



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

De relatie tussen copingstijlen en de mate van zelfeffectiviteit bij mensen met een reumatische aandoening

Enschede, Oktober 2009
Bachelorthese Psychologie

Student: Margriet van Duijvendijk
Studentnummer: 0151343

Faculteit:	Gedragswetenschappen
Richting:	Veiligheid en Gezondheid
1^e begeleider:	Dr. E. Taal
2^e begeleider:	Drs. P. M. ten Klooster

Medisch Spectrum $\triangle$ Twente

afdeling Reumatologie & Klinische Immunologie



De relatie tussen copingstijlen en de mate van zelfeffectiviteit bij mensen met een reumatische aandoening

- **Margriet van Duijvendijk** -

Voorwoord

De bachelor van mijn studie Psychologie aan de Universiteit Twente heb ik afgesloten met een bachelorthese. Ik heb gekozen voor het project ‘Kwaliteit van leven bij reuma patiënten’. Bij dit project werkt de faculteit Gedragswetenschappen van de Universiteit Twente samen met de afdeling Reumatologie van het Medisch Spectrum Twente (MST). Het was de bedoeling om weer binnen dit project een eigen onderzoek te bedenken.

Zodoende heb ik in de maand mei van 2009 gegevens verzameld op de reumapoli van het MST. De medewerkers waren vriendelijk en behulpzaam waardoor ik mij op mijn gemak voelde. Ook de patiënten waren vriendelijk en sociaal en ik ben hen ook zeer dankbaar voor hun medewerking.

Bij deze wil ik graag Erik Taal en Peter ten Klooster bedanken voor hun begeleiding. Ik ben hen dankbaar voor de opbouwende kritiek en hun uitleg over de data analyse. En tot slot wil ik graag mijn familie bedanken, zij hebben mij altijd aangemoedigd en hebben het volste vertrouwen in mij.

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek was om duidelijk te krijgen hoe de aspecten pijn, zelfeffectiviteit en copingstijlen met elkaar samenhangen bij mensen met een reumatische aandoening. Het onderzoek stelde twee hypothesen. Hypothese 1: *Naarmate patiënten met een reumatische aandoening een actieve copingstijl hebben, zal hun zelfeffectiviteit hoger zijn.* Hypothese 2: *Naarmate patiënten met een reumatische aandoening een passieve copingstijl hebben, zal hun zelfeffectiviteit lager zijn.* Er werd rekening gehouden met de mate van pijn aangezien dit het gevoel van zelfeffectiviteit kan beïnvloeden.

Het onderzoek waaraan 69 reumatische patiënten deelnamen, werd uitgevoerd in de reumapoli van het Medisch Spectrum Twente (MST). Met behulp van de Utrechtse Coping Lijst (UCL) werd onderzocht wat voor soort copingstijlen de patiënten hadden. Deze lijst meet copingstijlen bij confrontatie met problemen of aanpassingvereisende gebeurtenissen. Daarnaast werd er met de Numerical Rating Scale (NRS) gemeten hoeveel pijn de patiënten de afgelopen week hadden ervaren. Met de Zelfeffectiviteit Pijn (ZEP) vragenlijst werd er gekeken of de patiënten een hoge of lage zelfeffectiviteit ervoeren.

Analyses werden uitgevoerd met Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Hieruit bleek dat de copingstijlen ‘vermijden / afwachten’, ‘passief reactiepatroon’ en ‘geruststellende gedachten’ positief correleerden met de mate van pijn. Het is niet duidelijk of deze copingstijlen leiden tot meer pijn, of dat meer pijn leidt tot het gebruik van deze copingstijlen. De correlatie tussen de ZEP en de mate van pijn werd significant bevonden met een correlatie coëfficiënt van -0.38 en een significantie niveau van 0.01 (tweezijdig). Ook hier kan de causale richting helaas niet worden bepaald. De correlaties tussen de UCL-schalen en de ZEP waren geen van allen significant. Meervoudige lineaire regressieanalyse liet zien dat de mate van pijn van de respondenten gerelateerd was aan de zelfeffectiviteit van de patiënt. Dit gold niet voor de copingstijlen van de respondenten, deze werden niet significant gerelateerd aan de zelfeffectiviteit van de patiënt.

Uit de correlaties en de regressieanalyses is gebleken dat er voor deze respondenten geen samenhang bestaat tussen het hebben van bepaalde copingstijlen en de hoogte van hun zelfeffectiviteit. Wel bleek er uit deze analyses een samenhang te zijn tussen de mate van pijn van de respondenten en de hoogte van hun zelfeffectiviteit.

Summary

The purpose of this study was to clarify how the aspects of pain, self-efficacy and coping styles are related to people with rheumatic disease. The study suggested two hypotheses. *Hypothesis 1: Patients with rheumatic disease who have an active coping style, will have a higher self-efficacy.* *Hypothesis 2: Patients with a rheumatic disease who have a passive coping style, will have a lower self-efficacy.* The degree of pain was taken into account.

This study, where 69 rheumatic patients participated, was performed in the rheumatology clinic of the Medisch Spectrum Twente (MST) hospital. By using the Utrechtse Coping Lijst (UCL), we examined which coping styles the patients had. This list measures coping styles when confronted with problems of adaptation-requiring events. The Numerical Rating Scale (NRS) was used to measure how much pain the patients had experienced in the last week. The Pain Self Efficacy (ZEP) questionnaire measured whether the patients experienced a high or low self-efficacy.

Analyses were performed with Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). These analyses showed that the coping styles 'avoidance', 'passive reaction pattern' and 'reassuring thoughts' positively correlated with the degree of pain. It is not clear whether these coping styles lead to more pain, or that more pain leads to the use of these coping styles. The correlation between the degree of pain and ZEP was found significant with a correlation coefficient of -0.38 and a significance level of 0.01 (2-sided). Again, the causal direction cannot be determined. The correlations between the UCL and the ZEP-scales were not significant. Multiple linear regression analysis showed that the degree of pain of the respondents was related to the self efficacy of the patient. This was not the same for coping styles, they were not significant related to the self efficacy of the patient.

The correlations and regression analyses showed that there was no connection for these respondents between having certain coping styles and their level of self efficacy. However, there appears to be a correlation between the degree of pain of the respondents and the level of their self efficacy.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	6
2. Methode	10
2.1 Populatie en procedure	10
2.2 Meetinstrumenten	10
2.3 Statistische analyse	13
3. Resultaten	15
3.1 Demografische gegevens	15
3.2 Coping en pijn	17
3.2.1 Coping	17
3.2.2 Normaalverdeling	17
3.2.3 Correlatie UCL schalen	18
3.2.4 Correlatie coping en pijn	18
3.3 Zelfeffectiviteit	20
3.4 Samenhang zelfeffectiviteit met coping en pijn	21
4. Discussie	24

Referenties

Bijlage: Beschrijving van de items van vragenlijsten

Inleiding

Ruim anderhalf miljoen Nederlanders hebben last van een reumatische aandoening. Reumatische aandoeningen zijn een verzamelnaam voor ontstekingsachtige aandoeningen van het bewegingsapparaat en de omliggende weefsels en structuren. Er bestaan vele vormen van reumatische aandoeningen zoals reumatoïde artritis, fibromyalgie en artrose. Over het algemeen worden al deze aandoeningen samengevat met het woord reuma. De oorzaken van reumatische aandoeningen kunnen uiteenlopen (Reumafonds z.d.). Er is vaak sprake van een ‘auto-immuunziekte’, wat betekent dat het lichaam afweerstoffen maakt tegen zichzelf. Sommige andere reumatische aandoeningen worden veroorzaakt door een infectie. De verschijnselen zijn erg afhankelijk van het type reumatische aandoening, maar bij bijna alle vormen is er sprake van zwelling en pijn in het aangedane weefsel. Wanneer een gewricht is aangedaan wordt dit stijf zodat de bewegingen ervan worden beperkt. Bij de behandeling ligt het accent op pijnbestrijding en verlichting van de ontstekingsverschijnselen. Bij veel soorten reumatische aandoeningen worden dan ook pijnstillers aangeboden. De verdere behandeling is sterk afhankelijk van het type reumatische aandoening (Morrison & Bennett, 2006).

Mensen met een reumatische aandoening kunnen veel soorten klachten ontwikkelen zoals vermoeidheid, geen trek in eten hebben, koorts, pijn, verlies van energie over het algemeen, stijfheid, afhankelijkheid enzovoort. De klachten die het meest naar voren komen zijn pijn, verlies van onafhankelijkheid en beperkingen in het doen en laten. Deze klachten kunnen zich gaan uiten in depressie en angst (Anderson, Bradley, Young, McDaniel, & Wise, 1985).

Zelfeffectiviteit

Er zijn meerdere manieren om met reumatische klachten om te gaan en ze te bestrijden. Zoals al eerder werd genoemd ligt het accent van de behandeling op pijnbestrijding. Dit gebeurt onder andere door middel van pijnstillers, maar ook de patiënt zelf heeft hier een grote invloed op. De patiënt moet leren om op tijd te rusten, ondanks de pijn oefeningen uit te voeren en zijn/haar medicatie in de gaten te houden (Lorig, Chastain, Ung, Shoor, & Holman, 1989). Het gedrag van de reumatische patiënt zal dus veelal moeten veranderen. Volgens Bandura (1986) is een belangrijk mechanisme in het veranderen van gedrag het concept van zelfeffectiviteit. Zelfeffectiviteit kan worden geformuleerd als de overtuiging van een persoon dat hij/zij in staat is om bepaald gedrag of een bepaalde handeling succesvol uit te voeren. Onder andere

zelfeffectiviteit bepaalt hoe mensen zich voelen, wat zij denken, de mate van motivatie en hun gedrag. Mensen met een hoge zelfeffectiviteit gaan uitdagingen aan en wanneer deze niet lukken komt dat volgens hen omdat ze niet goed genoeg hun best hebben gedaan, of de vaardigheid en de kennis niet hebben maar deze wel kunnen leren. Hier tegenover staan mensen met een lage zelfeffectiviteit. Zij gaan moeilijke opdrachten uit de weg omdat ze aan hun eigen vaardigheden twijfelen. Zelfeffectiviteit wordt gevormd door ervaring, sociale modellen, sociale overtuiging en de mate van stress en negatieve emoties (Bandura, 1994).

Zelfeffectiviteit kan volgens Lin (1998) pijn verlichten door middel van drie mechanismen. Ten eerste, mensen die denken dat ze controle over hun pijn kunnen uitoefenen zullen alle mogelijke copingstrategieën gebruiken om hun pijn te verlichten. Ten tweede, mensen met een hoge zelfeffectiviteit geven minder snel op. En ten derde, een hoge zelfeffectiviteit kan gevoelens van stress verlagen en hierdoor eventuele lichamelijke spanning die pijn veroorzaakt wegnemen. Uit het onderzoek van Lin (1998) kwam naar voren dat zelfeffectiviteit, cognitieve- en gedragscopingstrategieën negatief correleerden met de intensiteit van de pijn en de mate van invloed van pijn op het dagelijks leven. Volgens Lin (1998) hebben mensen dus minder pijn naarmate ze meer copingstrategieën gebruiken. Hij heeft zijn onderzoek uitgevoerd bij patiënten met chronische pijn in de onderrug en patiënten met chronische pijn veroorzaakt door kanker.

Coping

Onder gedrag vallen ook de gebruikte copingstijlen van een patiënt. Onder coping wordt de manier waarop iemand zowel gedragsmatig, cognitief als emotioneel op aanpassing vereisende omstandigheden reageert, verstaan. Copingstijlen zijn de cognitieve en gedragshandelingen die een individu gebruikt om met stressvolle situaties om te gaan (Rosenstiel & Keefe, 1983). Copingstijlen worden gezien als een persoonlijkheidskenmerk, waardoor het zich kenmerkt door een zekere stabiliteit, maar in principe veranderbaar (Schreurs, Willige, van de Brosschot, Tellegen & Graus, 1993). Er zijn vele soorten copingstijlen die weer verdeeld kunnen worden in passieve copingstijlen zoals catastroferen, bidden/hopen en je gedachten afleiden, en actieve copingstijlen zoals de activiteit verhogen of verlagen (Keefe et al. 1997). Deze copingstijlen kunnen per individu verschillen, door onder ander vroegere leerervaringen, persoonlijkheidskenmerken en gedragsstijlen (bijvoorbeeld type-A gedrag) (Schreurs, 1993).

Naast copingstijlen bestaan er ook copingstrategieën. Een copingstrategie is de manier waarop men op een bepaald moment met een stressvolle situatie omgaat, bijvoorbeeld door het probleem te ontkennen. Ontkennen is dan een onderdeel van een passieve copingstijl. Een copingstijl is dus een individuele voorkeur voor bepaalde combinaties van copingstrategieën in verschillende situaties (Schreurs, 1993).

Relatie tussen coping en zelfeffectiviteit

Het is mogelijk dat gevoelens van zelfeffectiviteit samenhangen met het soort copingstijl van een individu. Een passieve copingstijl zoals hopen of bidden zal misschien eerder leiden tot een lage zelfeffectiviteit aangezien men met deze bijbehorende strategieën geen directe invloed uitoefent op de stressvolle situatie. Andersom zal een actieve copingstijl zoals het uitvoeren van een oefening, misschien wel leiden tot een hogere zelfeffectiviteit aangezien er hier wel sprake is van een directe invloed op de stressvolle situatie. Wanneer er een duidelijk verband tussen copingstijlen en zelfeffectiviteit kan worden gelegd, zal dit gevolgen kunnen hebben voor behandelingsmethoden voor patiënten. Wanneer een patiënt namelijk een lage zelfeffectiviteit heeft kan de behandelaar hier een gesprek mee aangaan en de patiënt bepaalde copingstrategieën aanleren, waardoor misschien zijn / haar copingstijl veranderd en daarmee ook de hoogte van zijn / haar zelfeffectiviteit.

In een onderzoek van Keefe et al (1997) werd de relatie tussen copingstrategieën en zelfeffectiviteit bij patiënten met een vorm van artrose aan de knie onderzocht. Er werden meerdere relaties tussen copingstrategieën en zelfeffectiviteit gevonden, onder andere: 1) het negeren van pijn werd gerelateerd aan een hogere zelfeffectiviteit van pijn en 2) het catastroferen werd gerelateerd aan een lagere zelfeffectiviteit van pijn (Keefe et al. 1997). Uit het onderzoek van Keefe et al (1997) komt naar voren dat er inderdaad een relatie bestaat tussen zelfeffectiviteit en copingstrategieën. Dit onderzoek wil ondervinden of er ook een relatie bestaat tussen zelfeffectiviteit en meer algemene copingstijlen.

Het specifieke doel van dit onderzoek is duidelijk te krijgen hoe de aspecten pijn, zelfeffectiviteit en copingstijlen met elkaar samenhangen bij mensen met een reumatische aandoening. Er wordt onderzocht welke copingstijlen de patiënten hebben, hoeveel pijn de patiënten hebben en of de patiënten een hoge of lage zelfeffectiviteit ervaren. Dit onderzoek stelt twee hypothesen.

Hypothese 1: *‘Naarmate patiënten met een reumatische aandoening een actieve copingstijl hebben, zal hun zelfeffectiviteit hoger zijn’*. Hypothese 2: *‘Naarmate patiënten met een reumatische aandoening een passieve copingstijl hebben, zal hun zelfeffectiviteit lager zijn’*. Er wordt rekening gehouden met de mate van pijn aangezien dit het gevoel van zelfeffectiviteit kan beïnvloeden.

Zoals al vermeld richt dit onderzoek zich op het omgaan met pijn als gevolg van het hebben van een reumatische aandoeningen. Andere aspecten zoals stress en kwaliteit van leven worden buiten beschouwing gehouden.

2. Methode

2.1 Populatie en procedure

In mei 2009 hebben 69 patiënten van de reumapoli in het Medisch Spectrum Twente (MST) deelgenomen aan het onderzoek. Het onderzoek bestond uit zes vragenlijsten die met behulp van een touchscreen in de wachtkamer werden ingevuld. Deelname was volledig vrijwillig en door middel van een informatieve brief werd het doel van het onderzoek en wat er met de gegevens zal worden gedaan uitgelegd. Voor het invullen van de vragenlijst was de enige eis het hebben van een reumatische aandoening. Patiënten van buitenlandse afkomst die het niet goed begrepen en patiënten die het niet goed konden lezen werden zoveel mogelijk geholpen, zonder teveel invloed op de antwoorden uit te oefenen. Het invullen van de vragenlijsten duurde gemiddeld tussen de 15 en 30 minuten.

2.2 Meetinstrumenten

In de wachtkamer van de reumapoli in het MST werd patiënten gevraagd om met behulp van een computer een aantal vragenlijsten in te vullen. Als eerste werd er gevraagd naar een aantal demografische en klinische gegevens. Hierna werd er gevraagd om een coping vragenlijst (UCL), een zelfeffectiviteit verwachting vragenlijst (ZEP) en de subschaal ‘pijn en welbevinden’ van de Numerical Rating Scale (NRS) in te vullen.

Coping

Er is gebruik gemaakt van de Utrechtse Coping lijst (UCL) (Schreurs et al, 1993) (zie bijlage). Deze lijst meet copingstijlen bij confrontatie met problemen of aanpassingvereisende gebeurtenissen. De UCL bevat 47 items die weer onderverdeeld worden in de volgende zeven subschalen: ‘actief aanpakken’ (items 11, 13, 18, 21, 22, 23 en 32), palliatieve reactie (items 2, 6, 14, 16, 17, 25, 34 en 35), vermijden (items 8, 9, 15, 19, 26, 40, 44 en 45), sociale steun zoeken (items 10, 29, 38, 39, 42 en 43), passief reactiepatroon (items 3, 5, 24, 30, 31, 33 en 46), expressie van emoties (items 4, 7 en 27) en geruststellende gedachten (items 1, 12, 36, 37 en 47). Men kon antwoord geven op de vragen door middel van een vier-puntsschaal bestaande uit: ‘zelden of nooit’ (score 1), ‘soms’ (score 2), ‘vaak’ (score 3) en ‘zeer vaak’ (score 4). Om de gemiddelden te krijgen werden eerst de scores van alle items tot scores van de aparte schalen

omgezet. De bij elkaar horende items van een schaal werden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal items. Een hoge score op een schaal betekend dat die persoon de bijbehorende strategieën vaak gebruikt en waarschijnlijk die stijl heeft.

De betrouwbaarheid is bij verschillende groepen berekend. De interne consistentie van de schalen kan redelijk goed genoemd worden (Cronbach's Alpha van 0.43 tot 0.89) (Schreurs & van de Willige, 1988). Als we het door Nunnally (1978) geadviseerde criterium van 0.70 hanteren, blijken de meeste schalen gemiddeld voldoende consistent. De stabiliteitcoëfficiënten (test-hertest) zijn redelijk hoog (van 0.37 tot 0.85) hetgeen erop wijst dat met de UCL-schalen redelijk stabiele eigenschappen gemeten worden (Schreurs et al, 1993).

Zelfeffectiviteit

Voor het meten van de zelfeffectiviteit van de patiënten is er gekozen voor een subschaal van de door Lorig et al (1989) ontwikkelde Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES). Deze vragenlijst meet de zelfeffectiviteitsverwachtingen van individuen die moeten omgaan met de gevolgen van Reuma. De ASES bestaat uit 19 items onderverdeeld in drie subschalen gericht op pijn, functie en andere symptomen. De interne consistentie van deze zelfeffectiviteit vragenlijst was goed bevonden (Cronbach's Alpha van 0.80) (Taal, Rasker, Seydel & Wiegman, 1993). Dit onderzoek richt zich alleen op de subschaal Zelfeffectiviteit Pijn (ZEP). Deze subschaal bestaat uit vijf items (zie bijlage). De items werden beantwoord op een vijf-puntsschaal. De score van de ZEP loopt van positief (score 1 = volledig eens) naar negatief (score 5 = geheel oneens), dit staat in tegenstelling tot de UCL en de NRS, die van negatief naar positief worden gescoord. Om vergissingen te voorkomen werd de ZEP hercodeert. De 'nieuwe' score was als volgt: 'volledig eens' (score 5), 'enigszins eens' (score 4), 'niet eens / niet oneens' (score 3), 'enigszins oneens' (score 2) en 'geheel oneens' (score 1). Een hoge score op de ZEP staat voor een hoge zelfeffectiviteit van de patiënt en een lage score op de ZEP staat voor een lage zelfeffectiviteit van de patiënt.

Mate van pijn

Pijn is gemeten met de subschaal 'pijn en welbevinden' (zie bijlage) van de Numerical Rating Scale (NRS). De proefpersonen gaven antwoord op de vraag: 'Hoeveel pijn had u als gevolg van uw aandoening in de afgelopen week?'. Er werd gevraagd of de proefpersoon zijn / haar mate van

pijn in de afgelopen week wou aangeven door het cijfer te selecteren dat het best van toepassing was, waarbij 0 stond voor "helemaal geen pijn" en 10 voor "ondraaglijke pijn". Hoe hoger de score op de NRS hoe meer pijn de patiënten de afgelopen week hadden ervaren (Farrar, Young, LaMoreaux, Werth, & Poole, 2001).

Achtergrondinformatie

Naast deze bovenstaande vragenlijsten werd er nog gevraagd naar de achtergrondinformatie van de patiënt. Er werd onder andere gevraagd naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleiding, werksituatie, diagnose en ziekte duur (zie bijlage).

2.3 Statistische Analyse

Alle gegevens zijn geanalyseerd met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versie 12.0.1. Alle bestanden zijn samengevoegd en gesorteerd op patiëntnummer.

Van de demografische en klinische gegevens zijn frequentietabellen gemaakt zodat er een duidelijk overzicht van de populatie ontstond. Ook van de ZEP zijn frequentietabellen gemaakt, om de mate van zelfeffectiviteit bij de respondenten te bepalen.

Om een indicatie te krijgen van de mate waarin de items van de UCL-schalen hetzelfde concept meten, is er gebruik gemaakt van Cronbach's Alpha, een maat voor de interne consistentie. Een test of onderzoeksvragenlijst kan over het algemeen worden gebruikt bij een alpha van 0,70 of hoger (Nunnally, 1978), deze norm werd ook bij dit onderzoek gehanteerd. Om er achter te komen in welke mate de respondenten een bepaalde copingstijl hadden zijn de gemiddelden en standaarddeviaties van de UCL-schalen berekend. De normaalverdeling van de gebruikte schalen (UCL, ZEP en P&W) werd met behulp van de Kolmogorov-Smirnovtoets getoetst. Deze toets toetst tweezijdig met een significantieniveau van .05. Wanneer de waarde van p groter was dan .05, werd de uitkomst niet significant bevonden en werd er geconcludeerd dat de variabele niet afwijkt van de normaalverdeling. Als controle zijn er histogrammen met een normaalverdeling curve van de schalen gemaakt. Voor het bepalen van de samenhang tussen de UCL-schalen zelf, de UCL-schalen en de mate van pijn, UCL-schalen en zelfeffectiviteit en zelfeffectiviteit en de mate van pijn is er gebruikt gemaakt van de Spearman Rang correlatie, omdat er sprake was van testen met ordinale schalen.

Meervoudige lineaire regressieanalyse is gebruikt om na te gaan of copingstijlen en de mate van pijn een afhankelijke voorspeller zijn van zelfeffectiviteit. De analyse werd verdeeld in stappen. Stap 1 analyseerde de mogelijke samenhang tussen zelfeffectiviteit en de mate van pijn en stap 2 analyseerde de mogelijke samenhang tussen zelfeffectiviteit en de copingstijlen. Door deze blokken elkaar te laten opvolgen, werd het mogelijk om te zien hoeveel de copingstijlen toevoegden aan de verklaarde variantie (R^2) in zelfeffectiviteit bovenop het deel dat verklaard werd door de mate van pijn. Van deze regressieanalyse is een tabel gemaakt met B-waarden, de gestandaardiseerde B-waarden en de gestandaardiseerde Beta-waarden.

Tijdens de analyse is ook er gekeken naar de variantie inflatie factor (VIF), een methode voor het opsporen van de ernst van multicollineariteit. Een 'tolerance' van minder dan 0,20 of 0,10 en / of een VIF van 5 of 10 en hoger duidt op een multicollineariteit probleem (Field, 2005). Uiteindelijk is er nog naar de residuen gekeken door middel van het maken van een histogram en een normal probability plot. En voor eventuele outliers is er gebruik gemaakt van Cook's distance, een maat die aangeeft in hoeverre een case invloedrijk is. Een waarde groter dan 1 of veel groter dan de distances van de overige cases is verdacht.

3. Resultaten

3.1 Demografische gegevens

In tabel 1 staat een overzicht van de demografische gegevens van de patiënten. De gemiddelde respondent is 56 jaar oud, getrouwd, heeft een gemiddelde ziekte duur van rond de negen en een half jaar en heeft de afgelopen week geen extreme pijn ervaren.

Tabel 1: *Demografische en klinische gegevens (n = 69)*

Kenmerk	
Leeftijd, jaren (gemiddelde, SD) ¹	56.5 (13.9)
Range	20-87
Mediaan (jaren)	56
Geslacht, vrouwen (n, %) ²	35 (50.7%)
Burgerlijke staat (n, %) ³	
Ongehuwd, niet samenwonend	4 (5.8%)
Ongehuwd, samenwonend	6 (8.7%)
Gehuwd	46 (66.7%)
Weduwe / weduwnaar	8 (11.6%)
Gescheiden	3 (4.3%)
Opleiding (n, %) ⁴	
Geen	1 (1.4%)
Basisonderwijs (lager onderwijs)	3 (4.3%)
Lager beroepsonderwijs (LBO, huishoudschool, LEAO, LTS)	13 (18.8%)
MAVO (M)ULO, 3-jarige HBS, VMBO	5 (7.2%)
Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO)	23 (33.3%)
5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium	4 (5.8%)
Hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS, HEAO)	17 (24.6%)
Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	1 (1.4%)
Huidige werksituatie (n, %) ⁵	
Fulltime werk	20 (29.0%)
Parttime werk	10 (14.5%)
Huishouden	7 (10.1%)
School of studie	0 (0.0%)
Werkloos	5 (7.2%)
Arbeidsongeschikt (WAO / WIA)	7 (10.1%)
Gepensioneerd (AOW, VUT)	18 (26.1%)
Ziekte duur (jaren) (gemiddelde, SD) ⁶	9,42 (7.64)
Range	0-37
Mediaan	8
Mate pijn (afgelopen week) (gemiddelde, SD) ⁷	3.62 (2.52)
Range	0-9
Mediaan	3

¹ = 2 missing ⁴ = 2 missing ⁷ = 11 missing

² = 2 missing ⁵ = 2 missing

³ = 2 missing ⁶ = 2 missing

In tabel 2 staan de frequenties en percentages van het soort reuma van de patiënten. Vier van de twaalf aandoeningen komen in dit onderzoek niet voor. De meest voorkomende soort reuma in deze populatie is Reumatoïde Artritis.

Tabel 2: *Reumatische aandoening (n = 67)*

Reumatische aandoening (n,%)	
Reumatoïde Artritis	25 (36.2%)
Artrose	14 (20.3%)
S.L.E.	0 (0.0%)
Fibromyalgie	1 (1.4%)
Sclerodermie (systemische sclerose)	0 (0.0%)
Artritis psoriatica	4 (5.8%)
Syndroom van Reiter	0 (0.0%)
Jicht	9 (13.0%)
Lage rugpijn	3 (4.3%)
Tendinitis / bursitis	1 (1.4%)
Osteoporose	0 (0.0%)
Ziekte van Bechterew	3 (4.3%)
Anders	8 (11.6%)
Weet ik niet	9 (13.0%)

3.2 Coping en Pijn

3.2.1 Coping

Tabel 3 toont de gemiddelden, standaarddeviaties en Cronbach's alpha's van de verschillende copingstijlen binnen de geteste populatie. De alpha's liggen voor alle schalen erg hoog, wat voor een hoge betrouwbaarheid van de schalen staat. Het is duidelijk dat de copingstijl 'actief aanpakken' het meeste werd gebruikt, gevolgd door de stijlen 'geruststellende gedachten', 'palliatieve reactie', 'vermijden / afwachten', 'sociale steun zoeken', 'expressie van emoties' en als laatste 'passief reactiepatroon'.

Tabel 3: *Gem. SD en Alpha's totale populatie*

Schaal	Gemiddelde	Standaarddeviatie	Alpha
Actief aanpakken	2.53	0.53	0.87
Palliatieve reactie	2.14	0.53	0.84
Vermijden/afwachten	1.99	0.36	0.69
Sociale steun zoeken	1.99	0.58	0.91
Passief reactiepatroon	1.56	0.47	0.82
Expressie van emoties	1.68	0.41	0.70
Geruststellende gedachten	2.39	0.64	0.84

3.2.2. Normaalverdeling

Met behulp van de Kolmogorov-Smirnov toets is er gekeken of de verdeling van de subschalen van de UCL normaal verdeeld zijn. De Kolmogorov-Smirnov toets toonde aan dat op de subschalen 'passief reactiepatroon' ($p = .02$) en 'expressie van emoties' ($p = .03$) na, de verdeling van de scores op de overige schalen niet significant afwijken van de normale verdeling. Ook wanneer er histogrammen met een normale verdeling curve van de subschalen werden gemaakt, is het duidelijk dat de subschalen 'passief reactiepatroon' en 'expressie van emoties' geen normale verdeling hebben. Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor het bestaan van outliers.

Met de Kolmogorov-Smirnov toets werd ook de normaalverdeling van de mate van pijn getoetst. De toets toonde aan dat de mate van pijn 'normaal' verdeeld is met een significantieniveau van 0.06.

3.2.3 Correlaties UCL schalen

Hieronder staan in tabel 4 de inter-correlaties tussen de schalen van de UCL. Hier kan men zien in welke mate de verschillende schalen met elkaar samenhangen. De schaal ‘actief aanpakken’ correleert niet significant met de schaal ‘passief reactiepatroon’. Ditzelfde geldt ook voor de correlatie tussen de schalen ‘expressie van emoties’ en ‘geruststellende gedachten’. Dit betekent dat zij verschillende constructen meten die niet aan elkaar gerelateerd zijn. De overige correlaties zijn niet extreem hoog, zij meten wel gerelateerde maar toch verschillende constructen. Lage correlaties kunnen ook het gevolg zijn van een kleine steekproef. Wanneer er een grotere steekproef zou worden gebruikt, zouden de correlaties kunnen veranderen.

Tabel 4. Spearman correlatiecoëfficiënten tussen de UCL-schalen

UCL-schalen	A	P	V	S	PR	E	G
Actief aanpakken	-	.46**	.33**	.40**	.16	.43**	.46**
Palliatieve reactie		-	.39**	.42**	.52**	.29*	.58**
Vermijden / afwachten			-	.33**	.44**	.26*	.55**
Sociale steun zoeken				-	.40**	.40**	.38**
Passief Reactiepatroon					-	.39**	.32**
Expressie van emoties						-	.18
Geruststellende gedachten							-

* : $p < .05$,

** : $p < .01$ (tweezijdig getoetst)

3.2.4 Correlaties coping en pijn

In de volgende tabel staat een overzicht van de correlaties tussen de copingstijlen en de mate van pijn in de afgelopen week. Alleen de copingstijlen ‘vermijden / afwachten’, ‘passief reactiepatroon’ en ‘geruststellende gedachten’ waren significant gecorreleerd met pijn. Deze copingstijlen correleerden positief met de mate van pijn in de afgelopen week. De causale richting van deze correlaties is niet te bepalen. Het is niet duidelijk of deze copingstijlen leiden tot meer pijn, of dat deze respondenten meer pijn rapporteerden en daardoor de voorkeur gaven aan deze copingstijlen.

Tabel 5. *Spearman correlatiecoëfficiënten tussen de UCL-schalen en mate van pijn*

UCL-schalen	Pijn afgelopen week
Actief aanpakken	-0.02
Palliatieve reactie	0.23
Vermijden / afwachten	0.29*
Sociale steun zoeken	0.09
Passief Reactiepatroon	0.28*
Expressie van emoties	0.07
Geruststellende gedachten	0.29*

* : $p < .05$,

3.3 Zelfeffectiviteit

De mate van zelfeffectiviteit is gemeten met de subschaal zelfeffectiviteit voor pijn (ZEP) van de ASES. De ZEP scoorde een gemiddelde van 4.16 met een standaarddeviatie van 0.52. De maximale score op de ZEP is 5 dus een gemiddelde van 4.16 is erg hoog en betekend dat de respondenten gemiddeld een hoge zelfeffectiviteit ervoeren. Met de Kolmogorov-Smirnov toets werd de normaalverdeling van de ZEP getoetst. De toets toonde aan dat de ZEP met een tweezijdig significantieniveau van 0.11 normaal verdeeld is. De correlatie tussen de ZEP en mate van pijn is significant bevonden met een correlatie coëfficiënt van -0.38 en een significantieniveau van 0.01 (tweezijdig). Dit betekend dat er een negatieve correlatie bestaat tussen de mate van pijn van de respondenten en de hoogte van hun zelfeffectiviteit. Dit zou kunnen betekenen dat een hoge zelfeffectiviteit gepaard gaat met een lage mate van pijn, of dat een hoge mate van pijn gepaard gaat met een lage zelfeffectiviteit. In tabel 6 worden de correlaties tussen de UCL-schalen en zelfeffectiviteit getoond. Alle correlatiecoëfficiënten liggen erg dicht bij nul, wat zou betekenen dat er geen enkel verband bestaat tussen copingstijlen en zelfeffectiviteit. Geen enkele correlatie is dan ook significant bevonden.

Tabel 6: Spearman correlatiecoëfficiënten tussen de UCL-schalen en Zelfeffectiviteit

UCL-schalen	ZEP
Actief aanpakken	-0.00
Palliatieve reactie	-0.02
Vermijden / afwachten	-0.07
Sociale steun zoeken	0.07
Passief Reactiepatroon	0.04
Expressie van emoties	-0.07
Geruststellende gedachten	-0.11

* : $p < .05$,

** : $p < .01$ (tweezijdig getoetst)

3.4 Samenhang zelfeffectiviteit met coping en pijn

Regressieanalyse

Aan de hand van een meervoudige lineaire regressieanalyse is gekeken in hoeverre zelfeffectiviteit kan worden verklaard door de mate van pijn en de gebruikte copingstijlen. Er werd gebruik gemaakt van een meerstappenmodel met zelfeffectiviteit als afhankelijke variabele. Tabel 7 geeft de B-waarden, de gestandaardiseerde B-waarden en de gestandaardiseerde Beta-waarden weer.

Tabel 7: Regressie analyse tabel

	B	SE B	β
Stap 1			
Constant	4.422	0.120	
Mate pijn	-0.072	0.028	-.334*
Stap 2			
Constant	4.421	0.059	
Mate pijn	-0.076	0.032	-.353*
Actief aanpakken	-0.022	0.205	-.019
Palliatieve reactie	0.034	0.214	.035
Vermijden/afwachten	0.013	0.256	.008
Sociale steun zoeken	0.102	0.140	.108
Passief reactiepatroon	0.197	0.209	.166
Expressie van emoties	-0.234	0.216	-.167
Geruststellende gedachten	-0.059	0.169	-.070

Notitie. $R^2 = .33$ voor Stap 1; $\Delta R^2 = .05$; * $p < .05$.

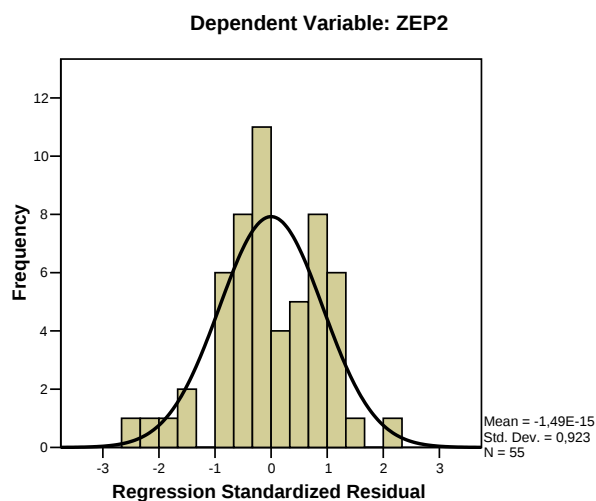
In de eerste stap is een regressie analyse uitgevoerd met zelfeffectiviteit als afhankelijke variabele van de mate van pijn. In de tweede stap zijn de copingstijlen in het model opgenomen. De mate van pijn (stap 1) blijkt 11.1% van de variantie in zelfeffectiviteit te verklaren ($F(1, 53) = 6.63$; $p = 0.013$). De B-waarde van de mate van pijn laat zien dat deze een negatieve relatie heeft met zelfeffectiviteit, dit zou betekenen dat wanneer de mate van pijn met één waarde stijgt, de hoogte van zelfeffectiviteit met een waarde van 0.072 daalt ($t(46) = -2.404$, $p = 0.02$). Wanneer de copingstijlen in stap twee aan het model worden gevoegd veranderd de B-waarde van de mate van pijn nauwelijks. De waarde van de gestandaardiseerde Beta (β) geeft aan dat als de mate van pijn met één standaarddeviatie (2.441) stijgt, dat dan de zelfeffectiviteit met .334 zal dalen. Een

stijging van de mate van pijn zal volgens deze gegevens dus leiden tot een lagere zelfeffectiviteit. Wanneer de copingstijlen er worden bijgevoegd blijkt dit model 16.4% van de variantie in zelfeffectiviteit te verklaren ($F(8, 46) = 1.12$; $p = 0.362$). Wanneer er naar de R^2 change tussen stap 1 en stap 2 wordt gekeken, is er een stijging te zien van 0.05. Helaas ligt het significantieniveau boven de 0.05, waardoor de gegevens niet significant bevonden kunnen worden. Ook wanneer er naar de UCL-schalen apart wordt gekeken worden er alleen maar significantieniveaus hoger dan 0.05 getoond. Uit deze gegevens kan worden geconcludeerd dat voor deze studie, bij deze patiënten, copingstijlen geen aanvullende variantie in de zelfeffectiviteit van de patiënt verklaren.

Residuen

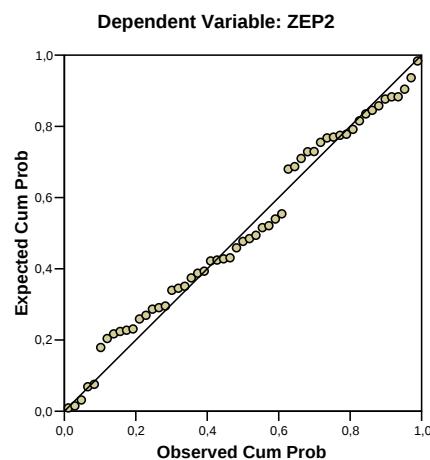
In de populatie heeft 1.65 % van de proefpersonen een gestandaardiseerd residu lager dan -2 of hoger dan 2. Dit percentage ligt onder de grens van 5%. Geen van de drie proefpersonen heeft een Cook's Distance groter dan één, wat betekent dat ze geen ongepaste invloed op het model hebben. Onderstaande figuren wijzen ook op een normale verdeling van de residuen. Het histogram in figuur 1 geeft de frequentieverdeling van de gestandaardiseerde residuen weer. Op een paar kleine afwijkingen na zijn de residuen normaal verdeeld. Figuur 2 toont een normal probability plot, deze zet de cumulatieve verdeling van de standaardnormale verdeling (verticale as) af tegen de cumulatieve gestandaardiseerde residuen (horizontale as). De punten liggen dicht bij de lijn, wat duidt op een normale verdeling van de residuen.

Figuur 1: Residuen histogram



Figuur 2: normal probability plot

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Multicollineariteit

Wanneer er sprake is van multicollineariteit in de data, dan betekent dit dat er twee of meer voorspellende variabelen hoog met elkaar correleren. Voor het opsporen van eventuele multicollineariteit is er gebruik gemaakt van de variance inflation factor (VIF). De VIF komt niet boven of zelfs in de buurt van 10 en de 'tolerance' ligt boven de 0.20. Het gemiddelde van VIF is 1.69. Aan de hand van deze data en de correlatiecoëfficiënten is er geen reden om aan te nemen dat er sprake is van multicollineariteit in de data.

4. Discussie

Dit onderzoek had als doel de relatie tussen copingstijlen en de mate van zelfeffectiviteit bij mensen met een reumatische aandoening duidelijk te krijgen. Tijdens het onderzoek werd er rekening gehouden met de mate van pijn van de patiënten, omdat uit onderzoek naar voren kwam dat pijn zelfeffectiviteit beïnvloed (Lin, 1998). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de copingstijlen ‘vermijden / afwachten’, ‘passief reactiepatroon’ en ‘geruststellende gedachten’, positief correleerden met de mate van pijn in de afgelopen week. Dit zijn passieve copingstijlen, wat zou kunnen betekenen dat een passieve copingstijl meer pijn als gevolg kan hebben. Maar helaas is de causale richting van deze correlaties in deze studie niet te bepalen. Uit onderzoek van Mercado, Carroll, Cassidy & Côté (2005) kwam naar voren dat passieve coping een sterke, onafhankelijke factor voor het uitschakelen van nek-en / of rugpijn was. Maar in het onderzoek van Covic, Adamson & Hough (2000) naar patiënten met reumatoïde artritis kwam juist naar voren dat meer pijn werd gerelateerd aan het gebruik van passieve coping. Waarschijnlijk is er geen eenvoudige relatie tussen pijn en coping en zou er in een vervolg onderzoek meerdere aspecten betrokken moeten worden, zoals ziekte duur, daar vonden Philips & Jahanshahi (1985) namelijk dat bij hoofdpijn patiënten met een relatief lange duur van de pijn (10-30 jaar) de relatie tussen pijn en vermijdingsgedrag aannemelijk sterker was dan bij patiënten met een relatief korte duur van de hoofdpijn.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de patiënten een hoog gevoel van zelfeffectiviteit hadden. De correlatie tussen zelfeffectiviteit en pijn was negatief significant wat zou kunnen betekenen dat een lage mate van pijn gepaard gaat met een hoge zelfeffectiviteit, wat in overeenstemming zou zijn met het onderzoek van Lin (1998). Ook hier kan de causale richting niet worden bepaald en is verder onderzoek nodig. Wanneer er een meervoudige lineaire regressie analyse werd toegepast, toonde deze aan dat de mate van pijn voor 11,1% gerelateerd was aan de variantie van de zelfeffectiviteit van de patiënt, maar toonde ook aan dat de copingstijlen geen aanvullende verklaring voor deze relatie konden geven aangezien deze gegevens niet significant werden bevonden. De copingstijlen waren dus niet significant gecorreleerd met de zelfeffectiviteit van de respondent.

Verder onderzoek naar deze relaties is gewenst, want zoals elke studie kent ook deze enkele beperkingen. Zo is het aantal patiënten wat deelnam aan het onderzoek wat aan de lage kant. De zelfrapportagevragenlijsten brengen ook enkele nadelen met zich mee. Ze zijn

bijvoorbeeld gevoelig voor sociale wenselijkheid en andere vertekeningen, omdat ze meten wat de patiënt op bewust niveau wil en kan melden over zichzelf (Ruiter & Hildebrand, 2006). Ook kan er sprake zijn van een vrijwilligersbias, mensen die hebben meegedaan aan het onderzoek kunnen significant verschillen van mensen die niet wilde mee doen. En zoals al duidelijk was gemaakt, kan er weinig over de causaliteit van de data worden gezegd. Met behulp van een longitudinaal onderzoek zou dit verband duidelijker kunnen worden.

Hypothese 1: *‘Naarmate patiënten met een reumatische aandoening een actieve copingstijl hebben, zal hun zelfeffectiviteit hoger zijn’* en hypothese 2: *‘Naarmate patiënten met een reumatische aandoening een passieve copingstijl hebben, zal hun zelfeffectiviteit lager zijn’* worden op basis van deze studie verworpen. Zoals al eerder aangegeven is het wenselijk om in vervolg onderzoek meerdere aspecten mee te nemen. Het effect van copingstijlen op zelfeffectiviteit zou namelijk kunnen worden beïnvloed door bijvoorbeeld de ziekteduur, psychische en fysieke aspecten.

Referentielijst

- Anderson, K.O., Bradley, L.A., Young, L.D., McDaniel, L.K. & Wise, CM. (1985). Rheumatoid arthritis: review of psychological factors related to etiology, effects, and treatment. *Psychological Bulletin*, 98, 358-387.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. *Encyclopedia of human behaviour*, 4, 71-81.
- Farrar, J.T., Young, J.P., LaMoreaux, I., Werth, J.L. & Poole, R.M. (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain*, 94 (2), 149-158
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS (And sex, drugs and rock 'n' roll)*. London: SAGE Publications.
- Keefe, F.J., Kashikar-Zuck, S., Robinson, E., Salley, A., Beaupre, P., Caldwell, D., Baucom, D. & Haythornwaite, J. (1997). Pain coping strategies that predict patients' and spouses' ratings of patients' self-efficacy. *Pain*, 73, 191-199
- Lin, C. (1998). Comparison of the Effects of Perceived Self-Efficacy on Coping with Chronic Cancer Pain and Coping with Chronic Low Back. *Pain*, 14(4), 303-310.
- Lorig, K., Chastain, R.L., Ung, E., Shoor, S. & Holman, H.R. (1989). Development and Evaluation of a Scale to Measure Perceive Self-Efficacy in People with Arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32 (1), 37-44.
- Mercado, A.C., Carroll, L.J., Cassidy, J.D. & Côté, P. (2005). Passive coping is a risk factor for disabling neck or low back pain. *Pain*, 117 (1-2), 51-57

- Morrison, V. & Bennett, P. (2006). *An introduction to health psychology*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory (2nd ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Philips, H.C. & Jahanshahi, N. (1985). The effects of persistent pain: the chronic headache sufferer. *Pain*, 21, 163-176.
- Reumafonds sterk in beweging. (z.d.) Vergrepen op 1 mei, 2009, van <https://www.reumafonds.nl>.
- Rosenstiel, A.K. & Keefe, F.J. (1983) The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33–44
- Ruiter, C. & Hildebrand, M. (2006). *Handboek psycho diagnostiek*. Amsterdam: Hartcourt Assessment BV
- Schreurs, P.J.G. & van de Willige, G. (1988). UCL: Utrechtse Copinglijst. Verkregen op 25 maart, 2009 via Universiteit Gent, Website: <http://www.lo-bsw.ugent.be/VVGP/UCL.pdf>
- Schreurs, P.J.G., van de Willige, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993). Herziene handleiding UCL. Verkregen op 25 maart, 2009 via Universiteit Gent, Website: <http://www.lo-bsw.ugent.be>
- Taal, E., Rasker, J.J., Seydel, E.R. & Wiegman, O. (1993). Health status, adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 20, 63-76.

Bijlage

Vragenlijst ‘Patiënten’

Vraag 1

Wat is uw geboortedatum?

codering: jaartal *dd-mm-yyyy*

Vraag 2

Wat is uw geslacht?

codering: Man = M, Vrouw = V

Vragenlijst ‘Basis’

Vraag 1

Codering

Wat is uw burgerlijke staat?

Ongehuwd, niet samenwonend	1
Ongehuwd, samenwonend	2
Gehuwd	3
Weduwe / weduwnaar	4
Gescheiden	5

Vraag 2

Codering

Wat is uw hoogst genoten opleiding?

Geen	1
Basisonderwijs (lager onderwijs)	2
Lager beroepsonderwijs (LBO, huishoudschool, LEAO, LTS)	3
MAVO (M)ULO, 3-jarige HBS, VMBO	4
Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS,	5

MEAO)

5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, 6
gymnasium

Hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS, HEAO) 7

Wetenschappelijk onderwijs (universiteit) 8

Vraag 3

Codering

Wat is de beste omschrijving van uw huidige situatie?

Fulltime werk 1

Parttime werk 2

Huishouden 3

School of studie 4

Werkloos 5

Arbeidsongeschikt (WAO / WIA) 6

Gepensioneerd (AOW, VUT) 7

Vraag 7

Welke vorm(en) van reuma heeft u? **codering:** 0 = niet, 1 = wel aangekruist

Reumatoïde Artritis

Artrose

S.L.E.

Fibromyalgie

Sclerodermie (systemische sclerose)

Artritis psoriatica

Syndroom van Reiter

Jicht

Lage rugpijn

Tendinitis / bursitis

Osteoporose

Ziekte van Bechterew

Anders

Weet ik niet

Vraag 8

Sinds wanneer heeft u last van uw reumatische aandoening?

codering: jaartal $nnnn$, $1900 \leq nnnn \leq$ huidige jaartal

Vragenlijst 'UCL'

Utrechtse Coping Lijst (UCL)

Deze vragenlijst gaat over de wijze waarop u op problemen of onplezierige gebeurtenissen reageert.

Mensen reageren vaak heel verschillend als zij met problemen of onplezierige gebeurtenissen te maken krijgen. Wat men in een bepaald geval doet hangt sterk af van de aard van het probleem of de gebeurtenis en de ernst ervan. Toch reageert men over het algemeen wat vaker op de ene dan op de andere manier.

Hieronder staan een aantal beschrijvingen die aangeven wat men zoal kan denken of doen als er problemen zijn. Wilt u achter iedere zin aangeven hoe vaak u in het algemeen op de beschreven manier reageert? U kunt dit doen door bij iedere zin in één van de vakjes een kruis te zetten. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Wilt u s.v.p. geen zinnen overslaan.

1 = zelden of nooit, 2 = soms, 3 = vaak, 4 = zeer vaak

	1	2	3	4
1. Je bedenken dat er nog wel ergere dingen kunnen gebeuren.....	O	O	O	O
2. Proberen je te ontspannen.....	O	O	O	O
3. Je volledig afzonderen van anderen.....	O	O	O	O
4. Je ergernis laten blijken.....	O	O	O	O
5. De zaken somber inzien.....	O	O	O	O
6. Je met andere dingen bezighouden om niet aan een probleem te hoeven denken.....	O	O	O	O
7. Laten zien dat je kwaad bent op degene die verantwoordelijk is voor het probleem..	O	O	O	O
8. Toegeven om moeilijke situaties te vermijden.....	O	O	O	O
9. Je neerleggen bij de gang van zaken.....	O	O	O	O
10. Je zorgen met iemand delen.....	O	O	O	O
11. Direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn.....	O	O	O	O
12. Tegen jezelf zeggen dat het allemaal welmee zal vallen.....	O	O	O	O
13. Problemen als een uitdaging zien.....	O	O	O	O

14. Je zorgen tijdelijk verdrijven door er even uit te gaan.....	0 0 0 0
15. De kat uit de boom kijken.....	0 0 0 0
16. Spanningen proberen te verminderen door bijv. meer te roken, drinken, eten of beweging nemen.....	0 0 0 0
17. Afleiding zoeken.....	0 0 0 0
18. Een probleem van alle kanten bekijken.....	0 0 0 0
19. Moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg gaan.....	0 0 0 0
20. Optimistisch blijven over de toekomst.....	0 0 0 0
21. Kalm blijven in moeilijke situaties.....	0 0 0 0
22. Verschillende mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen.....	0 0 0 0
23. Doelgericht te werk gaan om een probleem op te lossen.....	0 0 0 0
24. Piekeren over het verleden.....	0 0 0 0
25. Opgewekt gezelschap zoeken als je je zorgen maakt of van streek bent.....	0 0 0 0
26. Proberen je te onttrekken aan de situatie.....	0 0 0 0
27. Je spanningen afreageren.....	0 0 0 0
28. Wachten op betere tijden.....	0 0 0 0
29. Iemand om hulp vragen.....	0 0 0 0
30. Rustgevend middelen gebruiken als je je gespannen voelt of nerveus bent.....	0 0 0 0
31. Wegvluchten in fantasieën.....	0 0 0 0
32. De zaken eerst op een rij zetten.....	0 0 0 0
33. Je geheel en al in beslag laten nemen door problemen.....	0 0 0 0
34. Aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben.....	0 0 0 0
35. Op de een of andere manier proberen je wat prettiger te voelen.....	0 0 0 0
36. Je bedenken dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben.....	0 0 0 0
37. Je bedenken dat na regen zonneschijn komt.....	0 0 0 0
38. Je gevoelens tonen.....	0 0 0 0
39. Troost en begrip zoeken.....	0 0 0 0
40. Moeilijkheden over je heen laten komen.....	0 0 0 0
41. De humoristische kant van problemen zien.....	0 0 0 0
42. Laten merken dat je ergens mee zit.....	0 0 0 0
43. Met vrienden of familieleden het probleem bespreken.....	0 0 0 0

44. De zaak op z'n beloop laten..... O O O O
45. Je niet druk maken: meestal komt alles op z'n pootjes terecht..... O O O O
46. Je niet in staat voelen om iets te doen..... O O O O
47. Jezelf moed inspreken bij moeilijkheden..... O O O O

Vragenlijst 'ZEP'

Zelfeffectiviteit Pijn (ZEP)

Wij willen nu graag weten hoe u denkt over uw eigen mogelijkheden om zo goed mogelijk met uw ziekte om te gaan. Wilt u bij de volgende uitspraken aangeven in hoeverre u het met deze uitspraken eens bent.

Uitspraken:

- a) Ik ben tevreden over mij eigen mogelijkheden om de pijn van mijn reumatische aandoening te beheersen.
- b) Bij pijn en stijfheid door mijn reumatische aandoening kan ik mijn dagelijkse bezigheden gewoon blijven uitvoeren.
- c) Ik ben er zeker van dat ik kan slapen ondanks de pijn van mijn reumatische aandoening.
- d) Ik ben er zeker van dat ik de pijn als gevolg van mijn reumatische aandoening behoorlijk kan verminderen zonder extra medicijnen te gebruiken.
- e) Ik ben er zeker van dat ik de pijn door mijn reumatische aandoening tijdens mijn dagelijkse bezigheden goed aankan.

Vragenlijst 'P&W'

Pijn & Welbevinden

Vraag 1

Hoeveel pijn had u als gevolg van uw aandoening in de afgelopen week?

Wilt u dit aangeven door het cijfer te selecteren dat het best van toepassing is, waarbij 0 staat voor "helemaal geen pijn" en 10 voor "ondraaglijke pijn"