

Einde verhaal.

Een studie naar de samenhang van 'narrative foreclosure' met geestelijke gezondheid bij reumapatiënten.



Tessa Stutterheim (0181773)

Einde verhaal.

Een studie naar de samenhang van 'narrative foreclosure' met geestelijke gezondheid bij reumapatiënten.

Enschede, juli 2010

Tessa Stutterheim (0181773)

Universiteit Enschede

Bachelorthese Psychologie

Eerste begeleider: Dr. G.J. Westerhof

Tweede begeleider: Dr. E. Taal

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	3
2	Inleiding	5
2.1	Geestelijke gezondheid.....	5
2.2	Narrative foreclosure.....	6
2.3	Reuma.....	8
2.4	Deze studie.....	10
3	Methode	12
3.1	Procedure.....	12
3.2	Deelnemers.....	13
3.3	Vragenlijsten.....	14
3.4	Statistische analyses.....	16
4	Resultaten	18
4.1	Geestelijke gezondheid.....	18
4.2	Narrative foreclosure.....	18
4.3	Samenhang geestelijke gezondheid en narrative foreclosure.....	19
4.4	Lineaire regressie analyse.....	21
5	Discussie	23
5.1	Conclusie.....	23
5.2	Beperkingen van de studie.....	24
5.3	Aanbevelingen.....	25
5	Referenties	27
7	Bijlagen	30

1 Samenvatting

Einde verhaal: Een studie naar de samenhang van 'narrative foreclosure' met geestelijke gezondheid bij reumapatiënten.

T. Stutterheim, G. Westerhof, E. Taal. Faculteit Gedragwetenschappen, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.

Inleiding

De narratieve psychologie houdt in dat het leven van de mens gezien wordt als een verhaal. Uit onderzoek blijkt dat een goed levensverhaal zorgt voor een goed welbevinden. Door Mark Freeman (2000) wordt het begrip narrative foreclosure voor het eerst gebruikt. Dit wordt gezien als de vroegtijdige overtuiging dat het levensverhaal afgelopen is. Uit de literatuur is bekend dat chronische ziektes, zoals reuma, een belangrijke risicofactor zijn voor een mindere geestelijke gezondheid. Er is weinig bekend over de relatie tussen chronische ziekten en positieve geestelijke gezondheid. In deze studie wordt de samenhang van 'narrative foreclosure' met geestelijke gezondheid onderzocht bij een onderzoekspopulatie van reumapatiënten.

Methode

Bij 67 reumapatiënten werden, op de polikliniek reumatologie van het Medisch Spectrum Twente, verschillende vragenlijsten afgenomen. Deze vragenlijsten bevatten vragen met betrekking tot achtergrond kenmerken, geestelijke gezondheid en narrative foreclosure. Om te bepalen of er een correlatie bestond tussen geestelijke gezondheid en narrative foreclosure werd er een correlatieanalyse uitgevoerd. Tot slot werd er een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te controleren op storende variabelen en om te onderzoeken of de mate van narrative foreclosure een verklarende waarde heeft voor het niveau van geestelijke gezondheid.

Resultaten

Er werd een significant negatief verband gevonden tussen geestelijke gezondheid en narrative foreclosure. Een hoge mate van narrative foreclosure hangt samen met een lager niveau van geestelijke gezondheid. Dit significante verband blijft bestaan na het controleren op storende variabelen. Ook blijkt dat narrative foreclosure 41% van de variantie in het niveau van geestelijke gezondheid verklaart.

Discussie

In vergelijking met vorig onderzoek valt op dat 50-plussers duidelijk meer narrative foreclosed zijn dan de reumapatiënten. Wat betreft beperkingen is de non-response tijdens de dataverzameling vrij hoog waardoor het aantal deelnemers aan de studie wat beperkt is. Daarnaast is verder longitudinaal onderzoek vereist om te bepalen in welke mate narrative foreclosure de geestelijke gezondheid beïnvloedt.

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het voorkomen van narrative foreclosure.

End of story: The relation between 'narrative foreclosure' and mental health among rheumatic patients.

T. Stutterheim, G. Westerhof, E. Taal. Faculty of Behavioral Science, University of Twente, Enschede, the Netherlands.

Introduction

The narrative psychology opines that a person's life can be seen as a story. Research shows that a satisfied life-story creates a good mental health. Mark Freeman (2000) introduced the term narrative foreclosure first. This is the premature convincing that one's life-story has ended. Research literature tells that chronic diseases, such as rheumatism, form a major risk factor for a lower mental health. Little is known about the relationship between chronic diseases and positive mental health. In this study, the relation between 'narrative foreclosure' and mental health will be investigated among a population of rheumatic patients.

Method

On the rheumatology outpatient clinic of 'Medisch Spectrum Twente', different questionnaires were accomplished by 67 rheumatic patients. These questionnaires contained questions related to background characteristics, mental health and narrative foreclosure. To determine whether a correlation existed between mental health and narrative foreclosure, a correlation analysis was performed. Finally, a linear regression analysis was performed to check for confounding variables and to investigate whether the degree of narrative foreclosure had an explanatory value for the level of mental health.

Results

A significant negative relation between mental health and narrative foreclosure was found. A high degree of narrative foreclosure is associated with a lower level of mental health. This significant relation persists after checking for confounding variables. It was also found that narrative foreclosure accounts for 41% of the variance in the level of mental health.

Discussion

Compared to previous research it is noticeable that 50-plus persons are clearly more narrative foreclosed than rheumatic patients. With regard to limitations of the study, the non-response during data collection was quite high. As a result of that the number of participants is limited. Also, further longitudinal research is needed to determine to what extent narrative foreclosure affects mental health. Further research could focus on preventing narrative foreclosure.

2 Inleiding.

De laatste jaren is steeds duidelijker geworden dat geestelijke gezondheid meer is dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. De Wereldgezondheidsorganisatie definieert geestelijke gezondheid tegenwoordig op een positieve manier als:

een staat van welbevinden waarin elk individu zijn of haar potenties realiseert, om kan gaan met dagelijkse stress, productief kan werken en in staat is om een bijdrage te leveren aan zijn of haar gemeenschap (WHO, 2004).

Uit de literatuur is bekend dat chronische ziekten, zoals reuma, een belangrijke risicofactor zijn voor een mindere geestelijke gezondheid (Kenens & Hingstman, 2005).

Bij ingrijpende gebeurtenissen is het van belang om het levensverhaal aan te passen en te herschrijven in relatie tot de veranderende omstandigheden (Ganzevoort, 1991). In sommige gevallen lukt het mensen niet goed om hun levensverhaal te herschrijven, nieuwe gebeurtenissen worden niet meer verwerkt in het verhaal. Er blijft onvrede bestaan over het verleden en er worden geen mogelijkheden gezien om hieraan iets te herstellen. Het levensverhaal wordt vroegtijdig afgesloten. Dit wordt aangeduid als narrative foreclosure (Freeman, 2000). Het effect hiervan is een afgesloten verleden, een verhaal dat niet meer openstaat voor onderzoek of herinterpretatie en een verhaal dat zich niet meer ontwikkelt (Freeman, 2000). In deze studie wordt de samenhang van 'narrative foreclosure' met geestelijke gezondheid onderzocht bij een populatie van reumapatiënten.

2.1 Geestelijke gezondheid.

De hierboven omschreven definitie van geestelijke gezondheid bevat drie centrale concepten: individueel welbevinden, effectief functioneren van het individu en het effectief functioneren in de maatschappij. Deze concepten komen overeen met drie concepten uit de psychologische literatuur over welbevinden (Westerhof & Keyes, 2008):

- emotioneel welbevinden

- psychologisch welbevinden
- sociaal welbevinden

Emotioneel welbevinden betreft levenstevredenheid en positieve gevoelens zoals geluk, interesse en plezier in het leven. Psychologisch welbevinden gaat over het effectief kunnen functioneren van het individu. Hierbij zijn verschillende criteria van belang: zelfacceptatie, autonomie, omgevingsbeheersing, persoonlijke groei, doelgerichtheid en positieve relaties met anderen (Ryff, 1989, Ryff & Essex, 1991). Sociaal welbevinden betreft het hebben van een positieve visie op de maatschappij en zich er thuis voelen en in participeren (Keyes, 1998).

Onderscheidingskenmerken van mensen met een goede geestelijke gezondheid zijn (McKenzie, Pinger, Kotecki, 2008):

- het hebben van een goed zelfbeeld
- het hebben van sterke sociale contacten
- het goed kunnen functioneren in het alledaagse leven

Positieve geestelijke gezondheid bevat zowel emotioneel, psychologisch als sociaal welbevinden. Mensen met een goede geestelijke gezondheid worden omschreven als *florerend*, mensen met een slechte geestelijke gezondheid als *wegkwijnend* en de groep ertussenin als *gematigd* (Keyes, 2007).

2.2 *Narrative foreclosure.*

Na het beschrijven van het eerste belangrijke concept van deze studie (geestelijke gezondheid) zal in deze paragraaf ingegaan worden op het tweede belangrijke concept.

Het begrip 'narrative foreclosure' komt voort uit de narratieve psychologie. De narratieve psychologie houdt in dat het leven van de mens gezien wordt als een verhaal (Bohlmeijer, 2007). Dit levensverhaal hangt direct samen met de identiteit van de verteller van het verhaal. Dus als het verhaal verandert, verandert de identiteit van de verteller mee (Bohlmeijer, Mies & Westerhof, 2007). In het levensverhaal kunnen het gereconstrueerde verleden, het waargenomen heden en de verwachte toekomst integreren tot een logisch geheel (McAdams, 1996).

Essentieel voor narratieve ontwikkeling (het vinden van doelen in het leven, het vergaren van wijsheid en spirituele groei) is hoe men gebeurtenissen in het leven

intern ervaart, hoe men zijn/haar levensverhaal onderzoekt en hoe het verleden wordt herschreven (Randall & McKim, 2008).

De manier waarop het levensverhaal wordt vormgegeven kan grote invloed hebben op het welbevinden en het gedrag van de mens (Bohlmeijer, 2007). Uit onderzoek blijkt dat een goed levensverhaal zorgt voor een goed welbevinden en dat het opstellen van een eigen levensverhaal geldt als een belangrijk onderdeel voor het welbevinden (King, Scollon, Ramsey & Williams, 2000). Bij het creëren van een levensverhaal wordt een bepaald persoonlijk ideaal zichtbaar, dat het leven van de mens zin en richting geeft (Bohlmeijer, 2007).

'Narrative foreclosure' wordt gezien als de vroegtijdige overtuiging dat het levensverhaal afgelopen is (Freeman, 2000). Het leven gaat door, maar het levensverhaal is in gedachten al afgesloten (Randall & McKim, 2008).

'Narrative foreclosure' kan op drie manieren gedefinieerd worden (Bohlmeijer, Westerhof, Randall, Tromp & Kenyon, under review):

- de overtuiging dat er geen nieuwe ervaringen en banden meer mogelijk zijn die het levensverhaal en het doel van het leven nog kunnen veranderen.
- Het gebrek aan hoop en overtuiging om adequaat en efficiënt te handelen in het realiseren van levensdoelen.
- De sterke wens om het verleden te herschrijven en de richting van het leven te veranderen, maar tegelijkertijd de realisatie niet te weten hoe dat zou moeten.

Narrative foreclosure beïnvloedt zowel het beeld over het verleden als het beeld over de toekomst. Hoe men het verleden ziet beïnvloedt ook hoe men naar de toekomst kijkt. Gebeurtenissen in het heden kleuren als het ware het verleden en de verwachtingen van de toekomst (Freeman, 2000). Het terugkijken op het leven wordt vermeden of als vlucht gebruikt en het verleden wordt niet langer herschreven (ter Horst, 2010).

Wanneer er sprake is van 'narrative foreclosure', is het integreren van nieuwe gebeurtenissen in het levensverhaal niet meer van toepassing. Het levensverhaal raakt verstoord, de coherentie valt weg. Verleden, heden en toekomst zijn niet meer vanzelfsprekend met elkaar verbonden en hierdoor kunnen gevoelens van vervreemding en zinloosheid ontstaan. Hierdoor wordt het verhaal steeds onsamenhangender en is er geen sprake meer van harmonie of verzoening met het verhaal. Dit kan een negatieve invloed hebben op het welbevinden en de (geestelijke) gezondheid (Bohlmeijer et al., 2007). En als het levensverhaal zich niet

meer ontwikkelt, dan ontwikkelt de identiteit zich ook niet meer. Hierdoor valt de grootste factor van zelfvertrouwen en betekenis in het leven weg (ter Horst, 2010).

2.3 *Reuma*

Aangezien de relatie tussen geestelijke gezondheid en narrative foreclosure onderzocht wordt onder een populatie van reumapatiënten zal in deze paragraaf dit ziektebeeld beschreven worden.

Medisch gezien is reumatologie een deelspecialisme van de interne geneeskunde. Onder reumatische aandoeningen wordt verstaan: alle aandoeningen van het bewegingsapparaat die niet het gevolg zijn van traumatische, neurologische of aangeboren oorzaken (van Putten & Ruys, 2008). In tabel 2.1 is de indeling van reuma in categorieën opgenomen zoals deze wordt voorgesteld door het American College of Rheumatology (ACR, weergegeven in van Putten en Ruys, 2008). Met de term reuma worden meer dan 200 verschillende ziektebeelden aangeduid (Rasker, 2004). Ruim 2,3 miljoen Nederlanders hebben in enige mate last van een reumatische aandoening, waarvan 1,5 miljoen met langdurige klachten (Reumafonds, 2009).

De belangrijkste vormen van reuma zijn slijtagereuma (artrose) en ontstekingsreuma (Janssens & de Keyser, 2005). Slijtagereuma of artrose treft alleen het kraakbeen en onderliggende bot van het getroffen gewricht en heeft meestal geen belangrijke weerslag op de algemene gezondheidstoestand. De kans op artrose neemt toe met de leeftijd. Artrose is de meest frequente vorm van gewrichtslijden, één op de drie volwassenen lijdt aan enige vorm van artrose (Janssens & de Keyser, 2005).

Ontstekingsreuma komt daarentegen vaak op jongere leeftijd voor. Naast ontstekingsverschijnselen rondom het gewricht kunnen ook gezondheidsproblemen ontstaan op andere lokalisaties. De bekendste vorm van ontstekingsreuma is reumatoïde artritis en komt bij ongeveer één procent van de bevolking voor (Janssens & de Keyser, 2005). Een andere belangrijke vorm van reuma is weke-delenreuma, ongeveer een half miljoen Nederlanders lijdt aan een vorm van deze soort reuma. De bekendste vorm hiervan is fibromyalgie. Veelal gaat deze vorm gepaard met diffuse gewrichts- en spierpijnen. De pijnen hebben een atypisch karakter en vertonen noch de kenmerken van ontstekingsreuma, noch de kenmerken

van slijtagereuma. Ook de lokalisatie van de pijn is meestal wisselend. (Janssens & Keyser, 2005).

Tabel 2.1: indeling van reumatische ziekten in categorieën volgens het American College of Rheumatology (ACR, 2007)

Systemische bindweefsel ziekten	Onder andere: - reumatoïde artritis (RA), - chronische polyarthritis en enkele meer zeldzame ziekten, zoals systemische lupus erythematosus (SLE), scleroderma, polymyositis, vasculitis en het syndroom van Sjögren
Spondylartropathieën	Onder andere: - spondylitis ankylopoetica (ziekte van Bechterew), - het syndroom van Reiter, - arthritis psoriatica - arthritis geassocieerd met chronische darmziekten
Artrose	Zowel de primaire als de secundaire vorm
Reumatische syndromen geassocieerd met infecties	Te verdelen in: - aandoeningen die direct door infecties worden veroorzaakt - zogenaamde reactieve artritis, waarbij initiërende micro-organisme niet in het gewricht kan worden aangetoond
Metabole en endocriene ziekten geassocieerd met reumatische aandoeningen	Bekende voorbeelden zijn: - jicht - pseudo-jicht
Neoplasmata	Bijvoorbeeld bindweefsel tumoren metastasen
Neuromusculaire aandoeningen	Onder andere: - neurologische compressiesyndromen (bijv. het carpaletunnelsyndroom) - algoneuroreflexdystrofie
Bot- en kraakbeenaandoeningen	De meest voorkomende aandoening is osteoporose
Extra-articulaire aandoeningen	Hiertoe behoort een groot aantal slecht geclassificeerde locomotorische pijnsyndromen, ook wel weke-delenreuma genoemd
Restgroep	Aandoeningen die niet in bovenstaande categorieën geplaatst kunnen worden

Pijn is het meest voorkomende symptoom in reumatische aandoeningen naast (ochtend)stijfheid, vermoeidheid en bewegingsbeperkingen (van der Linden, Franssen & Dongen, 2002). Reumatische aandoeningen kunnen op elke leeftijd of levensfase beginnen. Alle vormen van reuma zijn chronisch van aard en het verloop is onvoorspelbaar met afwisselend rustige en actieve perioden (van Putten & Ruys, 2008). De oorzaak van reuma is onbekend maar er wordt vermoed dat het een ingewikkeld samenspel van erfelijke aanleg, omgevingsfactoren en ontregelde afweer is. De behandeling is voornamelijk gericht op begeleiding en pijnbestrijding omdat er nog geen geneesmiddel voor reuma is (van der Linden et al, 2002). Naast lichamelijke klachten zijn er ook veel gevolgen voor het geestelijke welbevinden. Als gevolg van de pijn en door beperkingen in hun dagelijkse bezigheden ervaren reumapatiënten vaak veel stress. Ook blijken reumapatiënten vaker last te hebben van depressieve klachten (Newman & Mulligan, 2000). Uit onderzoek is bijvoorbeeld gebleken dat fibromyalgie patiënten een significant lagere mate van geestelijk welbevinden ervaren dan de algemene Nederlandse bevolking (Trip, 2009). Daarnaast ervaren reumapatiënten een significant lagere algemene kwaliteit van leven dan de Nederlandse populatie (Verbakel, 2007).

2.4 *Deze studie*

Na het beschrijven van de drie belangrijkste concepten van deze studie zal nu worden uitgelegd wat er precies onderzocht gaat worden. Er is weinig bekend over de relatie tussen chronische ziekten en positieve geestelijke gezondheid. In deze studie wordt de samenhang van 'narrative foreclosure' met geestelijke gezondheid onderzocht bij een populatie van reumapatiënten. Uit eerder onderzoek naar de samenhang van narrative foreclosure met geestelijke gezondheid onder een onderzoekspopulatie van 50 plussers kwam een significante negatieve correlatie naar voren (Westerhof, in voorbereiding). Een lage score op narrative foreclosure hing samen met een hoge score op geestelijke gezondheid.

Zoals eerder vermeld heeft de manier waarop iemand zijn/haar levensverhaal vormgeeft invloed op het geestelijk welbevinden van deze persoon. Van belang voor het ontwikkelen en behouden van een positieve geestelijke gezondheid is hierbij de capaciteit om een levensverhaal te kunnen herschrijven als dit nodig is. Dit kan bijvoorbeeld nodig zijn na een traumatische gebeurtenis of fysiek letsel. Uit

onderzoek blijkt dat traumatische gebeurtenissen of fysiek letsel narrative foreclosure kunnen veroorzaken, doordat de structuur van het levensverhaal plotseling wegvalt (Antelius, 2007). Het leven met reuma zou gezien kunnen worden als een combinatie van deze twee factoren: het krijgen van de diagnose reuma als een traumatische gebeurtenis en het leven met de chronische pijn als fysiek letsel.

Onderzoeksvragen van deze studie zijn:

Hoofdvraag:

- Is er samenhang tussen geestelijke gezondheid en 'narrative foreclosure' bij reumapatiënten?

Deelvragen:

- Hoe is de geestelijke gezondheid bij reumapatiënten?
- Wat is de mate van 'narrative foreclosure' bij reumapatiënten?

Verwacht wordt dat de capaciteit tot het herschrijven van een levensverhaal samenhangt met de mate van 'narrative foreclosure'. Wanneer er sprake is van 'narrative foreclosure', dan is het integreren van nieuwe gebeurtenissen in het levensverhaal, het herschrijven, niet meer van toepassing. Verwacht wordt dus dat als de mate van 'narrative foreclosure' groter is, de geestelijke gezondheid minder zal zijn.

Daarnaast wordt verwacht dat het niveau van narrative foreclosure bij reumapatiënten hoger ligt dan bij een 50+ onderzoekspopulatie en dat de geestelijke gezondheid slechter is. Dit wordt verwacht omdat reumapatiënten door de ziekte hun levensverhaal zullen moeten herschrijven, waardoor de kans op 'narrative foreclosure' meer aanwezig lijkt dan bij een algemene 50+ onderzoekspopulatie. Deze studie kan worden gezien als een opstap naar verder onderzoek over de bevordering van positieve geestelijke gezondheid onder reumapatiënten. Als de hypothesen bevestigd worden, zal onderzoek naar het voorkomen van 'narrative foreclosure' na het krijgen van reuma de geestelijke gezondheid van reumapatiënten kunnen bevorderen. Er zouden bijvoorbeeld vroegtijdige interventies ontwikkeld kunnen worden voor het begeleiden van reumapatiënten in dit narratieve proces.

3 Methode.

Bij het beschrijven van de methode van dit onderzoek zal eerst de procedure waarmee gewerkt werd worden uitgelegd (3.1), daarna zullen de deelnemers van dit onderzoek nader worden beschreven (3.2). Vervolgens zal worden ingegaan op de vragenlijsten die afgenomen worden (3.3) en afsluitend zal worden uitgelegd welke analyses uitgevoerd zullen worden (3.4).

3.1 De procedure.

De dataverzameling vond plaats op de in week 11, 13 en 15 van 2010. In totaal waren er vier onderzoekers, waarvan er elke dag één aanwezig was op de polikliniek, om data te verzamelen. De patiënten die de polikliniek bezochten konden in de wachtkamer, op computers met touchscreens, digitale vragenlijsten invullen via het Reumatologie Online Monitor Applicatie systeem (ROMA-systeem). Dit systeem slaat alle antwoorden digitaal op en daardoor is het mogelijk alle patiëntgegevens bij te houden na elk bezoek aan de polikliniek. De data bestond, naast de vragenlijsten specifiek voor dit onderzoek, ook uit standaardvragenlijsten van het ziekenhuis. Nadat de patiënten de wachtkamer van de polikliniek binnen waren gekomen, werd aan hen gevraagd of ze deel wilden nemen aan het onderzoek. Deelname was vrijwillig en hieraan was geen beloning verbonden. Het invullen van de vragenlijsten kon eventueel met hulp van de onderzoekers. Er waren formulieren met informatie over de studie aanwezig op de polikliniek. Zowel voor, tijdens als na deelname aan het onderzoek was er voor de deelnemers ruimte om vragen te stellen. Non-response documentatie werd gedurende het onderzoek door de onderzoekers bijgehouden.

Het invullen van de standaardvragenlijsten duurde ongeveer tien minuten. Het invullen van de specifieke vragenlijsten voor dit onderzoek duurde daarnaast zo'n vijf à tien minuten. De totale afnametijd bedroeg dus ongeveer vijftien tot twintig minuten.

3.2 Deelnemers

In totaal zijn er 336 patiënten benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Hiervan hebben er 103 de standaardvragenlijsten volledig ingevuld. Van deze 103 respondenten hebben 86 zowel de standaardvragenlijsten als de aanvullende vragenlijsten ingevuld. 19 respondenten waren niet in staat de vragenlijsten helemaal in te vullen omdat zij werden opgeroepen voor onderzoek. Hierdoor zijn er 67 respondenten die alle vragenlijsten volledig hebben ingevuld.

In tabel 3.1 is de indeling van de non-response opgenomen. De voornaamste redenen om niet te willen deelnemen waren: geen reumapatiënt of in onderzoek, geen zin of interesse en te weinig tijd.

Tabel 3.1: indeling van de non-response

NON-RESPONSE	214
Geen patient of in onderzoek	61
Geen zin of interesse	48
Al aan teveel onderzoeken meegedaan	30
Slechtziend en wil geen hulp	4
Te weinig tijd	42
Te ziek of te moe	6
Patient wil niet met pc werken	1
Andere reden, namelijk cohort	14
Andere reden, namelijk Nederlandse taal niet goed machtig	4
Andere reden, namelijk patient heeft even teveel aan zijn hoofd	4

In tabel 3.2 zijn de frequenties van de achtergrond variabelen te zien. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is ongeveer 55 jaar. Er waren iets meer vrouwelijke dan mannelijke deelnemers. De meerderheid van de respondenten is gehuwd. Wat betreft opleidingsniveau zijn de deelnemers redelijk verdeeld, met een kleine meerderheid die middelbaar beroepsonderwijs heeft gevolgd. Het grootste deel van de respondenten is gepensioneerd, werkt parttime of werkt fulltime.

Bij het analyseren van de ziektespecifieke kenmerken valt op dat de gemiddelde ziekteduur 12.3 jaar bedraagt. Op een schaal van één tot tien, waarop één helemaal geen pijn en tien ondragelijke pijn betekent, ervaren de deelnemers een huidige pijn van 5.5. Wat betreft soorten reuma zijn reumatoïde artritis en artrose de meest voorkomende. Er is echter ook een grote groep deelnemers die niet weet wat voor soort reuma zij hebben.

Tabel 3.2: beschrijvende statistieken van 67 respondenten

	n	% of gemiddelde (SD)
Geslacht:		
- Man	30	44.8%
- Vrouw	37	55.2%
Leeftijd:	67	55 (33.3)
Burgerlijke staat:		
- Ongehuwd/niet samenwonend	6	9.0%
- Ongehuwd/samenwonend	10	14.9%
- Gehuwd	39	58.2%
- Weduwe/weduwenaar	6	9.0%
- Gescheiden	6	9.0%
Opleiding:		
- Geen	1	1.5%
- Basis onderwijs	7	10.4%
- Lager beroepsonderwijs	7	10.4%
- MAVO, VMBO	11	16.4%
- Middelbaar beroepsonderwijs	18	26.9%
- HAVO, Atheneum, gymnasium	4	4.5%
- Hoger beroepsonderwijs	14	20.9%
- Wetenschappelijk onderwijs	6	9.0%
Huidige situatie:		
- Fulltime werk	14	20.9%
- Parttime werk	16	23.9%
- Huishouden	6	9.0%
- School of studie	2	3.0%
- Werkloos	3	4.5%
- Arbeidsongeschikt	7	10.4%
- Gepensioneerd	18	28.4%
Ziektespecifieke kenmerken:		
Ziekte duur (jaren)	67	12.3 (13.5)
Huidige mate van pijn (1-10)	67	5.5 (2.5)
Meest voorkomende soorten reuma:		
Reumatoïde artritis	17	25.4%
Artrose	11	16.4%
Fibromyalgie	9	13.4%
Jicht	7	10.4%
Weet ik niet	16	23.9%
Overig	7	10.4%

3.3 Vragenlijsten.

In dit onderzoek vulden de respondenten vragenlijsten in waarmee uitspraken konden worden gedaan over:

- achtergrond kenmerken
- geestelijke gezondheid
- narrative foreclosure.

Achtergrond kenmerken:

Zie bijlagen 1 en 2 voor de vragenlijsten over de achtergrond kenmerken. De vragen die hier werden gesteld hadden als doel meer informatie te verkrijgen over de achtergrond van de deelnemers. De belangrijkste uitkomsten van deze vragenlijsten zijn in paragraaf 3.2 al besproken.

Geestelijke gezondheid:

Zie bijlage 3 voor de vragenlijst met vragen over de geestelijke gezondheid. De respondenten vulden een vragenlijst in die geestelijke gezondheid meet: het Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) (Keyes, 2006). De vragenlijst bestaat uit 14 items. Respondenten moeten aangeven hoe vaak zij gevoelens van welzijn hebben ervaren in de afgelopen maand. Er wordt geantwoord op een 6-punts schaal van “nooit”, “een of twee keer”, “ongeveer 1 keer per week”, “2 of 3 keer per week”, “bijna elke dag” tot “elke dag”. De MHC is opgedeeld in drie schalen: subjectief welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. De schaal die subjectief welbevinden meet bestaat uit drie items. Een voorbeeld item uit deze schaal is: *In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?* De schaal die psychologisch welbevinden meet bestaat uit vijf items. Een voorbeeld item uit deze schaal is: *In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?* De schaal die sociaal welbevinden meet bestaat uit zes items, een voorbeeld hiervan is: *In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?*

Het MHC-SF geeft een score voor elk van de drie subschalen en een totaalscore voor geestelijke gezondheid. De totale score wordt berekend door de gemiddelde scores van de 14 items bij elkaar op te tellen en te delen door 14. De score heeft een range van 1 tot en met 6. Geestelijke gezondheid kan vervolgens onderverdeeld worden in: slechte geestelijke gezondheid, ook wel ‘wegkwijnend’ genoemd, gematigde geestelijke gezondheid en goede geestelijke gezondheid, ofwel ‘florerend’. Wanneer op minstens 7 van de 14 items geantwoord wordt met ‘bijna elke dag’ of ‘elke dag’, waarvan er in ieder geval één in de schaal subjectief welbevinden, kan er worden gesproken van ‘florerend’. Wanneer er op minstens 7 van de 14 items geantwoord wordt met ‘één of twee keer per dag’ of ‘nooit’, waarvan er in ieder geval één in de schaal subjectief welbevinden, kan er worden gesproken van

'verkommerend'. Alle scores die niet aan deze voorwaarden voldoen vallen in de categorie 'gematigde geestelijke gezondheid' (Keyes et al., 2008).

Uit een onderzoek onder Nederlanders blijkt dat het MHC-SF beschikt over goede psychometrische kwaliteiten (Westerhof & Keyes, 2009). De interne consistentie (alpha coëfficiënt) van het MHC-SF voor de drie schalen is als volgt: .83 voor emotioneel welbevinden, .83 voor psychologisch welbevinden en .74 voor sociaal welbevinden. De betrouwbaarheid van het totale MHC-SF score is .89.

De data van deze studie bevestigen de goede psychometrische kwaliteiten van het MHC-SF. De interne consistentie (alpha coëfficiënt) van het MHC-SF voor de drie schalen is als volgt: .93 voor emotioneel welbevinden, .82 voor sociaal welbevinden en .93 voor psychologisch welbevinden. De betrouwbaarheid van de totale score op het MHC-SF is .95

Narrative Foreclosure:

Zie bijlage 4 voor de vragenlijst met vragen over narrative foreclosure. De 67 patiënten vulden ook de Narrative Foreclosure Schaal (NFS) in. Dit is een vragenlijst met 10 items over de mate van narrative foreclosure, die op een 4-puntsschaal beantwoord worden van helemaal mee oneens, deels mee oneens, deels mee eens tot helemaal mee eens. Een score van één betekent weinig narrative foreclosed, een score van vier betekent zeer narrative foreclosed. De NFS bevat twee subschalen, één voor het verleden en één voor de toekomst. Een voorbeelditem van de subschaal verleden is: *Het verhaal van mijn leven roept veel spijt op*. Een voorbeelditem voor de subschaal toekomst is: *Ik verwacht dat er nog hoofdstukken aan mijn levensverhaal worden toegevoegd*.

Uit eerder onderzoek bleek de betrouwbaarheid van de NFS .88 voor de subschaal toekomst en .83 voor de subschaal verleden (Westerhof & Bohlmeijer, in voorbereiding). Omdat er geen samenhang bestaat tussen de subschalen verleden en toekomst is er geen algemeen betrouwbaarheidscoëfficiënt voor de gehele NFS. Uit de data van deze studie bleek een betrouwbaarheid van .77 voor de subschaal verleden en een betrouwbaarheid van .81 voor de subschaal toekomst.

3.4 *Statistische analyses*

Voor de statistische analyses is gebruik gemaakt van Statistical Program for Social Sciences (SPSS), versie 18.0. Met behulp van de Kolmogorov-Smirnov-toets werd

eerst gekeken of de variabelen in dit onderzoek (de scores op het MHC-SF en de NFS) normaal verdeeld zijn. Dit kan tweezijdig worden getoetst met een significantieniveau van .05. Wanneer de uitkomst significant is ($p < .05$) wordt geconcludeerd dat de variabele niet normaal is verdeeld. Uit deze toetsing bleek dat van het MHC-SF de data van de subschaal emotioneel welbevinden niet normaal verdeeld zijn en dat van de NFS de data van de subschaal toekomst niet normaal verdeeld zijn.

Vervolgens werd een descriptieve analyse uitgevoerd om een overzicht te krijgen van de demografische variabelen van de deelnemers. Daarna werd een descriptieve analyse uitgevoerd om weer te geven hoe de patiënten gescoord hebben op de vragenlijsten.

Om te bepalen of er een correlatie bestaat tussen het MHC-SF en de NFS en welke richting en sterkte deze heeft, werd er een correlatieanalyse uitgevoerd. De correlatie (aangegeven met r) is altijd een getal tussen -1 en 1. Waarden die dichtbij nul liggen geven een heel zwak verband aan en waarden die dicht bij -1 of 1 liggen een heel sterk verband. Een positieve r wijst op een positieve samenhang en een negatieve r op een negatieve samenhang (Moore & McCabe, 1999). Deze correlatie werd getoetst met zowel de Pearson correlatieanalyse voor normale verdelingen en de Spearman correlatieanalyse voor niet normale verdelingen. De verschillen tussen de correlatiecoëfficiënten van deze analyses bleken verwaarloosbaar. Daarom is besloten de conclusies van deze studie te baseren op de Pearson correlatieanalyse. Hierna werd er met behulp van een correlatieanalyse nog getoetst op het bestaan van mogelijke storende demografische variabelen die de resultaten zouden kunnen beïnvloeden. Een variabele wordt gezien als storend als deze zowel samenhangt met geestelijke gezondheid als met narrative foreclosure.

Tot slot werd er een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te testen of deze variabelen de relatie tussen geestelijke gezondheid en narrative foreclosure beïnvloeden en of er nog variabelen zijn die een unieke bijdrage leveren aan de geestelijke gezondheid. Dit werd gedaan in twee stappen. In de eerste stap werden alleen de mogelijk storende variabelen door middel van de lineaire regressieanalyse getoetst, in stap twee werden ook de scores op de NFS aan de lineaire regressieanalyse toegevoegd.

4 Resultaten

In paragraaf 4.1 wordt ingegaan op de scores op het MHC-SF en in paragraaf 4.2 op de scores op de NFS. In paragraaf 4.3 wordt de samenhang van geestelijke gezondheid met 'narrative foreclosure' berekend door te kijken naar de correlaties tussen de subschalen van geestelijke gezondheid en die van 'narrative foreclosure'. Paragraaf 4.4 bevat de resultaten van de lineaire regressieanalyse.

4.1 Geestelijke gezondheid

De deelvraag die hier beantwoord wordt is: hoe is de geestelijke gezondheid bij reumapatiënten? Zie tabel 4.1 voor een weergave van deze gegevens. De gemiddelde score op het Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) was 4.31 met een standaardafwijking van 1.21. Dit betekent dat de deelnemers tussen de 2 of 3 keer per week (score van 4) en bijna elke dag (score van 5) gevoelens van welzijn ervaren. Op een schaal van één tot zes zou dit omschreven kunnen worden als een redelijk goede geestelijke gezondheid. Wat betreft de scores op de verschillende subschalen valt op dat deze weinig verschillen. De gemiddelde score op sociaal welbevinden is alleen iets lager.

Van de 67 deelnemers zijn er zeven *wegkwijnend* (10.4%), 22 *gematigd* (32.8%) en 38 *florerend* (56,7%).

Tabel 4.1: Beschrijvende statistiek voor de resultaten op het MHC-SF

	Gemiddelde	Standaardafwijking
totaalscore MHC-SF	4.31	1.21
emotioneel welbevinden	4.55	1.36
sociaal welbevinden	3.88	1.30
Psychologisch welbevinden	4.55	1.31

4.2 Narrative foreclosure

De deelvraag die hier beantwoord wordt is: Wat is de mate van 'narrative foreclosure' bij reumapatiënten? In tabel 4.2 staat een overzicht van deze gegevens.

Op de narrative foreclosure subschaal verleden is door de deelnemers een gemiddelde score van 2.54 behaald met een standaardafwijking van .91. Op de subschaal toekomst is de gemiddelde score 2.29 met een standaardafwijking van 1.07. Dit betekent dat de deelnemers op vragen die narrative foreclosure meten vooral: *deels mee oneens* (score 2) en *deels mee eens* (score 3) hebben geantwoord. Een score die overeenkomt met een redelijk gemiddeld niveau van narrative foreclosure.

Tabel 4.2: beschrijvende statistiek van de scores op de NFS

'narrative foreclosure'	Gemiddelde	Standaardafwijking
Verleden	2.54	.91
Toekomst	2.29	1.07

4.3 *Samenhang van geestelijke gezondheid met narrative foreclosure*

De correlatieanalyse laat duidelijk zien dat er een verband bestaat tussen geestelijke gezondheid en narrative foreclosure. Zie tabel 4.4 voor deze correlatiecoëfficiënten. Er is een significant negatief verband tussen geestelijke gezondheid en narrative foreclosure. Dit significante verband bestaat zowel voor de gehele geestelijke gezondheid als voor de afzonderlijke subschalen van geestelijke gezondheid. Dit betekent dat een hoge score op geestelijke gezondheid correleert met een lage score op narrative foreclosure. Ook valt op dat de scores op de subschalen van het MHC-SF een hoge onderlinge correlatie hebben en dat de subschalen van de NFS niet met elkaar correleren. In tabel 4.3 staat een volledig overzicht van de correlatiecoëfficiënten.

Vervolgens is er getoetst op het bestaan van mogelijk storende variabelen.

Verschillende demografische variabelen werden aan de correlatieanalyse toegevoegd om te toetsen of zij aan zowel geestelijke gezondheid als narrative foreclosure gerelateerd waren. Hieruit bleek dat de burgerlijke staat (omgezet naar het hebben van een partner of niet) geen storende variabele is, evenals de ziekte duur en de mate van pijn. Ook opleiding (omgezet naar lager, middelbaar en hoger onderwijs), leeftijd en geslacht bleken geen storende variabelen te zijn. De huidige situatie (omgezet naar het wel of niet hebben van een baan) bleek echter

wel te correleren met zowel de scores op het MHC-SF als de scores op de NFS. Het hebben van een baan correleert positief met de geestelijke gezondheid en negatief met narrative foreclosure.

Tabel 4.3: correlatiecoëfficiënten van de samenhang tussen de scores op het MHC-SF en de NFS

	Totaalscore MHC-SF	Emotioneel welbevinden	Sociaal welbevinden	Psychologisch welbevinden	Narrative foreclosure verleden	Narrative foreclosure toekomst
Totaalscore MHC-SF	1	.86**	.92**	.95**	-.54**	-.47**
Emotioneel welbevinden		1	.74**	.75**	-.50**	-.44**
Sociaal welbevinden			1	.79**	-.54**	-.47**
Psychologisch welbevinden				1	-.55**	-.40**
Narrative foreclosure verleden					1	.10
Narrative foreclosure toekomst						1

** . correlatie is significant op het 0.01 niveau (tweezijdig getoetst)

Tabel 4.4: correlatiecoëfficiënten van de demografische variabelen

	Werk	Partner	Opleiding	Geslacht (1=vrouw 0=man)	Pijn	Ziekte duur	Leeftijd
Totaalscore MHC-SF	.31*	.21	.13	.10	-.11	.07	.08
Emotioneel welbevinden	.15	.22	.13	.12	-.24	.09	.06
Sociaal welbevinden	.35**	.17	.17	.07	0.10	.06	.09
Psychologisch welbevinden	.29**	.19	.07	.11	-.03	.06	.07
Narrative foreclosure verleden	.19	.21	.05	-.07	-.13	.10	-.12
Narrative foreclosure toekomst	.38**	.22	.39**	-.00	-.07	.36**	.60**

** . correlatie is significant op het 0.01 niveau (tweezijdig getoetst)

4.4 Lineaire regressie analyse

Door middel van een lineaire regressie analyse werd de onderzoeksvraag: is er samenhang tussen geestelijke gezondheid en narrative foreclosure, beantwoord. Zie tabel 4.5 voor de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten en de totale verklaarde variantie. Eerst zijn deze berekend met alleen de variabele 'werk' (stap 1), daarna werden NFS toekomst en NFS verleden toegevoegd (stap 2).

Eerst is gekeken of de uit de correlatieanalyse gebleken mogelijk storende variabele 'werk' de relatie tussen geestelijke gezondheid en narrative foreclosure beïnvloedt. Er werd gekeken of de variabele werk de score op het MHC-SF voorspelde, er bleek inderdaad een verband tussen werk en de score op het MHC-SF. Als daarna de narrative foreclosure schalen echter worden toegevoegd, blijken deze het verband weg te nemen. Het wel of niet hebben van een baan beïnvloedt dus niet de relatie tussen geestelijk welbevinden (in haar totaal of op één van de subschalen) en narrative foreclosure.

Uit de lineaire regressie analyse blijkt dat de zowel de totaalscore op het MHC-SF als de aparte scores op de subschalen van het MHC-SF verklaard worden door de score op de NFS. Dit betekent dat een hogere mate van narrative foreclosure (zowel voor heden als voor verleden) samenhangt met een lagere score op de MHC-SF en haar

subschalen. Ook komt naar voren dat de narrative foreclosure subschalen 41% van de totaal verklaarde variantie in de score op geestelijke gezondheid verklaren.

Tabel 4.5: lineaire regressie analyse voor de scores op de NFS en de MHC-SF

Afhankelijke variabele	Onafhankelijke variabele	Stap 1 Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt (β)	Totale verklaarde variantie (R^2)	Stap 2 Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt (β)	Totale verklaarde Variantie (R^2)
Totaalscore	Werk	.31**	.08	.06	.49
MHC-SF	NFS toekomst			-.42**	
	NFS verleden			-.54**	
Emotioneel welbevinden	Werk	.15	.01	.10	.38
	NFS toekomst			-.39**	
	NFS verleden			-.46**	
Psychologisch welbevinden	Werk	.29*	.07	.07	.40
	NFS toekomst			-.35**	
	NFS verleden			-.52**	
Sociaal welbevinden	Werk	.35**	.11	.12	.50
	NFS toekomst			-.42**	
	NFS verleden			-.50**	

** . regressie is significant op het 0.01 niveau (tweezijdig getoetst)

5 Discussie

In deze sectie zullen eerst de belangrijkste resultaten worden besproken en vergeleken worden met eerder onderzoek waarna een conclusie kan worden getrokken (5.1). Vervolgens zullen de beperkingen van de studie worden besproken (5.2) en tenslotte zullen aanbevelingen worden gegeven (5.3).

5.1 Conclusie

De hoofdvraag van deze studie was: Is er samenhang tussen geestelijke gezondheid en 'narrative foreclosure' bij reumapatiënten? Hierbij werd gekeken naar de geestelijke gezondheid van reumapatiënten en naar de mate van narrative foreclosure bij reumapatiënten. De belangrijkste bevindingen zullen nu eerst samengevat worden om daarna een conclusie te kunnen trekken.

Wat betreft geestelijke gezondheid kan 10.7% van de deelnemers omschreven worden als wegwijnend, 31.8% als gematigd en 57.6% als florerend. Vergeleken met eerder onderzoek onder een willekeurige onderzoekspopulatie van 1050 personen (12.2% wegwijnend, 67.8% gematigd en 20% florerend) valt op dat de geestelijke gezondheid van de reumapatiënten zichtbaar beter is (Keyes, 2008). Op de 4-punts narrative foreclosure schaal scoren de deelnemers gemiddeld 2.54 op de subschaal verleden en 2.29 op de subschaal toekomst. Dit komt overeen met een gemiddeld vrij lage mate van narrative foreclosure. Uit eerder onderzoek onder 175 50-plussers (met een gemiddelde leeftijd van 70 jaar, een gevarieerd opleidingsniveau, een gevarieerde gezondheidstoestand en 75% vrouwelijke deelnemers) kwam een gemiddelde score op de narrative foreclosure subschaal verleden van 2.38 (standaarddeviatie .81) naar voren. De gemiddelde score op narrative foreclosure subschaal toekomst was hier 1.94 (standaarddeviatie .73) (Westerhof, in voorbereiding). Opvallend is hier dat de scores op de subschaal verleden niet zoveel verschillen maar dat reumapatiënten wel duidelijk meer narrative foreclosed zijn ten opzichte van de toekomst.

Uit de correlatieanalyse blijkt dat er een significant negatief verband tussen geestelijke gezondheid en narrative foreclosure bestaat. Dit betekent dat een hoge score op geestelijke gezondheid correleert met een lage score op narrative

foreclosure. Na het uitvoeren van een lineaire regressieanalyse blijkt dat dit significante verband blijft bestaan na het controleren op storende variabelen. Ook blijkt uit de regressie analyse dat de narrative foreclosure schalen samen 41% van de variantie in het niveau van geestelijke gezondheid verklaren.

De hoofdvraag kan dus bevestigend beantwoord worden; er is inderdaad samenhang tussen geestelijke gezondheid en 'narrative foreclosure' bij reumapatiënten.

Onder de eerder genoemde onderzoeksgroep van 50-plussers is eveneens de relatie tussen geestelijke gezondheid en narrative foreclosure onderzocht. De scores op geestelijke gezondheid in deze studie zijn redelijk vergelijkbaar met de scores van de reumapatiënten. Uit de correlatieanalyse komt duidelijk naar voren dat een hoge score op geestelijke gezondheid correleert met een lage score op narrative foreclosure. Dit komt overeen met de resultaten uit de studie onder reumapatiënten.

De onderlinge samenhang tussen de subschalen van geestelijke gezondheid is hier ook erg hoog. Uit de correlatiecoëfficiënten valt echter ook op te maken dat de samenhang tussen geestelijke gezondheid en narrative foreclosure bij de 50-plus deelnemers minder sterk is dan bij de reumapatiënten. Dit zou kunnen komen door de wat mindere mate van narrative foreclosure op met name de subschaal toekomst. Hiernaast is opmerkelijk dat de subschalen toekomst en verleden van de narrative foreclosure schaal in het onderzoek onder de 50-plussers wel met elkaar samenhangen. Dit is bij het onderzoek onder reumapatiënten niet het geval.

De in de inleiding gestelde verwachting dat het niveau van narrative foreclosure bij reumapatiënten hoger ligt dan bij een 50+ onderzoekspopulatie en dat daardoor de geestelijke gezondheid blijkt gedeeltelijk te kloppen. De geestelijke gezondheid en de het niveau van narrative foreclosure voor de subschaal verleden zijn voor beide groepen redelijke vergelijkbaar. Echter, als er gekeken wordt naar de mate van narrative foreclosure op de subschaal toekomst blijkt dat de reumapatiënten hier duidelijk hoger scoren. Dit zou te maken kunnen hebben met het moeten herschrijven van een levensverhaal en een toekomstbeeld dat aangepast zal moeten worden na het krijgen van de diagnose reuma.

5.2 *Beperkingen van de studie*

Bij dit onderzoek kunnen enkele kanttekeningen worden geplaatst. Ten eerste is de non-response tijdens de dataverzameling vrij hoog. Hierdoor heeft slechts een klein

gedeelte van het totale aantal benaderde reumapatiënten de vragenlijsten ingevuld. Dit leidt tot de vraag of de onderzoekspopulatie van deze studie een goede afspiegeling is van het totale aantal benaderde reumapatiënten in deze studie. Ten tweede is, als een direct gevolg van de hoge non-response, het aantal deelnemers aan deze studie vrij klein. Met een totaal van 67 deelnemers zou dit kunnen leiden tot moeilijkheden bij het generaliseren van de conclusies. Een derde kanttekening is dat dit onderzoek cross-sectioneel van aard is. Uit de gevonden verbanden kunnen geen conclusies met betrekking tot eventuele oorzakelijke verbanden getrokken worden. Verder longitudinaal onderzoek is vereist om te bepalen in welke mate narrative foreclosure de geestelijke gezondheid beïnvloedt. Tenslotte kan er nog eens kritisch gekeken worden naar de opzet van het Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). Uit zowel de studie onder reumapatiënten als de studie onder 50-plussers komt naar voren dat de scores op de subschalen van het MHC-SF een zeer hoge onderlinge correlatie hebben. Dit roept de vraag op of het nodig is om deze subschalen apart te benoemen en te berekenen of dat een totaalscore op het MHC-SF afdoende is voor het bepalen van de geestelijke gezondheid.

5.3 *Aanbevelingen.*

Uit deze studie komt duidelijk naar voren dat narrative foreclosure een verklarende waarde heeft voor de geestelijke gezondheid. Naarmate iemand meer narrative foreclosed is, is de geestelijke gezondheid ook minder. Interessant is de vraag of, als het niveau van narrative foreclosure bij een persoon afneemt, de geestelijke gezondheid dan toeneemt. Vervolgonderzoek zou zich dan kunnen richten op het voorkomen van narrative foreclosure.

Met als uiteindelijk doel het bevorderen van de algemene geestelijke gezondheid zou het interessant kunnen zijn om te onderzoeken hoe groot de invloed van narrative foreclosure is op de geestelijke gezondheid. Daarna kan worden onderzocht welke factoren van invloed zijn op narrative foreclosure en hoe deze factoren beïnvloed kunnen worden om narrative foreclosure zoveel mogelijk tegen te gaan/te voorkomen.

Daarnaast kunnen uit deze studie nog geen conclusies getrokken worden waarin oorzakelijke verbanden worden aangetoond. Bovendien is het aantal deelnemers aan de studie vrij klein. Daarom wordt aanbevolen om verder longitudinaal onderzoek te verrichten, onder een grotere onderzoekspopulatie om te bepalen in welke mate narrative foreclosure de geestelijke gezondheid beïnvloedt.

Ook is opvallend dat reumapatiënten in deze studie meer narrative foreclosed zijn ten opzichte van de toekomst dat een onderzoekspopulatie van 50-plussers. Het zou interessant kunnen zijn om te kijken of deze uitkomst blijft bestaan bij een grotere onderzoekspopulatie. Als dit het geval is zouden eventuele oorzaken van deze uitkomsten onderzocht kunnen worden. Daarnaast kan onderzoek gedaan worden om te kijken op welke manieren narrative foreclosure richting de toekomst bij deze personen zou kunnen worden verminderd of voorkomen.

6 Literatuurlijst

Aaronson, N.K., Muller, M., Cohen, P.D.A., Essink-Bot, M.-L., Fekkes, M., Sanderman, R., et al. (1998). Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1055-1068.

American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author.

Antelius, E. (2007). The meaning of the present: hope and foreclosure in narrations about people with severe brain damage. *Medical anthropology Quarterly*, 21(3), 324–342.

Bohlmeijer, E.T. (2007). *De verhalen die we leven: narratieve psychologie als methode*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Bohlmeijer E., Mies L., Westerhof G. (2007). *De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bohlmeijer, E., Westerhof, G. J., Randall, W., Tromp, T., & Kenyon, G. (under review). Narrative Foreclosure in Later Life: Preliminary considerations for a new sensitizing concept.

Doeglas, D.M. (2000). Functional ability, social support and quality of life: A longitudinal study in patients with early rheumatoid arthritis (dissertatie). Verkregen van: <http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/ppsw/2000/d.m.doeglas/thesis.pdf>.

Freeman, M. (2000). *When the story's over: narrative foreclosure and the possibility of self renewal*. London: Routledge.

Ganzevoort, R.R. (1991) Context, coping en zingeving. In: Andree T.G.I.M. & Steegman P.P.D. & Tieleman H.J. & Visser J. (1991) *Levensvragen in sociaalwetenschappelijk perspectief*, 27-34.

Horst ter, M. (2010) *Het leven als verhaal: de ontwikkeling van een meetinstrument voor narrative foreclosure* (Bachelorthese, Universiteit Twente, Enschede). Verkregen van: http://essay.utwente.nl/59449/1/scriptie_M_Horst.pdf

Janssens X. & de Keyser F. (2005). *Reuma, en dan?: wegwijzer in het aanbod van zorg en tegemoetkoming*. Tiel: Lannoo.

Kalmijn, M., Aken, van M., Bennis, H., Bijleveld, C., Bransen, J., Deeg & D., Ormel, H. (2006). Kwaliteit van leven: de dynamiek van levenslopen. Concept Raamwerknotitie voor een NWO Thema. Den Haag: NWO.

Kaplan, R.M. & Saccuzzo, D.P. (2001). *Psychological Testing: Principles, Applications, and Issues*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

Kenens, R.J. & Hingstman, L. (2005) *Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten – peiling 2004*, NIVEL 2005.

Keyes, C.L.M.(1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.

Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A., Rooy van, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2008 (15), 181–192.

King, L., Scollon, C.K., Ramsey, C.M. & Williams, T. (2000). Stories of life transitions: Happy endings, subjective well-being, and ego development in parents of children with Down Syndrome. *Journal of Research in Personality*, 34, 509-536.

László J. (2008). *The science of stories: an introduction to narrative psychology*. New York: Routledge.

Linden van der, J.M., Franssen, M.J.A.M. & Dongen van, C.A.M. (2002). *Reumazorg voor ouderen*. Utrecht: Lemma.

McAdams, D.P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: a contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7(4), 295-321.

McKenzie, J.F., Pinger, R.R. & Kotecki, J.E. (2008). *An introduction to community health*. London: Jones and Bartlett Publishers.

Newman, S. & Mulligan, K. (2000). The psychology of rheumatic diseases. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 14 (4): 773-786.

Oonk, L. (2008). *Subklinische depressie bij reumapatiënten: de rol van demografische, klinische en psychologische factoren* (Bachelorthese, Universiteit Twente, Enschede). Verkregen van: essay.utwente.nl/58842/.../Oonk-L-S0132128-Bachelorthese.doc.

Putten, M. & Ruys, I. (2008). *Voeten en Reuma*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Randall, W.L. & McKim, E. (2008). *Reading our lives: the poetics of growing old*. Oxford: University Press.

Rasker, J.J. (2004). *Reuma en de halfwaardetijd van de waarheid*. Enschede: Universiteit Twente.

Reumafonds. (2009). *Reumafonds sterk in beweging*. Verkregen van: <http://www.reumafonds.nl/reuma/Feiten-over-reuma.aspx>

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 106g-1081.

Ryff, C.D. & Essex, M.I. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 10, 144-171

Smedstad, L.M., Moum, T., Vaglum, P. & Kvien, T.K. (1996). The impact of early rheumatoid arthritis on psychological distress. A comparison between 238 patients with RA and 116 matched controls. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 25: 377-382.

Trip, G.S. (2009). *De relatie tussen geestelijke gezondheid en Mindfulness bij Fibromyalgie patiënten* (Bachelorthese, Universiteit Twente, Enschede). Verkregen van: http://essay.utwente.nl/59368/1/scriptie_G_Trip.pdf


Verbakel N.J. (2007). Het Chronische Vermoeidheidssyndroom, Fibromyalgie & Reuma – *Een onderzoek naar stigmatisering, sociale steun en kwaliteit van leven*. Groningen: Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid UMCG.

Westerhof G.J. & Keyes C.L.M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2008, **63**:808-820. .

Westerhof, G.J. & Keyes, C.L.M.,(2009). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.

World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (Summary report). Geneva: WHO.

Bijlage 1: Eerste vragenlijst achtergrondkenmerken




_____ Reumatologie Online Monitor Applicatie _____ STOP

Universiteit Twente
de ondernemende universiteit
patiënt: 00000088 / 01-02-1903

Geachte patiënt,
Deze vragenlijst gaat over uw persoonlijke situatie, met name over uw woon- en werksituatie.
Druk op VERDER om met de vragen te beginnen.

VERDER



_____ Reumatologie Online Monitor Applicatie _____ STOP


Universiteit Twente
de ondernemende universiteit
patiënt: 00000088 / 01-02-1903

Vraag 1
Wat is uw burgerlijke staat?

ongehuwd / niet samenwonend
 ongehuwd / samenwonend
 gehuwd
 weduwe / weduwnaar
 gescheiden

0%

VERDER



_____ Reumatologie Online Monitor Applicatie _____ STOP

Universiteit Twente
de ondernemende universiteit
patiënt: 00000088 / 01-02-1903

Vraag 2
Wat is uw hoogst genoten opleiding?

Geen opleiding
 Basisonderwijs (lager onderwijs)
 Lager beroepsonderwijs (LBO, huishoudschool, LEAO, LTS, etc.)
 MAVO, (M)ULO, 3-jarige HBS, VMBO
 Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO)
 5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium
 Hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS, HEAO)
 Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)

TERUG 12% VERDER



Vraag 3

Wat is de beste omschrijving van uw huidige situatie?

- Fulltime werk
- Parttime werk
- Huishouden
- School of studie
- Werkloos
- Arbeidsongeschikt (WAO / WIA)
- Gepensioneerd (AOW, VUT)

TERUG

24%

VERDER



Vraag 5

Welk type woning hebt u?

- eengezinswoning
- seniorenwoning
- aanleunwoning
- aangepaste woning
- flat met lift
- flat zonder lift
- verzorgingshuis
- begeleid wonen
- anders

TERUG

48%

VERDER



Vraag 4

Heeft u kinderen?

- geen
- alleen uitwonende kinderen
- een of meer thuiswonende kinderen die allen 15 jaar of ouder zijn
- thuiswonende kinderen waarvan minstens één jonger dan 15 is

TERUG

36%

VERDER



Vraag 6

a) gebruikt u alcohol?

- nee
- ja, gemiddeld 1 consumptie of minder per dag
- ja, gemiddeld meer dan 1 consumptie per dag

b) Rookt u?

- nee, ik heb nooit gerookt
- niet meer, ik ben gestopt met roken
- ja, ik rook

c) Gebruikt u wel eens softdrugs?

- nee
- ja

TERUG

60%

VERDER



Vraag 7

Welke vorm(en) van reuma heeft u?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> reumatoïde artritis | <input type="checkbox"/> jicht |
| <input type="checkbox"/> artrose | <input type="checkbox"/> lage rugpijn |
| <input type="checkbox"/> S.L.E. | <input type="checkbox"/> tendinitis / bursitis |
| <input type="checkbox"/> fibromyalgie | <input type="checkbox"/> osteoporose |
| <input type="checkbox"/> sclerodermie (systemische sclerose) | <input type="checkbox"/> ziekte van Bechterew |
| <input type="checkbox"/> artritis psoriatica | <input type="checkbox"/> anders |
| <input type="checkbox"/> syndroom van Reiter | <input type="checkbox"/> weet ik niet |

TERUG

72%

VERDER



Vraag 8

Sinds wanneer heeft u last van uw reumatische aandoening?

Gebruik voor de invoer de cijfertoetsen hieronder.
Met de toets C kunt u het laatste ingevoerde getal corrigeren.
Met de toets CE wordt alle invoer gewist.

Jaar:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - C CE

Druk op VERDER nadat u de datum geheel hebt ingetypt.

TERUG

84%

VERDER

Bijlage 2: Tweede vragenlijst demografische kenmerken




Reumatologie Online Monitor Applicatie STOP

Universiteit Twente
de ondernemende universiteit
patiënt: 00000088 / 01-02-1903

Geachte patiënt,
Deze vragenlijst gaat over pijn en uw gezondheidstoestand.
Druk op VERDER om met de vragen te beginnen.

VERDER




Reumatologie Online Monitor Applicatie STOP

Universiteit Twente
de ondernemende universiteit
patiënt: 00000088 / 01-02-1903

Vraag 1
Hoeveel **pijn** had u als gevolg van uw aandoening in de afgelopen week?
Wilt u dit aangeven door het getal te selecteren dat het best van toepassing is, waarbij 0 staat voor "helemaal geen pijn" en 10 voor "ondraaglijke pijn".

helemaal geen pijn 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ondraaglijke pijn

VERDER



Reumatologie Online Monitor Applicatie STOP

Universiteit Twente
de ondernemende universiteit
patiënt: 00000088 / 01-02-1903

Vraag 2
Hoe gaat het nu met u, als u denkt aan alle manieren waarop uw aandoening u beïnvloedt?
Wilt u dit aangeven door het getal te selecteren dat het best van toepassing is, waarbij 0 staat voor "zeer goed" en 10 voor "zeer slecht".

zeer goed 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 zeer slecht

TERUG **VERDER**



Vraag 3

Vergeleken met mijn vorige bezoek aan de reumatoloog is mijn **pijn**:

- verslechterd
- onveranderd
- onvoldoende verbeterd
- voldoende verbeterd
- goed tot zeer goed verbeterd
- niet van toepassing

TERUG

50%

VERDER



Vraag 4

Vergeleken met mijn vorige bezoek aan de reumatoloog is mijn **algemene gezondheid**:

- verslechterd
- onveranderd
- onvoldoende verbeterd
- voldoende verbeterd
- goed tot zeer goed verbeterd
- niet van toepassing

TERUG

75%

VERDER

Bijlage 3: Vragenlijst met vragen over de geestelijke gezondheid: het Mental Health Continuum – Short Form.

Welbevinden

De volgende vragen beschrijven gevoelens die mensen kunnen hebben. Lees iedere uitspraak zorgvuldig door en omcirkel het cijfer dat het best weergeeft HOE VAAK U DAT GEVOEL HAD GEDURENDE DE AFGELOPEN MAAND.

In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...

	Nooit	Eén of twee keer	Ongeveer 1 keer per week	2 of 3 keer per week	Bijna elke dag	Elke dag
...dat u gelukkig was?	0	0	0	0	0	0
...dat u geïnteresseerd was in het leven?	0	0	0	0	0	0
...dat u tevreden was?	0	0	0	0	0	0
...dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?	0	0	0	0	0	0
...dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)?	0	0	0	0	0	0
...dat onze samenleving beter wordt voor mensen?	0	0	0	0	0	0
...dat mensen in principe goed zijn?	0	0	0	0	0	0
...dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?	0	0	0	0	0	0
...dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?	0	0	0	0	0	0
...dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?	0	0	0	0	0	0
...dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?	0	0	0	0	0	0
...dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?	0	0	0	0	0	0
...dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?	0	0	0	0	0	0
...dat uw leven een richting of zin heeft?	0	0	0	0	0	0

Bijlage 4: Vragenlijst met vragen over narrative foreclosure: de Narrative Foreclosure Schaal (NFS).

Levensverhaal

Als hulpmiddel bij het antwoorden van de volgende vragen kunt u uw leven vergelijken met een verhaal, boek of film. Het verhaal van uw leven heeft een verleden, heden en toekomst. U kunt er tevreden mee zijn of juist minder tevreden.

	helemaal eens	deels eens	deels oneens	helemaal oneens
Ik verwacht dat er nog hoofdstukken aan mijn levensverhaal worden toegevoegd.	0	0	0	0
Het is te laat om dromen te verwezenlijken.	0	0	0	0
Als ik mijn leven over zou doen, zou ik het heel anders aanpakken.	0	0	0	0
Ik heb in mijn leven niet gedaan wat ik het liefst had gedaan.	0	0	0	0
Het verhaal van mijn leven is klaar.	0	0	0	0
Als ik over mijn leven nadenk dan zie ik geen nieuwe mogelijkheden voor de toekomst	0	0	0	0
Ik kan fouten uit mijn eerdere leven niet meer herstellen.	0	0	0	0
Ik verwacht dat er nog steeds nieuwe dingen kunnen gebeuren in mijn leven.	0	0	0	0
Het verhaal van mijn leven roept veel spijt op.	0	0	0	0
De verwachtingen die ik had over mijn leven zijn niet uitgekomen.	0	0	0	0

