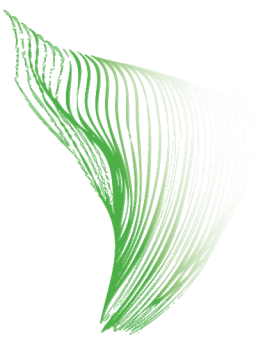


Doelmanagement en subjectief welbevinden bij reumapatiënten.

Enschede, 20 augustus 2010



Student: Leonie Oldenburger
1^e begeleider: dr. Christina Bode
2^e begeleider: dr. Erik Taal

In herinnering aan mijn vader

(22 juni 1959 - 1 april 2008)

“Tot het eind geloofde je, jouw idee van geluk.

Ik ga niet weg, ik heb nog wat tijd gekregen

Zal altijd maar doorgaan tot aan het eind”

(Uit: De weg, Guus Meeuwis)

SAMENVATTING

Doelmanagement speelt een grote rol in het leven van reumapatiënten. In dit onderzoek is onderzocht welke doelmanagementstrategieën bij reumapatiënten van invloed zijn op het subjectief welbevinden. De strategieën die mee zijn genomen in het onderzoek zijn doelen vasthouden, doelen loslaten, doelen aanpassen en nieuwe doelen stellen. Daarnaast is onderzocht of optimisme van een persoon van invloed is om bepaalde doelmanagementstrategieën te gebruiken.

Onderzoeksgroep en methode

Voor dit kwantitatieve onderzoek zijn respondenten geworven in de wachtkamer van de reumatologiepoli in het Medisch Spectrum Twente in Enschede. Om doelmanagement te meten is gebruik gemaakt van de Goal Disengagement and Re-engagement Scale en de Flexten. Het subjectief welbevinden is gemeten aan de hand van de SF36v2 mental health. Daarnaast zijn ook depressieve symptomen gemeten aan de hand van de Geriatrische Depressies Schaal (GDS). Ten slotte is optimisme gemeten door middel van de Life Orientation Test Revised (LOT-R).

Resultaten

Uit het onderzoek blijkt een positieve relatie te bestaan tussen het aanpassen van bedreigde doelen en subjectief welbevinden ($r=.508$) en een negatieve relatie met depressieve symptomen ($r=-.456$). Ook is er een lage positieve relatie tussen het stellen van nieuwe doelen en subjectief welbevinden ($r=.247$). Door middel van een interactiegrafiek is een niet significante interactie gevonden tussen de combinatie van bedreigde doelen loslaten en nieuwe doelen stellen. Verder blijkt er een positieve relatie te bestaan tussen optimisme en het aanpassen van doelen ($r=.562$).

Conclusie

Doelmanagement speelt een belangrijke rol bij het verhogen van het subjectief welbevinden bij reumapatiënten, echter niet alle strategieën zijn van even groot belang. Voornamelijk doelen aanpassen, nieuwe doelen stellen en de combinatie van bedreigde doelen loslaten en nieuwe doelen stellen zijn van invloed op welbevinden. Optimisme heeft een relatie met de neiging om doelen aan te passen en daardoor een positieve relatie met subjectief welbevinden.

ABSTRACT

Goalmanagement plays an important role in rheumatic patients. This study researches which goal management strategies influences the subjective well-being of rheumatic patients. The strategies included in this study are goal pursuit, goal disengagement, goal adjustment and goal re-engagement. The study also researches whether a persons optimism influences the use of certain goal management strategies.

Participants and methods

Respondents for this quantitative study were recruited from the waiting room of the rheumatology ward at the Medisch Spectrum Twente hospital in Enschede. Goal management was measured with the use of the Goal Disengagement and Re-engagement Scale and the Flexten. The SF-36v2 Measurement model was used to measure subjective well-being. Symptoms of depression were measured with the Geriatric Depression Scale (GDS), and optimism was measured by using the Life Orientation Test Revised (LOT-R).

Results

The study shows a positive relation between goal adjustment and subjective well-being ($r=.508$) and a negative relation with depressive symptoms ($r=-.456$). There is also a small positive relation between goal re-engagement and subjective well-being ($r=.247$). A not significant interaction between goal disengagement and goal re-engagement on subjective wellbeing was found by means of the interactiongraphics. The study also shows a positive relation between optimism and goal adjustment ($r=.562$).

Conclusion

Goal management plays an important role in increasing the subjective well-being of rheumatic patients, but not all strategies are of equal significance. Mainly goal adjustment, goal re-engagement and de combination of goal disengagement and goal re-engagement have an influence on well-being. Optimism is related to the tendency to adjust goals and therefore has a positive relation with subjective well-being.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	2
ABSTRACT	3
VOORWOORD	5
1. INLEIDING EN THEORETISCH KADER	6
1.1 Aanleiding voor en doel van het onderzoek	6
1.2 Theoretisch kader	7
1.2.1 <i>Reuma</i>	7
1.2.2 <i>Adaptatie</i>	8
1.2.3 <i>Subjectief welbevinden bij chronische ziekte</i>	9
1.2.4 <i>Doelmanagement</i>	10
1.2.4.1 <i>Uitstellen van doelen</i>	11
1.2.4.2 <i>Doelen vasthouden</i>	12
1.2.4.3 <i>Doelen aanpassen</i>	12
1.2.4.4 <i>Doelen loslaten</i>	13
1.2.4.5 <i>Nieuwe doelen stellen</i>	14
1.3 <i>Vraagstellingen van het onderzoek</i>	16
2. METHODE	17
2.1 Kwantitatief onderzoek	17
2.2. Werving	17
2.3 Respondenten	17
2.3.1 <i>Non-respons</i>	17
2.3.2 <i>Kenmerken respondenten</i>	18
2.4 Vragenlijsten	21
2.4.1 <i>Doelmanagement</i>	21
2.4.2 <i>Subjectief welbevinden</i>	22
2.4.3 <i>Optimisme</i>	23
2.4.4 <i>Overige vragenlijsten</i>	23
2.5 Analyses	23
3. RESULTATEN	24
3.1 Vraagstelling 1	25
3.2 Vraagstelling 2	25
3.3 Vraagstelling 3	25
3.4 Vraagstelling 4	25
3.5 Vraagstelling 5	26
3.6 Vraagstelling 6	27
3.7 Vraagstelling 7	28
4. CONCLUSIE EN DISCUSSIE	29
4.1 Afzonderlijke doelmanagementstrategieën, subjectief welbevinden en depressieve symptomen	29
4.2 Combinaties doelmanagementstrategieën, subjectief welbevinden en depressieve symptomen	31
4.3 Optimisme en doelmanagementstrategieën	32
4.4 Mogelijke beperkingen onderzoek	33
4.5 Eindconclusie en aanbevelingen vervolgonderzoek	34
REFERENTIES	36
BIJLAGEN	40
BIJLAGE 1: Vragenlijsten doelmanagement, depressie en optimisme	41
BIJLAGE 2: ROMA-vragenlijsten pijn en welbevinden en subjectief welbevinden	46

VOORWOORD

Voor u ligt mijn masterthese ten behoeve van mijn afstuderen aan de opleiding Psychologie van de Universiteit Twente.

Nadat ik mijn opleiding vorige opleiding had afgerond, was ik van plan om te gaan werken en eventueel later psychologie te gaan studeren. Helaas overleed mijn vader in 2008, wat erg verdrietig was, maar wat ook mogelijk maakte dat ik direct weer kon gaan studeren. De eerste persoon die ik daarom in dit voorwoord wil noemen, is dan ook mijn vader. Ik weet nog hoe trots hij was toen ik mijn vorige diploma haalde en ik weet zeker dat hij nu ook weer trots zou zijn als hij er bij kon zijn. Helaas is dit niet het geval, maar toch wil ik hem bedanken voor alles wat hij voor me gedaan heeft en wat hij me geleerd heeft.

Daarnaast wil ik mijn begeleiders dr. Christina Bode en dr. Erik Taal bedanken voor hun begeleiding en steun. Ik begon aan deze these zonder enig ervaring met wetenschappelijk onderzoek en academisch schrijven, maar Christina en Erik hebben me elke keer weer bij de hand weten te nemen en van duidelijke feedback voorzien, waardoor ik toch steeds weer de moed vond om door te gaan en uiteindelijk mijn scriptie af heb kunnen ronden. Prof. Mart van der Laar van het Medisch Spectrum Twente wil ik bedanken voor de samenwerking wat betreft het afnemen van het onderzoek in het ziekenhuis.

Ook mijn moeder wil ik bedanken. Ze stond elke keer weer voor me klaar als ik oppas nodig had, kookte regelmatig voor ons en ze heeft me door meerdere studiedipjes heen geholpen. Ook mijn schoonouders en andere familieleden mogen niet vergeten worden, die me allemaal op hun eigen manier geholpen en gesteund hebben.

Als laatste wil ik mijn man Jos bedanken. Hij stond mij altijd bij, trok me door de diepste dalen heen, maar was ook samen blij met mij als er wat te vieren was.

Het schrijven van deze scriptie is voor mij niet altijd van een leien dakje gegaan, maar dankzij alle steun en hulp is het toch gelukt. Uiteindelijk ligt dan nu het eindproduct voor u. Ik hoop dat u het met plezier en interesse zult lezen.

1. INLEIDING EN THEORETISCH KADER

1.1 Aanleiding voor en doel van het onderzoek

Voor mensen die de diagnose reuma krijgen, zal vaak veel veranderen in hun leven. In de meeste gevallen levert reuma lichamelijke beperkingen op en daardoor kunnen ook beperkingen op andere gebieden zich voordoen, zoals op sociaal en psychisch gebied. Doelen die mensen hebben gesteld, zullen daardoor vaak bedreigd worden, waardoor doelmanagement een grote rol speelt in het leven van reumapatiënten, wat ook blijkt uit onderzoek van Lovink (2007). Om reumapatiënten goed te kunnen begeleiden is het van belang om onderzoek te doen naar de rol die de verschillende doelmanagementstrategieën spelen in het leven van deze mensen.

Er zijn onderzoeken gedaan naar de relatie tussen doelmanagement en verschillende ziektes, anders dan reuma. Een van die onderzoeken is een onderzoek naar de relatie tussen doelaanpassingen en depressieve symptomen bij mensen met een vaatziekte. Uit dit onderzoek bleek dat het stellen van nieuwe betekenisvolle doelen het risico op depressieve symptomen verkleint. Hierbij is het niet zozeer van belang om oude doelen los te laten; het loslaten en het stellen van nieuwe doelen moet volgens dit onderzoek niet als afhankelijk van elkaar gezien worden. (Garnefski, Grol, Kraaij & Hamming, 2009).

Deze uitkomst is opvallend, want uit onderzoek onder Multiple Sclerose patiënten naar het effect van het loslaten en het stellen van nieuwe doelen op het welbevinden en de ziekterepresentatie is gebleken dat patiënten die veel doelen loslieten, maar weinig nieuwe doelen of aangepaste doelen hadden, meer last hadden van depressieve symptomen. Patiënten die veel doelen los lieten en wel veel nieuwe doelen stelden, scoorden laag op depressieve symptomen (Neter, Litvak & Miller, 2009). Deze twee onderzoeken zijn niet eenduidig met betrekking tot het nut en belang van het loslaten van onbereikbare doelen en met betrekking tot de relatie tussen het loslaten van doelen en het stellen van nieuwe doelen. Wel blijkt uit beide onderzoeken dat vormen van doelmanagement van belang zijn bij het voorkomen en verlagen van depressieve symptomen.

Om een effectief aanbod te ontwikkelen voor reumapatiënten met betrekking tot het goed omgaan met de ziekte, is het daarom van belang om te onderzoeken of het gebruik van verschillende doelmanagementstrategieën samenhangt met het subjectief welbevinden.

Lovink (2007) heeft onderzoek gedaan naar de rol van verschillende vormen van doelmanagement in het leven van reumapatiënten. Zij heeft tijdens het onderzoek gebruik gemaakt van gestructureerde interviews. Uit dit onderzoek is gebleken dat doelmanagement een grote rol speelt in het leven van reumapatiënten.

Uit de resultaten van dit onderzoek van Lovink (2007) en de eerder beschreven onderzoeken naar de relatie tussen verschillende vormen van doelmanagement en depressieve symptomen (Garnefski et al., 2009; Grol et al., 2009; Neter et al., 2009) kan de conclusie getrokken worden dat gebruik van de juiste doelmanagementstrategieën bij reumapatiënten depressieve symptomen kan voorkomen of verminderen. Men zou door doelmanagement beter met de ziekte om kunnen gaan en het subjectief welbevinden zou kunnen worden verhoogd. Het doel van het onderzoek beschreven in deze scriptie is dan ook om te onderzoeken of het gebruik van doelmanagement bij reumapatiënten een relatie heeft met het subjectief welbevinden.

1.2 Theoretisch kader

In deze paragraaf zullen de begrippen die worden gebruikt in dit onderzoek nader beschreven en gedefinieerd worden.

1.2.1 Reuma

Reuma is een verzamelnaam voor ongeveer 130 chronische aandoeningen. Deze aandoeningen betreffen vaak pijn aan gewrichten, pezen en botten. Ook zijn vermoeidheid en stijfheid veel voorkomende klachten bij reuma. In Nederland zijn ruim 2,3 miljoen mensen die aan een vorm van reuma lijden. Alle lagen en alle leeftijden van de bevolking kunnen door deze aandoening getroffen worden (Reumafonds, n.d.).

Reuma is onder te verdelen in drie categorieën; ontstekingsreuma, artrose en weke delenreuma. De eerste vorm, ontstekingsreuma, zorgt voor ontstekingen in de gewrichten, waardoor deze gewrichten beschadigen. De tweede vorm van reuma, artrose, zorgt er voor dat het kraakbeen in gewrichten door de jaren heen langzaam verdwijnt. Weke delenreuma veroorzaakt voornamelijk pijn in spierweefsel, pezen, banden en de kapsels rondom gewrichten. Het is mogelijk dat mensen meerdere vormen van reuma tegelijk hebben (Reumafonds, n.d.).

Reuma heeft een grote impact op het leven van een patiënt en is niet te genezen. Door middel van goede behandeling is het wel mogelijk om de symptomen te onderdrukken of de ziekte te vertragen (Reumafonds, n.d.). De fysieke gezondheid van reumapatiënten neemt in de meeste gevallen dus drastisch af. Dit heeft niet alleen effect op het lichamelijke gebied, maar ook het psychische en sociale gebied kan hierdoor worden aangetast. Reumapatiënten moeten daarom leren adapteren aan hun ziekte.

1.2.2 Adaptatie

Adaptatie is een ander woord voor aanpassing. Door aanpassing aan hun ziekte, kunnen reumapatiënten beter omgaan met deze ziekte. Deze adaptatie kan op verschillende domeinen plaatsvinden en dus ook op verschillende manieren gemeten worden. Lovink (2007) heeft in haar onderzoek naar doelmanagement bij RA-patiënten gebruik gemaakt van diepte-interviews. Hieruit kwam een groot aantal zaken naar voren die als belangrijk werden bestempeld, zoals het gezinsleven, besteding van vrije tijd, de gezondheid, geluk, werk, natuur, relatie en vrienden. Deze zaken kunnen globaal worden onderverdeeld in drie domeinen; het lichamelijk functioneren, het sociaal functioneren en het psychologisch functioneren.

Wanneer de adaptatie op het domein van het lichamelijk functioneren gemeten wordt, kan bijvoorbeeld de therapietrouw gemeten worden, dat wil zeggen, hoe gaat de patiënt om met de medicatie en eventuele andere therapieën. Ook kan gemeten worden hoe vaak iemand bijvoorbeeld nog naar zijn of haar werk kan.

Bij het meten van de adaptatie op het domein van sociaal functioneren kan bijvoorbeeld gekeken worden naar het verschil in het aantal vrienden en kennissen die een patiënt voor en na zijn diagnose heeft. Ook kan de doorgebrachte tijd met vrienden en kennissen als variabele gemeten worden.

Ten slotte kan de adaptatie op het domein van psychologisch functioneren gemeten worden. Psychologisch functioneren bestaat uit meerdere factoren, namelijk zelfacceptatie, positieve relaties met anderen, autonomie, omgevings' mastery', levensdoelen hebben, en persoonlijke groei (Ryff, 1989). Deze factoren kunnen in het geding komen vanwege lichamelijke beperkingen in het leven van reumapatiënten. Zo kan bijvoorbeeld iemands zelfacceptatie verlagen, doordat hij bepaalde, voor hem belangrijke, activiteiten niet meer kan doen en dat niet kan accepteren van zichzelf. Het psychologisch functioneren hangt nauw samen met het lichamelijk en het sociaal functioneren, want als op die gebieden zich struikelblokken opwerpen, kan dit, bij onvoldoende psychologische aanpassing, leiden tot een minder psychologisch functioneren. Dit zal op zijn beurt weer leiden tot depressieve symptomen en daardoor een lager subjectief welbevinden. Wanneer een patiënt in staat is om passende doelmanagementstrategieën te gebruiken, zou dat ervoor kunnen zorgen dat hij zijn beperkingen en daardoor zichzelf accepteert, waardoor uiteindelijk het subjectief welbevinden stijgt.

Subjectief welbevinden is daarom voor dit onderzoek belangrijkste concept voor het meten van adaptatie aan reuma.

1.2.3 Subjectief welbevinden bij chronische ziekte

Maar wat is subjectief welbevinden? Tot voor kort werd aangenomen dat subjectief welbevinden bestaat uit twee factoren, namelijk 'life satisfaction', de mate waarin iemand tevreden is met zijn leven tot nu toe en het emotioneel welbevinden. Simsek (2009) stelt in zijn artikel dat de oorspronkelijke ideeën over subjectief welbevinden niet compleet zijn. Hij geeft aan dat het ontologisch welbevinden, dat wil zeggen het welbevinden in zijn geheel, een beter uitgangspunt is voor het subjectief welbevinden. Hierbij speelt zowel het verleden als het heden als de toekomst een belangrijke rol. De factor met betrekking tot de toekomst zou kunnen worden omschreven als hoop. Subjectief welbevinden bestaat dus uit drie factoren; 'life satisfaction', emotioneel welbevinden en hoop.

Life satisfaction kan gemeten worden aan de hand van de 'Satisfaction With Life Scale' (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Deze schaal meet de algehele waardering van een persoon over zijn leven. Hierbij wordt voornamelijk naar gebeurtenissen in het verleden gekeken, hoe men deze ervaren heeft en vooral hoe tevreden men daarmee is wanneer op die gebeurtenissen terug gekeken wordt en is daarom vrij stabiel. In het onderzoek van deze scriptie is het van belang om te weten of bepaalde doelmanagementstrategieën met betrekking tot de ziekte reuma effect hebben op het subjectief welbevinden. Het is daarbij niet van belang hoe men terugkijkt op zijn hele levensloop. Life satisfaction is daarom niet de juiste factor van subjectief welbevinden om te onderzoeken met betrekking tot de hypothese van dit onderzoek.

Hoop is zoals eerder genoemd ook een factor van het subjectief welbevinden, die ook relatief stabiel is. Er zijn verschillende methoden om hoop te meten, zoals de 'Dispositional Hope Scale' (Snyder et al., 1991) en de 'State Hope Scale' (Snyder et al., 1996). Hierbij wordt er vanuit gegaan dat hoop ervoor zorgt dat men doelen stelt en planningen maakt om deze doelen ook daadwerkelijk te behalen. Later onderzoek wees uit dat niet zozeer hoop in het algemeen met betrekking tot doelen zorgt voor het vasthouden en plannen van het behalen van doelen, maar dat juist het hopen op specifieke doelen dit effect heeft (Feldman, Rand 7 Kahle-Wroblewski, 2009). Hoop lijkt dus wel effect op doelmanagement te kunnen hebben, maar zegt niet direct iets over de effecten van doelmanagement. Hoop is daarom ook niet de factor van subjectief welbevinden die aansluit op de hypothese van dit onderzoek.

De laatste factor van subjectief welbevinden is het emotioneel welbevinden. Emotioneel welbevinden verwijst naar de positieve of negatieve stemming in bepaalde situaties (Simsek, 2009). Wanneer iemand niet blij is met zijn of haar leven, zal het emotioneel meestal welbevinden laag liggen. De stemming zal hierdoor meer naar de negatieve kant neigen dan naar de positieve kant. Het emotioneel welbevinden is daardoor goed te meten aan de hand

van stemming. De SF-36v2 mental health is een goed meetinstrument hiervoor (Ware & Sherbourne, 1992). Het enige nadeel van het meten van de stemming is dat deze heel snel om kan slaan door simpele gebeurtenissen en het dan niet meer representatief is voor het algehele subjectieve welbevinden. Stel er wordt bij een patiënt de stemming gemeten die best tevreden is over zijn leven, maar vlak voor de meting heeft hij te horen gekregen dat een collega overleden is. De stemming zal op dat moment bedompt zijn, terwijl deze persoon verder tevreden kan zijn met zijn leven. Toch meet emotioneel welbevinden het beste het subjectief welbevinden bij het gebruik van doelmanagement. Daarnaast kunnen ook depressieve symptomen worden gemeten aan de hand van de Geriatrische Depressieschaal, omdat deze schaal rekening houdt met de fysieke beperkingen die gepaard kunnen gaan met Reuma.

1.2.4 Doelmanagement

Doelmanagement is, zoals het woord al aangeeft, het managen van doelen. Met andere woorden, de manier waarop doelen gerealiseerd, losgelaten of aangepast worden, met betrekking tot de situatie en de mogelijkheden die op een bepaald moment voor handen zijn. Het is gebleken dat het stellen van doelen een belangrijke rol heeft in het komen en motiveren tot gedrag (Brehm, Kassin & Fein, 2005). Steverink, Lindenberg en Ormel (1998) hebben onderzoek gedaan naar succesvol ouder worden. Hierbij maakten zij gebruik van de social production function theorie (SPF). Deze theorie combineert theorie van individueel gedrag met een theorie met betrekking tot doelen. De SPF gaat ervan uit dat doelen hiërarchisch geordend zijn, dit wil zeggen dat mensen universele, hogere doelen hebben die worden gerealiseerd door middel van instrumentele, lagere doelen.

Bovend'Eerdt, Botell en Wade (2009) hebben een praktische handleiding opgesteld voor het SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden) stellen van doelen bij revalidatietrajecten. Hierbij wordt onder andere rekening gehouden met de haalbaarheid van doelen en het eventueel bijstellen van doelen wanneer een doel niet (meer) haalbaar is. Deze manier van het stellen van doelen kan bij de verschillende doelmanagementstrategieën worden toegepast. Wanneer specifiek naar het gebruik van SMART bij reumapatiënten wordt gekeken, is ook hierbij het nut van deze vorm van doelen stellen zichtbaar. Door reuma komen (levens)doelen van deze patiënten in het gedrang. Door deze doelen SMART op te gaan stellen, wordt duidelijk of het haalbaar is om deze doelen vast te houden, of ze beter losgelaten kunnen worden of dat het doel aangepast moet worden om haalbaar te blijven of worden. Hierdoor kan voorkomen worden dat men onnodig lang aan bedreigde doelen vast blijft houden. Zo kan bijvoorbeeld iemand als doel hebben om zelf met een zeilboot een merentocht te maken. Door de lichamelijke beperkingen die RA met zich meebrengt, blijkt dit

doel niet mogelijk op dit moment. Wanneer deze persoon dan dit doel SMART op gaat stellen, blijkt het niet haalbaar te zijn om het doel realistisch en tijdsgebonden te maken. De realiteit van het doel is in geding omdat er lichamelijke beperkingen zijn die het zelf zeilen in de weg staan. De tijdsspanne kan niet weergegeven worden omdat het onzeker is of het ooit nog lichamelijk weer beter zal gaan. Door bijvoorbeeld te besluiten om met een ander mee te zeilen (realistisch) en hier een tijdsbestek aan te verbinden, past men het doel aan, waardoor het oorspronkelijke doel niet volledig hoeft te vervallen.

Wrosch et al. (2003, 2007) hebben veel onderzoek gedaan naar doelmanagement. Er is onderzocht welk effect de verschillende doelmanagementstrategieën hebben op het welbevinden van mensen. SMART is een hulpmiddel om doelen te managen. De bestaande strategieën zullen verderop toegelicht worden en daarbij zal steeds gekeken worden naar hoe het SMART doelen opstellen hierin een rol speelt.

Een opmerking die hierbij gemaakt moet worden dat vanwege ‘positive illusions’ (de neiging van mensen om positief te zijn over de eigen mogelijkheden en de toekomst) en ‘planning fallacy’ (het niet altijd meenemen van relevante ervaringen in het verleden in het plannen van de toekomst) het voor mensen niet vanzelfsprekend is dat er altijd gekozen wordt voor de juiste doelmanagementstrategie en zal het ook moeilijk zijn om objectief SMART doelen op te stellen (Wrosch, Scheier, Carver & Schulz, 2003a). Hierin zou ook de mate van optimisme in een persoon mee kunnen spelen. Optimisme zou er voor kunnen zorgen dat een persoon meer mogelijkheden tot doelmanagement ziet liggen en hier ook gebruik van maakt. Uit onderzoek van Hatchett en Park (2004) naar relaties tussen optimisme, copingstijlen en psychopathologie bleek dat er een positieve correlatie bestaat tussen optimisme en taakgerichte coping. Dit zou een uitwerking kunnen hebben op de manier waarop iemand gebruik maakt van doelmanagement, doordat iemand taakgericht aan de slag gaat met doelen en daardoor bijvoorbeeld erachter komt dat hij beter een doel aan kan passen dan het oude doel vasthouden. Anderzijds is het voor te stellen dat een erg optimistisch persoon bijvoorbeeld eerder doelen vast zal houden, terwijl deze doelen eigenlijk onrealistisch zijn. Dit hangt weer samen met de eerdergenoemde ‘positive illusions’, oftewel onrealistisch optimisme. Iemand die pessimistisch is, zou eerder de neiging kunnen hebben om doelen volledig los te laten. Welke rol optimisme speelt bij doelmanagement is daarmee niet duidelijk. Deze vraag is daarom meegenomen in dit onderzoek.

1.2.4.1 Uitstellen van doelen

Het uitstellen van doelen is een doelmanagementstrategie die niet helemaal een strategie te noemen valt, want er gebeurt niets met het oorspronkelijke doel, het wordt op de lange termijn

geschoven, zodat de patiënt hier later een beslissing over kan maken. Zo kan het bijvoorbeeld zo zijn dat een reumapatiënt een doel heeft, dat op dit moment niet haalbaar is, maar op een later tijdstip wel. Ook kan het zo zijn dat iemand nog moeite heeft met het loslaten of aanpassen van een bepaald doel en daarom een beslissing voor zich uitschuift. Wanneer gekeken wordt naar het SMART opstellen van doelen (Bovend'Eerd et al., 2009) is te zien dat bij het uitstellen van doelen in elk geval de tijdslimiet ontbreekt. Hierbij geldt dat men op de langere termijn toch voor een of meerdere van de 'echte' doelmanagementstrategieën zal moeten kiezen, omdat men anders steeds weer tegen het uitgestelde doel en daarmee de eigen beperkingen aan zal lopen, waardoor de kans op depressie toe zou kunnen nemen. Het uitstellen van doelen zal daarom vaak een voorstadium zijn voor een van de volgende doelmanagementstrategieën.

1.2.4.2 Doelen vasthouden

Een andere strategie die gebruikt wordt is het vasthouden van bedreigde doelen. Mensen voelen zich beter wanneer zij het gevoel hebben dat zij een groter doel in het leven hebben, waaruit levensdoelen voortkomen (Headey, 2008). Wanneer deze doelen bedreigd worden door bijvoorbeeld een ziekte als reuma, moet hier een oplossing voor komen. Gebleken is dat, wanneer het nog reëel is om een bedreigd doel toch te bereiken, het beter is als men dit doel vasthoudt (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Het doel zal dan op een andere manier behaald moeten worden. Volgens Wrosch et al. (2003a) gaat het bij doelen vasthouden over de hogere doelen. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat een reumapatiënt het hogere doel heeft om te blijven wonen in het huis waar hij altijd al heeft gewoond, maar door zijn lichamelijke toestand kan hij niet meer goed traplopen en is dit doel niet realistisch op dat moment. Hij kan dit doel dan SMART op gaan stellen en er dan voor kiezen om bijvoorbeeld een traplift in zijn huis te laten installeren of een slaapkamer beneden te laten inrichten, zodat het wel realistisch wordt dat hij kan blijven wonen waar hij woont en dit hogere doel toch behaald wordt (Bovend'Eerd et al., 2009).

Wanneer deze zelfde patiënt vast blijft houden aan zijn hogere doel, maar hij wil ook graag zelf trap blijven lopen en dit lukt niet of slecht, zal dit frustratie en daardoor stress opleveren en is het vasthouden van het bedreigde doel geen goede strategie (Wrosch et al., 2003a). Het zou in dat gevoel een goede oplossing kunnen zijn om het oorspronkelijke doel aan te passen.

1.2.4.3 Doelen aanpassen

Bedreigde doelen aanpassen is ook een doelmanagementstrategie. Het aanpassen van doelen zou kunnen zorgen voor een hoger welbevinden. Dit kan op twee manieren. De eerste manier

is het lager stellen van doelen binnen hetzelfde domein als het oorspronkelijke doel (Wrosch et al., 2003a). Binnen het SMART opstellen van doelen wordt hierbij een oorspronkelijk doel dat onacceptabel is geworden aangepast in een acceptabel doel (Bovend'Eerd et al., 2009). Een reumapatiënt zou bijvoorbeeld als hoger doel kunnen hebben gesteld dat hij drie keer per week wil gaan spinnen in de sportschool. Als dan blijkt dat dit teveel energie en kracht vergt van de patiënt, zou hij ervoor kunnen kiezen om in plaats van drie keer per week te gaan spinnen, dit een keer per week te gaan doen. Op deze manier blijft hij nog steeds zijn favoriete sport uitoefenen, maar is het wel haalbaar wat betreft lichamelijke inspanning.

De tweede manier van het aanpassen van doelen is het compenseren van doelen op hetzelfde gebied. Stel de patiënt uit bovenstaand voorbeeld wil wel blijven sporten, maar spinnen wordt te zwaar. Ondanks dat dit zijn favoriete sport is, kan hij in plaats van spinnen ervoor kiezen om bijvoorbeeld te gaan zwemmen. Dit is minder belastend voor de gewrichten, maar de patiënt kan hierdoor wel blijven sporten. Wanneer bij deze strategie gebruik wordt gemaakt van SMART, wordt het oorspronkelijke doel anders gespecificeerd; in plaats van spinnen wordt het doel nu sporten (Bovend'Eerd et al., 2009).

Het aanpassen van doelen op beide bovenstaande manieren zal over het algemeen een positieve invloed op het subjectief welbevinden hebben, omdat de hogere, universele doelen, in het geval van de voorbeelden blijven sporten, kunnen blijven bestaan en worden behaald. De lagere, instrumentele doelen worden alleen aangepast.

Het is voor te stellen dat in enkele gevallen het aanpassen van doelen een negatieve invloed heeft. Dit kan bijvoorbeeld zo zijn als de persoon uit bovenstaand voorbeeld het spinnen heeft ingeruild voor zwemmen, terwijl het hem echt om het spinnen ging en niet om het sporten. In dat geval is spinnen het hogere doel en indien dat niet meer haalbaar is, zou hij ervoor kunnen kiezen om dit doel los te laten.

Uit onderzoek van Heyl, Wahl en Mollenkopf (2007) naar het effect van bedreigde doelen vasthouden en doelen aanpassen op het positief en negatief affect, bleek dat de combinatie van beide doelmanagementstrategieën nodig is om tot een goede adaptieve zelfregulatie te komen. Om te onderzoeken of deze resultaten ook gelden ten opzichte van subjectief welbevinden bij reumapatiënten, is dit als een vraagstelling meegenomen in dit onderzoek.

1.2.4.4 Doelen loslaten

Nog een vorm van doelmanagement is doelen loslaten. Bij deze vorm laat men doelen los en komen er ook geen nieuwe doelen op het domein van het betreffende doel voor in de plaats. Bij deze strategie is het niet direct mogelijk om SMART toe te passen, maar door het vooraf toepassen van SMART kan wel de conclusie getrokken worden dat het beter is om het doel

los te laten, doordat blijkt dat het bedreigde doel op geen enkele manier aangepast kan worden, zodat er een nieuw SMART doel uitkomt op hetzelfde domein (Bovend'Eerdt et al., 2009). Wrosch, Miller, Scheier en de Pontet (2007) hebben onderzoek gedaan naar het effect van het loslaten van doelen op de gezondheid. Om doelmanagement te meten, maakte Wrosch gebruik van een eerder ontworpen instrument (Wrosch, Scheier, Miller & Schulz, 2003b). Verder maakte hij voor het meten van het subjectieve welbevinden gebruik van de 10-item versie van het Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Andresen, Malmgren, Carter & Patrick, 1994). De ervaren stress werd gemeten met een 10-item vragenlijst van Cohen et al. (1983). Uit dit onderzoek bleek dat mensen die goed in staat zijn om doelen volledig los te laten een betere lichamelijke gezondheid hebben. De conclusies uit dit onderzoek impliceerden dat het subjectieve welbevinden de schakel zou zijn tussen doelmanagement en het lichamelijk welbevinden. (Wrosch et al., 2007). Het loslaten van doelen zou dus een positieve invloed hebben op het subjectief welbevinden. Echter, vanwege de eerder genoemde 'positive illusions' (de neiging van mensen om positief te zijn over de eigen mogelijkheden en de toekomst) en 'planning fallacy' (het niet altijd meenemen van relevante ervaringen in het verleden in het plannen van de toekomst) is het loslaten van doelen niet altijd even makkelijk (Wrosch et al., 2003a). Mensen schatten door deze twee factoren mogelijkheden en kansen voor het behalen van doelen vaak hoger in dan ze daadwerkelijk zijn en kunnen deze doelen daarom niet loslaten. Op lange termijn komt dit doel steeds weer terug en lopen patiënten hier iedere keer weer tegenaan. Dit kan gaan frustreren en zou daarvoor kunnen zorgen voor een lager welbevinden.

1.2.4.5 Nieuwe doelen stellen

Wanneer een reumapatiënt bepaalde doelen los heeft moeten laten, kan hij ervoor kiezen om nieuwe doelen op te stellen. Uit onderzoek van Neter et al. (2009) bleek dat het loslaten van oude doelen en het opstellen van nieuwe doelen zorgden voor minder depressieve symptomen. Uit drie onderzoeken van Wrosch et al. (2003b) kwamen dezelfde conclusies als uit het latere onderzoek van Neter et al. (2009); zowel het loslaten van doelen die bedreigd worden als het opstellen van nieuwe doelen zijn van groot belang voor het welbevinden bij belangrijke ingrijpende levensgebeurtenissen. Bij deze onderzoeken is voor het meten van doelmanagement gebruik gemaakt van de Goal Disengagement and Goal Re-engagement Scale. Het eerste onderzoek liet zien dat studenten die nieuwe doelen opstelden minder stress ervoeren. Het ging hierbij vooral om studenten die moeite hadden met het loslaten van oude doelen.

Bij het tweede onderzoek onder volwassenen bleek dat het opstellen van nieuwe doelen correleerden met een hoger gevoel van welbevinden, wanneer zij deel bleven nemen aan andere activiteiten die voor hen van belang waren. Bij dit onderzoek werd het emotionele welbevinden gemeten aan de hand van de 20-item Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

In het derde onderzoek werden depressieve symptomen gemeten bij ouders van kinderen met kanker. Dit werd gedaan aan de hand van de 20-item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977). De resultaten van dit onderzoek lieten zien dat ouders van kinderen met kanker minder depressieve symptomen hadden wanneer zij nieuwe doelen op hadden gesteld.

Daarentegen bleek uit eerdergenoemde onderzoek van Garnefski et al. (2009) dat het loslaten van bedreigde doelen niet noodzakelijk is om depressieve symptomen te voorkomen of te verminderen, maar dat het stellen van nieuwe doelen hierin de belangrijke rol speelt. Het loslaten van doelen moet hierin onafhankelijk worden gezien van het opstellen van nieuwe doelen. Deze tegenstelling roept vragen op en zal daarom meegenomen worden in dit onderzoek. In dit onderzoek zal daarom de vraag onderzocht worden of de combinatie van loslaten van bedreigde doelen en het stellen van nieuwe doelen van invloed is op het subjectief welbevinden.

1.3 Vraagstellingen van het onderzoek

Naar aanleiding van de bestaande literatuur en daaruit vloeiende theorieën ontstaan de volgende vraagstellingen:

1. Is er een positieve relatie tussen het vasthouden aan bedreigde doelen en het subjectief welbevinden van reumapatiënten?
2. Is er een positieve relatie tussen het aanpassen van bedreigde doelen en het subjectief welbevinden van reumapatiënten?
3. Is er een positieve relatie tussen het loslaten van bedreigde doelen en het subjectief welbevinden van reumapatiënten?
4. Is er een positieve relatie tussen het stellen van nieuwe doelen en het subjectief welbevinden van reumapatiënten?
5. Is er een positieve relatie tussen de combinatie van het loslaten van bedreigde doelen en het stellen van nieuwe doelen en het subjectief welbevinden van reumapatiënten?
6. Is er een positieve relatie tussen de combinatie van het nastreven van bedreigde doelen en het aanpassen van doelen en het subjectief welbevinden van reumapatiënten?

7. Is er een relatie tussen de mate van optimisme en de neiging om bepaalde doelmanagementstrategieën te gebruiken?

2. METHODE

In dit hoofdstuk zal de gebruikte methode voor dit onderzoek nader behandeld worden. Er is gekozen voor kwantitatief onderzoek door middel van vragenlijsten. Welke vragenlijsten zijn gebruikt en hoe de respondentengroep eruit ziet wordt eveneens beschreven.

2.1 Kwantitatief onderzoek

Voor dit onderzoek is gekozen voor een kwantitatief onderzoek. De reden hiervoor is dat het onderzoek als doel heeft om te onderzoeken of er een verband bestaat tussen de neiging tot verschillende vormen van doelmanagement en het subjectief welbevinden. Het is hierbij niet van belang op welke gebieden doelmanagement wordt toegepast, maar alleen welke vormen van doelmanagement gebruikt worden. Daarnaast is het subjectief welbevinden gemeten. Volgens Westerman (2006) is kwantitatief onderzoek een goede manier wanneer men ideeën over specifieke psychologische fenomenen wil specificeren. In het onderzoek van Lovink (2007) is al gebleken dat er een samenhang is tussen het toepassen van doelmanagement en het omgaan met RA. In dit onderzoek wordt dit fenomeen verder onderzocht en wordt bekeken of de verschillende vormen van doelmanagement daadwerkelijk samenhang hebben met het subjectief welbevinden.

2.2 Werving

Om respondenten te werven voor dit onderzoek is er gedurende vijf en halve week steeds een onderzoeker in de wachtkamer van de reumatologiepoli van het Medisch Spectrum Twente aanwezig geweest. Gedurende deze weken draaiden er twee onderzoeken, waaronder dit onderzoek. Uiteindelijk zijn er 11,5 dagen geworven voor dit onderzoek.

De vragenlijsten waren in te vullen via meerdere touchscreens die in de wachtkamer aanwezig zijn. Daarnaast konden mensen via speciale inlogcodes ook thuis de vragenlijst (af)maken.

De exclusiecriteria waren: geen reuma hebben of nog in diagnostisch onderzoek zijn en meedoen aan het 'Early Arthritis Cohort' van het Medisch Spectrum Twente.

2.3 Respondenten

In deze paragraaf zal eerst de non-respons besproken worden. Vervolgens komen de kenmerken van de respondenten aan bod.

2.3.1 (Non)respons

In totaal zijn 264 patiënten benaderd, waarvan 200 patiënten voldeden aan de criteria om aan het onderzoek mee te doen. Daarvan hebben 108 patiënten toegezegd om de vragenlijst in de

wachtkamer of (gedeeltelijk) thuis via internet in te vullen. Uiteindelijk hebben 78 patiënten daadwerkelijk de volledige vragenlijst ingevuld, waarmee de totale non-respons op 61% (122 personen) ligt. Op het touchscreen in de wachtkamer zijn 62 vragenlijsten ingevuld, de overige 16 zijn via internet ingevuld.

Tijdens het werven van de respondenten zijn de redenen gevraagd waarom mensen niet mee wilden werken. De redenen die patiënten gaven om niet mee te willen of kunnen werken zijn in tabel 2.1 weergegeven.

Tabel 2.1 Redenen non-respons

Reden	Aantal
Geen zin of interesse	20
Al aan teveel onderzoeken meegedaan	18
‘Niet goed in dit soort dingen’	8
Te weinig tijd	19
Niet in staat om een reden aan te geven	8
Te ziek/ te moe	2
Wil niet met pc werken	8
Nederlandse taal onvoldoende machtig	7
Andere omstandigheden	2
Onbekend*	30
Totaal	122

* Personen die hebben toegezegd mee te willen werken, maar uiteindelijk de vragenlijsten niet (volledig) hebben ingevuld.

2.3.2 Kenmerken respondenten

Aan het onderzoek hebben 34 mannen en 44 vrouwen meegedaan. De kenmerken van de respondenten staan in tabel 2.2.

Tabel 2.2 Kenmerken respondenten onderzoek doelmanagement en reuma (N=78)

Kenmerken	Geslacht	
	Man n(%)	Vrouw n(%)
Leeftijd		
<i>Gemiddeld</i>	56	55
<i>Minimum</i>	32	21
<i>Maximum</i>	86	83
Hoogstgenoten opleiding		
<i>Basisonderwijs</i>	2(5,9)	2(4,5)
<i>Lager beroepsonderwijs</i>	6(17,6)	15(34,1)
<i>MAVO, (M)ULO, 3-jarig</i>		
<i>HBS, VMBO</i>	5(14,7)	8(18,2)
<i>Middelbaar beroepsonderwijs</i>	10(29,4)	9(20,4)
<i>5-jarige HBS, HAVO, MMS,</i>		
<i>Atheneum, gymnasium</i>	2(5,9)	2(4,5)
<i>Hoger beroepsonderwijs</i>	8(23,5)	7(15,9)
<i>Wetenschappelijk onderwijs</i>	1(2,9)	1(2,3)
Burgerlijke staat		
<i>Ongehuwd/niet samenwonend</i>	2(5,9)	3(6,8)
<i>Ongehuwd/samenwonend</i>	2(5,9)	5(11,4)
<i>Gehuwd</i>	29(85,3)	29(65,9)
<i>Gescheiden</i>	1(2,9)	5(11,4)
<i>Weduwe/weduwenaar</i>	0(0)	2(4,5)
Kinderen		
<i>Geen</i>	4(11,8)	9(20,4)
<i>Alleen uitwonende kinderen</i>	16(47,1)	19(43,2)
<i>Één of meer thuiswonende kinderen</i>		
<i>die allen 15 jaar of ouder zijn</i>	5(14,7)	8(18,2)
<i>Thuiswonende kinderen, waarvan</i>		
<i>minstens één jonger dan 15 jaar</i>	9(26,5)	8(18,2)
Huidige situatie		
<i>Fulltime werk</i>	21(61,8)	11(25)
<i>Parttime werk</i>	2(5,9)	9(20,4)
<i>Huishouden</i>	0(0)	11(25)
<i>School of studie</i>	0(0)	1(2,3)
<i>Werkloos</i>	3(8,8)	2(4,5)
<i>Arbeidsongeschikt</i>	1(2,9)	7(15,9)
<i>Gepensioneerd</i>	7(20,6)	3(6,8)

Het minimale aantal jaren dat iemand reuma heeft is minder dan 1 jaar, het maximale aantal jaren is 50 jaar. Gemiddeld hebben de respondenten 9,5 jaar reuma. De vorm van reuma die bij patiënten gediagnosticeerd zijn lopen uiteen. De vormen en aantallen zijn te zien in tabel 2.3. Hierbij moet opgemerkt worden dat het mogelijk is dat respondenten meerdere vormen van reuma hebben ingevuld.

*Tabel 2.3 Vormen van reuma bij
respondenten onderzoek doelmanagement
en reuma*

Vorm van reuma	n
Reumatoïde Artritis	22
Artrose	11
Jicht	6
Lage rugpijn	5
Artritis Psoriatica	5
Ziekte van Bechterew	4
Fibromyalgie	4
Artritis Psoriatica	4
Osteoporose	2
Weet niet	19
Anders	1

2.4 Vragenlijsten

Tijdens dit onderzoek is gebruik gemaakt van gesloten vragenlijsten. Op deze manier kon het gebruik van de verschillende doelmanagementstrategieën en het subjectief welbevinden kwantitatief gemeten en vergeleken worden. In deze paragraaf zal per te onderzoeken variabele de gebruikte vragenlijst(en) beschreven worden. Wanneer er een item omgeschaald is zal er een 'r' achter het betreffende item staan. Om de betrouwbaarheid te berekenen is gebruik gemaakt van Cronbach's Alpha.

2.4.1 Doelmanagement

In het onderzoek werden vier vormen van doelmanagement gemeten. Voor het meten van het gebruik van de strategieën nieuwe doelen stellen (goal re-engagement) en doelen loslaten (goal disengagement) is gebruik gemaakt van de vragenlijst van Wrosch et al. (2003). Deze vragenlijst was nog niet beschikbaar in het Nederlands en is daarom vertaald door in samenwerking tussen de onderzoeker van dit onderzoek, een collega-onderzoeker en begeleiders. De vragenlijst bestaat uit een aantal stellingen, die alle starten met 'Als ik moet stoppen met het nastreven van een belangrijk doel in mijn leven...'. Er kan gekozen worden op een vijfpuntsschaal die loopt van 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'. De stellingen hebben te maken met nieuwe doelen stellen (vb. overtuig ik mijzelf ervan dat ik andere belangrijke doelen heb om na te streven) of met het loslaten van bedreigde doelen (vb. verlaag ik gemakkelijk mijn inspanningen om het doel te bereiken). De verdeling van de verschillende strategieën zijn als volgt; bedreigde doelen loslaten (items 1, 3r, 6r en 8), met een maximaal te behalen score van 20, minimaal 4, en nieuwe doelen stellen (items 2,4,5,7,9 en 10), met een maximaal te behalen score van 30, minimaal 6. De betrouwbaarheid van de twee delen van de vragenlijst zijn $\alpha = 0.630$ voor goal disengagement en $\alpha = 0.819$ voor goal reengagement.

Om de doelmanagementstrategieën doelen vasthouden (goal pursuit) en doelen aanpassen (flexible goal adjustment) te meten, is gebruik gemaakt van de Goal Pursuit Scale en de Flexible Goal Adjustment Scale (Flexten) van Brändtstadter (1990). Hiervan waren al meerdere vertalingen in het Nederlands aanwezig. De onderzoeker van dit onderzoek heeft samen met een collega-onderzoeker en de supervisanten een aangepaste vertaling gemaakt, aan de hand van de bestaande vertalingen van Inge Henselman van de RijksUniversiteit Groningen en een vertaling die aanwezig was op de Universiteit Twente. De flexten bestaat uit een aantal stellingen, die beantwoord kunnen worden door midden van een vijfpuntsschaal, die loopt van 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'. De stellingen hebben betrekking op doelen vasthouden (vb. Hoe moeilijker een doel te bereiken is,

hoe aantrekkelijker ik het vind.) en op doelen aanpassen (vb. Zelfs in de grootste tegenslagen zie ik vaak nog iets positiefs.). Deze vragenlijst bevat 30 items, die onderverdeeld zijn in items die betrekking hebben op doelen vasthouden (items 2,3,5,6r,7,9r,10r,11r,12r,14r,18r,20r,22r,27 en 28) en doelen aanpassen items 1r,4,8,13r,15,16,17,18,21,23,24,25,26r,29 en 30r), beide met een maximaal te behalen score van 75 en minimaal 15. De betrouwbaarheid van deze twee onderdelen is $\alpha = 0.716$ voor goal pursuit en $\alpha = 0.758$ voor goal adjustment.

2.4.2 Subjectief welbevinden

Om het subjectief welbevinden te meten is gebruik gemaakt van de SF 36v2 mental health (Ware, Kosinski & Dewey, 2000). Daarnaast zijn ook depressieve symptomen gemeten aan de hand van de korte versie van de Geriatrische Depressie Schaal (Sheikh & Yervage, 1986). De SF 36v2 bestaat uit een aantal onderdelen, te weten fysiek functioneren, rol fysiek, lichamelijke pijn, algemene gezondheidswaarneming, vitaliteit, sociaal functioneren, rol-emotioneel en mental health. Voor dit onderzoek is alleen gebruikt van het laatste onderdeel, de mental health (items 9b, 9c, 9d, 9f, 9h). Dit onderdeel bestaat uit een aantal vragen, die allen starten met 'Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken...' en de antwoorden bestaan uit een vijfpuntsschaal die loopt van 'altijd' tot 'nooit'. Hierbij moet wel vermeld worden dat deze subschaal voor een groot gedeelte stemming meet (vb. zat u zo in de put dat niets u kon opvrolijken?). De scores van deze vragenlijst zijn genormeerd, wat wil zeggen dat een score van 50 gelijk staat aan de score van een gemiddeld persoon. De betrouwbaarheid van dit onderdeel is $\alpha = 0.874$.

Om depressieve symptomen te meten is gebruik gemaakt van de Geriatrische Depressie Schaal, de korte versie (GDS). Er is voor deze vragenlijst gekozen, omdat de fysieke beperkingen die gepaard kunnen gaan met de ziekte van de doelgroep de resultaten van andere depressie-vragenlijsten zou kunnen beïnvloeden, terwijl de GDS rekening houdt met deze factoren, omdat deze van oorsprong op oudere mensen is gericht. In deze vragenlijst worden een aantal vragen gesteld, waarop 'ja' of 'nee' geantwoord kan worden (vb. bent u innerlijk tevreden met uw leven?, Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?). De GDS bestaat uit 15 items en de maximaal te behoren score is 15, minimaal 0. Het afkappunt van deze vragenlijst om van depressie te spreken is vijf. De items 2,3,4,6,8,9,10,12,14 en 15 zijn omgeschaald. De betrouwbaarheid van de GDS is $\alpha = 0.838$.

2.4.3 Optimisme

Om optimisme te meten is gebruik gemaakt van de Life Orientation Test Revised (LOT-R) (Scheier, Carver & Bridges, 1994). Deze vragenlijst bestaat uit tien stellingen (vb. In onzekere tijden verwacht ik meestal het beste.), die beantwoord kunnen worden op een vijfpuntsschaal, die loopt van ‘sterk mee oneens’ tot ‘sterk mee eens’. Zes items in deze vragenlijst zijn van belang (items 1,2,4,7r,9r en 10), de overige vier zijn filler-items (items 3,5,6 en 8). De maximaal te behalen score bij de LOT-R is 30, minimaal 6. De betrouwbaarheid van deze lijst, zonder de filler-items, is $\alpha = 0.705$.

2.4.4 Overige vragenlijsten

Naast de vragenlijsten die gebruikt zijn voor dit onderzoek, werd er ook een basisvragenlijst afgenomen (geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleiding, werksituatie, woonsituatie en gezinssituatie). Verder werd er gevraagd naar pijn (hoeveel pijn had u als gevolg van uw aandoening in de afgelopen week?) en welbevinden (Hoe gaat het nu met u, als u denkt aan alle manieren waarop uw aandoening u beïnvloedt?). Bij deze laatste vragenlijst is er per vraag een maximale score te behalen van 10 en een minimale score van 0.

2.5 Analyses

Om de veronderstelde relaties te onderzoeken tussen op zichzelf staande doelmanagementstrategieën en het subjectief welbevinden zijn correlaties tussen de scores op de GAS, de Flexten, de SF36v2 mental health en de GDS eenzijdig getoetst. Om de relatie tussen optimisme en de neiging om bepaalde doelmanagementstrategieën te onderzoeken zijn correlaties tussen de uitkomsten van de LOT-R, de GAS en de Flexten tweezijdig getoetst. De interactie-effecten tussen verschillende doelmanagementstrategieën op het subjectief welbevinden te onderzoeken, zijn er ANOVA-berekeningen uitgevoerd. Voorafgaand aan deze berekeningen zijn de scores van de verschillende doelmanagementstrategieën verdeeld in lage (onder de mediaan) en hoge (op of boven de mediaan) scores. De afhankelijke maten van de ANOVA waren de scores op de SF36v2 mental health op de GDS.

3. RESULTATEN

De minimale, maximale en gemiddelde scores van de vragenlijsten GAS, Flexten, SF36 mental health, GDS, LOTR en Pijn en welbevinden zijn in tabel 3.1 weergegeven. Ook zijn de standaarddeviaties hierbij vermeld.

Tabel 3.1 Scores en standaarddeviaties GAS, Flexten, SF36 mental health, GDS, LOTR en Pijn en welbevinden

Vragenlijst	Minimale score	Maximale score	Gemiddelde score	SD
GAS				
Doelen loslaten	4	19	10,60	3,05
Nieuwe doelen stellen	10	30	21,47	4,00
Flexten				
Doelen vasthouden	35	67	48,36	6,19
Doelen aanpassen	34	68	51,31	6,44
SF 36 mental health (subjectief welbevinden)	21,85	64,09	50,13	10,30
GDS (depressieve symptomen)	0	14	2,78	3,09
LOTR (optimisme)	14	30	21,46	3,45
Pijn en welbevinden				
Pijn	0	9	4,37	2,48
Welbevinden	0	9	4,34	2,39

Om antwoorden te vinden op de vraagstellingen van dit onderzoek, met uitzondering van vraag vijf en zes, zijn eerst correlaties berekend van de vier verschillende doelmanagementstrategieën met subjectief welbevinden, depressieve symptomen en optimisme. De uitkomsten zijn te zien in de correlatietabel 3.2. Bijna alle correlaties zijn eenzijdig getoetst, behalve de correlaties met optimisme, deze zijn tweezijdig getoetst, omdat de vraagstelling met betrekking tot optimisme exploratief is.

Tabel 3.2 Correlaties van de doelmanagementstrategieën, subjectief welbevinden, depressieve symptomen en optimisme

Variabele	Pearsons correlatie						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Doelen loslaten	-	.304**	-.499**	.139	-.040	.179	.115
2. Nieuwe doelen stellen		-	-.264*	.431**	.247*	-.134	.233
3. Doelen vasthouden			-	-.016	.111	-.128	.226
4. Doelen aanpassen				-	.508**	-.456**	.562***
5. Subjectief welbevinden					-	-.722**	.388***
6. Depressieve symptomen						-	-.374***
7. Optimisme							-

* Correlatie is significant op een 0,05 level (1-tailed)

** Correlatie is significant op een 0,01 level (1-tailed)

*** Correlatie is significant op een 0,01 level (2-tailed)

3.1 Vraagstelling 1

Is er een positieve relatie tussen het vasthouden aan bedreigde doelen en het subjectief welbevinden van reumapatiënten?

Uit de gegevens blijkt dat er geen significante correlaties bestaan tussen de neiging om vast te houden aan doelen die bedreigd worden en subjectief welbevinden. Ook blijkt er geen significante correlatie te bestaan tussen deze doelmanagementstrategie en depressieve symptomen.

3.2 Vraagstelling 2

Is er een positieve relatie tussen het aanpassen van bedreigde doelen en het subjectief welbevinden van reumapatiënten?

Uit de gegevens van het onderzoek blijkt dat er een positieve correlatie bestaat tussen doelen aanpassen en subjectief welbevinden ($r=.508$). Dit houdt in dat reumapatiënten die de neiging hebben om deze doelmanagementstrategie te gebruiken gemiddeld een hoger subjectief welbevinden hebben.

Tussen de strategie doelen aanpassen en depressieve symptomen bestaat een negatieve correlatie ($r=-.456$). Dit houdt in dat reumapatiënten die de neiging hebben om bedreigde doelen aan te passen gemiddeld minder depressieve symptomen hebben.

3.3 Vraagstelling 3

Is er een positieve relatie tussen het loslaten van bedreigde doelen en het subjectief welbevinden van reumapatiënten?

Uit de gegevens blijkt dat er geen significante correlaties bestaan tussen de neiging om bedreigde doelen los te laten en subjectief welbevinden. Ook blijkt er geen significante correlatie te bestaan tussen deze doelmanagementstrategie en depressieve symptomen.

3.4 Vraagstelling 4

Is er een positieve relatie tussen het stellen van nieuwe doelen en het subjectief welbevinden van reumapatiënten?

Er is geen significante correlatie gevonden tussen het stellen van nieuwe doelen en depressieve symptomen. Wel is er een significante (zwakke) positieve correlatie gevonden tussen deze doelmanagementstrategie en het subjectief welbevinden ($r=.247$). Dit houdt in dat mensen die geneigd zijn om nieuwe doelen te stellen wanneer andere doelen bedreigd worden, gemiddeld een hoger subjectief welbevinden hebben.

3.5 Vraagstelling 5

Is er een positieve relatie tussen de combinatie van het loslaten van bedreigde doelen en het stellen van nieuwe doelen en het subjectief welbevinden van reumapatiënten?

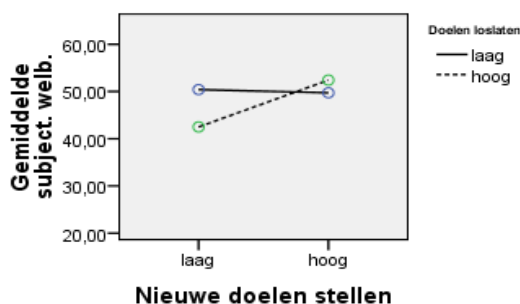
Uit de berekende correlaties blijkt er geen correlatie te bestaan tussen het loslaten van doelen en subjectief welbevinden en depressieve symptomen. Wel blijkt er een correlatie te zijn tussen het stellen van nieuwe doelen en het subjectief welbevinden.

Om erachter te komen of er een interactie-effect bestaat tussen doelen loslaten en nieuwe doelen stellen, is er eerst een verdeling gemaakt op de mediaan (11 voor doelen loslaten en 22 voor nieuwe doelen stellen) en zijn de gemiddelde scores van subjectief welbevinden en depressieve symptomen op deze manier vergeleken (tabel 3.3).

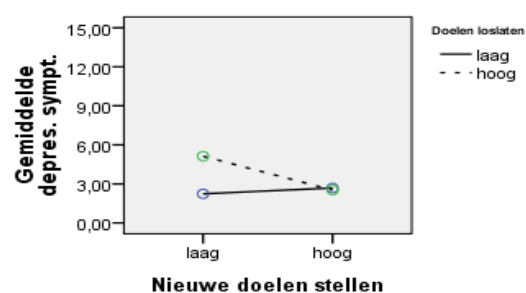
Tabel 3.3 Gemiddelde scores subjectief welbevinden en depressieve symptomen bij interactie's nieuwe doelen stellen en doelen loslaten.

	M subjectief welbevinden/depressieve symptomen	
	Doelen loslaten hoog	Doelen loslaten laag
Nieuwe doelen stellen hoog	53.32/2,52 (n=21)	52.26/2,68 (n=6)
Nieuwe doelen stellen laag	42,50/5,13 (n=20)	51.66/2,24 (n=21)

Vervolgens is er een meervoudige ANOVA-berekening uitgevoerd voor zowel het interactie-effect van de twee doelmanagementstrategieën op subjectief welbevinden als op depressieve symptomen. Daaruit bleek dat er zowel geen significant interactie-effect bestaat tussen doelen loslaten en nieuwe doelen stellen op het subjectief welbevinden ($F(1, 64) = 3,47, p = .067$) als op depressieve symptomen ($F(1, 68) = 3,79, p = .056$). In de interactiegrafieken 3.1 en 3.2 is te zien dat er wel sprake is van een niet-significante interactie.



Figuur 3.1 Interactie tussen nieuwe doelen stellen met doelen loslaten op subjectief welbevinden



Figuur 3.2 Interactie tussen nieuwe doelen stellen met doelen loslaten op depressieve symptomen

Hieruit blijkt dat er een positieve relatie bestaat tussen de combinatie van doelen loslaten en nieuwe doelen staat en het subjectief welbevinden. Dit betekent dat mensen die zowel bedreigde doelen loslaten en tegelijk nieuwe doelen stellen, gemiddeld een hoger subjectief welbevinden hebben en minder depressieve symptomen ervaren.

3.6 Vraagstelling 6

Is er een positieve relatie tussen de combinatie van het vasthouden van bedreigde doelen en het aanpassen van bedreigde doelen en het subjectief welbevinden van reumapatiënten?

Uit de berekende correlaties blijkt er een correlatie te bestaan tussen aanpassen van doelen en subjectief welbevinden en depressieve symptomen. Er is geen significante correlatie tussen het vasthouden van bedreigde doelen en het subjectief welbevinden gevonden.

Om erachter te komen of er een interactie-effect bestaat tussen doelen vasthouden en doelen aanpassen, is weer eerst een verdeling gemaakt op de mediaan (48 voor doelen vasthouden en 52 voor doelen aanpassen) en zijn de gemiddelde scores van mental health en depressieve symptomen op deze manier vergeleken (tabel 3.4).

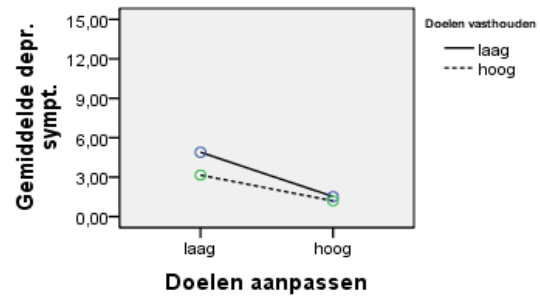
Tabel 3.4 Gemiddelde scores subjectief welbevinden en depressieve symptomen bij interactie's doelen vasthouden en doelen aanpassen.

	M subjectief welbevinden/depressieve symptomen	
	Doelen vasthouden hoog	Doelen vasthouden laag
Doelen aanpassen hoog	55,24/16,20 (n=15)	48,82/16,53 (n=19)
Doelen aanpassen laag	53,29/18,16 (n=19)	44,04/19,89 (n=19)

Vervolgens is er een meervoudige ANOVA-berekening uitgevoerd voor zowel het interactie-effect van de twee doelmanagementstrategieën op subjectief welbevinden als op depressieve symptomen. Uit deze berekeningen bleek dat er voor de combinatie van doelen vasthouden en doelen aanpassen geen interactie-effect is voor zowel subjectief welbevinden ($F(1, 64) = .37, p = .548$) als voor depressieve symptomen ($F(1, 68) = 1,15, p = .287$). Deze conclusies zijn ook terug te zien in figuur 3.3 en 3.4.



Figuur 3.3 Interactie tussen doelen vasthouden met doelen aanpassen op subjectief welbevinden



Figuur 3.4 Interactie tussen doelen vasthouden met doelen aanpassen op depressieve symptomen

3.7 Vraagstelling 7

Is er een relatie tussen de mate van optimisme en de neiging om bepaalde doelmanagementstrategieën te gebruiken?

Er blijkt uit de onderzoeksgegevens een positieve correlatie te bestaan tussen optimisme en het aanpassen van doelen ($r=0,562$). Dit houdt in dat reumapatiënten die een hogere mate van optimisme bezitten, vaker de neiging hebben om bedreigde doelen aan te passen.

Bij de andere doelmanagementstrategieën en optimisme zijn geen significante correlaties gevonden.

4. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Uit dit onderzoek is gebleken dat doelen aanpassen en nieuwe doelen stellen een positieve relatie hebben met subjectief welbevinden bij reumapatiënten. Daarnaast bleek dat er een positieve relatie bestaat tussen de mate van optimisme en de neiging om bedreigde doelen aan te passen. Doelmanagement blijkt hierdoor een belangrijke rol te spelen bij de psychologische adaptatie aan reuma. De volledige conclusies van het onderzoek zijn hieronder per onderwerp weergegeven. Verder is aangegeven wat dit in relatie met bestaande theorie betekent. Ten slotte zullen beperkingen van dit onderzoek beschreven worden en zullen er aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan worden.

4.1 Afzonderlijke doelmanagementstrategieën, subjectief welbevinden en depressieve symptomen

Uit het onderzoek is gebleken dat er geen positieve relatie bestaat tussen het **vasthouden van bedreigde doelen** en het subjectief welbevinden van reumapatiënten. Dit komt niet overeen met de bevindingen van Brandtstädter en Rothermund (2002). Zij hebben gevonden dat, wanneer het nog reëel is om een bedreigd doel toch te bereiken, het beter is als met dit doel vasthoudt. Ook Wrosch et al. (2003a) gaven dit al aan. Het verschil tussen de uitkomsten van dit onderzoek en de uitkomsten van bovenstaande onderzoeken, zou toe te schrijven kunnen zijn aan wat men onder deze doelen verstaat. Volgens de social production function theorie (SPF) (Steuerink et al. 1998), zijn doelen hiërarchisch geordend. Dit wil zeggen dat mensen universele, hogere doelen hebben die worden gerealiseerd door middel van instrumentele, lagere doelen. Zowel in dit onderzoek als in het onderzoek van Wrosch zijn hogere en lagere doelen niet gespecificeerd in de vragenlijst. Het is daardoor niet duidelijk of mensen bij het invullen van de vragenlijsten hoge of lagere doelen in gedachten hadden. Mogelijk is de vragenlijst daardoor met andere doelen in gedachten ingevuld door de respondenten van dit onderzoek dan door de respondenten van de twee eerder genoemde onderzoeken.

Bovendien zijn de onderzoeken van Brandtstädter en Wrosch niet uitgevoerd onder chronisch zieke patiënten, maar onder andere doelgroepen. Doordat chronisch zieke mensen mogelijk toch anders in het leven staan, zou ook dit verschil tussen de onderzoeken van invloed kunnen zijn op het verschil in de uitkomsten.

Verder is uit het onderzoek gebleken dat er een positieve relatie bestaat tussen de doelmanagementstrategie **bedreigde doelen aanpassen** en het subjectief welbevinden. Daarnaast is er een negatieve relatie gevonden tussen deze doelmanagementstrategie en depressieve symptomen. Dit komt overeen met de bevindingen van Wrosch et al. (2003a). Deze uitkomst is dan ook van wezenlijk belang bij het begeleiden van reumapatiënten bij

aanpassen aan en omgaan met beperkingen die de ziekte met zich meebrengt; wanneer reumapatiënten leren om bedreigde doelen aan te passen, zullen zij gemiddeld een hoger subjectief welbevinden ervaren dan wanneer zij dit niet doen.

Echter kunnen er ook bij kanttekeningen worden gezet bij de uitkomst van deze vraagstelling. Ook binnen de strategie doelen aanpassen geldt dat er bij het afnemen van de vragenlijsten geen rekening is gehouden met de manier waarop iemand de neiging heeft om een doel aan te passen. Zoals beschreven in de inleiding van dit onderzoek, zijn er twee mogelijkheden, namelijk het doel lager stellen, zonder dat het oorspronkelijke doel verandert, bijvoorbeeld wanneer iemand in plaats van drie keer per week hardlopen naar één keer per week hardlopen gaat. Het doel (hardlopen) blijft dan, alleen de frequentie komt lager te liggen. De tweede manier is het compenseren van doelen op hetzelfde gebied. In dit geval gaat dezelfde persoon in plaats van drie keer per week hardlopen, drie keer per week zwemmen, omdat zwemmen minder belastend is voor de gewrichten. In dit geval blijft het domein, en daarmee het hogere doel (sporten) staan, alleen wordt dit anders ingevuld. Het zou kunnen zijn dat één van deze twee manieren een positievere relatie heeft met subjectief welbevinden dan de andere.

Er is in het onderzoek geen relatie gevonden tussen het **loslaten van bedreigde doelen** en het subjectief welbevinden. Uit onderzoek van Wrosch et al (2007) bleek dat mensen die goed in staat waren om bedreigde doelen los te laten, een betere lichamelijke conditie hadden. Verder werd in dit artikel geïmpliceerd dat het subjectief welbevinden de schakel is tussen doelmanagement en het lichamenlijk welbevinden. Hieruit ontstond de hypothese dat er een positieve relatie bestaat tussen doelen loslaten en het subjectief welbevinden. De uitkomst van dit onderzoek en de bevindingen in het onderzoek van Wrosch et al. komen dus niet overeen met elkaar. De verklaring hiervan zou kunnen liggen in de mate waarin mensen goed in staat zijn bedreigde doelen los te laten. Het zou kunnen zijn dat mensen in staat zijn om doelen los te laten en niet meer na te streven, terwijl ze hier eigenlijk zelf niet helemaal achter staan. Feitelijk is het doel dan los gelaten, terwijl men mentaal dan nog niet zo ver is. Het gaat hierbij dus om het verschil tussen feitelijk gedrag en acceptatie. Bij het invullen van de vragenlijst kan dit op twee manieren opgevat worden. Wanneer gevraagd werd of iemand goed in staat is om doelen los te laten, kan de respondent zowel uit zijn gegaan van het feitelijke loslaten ('ik ben niet meer bezig om het doel te behalen') of het psychisch loslaten ('Het blijft me niet lekker zitten dat ik het doel los heb moeten laten'). Wanneer iemand van de eerste bewering is uit gegaan, zal hij antwoorden dat hij makkelijk doelen los kan laten, terwijl iemand die van de tweede bewering uitgaat, deze persoon ook het doel niet meer nastreeft, maar dit (nog) niet kan accepteren. Er kan in het laatste geval frustratie achterblijven, wat een negatieve invloed zou kunnen hebben op het subjectief welbevinden.

Wanneer gekeken wordt naar de items van de gebruikte vragenlijst van Wrosch, waarin doelen loslaten wordt gemeten, is te zien dat één item de acceptatie meet (...vind ik het makkelijk om dit doel los te laten en er niet meer aan te denken). De andere drie items die betrekking hebben op bedreigde doelen loslaten, meten het feitelijke loslaten of zijn open voor eigen interpretatie of het om feitelijk loslaten of acceptatie gaat (bv. ...vind ik het moeilijk dit doel niet meer na te streven).

Verder is gebleken dat er een zwakke positieve relatie bestaat tussen het **stellen van nieuwe doelen** en het subjectief welbevinden. Dit komt overeen met de literatuur (Wrosch et al., 2003b, Neter et al., 2009 & Garnefski et al., 2009). Wel stelden Wrosch et al. en Neter et al. dat er een combinatie van bedreigde doelen loslaten en nieuwe doelen stellen nodig was om het subjectief welbevinden te verhogen. De vraag of dit inderdaad nodig is, is ook meegenomen in dit onderzoek. Hieruit bleek geen significant interactie-effect te bestaan, hoewel de interactiegrafieken wel een duidelijke tendens laten zien.

Garnefski et al. (2009) vonden in hun onderzoek dat het stellen van nieuwe doelen alleen genoeg was om depressieve symptomen te voorkomen of verlagen ($r = -.52$). Met depressieve symptomen is in dit onderzoek helemaal geen correlatie gevonden. Wel is er een relatie gevonden met subjectief welbevinden ($r = .25$). Garnefski et al. hebben in hun onderzoek een andere vragenlijst gebruikt om doelmanagement te meten, dan in dit onderzoek gebruikt is, namelijk de Goal Obstruction Questionnaire. Deze schaal meet het vermogen van personen om, wanneer bestaande doelen bedreigd worden, nieuwe doelen te stellen. De vragenlijst bestaat uit vier domeinen; werk, huishoudelijke of zorgtaken, sociale relaties en vrijetijdsbesteding (Kraaij, van der Veek, Garnefski, Schroevers, Witlox & Maes, 2008). De vragenlijsten die betrekking hebben op doelmanagement in dit onderzoek zijn minder specifiek en de verschillen tussen deze vragenlijsten zou een verklaring kunnen zijn voor de verschillen in de uitkomsten van de onderzoeken.

4.2 Combinaties doelmanagementstrategieën, subjectief welbevinden en depressieve symptomen

Er is onderzocht of er een interactie-effect bestaat tussen **doelen loslaten en nieuwe doelen stellen** op subjectief welbevinden en depressieve symptomen. Zoals eerder geschreven, is hieruit gebleken dat er een niet-significant interactie-effect is tussen deze twee doelmanagementstrategieën. Deze bevindingen sluiten dus niet volledig aan bij de eerdergenoemde bevindingen van Wrosch et al. (2003b) en Neter et al. (2009). Zij stellen dat een combinatie van deze twee doelmanagementstrategieën nodig is, om het subjectief welbevinden te verhogen, terwijl er geen significante aanwijzingen hiervoor zijn gebleken uit

dit onderzoek. Wanneer een reumapatiënt veel doelen los moet laten en veel nieuwe doelen stelt, heeft hij iets om naar toe te leven, letterlijk een doel in het leven. Als deze zelfde patiënt niet veel nieuwe doelen stelt, blijft er weinig over om naar uit te zien, omdat er bijna geen (levens)doelen meer over zijn, waardoor voornamelijk depressieve symptomen toe zullen nemen, zoals eerder bleek uit onderzoek naar afname van levensdoelen en depressie bij mensen die een hartinfarct hadden gehad (Boersma et al. 2005). De grootte van de respondentengroep zou van invloed kunnen zijn op het hele onderzoek en in het bijzonder op de uitkomst van deze vraag; mogelijk was het interactie-effect wel significant geweest, wanneer de beoogde 100 a 120 respondenten hadden meegewerkt. Daarnaast is het mogelijk dat de kenmerken van de respondenten van invloed zijn op de uitkomst van deze vraag. In paragraaf 4.4 zal dit uitgebreider behandeld worden.

Onderzoek naar of er een interactie-effect bestaat tussen **doelen vasthouden en doelen aanpassen** op subjectief welbevinden en depressieve symptomen is, liet zien dat hier geen interactie-effect is. Dit komt niet overeen met het onderzoek van Heyl et al. (2007), waaruit bleek dat de combinatie van beide doelmanagementstrategieën nodig is om tot een goede adaptieve zelfregulatie te komen. Het verschil in uitkomst tussen het onderzoek van Heyl et al. en dit onderzoek kan te verklaren zijn aan de hand van de verschillende doelgroepen die gebruikt zijn. In het onderzoek van Heyl et al. is onderzoek gedaan onder een grote groep ouderen, die niet perse ziek waren, terwijl dit onderzoek is gedaan onder chronisch zieke patiënten.

4.3 Optimisme en doelmanagementstrategieën

Uit de resultaten van het onderzoek is gebleken dat er een positieve relatie bestaat tussen **optimisme** en het **aanpassen van bedreigde doelen**. Er is geen samenhang gevonden met andere doelmanagementstrategieën. Uit onderzoek van Segerstrom en Nes (2006), waarin net als in dit onderzoek gebruik is gemaakt van de LOTR, bleek dat mensen die optimistischer zijn doelen als belangrijker bestempelen. Dit zou kunnen verklaren waarom er een relatie is gevonden tussen optimisme en doelen aanpassen bij reumapatiënten, omdat bij doelen aanpassen het oorspronkelijke doel toch gedeeltelijk vastgehouden wordt. In tegenstelling tot wat verwacht zou worden, bestaat er geen relatie tussen doelen vasthouden en optimisme. Verder is het opvallend dat er geen relatie is gevonden tussen optimisme en nieuwe doelen stellen. Uit onderzoek van Hatchett en Park (2004) bleek namelijk een positieve correlatie te bestaan tussen optimisme en taakgerichte coping. Taakgerichte coping is een manier om direct met een stressvolle situatie om te gaan. Deze manier van coping en nieuwe doelen stellen is niet hetzelfde, maar zijn wel allebei een vorm van actieve copingstijl. Bij nieuwe

doelen stellen wordt resoluut bij een stressvolle situatie (bedreigde doelen) gehandeld, doordat niet meer op het bedreigde doel gefocust wordt, maar nieuwe doelen hiervoor in de plaats gesteld worden. De stressvolle situatie die kan ontstaan doordat doelen bedreigd worden door de Reuma, wordt op deze manier actief aangepakt.

Daarnaast valt op, gezien de hoge correlatie van optimisme met doelen aanpassen, dat er geen correlatie is gevonden met doelen loslaten. Doelen aanpassen en doelen loslaten zijn in principe twee verschillende doelmanagementstrategieën, die met elkaar conflicteren; wanneer een bedreigd doel aangepast wordt, moet het oorspronkelijke doel los gelaten worden, anders kan het doel niet aangepast worden. Het zou kunnen zijn dat de respondenten van dit onderzoek deze twee doelmanagementstrategieën niet als aparte en conflicterende strategieën hebben gezien; als een doel aan wordt gepast, wordt het doel dus niet los gelaten.

4.4 Mogelijke beperkingen van het onderzoek

De vragenlijsten die gebruikt zijn in dit onderzoek hadden bijna allemaal een hoge Cronbachs Alpha, behalve het gedeelte van de vragenlijst van Wrosch et al. (2003) dat het loslaten van doelen meet ($\alpha = 0.63$). Deze waarde is ook lager dan die in de literatuur terug gevonden kan worden ($\alpha = 0.74$ (Wrosch et al., 2003)). Ook wanneer een item verwijderd zou worden, wordt deze waarde niet hoger. Het is mogelijk dat dit verschil toe te schrijven is aan de vertaling. De Engelse vragenlijst van Wrosch is vertaald naar het Nederlands door de onderzoeker, een mede-onderzoeker en begeleiders. Deze lagere Cronbachs alpha kan van invloed zijn op de uitkomsten met betrekking tot de vraagstellingen die over doelen loslaten gaan.

Het oorspronkelijke plan was om 100 a 120 respondenten te werven voor dit onderzoek.

Helaas is dit niet gelukt. Dit heeft invloed op de interne (lagere power) en externe validiteit van dit onderzoek. Bovendien ligt het gemiddelde subjectief welbevinden in de respondentengroep rondom het gemiddelde voor een gezonde populatie. Ook zijn de depressieve symptomen laag. Pijn en welbevinden liggen beide gemiddeld onder de vijf punten, wat inhoudt dat de gemiddelde pijn die de respondenten ervoeren hoger ligt dan iemand die geen pijn heeft, maar niet extreem is, wat weer van invloed zou kunnen zijn op de doelmanagementstrategieën die men (kan) gebruiken. Het is mogelijk dat, wanneer de gemiddelde pijnscore hoger zou liggen, het onderzoek andere uitkomsten had gekend, omdat patiënten met erg veel pijn bijvoorbeeld vaker doelen los moeten laten dan patiënten die niet zoveel pijn hebben. Het vloer-effect dat hierbij optreedt kan van invloed zijn op de uitkomsten van het onderzoek. Dit effect is niet te wijten aan een selectiebias, omdat bij de redenen van non-respons te zien is dat slechts twee personen niet mee wilden doen omdat ze

te ziek of te moe waren. Andere non-respons redenen hadden niets te maken met de lichamelijke en/of psychische staat waarin ze zich bevonden.

Het subjectief welbevinden en de depressieve symptomen, gemeten in dit onderzoek, hebben onderling een hoge correlatie. Wanneer de items van de verschillende vragenlijsten met elkaar vergeleken worden, blijkt dat ze beiden sterk de stemming meten. Enkele vragen komen ook (sterk) overeen met elkaar (vb. voelt u zich meestal wel gelukkig? (GDS) en voelde u zich gelukkig? (SF36v2 mental health)). Het was misschien beter geweest om een andere vragenlijst te gebruiken om het subjectief welbevinden te meten, of om alleen subjectief welbevinden of depressieve symptomen te meten, om zo de vragenlijst, die toch al vrij lang was, in te korten, waardoor mogelijk het animo om de vragenlijsten (volledig) in te vullen hoger wordt.

4.5 Eindconclusie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In het verleden zijn meerdere onderzoeken gedaan naar de relatie tussen doelmanagement en welbevinden, zowel bij overwegend gezonde mensen als bij mensen die (chronische) ziektes hadden of die ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt. Uit deze onderzoeken bleek dat de verschillende doelmanagementstrategieën, of combinaties hiervan, in veel situaties een positieve relatie hebben met subjectief welbevinden. Onderzoek van Lovink (2007) onder Reumatoïde Artritis-patiënten wees uit dat doelmanagement ook binnen deze groep een onderdeel is van het omgaan met de ziekte. De combinatie van deze onderzoeken maakte dat in dit onderzoek werd verondersteld dat de verschillende doelmanagementstrategieën ook allemaal voor reumapatiënten een positieve relatie zouden hebben met het subjectief welbevinden. Echter, uit het onderzoek is naar voren gekomen dat er, binnen de groep respondenten van dit onderzoek, enkel een relatie bestaat tussen het aanpassen van bedreigde doelen en subjectief welbevinden en een lage positieve relatie tussen het stellen van nieuwe doelen en subjectief welbevinden. De combinatie van bedreigde doelen loslaten en nieuwe doelen stellen heeft geen significante samenhang met het subjectief welbevinden en depressieve symptomen, maar de interactietabel laat wel een lichte interactie zien. Doelen vasthouden en doelen loslaten als op zichzelf staande strategieën en de combinatie van doelen vasthouden en doelen aanpassen hebben dus bij reumapatiënten geen significante relatie met het subjectief welbevinden, terwijl dit, gezien eerdere onderzoeken wel de verwachting was. Hieruit is af te leiden dat bij elke doelgroep andere doelmanagementstrategieën nodig zijn, om goed met de ziekte of situatie om te gaan en dat uitkomsten van onderzoeken naar deze materie niet zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden. Daarnaast is, door de uitkomsten van dit onderzoek, de verwachting dat doelmanagementstrategieën niet perse als volledig

aparte en gescheiden gedragingen gezien kunnen worden, omdat verwacht zou worden dat wanneer men doelen aanpast, deze doelen eerst los moeten worden gelaten. Het zouden immers twee verschillende strategieën zijn en een doel zou daarom niet aangepast kunnen worden, wanneer het oude doel niet los gelaten is. Dit zou voor dit onderzoek betekenen dat er een significante positieve relatie zou moeten zijn tussen doelen loslaten en het subjectief welbevinden, omdat deze relatie blijkt te bestaan tussen doelen aanpassen en het subjectief welbevinden. Dit blijkt niet zo te zijn, wat betekent dat deze twee doelmanagementstrategieën mogelijk niet als afzonderlijk moeten worden gezien.

Verder werd vooraf verondersteld dat relaties bestaan tussen optimisme en de neiging om bepaalde doelmanagementstrategieën te gebruiken, de richting van deze relaties was onduidelijk. Uit het onderzoek is gebleken dat er een positieve samenhang is tussen optimisme en de neiging om bedreigde doelen aan te passen. Omdat eerder al bleek dat het aanpassen van doelen een positieve relatie heeft met het subjectief welbevinden, kan de conclusie worden getrokken dat optimistische reumapatiënten gemiddeld een hoger subjectief welbevinden hebben. Uit de correlatietabel blijkt dan ook een significante positieve correlatie te zijn tussen optimisme en subjectief welbevinden. In dit onderzoek is niet de mate van onrealistisch optimisme gemeten. Deze vorm van optimisme zou andere uitkomsten kunnen geven, omdat bedreigde doelen te optimistisch benaderd kunnen worden, waardoor de keuze voor doelmanagementstrategieën beïnvloed wordt.

Om een nog beter beeld te krijgen van de relaties tussen doelmanagementstrategieën en subjectief welbevinden, is het van belang om in vervolgonderzoek een grotere en meer diverse groep reumapatiënten te werven, om zowel de interne en externe validiteit te verhogen. Ook zou doelmanagement mogelijk anders gemeten kunnen worden, zodat er onderscheid kan worden gemaakt tussen hoge en lage doelen. Daarnaast zal het optimisme op een andere manier kunnen worden gemeten, om ook onrealistisch optimisme mee te kunnen nemen in de resultaten.

REFERENTIES

Andresen, E. M., Malmgren, J. A., Carter, W. B., & Patrick, D. L. (1994). Screening for depression in well older adults: Evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *American Journal of Preventative Medicine*, 10, 77-84.

Arnold, R., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Kempen, G.I.J.M, Ormels, J. & Suurmeijer, T.P.B.M. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of Life Research*, 13, 883-896.

Astin, J.A., Beckner, W., Soeken, K., Hochberg, M.C. & Bergman, B. (2002). Psychological interventions for rheumatoid arthritis; A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Care and Research*, 47(3), 291-302.

Boersma, S.N., Meas, S., Joeke, K. (2005). Goal Disturbance in Relation to Anxiety, Depression, and Health-related Quality of Life After Myocardial Infarction. *Quality of Life Research*, 14(10), 2265-2275

Bovend'Eerdt, T.J.H., Botell, R.E. & Wade, D.T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goals attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*. 23, 352-361.

Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and aging* . 5(1), 58-67

Brandtstädter, J. & Rothermund, K. (2002). The life course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22(1), 117-150.

Brehm, S.S., Kassin, S. & Fein, S. (2005). *Social Psychology*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Brink T.L., Yesavage J.A., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M. & Leirer V.O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.

Feldman, D.B., Rand, K.L. & Kahle-Wroblewski, K. (2009). Hope and goal attainment: testing a basic prediction of hope theory. *Journal of social and clinical psychology*, 28(4), 479-497

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327.

Garnefski, N., Grol, M., Kraaij, V. & Hamming, J.F. (2009). Cognitive coping and goal adjustment in people with Peripheral Arterial Disease: Relationships with depressive symptoms. *Patient Education and Counseling*, 76(1), 132-137.

Hatchet, G.T. & Park, H.L. (2004). Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Personality and individual differences*, 36(8), 1755-1770

Headey, B. (2008). Life goals matter to happiness: A revision of set-point theory. *Social Indicators Research*, 86(2), 213-231

Heyl, V., Wahl, H.W. & Mollenkopf, H. (2007) Affective well-being in old age - The role of tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *European psychologist*, 12(2), 119-129

Kraaij, V., van der Veek, S.M.C., Garnefski, N., Schroevers, M., Witlox R. & Maes, S. (2008) Coping, goal adjustment and psychological well-being in hiv-infected men who have sex with men. *AIDS Patient Care STDs*, 22, 395–402

Lovink, A.(2007). Doelmanagement bij mensen met Rheumatoide Artritis. *Masterthese, Universiteit Twente*.

Neter, E., Litvak, A. & Miller, A. (2009). Goals disengagement and goal re-engagement among multiple sclerosis patients: Relationship to well-being and illness representation. *Psychology & Health*, 24(2), 175-186.

Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Reumafonds. <http://www.reumafonds.nl/reuma.aspx>, bezocht op 17-06-2010

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(6), 1069-1081

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.

Segerstrom, S.C. & Nes L. S. (2005). When goals conflict but people prosper: The case of dispositional optimism. *Journal of Research in Personality*, 40(5), 675-693

Sheikh J.I. & Yesavage J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention* 165-173, NY: The Haworth Press.

Simsek, Ö. F. (2009). Happiness revisited: Ontological well-being as a theory-based construct of subjective well-being. *Journal of happiness studies*, 10(5), 505-522

Snyder, C.R., Simpson, S.C., Ybasco, F.C., Borders, T.F., Babyak, M.A. & Higgins, R.L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of personality and social psychology*, 70(2), 321-335

Steverink, N., Lindenberg, S. & Ormel, J. (1998). Towards understanding successful ageing: patterned change in resources and goals. *Ageing and society*, 18, 441-467.

Taal, E., Rasker, J.J. & Wiegman, O. (1997). Group education for rheumatoid arthritis patients. *Seminars in Arthritis an Rheumatism*, 26(6), 805-816.

Tijdschrift voor Psychiatrie.

<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/meetinstrumenten/download.php?id=28>

bezoekt op 10-12-2009

Ware J.E., Kosinski M. & Dewey J.E. (2000) How to Score Version Two of the SF-36 Health Survey. Lincoln, RI: *QualityMetric, Incorporated*.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Westerman, M.A. (2006). What counts as “good” quantitative research and what can we say about when to use quantitative and-or qualitative methods?. *New ideas in psychology*, 24(3), 263-274.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Wrosch, C., Scheier, M.F., Carver, C.S. & Schulz, R. (2003a). The importance of goal disengagement in adaptive self-regulation: When giving up is beneficial. *Self and Identity*, 2, 1-20.

Wrosch, C., Scheier, M.F., Miller, G.E., Schulz, R. & Carver, C.S. (2003b). Adaptive self-regulation of unattainable goals: goal disengagement, goal reengagement and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12), 1494-1508.

Wrosch, C., Miller, G.E., Scheier, M.F. & de Pontet, S.B. (2007). Giving up on unattainable goals: Benefits for health?. *Personality and social psychology bulletin*, 33(2), 251-265.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: Vragenlijsten doelmanagement, depressie en optimisme.**GAS**

Gedurende het leven kunnen mensen niet altijd bereiken wat ze zouden willen bereiken. Mensen worden soms gedwongen om te stoppen met het nastreven van doelen die ze zichzelf in het leven hebben gesteld. We willen graag weten hoe u normaalgesproken zou reageren als dit u zou overkomen. Geef aan in welke mate u het eens of oneens bent met de onderstaande stellingen. Vul het rondje in dat het beste bij uw antwoord past

Als ik moet stoppen met het nastreven van een belangrijk doel in mijn leven...

	Helemaal mee oneens		Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
.... verlaag ik gemakkelijk mijn inspanningen om het te bereiken	☐	☐	☐	☐	☐	☐
.... overtuig ik mijzelf ervan dat ik andere belangrijke doelen heb om na te streven.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
.... houd ik toch nog lang aan dat doel vast; ik kan het niet loslaten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
.... ga ik aan andere doelen werken	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... bedenk ik andere nieuwe doelen die ik kan nastreven.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... vind ik het moeilijk om dit doel niet meer na te streven.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... zoek ik andere betekenisvolle doelen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... vind ik het makkelijk om dit doel los te laten en er niet meer aan te denken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... zeg ik tegen mezelf dat ik nog genoeg andere nieuwe doelen heb waarop ik me kan richten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... zet ik me in voor andere betekenisvolle doelen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Flex Ten

De volgende uitspraken hebben betrekking op situaties, waarin men wensen, doelen of plannen niet zo kan realiseren, zoals men dat graag zou willen. Vul het rondje in van het antwoord dat aangeeft in hoeverre u het eens bent met de uitspraak.

Denk niet te lang na, maar kies het antwoord dat spontaan in u opkomt.

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Wanneer ik ergens op vastloop, vind ik het moeilijk een andere aanpak te kiezen.	☐	☐	☐	☐	☐
Hoe moeilijker een doel te bereiken is, hoe aantrekkelijker ik het vind.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kan erg halsstarrig zijn in het nastreven van mijn doelen.	☐	☐	☐	☐	☐
Zelfs in de grootste tegenslagen zie ik vaak nog iets positiefs.	☐	☐	☐	☐	☐
Wanneer ik tegen problemen aanloop, span ik me gewoonlijk meer in.	☐	☐	☐	☐	☐
Om teleurstellingen te voorkomen, tel ik mijn doelen niet te hoog.	☐	☐	☐	☐	☐
Ook in schijnbaar uitzichtloze situaties blijf ik vechten om mijn doel te bereiken.	☐	☐	☐	☐	☐
Zelfs wanneer iets behoorlijk fout loopt, zie ik toch ergens een lichtpuntje.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik verlies meestal mijn interesses voor zaken waar anderen beter in zijn.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind het makkelijk om van een wens af te zien als deze moeilijk te vervullen lijkt.	☐	☐	☐	☐	☐
Wanneer ik tegen grote problemen aanloop, zoek ik liever een nieuw doel.	☐	☐	☐	☐	☐

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens Het
leven is veel aangenamer, als ik er niet teveel van verwacht.	O	O	O	O	O
Ik breng mijzelf in problemen doordat ik hoge eisen stel.	O	O	O	O	O
Als ik lang vergeefs met een probleem bezig geweest ben, merk ik vaak, dat ik eigenlijk ook zonder oplossing goed kan leven.	O	O	O	O	O
Over het algemeen ben ik niet erg lang van slag over een gemiste kans.	O	O	O	O	O
Ik kan mij vrij goed aan veranderde omstandigheden of plannen aanpassen.	O	O	O	O	O
Ik kan bijna overal iets positiefs in zien, zelfs wanneer ik iets wat me dierbaar is moet opgeven.	O	O	O	O	O
Ik vermijd het om mij met problemen bezig te houden waarvoor ik geen oplossing heb.	O	O	O	O	O
Over het algemeen ken ik mijn eigen grenzen.	O	O	O	O	O
Wanneer ik een doel niet kan bereiken, verander ik liever mijn doel dan maar te blijven proberen.	O	O	O	O	O
Na een grote tegenslag richt ik me snel op nieuwe taken.	O	O	O	O	O
Ik sluit wel eens mijn ogen voor grote problemen.	O	O	O	O	O
Als ik niet gemakkelijk krijg wat ik wil, blijf ik het geduldig proberen.	O	O	O	O	O
Bij een teleurstelling herinner ik mijzelf eraan dat andere dingen in het leven net zo belangrijk zijn.	O	O	O	O	O

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Ook als alles mis lijkt te gaan, blijf ik meestal positief.	O	O	O	O	O
Nederlagen kan ik moeilijk accepteren.	O	O	O	O	O
Zelfs als alles uitzichtloos lijkt, probeer ik nog de situatie onder controle te krijgen.	O	O	O	O	O
Wanneer ik eenmaal iets in mijn hoofd heb gezet, laat ik me daar zelfs niet door grote moeilijkheden van afbrengen.	O	O	O	O	O
Wanneer ik in ernstige problemen zit, vraag ik me meteen af hoe ik het beste van de situatie kan maken.	O	O	O	O	O
Ik zal alleen dan echt tevreden zijn wanneer alles precies is zoals ik het wil.	O	O	O	O	O

GDS

De volgende vragen gaan over uw stemming. U geeft het antwoord dat het beste weergeeft hoe u zich de afgelopen week gevoeld heeft.

Bent u innerlijk tevreden met uw leven?	ja	nee
Heeft u veel activiteiten en interesses op moeten geven?	ja	nee
Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?	ja	nee
Verveelt u zich vaak?	ja	nee
Hebt u meestal een goed humeur?	ja	nee
Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?	ja	nee
Voelt u zich meestal wel gelukkig?	ja	nee
Voelt u zich vaak hopeloos?	ja	nee
Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?	ja	nee
Hebt u het gevoel dat u meer moeite heeft met het geheugen dan anderen?	ja	nee

Vindt u het fijn te leven?	ja	nee
Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?	ja	nee
Voelt u zich energiek?	ja	nee
Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?	ja	nee
Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?	ja	nee

LOT-R

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de onderstaande uitspraken. De getallen betekenen het volgende:

0 = sterk mee oneens

1 = mee oneens

2 = noch eens, noch oneens

3 = eens

4 = sterk mee eens

Wilt u zo precies mogelijk en eerlijk antwoorden, en probeer niet het antwoord op een vorige vraag het antwoord op de huidige vraag te laten beïnvloeden. Er zijn geen goede of foute antwoorden, het gaat om uw mening.

In onzekere tijden verwacht ik meestal het beste	1	2	3	4	5
Ik vind het makkelijk om te ontspannen.	1	2	3	4	5
Als er maar iets fout kan gaan, dan zal mij dat ook overkomen.	1	2	3	4	5
Ik ben altijd optimistisch over mijn toekomst.	1	2	3	4	5
Ik heb veel plezier van mijn vrienden.	1	2	3	4	5
Ik vind het belangrijk om bezig te blijven.	1	2	3	4	5
Ik verwacht zelden dat het mij mee zal zitten.	1	2	3	4	5
Ik raak niet zo snel overstuur.	1	2	3	4	5
Ik reken er zelden op dat goede dingen mij zullen overkomen.	1	2	3	4	5
In het algemeen, verwacht ik dat mij meer goede dan slechte dingen zullen overkomen.	1	2	3	4	5

BIJLAGE 2: ROMA-vragenlijsten pijn en welbevinden en subjectief welbevinden.



_____ Reumatologie Online Monitor Applicatie _____

STOP

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

Geachte patiënt,

Deze vragenlijst gaat over uw standpunten t.a.v. uw gezondheid. Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het meest van toepassing is.

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

Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

☒ uitstekend

☐ zeer goed

☐ goed

☐ matig

☐ slecht

0%

VERDER



Vraag 2

Hoe beoordeelt u nu uw gezondheid over het algemeen, vergeleken met een jaar geleden?

- ☐ veel beter nu dan een jaar geleden
- ☐ wat beter nu dan een jaar geleden
- ☐ ongeveer hetzelfde nu als een jaar geleden
- ☐ wat slechter nu dan een jaar geleden
- ☐ veel slechter nu dan een jaar geleden

TERUG

7%

VERDER



Vraag 3

De volgende vragen gaan over uw bezigheden die u misschien doet op een doorsnee dag. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

	ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	nee, helemaal niet beperkt
a. <u>Forse inspanning</u> , zoals hardlopen, tillen van zware voorwerpen, een veeleisende sport beoefenen	☐	☐	☐
b. <u>Matige inspanning</u> , zoals een tafel verplaatsen, stofzuigen, zwemmen of fietsen	☐	☐	☐
c. Boodschappen tillen of dragen	☐	☐	☐
d. <u>Een paar</u> trappen oplopen	☐	☐	☐
e. <u>Eén</u> trap oplopen	☐	☐	☐

TERUG

14%

VERDER



Vraag 3 (vervolg)

De volgende vragen gaan over uw bezigheden die u misschien doet op een doorsnee dag. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

	ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	nee, helemaal niet beperkt
f. Bukken, knielen of hurken	☐	☐	☐
g. Meer dan een kilometer lopen	☐	☐	☐
h. Een paar honderd meter lopen	☐	☐	☐
i. Ongeveer honderd meter lopen	☐	☐	☐
j. Uzelf wassen of aankleden	☐	☐	☐

TERUG

22%

VERDER



Vraag 4

Hoe vaak heeft u in de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden gehad, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid?

	altijd	meestal	soms	zelden	nooit
a. U besteedde minder tijd aan werk of andere bezigheden	☐	☐	☐	☐	☐
b. U heeft minder bereikt dan u zou willen	☐	☐	☐	☐	☐
c. U was beperkt in het soort werk of andere bezigheden	☐	☐	☐	☐	☐
d. U had moeite om uw werk of andere bezigheden uit te voeren (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning)	☐	☐	☐	☐	☐

TERUG

30%

VERDER



Vraag 5

Hoe vaak heeft u in de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen ondervonden bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden, ten gevolge van emotionele problemen (zoals depressieve of angstige gevoelens)?

	altijd	meestal	soms	zelden	nooit
a. U besteedde <u>minder tijd</u> aan werk of andere bezigheden	☐	☐	☐	☐	☐
b. U heeft <u>minder bereikt</u> dan u zou willen	☐	☐	☐	☐	☐
c. U deed uw werk of andere bezigheden <u>niet zo zorgvuldig als gewoonlijk</u>	☐	☐	☐	☐	☐

TERUG

38%

VERDER



Vraag 6

In hoeverre hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen u gedurende de afgelopen 4 weken gehinderd in uw normale omgang met familie, vrienden of burens, of bij activiteiten in groepsverband?

- ☐ helemaal niet
- ☐ enigszins
- ☐ nogal
- ☐ veel
- ☐ heel erg veel

TERUG

46%

VERDER



Vraag 7

Hoeveel lichamelijke pijn heeft u de afgelopen 4 weken gehad?

- ☐ geen
- ☐ heel licht
- ☐ licht
- ☐ nogal
- ☐ ernstig
- ☐ heel ernstig

TERUG

53%

VERDER



Vraag 8

In welke mate bent u de afgelopen 4 weken door pijn gehinderd in uw normale werk (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

- ☐ helemaal niet
- ☐ een klein beetje
- ☐ nogal
- ☐ veel
- ☐ heel erg veel

TERUG

60%

VERDER

**Vraag 9**

Deze vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u ging in de afgelopen 4 weken. Wilt u alstublieft bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe u zich voelde?

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken ...

	altijd	meestal	soms	zelden	nooit
a. Voelde u zich levenslustig?	☐	☐	☐	☐	☐
b. Was u erg zenuwachtig?	☐	☐	☐	☐	☐
c. Zat u zo in de put dat niets u kon opvrolijken?	☐	☐	☐	☐	☐
d. Voelde u zich rustig en tevreden?	☐	☐	☐	☐	☐
e. Had u veel energie?	☐	☐	☐	☐	☐

TERUG

67%

VERDER

**Vraag 9 (vervolg)**

Deze vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u ging in de afgelopen 4 weken. Wilt u alstublieft bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe u zich voelde?

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken ...

	altijd	meestal	soms	zelden	nooit
f. Voelde u zich somber en neerslachtig?	☐	☐	☐	☐	☐
g. Voelde u zich uitgeput?	☐	☐	☐	☐	☐
h. Voelde u zich gelukkig?	☐	☐	☐	☐	☐
i. Voelde u zich moe?	☐	☐	☐	☐	☐

TERUG

75%

VERDER



Vraag 10

Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen u gedurende de afgelopen 4 weken gehinderd bij uw sociale activiteiten (zoals vrienden of familie bezoeken etc.)?

- ☐ altijd
☐ meestal
☐ soms
☐ zelden
☐ nooit

TERUG

83%

VERDER



Vraag 11

Hoe JUIST of ONJUIST is elk van de volgende uitspraken voor u?

	volkomen juist	grotendeels juist	weet ik niet	grotendeels onjuist	volkomen onjuist
a. Ik lijk wat gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen	☐	☐	☐	☐	☐
b. Ik ben even gezond als andere mensen die ik ken	☐	☐	☐	☐	☐
c. Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan	☐	☐	☐	☐	☐
d. Mijn gezondheid is uitstekend	☐	☐	☐	☐	☐

TERUG

92%

VERDER



Geachte patiënt,

Deze vragenlijst gaat over pijn en uw gezondheidstoestand.

Druk op VERDER om met de vragen te beginnen.

VERDER



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

0%

VERDER



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

25%

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