

**De Invloed van Haptotherapie op de Copingstijl
van Werknemers met Nek- en Schouderklachten**

Hannie Akkerman

Eerste begeleider: drs. G. Koremans-van Hoorn

Tweede begeleider: dr. T. Völlink

Mei 2005

Faculteit Psychologie

Afstudeerrichting Gezondheidspsychologie

Open Universiteit Nederland

Inhoud

Samenvatting	3
Summary	4
1. Inleiding	5
2. Methode	15
2.1 Onderzoeksgroep en onderzoeksopzet	15
2.2 Meetinstrumenten	15
2.3 Procedure	17
2.4 Analyse	18
3. Resultaten	19
4. Discussie	22
Literatuur	26
Bijlagen	29
Aanbiedingsbrief	29
Herinneringsbrief	30
Invulinstructies vragenlijst A	31
Invulinstructies vragenlijst B	32
Algemene vragen en pijnintensiteitsmeter A	33
Pijnintensiteitsmeter B	34
Items Utrechtse Copinglijst	35

Samenvatting

In deze studie is onderzocht of er een verband bestond tussen de haptotherapeutische aanrakende behandelingen en de copingstijl van werknemers met nek- en schouderklachten met als doel het empirisch onderbouwen van de haptotherapie. Het onderzoek is uitgevoerd onder een populatie van 20 haptotherapeuten die ieder 5 cliënten op volgorde van aanmelding de vragenlijsten uitreikten. Hiervan zijn er 42 geretourneerd.

Als uitgangspunt is de stress- en copingtheorie van Lazarus en Folkman (1984) genomen, waarin stress gezien wordt als het gevolg van een wisselwerking tussen individu en situatie. De centrale vraagstelling: 'Is er na drie haptotherapeutische behandelingen een effect waar te nemen bij werknemers met nek- en schouderklachten ten gevolge van werkstress?' leidde tot twee hypothesen. De ene hypothese veronderstelde dat de haptotherapeutische aanraking bij werknemers leidde tot toename van de spierspanningspijn. De veronderstelling was dat deze pijntoename er toe zou leiden adequater met spanningen om te gaan. De andere hypothese veronderstelde dat de haptotherapeutische aanraking leidde tot een adequatere copingstijl.

De volgende meetinstrumenten zijn gebruikt: de Utrechtse Copinglijst om de copingstijl te meten en de VAS schaal om de pijnervaring te meten. De eerste hypothese (pijntoename) is op grond van de resultaten verworpen. De tweede hypothese wordt door de resultaten ondersteund. Na 3 haptotherapeutische behandelingen is er een effect waar te nemen. Zoals verwacht zijn de scores op de Utrechtse Copinglijst van de copingstijlen Actief aanpakken en Sociale steun zoeken significant toegenomen en de score op de copingstijl Passief reactiepatroon significant afgenomen.

Een vervolgonderzoek wordt aanbevolen. Naast de groep die een haptotherapeutische behandeling krijgt, zou een controlegroep geplaatst kunnen worden die bijvoorbeeld fysiotherapie krijgt.

Summary

This study focuses on the question whether there is a link between haptic-therapeutic touching treatment and the coping styles of employees with work-related neck and shoulder complaints. The purpose is to empirically substantiate haptic-therapy. The study was carried out among a population of twenty haptic-therapists who each handed the questionnaires to five clients, in order of registration. 42 questionnaires were returned.

The study is based on the stress and coping theory of Lazarus and Folkman (1984), where stress is seen as the result of the interaction between individuals and situations. The central question was 'Is there an observable effect after three haptic-therapeutic sessions in employees with work-stress related neck and shoulder complaints?' This led to two hypotheses. The first is that the haptic-therapeutic touch would lead to an increase in stress-related muscle pain among the employees, assuming that the increase in pain would result in a more adequate coping with tension. The second hypothesis is that haptic-therapeutic touch leads to a more adequate coping style.

I used the following measuring instruments: the Utrecht Coping list to measure coping style, and the VAS scale to measure the pain experience. The first hypothesis (the increase in pain) was rejected on the basis of the results. The second hypothesis is supported by the results. There is an observable effect after three haptic-therapeutic treatments. As was expected, the scores on the Utrecht Coping list on the actively dealing with the problem and seeking social support coping styles increased significantly and the score on the passive reaction pattern coping style decreased significantly.

Further study must be carried out. A control group should be studied alongside the group receiving a haptic-therapeutic treatment. This control group should, for instance, be receiving physiotherapy.

De invloed van haptotherapie op de copingstijl van werknemers met nek- en schouderklachten.

1. Inleiding

In dit onderzoek staan werknemers centraal die, in verband met spanningsklachten in het nek- en schoudergebied ten gevolge van werkstress, hulp zoeken bij een haptotherapeut. De aanleiding zijn ervaringen vanuit de praktijk en het onderzoek van Van 't Hof, Van Voorst & Van Zoelen-Nederlof (1997).

Werkstress is een belangrijke oorzaak van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Zowel het langdurig ziekteverzuim als de WAO-instream worden in ongeveer 30% van de gevallen veroorzaakt door werkstress (Leffers, Vergunst, Kleber, Stroebe & Hak, 2000). Werkstress wordt in onderhavig onderzoek opgevat als de consequentie van een inadequate afstemming van de behoeften, vermogens en andere hulpbronnen van een werknemer enerzijds en de regelmogelijkheden en eisen van diens functie anderzijds (Schabracq, Winnubst, Perreijn & Gerrichhauzen, 1995). Fysiologisch gesproken gaat stress samen met een verhoogde globale arousal. Dat leidt in het lichaam naast hogere bloeddruk, versnelde hartslag, hogere bloedsuikerspiegel, grotere doorbloeding van de spieren en snellere ademhaling ook tot een hogere spierspanning in het bewegingsapparaat (Smulders & Op de Weegh, 1997). Het accent van onderhavig onderzoek zal liggen op de spierspanning in het nek- en schoudergebied. Blijft de werksituatie stressvol dan wordt de arousal niet weggenomen. Lundberg (2003) heeft dit laten zien in een onderzoek waaruit blijkt dat stress de spierspanning in de nek-schouder spier, de musculus trapezius, significant verhoogt. Fysieke eisen, maar ook cognitieve factoren en mentale stress houden de spieren op een hoger spanningsniveau dan normaal. Daarnaast vermeldt Lundberg in zijn onderzoek dat er ondanks de aanzienlijke ergonomische verbeteringen van de

werkomgeving gedurende de laatste tientallen jaren, het aantal werknemers met spierspanningklachten niet is afgenomen.

Uit een grootschalig Nederlands onderzoek van Bongers (2001) naar factoren van stress op het werk blijkt dat 21% van de ondervraagden last heeft van nek- en schouderklachten. Een rapport van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, 2000) waarin de periodeprevalentie over 12 maanden van klachten aan het bewegingsapparaat vermeld staat, laat zien dat 44.5% van de lichamelijke klachten voorkomt in nek, schouders of hoog in de rug. Van de mensen met deze klachten komt 40.8% bij de huis- en/of bedrijfsarts. Van deze patiënten wordt 32.8% doorverwezen naar de fysiotherapeut. In het onderhavige onderzoek staan werknemers centraal die hulp hebben gezocht bij een haptotherapeut voor pijnklachten in het nek- en schoudergebied.

Uit een onderzoek waarin de gegevens van 2396 cliënten van haptotherapeuten zijn verwerkt blijkt dat 30.9% zich met spierspanningklachten bij de haptotherapiepraktijk meldt (Van 't Hof, et al., 1997). Hieronder vallen ook de spierspanningklachten in het nek- en schoudergebied. Er is geen specifiek onderzoek gedaan naar het precieze aantal nek- en schouderklachten dat bij de haptotherapeut voor behandeling komt.

De haptotherapie is een therapie/begeleidingsvorm die gebaseerd is op de haptonomie. De haptonomie is 'de wetenschap van de tastzin, het gevoel en het gevoelsleven'. Dit voelen, de tast, wordt aangesproken doordat de haptotherapeut gebruik maakt van de aanraking. Onder de haptotherapeutische aanraking wordt begrepen het contact dat de haptotherapeut door middel van zijn handen maakt met het lichaam van de cliënt.

Vanuit de psychologie zijn de therapeutische methodes niet gericht op direct lichamenlijk contact. Dit is in tegenstelling tot de haptotherapie waar de lichamenlijke aanraking een belangrijk therapeutisch middel is. Het menselijk lichaam wordt gezien als 'drager' van gevoelens met een geheugen

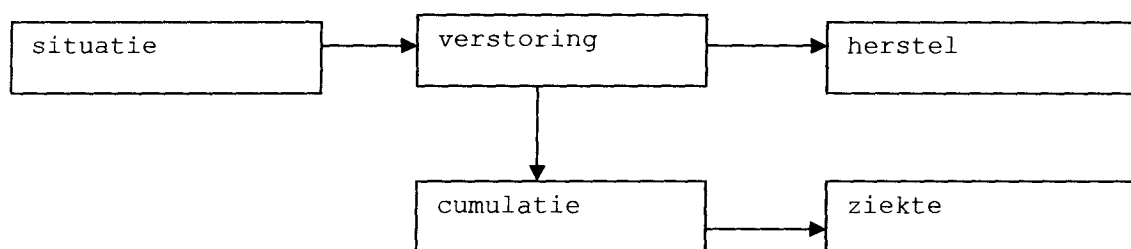
voor positieve en negatieve gevoelservaringen. De mens doet deze ervaringen op via het tasten en het voelen. De negatieve gevoelservaringen zijn bij een mens terug te vinden in blokkades van bewegingspatronen, in het ontstaan van voorkeurshoudingen, voorkeursbewegingen en spierspanningen (VVH, 1999). Als in de haptonomie sprake is van een klacht, dan wordt deze klacht begrepen in de context van het dagelijks bestaan (Veldman, 1988). Dit betekent dat als een cliënt met schouder- en nekklachten bij de haptotherapeut komt, dat er behalve naar de klacht, vooral naar de gevoelsmatige leefomstandigheden van de cliënt wordt geïnformeerd. Bijvoorbeeld welke gevoelens roepen conflicten, werkdruk en gebrek aan autonomie op, hoe verlopen de contacten met mensen in de omgeving, welke gevoelens brengen deze contacten teweeg en hoe gaat deze cliënt daar lichamelijk mee om?

Haptotherapie en massage hebben het direct aanrakende contact met elkaar gemeen. Uit onderzoeken naar de effecten van massage op het verminderen van de stressgevolgen blijkt dat massage de bloeddruk en het hartminutenvolume verlaagt, de stemming verbetert en de angst vermindert (Walach, Güthlin & König, 2003; Moyer, Rounds & Hannum, 2004; Post-White, Kinney, Savik, Gau, Wilcox & Lerner, 2003). Naar de effecten van de aanraking in de haptotherapie zijn geen onderzoeken bekend. Massage heeft tot doel spierspanningen op te heffen en hoewel uit onderzoek blijkt dat de haptotherapeutische aanraking de spierspanningen vermindert (Van 't Hof, et al., 1997), is dat niet het doel van de haptotherapie. Het doel van de haptotherapie is dat mensen door middel van de aanraking gaan beseffen hoe zij lichamelijk reageren op geestelijk en lichamelijk belastende omstandigheden (VVH, 1999).

In de praktijk van de haptotherapeut geven werknemers met spanningsklachten in het nek- en schoudergebied tijdens de behandelperiode aan 'dat zij door de haptotherapeutische behandelingen leren beter met spanningen om te gaan'. Het beter met spanningen omgaan is nauw verwant aan het begrip copingcapaciteit, het vermogen om stressoren te hanteren.

Stressoren zijn gebeurtenissen in de buitenwereld of situaties die door het individu als een belasting kunnen worden ervaren (Vingerhoets in Schabracq, Winnubst, Perreijn, & Gerrichhauzen, 1995). De copingcapaciteit is de verzameling van copingstijlen die mensen tot hun beschikking hebben. Copingstijl is de individuele wijze van omgaan met problemen. Men spreekt van copingstijl als hetzelfde copinggedrag over meerdere verschillende gebeurtenissen, waaronder werkstresssituaties, getoond wordt (Tellegen & Winnubst, 1986).

Werkstress brengt het lichaam in een verhoogde staat van paraatheid om, zoals eerder beschreven, (tijdelijk) een betere prestatie te leveren. Deze paraatheid is een basaal reactiepatroon, dat niet door onze wil gestuurd wordt (Schabracq, et al., 1995). Het is een functionele en effectieve aanpassingsreactie (Kompier, et al., 1997). Als het lichaam door de omstandigheden (bijvoorbeeld verhoogde werkdruk, controleverlies) niet herstelt maar in verhoogde staat van paraatheid blijft, werkt deze basale reactie contraproductief. De oorspronkelijke functionele aanpassing, leidt nu tot structurele veranderingen (Kompier, et al., 1997). Wat als een onbewuste reactie begon, wordt als stressgevolg merkbaar in de vorm van bijvoorbeeld verhoogde spierspanning, veranderde ademfrequentie, verhoogde hartslag en bloeddruk. In onderstaand schema is het beschreven proces weergegeven.



Wanneer de afstemming van mensen op hun omgeving is verstoord en er geen herstel optreedt, kan cumulatie leiden tot ziekte. De draagkracht en de te dragen last zijn niet met elkaar in evenwicht.

In de haptotherapie wordt de klacht niet alleen als een last, maar ook als een signaal gezien. Dit betekent dat de nek- schouderklachten in onderhavig onderzoek als signaal van overbelasting worden gezien. In de behandeling worden cliënten door de aanraking op deze signaalfunctie gewezen. Dit gebeurt door in de behandeling een belastende situatie te creëren bijvoorbeeld door cliënten lichamelijk onder druk te zetten. De veronderstelling is dat cliënten deze belasting opvangen op de manier zoals zij dat in het dagelijks leven gewend zijn, namelijk door het verhogen van de spanning van de spieren in het nek- en schoudergebied. In de behandeling wordt de relatie gelegd tussen de toegenomen spierspanningpijn en de belastende situatie. De gedachte is nu dat toename van de spierspanningpijn in het dagelijks leven vaker opgemerkt wordt omdat daar in de behandeling voelbaar op wordt gewezen. Hierdoor zouden cliënten zich in een vroeger stadium bewust kunnen worden van belastende omstandigheden, waardoor zij de mogelijkheid krijgen eerder actie te ondernemen om deze belasting te verlagen. Aangetoond is dat een actieve, probleemgerichte copingstijl over het algemeen met minder stressreacties gepaard gaat dan een passieve gerichte copingstijl (Schaufeli & Buunk in Leffers, et al., 2000). In een onderzoek naar werkstress, coping en burnout bleek werkstress een positieve, en actieve coping een negatieve samenhang met burnout te hebben (De Vries & Hoogstraten, 2000).

Daarnaast kunnen cliënten in de behandeling eveneens ervaren hoe de spanning vermindert door er op een meer adequate wijze mee om te gaan. Dit kan bijvoorbeeld door bij stress niet de spierspanning te verhogen, maar in samenwerking met de therapeut, juist te verlagen en ontspannen te blijven. Hun passieve copingstijl (vluchtreactie) kan zo in de direct belastende situatie gewijzigd worden. De cliënten ervaren, als ze in de behandeling

weer onder druk gezet worden, dat dezelfde belastende situatie als minder belastend kan worden ervaren. In plaats van te verstijven behouden ze hun elasticiteit.

Het sociale aspect speelt een belangrijke rol in de haptotherapeutische behandeling. Dat wil zeggen als in de boven geschetste situatie een cliënt op een stresssituatie reageert met het verhogen van de spierspanning, aan deze cliënt gevraagd wordt of deze de lichamelijke reactie herkent vanuit het dagelijks leven. Tevens wordt gevraagd in welke situatie en bij welke sociale contacten deze spanningen zich kunnen voordoen. Samen met de therapeut wordt gezocht naar een andere wijze van omgaan met de spanning waardoor deze spanning zou kunnen verlagen. Door het samen naar oplossingen zoeken en de koppeling naar het dagelijkse leven te maken zou de copingstijl 'Sociale steun zoeken' beïnvloed kunnen worden. Uit onderzoek is gebleken dat sociale steun stress kan reduceren, hoe groter de sociale steun hoe minder spanning mensen rapporteren (LaRocco, House & French in Lechner, Brug, Backbier, Nyklicek, Genders & Boom, 1999).

De haptotherapeutische behandeling maakt direct voelbaar dat op een meer adequate manier met lichamelijke spanning omgegaan kan worden. Als de arbeidssituatie tot spierspanningpijn leidt, wordt dit door de werknemers als signaal van (dreigende) overbelasting beschouwd. De veronderstelling is dat de werknemers de spierspanningpijn aangrijpen om op een meer adequate manier met de belastende arbeidssituatie om te gaan, hun copingstijl wijzigen, om zo een klachtenvermindering te bewerkstelligen.

Zoals eerder vermeld, is de aanleiding voor onderhavig onderzoek zowel ervaringen vanuit de praktijk als het onderzoek van Van 't Hof, et al., (1997). In dat onderzoek zijn de kenmerken van de cliëntenpopulatie van de Vereniging Van Haptotherapeuten onderzocht. Tevens is cliënten gevraagd naar het effect dat de haptotherapeutische behandeling op hen had en naar hun verwachtingen omtrent het behandelresultaat. De vraag naar de verwachtingen rondom het behandelresultaat bestond uit zeven antwoordcategorieën en er

mochten meerdere antwoorden aangekruist worden. Van de cliënten kruiste 75.4% het antwoord 'meer inzicht in zichzelf te krijgen' aan. Rond de 50% gaf aan specifiek een verandering van de lichamelijke klachten te verwachten. Dit is een verschil met het verwachtingspatroon van de cliënten binnen de fysiotherapie, daar verwachten de patiënten altijd een vermindering van de lichamelijke klachten (Bergman, Winters, Groenier, Pool, Meyboom-de Jong, Postema, & Heyden, 2004). Uit de resultaten van het onderzoek van Van 't Hof et al., (1997) naar het effect van de haptotherapie blijkt dat de haptotherapeutische behandelingen voor 24.2% van de cliënten het inzicht in henzelf heeft vergroot, bij 17.3% het zelfvertrouwen heeft vermeerderd, bij 12.6% de contacten met anderen heeft verbeterd en 7.1% heeft geleerd actief met de problemen om te gaan. Bij dit onderzoek is alleen een nameting verricht, waardoor niet bekend is hoe groot de veranderingen werkelijk zijn. Deze resultaten hebben mij op het spoor gezet om te kijken naar de mogelijke veranderingen in copingstijl van cliënten.

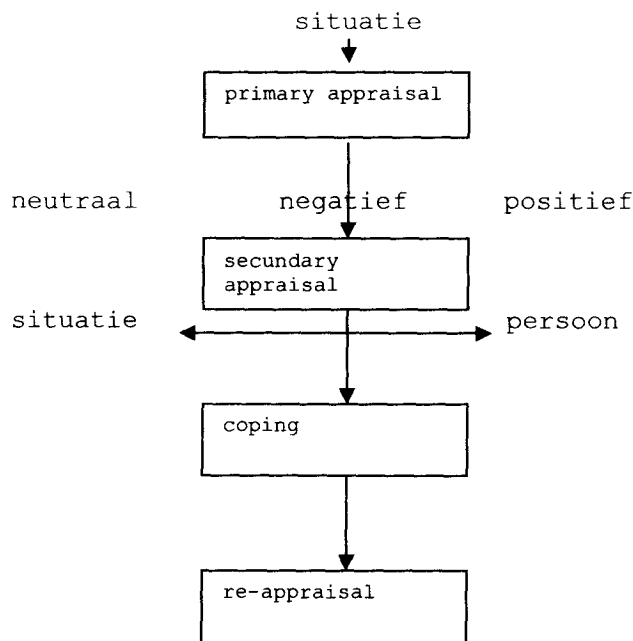
Ik wil daarom onderzoeken of de haptotherapeutische behandeling bij cliënten met nek- en schouderklachten ten gevolge van werkstress leidt tot een meer adequate wijze van omgaan met stresssituaties. Het theoretisch kader van dit onderzoek is de stress- en copingtheorie van Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984). Deze theorie houdt in dat stress geen direct gevolg is van de stressveroorzakende situatie, maar het resultaat van een wisselwerking tussen individu en situatie, waarbij 'coping' centraal staat. Coping wordt daarbij gezien als een voortdurend ondernemen van cognitieve, gedragsmatige en emotionele inspanningen om tegemoet te komen aan de eisen van de omgeving (Lazarus, et al., 1984). Het doel van deze inspanningen is een adequaat antwoord te vinden op situaties waarin routinematig afhandelen tekortschiet (Te Vaarwerk & De Ridder, 1994).

In de primary appraisal beoordelen we de betekenis van de situatie voor ons welbevinden. De situatie wordt neutraal, positief of negatief ingeschat. Als de situatie negatief wordt ingeschat en het welbevinden inderdaad wordt

bedreigd, geschaad of anderszins op de proef gesteld, resulteert de primary appraisal in een gevoel van arousal of actiebereidheid (Frijda, 1986). De volgende stap, de secondary appraisal, is een inschatting van de mogelijkheden om de situatie te hanteren. De actiebereidheid blijft voortbestaan. Copinggedrag is afhankelijk van het individu en is situationeel afhankelijk, afgestemd op de druk die vanuit de omstandigheden wordt uitgeoefend. In de derde fase van het treedt coping op. Dit omvat de cognitieve, gedragsmatige of emotionele pogingen om adequaat met de situatie om te gaan. Bij een adequate copingstrategie verdwijnt in deze fase de actiebereidheid. Is de afronding minder adequaat dan blijft de actiebereidheid bestaan. In de re-appraisal wordt de situatie opnieuw beoordeeld.

In onderstaand schema wordt de stress- en copingtheorie schematisch weergegeven.

Figuur 1. Stress en coping-theorie van Lazarus & Folkman



De denkwijze die in dit model Lazarus en Folkman (1984) beschreven wordt, waarin stress gezien wordt als het gevolg van een wisselwerking tussen

individue en situatie, komt terug in de haptotherapie. Ook hier wordt een klacht gezien als een verstoring van de afstemming van mensen op hun omgeving (Veldman, 1988). Als een situatie in de primaire taxatie als stressvol ervaren wordt, volgt een biologische aanpassingsreactie om het lichaam in een verhoogde staat van paraatheid te brengen (arousal). Eén van deze fysieke reacties in dit proces is een verhoging van de spierspanning waaronder de spanning van de nek- en schoudermusculatuur (Lundberg, 2003). Door de niet adequate copingstrategie is de spierspanning (arousal) gebleven.

In onderhavig onderzoek wordt onder werknemers met nek- en schouderklachten verstaan mensen die betaalde arbeid verrichten en die zich, op basis van subjectieve bevindingen, met nek- en schouderklachten aanmelden voor behandeling bij een haptotherapeut. Er wordt aangenomen dat bij de werknemers de staat van paraatheid is gebleven.

In dit onderzoek wil ik proberen aan te tonen dat werknemers die met haptotherapie worden behandeld na de eerste drie behandelingen een versterking van de pijnklachten ervaren. Voor drie behandelingen is gekozen omdat in de dagelijkse praktijk na deze periode de behandelingen geëvalueerd worden. De veronderstelling is dat de cliënten in dit tijdsbestek de toename van de spierspanningpijn sterk ervaren, dat hun copingstijl onder invloed van deze pijn toename wijzigt en dat van klachtenvermindering pas in de loop van de verdere behandelingen sprake zal zijn.

Er wordt gezocht naar een mogelijk verband tussen toename van pijn en wijziging van de copingstijl. Het signaal van overbelasting, de toename van de nek- en schouderklachten, zou een aanzet vormen tot ingrijpen, waardoor cliënten op een meer adequate manier zouden kunnen omgaan met de stressvolle situatie, door hun copingstijl te wijzigen.

Ik wil aantonen dat de pijn toeneemt en dat de copingstijl van werknemers in gedragsmatig opzicht verandert. Onder gedragsmatige verandering wordt verstaan dat werknemers bijvoorbeeld de problemen in het

werk met meer doelgerichtheid aanpakken, zij regelmatig sociale steun zoeken en zij zich minder passief opstellen.

De maatschappelijke relevantie van het onderzoek is, dat langdurig ziekteverzuim zou kunnen worden voorkomen, wanneer het positieve verband tussen haptotherapie en een verandering in copingstijl aangetoond kan worden. Hierdoor kunnen kosten bespaard worden voor zowel de gezondheidszorg als voor de werkgever.

De theoretische relevantie van dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan de mogelijk wetenschappelijke onderbouwing van de haptotherapie. Het aantal publicaties op dit terrein is tot nu toe minimaal.

Uit het voorgaande vloeit de volgende centrale vraagstelling voort: 'Is er na drie haptotherapeutische behandelingen een effect waar te nemen bij werknemers met nek- en schouderklachten ten gevolge van werkstress?' De centrale vraagstelling leidt tot de volgende hypothesen: (1) De haptotherapeutische aanraking leidt bij werknemers met nek- en schouderklachten tot een significante toename van de spierspanningpijn. (2) De haptotherapeutische aanraking leidt tot een adequatere copingstijl waarbij de volgende specifieke verwachtingen worden geformuleerd: de scores in de Utrechtse Copinglijst van de copingstijlen Actief aanpakken en Sociale steun nemen significant toe en de score van de copingstijl Passief reactiepatroon neemt significant af.

2. Methode

2.1 Onderzoeksgroep en onderzoeksopzet

Het onderzoek is verricht op basis van de respons van cliënten uit 20 haptotherapiepraktijken. De groep haptotherapeuten bestond voor een deel uit de Rotterdamse beroepsgroep aangevuld met collega's uit de landelijke beroepsvereniging. De meeste praktijken bevonden zich in de regio Rotterdam, twee praktijken in Zeeland en één in Noord-Brabant. De haptotherapeuten zijn telefonisch benaderd en gevraagd of zij aan 5 nieuwe cliënten die voor behandeling kwamen, vragenlijsten wilden uitreiken. Het selectie criterium van de cliënten was, dat zij betaalde arbeid verrichtten en schouder- en nekklachten hadden ten gevolge van werkstress. Er is een voormeting en een nameting verricht. De voormeting werd voor de eerste aanrakende behandeling uitgevoerd. De nameting was na de derde aanrakende behandeling. Het betreft een pre-experimentele onderzoeksopzet, omdat er geen controlegroep was.

Er zijn 100 vragenlijsten verstuurd en daarvan zijn er 42 geretourneerd. De responsgroep bestond voor 90.5 % uit vrouwen en voor 9.5 % uit mannen. De gemiddelde leeftijd was 37 jaar (SD: 9.6), variërend van 22 jaar tot en met 57 jaar. De gemiddelde tijd die men aan betaalde arbeid besteedde was 31.76 uur (SD: 10.11) en het gemiddelde aantal uren dat men per week achter de computer doorbracht was 15.21 uur (SD: 15.11) met een range van 0 tot en met 60 uur. De aard van het werk werd voor 54.8 % van de werknemers als stressvol ervaren. Van de respondenten heeft 14.3% lagere school of lbo niveau, 47.6% mavo/havo niveau en 38.1% hbo/universitair niveau.

2.2 Meetinstrumenten

Pijn. De aanraking in de haptotherapeutische behandeling, zo was de veronderstelling in hypothese 1, geeft bij werknemers met nek- en schouderklachten een toename van de pijnklachten. De variabele pijn wordt

gemeten met de Visual Analogue Scale (VAS). De VAS is een schaal waarop de mate van pijn kan worden aangegeven. Op een lijnstuk van 100 mm geeft de werknemer de pijnintensiteit van het gevraagde moment aan op een lijn tussen de polen 'helemaal geen pijn' en 'ondraaglijke pijn' (zie bijlage). De voormeting werd gedaan voor de eerste behandeling en de nameting na de derde behandeling. In de voormeting gaf de werknemer het maximale pijngevoel aan dat de werknemer had op het moment van het invullen van de vragenlijst. Na drie behandelingen volgde de nameting. De werknemer moest nu weer de maximale pijnervaring noteren die de werknemer had op het moment van het invullen van de vragenlijst. De VAS wordt vaker gebruikt voor de pijnevaluatie van een individuele patiënt en heeft als voordeel dat zij gemakkelijk af te nemen is. De VAS is een onderdeel de Mc Gill Pain Questionnaire Dutch Language Version (MPQ-DLV), die bestaat uit een vragenlijst, een adjectievenlijst, een VAS meting en een Quality of Life schaal. De Intra Class Correlation Coefficient (ICC) van de VAS is 0.97 (95% betrouwbaarheidsinterval van .96 - .98). De Bland-Altman analyse geeft aan dat 50% van de gepaarde metingen binnen 2mm van elkaar af liggen, 90% binnen 9mm en 95% binnen 16mm. De betrouwbaarheid van de hele MPQ-DLV is goed. De interne consistentie kan redelijk tot goed genoemd worden. De Cronbach's alpha is gemiddeld .59 tot .80 voor N=120. (Linssen & Spinhoven, 1991).

Coping. De tweede hypothese is onderzocht met de Utrechtse Copinglijst. De Utrechtse Copinglijst (Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993) meet het copinggedrag van mensen met uiteenlopende problemen. De UCL is gebaseerd op de opvatting dat copinggedrag een persoonlijkheidsstijl is. Dit betekent niet dat copinggedrag als onveranderlijk wordt gezien, maar wel dat mensen een voorkeur hebben voor een bepaalde manier van copinggedrag. Deze manier van copinggedrag wordt copingstijl genoemd. De UCL brengt zeven copinstijlen in kaart. Deze copingstijlen zijn: Actief aanpakken (7 items, item 11: direct ingrijpen als

er moeilijkheden zijn), Palliatieve reactie (8 items, item 14: je zorgen tijdelijk verdrijven door er even uit te gaan), Vermijden/Afwachten (8 items, item 19: moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg gaan), Sociale steun zoeken (6 items, item 10: je zorgen met iemand delen), Passief reactiepatroon (7 items, item 5: de zaken somber inzien), Expressie van emoties (3 items, item 4: je ergernis laten blijken) en Geruststellende gedachten (5 items, item 47: jezelf moed inspreken bij moeilijkheden). Er zijn 4 antwoordcategorieën: zelden of nooit, soms, vaak en zeer vaak. Afhankelijk van de situatie is de ene copingstijl effectiever in het oplossen van problemen dan andere copingstijlen. De UCL kan individueel of groepsgewijs afgenomen worden.

De interne consistentie van de schalen kan redelijk tot goed genoemd worden, zeker als rekening gehouden wordt met het kleine aantal items per schaal. De Cronbach's alpha is gemiddeld .67 tot .84 voor zeven verschillende afnamen. De test-hertest is over langere termijn berekend bij een studentenpopulatie en astmapatiënten (Schreurs, et al., 1993). COTAN - oordeel over de UCL zijn wat de normen betreft onvoldoende, betrouwbaarheid en validiteit voldoende.

2.3 Procedure

De methode van dataverzameling bestond uit een schriftelijke vragenlijst, de UCL, een pijnintensiteitsmeter en vragen over beroep, scholing, computergebruik en de zwaarte van het beroep. Deze vragenlijsten zijn gelijktijdig naar twintig haptotherapeuten gestuurd, die telefonisch benaderd waren. Per haptotherapeut is verzocht om aan vijf cliënten, die betaalde arbeid verrichtten met nek- en schouderklachten ten gevolge van werkstress, de vragenlijsten voor te leggen op volgorde van aanmelding. Daar het onderzoek in een kort tijdsbestek uitgevoerd werd, was het niet mogelijk om at random uit een ruime groep werknemers een steekproef te trekken. De vragenlijst voor de voormeting werd aangeboden aan het begin van de eerste

behandeling. De vragenlijst voor de nameting werd aangeboden voor de vierde aanrakende behandeling.

Voor iedere cliënt waren er een A en B enveloppe samen in een grotere enveloppe gedaan voorzien met de adresgegevens van de onderzoeker. Na het invullen van de vragenlijsten A werd enveloppe A dichtgeplakt en na enkele weken werd deze samen met de dichtgeplakte B enveloppe in de grotere enveloppe naar het adres van de onderzoeker gestuurd. De gegevens konden op deze manier direct bij binnenkomst verwerkt worden.

Nadat het onderzoek twee maanden aan de gang was, is aan de haptotherapeuten een brief gezonden met daarin een herinnering aan de einddatum van het onderzoek en het verzoek nog zoveel mogelijk vragenlijsten in te sturen. Er was in totaal drieëneenhalve maand voor het vragenlijstonderzoek gereserveerd.

2.4. Analyse.

De volgende analysemethoden zijn gebruikt. Voor de eerste hypothese, 'de haptotherapeutische aanraking leidt bij werknemers met nek- en schouderklachten tot een significante toename van de spierspanningpijn' is met een t-toets voor gepaarde groepen de verandering van pijn bekeken. De significantiegrens werd gelegd bij $p < .05$. Voordat getoetst kon worden, is onderzocht of de populatie aan de eis, een normale verdeling, voldeed met de Kolmogorov-Smirnov toets ($p > .05$). Er is uitgegaan van een interval meetniveau.

De tweede hypothese is getoetst met een MANOVA. Voordat getoetst kon worden, is onderzocht of iedere copingschaal aan de eis, een normale verdeling voldeed met de Kolmogorov-Smirnov toets ($p > .05$). Er is uitgegaan van een interval meetniveau

3. Resultaten

Van de 100 vragenlijsten is 42% geretourneerd. De non-respons is als volgt onder te verdelen: 15% van de vragenlijsten zijn niet geretourneerd wegens ernstige ziekte, bij 15% van de vragenlijsten waren geen aanmeldingen waarin voldaan werd aan de eisen nek- en schouderklachten en betaalde arbeid, de resterende 28% is door onvolledig aanbod en externe factoren niet ingevuld.

Van de respondenten heeft 31% (13) toegenomen of gelijkgebleven pijnklachten en heeft 69% (29) een afname van de pijnklachten. Tabel 1 geeft een overzicht van de waarden van de Kolmogorov-Smirnof test (K-S test), de gemiddelden, de standaarddeviaties en de gepaarde t-toetswaarden van de pijnverandering, waarbij T0 de pijn van de voormeting en T1 de pijn van de nameting is.

Tabel 1

Waarden Kolmogorov-Smirnof test (K-S test), Gemiddelden (M), standaarddeviaties (SD), de t waarden van de gepaarde t-toets

Variabelen	K-S test	M	SD	t waarde
T0 Pijn	.165*	51.93	25.46	4.123*
T1 Pijn	.505*	35.98	25.43	

*significant; $P > .05$ (K-S test), $p < .05$ (t-toets)

De variabele pijn is, zoals uit de K-S toets blijkt, normaal verdeeld. Voor de eerste hypothese, 'de haptotherapeutische aanraking leidt bij werknemers met nek- en schouderklachten tot een significante toename van de spierspanningpijn' geeft de gepaarde t-toets van de pijnverandering in de voor/nameting een t van 4.123 te zien en is significant $t(42)=4.123$, $p < .05$. De pijn is in de nameting dus significant afgenomen ten opzichte van de pijn

in de voormeting in tegenstelling tot de verwachting. Hiermee is hypothese 1 verworpen.

De tweede hypothese luidde 'de haptotherapeutische aanraking leidt tot een adequatere copingstijl waarbij de volgende specifieke verwachtingen worden geformuleerd: de scores in de Utrechtse Copinglijst van de copingstijlen Actief aanpakken en Sociale steun zoeken nemen significant toe en de score van de copingstijl Passief reactiepatroon neemt significant af'. Tabel 2 geeft een overzicht van de waarden van de Kolmogorov-Smirnof test, de gemiddelden, de standaarddeviaties en de F waarde van de MANOVA (univariate analyses) van de copinschalen: Actief aanpakken, Sociale steun zoeken en Passief reactiepatroon. Hierbij is T0 de voormeting en T1 van de nameting.

Tabel 2

Waarden van de Kolmogorov-Smirnof test, gemiddelden (M), standaarddeviaties (SD), MANOVA, Act(ief aanpakken), Soc(iale steun zoeken), Pas(sief reactiepatroon).

Variabelen	K-S test	M	SD	F
T0 Act	.555*	16.40	3.19	8.272*
T1 Act	.719*	17.71	3.40	
T0 Soc	.521*	13.17	3.86	15.837*
T1 Soc	.578*	14.69	3.75	
T0 Pas	.550*	15.19	3.37	6.138*
T1 Pas	.446*	14.14	4.22	

* significant; $p > .05$ (K-S test), $p < .05$ (MANOVA)

Ook hier is eerst gekeken of er sprake is van een normale verdeling van de variabelen. Zoals in tabel 2 gezien kan worden, kan tot een normale verdeling geconcludeerd worden voor alle variabelen.

Om hypothese 2 te toetsen is een MANOVA uitgevoerd met de schalen van de copinglijst als afhankelijke variabelen. Dit bleek een significant resultaat te geven ($F(3,39)=7.887$; $p < .05$). De univariate analyses (zie tabel 2) van de copingstijlen 'Actief aanpakken' ($F(1,41)=8.272$; $p < .05$) en 'Sociale steun

zoeken' ($F(1,41)=15.837$; $p<.05$) zijn significant. De univariate analyse van de copingschaal 'Passief reactiepatroon' ($F(1,41)=6.138$; $p<.05$) laat eveneens een significante wijziging zien. Volgens de verwachting zijn de copingstijlen Actief aanpakken en Sociale steun zoeken in de nameting significant toegenomen ten opzichte van de voormeting en is de copingstijl Passief reactiepatroon in de nameting significant afgenomen ten opzichte van de voormeting. Hiermee is hypothese 2 bevestigd.

4. Discussie

In deze studie is onderzoek gedaan naar het effect van de haptotherapeutische behandeling op de copingstijl van werknemers. Als uitgangspunt is de stress- en copingtheorie van Lazarus en Folkman (1984) genomen, waarin stress gezien wordt als het gevolg van een wisselwerking tussen individu en situatie. De eerste hypothese 'de haptotherapeutische aanraking leidt bij werknemers met nek- en schouderklachten tot een significante toename van de spierspanningpijn' kon niet bevestigd worden.

Voor de tweede hypothese wordt in dit onderzoek wel bevestiging gevonden. De copingstijlen Actief aanpakken en Sociale steun zoeken vertoonden zoals verwacht een significante stijging, terwijl de copingstijl Passief reactiepatroon zoals verwacht een significante daling liet zien.

In de hypothese 1 werd verondersteld dat pijn zou toenemen. De toegenomen pijn zou als teken van overbelasting herkend worden, waardoor de copingstijl zou kunnen wijzigen. De veronderstelling van de pijntoename blijkt niet door resultaten ondersteund te worden. De resultaten van onderhavig onderzoek dat bij 69% van de cliënten pijnvermindering is opgetreden, sluiten in zekere zin wel aan op eerdere studies. Uit het onderzoek van Van den Broek, Van der Wielen, De Vries & Van Heck (1998) waarin de therapeutische interventiewaarde van haptotherapie werd onderzocht, bleek ook significante verbeteringen op het domeinen lichamelijke en psychologische gezondheid. Hier werd de nameting na 8 behandelingen gedaan. In het onderhavige onderzoek werd verondersteld dat in de eerste 3 behandelingen een pijnvermeerdering zou plaats vinden, waardoor pijn als signaal van overbelasting zou kunnen worden gezien. Dit bleek niet het geval. Pijnvermindering trad bij 69% van de cliënten al na 3 behandelingen op, hetgeen een opvallend resultaat genoemd kan worden. Zeker als dit geplaatst wordt naast de bevindingen van het onderzoek van Van 't Hof, et al., (1997) waaruit blijkt dat 77.6% van de cliënten die de

haptotherapeut bezoekt al bij andere hulpverleners voor behandeling geweest was met kennelijk minder goed resultaat.

Bij het onderhavig onderzoek moeten een aantal kanttekeningen worden geplaatst. De eerste kanttekening is de veronderstelling van de toename van pijn. Deze wordt niet door dit onderzoek ondersteund. Het is echter mogelijk dat de pijntoename wel optrad maar niet op de momenten dat de VAS schaal werd ingevuld. De pijn is in dit onderzoek gemeten op twee meetmomenten, op tijdstippen dat de werknemer zich niet in de arbeidssituatie bevond. Daarnaast is op het moment dat de werknemer de vragenlijsten invulde niet gevraagd of deze het werk in gedachte wilde nemen. Deze laatste aanname staat in verband met eerdere onderzoeken waarbij uit laboratorium-experimenten bleek, dat de spierspanning bleef, zolang de gedachte aan de werksituatie stress opriep (Lundberg, 2003). Misschien zouden meetmomenten op andere tijdstippen een ander resultaat te zien hebben gegeven. Een overweging zou zijn om het meetmoment te laten plaatsvinden op het tijdstip dat men zich in de belastende situatie bevindt of er direct erna met de belastende situatie nog in de gedachte. Een andere overweging is om pijn als signaal in vervolgonderzoek buiten beschouwing te laten en alleen te kijken naar wijzigingen in copingstijl.

De andere kanttekening is dat er sprake is van een pre-experiment, dat wil zeggen dat er geen controlegroep was. In een eventueel vervolgonderzoek zou een groep betrokken kunnen worden, die bijvoorbeeld een hele andere behandeling krijgt zoals bijvoorbeeld fysiotherapie, waardoor effecten als tijdsfactor en specifieke factoren samenhangend met de behandeling uitgesloten zouden kunnen worden.

De volgende kanttekening die geplaatst kan worden is de steekproefgrootte en de duur van het onderzoek. Van de 100 verstuurd vragenlijsten zijn er 42 geretourneerd en dat is niet voldoende is om vergaande uitspraken te doen (gebrek aan power). Bij vervolgonderzoek zou een groter aantal haptotherapeuten ingeschakeld moeten worden omdat zoals nu

blijkt het aantal aanmeldingen van deze doelgroep beperkt is. Het onderzoek nam nog geen vier maanden in beslag. Een langere periode zou voor iedere haptotherapeut de kans vergroot kunnen hebben om alle vragenlijsten te kunnen uitzetten.

De laatste kanttekening is het ontbreken van een protocol over de inhoud en lengte van de gesprekken voor aanvang van de aanrakende behandeling en over de besproken onderwerpen. Deze gesprekken kunnen per therapeut anders zijn waardoor het copinggedrag verschillend beïnvloed zou kunnen zijn. Het is niet uit te sluiten dat het gesprek invloed heeft op het wijzigen van de copingstijl van werknemers. Cliënten krijgen in een gesprek steun van de therapeut. Een onderzoek van Hartnagel (1999) toont dat cliënten niet in eerste instantie voor genezing bij een therapeut komen maar ook voor erkenning en/of benoeming van hun probleem.

De maatschappelijke relevantie van het onderzoek is, dat haptotherapeutische behandelingen een rol lijken te hebben in het verminderen van pijnklachten en in de versterking van de adequate copingstijlen (Actief aanpakken en Sociale steun zoeken) en afname van een minder adequate copingstijl (Passief reactiepatroon). Hierdoor zou langdurig ziekteverzuim kunnen worden voorkomen.

De pijnvermindering van nek- en schouderklachten in 3 behandelingen zou bevestigd moeten worden in vervolgonderzoek. Bij verdere bevestiging zou deze pijnvermindering voor de huis- en/of bedrijfsarts misschien een reden kunnen zijn om mensen met spanningsklachten naar de haptotherapeut te verwijzen.

De theoretische relevantie van onderhavig onderzoek is dat het een bijdrage kan leveren aan de inhoudelijke wetenschappelijke onderbouwing van de haptotherapie. Er is wel degelijk een effect van haptotherapie. De pijn is echter niet, zoals in de hypothese werd verondersteld, toegenomen maar juist afgenomen. Hierdoor zou het idee, van pijnvermeerdering als signaal voor het wijzigen van de copingstijl, verlaten kunnen worden.

Er is een begin gemaakt met een wetenschappelijke onderbouwing van de haptotherapie.

Onderhavig onderzoek had een exploratief karakter. Er is gezocht naar het effect van haptotherapie op coping. Het is gestart met een vraagstelling vanuit de praktijk en aangevuld met literatuuronderzoek. De resultaten van het onderzoek geven voldoende aanleiding tot vervolgonderzoek.

Literatuur

- Aldwin, C.M. & Yancura, L.A. (2002). *Coping and Health: A Comparison of the Stress and Trauma Literatures. Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Aydağül, M. (1992). *Gelieve aan te raken*. Utrecht: Rijksuniversiteit.
- Balm, M.F.K. (2000). *Gezond bewegen kun je leren*. Utrecht: Lemma.
- Bergman, G.J.D., Winters, J.C., Groenier, K.H., Pool, J.M., Meyboom-de Jong, B., Postema, K., & Heyden, G.J.M.G. van der. (2004). Manipulative Therapy in Addition to Usual Medical Care for Patients with Shoulder Dysfunction and Pain. *Annals of Internal Medicine* 141 (6), 432-440.
- Bongers, P.M. (2001). The cost of shoulder pain at work: variation in work tasks and good job opportunities are essential for prevention. *British Medical Journal*, (1)13.
- Boot, B. (2004). *Haptonomie, een kwestie van gevoel*. Amsterdam: Archipel.
- Broek, P. van den., Wielen, R. van der., Vries, J. de., & Heck, G. van. (1998). *Onderzoek naar de therapeutische interventiewaarde van haptotherapie*. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant.
- Davis, Ph.K. (1991). *The power of touch*. Carson, USA: Hay House.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hartnagel, A.A., (1999). Herstelgedrag: theoretische en empirische invalshoeken. *Verzekeringsgeneeskunde*, 30, 110-114.
- Heller, M.A., & Schiff, W. (1991). *The psychology of touch*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hof, A.B.T. van 't., Voorst, P. van., & Zoelen-Nederlof, M.E. van. (1997). *Denken over voelen*. Utrecht: Wetenschapswinkel Sociale Wetenschappen.
- Jonge, J. de., Kompier, M., Furda, J., & Reuvers, M. (1997). Psychosociale werkkenmerken en gezondheid. *Nederlands Tijdschrift voor psychologie*, 52, 47-56.

- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lechner, L., Brug, J., Backbier, E., Nyklicek, I., Genders, R., & Boom, W.J.G. van den. (1999). *Inleiding in de gezondheidspsychologie*. Heerlen: Open Universiteit.
- Leffers, F.C., & Vergunst, A.J. (2003). Wat te doen bij arbeidsrelevante psychische problematiek? *De Psycholoog*, 1, 8-14.
- Leffers, F.C., Vergunst, A.J., Kleber, R.J., Stroebe, M.S., & Hak, E. (2000). Stress op het werk de baas. *Gedrag & Gezondheid*, 28 (1), 12-21.
- Linssen, A.C.G., & Spinhoven, P.H., (1991). Pijnmeting in de klinische praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 135 (13), 557-560.
- Lundberg, U. (2003). Psychological stress and musculoskeletal disorders psychobiological mechanisms. *Lakartidningen*, 100(21), 1892-1895.
- Montagu, A. (1971). *Touching*. New York: Columbia University Press.
- Moyer, A., Rounds, J. & Hannum, J.W. (2004). A Meta-Analysis of Massage Therapy Research. *Psychological Bulletin*, 130 (1), 3-18.
- Ploeg, E. van der., Kleber, R.J., & Velden, P.G. van der. (2000). Acute en chronische werkstress. *Gedrag & Gezondheid*, 28 (3), 172-185.
- Pollmann-Wardenier, W., Dijkhuis, J.J. & Troost, T. (1986). *Verkenningen in de haptonomie*. Utrecht: Bruna.
- Post-White, J., Kinney, M.E., Savik, K., Gau, J.B., Wilcox, C. & Lerner I. (2003). Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integration Cancer Therapy*, 2 (4) 332-344.
- RIVM. (2000). *Klachten van het bewegingsapparaat*. Bilthoven: RIVM en CBS
- Sarafino, E.P. (1997). *Health Psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M., Perreijn, A.C. & Gerrichhauzen, J. (1995). *Mentale belasting in het werk*. Utrecht: Lemma.
- Schaufeli, W.B., Taris, T.W., & Schut, H.A.W. (2000). Een verloren paradijs? *Gedrag & Gezondheid*, 28 (3), 83-88.

- Schaufeli, W.B., Taris, T.W., Blanc, P. Le., Peeters, M., Bakker, A., & Jonge, J. de. (2001). Maakt arbeid Gezond? *De Psycholoog*, 9, 422-428.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de., Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse Copinglijst: UCL*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Smulders, P.G.W., Weegh, J.M.J. op de. (eds.) (1997). *Arbeid en gezondheid: risicofactoren*. Utrecht/Heerlen: De Tijdstroom/Open Universiteit.
- Vaarwerk, M. te., & Ridder, D. de. (1994). *Onder druk van de omstandigheden*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Veldman, F. (1977). *Tasten naar zinvol contact*. Leiden: Spruyt, Mantgem en De Does
- Veldman, F. (1987). *Haptonomie: Wetenschap van de affectiviteit*. Utrecht: Bijleveld.
- Veldman, F.R. (2004). *In contact zijn*. Assen: Koninklijke Van Gorcum. BV.
- Vries, J. de., & Heck, G.L. van. (2000). Persoonlijke en emotionele uitputting. *Gedrag & Gezondheid*, 28 (3), 90-105.
- Vries, T.A., & Hoogstraten, T. (2000). Werkstress, coping en burn-out bij fysiotherapeuten. *Gedrag & Gezondheid*, 28 (2), 63-67.
- VVH, Vereniging van Haptotherapeuten. (1999). *Beroepsprofiel Haptotherapeut*. Bussum: VVH
- Walach, H., Güthlin, C. & König, M. (2003). Efficacy of Massage Therapy in Chronic Pain: A Pragmatic Randomized Trial. *The journal of alternative and complementary medicine* 9 (6) 837-846.

Bijlagen

Beste collega's,

Rotterdam, september 2004

Fijn dat jullie mee willen werken aan mijn afstudeerscriptie waarin ik onderzoek doe naar de relatie tussen de haptonomische aanraking en de copingstijl. Er zijn enkele zaken waar jullie vooraf over geïnformeerd moeten worden. Ik zet ze hieronder op een rijtje.

- Hoewel het gaat om cliënten waarbij nek- en schouderklachten als lichamelijke klacht op de voorgrond staan, **hoeft dit niet de klacht te zijn waarmee de cliënt binnenkomt** (bijvoorbeeld bij overbelasting, burnout, grensproblematiek etc. kunnen zich ook nek- en schouderklachten voordoen).
- De cliënt verricht betaalde arbeid (op het moment van behandeling mag hij/zij wel ziek thuis zijn).
- Het hele traject bestaat uit 3 aanrakende behandelingen.
- De totale onderzoeksperiode is van 15 september tot 15 december 2004.
- De enveloppen A en B worden op verschillende tijdstippen uitgereikt.
- Enveloppe A, de eerste vragenlijst, wordt uitgereikt en ingevuld **vóór de eerste aanraking**. De vragenlijst wordt na het invullen in een dichtgeplakte enveloppe aan je teruggegeven.
- Enveloppe B, de tweede vragenlijst, krijgt de cliënt aan het begin van de behandeling **die volgt op de derde aanrakende behandeling**. De cliënt vult de vragenlijst in en geeft deze weer in een dichtgeplakte enveloppe aan je terug.
- De cliënt houdt wel hetzelfde nummer, dus bijvoorbeeld de cliënt die vragenlijst 21A invult, krijgt later ook vragenlijst 21B in te vullen.
- Van de cliënten wordt gevraagd het antwoord te geven dat het eerst in hen opkomt, er mag dus niet te lang nagedacht worden.
- Het zou fijn zijn als de cliënt afgezonderd zit als deze de vragenlijst invult.
- Zijn de vragenlijsten A en B ingevuld, dan kunnen jullie deze lijsten direct naar mij terugsturen in de bijgeleverde enveloppe met postzegel. Je hoeft dus niet te wachten tot je 5 cliënten verzameld hebt.
- 15 december is de laatste verzenddatum. Is het niet gelukt om 5 cliënten de vragenlijsten te geven, dan is dat jammer maar dan ben ik al heel blij met de ingevulde vragenlijsten die ik wel terugkrijg.

Is er nog iets niet duidelijk, dan hoor ik dat graag. Veel succes!

Hannie Akkerman, tel: 010-4531476, werk: 010-4831109, inahan@wxs.nl

Rotterdam 9 november 2004

Beste Collega's

Hartelijk dank voor de reeds teruggestuurde vragenlijsten. Ik besef dat het veel tijd kost om de lijsten te laten invullen. Ik hoop dat jullie het nog even kunnen volhouden. Hoewel 15 december de uiterste inleverdatum is, ben ik van plan degene die tot eind december insturen nog in mijn onderzoek te betrekken. Misschien geeft dat nog ruimte voor cliënten die zich nu nog aanmelden. Hoe meer ik er terugkrijg, hoe duidelijker de conclusies van het onderzoek zijn. Ik zie ze met belangstelling tegemoet.

Met vriendelijke groeten

Hannie Akkerman

Vragenlijst A

Voor mijn afstudeerscriptie gezondheidspsychologie onderzoek ik de invloed van de haptotherapeutische aanraking. In verband met dit onderzoek is het van belang dat cliënten, die voor hun nek- en schouderklachten haptotherapeutisch behandeld worden, de bijgevoegde vragenlijsten invullen. Vragenlijst A wordt voor de eerste aanrakende behandeling ingevuld, vragenlijst B wordt na de derde aanrakende behandeling ingevuld.

Naast enkele algemene vragen is er één specifieke vraag over de ernst van uw pijn, daarna volgt er een vragenlijst met 47 vragen over reacties op dagelijkse gebeurtenissen. De anonimiteit van de antwoorden op de vragenlijsten is gewaarborgd.

Hoe deze vragenlijst in te vullen?

- Op de volgende bladzijde ziet u een lijn getekend met links de woorden 'helemaal geen pijn' en rechts de woorden 'ondraaglijke pijn'. De bedoeling is dat u op deze lijn één streepje zet waarmee u aangeeft wat de **maximale pijn was die u in de periode voorafgaande aan de haptonomische behandeling gehad heeft**. Als u weinig pijn had, zet u een streepje meer op het linker gedeelte van de lijn. Als u veel pijn had, zet u het streepje meer naar rechts. Dit betekent dat hoe meer pijn u had, hoe meer u het streepje naar rechts plaatst.
- Op de daarop volgende bladzijde staat de Utrechtse Copinglijst met een aantal beschrijvingen over dagelijkse gebeurtenissen. **WILT U ACHTER IEDERE ZIN AANGEVEN HOE VAAK U IN HET ALGEMEEN OP DE BESCHREVEN MANIER REAGEERT. GEEF HET ANTWOORD DAT HET EERST IN U OPKOMT**. De antwoorden geeft u door bij iedere zin in één van de hokjes een kruis te zetten. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Wilt u s.v.p. geen zinnen overslaan.

De ingevulde vragenlijst kunt u in de daarvoor bestemde enveloppe **A** doen, **dichtplakken en aan uw behandelaar geven**. Ik dank u van harte voor uw medewerking.

Hannie Akkerman.

Vragenlijst B

Vragenlijst A heeft u reeds ingevuld, vragenlijst B kunt u nu na de derde aanrakende behandeling invullen. Als geheugensteun heb ik de aanwijzingen van de copinglijst gekopieerd. Het plaatsen van het streepje op de schaal voor de pijnintensiteit gebeurt op dezelfde wijze, maar de periode van de maximale pijn die nu van belang is, is gewijzigd.

Hoe deze vragenlijst in te vullen?

- Op de volgende bladzijde ziet u een lijn getekend met links de woorden 'helemaal geen pijn' en rechts de woorden 'ondraaglijke pijn'. De bedoeling is dat u op deze lijn één streepje zet waarmee u aangeeft wat **de maximale pijn was die u in de periode na de laatste (de 3^e) haptonomische behandeling gehad heeft**. Als u weinig pijn had, zet u een streepje meer op het linker gedeelte van de lijn. Als u veel pijn had, zet u het streepje meer naar rechts. Dit betekent dat hoe meer pijn u had, hoe meer u het streepje naar rechts plaatst.
- Op de daarop volgende bladzijde staat de Utrechtse Copinglijst met een aantal beschrijvingen over dagelijkse gebeurtenissen. **WILT U ACHTER IEDERE ZIN AANGEVEN HOE VAAK U IN HET ALGEMEEN OP DE BESCHREVEN MANIER REAGEERT. GEEF HET ANTWOORD DAT HET EERST IN U OPKOMT**. De antwoorden geeft u door bij iedere zin in één van de hokjes een kruis te zetten. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Wilt u s.v.p. geen zinnen overslaan.

De ingevulde vragenlijst kunt u in de daarvoor bestemde enveloppe **B** doen, **dichtplakken en aan uw behandelaar geven**. Ik dank u van harte voor uw medewerking.

Hannie Akkerman.

Algemene vragen:

1. In welk jaar bent u geboren?
2. Wat is uw geslacht? 1. Man
2. Vrouw
3. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? 1. Lagere school/Lager beroepsonderwijs
2. MAVO/MULO/MBO/HAVO
3. HBS/VWO/Gymnasium/Atheneum
4. HBO/Universiteit
4. Wat is uw beroep?
5. Hoeveel uur werkt u per week?
6. Hoeveel tijd brengt u per week achter uw computer door?
7. Hoe beoordeelt u de aard van uw werk? (omcirkelen wat van toepassing is) 1. geen stress
2. een beetje stress
3. neutraal
4. veel stress
5. erg veel stress

Schaal voor de meting van de pijnintensiteit A

Op de onderstaande lijn kunt u een streepje zetten om aan te geven wat de maximale pijnervaring was voordat u door de haptonomisch behandelaar bent aangeraakt.

helemaal _____ ondraaglijke
geen pijn pijn

Schaal voor de meting van de pijnintensiteit B

Op de onderstaande lijn kunt u een streepje zetten om aan te geven wat de maximale pijnervaring is nadat u driemaal door de haptonomisch behandelaar bent aangeraakt.

helemaal ————— ondraaglijke
geen pijn pijn