



**Universiteit Twente**  
*de ondernemende universiteit*

**De samenhang tussen leeftijd, functionele status, sociale steun  
en eenzaamheid bij reumapatiënten**



**Juni 2008**  
**Faculteit Gedragwetenschappen: Psychologie**

**Katharina Schulte**

**Supervisie**  
**Dr. C. Bode**  
**Dr. E. Taal**

**Medisch Spectrum  $\Delta$  Twente**

afdeling Reumatologie & Klinische Immunologie



# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord.....</b>	<b>1</b>
<b>Samenvatting.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Inleiding.....</b>	<b>4</b>
1.1 Reuma.....	4
1.2 Behandelingsmogelijkheden van reuma.....	5
1.3 Het leven met reuma.....	5
<b>2. Eenzaamheid.....</b>	<b>6</b>
2.1 Definitie van eenzaamheid.....	6
2.2 Oorzaken van eenzaamheid.....	7
2.3 Eenzaamheid in relatie met psychische en lichamelijke klachten.....	8
2.4 Leeftijdsperspectief in samenhang met eenzaamheid.....	8
2.5 Reuma en eenzaamheid.....	10
<b>3. Vraagstelling.....</b>	<b>11</b>
<b>4. Methode.....</b>	<b>12</b>
4.1 Respondenten.....	12
4.2 Meetinstrument.....	14
4.2.1 <i>Eenzaamheid</i> .....	14
4.2.2 <i>Functionele beperking</i> .....	15
4.2.3 <i>Sociale steun</i> .....	15
4.3 Procedure.....	16
4.4 Statistische analyse.....	16
<b>5. Resultaten.....</b>	<b>17</b>
5.1 Algemene analyse van eenzaamheid.....	17
5.2 Relaties tussen functionele beperking en steun en sociale en emotionele eenzaamheid.....	17
5.3 Analyse van het verschil tussen de leeftijdsgroepen ten opzichte van sociale en emotionele eenzaamheid.....	18
5.4 Analyse van de voorspellers voor sociale en emotionele eenzaamheid.....	19
<b>6. Discussie.....</b>	<b>20</b>
6.1 Discussie van de resultaten.....	20
6.2 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.....	24
<b>7. Referenties.....</b>	<b>25</b>
<b>8. Bijlage.....</b>	<b>27</b>
8.1 Eenzaamheidsschaal.....	27
8.2 Positieve Sociale Steun Lijst.....	28
8.3 Problematische Sociale Steun Lijst.....	29
8.4 Health Assessment Questionnaire.....	30

## **Voorwoord**

Het doel van deze bacheloropdracht was te onderzoeken of reumapatiënten eenzaam zijn en welke determinanten een rol kunnen spelen.

Met de bacheloropdracht werd aanvang december begonnen. Eerst werd literatuur over de thema's reuma en eenzaamheid gezocht. Verder werd na determinanten gezocht die het leven van reumapatiënten beïnvloeden en aan eenzaamheid gerelateerd kunnen zijn. Uit de gevonden literatuur bleek dat nog niet veel onderzocht werd welke determinanten tot eenzaamheid bij reumapatiënten voeren.

Vanaf januari tot eind maart werd de inleiding geschreven. Het onderzoek werd 3 weken in april in de Medisch Spectrum Twente in Enschede uitgevoerd. Vanaf eind april werden de data geanalyseerd en de resultaten en discussie geschreven. Eind juni is de presentatie van de bacheloropdracht.

Tijdens de gehele tijd van het schrijven aan mijn bacheloropdracht kon ik met mijn vragen en problemen terecht bij Dr. Christina Bode en Dr. Erik Taal. Ze hebben me altijd geholpen en me goede hints gegeven. Hun geldt een grote dank. Bovendien geldt een grote dank de medewerkers van het Medisch Spectrum Twente, vooral Dr. Vonkeman, ons contactpersoon tijdens het onderzoek. Allen een hartelijke dank voor de ondersteuning.

## **Samenvatting**

Verschillende Amerikaanse studies hebben aangetoond dat mensen met reumatische aandoeningen een grotere kans hebben eenzaam te zijn.

Uit de onderzoeken blijkt dat patiënten met reumatoïde artritis minder emotionele steun krijgen. Verder werd gevonden dat de patiënten meer eenzaamheid ervaren dan mensen met een andere ziekte. Bovendien komt uit de studies naar voren dat een goede functionele status een positieve invloed op het welzijn heeft. Reumapatiënten hebben vaak last van functionele beperkingen en kunnen vaak niet meer alle activiteiten doen. Het kan dus zijn dat ze niet meer actief aan het sociaal leven kunnen deelnemen.

Buitendien kan de leeftijd bij het ontwikkelen van eenzaamheid een rol spelen. Volgens de socioemotionele selectiviteitstheorie van Carstensen hebben jongeren meer behoefte aan een groot sociaal netwerk terwijl bij ouderen de partner een belangrijke rol speelt. Als deze sociale relaties bij de leeftijdsgroepen ontbreken kan eenzaamheid ontstaan.

Uit de gevonden literatuur blijkt dat de leeftijd, functionele beperking en steun een rol spelen bij het ontwikkelen van eenzaamheid. De relatie tussen deze variabelen en eenzaamheid werd in deze studie onderzocht.

De studie vond in de reumatologie van het Medisch Spectrum Twente van de polikliniek in Enschede plaats. De patiënten die er dagelijks terecht kwamen, werden mondeling uitgenodigd om aan het onderzoek mee te doen. Ze vulden een vragenlijst aan een computer in.

Uiteindelijk deden 239 patiënten mee aan het onderzoek. De verkregen data werden op verschillende manieren geanalyseerd. Om te bepalen of de determinanten “functionele beperking” en “steun” gerelateerd zijn aan eenzaamheid werden correlatieanalyses uitgevoerd. Een t-toets werd gedaan om te onderzoeken of jongeren en ouderen meer last van emotionele of sociale eenzaamheid hebben. Verder werden regressieanalyses uitgevoerd om te bepalen welke determinanten de beste voorspellers van emotionele en sociale eenzaamheid zijn.

Uit deze studie komt naar voren, dat functionele beperking positief gerelateerd is aan sociale eenzaamheid. Verder werd gevonden dat positieve steun positief met emotionele en sociale eenzaamheid correleert en problematische steun negatief gerelateerd is aan sociale en emotionele eenzaamheid. Bovendien kon niet significant aangetoond worden dat een leeftijdsgroep meer emotioneel of sociaal eenzaam is dan de andere. De regressieanalyses lieten zien dat “positieve steun” en “functionele beperking” de beste voorspellers van

emotionele eenzaamheid en “positieve” en “problematische steun” de beste voorspellers van sociale eenzaamheid waren.

## **1. Inleiding**

Deze studie gaat over eenzaamheid bij reumapatiënten.

De samenhang tussen eenzaamheid en reuma wordt onderzocht en er wordt getest welke factoren aan eenzaamheid gerelateerd zijn. Eerst wordt de ziekte reuma nader uitgelegd opdat de lezer een goed begrip van de ziekte krijgt. Verder zal op eenzaamheid dieper worden ingegaan. Vervolgens wordt de samenhang tussen reuma en eenzaamheid uitgelegd en de vraagstellingen gepresenteerd. Bovendien wordt uitgelegd waarom bepaalde factoren belangrijk zijn ten opzichte van de relatie tussen eenzaamheid en reuma.

### **1.1 Reuma**

Veel mensen leiden tegenwoordig een leven met de ziekte reuma. Vooral ouderen worden door de ziekte getroffen maar ook jongeren kunnen aan reuma lijden. Reuma is een verzameling van aandoeningen die gekenmerkt wordt door klachten aan het bewegingsapparaat (Reumafonds, 2008). Voorbeelden zijn gewrichtsbeschadiging, foutieve standen en functieverlies (Hettenkofer, 2003). Ruim 3 miljoen Nederlanders hebben tegenwoordig een of meerdere vormen van reuma. Men onderscheidt drie hoofdvormen van reuma. De eerste hoofdvorm is ontstekingsreuma met als belangrijkste kenmerk ontstekingen aan de gewrichten. Hieronder valt de vaak voorkomende reumatoïde artritis. De tweede categorie is de artrose, de meest frequent voorkomende vorm van reuma in Nederland. Bij artrose gaat het gewrichtskraakbeen achter uit of verdwijnt op den duur volledig. Artrose komt vooral voor in de gewrichten van de handen, heupen en knieën. De derde vorm is het weke- delenreuma. Kenmerkend hiervoor zijn klachten aan de weke delen van het bewegingsapparaat zoals pezen, spieren en banden. De weke delen zijn niet ontstoken maar overbelast en de oorzaak is nog onbekend. Een bekende vorm is de fibromyalgie (Van der Wardt, Taal, Rasker, Wiegman, 1995).

Klachten zoals zwelling van een of meerdere gewrichten, pijn in spieren en gewrichten of pijn en stijfheid bij het in beweging komen, zijn eerste verschijnselen die op reuma kunnen duiden. De huisarts is in vele gevallen de eerst aangewezen persoon om reuma te herkennen en de patiënt door te verwijzen naar een specialist (Reumafonds, 2008).

## **1.2 Behandel mogelijkheden van reuma**

Reuma is niet te genezen maar er zijn veel medicijnen om te helpen tegen de symptomen en bijwerkingen (Hettenkofer, 2003). Er worden medicijnen voorgeschreven om de pijn en stijfheid te verminderen en de ontstekingen af te remmen. Het soort medicijnen dat de patiënt krijgt, hangt af van de aandoening en andere ziekten waarbij men bepaalde antireumatica niet mag gebruiken. De soort medicijnen wordt dus individueel op de patiënt afgestemd. Een andere mogelijkheid voor de behandeling van reuma is de chirurgie (Reumafonds, 2008). Bij vormen van reuma die de gewrichten aantasten is soms een operatie nodig om de gewrichten schoon te maken en vast te zetten. Soms is ook zelfs een prothese (kunstgewricht) nodig om de gewrichten te vervangen. Als er gewrichtsbeschadigingen door de ontstekingen ontstaan is plastische chirurgie een goede behandelmethodede (Hettenkofer, 2003). Om verschijnselen van reuma zoals pijn, stijfheid en vermoeidheid te verlichten is ergotherapie een goed mogelijkheid. Een doel van de ergotherapie is dat de patiënt zo lang mogelijk zelfstandig blijft in het dagelijks leven. Verder is de oefentherapie een goede behandeling van reuma. Met oefeningen wordt ervoor gezorgd dat de patiënten bewegingen beter uitvoeren, een sterker lichaam en een betere conditie ontwikkelen en minder last van stijfheid en pijn hebben (Reumafonds, 2008). Belangrijk is dat de patiënten tijdens de oefentherapieën leren welke bewegingen goed zijn en welke bewegingen ze beter kunnen vermijden. Beweging is heel belangrijk voor reumapatiënten opdat de gewrichten lenig blijven en de spieren en botten aan sterkte niet verliezen. De gewrichten worden dan minder stijf. Goede sporten zijn zwemmen, fietsen en wandelen (Reumafonds, 2008).

De oefeningen die de patiënten tijdens de therapie leren zullen ook na de therapie thuis moeten worden gedaan om pijn en stijfheid te voorkomen (Reumafonds, 2008).

## **1.3 Het leven met reuma**

Het leven met reuma is niet eenvoudig. De kwaliteit van het leven gaat vaak achter uit omdat pijn, afhankelijkheid van anderen, depressie, angst en veranderingen in het sociaal leven het leven nu beïnvloedt (Taal, 1995). Als reuma in een vergevorderd stadium is kunnen de patiënten vaak veel activiteiten, zoals groenten snijden of een doos openen, niet meer zonder hulpmiddelen uitoefenen ( Van der Wardt, 1997). Het is voor de patiënten vaak moeilijk met deze beperkingen van alledaagse dingen om te gaan en deze uit handen te geven (Reumafonds, 2008). Als de ziekte nog in het beginstadium is kunnen de patiënten nog veel

dingen doen. Sommige reumapatiënten kunnen vaak ondanks hun ziekte gaan werken. Tijdens de rustige fasen van de ziekte zijn patiënten wel in staat hun werk goed uit te voeren en vaak kunnen ze in deeltijd gaan werken. Het is mogelijk de taakverdeling en de werkplek aan te passen om het werken te vereenvoudigen. Op het werk is belangrijk dat de collega's een goed begrip van reuma hebben en veel steun en hulp kunnen geven (Reumafonds, 2008).

De ziekte beïnvloedt niet alleen het leven van de patiënt maar ook het leven van de sociale omgeving. Voor familie en vrienden is de ziekte vaak moeilijk te begrijpen omdat bij reuma rustige en actieve episoden wisselen ( Van der Wardt, 1997). Ze hebben vaak een goed begrip over de ziekte reuma in het algemeen maar onderschatten vaak de impact die deze ziekte op het alledaagse leven heeft (Van der Wardt, Taal, Rasker, Wiegman, 1995). Zo kan het voorkomen dat de patiënt op de ene dag kan voetballen en op de volgende dag zich niet goed kan bewegen. Dit is voor de omgeving moeilijk te begrijpen ( Van der Wardt, 1997). Vooral voor de patiënten is het onbegrip van de ziekte heel lastig. In de Nederlandse media wordt weinig aandacht aan reuma besteed. Uit een onderzoek van Van der Wardt, Taal en Rasker (2000) blijkt dat de Nederlandse bevolking niet goed geïnformeerd is over reuma. Zo konden de proefpersonen, die van tevoren nauwelijks kennis van de ziekte hadden, slechts acht uit zeventien vragen over reuma juist beantwoorden. Veel mensen weten dus te weinig over reuma om het leven met de ziekte goed te kunnen beoordelen (Van der Wardt, Taal & Rasker, 2000).

## **2. Eenzaamheid**

Eenzaamheid is een gevoel dat veel mensen kennen maar meestal niet langdurig aanwezig is en dus geen probleem oplevert. Dit verandert als eenzaamheidsgevoelens chronisch worden. Dan kunnen mensen er ernstig onder lijden.

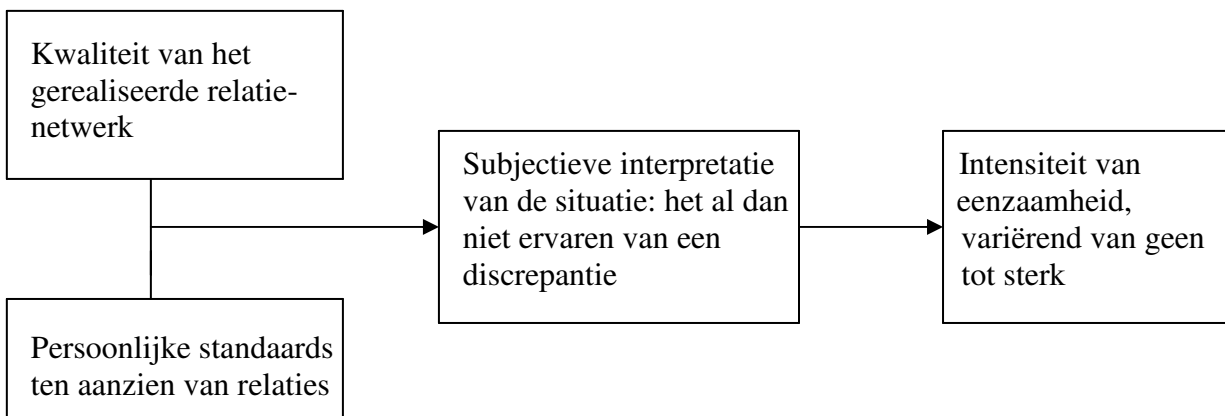
### **2.1 Definitie van eenzaamheid**

In de literatuur is eenzaamheid niet homogeen gedefinieerd. Desondanks hebben de definities gemeenschappelijke elementen. De eerste gemeenschappelijke veronderstelling is dat eenzaamheid niet synoniem is aan het alleen- zijn. Mensen die veel vrienden hebben kunnen zich eenzaam voelen en mensen met weinig contacten hoeven zich niet eenzaam te voelen. Eenzaamheid is dus een subjectief ervaren gevoel en is individueel verschillend. In de literatuur wordt ervan uitgegaan dat eenzaamheid wordt ervaren als er een discrepantie is tussen de gewenste relaties en de relaties die men heeft. Meestal gaat het hierbij om de kwaliteit van de relaties. Eenzaamheid kan dan ontstaan als de relaties onvoldoende diepgang



hebben of een partner ontbreekt met wie gevoelens en gedachten kunnen worden gedeeld (Van Tilburg & Fokkema, 2006). Van eenzaamheid kan worden gesproken als de boven genoemde discrepantie als negatief wordt ervaren. Zo kan een persoon die niet veel contacten heeft zich helemaal niet eenzaam voelen omdat het alleen- zijn door hem wordt gewenst of niet als negatief wordt ervaren (Van Tilburg & Fokkema, 2006).

De tweede gemeenschappelijke veronderstelling heeft met het belang van het tijdspectief te maken. Het verschil tussen de gerealiseerde en gewenste relaties wordt als ernstiger ervaren als de betrokkene geen mogelijkheid ziet deze discrepantie binnen een bepaalde termijn op te lossen. Iedere mens ervaart eenzaamheid in zijn leven maar meestal is de periode kort. Eenzaamheid wordt tot een probleem als de eenzaamheidsgevoelens chronisch worden en op lange termijn aanwezig zijn. Het ontstaan van eenzaamheid is in Figure 1 schematisch weergegeven (Van Tilburg & Fokkema, 2006).



**Figure 1.** Uit Van Tilburg & Fokkema (2006)

Er worden twee vormen van eenzaamheid onderscheiden. De eerste vorm is sociale eenzaamheid. Deze ontstaat als contacten met vrienden ontbreken. De tweede vorm is emotionele eenzaamheid. Deze vorm treedt op als iemand een intieme band mist met een ander persoon. Het is ook een verklaring waarom mensen ondanks een partner eenzaamheidsgevoelens kunnen ervaren en alleenstaanden met een groot vriendenkring zich eenzaam kunnen voelen (Van Tilburg & Fokkema, 2006).

## 2.2 Oorzaken van eenzaamheid

Oorzaken van eenzaamheid kunnen persoonlijk of maatschappelijk zijn. Er wordt onderscheid gemaakt tussen intra- individuele, inter- individuele en maatschappelijke oorzaken

(Linnemann, Leene, Bettink, Schram, 1990). Voorbeelden voor intra- individuele oorzaken zijn bijvoorbeeld een gebrek aan sociale vaardigheden of een laag zelfbeeld. Deze factoren kunnen doorwerken in de wijze van omgaan met andere mensen en dus tot eenzaamheid leiden. Inter- individuele oorzaken liggen in contact met andere mensen, bijvoorbeeld kunnen in iemands leven bepaalde gebeurtenissen voorvallen of veranderingen optreden (bv. overlijden van de partner of reuma) die tot eenzaamheid kunnen voeren (Linnemann *et al.* 1990). Maatschappelijke oorzaken zijn bijvoorbeeld onveiligheid in de buurt of het tekort aan zorg en hulp (Linnemann *et al.* 1990).

### **2.3 Eenzaamheid in relatie met psychische en lichamelijke klachten**

Eenzaamheid heeft vooral invloed op het welzijn van de mens. Zo kan het zowel geestelijk en lichamelijk ziekmakend zijn. Eenzame mensen blijken vaker last te hebben van een verminderd zelfrespect, een pessimistisch toekomstperspectief, depressieve klachten en angststoornissen. Lichamelijke klachten zijn hoofdpijn, maagklachten en slaapproblemen (Van Tilburg & Fokkema, 2006). Het is vaak moeilijk aan te geven of eenzaamheid een oorzaak of een gevolg van de klachten is (Linnemann *et al.*, 1990). Wanneer een persoon minder goed fysiek functioneert, psychische klachten en chronische aandoeningen heeft kan dit leiden tot minder en eenzijdigere relaties wat weer kan leiden tot verergering van de eenzaamheid. Het is dus een vicieuze cirkel tussen eenzaamheid en fysiek functioneren.

### **2.4 Leeftijdsperspectief in samenhang met eenzaamheid**

Een veel geaccepteerde definitie van de ouderdom in geïndustrialiseerde landen is leeftijd boven de 65 jaar (WHO, 2008). Bij oudere mensen neemt de omvang van het persoonlijke netwerk vaak geleidelijk af door verliezen van familieleden en vrienden (Linnemann *et al.*, 1990). Dit betekent niet dat iedere oudere mens eenzaam is. Als de nog bestaande relaties aan de wensen en behoeften voldoen is er geen probleem. Zo blijkt uit de literatuur dat emotionele en instrumentele steun belangrijk is voor het welbevinden bij ouderen. Dit is vooral van belang als de personen hun partner hebben verloren. Een studie van Guiaux *et al.* (2007) toont aan dat ouderen na het overlijden van hun partner veel emotionele steun krijgen. Als ze steun van hun familie en vrienden ontvangen is de kans kleiner dat ze zich eenzaam gaan voelen of sociaal geïsoleerd raken. Ingrijpende levensgebeurtenissen of ziekten hoeven dus niet altijd tot

eenzaamheid te leiden. Als ouderen in staat zijn hun leven weer op te pakken en nieuwe contacten op te bouwen of oude te verdiepen zullen er geen gevoelens van eenzaamheid ontstaan. Maar voor veel ouderen zijn dergelijke gebeurtenissen een markeringspunt in negatieve zin. Een gebrek aan zelfvertrouwen, sociale vaardigheden en probleemoplossende vermogens speelt hierbij een belangrijke rol. Ouderen staan vaak buiten het maatschappelijke verkeer en hebben meer moeite met het opdoen van nieuwe contacten dan jongeren (Linnemann *et al.*, 1990). Als ouderen niet in staat zijn nieuwe relaties op te bouwen blijven ze alleen en kunnen eenzaam worden. Uit een onderzoek over eenzaamheid en sociaal isolement onder ouderen in Groningen van Moorer en Suurmeijer (1992) blijkt dat 9% van de ouderen zeer eenzaam en 19% matig eenzaam zijn. Verder werd gevonden dat 5% van de ouderen sociaal geïsoleerd zijn. Ouderen blijken dus een verhoogde kans te hebben gevoelens van eenzaamheid te ervaren omdat hun sociaal netwerk altijd meer afneemt. Vooral lopen ouderen met chronische ziekten kans eenzaam te zijn omdat ze vaak immobiel raken en vaak thuis moeten blijven (Machielse, 2006). Ook in het onderzoek van Moorer & Suurmeijer (1992) werd gevonden dat ouderen die wel aan activiteiten kunnen deelnemen een groter sociaal netwerk hebben dan ouderen die het niet doen.

Volgens de socioemotionele selectiviteittheorie van Carstensen heeft sociale interactie verschillende functies in de levensfasen van een mens. Sociaal contact is gemotiveerd door verschillende doelen, bijvoorbeeld emotionele regulatie en het eigen maken van informatie. Volgens de theorie hebben jongeren nog hun gehele leven voor zich en richten zich dus op lange termijn doelen (Carstensen, 1995). Een groot en divers sociaal netwerk is dan een belangrijke informatiebron. Uit een onderzoek van Green, Richardson, Lago en Schatten- Jones (2001) blijkt dat jongeren dichtere en grotere netwerken hebben dan ouderen. Ze hebben vaak een goede vriend in hun netwerk. Verder toont het onderzoek aan dat als een groot sociaal netwerk ontbreekt het problematisch voor jongeren zal zijn (Green, Richardson, Lago, Schatten- Jones, 2001). Een groot sociaal netwerk blijkt dus belangrijk te zijn om eenzaamheid bij jongeren te voorkomen. Jonge reumapatiënten hebben vaak last van immobiliteit en kunnen niet aan alle activiteiten deelnemen. Het kan dus zijn dat als een groot sociaal netwerk op grond van de ziekte ontbreekt ze erdoor eenzaam kunnen raken (Carstensen, 1995).

Ouderen zijn meer op korte termijn doelen gericht en emotionele steun is belangrijk. De partner speelt een belangrijke rol. Ouderen hebben het probleem dat ze vaak hun

partner verliezen en het sociaal netwerk dus steeds kleiner wordt (Linnemann *et al.*, 1990).

Concluderend blijkt dat verschillende determinanten aan eenzaamheidsgevoelens bij jongeren en ouderen bijdragen. Het is dus interessant te onderzoeken welke groep reumapatiënten meer last van eenzaamheidsgevoelens heeft.

## **2.5 Reuma en eenzaamheid**

Zoals in de eerdere onderdelen werd uitgelegd is reuma een langdurige en pijnlijke ziekte die de patiënt in zijn dagelijks leven kan beperken. Als de ziekte ver is voortgegaan, is het leven met reuma door de fysieke beperkingen moeilijk en de patiënten zijn dan niet in staat alle dingen nog uit te voeren of zo aan het sociaal leven deel te nemen als ze eigenlijk willen. Dus kan men veronderstellen dat reumapatiënten een hoge kans hebben eenzaam te zijn.

Uit de literatuur blijkt dat er wel een samenhang tussen eenzaamheid en reuma lijkt te bestaan. Een reden voor eenzaamheid bij reumapatiënten kan zijn dat ze te weinig emotionele steun of contacten ervaren. Het artikel van Penninx *et al.* (1999) gaat over sociale netwerken, sociale steun en eenzaamheid bij ouderen met chronische aandoeningen. De studie van Penninx *et al.* (1999) toont aan dat mensen met reumatoïde artritis meer eenzaamheid ervaren dan mensen met een andere (chronische) ziekte. Mensen met reumatoïde artritis krijgen vaak veel instrumentele hulp (Penninx, van Tilburg, Kriegsman, Joan, 1999). Dit is vaak niet genoeg om aan de behoefte aan sociale en emotionele steun te voldoen. Er bestaat een positieve relatie tussen steun en psychologisch welzijn (Fyrand, Moum, Finset & Glennas, 2001). Volgens de studie van Fyrand *et al.* (2001) neemt de emotionele steun na de diagnose reumatoïde artritis af. Hoe langer de patiënten de ziekte hebben des te minder emotionele steun krijgen ze. Volgens de artikelen van Fyrand *et al.* (2001) en Penninx *et al.* (1999) hebben patiënten met reuma een verhoogde kans eenzaam te raken. Een ander reden voor eenzaamheid kan immobiliteit zijn. Uit het artikel van Lampinen *et al.* (2006) blijkt dat minder fysieke activiteit en veel last van chronische aandoeningen negatief is voor het subjectieve welzijn. Het is dus waarschijnlijk dat reumapatiënten daadwerkelijk eenzaamheidsgevoelens zullen ervaren omdat ze minder sociale steun ervaren en meer immobiel zijn.

### 3. Vraagstelling

Geconcludeerd kan worden dat er al werd aangetoond dat reuma en eenzaamheid in samenhang kunnen worden gebracht. Het was desondanks moeilijk literatuur precies over de samenhang van eenzaamheid en reuma te vinden en vooral welke determinanten tot eenzaamheid leiden. In deze studie zal de relatie tussen sociale en emotionele eenzaamheid en reuma verder worden onderzocht en welke factoren aan eenzaamheid bij reumapatiënten gerelateerd zijn.

De eerste hypothese is dat reumapatiënten met grotere functionele beperkingen meer last van sociale eenzaamheid hebben dan reumapatiënten met minder klachten. Als de patiënten nog niet zo veel ontstekingen van de gewrichten of pijn hebben zijn ze nog in staat veel dingen uit te voeren en kunnen aan het sociaal leven deelnemen. Ze hebben dus een kleinere kans sociaal eenzaam te raken.

Zoals werd uitgelegd speelt sociale steun een belangrijke rol voor het welzijn. Sociale steun is een belangrijke determinant om sociale en emotionele eenzaamheid te voorkomen. Reumapatiënten met veel sociale steun krijgen praktische maar gelijktijdig ook emotionele steun, wat ertoe leidt dat ze zich minder eenzaam voelen. De tweede hypothese is dus dat reumapatiënten die meer sociale steun ervaren minder sociaal en emotioneel eenzaam zijn dan reumapatiënten met minder sociale steun.

De derde vraagstelling is of er een verschil in eenzaamheid bestaat tussen leeftijdsgroepen. Zoals in punt 2.4 werd uitgelegd zijn er verschillende determinanten voor eenzaamheid bij jongeren en ouderen. Bij jongeren is een groot sociaal netwerk belangrijk. Dit kan door de ziekte reuma ontbreken en ze kunnen vaak aan het sociaal leven niet meer actief deelnemen. Dus is de hypothese dat jonge reumapatiënten meer last van sociale eenzaamheid zullen hebben.

Ouderen hebben vaak meer behoefte aan een partner en emotionele steun. Op grond van hun leeftijd verliezen ze vaak hun partner en vrienden. Hun sociaal netwerk wordt steeds kleiner. De hypothese is dus dat oudere reumapatiënten meer last van emotionele eenzaamheid zullen hebben.

Verder zal worden onderzocht welke variabelen de beste voorspellers van eenzaamheid zijn. Positieve sociale steun en een goed functionele status zijn belangrijk om eenzaamheid te voorkomen. De hypothese is dus dat functionele status en sociale steun de beste voorspellers van eenzaamheid zijn.

## 4. De methode

### Respondenten

Het huidige onderzoek werd gehouden bij reumapatiënten van 18 jaar en ouder in de Polikliniek Reumatologie. De respondenten werden van tevoren mondeling uitgenodigd aan het onderzoek deel te nemen. Als reumapatiënten niet wilden deelnemen werden ze gevraagd de reden aan te geven. De non- respons werd dan van de onderzoeker gedocumenteerd. Uiteindelijk werden 621 reumapatiënten gevraagd om aan het onderzoek deel te nemen. 356 (57.33%) wilden niet deelnemen aan het onderzoek, maar 265 (42.67%) deden wel mee. Redenen om niet aan het onderzoek mee te doen waren onder andere dat de gevraagde geen reumapatiënt waren, te weinig tijd hadden of al aan het onderzoek hebben deel genomen. In de documentatie ontbraken van 40 personen de gegevens waarom ze aan het onderzoek niet wilden deelnemen. Verder ontbraak in het databestand de data van 21 personen. Bovendien werden 5 personen die onder de 18 jaar waren uit het databestand verwijderd. Uiteindelijk bestond het databestand dus uit 239 reumapatiëntengegevens. Een overzicht over de wel/ niet deelname van de reumapatiënten wordt in tabel 1 weergegeven.

**Tabel 1**

*Overzicht over wel/niet deelname aan het onderzoek*

	<b>n</b>
Total gevraagde	621
Niet deelgenomen	356
Wel deelgenomen	265
Niet in het databestand	21
Verwijderd	5
Uiteindelijke aantal	239

Van de 239 reumapatiënten die deelnamen aan het onderzoek zijn in tabel 2 de demografische gegevens te vinden. Van de 239 reumapatiënten waren 37.6% mannen en 62.4% vrouwen. 65.6% van de mannen en 75.2% van de vrouwen waren jonger dan 65 jaar en behoorden in de analyse tot de groep „jongeren“. 34.4% van de mannen en 24.8% van de vrouwen waren boven de 65 jaar en behoorden tot de groep „ouderen“. Het grootste gedeelte van de patiënten

was getrouwd of had een partner. De meeste patiënten hadden een lager of middelbaar beroepsonderwijs of zaten op de MAVO.

**Tabel 2**

*Demografische gegevens van de reumapatiënten*

	<b>Geslacht</b>					
	<b>Mannen</b>		<b>Vrouwen</b>		<b>Total</b>	
	<b>%</b>	<b>n = 90</b>	<b>%</b>	<b>n = 149</b>	<b>%</b>	<b>n = 239</b>
<b>Leeftijd</b>						
< 65 jaar	65.6	59	75.2	112	71.5	171
> 65 jaar	34.4	31	24.8	37	28.5	68
<b>Burgerlijke staat</b>						
Ongehuwd/ niet samenwonend	11.1	10	8.7	13	9.6	23
Ongehuwd/ samenwonend	11.1	10	10.1	15	10.5	25
Getrouwd	70.0	63	66.4	99	67.8	162
Weduwe/ weduwnaar	4.4	4	12.8	19	9.6	23
Geschieden	3.3	3	2.0	3	2.5	6
<b>Opleidingsniveau</b>						
Geen opleiding	1.1	1	3.4	5	2.5	6
Basisonderwijs (lager onderwijs)	6.7	6	7.4	11	7.1	17
Lager beroepsonderwijs (LBO, huishoudschool)	22.2	20	26.8	40	25.1	60
MAVO, (M)ULO, 3-jarige HBS	18.9	17	29.5	44	25.5	61
Middelbare beroeps - Onderwijs (bijv. MTS)	24.4	22	10.1	15	15.5	37
5 jarige HBS, HAVO, MMS	6.7	6	4.0	6	5.0	12
Hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS)	11.1	10	14.8	22	13.4	32
Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	8.9	8	4.0	6	5.9	14

In tabel 3 is een overzicht van de reumatische aandoeningen van de reumapatiënten weergegeven. Als de reumapatiënten meer dan een vorm van reuma hadden konden ze ook meer vormen aangeven. Het grootste deel van de reumapatiënten hadden reumatoïde artritis (33.9%) en artrose (18.8%). Opvallend is dat een groot deel niet wist wat voor een aandoening ze hadden (23%).

**Tabel 3***Overzicht van de reumatische aandoeningen van de patiënten*

	%	n
Reumatoïde artritis	33.9	81
Artrose	18.8	45
S.L.E.	2.1	5
Fibromyalgie	7.1	17
Sclerodermine	0.8	2
Artritis psoriatica	6.3	15
Syndroom van Reiter	0.8	2
Jicht	7.9	19
Lage rugpijn	6.3	15
Tendinitis/Bursitis	0.4	1
Osteoporose	1.7	4
Ziekte van Bechterew	4.6	11
Anders	7.5	18
Weet ik niet	23.0	55

## 4.2 Meetinstrument

De reumapatiënten, die in de wachtkamer zaten, kregen een vragenlijst die ze moesten invullen. De vragenlijst bestond uit verschillende constructen die voor het testen van de hypothesen belangrijk zijn geweest. Bovendien werd naar demografische gegevens van de patiënten gevraagd. Hierna volgt voor iedere construct een uitleg hoe het gemeten werd en op welke schaal gescoord werd.

### 4.2.1 Eenzaamheid

Om de eenzaamheid van de patiënten te meten wordt de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld & van Tilburg gebruikt. De volledige eenzaamheidsschaal bestaat uit vijf positieve en zes negatieve items. Er zijn twee antwoordmogelijkheden, ja (=1) en nee (=0). De score op de schaal kan tussen 0 en 11 liggen. Hoe hoger men scoort hoe eenzamer is men (LASA-vu, 2007). De scores van 0 tot 11 kunnen in verschillende eenzaamheidsgroepen opgesplitst worden. Respondenten die van 0-2 scoren zijn niet eenzaam, van 3-8 zijn matig eenzaam, 9-10 zijn sterk eenzaam en een score van 11 betekent dat de respondent zeer sterk eenzaam is. De interne betrouwbaarheid van de schaal is .848. Voor het toetsen van de hypothesen in deze studie wordt de eenzaamheidsschaal naar emotionele en sociale eenzaamheid opgesplitst. De sociale eenzaamheidsschaal bestaat dan uit de items 1, 4, 7, 8 en 11 van de volledige schaal. Een voorbeeldvraag is: „Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn



dagelijkse probleempjes terecht kan”. De emotionele schaal bestaat uit de items 2, 3, 5, 6, 9 en 10. Een vraag van de emotionele eenzaamheidsschaal is bijvoorbeeld: „Ik mis een echt goede vriend of vriendin” (LASA-vu, 2007).

#### 4.2.2 *Functionele beperking*

De functionele status van de reumapatiënten wordt door de Health Assessment Questionnaire (HAQ) gemeten. De HAQ bestaat uit twintig items die onderverdeeld zijn in 8 categorieën: Aankleden en verzorging, opstaan, eten, lopen, hygiëne, reiken, grijpkracht en activiteiten. Iedere categorie bevat tenminste twee vragen. For iedere item in de categorieën bepalen de respondenten hoeveel moeite ze hebben om de aangegeven activiteiten te kunnen uitvoeren. Er zijn vier verschillende antwoordmogelijkheden: „zonder enig moeite“=0, „met enig moeite“=1, „met veel moeite“=2 en „onmogelijk uit te voeren“=3. De afkapscore ontstaat door de som van de scores op de 8 categorieën te berekenen en door de 8 categorieën te delen. De som op de 8 categorieën ontstaat doordat van iedere categorie de hoogste score op de items wordt genomen en opgeteld. Door het delen ontstaat een score die tussen 0 (geen beperking in het dagelijks leven door de ziekte) en 3 (veel beperking in het dagelijks leven door de ziekte) ligt. De betrouwbaarheid van de schaal is .90. (Stanford University School of Medicine, 2004).

#### 4.2.3 *Sociale steun*

Sociale steun wordt in het onderzoek met behulp van een schaal over positieve sociale steun (SSL12-I) en een schaal over problematische sociale steun gemeten. De SSL12-I bestaat uit 12 vragen over dagelijks steun („Gebeurt het weleens dat men gezellig bij u op bezoek komt?“), steun in relatie met problemen („Gebeurt het weleens dat men u goede raad geeft?“) en steun voor het zelfvertrouwen („Gebeurt het weleens dat men u om hulp of advies vraagt?“). De vier antwoordmogelijkheden op de vragen zijn: zelden of nooit, soms, regelmatig en vaak. De interne betrouwbaarheid van de schaal is goed ( $\alpha = .892$ ). De score op de vragenlijst gaat van 1 (weinig positieve steun) tot 4 (veel positieve steun) (Riemsma, Taal, Wiegman & Rasker, 2000).

De schaal over problematische steun bestaat uit 4 items. De vier antwoordmogelijkheden zijn: zelden of nooit, soms, regelmatig en vaak. De interne

betrouwbaarheid ligt bij .699. Ook hier ligt de score op de schaal tussen 1 (weinig problematische steun) en 4 (veel problematische steun) (Riemsma *et al.* 2000)

### **4.3 Procedure**

Het onderzoek vond in de reumatologie van het Medisch Spectrum Twente van de polikliniek in Enschede plaats. Op de polikliniek kwamen dagelijks een goed aantal reumapatiënten. Als de patiënten in de wachtkamer zaten werden ze gevraagd om de vragenlijst in te vullen. De deelname aan het onderzoek was vrijwillig. De patiënten werd mondeling uitgelegd over het onderzoek en ze kregen een informatieblad over het doel van het onderzoek. Als de patiënten toestemden om mee te doen, gingen ze aan een tafel met een computer zitten. De computer bevatte een `touch screen` om de invulling zo eenvoudig mogelijk te houden, vooral voor de oudere patiënten. De reumapatiënten vulden de vragenlijst alleen in.

### **4.4 Statistische analyse**

Voor de analyses werd gebruik gemaakt van het statistische software pakket SPSS 14.0. Diverse analyses werden uitgevoerd om tot bruikbare resultaten te komen.

Voor het aangeven van de demografische gegevens werd gebruik gemaakt van standaard kruistabellen met kolompercentages. De Kolmogorov- Smirnov toets werd gebruikt om te bepalen of de verdelingen van globale eenzaamheid, positieve en problematische sociale steun en functionele beperking normaal verdeeld waren.

De toets toonde aan dat de verdeling van positieve sociale steun normaal verdeeld was ( $p = .369$ ). De verdelingen van eenzaamheid ( $p = .000$ ), problematische sociale steun ( $p = .006$ ) en functionele beperking ( $p = .016$ ) waren niet normaal verdeeld. Voor de verdere analyses werden dus niet- parametrische toetsen gebruikt.

Om te testen of sociale steun en functionele beperkingen aan eenzaamheid gerelateerd zijn werden niet parametrische correlatieanalyses uitgevoerd. De hypothese dat jongeren meer last van sociale eenzaamheid en ouderen meer last van emotionele eenzaamheid hebben werd met behulp van een niet parametrische t- toets onderzocht. Om te onderzoeken welke variabelen de beste voorspellers van eenzaamheid zijn werden regressieanalyses uitgevoerd.

## 5. De resultaten

### 5.1 Algemene analyse van eenzaamheid

De globale vraag van het onderzoek was of reumapatiënten een grote kans hebben eenzaam te zijn. Met behulp van een frequentietabel werd gekeken of eenzaamheid bij de patiënten aanwezig was. De patiënten werden als sterk tot zeer sterk eenzaam beschouwd als ze op de eenzaamheidsschaal een score groter of gelijk aan negen hadden. Er werd gevonden dat 76.6% van de patiënten niet eenzaam en 21.8% matig eenzaam was. Verder bleek dat slechts 4 (1.7%) patiënten sterk tot zeer sterk eenzaam was.

**Tabel 4**  
*Overzicht over het aantal eenzamen in de patiëntengroep*

	%	n
Niet eenzaam	76.6	183
Matig eenzaam	21.8	52
Sterk eenzaam	1.3	3
Zeer sterk eenzaam	0.4	1

### 5.2 Relaties tussen functionele beperking en steun en sociale en emotionele eenzaamheid

Om de hypothesen te toetsen werd gebruik gemaakt van niet- parametrische toetsen omdat de verdelingen niet normaal verdeeld waren (zie punt 4.4).

Om de eerste hypothese te toetsen of reumapatiënten met grotere functionele beperkingen meer last van sociale eenzaamheid hebben dan reumapatiënten met minder klachten, werd een niet- parametrische correlatieanalyse uitgevoerd. Uit de analyse bleek dat functionele status en sociale eenzaamheid bij een significantieniveau van .01 met elkaar positief correleerden ( $r = .209$ ). De eerste hypothese werd dus ondersteund. Hoe groter de functionele beperkingen hoe eenzamer zijn de patiënten.

De tweede hypothese die getoetst werd was dat reumapatiënten die meer sociale steun ontvangen minder sociaal en emotioneel eenzaam zijn. Er werd een niet- parametrische correlatieanalyse uitgevoerd. Er werden negatieve correlaties tussen positieve sociale steun en sociale en emotionele eenzaamheid bij een significantieniveau van .01 gevonden ( $r = -.405$ ;  $r = -.379$ ). Dit betekent dat reumapatiënten die positieve sociale steun krijgen minder sociaal en emotioneel eenzaam zijn.

Verder werden er positieve correlaties tussen problematische steun en sociale en emotionele eenzaamheid gevonden ( $r = .244$ ;  $r = .182$ ). Reumapatiënten die geen helpende steun ontvangen zijn dus eenzamer dan patiënten die hulp ontvangen.

**Tabel 5**

*Overzicht van de correlaties*

	Emotionele eenzaamheid	Sociale eenzaamheid	Globale eenzaamheid
Functionele beperking	.238**	.209**	.243**
Positieve sociale steun	-.379**	-.405**	-.402**
Problematische sociale Steun	.182**	.244**	.214**

\*\*Correlatie is significant bij een overschrijdingskans van 0.01 (2- zijdig)

### 5.3 Analyse van het verschil tussen de leeftijdsgroepen ten opzichte van sociale en emotionele eenzaamheid

De derde hypothese van het onderzoek was dat jonge reumapatiënten meer last van sociale eenzaamheid en ouderen meer last van emotionele eenzaamheid hebben. Om deze hypothese te toetsen werd de Mann-Whitney toets voor twee onafhankelijke steekproeven gebruikt.

De toets gaf een Z-waarde van  $-0.676$  en een overschrijdingskans van  $.499$ . Er werd een significantieniveau van  $.05$  gehanteerd. Er bestaat dus geen verschil tussen de leeftijdsgroepen ten opzichte van sociale eenzaamheid. Verder gaf de toets een Z-waarde van  $-1.814$  en een overschrijdingskans van  $.07$ . Ouderen hebben dus niet meer last van emotionele eenzaamheid dan jongeren. Beide toetsen toonden aan dat het verschil tussen beide leeftijdsgroepen niet zo groot was dat men kon concluderen dat die ene leeftijdsgroep meer last van een bepaald eenzaamheidstype heeft. De derde hypothese kan dus niet significant ondersteund worden. In tabel 6 en 7 zijn de analysegegevens schematisch getoond.

**Tabel 6**

*Overzicht van de descriptives van de niet- parametrische t- toets voor twee onafhankelijke steekproeven*

	<b>n</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>
Emotionele eenzaamheid	239	.7657	1.39157
Sociale eenzaamheid	239	.6527	1.21989

**Tabel 7**

*Overzicht van de gegevens van de niet- parametrische t- toets*

	<b>Emotionele eenzaamheid</b>		<b>Sociale eenzaamheid</b>	
	Jongeren (< 65 jaar)	Ouderen (> 65 jaar)	Jongeren (< 65 jaar)	Ouderen (> 65 jaar)
n	171	68	171	68
Mean Rank	115.83	130.48	121.54	116.12
Z- waarde	-1.814		-.676	
p- waarde	.070		.499	

#### **5.4 Analyse van de voorspellers voor sociale en emotionele eenzaamheid**

Twee regressieanalyses werden uitgevoerd om te kijken welke determinanten de beste voorspellers van sociale en emotionele eenzaamheid zijn. Uit de analyses kwam na voren dat positieve sociale steun ( $\beta = -.406$ ) en functionele beperking ( $\beta = .210$ ) voor emotionele eenzaamheid van significant verklarende waarde waren. Problematische steun ( $\beta = .190$ ) was een minder goede voorspeller terwijl leeftijd ( $\beta = -.007$ ) geen voorspeller van emotionele eenzaamheid was. Deze vier determinanten verklaarden 24.5% van de variantie van emotionele eenzaamheid ( $R^2 = .245$ ).

Verder bleek dat voor sociale eenzaamheid positieve sociale steun ( $\beta = -.430$ ) en problematische sociale steun ( $\beta = .230$ ) significante voorspellers waren. Functionele beperking ( $\beta = .147$ ) was een minder goede voorspeller en leeftijd ( $\beta = -.004$ ) was niet van significant verklarende waarde voor sociale eenzaamheid. De vier determinanten verklaarden 25.7% van

de variantie van sociale eenzaamheid ( $R^2 = .257$ ). De regressieanalyse gegevens zijn in tabel 8 en 9 schematisch weergegeven.

**Tabel 8**

*Overzicht van de voorspellers van emotionele eenzaamheid*

	<b>B</b>	<b>Std. Error</b>	<b>beta</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
Problematische steun	.516	.174	.190	2.971	.003
Positieve steun	-1.028	.156	-.406	-6.609	.000
Functionele beperking	.415	.125	.210	3.323	.001
Leeftijd	-.001	.006	-.007	-.103	.918

$R^2 = .245$

**Tabel 9**

*Overzicht van de voorspellers van sociale eenzaamheid*

	<b>B</b>	<b>Std. Error</b>	<b>beta</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
Problematische steun	.552	.152	.230	3.628	.000
Positieve steun	-.962	.136	-.430	-7.055	.000
Functionele beperking	.256	.109	.147	2.340	.020
Leeftijd	-.000	.005	-.004	-.071	.944

$R^2 = .257$

## 6. Discussie

### 6.1 Discussie van de resultaten

Het algemeen doel van deze studie was te onderzoeken of reumapatiënten op grond van hun ziekte eenzaam zijn. Er werd ervan uitgegaan dat reumapatiënten een hoge kans hebben eenzaam te zijn omdat ze vaak functionele beperkingen hebben en in de loop der tijd vaak minder hulp en emotionele steun krijgen. Ze kunnen dus vaak aan het sociaal leven niet meer actief deelnemen en blijven vaak thuis. Uit de literatuur bleek dat het leven met reuma niet eenvoudig is en de ziekte het leven negatief kan beïnvloeden. Verder werd ervan uitgegaan dat de leeftijd een rol zal spelen in het ontwikkelen van sociale en emotionele eenzaamheid. De socioemotionele selectiviteitstheorie van Carstensen constateert dat sociaal contact gemotiveerd is door bepaalde doelen, bv. informatieverkrijging en emotionele regulatie.

Jongere volwassenen richten zich volgens de theorie meer op lange termijn doelen omdat ze nog hun gehele leven voor zich hebben. Een groot en divers sociaal netwerk is dan van belang. Als het ontbreekt, zal het problematisch voor hen worden. Ze hebben dan een hogere kans dan ouderen sociale eenzaamheid te ervaren. Voor oudere volwassenen is de partner belangrijk en als deze ontbreekt, kunnen ze emotioneel eenzaam zijn. Dus werd in de studie ervan uitgegaan dat jonge reumapatiënten op grond van de ziekte meer last van sociale en oudere reumapatiënten meer last van emotionele eenzaamheid zullen hebben.

De resultaten tonden aan dat 21.8% van de reumapatiënten matig eenzaam was. Slechts 1.7% van de patiënten waren sterk tot zeer sterk eenzaam (zie tabel 4). Het werd eigenlijk verwacht dat het percentage van de sterk en zeer sterk eenzamen hoger was. Uit de artikelen van Fyrand *et al.* en Lampinen *et al.* blijkt dat emotionele steun na de diagnose reuma afneemt en minder fysieke activiteit, waarmee reumapatiënten vaak te maken hebben, negatief voor het subjectieve welzijn is. Bovendien werd in de studie van Penninx *et al.* gevonden dat mensen met reumatoïde artritis meer eenzaamheid ervaren dan mensen met een andere chronische aandoening. Uit de literatuur bleek dat het leven met reuma niet eenvoudig is en de ziekte het alledaagse leven kan beperken. Het hebben van de ziekte reuma werd als problematisch beschouwd en negatief uitgelegd. Dus werd eigenlijk verwacht dat reumapatiënten vaak sterk eenzaam zullen zijn. Redenen voor dit laag gevonden percentage kunnen zijn dat het merendeel van de patiënten gehuwd (67.8%) was of een partner (20.1%) hadden. Verder werden ze vaak door hun vrienden, partners of kinderen na de afspraak begeleid. Uit het huidige onderzoek blijkt dat positieve sociale steun negatief correleert met emotionele en sociale eenzaamheid. Dus voorkomt positieve sociale steun eenzaamheid. Problematische sociale steun correleert positief met eenzaamheid en lijkt eenzaamheid te verhogen. De patiënten, die aan het onderzoek hebben meegedaan, leken wel positieve en minder problematische steun te ontvangen en daarom minder eenzaamheid te ervaren.

Verder kon men tijdens het onderzoek observeren dat veel patiënten weinig functionele beperkingen hadden en nauwelijks door hun ziekte sterk negatief beïnvloed werden. Meestal wilden de reumapatiënten, die bv. in een rolstoel zaten en dus veel functionele beperkingen hadden, niet aan het onderzoek deelnemen. Desondanks werd gevonden dat reumapatiënten met meer functionele beperkingen meer sociaal eenzaam zijn. De gevonden correlatie zou misschien hoger zijn geweest als de reumapatiënten met veel functionele beperkingen hadden meegedaan. De gevonden correlatie sluit goed aan bij de resultaten, die van Lampinen *et al.* gevonden werden. Functionele beperking lijkt dus wel een negatieve invloed op het welzijn

van de mens te hebben. Geconcludeerd kan worden dat de eerste beiden hypothesen significant ondersteund konden worden.

Bovendien kwam naar voren dat niet significant aangetoond kon worden dat jonge reumapatiënten meer last van sociale en oudere patiënten meer last van emotionele eenzaamheid hebben. De socioemotionele selectiviteitstheorie van Carstensen constateert dat voor ouderen de partner een belangrijke persoon is om eenzaamheid te voorkomen. Volgens Linnemann *et al.* is het moeilijk als deze ontbreekt. Dan kunnen veel ouderen emotionele eenzaamheid ervaren. In de respondentengroep van het huidige onderzoek was het merendeel getrouwd of had een partner. Bovendien werd gevonden dat positieve sociale steun positief met emotionele eenzaamheid correleerde. De patiënten krijgen dus positieve steun door hun partners en het blijkt dus dat een partner emotionele eenzaamheid voorkomt.

Volgens de theorie van Carstensen is een groot sociaal netwerk van belang bij jongeren. Een reden voor het resultaat dat jongeren niet meer sociaal eenzaam zijn dan ouderen is dat in het huidige onderzoek positieve sociale steun positief met sociale eenzaamheid correleerde. Verder, zoals al genoemd, werden veel patiënten van een vriend (of partner) naar het onderzoek begeleid. Ze lijken dus positieve steun te ontvangen die sociale eenzaamheid voorkomt.

Bovendien werden voor emotionele eenzaamheid functionele beperking en positieve steun als beste voorspellers gevonden. Een goede functionele status en veel positieve steun zijn dus goede voorwaarden om emotionele eenzaamheid te voorkomen.

Voor sociale eenzaamheid waren positieve en problematische sociale steun de beste voorspellers. Veel positieve en minder problematische steun zijn belangrijk om sociale eenzaamheid te voorkomen. Positieve sociale steun lijkt als een buffer tegen sociale eenzaamheid te werken terwijl problematische steun sociale eenzaamheid lijkt te bevorderen. Concluderend kan worden gezegd dat functionele beperking en sociale steun een rol spelen bij het ontwikkelen van eenzaamheid. Dit komt ook overeen met de studies van Lampinen *et al.* en Fyrand *et al.*, die constateerden dat steun een positieve invloed op het welzijn van de mens heeft en dat functionele beperkingen het welzijn negatief kunnen beïnvloeden.

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Er is gekozen om de reumapatiënten een vragenlijst achter een computer in te laten vullen. Dit is een vorm van zelfrapportage. Hier kan dus sprake zijn van sociaal wenselijk antwoorden of foutieve denkbeelden over het eigen gedrag. Verder hadden veel reumapatiënten hun vriend of partner mee. Deze stonden vaak erbij om bij het invullen bij de vragenlijst te “helpen”. Sommige patiënten gaven aan dat ze



het storend vonden dat de andere patiënten, als ze wilden, mee konden lezen wat ze invullen. Het kan dus zijn dat patiënten in deze situaties niet toegaven eenzaam te zijn of andere beperkingen te hebben. Er moet dus nog strenger worden opgelet dat de patiënten de vragenlijsten alleen invullen om de kans van sociaal wenselijk antwoorden zo klein mogelijk te houden.

Verder gaven patiënten aan dat sommige vragen niet goed gesteld of de antwoordmogelijkheden niet altijd passend waren. Bij de vraag of de patiënten kinderen hebben, kon een patiënt geen antwoord invullen omdat zijn kinderen al zijn overleden. Ook bij andere vragen waren de antwoordmogelijkheden niet gedifferentieerd genoeg. Bij de eenzaamheidsschaal kon men bijvoorbeeld alleen met “ja” of “nee” antwoorden. Maar als een patiënt het liefst met “zelden” heeft geantwoord had hij waarschijnlijk de antwoordmogelijkheid “nee” gekozen. Dit kan een reden ervoor zijn dat alleen 4 patiënten sterk tot zeer sterk eenzaam waren.

Bovendien was de gehele vragenlijst te lang. De patiënten hebben meestal 20 minuten of langer gebruikt voor het invullen. Daardoor kon de motivatie en aandacht minder zijn geweest. Door de lengte van de vragenlijst werden veel patiënten voor hun behandeling tijdens het invullen opgeroepen. Sommige patiënten hadden dus hun vragenlijst niet afgemaakt .

Het blijkt dus dat het onderzoek in sommige delen beter kon worden uitgevoerd en misschien draagt dit ertoe bij dat het percentage van de sterk eenzamen zo laag was.

Desondanks de uitgelegde beperkingen van de huidige studie werd het onderzoek in het algemeen betrouwbaar uitgevoerd.

Het werd gevonden dat functionele status en steun gerelateerd zijn aan eenzaamheid. Verder werd aangetoond dat beide determinanten goede voorspellers van eenzaamheid zijn.

Het huidige onderzoek laat dus zien dat het belangrijk is de voorspellers van eenzaamheid te onderzoeken om reumapatiënten in hun situatie te kunnen helpen en om het leven met reuma beter te begrijpen. Uit het huidige onderzoek werd aangetoond dat positieve steun belangrijk is om eenzaamheid te voorkomen. Dit is belangrijk om te weten opdat de vrienden, partners, kennissen en kinderen van reumapatiënten begrijpen dat het belangrijk is niet alleen de periode na de diagnose hulp en steun te bieden maar deze op lange termijn heel belangrijk is voor het welzijn van de patiënt. Verder kwam uit het onderzoek naar voren dat eenzaamheid niet in zo een hoge mate bij reumapatiënten lijkt aanwezig te zijn zoals men ten opzichte van de literatuur kon verwachten. De ziekte reuma lijkt de getroffen niet zo sterk te beïnvloeden

dat het hun leven sterk beperkt. Hier is nog verder onderzoek nodig om het effect van reuma op het dagelijkse leven nader te onderzoeken en om nauwkeuriger te onderzoeken welke determinanten aan eenzaamheid bij reumapatiënten gerelateerd zijn.

## **6.2 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek**

De gevonden resultaten geven zeker aanleiding tot het aannemen dat functionele status en sociale steun een rol spelen bij het ontwikkelen van eenzaamheid. Desondanks is nog verder onderzoek nodig om mogelijke andere determinanten van eenzaamheid bij reumapatiënten te ontdekken. De invloed van leeftijd op eenzaamheid zou worden onderzocht omdat in dit onderzoek niet significant aangetoond kon worden dat leeftijd een rol bij het ontwikkelen van eenzaamheid speelt.

Het vinden van een grotere en representatieve groep is voor toekomstig onderzoek van groot belang. Het is handig patiënten te nemen die nog niet vaak aan een soortgelijk onderzoek hebben deelgenomen. De motivatie en responsrate zou dan hoger zijn. Vooral zal erop worden gelet dat in de respondentengroep meer patiënten met veel functionele beperkingen zijn. Het kon in deze studie niet aangetoond worden of deze patiënten meer last van sociale of emotionele eenzaamheid hebben omdat ze niet wilden deelnemen.

Verder zullen bij de eenzaamheidsschaal meerdere antwoordmogelijkheden handig zijn om preciezer te kunnen bepalen of de patiënten eenzaam zijn en om hun de mogelijkheid te bieden gedifferentieerder te kunnen antwoorden. Bovendien zal erop worden gelet dat sociaal wenselijk antwoorden en een ontbreken van het invullen van de vragenlijst wordt voorkomen. Het zou dus handig zijn de vragenlijst korter te maken (slechts 10 min).

Een onderzoek zoals het huidige zal met behulp van de aanbevelingen een duidelijker beeld geven van wat de huidige onderzoek voor een gedeelte al heeft getoond.

## 7. Referenties

- Carstensen, L.L. (1995). Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. *American Psychological Society*, 4, 151- 156
- Fyrand, L., Moum, T., Finset, A., Glennas, A. (2001). The Impact of Disability and Disease Duration on Social Support of Women with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Behavioral Medicine*, 25 (3), 1-19
- Green, L.R., Richardson, D.S., Lago, T., Schatten- Jones, E.C. (2001). Network correlates of social and emotional loneliness in young and older adults. *Society for Personality and Social Psychology*, 27, 281
- Guiaux, M., Van Tilburg, T., Broese van Groenou, M. (2007). Changes in contact and support exchange in personal networks after widowhood. *Personal Relationships*, (14), 457- 473
- Hettenkofer, H-J. (2003). *Rheumatologie*. Georg Thieme Verlag: Stuttgart/New York
- Lampinen, P., Heikkinen, R.-L., Kauppinen, M. & Heikkinen, E. (2006). Activity as a predictor of mental well- being among older adults. *Aging & Mental Health*, 10(5), 454-466
- LASA- vu, (2007). *Manual of the Loneliness Scale 1999*. Verkregen op 24 april, 2008, van: <http://www.lasa-vu.nl/>
- Linnemann, M., Leene, G., Bettink, K., Schram, M., Voermans, J. (1990). *Uit eenzaamheid*. Bohn Stafleu Van Loghum: Houten/Antwerpen
- Machielse, A. (2006). Sociaal Isolement bij Ouderen. *Geron*, 2, via: <http://www.sociaalisolement.net/sir/index.php?table=knowledge&ID=44>
- Moorer, P., Suurmeijer, Th. P. B. M. (1992). *Sociaal isolement en eenzaamheid*. STYX Publications: Groningen
- Penninx, B.W.J.H., van Tilburg, T., Kriegsman, D.M.W., Joan, A., Boeke, P., Deeg, D.J.H. , van Eijk, J.Th.M.(1999). Social Network, Social Support, and Loneliness in Older Persons with Different Chronic Diseases. *Journal of Aging and Health*, 11, 151-168
- Reumafonds (2008). *Alles over reuma*. Verkregen op 29 januari, 2008, van: <https://www.reumafonds.nl/>
- Riemsma, R.P., Rasker, J.J., Bruyn, G.A.W., van Paassen, H.C., Taal, E., Wiegman, O. (2000). Problematic Positive Support in Relation to Depression in People with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Health Psychology*, 5 (2), 221-230
- Stanford University School of Medicine (2004). *The Health Assessment Questionnaire*.

- Taal, E. (1995). *Self- efficacy, Self- management and patient education in rheumatoid arthritis*. Eburon: Delft
- Van der Wardt, E. ( 1997). *Reuma in beeld*. Enschede.
- Van der Wardt, E.M., Taal, E., Rasker, J.J., Wiegman, O. (1995). *Reuma en het algemene publiek. Beeldvorming over reumatische aandoeningen Deel III*. Vakgroep Psychologie: Universiteit Twente
- Van der Wardt, E.M., Taal, E., Rasker, J.J., Wiegman, O., (2000). The general public`s knowledge and perceptions about rheumatic diseases. *Annals of the Rheumatic Diseases* (59), 32-38
- Van Tilburg, T., Fokkema, T., (2006). *Aanpak van eenzaamheid: Helpt het?* NIDI: Den Haag
- WHO (2008). *Definition of an older or elderly person*. Verkregen op 10 maart 2008, van: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

## 8. Bijlage

### 8.1 De eenzaamheidschaal (van de Jong- Gierveld en van Tilburg)

Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op U, zoals U de laatste tijd bent, van toepassing is. Zet een kruis in het vak wat het beste bij U past. Wilt U alstublieft alle vragen beantwoorden, ook wanneer ze niet op U van toepassing zijn.

	JA	NEE
1. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik mis een echt goede vriend of vriendin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik ervaar een leegte om me heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik mis gezelligheid om me heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ik mis mensen om me heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vaak voel ik me in de steek gelaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8.2 (Positieve) Sociale Steun Lijst 12- Interacties (SSL12-I)

Nu volgen 12 vragen waarin telkens over „men“ gesproken wordt. Het is de bedoeling dat u bij elke vraag onder „men“ telkens de mensen verstaat waar u mee omgaat (dus het geheel van familieleden, vrienden, kennissen, burens, collega's, etc.)

	Zelden of nooit	Soms	Regelmatig	Vaak
1. Gebeurt het weleens dat men u uitnodigt voor een feestje of etentje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gebeurt het weleens dat men gezellig bij u op bezoek komt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gebeurt het weleens dat men genegenheid voor u toont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gebeurt het weleens dat men u troost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gebeurt het weleens dat men u complimenten geeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gebeurt het weleens dat men interesse voor u toont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gebeurt het weleens dat men u hulp biedt in bijzondere gevallen zoals ziekte en verhuizing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gebeurt het weleens dat men u geruststelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gebeurt het weleens dat men u goede raad geeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Gebeurt het weleens dat men u in vertrouwen neemt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gebeurt het weleens dat men u om hulp of advies vraagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Gebeurt het weleens dat men uw sterke punten naar voren haalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 8.3 Problematische Sociale Steun Lijst

	Zelden of nooit	Soms	Regelmatig	Vaak
1. Gebeurt het weleens dat iemand geïrriteerd raakt wanneer u een advies van hem/ haar niet opvolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gebeurt het weleens dat iemand u vertelt hoe u om moet gaan met problemen, op een manier die u niet bevalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gebeurt het weleens dat iemand u informatie of suggesties geeft waar u niets aan heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gebeurt het weleens dat iemand het moeilijk vindt te begrijpen hoe u zich voelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8.4 Health Assessment Questionnaire (HAQ)

### Vraag 1

Kruis het antwoord aan dat het best beschrijft wat u meestal kon doen in de afgelopen week

	Zonder enige moeite	Met enige moeite	Met veel moeite	Onmogelijk uit te voeren
<b>Aankleden en verzorging</b>				
Kunt u zichzelf aankleden, inclusief veters strikken en knopen dichtmaken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u uw haren wassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Opstaan</b>				
Kunt u opstaan vanuit een rechte stoel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u in en uit bed komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Eten</b>				
Kunt u vlees snijden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u een vol kopje of glas naar de mond brengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u een nieuw pak melk openen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lopen</b>				
Kunt u buitenshuis op een vlakke grond wandelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u vijf traptreden opklimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Vraag 2

Kruis aan welke hulpmiddelen u normaal gebruikt voor de activiteiten uit de vorige vraag

Wandelstok	<input type="checkbox"/>
Rollator / looprekje	<input type="checkbox"/>
Krukken	<input type="checkbox"/>
Rolstoel	<input type="checkbox"/>
Hulpmiddelen, gebruikt bij het aankleden (knoophaak, ritssluitingtrekker, lange-steel schoenlepel, etc.)	<input type="checkbox"/>
Speciale of aangepaste hulpmiddelen bij eten of drinken	<input type="checkbox"/>
Speciale of aangepaste stoel	<input type="checkbox"/>
Overige hulpmiddelen	<input type="checkbox"/>
Geen van bovenstaande	<input type="checkbox"/>



### Vraag 3

**Kruis elke categorie aan waarvoor u normaal hulp van anderen nodig heeft**

Aankleden / verzorging	<input type="checkbox"/>
Opstaan	<input type="checkbox"/>
Eten	<input type="checkbox"/>
Lopen	<input type="checkbox"/>
Geen van bovenstaande	<input type="checkbox"/>

### Vraag 4

**Kruis het antwoord aan dat het best beschrijft wat u meestal kon doen in de afgelopen week**

	Zonder enige moeite	Met enige moeite	Met veel moeite	Onmogelijk uit te voeren
<b>Hygiëne</b>				
Kunt u zelf uw lichaam wassen en afdrogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u in en uit bad komen? (U mag deze vraag overslaan als u geen bad heeft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u op en van het toilet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Reiken</b>				
Kunt u een 1kg wegend voorwerp, zoals een pak suiker, bereiken en omlaaghalen van net boven uw hoofd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u voorover buigen om kleren van de vloer op te rapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Grijpkracht</b>				
Kunt u auto-portieren openen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u deksels van potten, die al eens geopend zijn, losdraaien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u een kraan open- en dichtdraaien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Activiteiten</b>				
Kunt u boodschappen doen en winkelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u in en uit een auto komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u klussen doen, zoals stofzuigen of tuinieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Vraag 5

**Kruis aan welke hulpmiddelen u normaal gebruikt voor de activiteiten uit de vorige vraag**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Verhoogd toilet                              | <input type="checkbox"/> |
| Zitje in de badkuip                          | <input type="checkbox"/> |
| Potdeksel-opener                             | <input type="checkbox"/> |
| Badkuip-muurstang                            | <input type="checkbox"/> |
| Lange-steel hulpmiddelen om iets te bereiken | <input type="checkbox"/> |
| Lange-steel hulpmiddelen in de badkamer      | <input type="checkbox"/> |
| Overige hulpmiddelen                         | <input type="checkbox"/> |
| Geen van bovenstaande                        | <input type="checkbox"/> |

### Vraag 6

**Kruis elke categorie aan waarvoor u normaal hulp van anderen nodig heeft**

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| Hygiëne                      | <input type="checkbox"/> |
| Naar voorwerpen reiken       | <input type="checkbox"/> |
| Voorwerpen pakken en openen  | <input type="checkbox"/> |
| Boodschappen doen en klussen | <input type="checkbox"/> |
| Geen van bovenstaande        | <input type="checkbox"/> |