (2013) concludeert dat de meeste onderzoeken die gedaan zijn naar het bezoeken van psychologische hulp gericht zijn op de *intentie* tot gedrag en dat *bereidheid* buiten beschouwing wordt gelaten. Zo geeft bijvoorbeeld het onderzoek van Kenrick et al. (2010) aan dat de attitude van een persoon ten opzichte van een bepaald onderwerp invloed heeft op de intentie tot bepaald gedrag. Intentie of 'gedragsintentie' wordt omschreven als het doel van een persoon om zich op een bepaalde manier te gedragen. Deze doelen lijken concreet gedrag goed te kunnen voorspellen. (Kenrick et al., 2010). Echter is er, volgens Gibbons en Gerrard (1995) wel degelijk onderscheid te maken tussen intentie en bereidheid. Dit onderzoek beschrijft intentie als de beredeneerde reactie en wijst naar rationele

denkwijzen terwijl bereidheid als de sociale reactie wordt omschreven en wijst naar meer spontane of gegeneraliseerde denkwijzen (Gibbons & Gerrard, 1995). Later onderzoek van Hammer et al. (2013) bevestigt dat deze twee factoren beide belangrijke voorspellers voor gedrag zijn. Zij schrijven namelijk dat intentie een bewust plan van een persoon is om gedrag te gaan vertonen. Bereidheid is het open staan van een persoon voor bepaald gedrag en dit spontaan vertonen wanneer de mogelijkheid zich aanbied (Hammer et al., 2013).

Zo blijkt uit onderzoek van Hammer et al. (2013) dat ook het gedrag 'het bezoeken van psychologische hulp', voorspelt kan worden door deze twee factoren. Ook andere onderzoeken vinden dat *intentie* en *bereidheid* in verband gebracht kunnen worden met het bezoeken van psychologische hulp. Zo laat het onderzoek van Vogel et al. (2007) zien dat mensen die meer zelf-stigma ervaren een lagere bereidheid hebben om psychologische hulp te bezoeken. Dit wordt bevestigd door het onderzoek van Choi et al. (2015) wat beschrijft dat mensen een hogere bereidheid lijken te hebben wanneer zij minder zelf-stigma ervaren. Tevens verklaart het onderzoek van Corrigan (2006) dat stigma de bereidheid van mensen om psychologische hulp te zoeken beïnvloed. Daarnaast blijkt dat zelf-stigma ook van invloed is op de intentie van mensen om psychologische hulp te bezoeken (Vogel et al., 2007). Zij schrijven namelijk dat het hebben van een negatieve attitude, veroorzaakt door stigma, leidt tot een lagere intentie om psychologische hulp te bezoeken. Dit wordt bevestigd door het onderzoek van Hammer et al. (2013) waaruit blijkt dat attitudes de gedragsintentie beïnvloeden.

De *sociale omgeving* heeft volgens Vogel et al. (2007) ook invloed op de intentie van mensen om psychologische hulp te bezoeken. Zo bleek sociale steun bij te dragen aan een hogere intentie tot het bezoeken van psychologische hulp. Maar Hammer et al. (2013) concludeert dat vooral de sociale normen invloed hebben op intentie. Hieruit blijkt dat ook de subjectieve norm van invloed is op intentie tot het bezoeken van psychologische hulp (Kenrick, et al., 2010; Lapinski & Rimal, 2005; O'Gorman & Garry, 1967). Naast de invloed van de subjectieve norm op de intentie blijkt volgens Hammer et al. (2013) de subjectieve norm ook invloed te hebben op de bereidheid van mensen om psychologische hulp te zoeken. Ook later onderzoek van Möller-Leimkühler (2001) laat zien dat de verwachte ondersteuning van belangrijke anderen een positief effect heeft op de bereidheid om een psycholoog te bezoeken. Zo bleek dat vooral mannen een hogere bereidheid tot het bezoeken van psychologische hulp hadden als zij de verwachting hadden dat hun partner het goed zouden keuren. Ten slotte bleek uit onderzoek van Boldero en Fallon (1995) dat het hebben van een steunende sociale omgeving een positief effect heeft het hulp daadwerkelijk bezoeken van psychologische hulp. Waarbij zowel ondersteuning van vrienden, familie en burens als ondersteuning van professionals positieve invloed bleek te hebben. Bij jongeren bleken vrienden een belangrijkere rol te spelen dan bij volwassenen, bij deze tweede groep waren familieleden de belangrijkste ondersteunende factor (Boldero & Fallon, 1995).

Als laatste wordt ook *kennis* in verband gebracht met intentie en bereidheid. Deze kennis heeft betrekking op meerdere aspecten van psychologische hulp en de doelgroep, chronische pijn patiënten. Zo laat het onderzoek van Choi et al. (2015) zien dat het gebrek aan kennis over mentale problemen en hun behandelingen de intenties om hulp te zoeken kunnen verminderen. Daarbij blijkt uit onderzoek van Fikretoglu en Liu (2015) dat onvoldoende kennis over het beroep en de werkzaamheden van een psycholoog bijdraagt aan een verminderde intentie tot bezoeken van psychologische hulp. Het gebrek aan kennis over het onderscheid in psychologische en mentale componenten van pijn of het niet willen onderkennen hiervan wordt ten slotte door het onderzoek Martin et al. (2013) in verband gebracht met de bereidheid tot het bezoeken van psychologische hulp. In dit onderzoek wordt namelijk geschreven dat slecht begrip over chronische pijn kan leiden tot een verminderende bereidheid ten opzichte van psychologische hulp.

2.5 Hoe kunnen deze factoren gemeten worden?

Volgens Hammer et al. (2013) is *bereidheid* meetbaar door vragen te stellen over situaties die de deelnemers kunnen tegenkomen, waarbij zij aangeven in hoeverre zij bereid zijn bepaald gedrag te vertonen. Uit onderzoek van Hammer et al. (2013) blijkt ook dat intentie meetbaar is door een redenering te weeg te brengen, omdat intentie wijst naar een beredeneerde reactie. Dit kan gedaan worden door de deelnemer een specifieke actie voor te leggen (hulp zoeken) met een specifiek target (bij een psycholoog) en een situatie (als ik mentaal niet lekker in mijn vel zou zitten). Hierdoor zouden mensen een mentale overweging maken waardoor een beredeneerd antwoord ontstaat (Hammer et al., 2013)

Uit onderzoek van Link et al. (2004) blijkt dat *zelf-stigma* meetbaar is door te kijken naar de attitudes over een bepaald onderwerp. In kader van dit onderzoek zijn dit attitudes over mentale problemen. Volgens de theorie van Corrigan (2004) bestaat stigma uit drie verschillende 'dimensies' of 'attributen' bestaat, namelijk een cognitief, een emotioneel en een gedragsmatig attribuut. Het cognitieve attribuut wijst naar een schadelijk inaccuraat of onwaar beeld van de werkelijkheid en kan dus gemeten worden door te kijken naar de schadelijke beelden of ideeën van mensen over mentale problemen, zoals het idee hebben dat mentale problemen een vorm van zwakte zijn of het idee hebben dat je zelf in staat moet zijn om je mentale problemen op te lossen (Griffiths, Christensen, Jorm, Evans, Groves, 2004) Het emotionele attribuut van stigma wijst naar de eerste negatieve reactie van mensen als ze in aanraking komen met hetgeen gestigmatiseerd wordt, in dit geval mensen met mentale problemen (Corrigan, 2004). De geïnternaliseerde negatieve attitudes hierover zijn dus te meten door te kijken naar emotionele attitudes zoals jezelf minder waard voelen dan een ander of gevoel van schaamte ervaren. Het gedragsmatige attribuut van stigma is het hebben van een attitude die zorgt dat men zich daadwerkelijk anders gaat gedragen tegenover de gestigmatiseerde. Een voorbeeld van deze attitude is dat "personen met mentale problemen kunnen beter vermeden worden".

De *subjectieve norm*, of de *verwachte mening van anderen* kan volgens onderzoek van Vogel et al. (2007) gemeten worden door gebruik te maken van de vragen uit de sociale stigma schaal van Griffiths et al. (2004). Sociale stigma wordt, in het onderzoek van Griffiths et al. (2004), namelijk gemeten aan de hand van de verwachte attitudes van anderen over cognitie, emoties en gedrag. Volgens de theorie van Corrigan (2004) bestaat ook sociale stigma uit dezelfde drie 'dimensies' of 'attributen' als *zelf-stigma*. Dus een cognitief, een emotioneel en een gedragsmatig attribuut. Het cognitieve attribuut kan dus gemeten worden door te vragen naar de verwachtingen van de participanten over schadelijke beelden of ideeën van mensen over mentale problemen (Griffiths et al., 2004). Bijvoorbeeld vragen in hoeverre men het idee heeft dat mensen in hun omgeving denken dat mentale problemen een vorm van zwakte zijn. Of vragen in hoeverre mensen het idee hebben dat mensen in hun omgeving denken dat je zelf in staat moet zijn om je mentale problemen op te lossen. Het emotionele attribuut kan gemeten worden door participanten te vragen naar de verwachte emotionele attitudes van anderen. Het gedragsmatige attribuut van stigma kan dus gemeten worden door te vragen naar de verwachte attitudes van anderen die zorgt dat men zich daadwerkelijk anders gaat gedragen tegenover de gestigmatiseerde.

Uit de literatuur blijkt dat mensen die hun klachten zien als zowel mentaal als fysiek, eerder geneigd zijn om psychologische hulp te bezoeken (Martin et al., 2013). Voor *kennis* is het daarom van belang te meten in hoeverre patiënten weet hebben van het onderscheid in het psychologische en mentale component van hun pijn. Ook blijkt dat kennis over het beroep en de werkzaamheden van een psycholoog een rol speelt bij het bezoeken van psychologische hulp. (Fikretoglu & Liu, 2015). Daarom is het van belang om meer duidelijkheid te krijgen over het beeld dat de doelgroep heeft bij een psycholoog en psychiater. Ook zullen deze bovenstaande factoren in het veldonderzoek in verband gebracht worden met de intentie en bereidheid tot het bezoeken van psychologische hulp.

2.6 Conclusie uit de theorie

Uit de literatuur blijkt dat er verschillende factoren van invloed zijn op het bezoeken van psychologische hulp. Het gedrag, namelijk het bezoeken van deze psychologische hulp, kan voorspeld worden door twee belangrijke voorspellers, namelijk intentie en bereidheid (Gibbons & Gerrard, 1995; Hammer et al., 2013). Deze twee voorspellers zullen daarom in het veldonderzoek gemeten worden. Er blijken meerdere factoren van invloed te zijn op het bezoeken van psychologische hulp. Allereerst blijkt dat zelf-stigma zowel invloed heeft op intentie als op de bereidheid tot het zoeken van psychologische hulp (Choi et al., 2015; Corrigan, 2006; Hammer et al., 2013; Vogel et al., 2007). Volgens Corrigan (2004) ontstaat zelf-stigma door het voor waar aannemen van attitudes van anderen. Daarom kan het voor de van belang zijn voor de patiënten van de pijnpoli voorlichting te geven over stigma en mentale problemen die in mee kunnen spelen bij chronische pijn. Onderzoek van Peters et al. (1998) zegt namelijk dat stigma een probleem is dat veroorzaakt wordt door het gebrek aan kennis. Daarnaast blijkt dat de sociale omgeving van mensen invloed heeft op de keuze om psychologische hulp te bezoeken (Hammer et al., 2013; Kenrick, et al., 2010; Lapinski & Rimal, 2005; O'Gorman & Garry, 1967; Vogel et al., 2007). Vooral de subjectieve

norm blijkt invloed te hebben op intentie en bereidheid (Hammer et al., 2013). Daarom kan het voor de patiënten van belang zijn om de familie of vrienden te betrekken bij het proces van de chronische pijn behandelingen en met name informatie die gegeven wordt over mentale problemen die meespelen bij chronische pijn. Op deze manier kan de sociale omgeving van de patiënt mogelijk meer open gesprekken voeren over dit onderwerp en is het mogelijk dat de patiënt andere verwachtingen krijgt over de mening van de belangrijke anderen. Als laatste blijkt uit de literatuur onvoldoende kennis over het beroep en de werkzaamheden van een psycholoog invloed en over het mentale component van chronische pijn meespelen bij de keuze om psychologische hulp te bezoeken (Fikretoglu & Liu, 2015; Martin, 2013; Peters et al., 1998). Om hier op in te spelen is het van belang patiënten voor te lichten over het mentale aspect van pijn, het beroep en de werkzaamheden van een psycholoog en wat deze voor hen zou kunnen betekenen met betrekking tot hun pijn.

In het verdere onderzoek wordt naar een antwoord gezocht op de volgende hoofdvraag:

Welke factoren hebben invloed op het bezoeken van psychologische hulp bij patiënten met chronische pijn van het pijncentrum Victoriakliniek te Zierikzee?

Een antwoord op de hoofdvraag wordt gezocht aan de hand van de volgende deelvragen en de daarbij geformuleerde hypothesen:

- Heeft zelf-stigma van patiënten van de pijnpoli van de Victoriakliniek te Zierikzee, invloed op het bezoeken van psychologische hulp?
 - o Zelf-stigma, ervaren door patiënten van de Victoriakliniek te Zierikzee heeft invloed op het bezoeken van psychologische hulp.
- Heeft de sociale omgeving van patiënten van de pijnpoli van de victoriakliniek te Zierikzee invloed op het bezoeken van psychologische hulp?
 - o De sociale omgeving van patiënten van de Victoriakliniek te Zierikzee heeft invloed op het bezoeken van psychologische hulp.
- Heeft kennis van patiënten van de pijnpoli van de victoriakliniek te Zierikzee invloed op het bezoeken van psychologische hulp?
 - o De kennis van patiënten van de Victoriakliniek te Zierikzee heeft invloed op het bezoeken van psychologische hulp.

3. Methode van onderzoek

Dit onderzoek is uitgevoerd om voor de opdrachtgever meer duidelijkheid te krijgen welke factoren meespelen bij het bezoeken van psychologische hulp bij patiënten met chronische pijn van de Victoriakliniek te Zierikzee. De opdrachtgever kan aan de hand van het onderzoek kijken naar gerichte interventies die de drempel voor psychologische hulp kunnen verlagen om zo het zelfreddend vermogen van de patiënten te vergroten.

Er wordt hiervoor een antwoord gezocht aan de hand van de volgende hoofdvraag:

Welke factoren hebben invloed op het bezoeken van psychologische hulp bij patiënten met chronische pijn van het pijncentrum Victoriakliniek te Zierikzee?

Hieruit komen de volgende deelvragen:

- Heeft zelf-stigma, ervaren door patiënten van de pijnpoli van de Victoriakliniek te Zierikzee, invloed op het bezoeken van psychologische hulp?
- Heeft de sociale omgeving van patiënten van de pijnpoli van de Victoriakliniek te Zierikzee invloed op het bezoeken van psychologische hulp?
- Heeft de kennis van patiënten van de pijnpoli van de Victoriakliniek te Zierikzee invloed op het bezoeken van psychologische hulp?

3.1 Deelnemers

De deelnemers voor dit onderzoek zijn patiënten met chronische pijn van het pijncentrum uit de victoriakliniek te Zierikzee. Om deel te nemen moesten zij minimaal 18 jaar of ouder zijn en de Nederlandse taal in lezen en schrijven beheersen. Daarnaast waren de deelnemers aanwezig in de Victoriakliniek te Zierikzee en ontvangen zij pijnbehandeling, een consult over pijnbehandelingen of andere chronische pijn gerelateerde behandelingen. Het aantal deelnemers is gebaseerd op de populatie van patiënten met chronische pijn die voor een pijnbehandeling, een consult over pijnbehandelingen of andere chronische pijn gerelateerde behandelingen in de Victoriakliniek in Zierikzee komen. Het is niet te achterhalen hoe groot deze populatie exact is, en daarom is gekozen om zo veel mogelijk patiënten te benaderen. In de tijd van afname zijn er 140 patiënten op de poli geweest (18-04-2017 t/m 17-05-2017).

In totaal hebben 102 van de 140 mensen die benaderd zijn de vragenlijst ingevuld (respons = 72,9%). Van de 102 deelnemers waren 73 deelnemers vrouw en 29 deelnemers man.

De meeste deelnemers, 52%, zitten in de leeftijdscategorie 60+.

Een persoon (1.0%) gaf aan geen opleiding te hebben gehad; twee mensen (2.0%) gaven aan dat het basisonderwijs hun hoogst genoten opleiding was; 28 deelnemers (27.5%) hebben op het lager beroepsonderwijs of huishoudschool gezeten; 20 personen (19,6) gaven aan het Vmbo, Mavo, Ulo of Mulo hun hoogst genoten opleiding was; 6 personen (5,9%) hebben op de Havo of Mms gezeten; 4 personen (3,9%) hebben vwo, hbs of gymnasium gedaan; 17 deelnemers (16,7%) hebben middelbaar beroepsonderwijs gevolgd; 20 deelnemers (19.6%) hadden hoger onderwijs gevolgd; 3 personen (2,9%) geven aan universitair onderwijs of hoger te hebben genoten en 1 deelnemer (1.0%) geeft aan een andere opleiding te hebben gehad.

3.2 Procedure

De participanten zijn benaderd door in de Victoria kliniek te Zierikzee de papieren vragenlijst aan de patiënten te geven. De patiënten werden geacht zich bij de balie te melden bij binnenkomst, hier kregen ze de vragenlijst met de mondelinge instructie of ze deze wilden invullen voor het onderzoek van een student toegepaste psychologie die haar afstudeeronderzoek op de locatie uitvoert. De patiënten hadden dan in de wachtkamer van de Victoriakliniek de tijd om de vragenlijst in te vullen.

Omdat niet duidelijk was hoe lang patiënten in de wachtkamer verbleven is hier rekening mee gehouden met de lengte van de vragenlijst, zodat deze in maximaal 10 minuten ingevuld konden worden om de respons zo hoog mogelijk te krijgen. De vragenlijsten konden na het invullen ingeleverd worden in een doos in de wachtkamer. Deze doos werd aan het eind van de programma's geleegd. De vragenlijst werd op vrijwillige basis afgenomen, patiënten mochten er voor kiezen deze niet in te vullen. Voorafgaand aan de vragenlijst bevindt zich een informed consent. De participanten werden verzocht deze door te nemen voordat ze begonnen aan de vragenlijst zodat zij wisten waar het onderzoek over ging en ze zich bewust waren van de vertrouwelijkheid van de gegevens.

3.3 Meetinstrumenten

Om specifiekere uitspraken te doen over de onderzoeksgroep is gekeken naar de demografische variabelen. Er zijn meerkeuze vragen opgesteld over geslacht, leeftijd en opleidingsniveau waarbij slechts één antwoord gegeven kon worden. Voor de leeftijd is gekozen om categorieën te gebruiken omdat het voor de opdrachtgever een interessant gegeven is om te weten op welke leeftijdscategorie een interventie effectief zou kunnen zijn.

Zelf-stigma, gedefinieerd als de negatieve attitudes die mensen over zichzelf hebben, werd onderverdeeld in drie attributen, namelijk cognitief, emotioneel en gedragsmatig. Deze attributen werden ieder met een vraag gemeten op een 7-punts Likert schaal lopend van 1 = helemaal niet mee eens tot 7 = helemaal mee eens. Er is gekozen voor een 7 punts Likert schaal omdat deze, doordat deze oneven is, een middelpunt heeft en deelnemers voor een neutraal antwoord kunnen kiezen. De items zijn gebaseerd op de vragen uit de Depression Stigma Scale (Griffiths et al., 2004) en in het kader van dit onderzoek, geherformuleerd om zelf-stigma over mentale problemen te meten. Voor het cognitieve attribuut zijn twee items gebruikt. (Bijvoorbeeld, 'Als mensen mentale problemen ervaren vind ik dat je deze mensen het best kan mijden.') De vier items voor dit onderwerp bleken geen betrouwbare schaal te vormen (Cronbach's $\alpha = 0.377$). Om de Cronbach's alfa te verhogen is er voor gekozen om item drie weg te laten. Dit leverde nog geen betrouwbare schaal volgens de geldende opvattingen, maar er is toch besloten verder te gaan met de analyses. (Cronbach's $\alpha = 0.489$). Daarom zijn de drie overgebleven items samengevoegd in de variabele *Zelf-stigma*. Een hoge score op deze schaal betekent dat de participant meer zelf-stigma ervaart.

Subjectieve norm, gedefinieerd als de verwachte mening van anderen, werd onderverdeeld in drie attributen voor verwachte attitudes van anderen. Deze attributen zijn evenals die voor zelfstigma cognitief, emotioneel en gedragsmaten. De items zijn wederom gebaseerd op de vragen uit de Depression Stigma Scale (Griffiths et al., 2004) en geherformuleerd in het kader van dit onderzoek. *Subjectieve norm* werd ook gemeten aan de hand van vier vragen die beantwoord konden worden op een 7 punts Likert schaal lopend van 1 = helemaal niet mee eens tot 7 = helemaal mee eens. (Bijvoorbeeld: 'De meeste mensen vinden mentale problemen een teken van zwakte.'). Deze vier vragen bleken een betrouwbare schaal te vormen (Cronbach's $\alpha = 0.72$) en zijn daarom samengevoegd in de variabele *subjectieve norm*. Een hoge score op deze schaal betekent dat de participant meer angst heeft om niet te voldoen aan de sociale norm.

Of mensen daadwerkelijk psychologische hulp zullen bezoeken is volgens de literatuur afhankelijk van twee onderdelen, namelijk intentie en bereidheid. Intentie wordt gedefinieerd als rationele denkwijzen die zorgen dat iemand gedrag wil gaan uitvoeren en wordt gemeten aan de hand van drie vragen die beantwoord konden worden op een 7 punts Likert schaal lopend van 1 = helemaal niet mee eens tot 7 = helemaal mee eens. De vragen zijn gebaseerd op de vragenlijst van Hammer et al. (2013) en aangepast aan de doelgroep van dit onderzoek. (Bijvoorbeeld: 'Als ik mentaal niet lekker in mijn vel zou zitten, dan zou ik moeite doen op hulp bij een psycholoog te zoeken.'). Deze drie vragen bleken een betrouwbare schaal te vormen (Cronbach's $\alpha = 0.93$) en zijn daarom samengevoegd tot de variabele *intentie*. Een hoge score op deze schaal betekent dat de participant een hogere intentie ervaart om psychologische hulp te bezoeken.

Bereidheid, gedefinieerd als de gegeneraliseerde denkwijzen die zorgen dat iemand bepaald gedrag wil gaan uitvoeren, werd gemeten aan de hand van drie vragen die eveneens beantwoord konden worden op een 7 punts Likert schaal lopend van 1 = helemaal niet mee eens tot 7 = helemaal mee eens en zijn eveneens gebaseerd op de vragenlijst van Hammer et al. (2013). Ook deze vragen zijn aangepast aan de doelgroep van dit onderzoek. (Bijvoorbeeld: 'Als ik mentaal niet lekker in mijn vel zou zitten, zou ik bereid zijn een psycholoog te bellen voor een afspraak.'). Deze drie vragen bleken eveneens een betrouwbare schaal te vormen (Cronbach's $\alpha = 0.79$) en zijn daarom samengevoegd in de variabele *bereidheid*. Een hoge score op deze schaal betekent dat de participant meer bereid is om psychologische hulp te bezoeken.

Om kennis te meten is er een vraag toegevoegd om te meten in hoeverre deelnemers het eens zijn met de stelling. Uit de literatuur blijkt dat mensen die hun klachten zien als zowel mentaal als fysiek, eerder geneigd zijn om psychologische hulp te bezoeken. Hiermee wordt beoogt vast te stellen of er een verschil is tussen mensen die het wel eens zijn met de stelling en het niet eens zijn met de stelling in intentie of bereidheid. (In hoeverre bent u het eens met de volgende stelling: Bij chronische pijn is er een samenspel tussen lichaam en geest.) Een hoge score op dit item betekent dat de participant het meer eens is met de stelling.

Om meer duidelijkheid te krijgen over het beeld dat de doelgroep heeft bij een psycholoog en psychiater zijn twee open vragen opgesteld. Uit de literatuur blijkt dat kennis over het beroep van een psycholoog en wat deze voor een patiënt met chronische pijn kan betekenen invloed hebben op het bezoeken van psychologische hulp. dit leidde tot de volgende vraag; 'Wat is het eerste dat bij u opkomt als u het woord 'psycholoog' hoort?' en de vraag; 'Wat is volgens u het grootste verschil tussen een psycholoog en een psychiater?'.

Om meer duidelijkheid te krijgen in de beweegredenen van de specifieke doelgroep is een open vraag geformuleerd over de bevorderende factoren die een rol spelen bij het bezoeken van psychologische hulp. Daarbij kan deze vraag voor de opdrachtgever inzicht geven in de wensen van de patiënten zelf. Dit leidde tot de volgende vraag; 'Wat zou het voor u makkelijker maken om hulp van een psycholoog te zoeken of te accepteren? (u mag alle mogelijkheden noemen die bij u opkomen).'

De volledige vragenlijst, inclusief het informed consent, is te vinden in de bijlagen (bijlage I).

3.4 Analyse

Na het verzamelen van de vragenlijsten is de kwantitatieve data ingevoerd in SPSS. Hierna zal als eerste voor alle schalen de samenhang van de vragen bekeken worden met de Cronbach's alfa. Wanneer het betrouwbare schalen vormen zullen de vragen die hetzelfde onderwerp meten samengevoegd worden tot een schaal. Daarna zal de invloed van *zelf-stigma* en *subjectieve norm* op *intentie* en *bereidheid* bekeken worden met de Pearson correlatie. Voorafgaand hieraan zal de normaalverdeling bekeken worden om te bepalen of deze gebruikt mag worden. Wanneer de schalen niet normaal verdeeld zijn, zal uitgeweken worden naar de Spearman's Rho om de samenhang te bepalen. Ook zal het verschil tussen mensen die het niet eens zijn met de stelling over het samenspel tussen lichaam en geest en de mensen die het wel eens zijn met deze stelling in *intentie* en *bereidheid* bekeken worden. Dit wordt gedaan aan de hand van de Independent samples T-test. De laatste items, de open vragen, zullen kwalitatief geanalyseerd worden. Als eerst zullen alle steekwoorden verzameld worden. De frequentie van ieder steekwoord zal dan worden geturft. De steekwoorden zullen, na het analyseren van alle vragenlijsten, samengevoegd worden tot thema's.

4. Resultaten

Om te toetsen of de variabelen onderling een verband hebben, zijn de correlaties tussen de variabelen *subjectieve norm* en *intentie* en *bereidheid* berekend, evenals de correlaties tussen de variabelen *zelf-stigma* en *intentie* en *bereidheid*. Bij een samenhang van $rs \geq 0.20$ of $rs \leq -0.20$ mag er vanuit gegaan worden dat de variabelen, ondanks aanwezigheid van andere verklarende factoren, voldoende samenhang hebben om een lineair verband niet uit te sluiten.

Heeft zelf-stigma, ervaren door patiënten van de pijnpoli van de Victoriakliniek te Zierikzee, invloed op het bezoeken van psychologische hulp?

Om de correlatie tussen *zelf-stigma* en *intentie* te berekenen is gebruik gemaakt van de Spearman's Rho. Hiervan is gebruik gemaakt omdat er niet voldaan is aan de voorwaarden voor de Pearson correlatie, namelijk een lineair verband tussen beide variabelen. Hieruit blijkt dat er een erg zwak negatief verband is tussen *zelf-stigma* en de *intentie*. Dit verband blijkt niet significant want $p > .05$. ($rs = -.166$; $p = .049$; $n = 100$). Dit betekent dat *zelf-stigma*, in dit onderzoek, geen significante invloed heeft op de *intentie* tot het bezoeken van psychologische hulp.

Om de correlatie tussen *zelf-stigma* en *bereidheid* te berekenen is gebruik gemaakt van de Spearman's Rho. Hiervan is gebruik gemaakt omdat er niet voldaan is aan de voorwaarden voor de Pearson correlatie, namelijk de normale verdeling van beide variabelen. De variabele '*bereidheid*' bleek niet normaal verdeeld te zijn. Hieruit blijkt dat er een erg zwak negatief verband is tussen *zelf-stigma* en de *bereidheid*. Dit verband blijkt niet significant want $p > .05$. ($rs = -.150$; $p = .068$; $n = 100$). Dit betekent dat *zelf-stigma*, in dit onderzoek, geen significante invloed heeft op de *bereidheid* tot het bezoeken van psychologische hulp.

Heeft de sociale omgeving van patiënten van de pijnpoli van de Victoriakliniek te Zierikzee invloed op het bezoeken van psychologische hulp?

Om de correlatie tussen *subjectieve norm* en intentie te berekenen is gebruik gemaakt van de Spearman's Rho. Hiervan is gebruik gemaakt omdat er niet voldaan is aan de voorwaarden voor de Pearson correlatie, namelijk een lineair verband tussen beide variabelen. Hieruit bleek dat er een erg zwak negatief verband is tussen *subjectieve norm* en de *intentie*. Dit verband blijkt niet significant want $p > .05$. ($r_s = -.105$; $p = .149$; $n = 100$). Dit betekent dat de subjectieve norm, in dit onderzoek, geen significante invloed heeft op de intentie tot het bezoeken van psychologische hulp.

Om de correlatie tussen *subjectieve norm* en *bereidheid* te berekenen is gebruik gemaakt van de Spearman's Rho. Hiervan is gebruik gemaakt omdat er niet voldaan is aan de voorwaarden voor de Pearson correlatie, namelijk de normale verdeling van beide variabelen. De variabele '*bereidheid*' bleek niet normaal verdeeld te zijn. Hieruit bleek dat er geen verband is tussen *subjectieve norm* en *bereidheid*. Dit verband blijkt niet significant want $p > .05$. ($r_s = -.035$; $p = .363$; $n = 100$). Dit betekent dat de subjectieve norm, in dit onderzoek, geen significante invloed heeft op de bereidheid tot het bezoeken van psychologische hulp.

De meest genoemde reden (22) voor het bezoeken van psychologische hulp was voor de respondenten *de invloed van anderen* en daarbij vooral het advies en de ondersteuning van vrienden, familie of kennissen. Dit is gemeten met de open vraag 'Wat zou het voor u makkelijker maken om hulp van een psycholoog te zoeken of te accepteren?'. Ook de doorverwijzing van een huisarts zou volgens een deel van de respondenten (15) hen motiveren om psychologische hulp te bezoeken. Ook gaven veel mensen (20) aan dat ze wel naar een psycholoog zouden gaan mits dat nodig was en dat ze dus geen belemmeringen ervaren. Anderen (12) gaven juist aan dat zij de hulp van een psycholoog niet nodig denken te hebben. Er waren mensen die aangaven dat de kosten verminderd zouden kunnen worden door vergoeding van de zorgverzekering (2) en door de hulp makkelijker toegankelijk te maken (9). Anderen gaven dit ook aan, door te benoemen zich liever via het internet aan te melden (2) of eerder zouden gaan wanneer een psycholoog verbonden zou zijn aan het ziekenhuis (2). Participanten gaven ook aan dat ze serieus genomen willen worden (8) en de drempel verlaagd zou moeten worden (3). Enkele respondenten geven aan dat niets hen kan motiveren om naar een psycholoog te gaan (2).

Een schematische weergave van de thema's en de meest genoemde steekwoorden is te vinden in tabel 1.

Tabel 1: Genoemde redenen voor bezoek psychologische hulp

Thema	Code	Aantal keren benoemd
Twijfel of hulp nodig is	Heb ik niet nodig	12
	Ik zou gaan als het nodig is	20
Bereikbaarheid	Verbonden aan kliniek/ziekenhuis	2
	Via internet aanmelden	2
Kosten	Als het vergoed zou worden	2
	Makkelijker toegankelijk	9

Drempel	Serius genomen willen worden	8
	Minder hoge drempel	3
	Niets kan mij motiveren om wel te gaan	2
Invloed van anderen	Advies/ondersteuning van vrienden, familie of kennissen	22
	Doorverwijzing (huis)arts	15

Heeft de kennis van patiënten van de pijnpoli van de victoriakliniek te Zierikzee invloed op het bezoeken van psychologische hulp?

Om te kijken of patiënten die het eens waren met de stelling dat er bij chronische pijn een samenspel tussen lichaam en geest is, een hogere intentie hebben om psychologische hulp te bezoeken dan de mensen die het hiermee oneens zijn, is gebruik gemaakt van de independent samples t-test. Hierbij is aan alle voorwaarden voldaan. Hieruit blijkt dat er een klein verschil in intentie tussen de twee groepen bestaat. Dit verschil blijkt echter niet significant. (sig. = .130). Dit betekent dat de mensen die het meer eens zijn met de stelling niet significant meer intentie hebben tot het bezoeken van psychologische hulp dan de mensen die het minder eens zijn met de gebruikte stelling, dus dat er geen significant verschil bestaat tussen deze twee groepen als het gaat om intentie tot het bezoeken van psychologische hulp.

Daarnaast is er gekeken of patiënten die het eens waren met de stelling dat er bij chronische pijn een samenspel tussen lichaam en geest, een hogere bereidheid hebben om psychologische hulp te bezoeken dan de mensen die het hiermee oneens zijn, is gebruik gemaakt van de independent samples t-test. Hierbij is aan alle voorwaarden voldaan. Hieruit blijkt dat er een klein verschil in intentie tussen de twee groepen bestaat, maar dit verschil blijkt niet significant. (sig. = .107). Dit betekent dat de mensen die het meer eens zijn met de stelling niet significant meer bereidheid hebben tot het bezoeken van psychologische hulp dan de mensen die het minder eens zijn met de gebruikte stelling, dus dat er geen significant verschil bestaat tussen deze twee groepen als het gaat om bereidheid tot het bezoeken van psychologische hulp.

Uit de open vraag 'Wat is het eerste dat er bij u opkomt als u het woord 'psycholoog' hoort?' bleek dat de meeste patiënten (24) aangaven het woord psycholoog te associëren met 'problemen'. Daarnaast werd vaak benoemd (18) dat een psycholoog hulp biedt of helpt en dat men dacht aan praten bij een psycholoog (15). Een aantal mensen (13) gaf aan het woord psycholoog te associëren met geestelijke nood of het geestelijk niet goed zijn. Daarnaast gaven enkele (7) aan inzicht en verduidelijking te verwachten wanneer ze naar een psycholoog zouden gaan, enkele (7) vonden een psycholoog overbodig. Anderen (5) zeggen te denken dat mensen gek zijn, angst hebben of instabiel zijn. Een paar (4) geven aan dat psychologen 'zielenknijpers' zijn en een paar anderen (4) noemen de psycholoog een behandelaar, arts of dokter. Ook zeggen een enkele respondenten (3) dat ze moeten denken aan niet lekker in je vel zitten wanneer ze het woord psycholoog horen.

Een schematische weergave van de thema's en de meest genoemde steekwoorden is te vinden in tabel 2.

Tabel 2: Beeld over psycholoog

Thema	Code	Aantal keren benoemd
Hulp biedend	Hulp	18
	Inzicht en verduidelijking	7
	Behandelaar/arts/dokter	4
Geestelijk	Praten	15
	Gek/angst/instabiel	5
	Problemen	24
	Geestelijke nood/niet goed	13
	Niet lekker in je vel	3
Taboe	Zielenknijpers	4
	Liever niet/overbodig	7

Het meest gegeven antwoord op de open vraag 'Wat is volgens u het grootste verschil tussen een psycholoog en een psychiater?' was 'weet ik niet'. De meeste participanten (29) geven hiermee aan niet te weten wat het verschil tussen een psycholoog en psychiater is. Daarna werd het meest (27) de medicatie genoemd die een psychiater wel mag uitdelen en een psycholoog niet. Ook werd door een aantal respondenten (18) aangegeven dat de diepte van de hulp verschilt tussen psycholoog en psychiater. Hierbij schreven de participanten dat een psycholoog dieper ingaat op problemen dan een psycholoog. Enkele keren (9) benoemden participanten dat een psychiater de zieke geest behandelt en een psycholoog de gezonde geest, evenals het verschil in opleiding (6). Enkele participanten (4) gaven aan dat er geen verschil bestaat tussen een psycholoog en een psychiater.

Een schematische weergave van de thema's en de meest genoemde steekwoorden is te vinden in tabel 3.

Tabel 3: Vernomen verschil psycholoog en psychiater

Thema	Code	Aantal keren benoemd
Geen kennis over verschil	Weet ik niet/geen interesse	29
	Er is geen verschil	4
Inhoud van hulp	Medicatie	27
	Diepte van de hulp	18
	Behandeling gezonde v.s. zieke geest	9
Achtergrond behandelaar	Verskil in opleiding	6

5. Discussie

De factoren die in de literatuur in verband gebracht werden met het bezoeken van psychologische hulp blijken onder andere stigma, subjectieve norm en kennis te zijn. Het gedrag van mensen blijkt voorspeld te worden door intentie en bereidheid (Choi et al., 2015; Daniel & Williams, 2013; Fikretoglu & Liu, 2015; Möller-Leimkühler, 2001; Peters et al., 1998).

Uit dit onderzoek blijkt er echter een niet-significant erg zwak negatief verband te zijn tussen *zelf-stigma* en *intentie*. Ook blijkt er een niet-significant erg zwak negatief verband te zijn tussen *zelf-stigma* en *bereidheid*. Hieruit blijkt dus dat *zelf-stigma*, bij patiënten van de pijnpoli de Victoriakliniek in Zierikzee geen tot erg weinig invloed heeft op het bezoeken van psychologische hulp en dat dit voor deze groep waarschijnlijk geen belangrijke negatieve factor is voor het bezoeken van psychologische hulp. In de open vragen noemde een groot aantal respondenten negatieve associaties met het woord psycholoog, namelijk dat ze onder andere denken aan problemen, gek, angst, instabiel, geestelijke nood en zielenknijpers. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er bij de respondenten wellicht wel negatieve attitudes ervaren met betrekking tot het beroep van psycholoog, alleen lijken deze, volgens de analyses uit de vragenlijst niet geïnternaliseerd te zijn en lijkt er geen sprake te zijn van zelf-stigma. Er blijkt ook een niet-significant erg zwak negatief verband te zijn tussen subjectieve norm en intentie. Daarnaast blijkt er geen significant verband te zijn tussen subjectieve norm en bereidheid. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de sociale omgeving erg weinig tot geen invloed heeft op de beslissing van patiënten van de pijnpoli van de Victoriakliniek in Zierikzee om psychologische hulp te bezoeken. In de open vragen blijkt meest genoemde redenen voor het bezoeken van psychologische hulp voor de respondenten de invloed van anderen en daarbij vooral het advies en de ondersteuning van vrienden, familie of kennissen. Ook de doorverwijzing van een huisarts zou volgens een deel van de respondenten hen motiveren om psychologische hulp te bezoeken. Hieruit blijkt dat de sociale omgeving van de respondenten wel veel invloed heeft op hun keuze van om psychologische hulp te bezoeken.

Daarnaast blijkt er geen significant verschil te bestaan in de intentie van patiënten die het eens waren met de stelling dat er bij pijn een samenspel is tussen lichaam en geest en de patiënten die het hier niet mee eens waren. Dit betekent er, in dit onderzoek, geen verschil bestaat tussen patiënten die het eens zijn met de stelling dat er een samenspel is tussen lichaam en geest en patiënten die het daar niet mee eens zijn in de intentie tot het bezoeken van psychologische hulp. Als laatste blijkt er geen significant verschil te bestaan in de bereidheid van patiënten die het eens waren met de stelling dat er bij pijn een samenspel is tussen lichaam en geest en de patiënten die het hier niet mee eens waren. Dit betekent er, in dit onderzoek, geen verschil bestaat tussen patiënten die het eens zijn met de stelling dat er een samenspel is tussen lichaam en geest en patiënten die het daar niet mee eens zijn in de bereidheid tot het bezoeken van psychologische hulp. In dit onderzoek blijkt dus dat patiënten die het mentale aspect van hun pijn accepteren niet meer en niet minder snel psychologische hulp zullen bezoeken dan mensen die dit niet accepteren.

Verder komt uit de open vragen dat het meest geassocieerde beeld bij een psycholoog het woord 'problemen'. Mensen denken dus vaak aan problemen wanneer het over een psycholoog gaat. Daarna werd het meest aangegeven dat een psycholoog hulp geeft maar ook dat het geestelijk niet goed met iemand gaat wanneer iemand naar een psycholoog gaat. Hieruit kan geconcludeerd worden zien dat mensen vaak nog negatief denken over het beroep van psycholoog. Bij de open vraag over het verschil tussen psycholoog en psychiater gaven veel mensen aan niet te weten wat het verschil tussen beide is, daarnaast werd vaak de mogelijkheid voor het geven van medicatie en de diepte van de hulp genoemd. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het verschil tussen psycholoog en psychiater voor veel patiënten niet bekend is en dat dit mogelijk invloed heeft op het bezoeken van psychologische hulp.

Uit de analyses van dit onderzoek blijkt dat de factoren *zelf-stigma* en de *sociale omgeving*, die volgens de literatuur van invloed zijn op het bezoeken van psychologische hulp, geen tot weinig invloed hebben bij patiënten van de Victoriakliniek te Zierikzee. Maar uit de open vragen blijkt dat de sociale omgeving wel van belang is bij de keuze om psychologische hulp te bezoeken, echter is het niet duidelijk hoe groot deze invloed is. Uit de open vragen blijkt dat attitudes of stigmatisering van patiënten over het beroep van psycholoog mogelijk een rol spelen bij de keuze om psychologische hulp te bezoeken terwijl dit niet de zelf-stigma is die verwacht werd. Ook blijkt, uit de analyses, dat de patiënten die het mentale aspect van hun pijn accepteren niet eerder psychologische hulp zullen bezoeken dan patiënten die dit niet accepteren, in tegenstelling tot de literatuur. Echter, uit de open vragen blijkt dat patiënten aangeven weinig weten over het beroep van psycholoog en psychiater, en dat deze kennis mogelijk wel invloed heeft op het bezoeken van psychologische hulp.

De resultaten uit dit onderzoek komen grotendeels niet overeen met eerder onderzoek uit de literatuur waaruit blijkt dat mensen die meer zelf-stigma ervaren ook minder intentie en bereidheid hebben tot het bezoeken van psychologische hulp. Verschil hierin wordt mogelijk veroorzaakt door de afname van de vragenlijst, waarin slechts een deel van de vragen uit de Depression Stigma Scale zijn gebruikt (Griffiths et al., 2004). Hierdoor is mogelijk een vertekend beeld van de aanwezige zelf-stigma is gemeten. Daarnaast is de Depression Stigma Scale gericht op depressies en zijn de vragen in kader van dit onderzoek omgevormd om stigma over mentale problemen te meten. Ook bleek dat de vragen die betrekking hadden op zelf-stigma geen betrouwbare schaal vormden. Ondanks dit gegeven zijn er toch analyses uitgevoerd, waardoor deze minder betrouwbaar zijn en uitspraken hierover ook minder betrouwbaar zijn. Als laatste blijkt dat sommige onderzoekers andere vragenlijsten gebruikt hebben voor het meten van attitudes met betrekking tot zelf-stigma en dat mogelijk de patiënten geen zelf-stigma ervaren bij mentale problemen, maar tot het bezoeken van psychologische hulp, zoals beschreven in het onderzoek van Hammer et al. (2013).

Ook de invloed van de subjectieve komt niet overeen met de eerdere onderzoeken naar intentie en bereidheid, die juist zeggen dat mensen die de verwachting hadden dat belangrijke anderen hun

gedrag zouden goed keuren een hogere intentie en bereidheid ervaren om psychologische hulp te bezoeken (Möller-Leimkühler, 2001). Net als de gemeten factoren voor *zelf-stigma* zijn de vragen voor *subjectieve norm* gebruikt uit de Depression Stigma Scale (Griffiths et al., 2004). Deze is gebaseerd op depressie en niet op de verwachte meningen over mentale problemen. Dit zou van invloed kunnen zijn op de resultaten in dit onderzoek. Daarbij is in eerder onderzoek van bijvoorbeeld Hammer et al. (2013) gebruik gemaakt van een andere vragenlijst om de subjectieve norm te meten en zijn daar ook meer items gebruikt voor deze schaal. In dit onderzoek is gekozen om de vragenlijst kort te houden zodat deze in weinig tijd ingevuld kon worden door de patiënten. Dit is ook de reden dat er minder items per schaal zijn gebruikt wat voor vertekende resultaten kan zorgen. Uit de open vragen blijkt dat mensen wel aangeven dat ze eerder psychologische hulp zouden bezoeken door anderen zoals ook benoemd wordt in de literatuur, wat een breder beeld geeft van de mening van patiënten over de invloed van de sociale omgeving. Omdat de open vragen ook via een vragenlijst is afgenomen is er helaas niet door gevraagd op de antwoorden van de patiënten. Mogelijk had kwalitatief onderzoek hier meer verduidelijking in kunnen geven.

Verder kwam de kennis van patiënten die, volgens de literatuur een rol speelt bij de beslissing om psychologische hulp te zoeken kwam in dit onderzoek minder sterk naar voren dan in eerder onderzoek van bijvoorbeeld Martin et al. (2013). Het verschil tussen mensen die het mentale aspect van hun pijn accepteren en mensen die dat niet deden blijkt er niet te zijn. Mogelijk is dit verschil niet aanwezig door de manier van vraagstelling die gebruikt is in dit onderzoek. Daarnaast is het mogelijk dat wanneer mensen aangegeven hebben het eens te zijn met de stelling dat er bij chronische pijn een samenspel is tussen lichaam en geest dit niet betekent dat deze mensen daadwerkelijk het mentale aspect van hun pijn accepteren. Ook bleek kennis uit meerdere onderdelen te bestaan waarvan maar een aspect is gemeten bij de analyses. De open vragen leveren een duidelijker beeld op van de kennis van mensen over het werk van de psycholoog. Hierin is helaas niet op door kunnen vragen omdat er een vragenlijst is afgenomen. Het is echter ook mogelijk dat het woord 'problemen' dat veel mensen benoemden in de open vragen deels veroorzaakt wordt door de vraagstelling van de meerkeuzevragen die hieraan vooraf gingen. Hierin wordt namelijk vaak de uitspraak 'mentale problemen' gebruikt, wat mogelijk de deelnemers beïnvloed bij het beantwoorden van de open vragen. Waarschijnlijk had kwalitatief onderzoek ook hier meer verduidelijking kunnen geven, omdat binnen deze manier van onderzoek meer doorgevraagd had kunnen worden op de antwoorden die patiënten gaven.

Binnen dit onderzoek zijn er ook voor de schalen intentie en bereidheid minder items gebruikt dan in voorgaande studies over dit onderwerp, bijvoorbeeld het onderzoek van Hammer et al. (2013). Hier is voor gekozen in verband met de tijd die patiënten hadden om de vragenlijst te kunnen invullen. Mogelijk is dit een onderdeel van de verklaring waarom de resultaten in dit onderzoek dan

In dit onderzoek zijn duidelijk meer vrouwen dan mannen meegenomen in de onderzoeksgroep, namelijk 73 vrouwen en 29 mannen. Dit is in overeenstemming met onderzoek van Tsang et al. (2008) dat zegt dat chronische pijn vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. Hoewel

dit in overeenstemming is met de literatuur is het mogelijk dat de resultaten van dit onderzoek anders waren geweest wanneer het aantal mannen en vrouwen meer gelijk zou zijn. De meeste deelnemers van dit onderzoek zaten in de leeftijdscategorie 60+, namelijk 52%. Dit is ook in overeenstemming met het onderzoek van Bekkering et al. (2011) dat schrijft dat chronische pijn het meest voorkomt bij mensen tussen de 60 en 80 jaar oud.

Verder blijkt dat er meer aspecten een rol spelen bij het bezoeken van psychologische hulp, welke nog niet gemeten zijn in dit onderzoek. Allereerst blijkt dat er een groot aantal praktische factoren invloed hebben zoals beschreven in het onderzoek van Fikretoglu en Liu, (2015). Hierin wordt namelijk beschreven dat de kosten van de behandeling, lange wachttijden, vervoer en de beschikbaarheid van de hulp veel voorkomende barrières zijn voor het gebruik maken van psychische hulp, waarvan enkele ook genoemd werden door patiënten in de open vragen en dus mogelijk bij deze doelgroep van invloed zijn op hun beslissing. Daarnaast is er geen verschil in intentie en bereidheid gemeten aan de hand van geslacht, wat ook als belangrijke factor beschreven wordt door onderzoek van Möller-Leimkühler (2001). Als laatste beschrijft het onderzoek van Hammer et al. (2013) dat vooral de factoren *attitudes*, *subjectieve norm* en *prototype* invloed hebben op intentie en bereidheid en op hulp-zoek beslissing. In dit onderzoek zijn de attitudes meegenomen in de zelf-stigma van mensen terwijl dit mogelijk een losse factor is. Ook gebruikt het onderzoek van Hammer et al. (2013) een vragenlijst die specifiek attitudes meet en geen zelf-stigma. Daarnaast is prototype niet aan de orde geweest in dit onderzoek. Dit zijn dan ook aanbevelingen voor vervolgonderzoek, waarbij het mogelijk van nut is de niet benoemde factoren te meten bij de patiënten van de Victoriakliniek te Zierikzee, namelijk de praktische factoren, geslacht, attitudes en prototype. Daarnaast is mogelijk een kwalitatief onderzoek van belang om open onderzoek te doen naar alle factoren die voor deze doelgroep een barrière vormen om psychologische hulp te bezoeken.

Uit zowel de praktijk als uit de theorie blijkt dat er een drempel bestaat tot het bezoeken van psychologische hulp bij patiënten met chronische pijn. Volgens de literatuur bestaan er verschillende factoren die een rol spelen bij deze drempel. Om binnen de pijnpoli te werken richting het vergroten van het zelfreddend vermogen van de patiënten is het volgens de literatuur van belang om met patiënten te spreken over stigma en mentale problemen die een rol spelen bij chronische pijn en een positief beeld neer te zetten van bijvoorbeeld de oplossingen voor mentale problemen bij chronische pijn. Ook is het van belang om belangrijke anderen van de patiënt te betrekken in deze gesprekken en bij het traject van patiënten omdat blijkt dat deze belangrijke anderen invloed hebben op de beslissing van patiënten. Als laatste lijkt het van belang dat er voorlichting gegeven of aangeboden wordt aan de patiënten. Kennis blijkt van belang te zijn bij het maken van de beslissingen en het lijkt dat patiënten niet altijd over de juiste kennis beschikken. Daarom kan er ingespeeld worden op het beroep en werkzaamheden van een psycholoog en wat deze voor de patiënt zou kunnen betekenen. Daarnaast kunnen patiënten meer leren over de werking van chronische pijn en informatie krijgen over het mentale aspect hiervan.

6. Literatuur

- Bekkering, G.E., Bala, M.M., Reid, K., Kellen, E., Harker, J., Riemsma, R., Huygen, F.J.P.M., & Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of cronic pain and its treatment in the Netherlands. *Netherlands journal of medicine*, 69(3), 141 – 153.
- Boldero, J. & Fallon, B. (1995). Adolescent help-seeking: what do they get help for and from whom. *Journal of Adolescence*, 1995(18). 193-209.
- Brakel, W.H., van (2006). Measuring health-related stigma: A literature view. *Psychology, Health & medicine*, 11(3), 307-334. doi: 10.1080/13548500600595160
- Breivik, H., Collet, B., Ventefrida, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, 10(4), 287-333.
- Bruijn-Kofman, A.T. de. (2004). *Leven met chronische pijn*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Choi, I., Sharpe, L., Li, S. & Hunt, C. (2015). Acceptability of psychological treatment to Chinese- and Caucasian-Australians: Internet treatment reduces barriers but face-to-face care is preferred. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2015(50), 77-87. doi: 10.1007/s00127-014-0921-1
- Corrigan, P. (2004) How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist* 59(7), 614–625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614
- Crombez, G. (2001). Chronische pijn. Niet-gepubliceerd manuscript, Gent.
- Deane, F.P. & Chamberlain, K. (1994). Treatment fearfulness and distress as predictors of professional help-seeking. *Britisch Journal of Guidance & Counseling*, 22(2), 207-218.
- Emmen, M.J., Meijer, S.A. & Verhaak, P.F.M. (2008). Positie van de eerstelijnspsycholoog in de geestelijke gezondheidszorg. *TSG*, 86(3), 142-149.
- Fikretoglu, D. & Liu, A. (2015). Percieved barriers to mental health treatment among individuals with a past-year disorder onset: findings from a Canadian population health survey. *Soc. Psychiatry Epidemiol*, 2015(50), 739-746. doi: 10.1007/s00127-014-0975-0
- Gezondheidsnet. (2015). Chronische pijnpatiënten ontevreden over behandeling. *Nu.nl*. Verkregen van <http://www.nu.nl/gezondheid>.
- Gibbons, F. X., & Gerrard, M. (1995). Predicting young adults' health risk behavior. *Journal of personality and social psychology*, 69(3), 505-517.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Griffiths, K.M., Christensen, H., Jorm, A.F., Evans, K., Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioral therapy interventions on stigmatizing attitudes to depression. *British Journal of Psychiatry* 185(4), 342–349.
- Hammer, J.H. & Vogel, D.L. (2013). Assessing the utility of the Willingness/Prototype Model in Predicting Help-Seeking Decisions. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 83-97. doi: 10.1037/a0030449
- Hardcastle, V.G. (1999). *The Myth of Pain*. London: The MIT Press
- Hardy, P.A.J. (1997). *Chronic Pain Management: The Essentials*. London: Cambridge University Press.

- International Association for the Study of Pain. (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 1979(6), 249-252.
- International Association for the Study of Pain. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Kenrick, D.T., Neuberg, S.L. & Cialdini, R.B. (2010). *Social Psychology: goals in interaction*. '5e editie'. Boston: Pearson.
- Lame, I.E., Peters, M.L., Vlaeyen, J.W., Kleef, M. & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain*, 2005(9), 15-24.
- Link, B.G., Yang L.H., Phelan J.C. & Collins, P.Y. (2004) Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511–541.
- Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Tod, S., Asmussen, S. & Phelan, J.C. (2001). The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illness. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626.
- Martin, S., Daniel, C. & Williams, A.C.D.S. (2013). How do people understand their neuropathic pain? A Q-study. *Pain*, 2014(155), 349-355. Doi: 10.1016/j.pain.2013.10.021
- Möller-Leimkühler, A.M. (2001). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 2002(71), 1-9.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B. (2007). Depression, Chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370, 851-858.
- Owen, J., Thomas, L.K. & Rodolfa, E. (2013). Stigma for Seeking Therapy: Self-Stigma, Social Stigma, and Therapeutic Processes. *The Counseling Psychologist*, 41(6), 857-880. doi: 10.1177/0011000012459365
- PAIN proposal. Een Europees consensus rapport (2010). *Het beheer van chronische pijn verbeteren. Nu en in de toekomst*. Verkregen op 8 april 2017, van <https://issuu.com/nomala/docs/report-europe-nl>.
- Peters S., Stanley I., Rose M. & Salmon P. (1998). Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Soc Sci Med*, 1998(46), 559–65.
- Remmerswaal, J. (2013). *Handboek groepsdynamica*. (11^e druk). Barneveld: Nelissen.
- Soons, P.H.G.M. (2012). Psychologen in de somatische gezondheidszorg. In A.A. Kaptein et al. (Red.), *Psychologie en geneeskunde* (vierde, geheel herziende druk, pp. 15-27). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. doi: 10.1007/978-90-313-9890-4_2
- Speckens, A.E.M., Hemert, A.M. van, Bolk, J.H., Hawton, K.E. & Rooijmans, H.G.M. (1995). The acceptability of psychological treatment in patients with medically unexplained physical symptoms. *Journal of Psychosomatic research*, 39(7), 855-863.
- Steenstra, I.A., Verbeek, J.H., Prinsze, F.J. & Knol, D.L. (2006). Changes in the incidence of occupational disability as a result of back and neck pain in the Netherlands. *BMC Public Health*, 2006(6), 190

- Tsang, A., Korff, M. Von, Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M.C., Borges, G.L.L., Bromet, E.J., Girolamo, G. de., Gureje, O., Lepine, J., Haro, J.M., Browne, M.A.O., Posada-Villa, J., Seedat, S. & Watanabe, M. (2008). Common Chronic Pain Conditions in Developed and Developing Countries: Gender and Age Differences and Comorbidity With Depression-Anxiety Disorders. *The Journal of Pain*, 9(10), 883-891
- Vogel, D.L., Wester, S.R. & Larson, L.M. (2007). Avoidance of counselling: Psychological Factors That Inhibit Seeking Help. *Journal of Counseling & Development*, 2007(85), 410-422.
- Zeelandcare. (2017). Zorgvisie. Geraadpleegd op 20 februari 2017 van <https://zeelandcare.com/over-ons/zorgvisie>

Bijlagen

Bijlage I Complete vragenlijst met instructie

Beste heer/mevrouw,

Ik wil u vriendelijk vragen om mee te doen aan dit onderzoek. Lees deze informatie rustig door.

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in beweegredenen van de patiënten met chronische pijn om wel of niet naar een psycholoog te gaan.

Van u wordt verwacht dat u éénmalig de vragenlijst invult. De vragenlijst bestaat uit 18 vragen, waarvan 15 meerkeuzevragen en 3 open vragen. Verwacht wordt dat het invullen deze vragenlijst ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag zal nemen. Wees vooral zo eerlijk mogelijk, foute antwoorden bestaan niet.

Dit is een volledig anoniem onderzoek, alle informatie zal strikt vertrouwelijk worden behandeld en alleen voor de onderzoeker inzichtelijk zijn.

Heeft u aanvullende vragen met betrekking tot het onderzoek? Neem dan contact op met: Anne de Jong: a.m.dejong@me.com

Alvast hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst.

Onderstaande vragen zijn algemene vragen. Kies het antwoord dat op u van toepassing is.

Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

Binnen welke categorie valt uw huidige leeftijd?

- ☐ 18-29 jaar
- ☐ 30-39 jaar
- ☐ 40-49 jaar
- ☐ 50- 59 jaar
- ☐ 60+

Wat is uw hoogst genoten opleiding?

- ☐ Geen opleiding
- ☐ Lagere school/basisschool
- ☐ Lager beroepsonderwijs (LBO), huishoudschool
- ☐ VMBO, MAVO, ULO, MULO
- ☐ HAVO, MMS
- ☐ VWO, HBS, Gymnasium
- ☐ MBO, MTS, MEAO
- ☐ HBO, bachelor, HTS, HEAO
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs, universiteit of hoger
- ☐ Anders, namelijk.....

Op onderstaande vragen kunt u antwoorden geven die lopen van 1 t/m 7. Als u een 1 invult bent u het helemaal oneens met de stelling, als u een 7 invult bent u het helemaal eens met de stelling. Kies het getal dat het beste bij uw mening past.

1. Als mensen mentale problemen ervaren dan vind ik; dat zij eerst moeten proberen hun eigen problemen op te lossen.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

2. Als mensen mentale problemen ervaren dan vind ik; dat je deze mensen het best kan mijden.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

3. Als ik zelf mentale problemen zou hebben, zou ik dat aan niemand vertellen.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

4. Als mensen mentale problemen ervaren dan vind ik; dat dit een teken is van persoonlijke zwakte.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

Bij de volgende vragen is het van belang u voor te stellen dat u mentaal niet lekker in uw vel zit.

5. Als ik mentaal niet lekker in mijn vel zou zitten dan zou ik; van plan zijn hulp bij een psycholoog te gaan zoeken.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

6. Als ik mentaal niet lekker in mijn vel zou zitten dan zou ik; moeite doen hulp bij een psycholoog te zoeken.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

7. Als ik mentaal niet lekker in mijn vel zou zitten dan zou ik; een specialist of behandelaar vragen mij door te verwijzen naar een psycholoog.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

8. In hoeverre bent u het eens met de volgende stelling: Bij chronische pijn is er een samenspel tussen lichaam en geest.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

9. Als ik mentaal niet lekker in mijn vel zou zitten, zou ik bereid zijn een psycholoog bellen voor een afspraak.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

10. Als ik mentaal niet lekker in mijn vel zou zitten, zou ik bereid zijn een psycholoog e-mailen voor een afspraak.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

11. Als ik mentaal niet lekker in mijn vel zou zitten, zou ik bereid zijn hulp van een psycholoog te accepteren wanneer ik doorverwezen wordt door een specialist van het pijncentrum.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

Mensen uit u sociale omgeving.

Hoe denken mensen uit uw directe omgeving over mentale problemen.

12. De meeste mensen vinden dat; wanneer mensen mentale problemen ervaren, zij eerst moeten proberen hun eigen problemen op te lossen.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

13. De meeste mensen vinden; mentale problemen een teken van zwakte.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

14. De meeste mensen vinden dat; je mensen met mentale problemen maar beter kan vermijden.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

15. De meeste mensen; zouden het aan niemand vertellen, wanneer ze mentale problemen zouden hebben.

Helemaal niet mee eens

1	2	3	4	5	6	7

Helemaal mee eens

Hieronder volgen nog enkele open vragen. Op de lijnen kan u een antwoord geven dat voor u het meest passend is.

16. Wat is het eerste dat er bij u opkomt als u het woord 'psycholoog' hoort?

.....
.....
.....

17. Wat is volgens u het grootste verschil tussen een psycholoog en een psychiater?

.....
.....
.....

18. Wat zou het voor u makkelijker maken om hulp van een psycholoog te zoeken of te accepteren? (u mag alle mogelijkheden noemen die in u opkomen).

.....
.....
.....

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Bijlage II Analyseplan

Frequency tabellen voor geslacht, leeftijd en opleiding uitgevoerd om uitspraken te doen over de doelgroep.

Geslacht

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Man	29	28,4	28,4	28,4
Vrouw	73	71,6	71,6	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Leeftijd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18-29	5	4,9	4,9	4,9
30-39	5	4,9	4,9	9,8
40-49	12	11,8	11,8	21,6
50-59	26	25,5	25,5	47,1
60+	54	52,9	52,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Opleiding

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid geen opleiding	1	1,0	1,0	1,0
lagere school/basisonderwijs	2	2,0	2,0	2,9
lager beroepsonderwijs (LBO), huishoudschool	28	27,5	27,5	30,4
VMBO, MAVO, ULO, MULO	20	19,6	19,6	50,0
Havo, MMS	6	5,9	5,9	55,9
Vwo, HBS, Gymnasium	4	3,9	3,9	59,8
MBO, MTS, MEAO	17	16,7	16,7	76,5
HBO, bachelor, HTS, HEAO	20	19,6	19,6	96,1

wetenschappelijk onderwijs, universiteit of hoger	3	2,9	2,9	99,0
Anders	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Berekening van de betrouwbaarheid van alle schalen met Cronbach's alfa Dit is gedaan om te kijken of de onderdelen een betrouwbare schaal zouden vormen bij het samenvoegen van de items.

Chronbach's Alfa voor de items die zelfstigma meten (1-4)

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,377	,427	4

Hieruit blijkt dat de items geen betrouwbare schaal vormen, daarom is verder gekeken in de tabel naar Chronbach's Alpha if item deleted om een meer betrouwbare schaal te vormen.

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
vraag 1	6,59	10,024	,087	,053	,452
vraag 2	9,50	9,392	,369	,263	,159
vraag 3	8,14	10,421	,052	,029	,489
vraag 4	9,40	8,662	,400	,280	,102

Chronbach's Alfa voor de items die subjectieve norm meten (12-15)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,724	,725	4

Chronbach's Alfa voor de items die intentie meten (5-7).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,931	,931	3

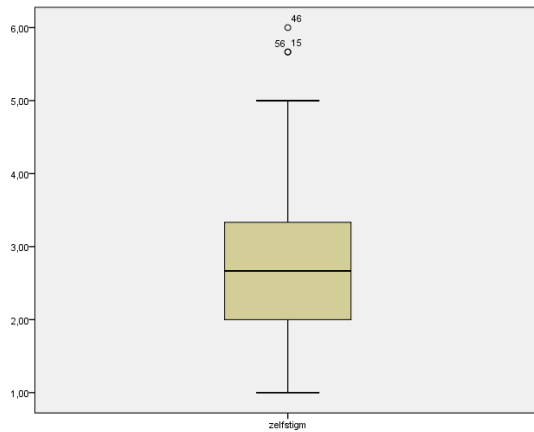
Chronbach's Alfa voor de items die bereidheid meten (9-11).

Reliability Statistics

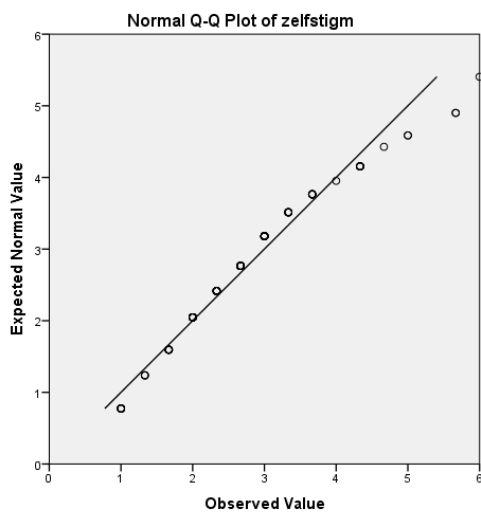
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,799	,795	3

Om te bepalen welke toetsen er gebruikt mogen worden is er gekeken naar de normale verdeling van de variabelen. Hieruit bleek dat de variabele *Zelf-stigma* normaal verdeeld is, evenals de variabele *subjectieve norm* en de variabele *intentie*. De variabele *bereidheid* bleek niet normaal verdeeld te zijn. Hoewel de qq-plots niet bij alle variabelen een rechte lijn vormen, zijn, aan de hand van de boxplots van de verschillende variabelen, de conclusies over de variabelen getrokken.

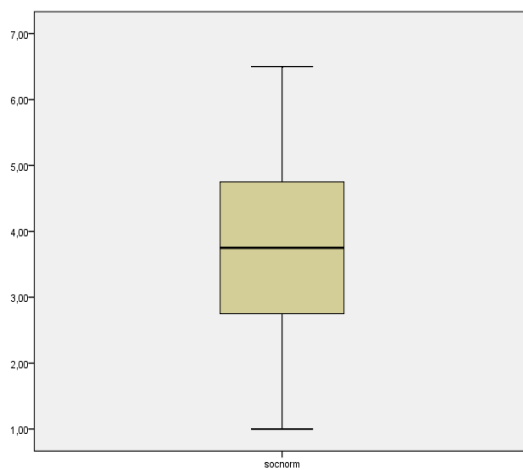
Boxplot zelfstigma



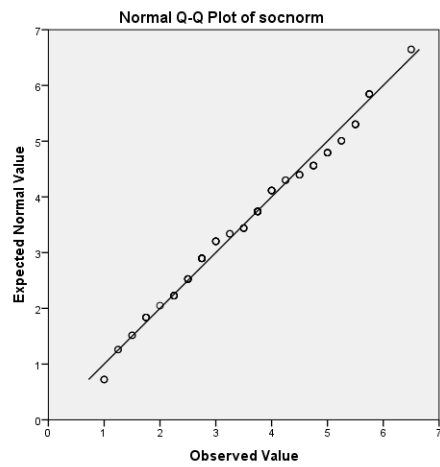
Qq-plot zelfstigma



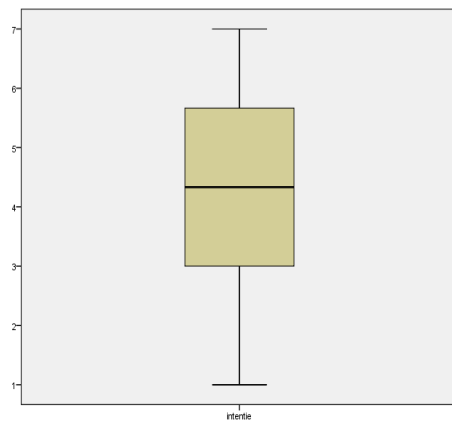
Boxplot subjectieve norm



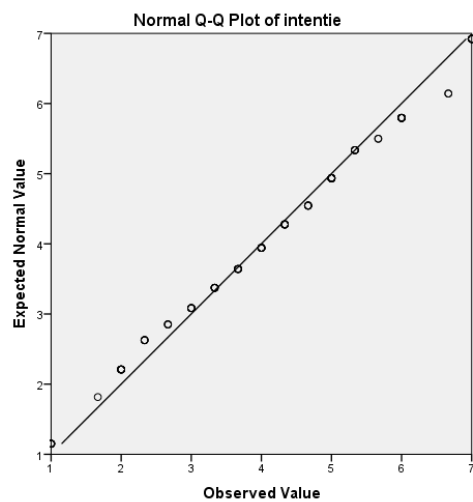
Qq-plot subjective norm



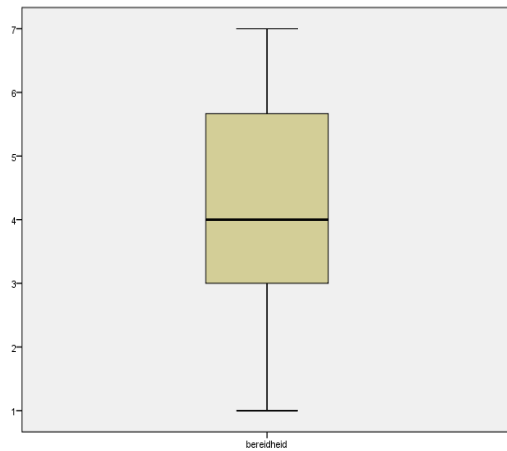
Boxplot intentie



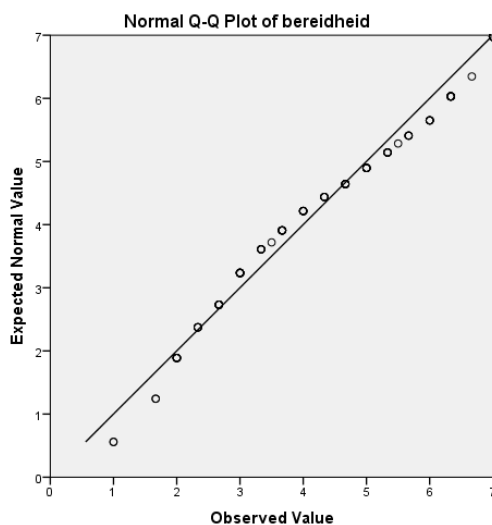
Qq-plot intentie



Boxplot bereidheid



Qq-plot bereidheid



Zowel de variabele *zelf-stigma* als de variabele *intentie* zijn normaal verdeeld, daarnaast zijn beide continue variabelen. Ook is er gekeken naar het lineaire verband tussen deze twee variabelen, dit is gedaan door een scatterplot te maken van deze twee variabelen. Hieruit blijkt dat er geen lineair verband lijkt te zijn tussen deze twee variabelen en mag de Pearson correlatie niet gebruikt worden. Daarom is gebruik gemaakt van de Spearman's Rho.

Spearman's correlatie zelf-stigma en intentie.

Correlations ^b			zelfstigma	intentie
Spearman's rho	zelfstigma	Correlation Coefficient	1,000	-,166*
		Sig. (1-tailed)	.	,049
	intentie	Correlation Coefficient	-,166*	1,000
		Sig. (1-tailed)	,049	.

*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

b. Listwise N = 100

De variabele *zelf-stigma* is normaal verdeeld. De variabele *bereidheid* is niet normaal verdeeld. Hierdoor mag de Pearson correlatie niet gebruikt worden. Daarom is gebruik gemaakt van de Spearman's Rho.

Spearman's correlatie zelf-stigma en bereidheid.

Correlations ^a			zelfstigma	bereidheid
Spearman's rho	zelfstigma	Correlation Coefficient	1,000	-,150
		Sig. (1-tailed)	.	,068
	bereidheid	Correlation Coefficient	-,150	1,000
		Sig. (1-tailed)	,068	.

a. Listwise N = 100

Zowel de variabele *subjectieve norm* als de variabele *intentie* zijn normaal verdeeld, daarnaast zijn beide continue variabelen. Ook is er gekeken naar het lineaire verband tussen deze twee variabelen, dit is gedaan door een scatterplot te maken van deze twee variabelen. Hieruit blijkt dat er geen lineair verband lijkt te zijn tussen deze twee variabelen en mag de Pearson correlatie niet gebruikt worden. Daarom is gebruik gemaakt van de Spearman's Rho.

Spearman's correlatie subjectieve norm en intentie.

Correlations ^a			intentie	subnorm
Spearman's rho	intentie	Correlation Coefficient	1,000	-,105
		Sig. (1-tailed)	.	,149
	subnorm	Correlation Coefficient	-,105	1,000
		Sig. (1-tailed)	,149	.

a. Listwise N = 100

De variabele *subjectieve norm* is normaal verdeeld. De variabele *bereidheid* is niet normaal verdeeld. Hierdoor mag de Pearson correlatie niet gebruikt worden. Daarom is gebruik gemaakt van de Spearman's Rho.

Spearman's correlatie subjectieve norm en bereidheid.

Correlations ^a				
			bereidheid	subnorm
Spearman's rho	bereidheid	Correlation Coefficient	1,000	-,035
		Sig. (1-tailed)	.	,363
	subnorm	Correlation Coefficient	-,035	1,000
		Sig. (1-tailed)	,363	.

a. Listwise N = 100

Omdat aan de voorwaarden van de independent t-toets is voldaan, is hiervan gebruik gemaakt om te kijken of mensen die het meer eens waren met de stelling 'bij chronische pijn is er een samenspel tussen lichaam en geest.' ook een hogere intentie ervaren. Het cut-point is aangegeven op 4. Zodat de mensen die lager of gelijk aan 4 hebben ingevuld het niet eens zijn met de stelling en mensen die hoger dan 4 hebben ingevuld het eens zijn met de stelling. Hierbij was de H0= er is geen verschil en H1= er is wel een verschil.

Group Statistics

	vraag 8	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
intentie	>= 4	77	4,4286	1,82001	,20741
	< 4	24	3,7917	1,65594	,33802

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
intentie	Equal variances assumed	,337	,563	1,528	99	,130	,63690	,41689	-,19029	1,46410
	Equal variances not assumed			1,606	41,787	,116	,63690	,39658	-,16355	1,43735

Wanneer er *geen* gelijkheid in varianties is zal de Levene's test significant zijn, dit is niet het geval want $\text{sig.} > .05$. Daarom wordt gekeken naar de Equal variances assumed. Hier staat een significantie van .130. Dit is niet kleiner dan .05 wat betekent dat de H_0 aangenomen wordt, namelijk dat er geen verschil is tussen de twee groepen.

Omdat aan de voorwaarden van de independent t-toets is hiervan gebruik gemaakt om te kijken of mensen die het meer eens waren met de stelling 'bij chronische pijn is er een samenspel tussen lichaam en geest.' ook een hogere bereidheid ervaren. Het cut-point is aangegeven op 4. Zodat de mensen die lager of gelijk aan 4 hebben ingevuld het niet eens zijn met de stelling en mensen die hoger dan 4 hebben ingevuld het eens zijn met de stelling. Hierbij was de H_0 = er is geen verschil en H_1 = er is wel een verschil.

Group Statistics

	vraag 8	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
bereidheid	≥ 4	77	4,4394	1,65056	,18810
	< 4	24	3,8403	1,52711	,31172

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
bereidheid	Equal variances assumed	,772	,382	1,579	99	,117	,59912	,37936	-,15362	1,35185
	Equal variances not assumed			1,646	41,148	,107	,59912	,36408	-,13607	1,33430

Wanneer er geen gelijkheid in varianties is zal de Levene's test significant zijn, dit is niet het geval want $\text{sig.} > .05$. Daarom wordt gekeken naar de Equal variances assumed. Hier staat een significantie van .107. Dit is niet kleiner dan .05 wat betekent dat de H_0 aangenomen wordt, namelijk dat er geen verschil is tussen de twee groepen.

Bijlage III Ethische verantwoording

Om de probleemstelling en vraagstelling van dit onderzoek te ontwikkelen heb ik me gericht op relevante problemen uit de beroepspraktijk door in gesprek te gaan met de opdrachtgever en de begeleider die mij is aangewezen vanuit de opdrachtgever. Door meerdere gesprekken heb ik meer verdieping kreeg over de aard van het probleem, waarbij ik eerst vooral volgde wat de opdrachtgever me vertelde maar dit vervolgens verder heb bekeken door rekening te houden met de belangen van de patiënten van de Victoriakliniek. Hierbij ben ik bewust bezig geweest met het kritisch en objectief kijken naar de opvattingen van de opdrachtgever ten aanzien van de aard van het probleem.

Op basis van deze probleemstelling heb ik een passend onderzoeksplan en ontwerp gemaakt wat, naar mijn inzien, een bruikbaar resultaat zou opleveren en wat passend was voor de gegeven tijdsduur. Hierbij heb ik gekozen om kwantitatief onderzoek te doen met enkele open vragen voor meer informatie. In de methode sectie is te lezen hoe de vragenlijst tot stand is gekomen en welke overwegingen hierbij zijn gemaakt.

Tijdens het voortraject en begintraject van het onderzoek is er duidelijk gecommuniceerd met de opdrachtgever over haalbaarheid van de vraagstelling en de beperkingen van het onderzoek door een aantal keer in gesprek te gaan over wederzijdse verwachtingen en haalbaarheid hiervan. Daarbij heb ik verantwoordelijkheid genomen voor mijn eigen handelen en zelfstandig dit onderzoek vormgegeven. Ook zijn er afspraken gemaakt over de kosten van het onderzoek, mocht dit nodig zijn, en het werven van respondenten. Daarbij is rekening gehouden met de privacy van de doelgroep en is afgesproken alleen vragenlijsten op papier af te nemen binnen de muren van de pijnpoli.

Binnen de literatuur heb ik getracht alle mogelijke kanten van het thema te belichten door breed de literatuur te bekijken en bronnen te zoeken die elkaar bevestigen maar ook tegenspreken. Dit heb ik gedaan met behulp van meerdere databanken die beschikbaar zijn via Fontys en met behulp van 'snowballing', waarbij eerdere onderzoeken gebruikt zijn om meer nuttige bronnen te verkrijgen. Ook heb ik zowel de Nederlandse literatuur als de internationale literatuur geraadpleegd om een zo compleet mogelijk beeld te verkrijgen en te kunnen weergeven. Daarnaast zijn alle bronnen in dit onderzoek geregistreerd, opgeslagen en weergegeven in de literatuurlijst.

Door een korte instructie te geven bij het uitreiken van de vragenlijsten en de participanten de mogelijkheid te geven in een andere ruimte de vragenlijsten in te vullen heb ik geprobeerd zo min mogelijk invloed uit te oefenen op de praktijk van de patiënten. Daarnaast was het invullen van de vragenlijsten voor de patiënten vrijblijvend. Ze konden zelf beslissen deze wel of niet in te vullen. Ook na het lezen van de instructie hadden de deelnemers de mogelijkheid om te kiezen de lijst niet in te vullen maar leeg in te leveren. De instructie is geschreven om de deelnemers zo veel als dat kon te informeren over het doel van het onderzoek, de privacy voorop te stellen en de deelnemers te laten weten dat zij zelf de keuze hadden om deel te nemen.

Ook heb ik rekening gehouden met de protocollen die op de pijnpoli gelden met betrekking tot privacy van patiënten volgens de medisch-ethische beroepscode. Ook heb ik in de vragenlijst mijn contactgegevens vermeld zodat deelnemers mij konden benaderen met opmerkingen en heb ik meerdere keren met mijn opdrachtgever en begeleider de voortgang van het onderzoek besproken.

Data is verzameld aan de hand van vragenlijsten waarbij de privacy van de patiënten hoog in het vaandel stond, zoals beschreven in de NIP beroepscode. Dit is de reden dat zij niet werden gevraagd om persoonlijke gegevens te vermelden bij het invullen van de vragenlijsten, zodat deze compleet anoniem waren en de gegevens alleen voor onderzoeksdoeleinden gebruikt kunnen worden. Daarbij zijn alle vragenlijsten alleen door mij, de onderzoeker, verzameld en bewaard en is de data ingevuld in SPSS zodat deze zorgvuldig bewaard kan worden.

De data is geanalyseerd om de vragen uit het onderzoek te kunnen beantwoorden en niet gestuurd in de richting van gewenst resultaat. Daarbij heb ik gekeken naar de verschillende toetsen die gebruikt konden worden en of er aan de voorwaarden van deze toetsen is voldaan, voorafgaand aan het uitvoeren van de analyses. De open vragen zijn zorgvuldig uitgewerkt door het kijken naar de antwoorden, deze op te slaan en daaruit thema's te vormen. De conclusies die ik heb getrokken zijn ook gericht op het beantwoorden van de onderzoeksvragen en onderbouwt met de gegevens uit de analyses.

Het bleek dat de gegevens uit de analyses en de open vragen verschillende uitkomsten hadden. Ook spreken deze uitkomsten de conclusies uit eerdere onderzoeken tegen. Dit heb ik benoemd en uitgewerkt in de discussie van het onderzoek.

De kennis uit de literatuur en het veldonderzoek heb ik gecombineerd om voor de opdrachtgever een helder beeld te geven van de situatie en het probleem en de mogelijkheid te kunnen werken in de richting van het belang van de patiënt, zoals beschreven in de medisch-ethische gedragscode.

Gedurende het onderzoek is er meermaals overleg geweest met mensen van de opleiding, zowel over het proces als over de inhoud van het onderzoek. Tijdens deze contactmomenten heb ik geluisterd naar de informatie en probeerde ik verder te gaan met de gekregen feedback en tips.