

# Doelmanagementstrategieën en adaptatie bij reumapatiënten: De rol van self-efficacy

Datum Inlevering: 26 Juli 2011

Datum Presentatie: 28 Juli 2011

Naam: Britta Semlianoi

Studentnummer: s0202347

1<sup>e</sup> begeleider: Dr. C. Bode

2<sup>e</sup> begeleider: R. Arends



## Abstract

Due to symptoms like pain, joint stiffness and limitations in their mobility, patients with arthritis can have a hard time reaching their goals. This can lead to frustrations, uncertainty about the future, and sometimes even anxiety and mood disorders. People who are facing these challenges can use the following goal management strategies: accommodation, assimilation, disengagement and re-engagement. In addition, some researchers propose a moderating role of re-engagement on the relationship between disengagement and adaptation. Unfortunately, the effect of these strategies on the adaptation of patients with arthritis is still unclear. One objective of this research is therefore to investigate these relationships.

Furthermore, there is a growing interest in the so-called “self-efficacy approach” in the treatment of patients with arthritis. Therefore, we investigated if the relationships between self-efficacy for pain and self-efficacy for controlling other arthritis symptoms with adaptation, depression and anxiety can also be verified in this population. As self efficacy is often seen as a predictor of behavior, we investigated if there can be found any association between self efficacy and the use of the different goal management strategies. Considering the inconsistent findings of the association between assimilation and adaptation, depression and anxiety, we also hypothesized that self efficacy could play a moderating role in this regard.

The sample consisted of 199 patients (65% female) with arthritis who received and filled in a written questionnaire. On average, the participants were 62 years old and are suffering from their disease for 14.5 years. The statistical methods used were Pearson correlations and Hierarchical Regression Analyses.

The results showed that all strategies are positively associated with at least some parts of adaptation and negatively associated with either anxiety or depression, or both. Especially the accommodative strategy played an important role. A moderating effect was also found: Patients scoring high on both disengagement and re-engagement are most likely to be satisfied with their participation and autonomy on the domain family role. Furthermore, self-efficacy for pain and self-efficacy for controlling other arthritis-related symptoms are both positively related to adaptation and negatively related to anxiety and depression. In addition, self-efficacy for controlling other arthritis symptoms is strongly associated with the use of accommodation, assimilation and re-engagement.

A practical implication of these results is that the information about the different goal-management strategies should play a central role during arthritis patient education. Special attention should be given to the importance of accommodation and that patients should not feel ashamed when giving up on goals which are difficult to reach. Since self-efficacy for controlling other symptoms of arthritis is related to the use of some strategies, and self-efficacy for pain and self-efficacy for controlling other arthritis symptoms are both related to a better psychological outcome, this research strongly supports the “self-efficacy approach” as stated by Taal, Rasker and Wiegman (1996).

## Samenvatting

Symptomen als pijn, stijfheid in de gewrichten en beperkingen in de mobiliteit kunnen bepaalde levensdoelen van reumapatiënten moeilijk haalbaar maken. Frustraties, onzekerheid over de toekomst, maar ook diverse angst- en stemmingsstoornissen zijn daarom niet zelden. Mensen die voor dergelijke uitdagingen staan kunnen een aantal strategieën hanteren: accommodatie, assimilatie, disengagement en re-engagement zijn bekende voorbeelden. Het is echter onbekend hoe deze strategieën bij reumapatiënten werken. Er wordt ook vaak een modererend effect van re-engagement op de relatie tussen disengagement en adaptatie en maladaptatie gerapporteerd. In dit onderzoek wordt nagegaan of hetzelfde ook bij reumapatiënten kan worden gevonden.

Verder is het interesse voor een self efficacy benadering bij de behandeling van reumapatiënten tegenwoordig groot. In dit onderzoek werd daarom gekeken of self efficacy voor pijn en self efficacy voor andere symptomen dan pijn inderdaad samenhangen met adaptatie (positief affect, het ervaren van een doel in het leven en tevredenheid met de participatie op verschillende domeinen) en maladaptatie (depressie en angst). Gezien het belang van self efficacy als voorspeller van gedrag wordt ook nagegaan of er een associatie bestaat met het gebruik van de strategieën. Verder werd gekeken of self efficacy de relatie tussen assimilatie en adaptatie en maladaptatie kan modereren.

Om dit te onderzoeken werd een vragenlijst bij 199 reumapatiënten afgenomen. Van de 199 respondenten waren 65 % vrouwelijk. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 62 jaar en ze lijden gemiddeld sinds 14.5 jaar aan reuma. Voor de toetsing van de hypothesen werd de Pearson correlatie en de hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd.

Daarbij kwam uit dat alle strategieën zowel positief met een aantal aspecten van adaptatie als negatief met een aantal aspecten van maladaptatie geassocieerd zijn. Vooral het belang van de accommodatie kwam hierbij naar voren. Er werd ook een moderatoreffect gevonden: Patiënten die hoog scoren op zowel disengagement als re-engagement zijn het meest tevreden met hun participatie bij taken in en om het huis. Verder hangen beide self efficacy maten positief samen met adaptatie en negatief met maladaptatie. Self efficacy voor andere symptomen dan pijn toont bovendien een sterke, positieve relatie met het gebruik van accommodatie, assimilatie en re-engagement.

Daarom wordt aanbevolen om tijdens de patiëntenvoorlichting enige aandacht te schenken aan de verschillende doelmanagementstrategieën, vooral accommodatie. Het moet duidelijk worden gemaakt aan de patiënten dat zij zich niet hoeven te schamen wanneer ze een moeilijk bereikbaar doel opgeven. Aangezien self efficacy voor andere symptomen het gebruik van deze strategieën misschien positief beïnvloedt en beide self efficacy maten belangrijk zijn voor zowel het bevorderen van adaptatie als het voorkomen van maladaptatie, biedt dit onderzoek steun voor de voorgestelde self-efficacy benadering van Taal, Rasker en Wiegman (1996).

## Inhoudsopgave

Abstract .....	2
Samenvatting.....	3
Inhoudsopgave .....	4
Voorwoord .....	5
Inleiding .....	6
1.1 Reuma.....	6
1.2 Adaptatie .....	6
1.3Assimilatie en Accommodatie .....	7
1.4 Disengagement en Reengagement .....	9
1.5 Self-Efficacy .....	11
1.6 Hypothesen .....	13
Methode .....	15
2.1 Participanten& Werving .....	15
2.2 Instrumenten en metingen .....	15
2.3 Analyseplan .....	18
Resultaten .....	20
Discussie .....	38
Referenties .....	44
Bijlage: Vragenlijst Universiteit Twente & polikliniek Reumatologie.....	47

## Voorwoord

Dit onderzoek gaat over vooraf gestelde doelen en de verschillende pogingen deze te realiseren. Het verslag dat u voor zich hebt is de realisatie van één van mijn doelen; de afronding van de bacheloropleiding psychologie aan de Universiteit Twente. Ik ben in dit proces geholpen door een aantal mensen die ik hier graag wil bedanken.

Als eerste zou ik graag mijn begeleiders Dr. Christina Bode en Roos Arends bedanken. Hun kritische kijk op het onderzoek hebben mij geholpen om alles goed te blijven overdenken. Ik heb veel gehad aan hun feedback en adviezen.

Naast mijn begeleiders zou ik ook nog graag mensen in mijn directe omgeving willen bedanken, in het bijzonder mijn ouders voor de mogelijkheid om te kunnen studeren. Tenslotte wil ik me ook voor de hulp, steun, en het interesse van mijn zus in mijn onderzoek bedanken.

Britta Semlianoi

# Inleiding

## 1.1 Reuma

Onder de definitie “reuma” vallen meer dan 200 aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat die niet worden veroorzaakt door een ongeluk of een blessure. De chronische vormen worden in 3 hoofdgroepen ingedeeld: ontstekingsreuma (chronische gewrichtsontstekingen, ook “arthritis” genoemd), artrose (slijtagereuma van gewrichtskraakbeen) en wekedelenreuma (problemen met spieren, pezen en aanhechtingsbanden, zoals bij bursitis, tendinitis en fibromyalgie; Zakwoordenboek der Geneeskunde). “Ruim 2.3 miljoen Nederlanders hebben te maken met reumatische ziektes”, waarvan ongeveer 800.000 aan ontstekingsreuma, 1.2 miljoen aan artrose en 460.000 aan wekedelenreuma lijden ([www.dokterdokter.nl](http://www.dokterdokter.nl)). De meeste reuma-aandoeningen kennen een grillig verloop, waarbij actieve door rustige ziekteperiodes worden afgewisseld. Stijfheid, pijn in de gewrichten en problemen met het bewegen zijn veel voorkomende klachten (Zakwoordenboek der Geneeskunde).

## 1.2 Adaptatie

Naast de kenmerkende symptomen als pijn en stijfheid in de gewrichten zijn er ook nog een aantal andere beperkingen en problemen die reumapatiënten bijna dagelijks moeten ervaren. Taal, Rasker, Seydel en Wiegman (1993) hebben hierna onderzoek gedaan. Door reumapatiënten vaak genoemde problemen zijn het niet kunnen uitvoeren van bepaalde dingen, zich afhankelijk voelen, pijn, beperkingen in de mobiliteit, vermoeidheid, onbegrip en moeite met het accepteren van hun ziekte (Taal, Rasker, et. al, 1993). Gezien het grillige verloop van de ziekte zijn patiënten vaak ook onzeker over het toekomstige verloop van de ziekte (Taal, Rasker, et. al, 1993). Ze voelen zich vaak eenzaam, niet begrepen door familieleden en verliezen veel sociale contacten (Taal, Rasker, et. al, 1993). Verder hebben ze vaak het gevoel dat ze de controle over hun eigen leven kwijt zijn en hun plannen voor de toekomst uit elkaar vallen (Taal, Rasker, et. al, 1993). Ook een verminderd gevoel van zelfwaardering met daarbij angstige of depressieve gevoelens werden door de patiënten herkend (Taal, Rasker, et. al, 1993).

Gezien deze ervaren beperkingen, twijfels en onzekerheden is het niet verbazingwekkend dat er ook een hoge comorbiditeit bestaat met diverse psychische stoornissen (Kessler, Ormel, Demler, et. al, 2003; Stang, et. al, 2006; van 't Land, et. al, 2010). Volgens Stang et. al (2006) lijden 24,3 % van de onderzochte artritispatiënten aan minstens één mentale stoornis of aan misbruik van psychoactieve middelen. Vaak voorkomende, comorbide diagnoses zijn posttraumatische stressstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, fobieën, dysthymia, depressie en bipolaire stoornis 1 en 2 (Stang et. al, 2006; Kessler et. al, 2003). In de Nederlandse populatie werd gevonden dat patiënten met artritis een significant hoger risico lopen om een angst- of stemmingsstoornis te ontwikkelen in vergelijking met de normale populatie (van 't Land et. al, 2010). Vooral dysthymie, eenvoudige fobie en obsessief-compulsieve stoornis komen veel voor (van 't Land et. al, 2010). Naast een minder goede gezondheid heeft dit ook een groot effect op onder andere het werk: Mensen met zowel artritis als een comorbide stoornis geven aan gemiddeld 2.5 van de 30 afgelopen werkdagen te hebben verloren (Kessler et. al, 2003).

Door de beschreven beperkingen en de hoge comorbiditeit met mentale stoornissen (Kessler, Ormel, Demler, et. Al, 2003; Stang, et. Al, 2006) wordt duidelijk dat de omgang met reuma nog vaak moeilijk verloopt. Artritispatiënten ervaren schijnbaar veel moeilijkheden bij de aanpassing van hun leven aan hun aandoening. De lichamelijke of psychische aanpassing aan gewijzigde omstandigheden wordt ook wel “Adaptatie” genoemd (Zakwoordenboek der Geneeskunde). Wanneer mensen hierin falen wordt dit met “Maladaptatie” aangeduid. Gezien de vaak voorkomende maladaptatie bij reumapatiënten is het zeker van belang om te onderzoeken wat er kan worden gedaan om de positieve adaptatie te verhogen en maladaptatie te voorkomen.

Aangezien er geen precieze definitie bestaat van de psychische adaptatie wordt deze nog wel verschillend geïnterpreteerd en geoperationaliseerd in onderzoeken. Voorbeelden hiervan zijn optimisme, tevredenheid, subjectief welbevinden (Brandtstädter & Rothermund, 2002), emotioneel welbevinden en het ervaren van doelen in het leven (Wrosch, Scheier, Miller, Schulz & Carver, 2003). Bovendien speelt soms ook het participeren aan sociale activiteiten, dagelijkse activiteiten en het kunnen uitvoeren van huishoudelijke taken een rol (Taal, Rasker, et. Al, 1993; Taal, Riemsma, et. Al, 1993; Somers et al, 2010). Ook wordt naast de positieve adaptatie vaak het gebrek van adaptatie gemeten aan de hand van depressieve symptomen (Boerner, 2004; Garnefski, Grol, Kraaij & Hamming, 2009; Schmitz, Saile & Nilges, 1996; Smarr et. Al, 1997; Taal, Rasker et. Al 1993; Taal, Riemsma, et. Al 1993; Brandtstädter & Rothermund, 2002; Wrosch, Miller, Scheier & Brun de Pontet, 2007), angst (Taal, Rasker, et. Al , 1993) waargenomen stress (Wrosch et. Al, 2007) en sociale dysfuncties (Boerner, 2004).

In dit onderzoek wordt maladaptatie gekenmerkt door depressieve gevoelens en angst omdat vooral diverse angst- en stemmingsstoornissen vaak voorkomen bij patiënten met reuma (Stang et. al, 2006; Kessler et. al, 2003).

Een goede aanpassing is echter meer dan alleen het voorkomen van maladaptatie. Een goede aanpassing betekent ook dat men gelukkig is, een doel in zijn leven ervaart, actief blijft participeren en het leven positief blijft zien. Daarom wordt positieve adaptatie hier door de aanwezigheid van positief affect, een actieve participatie aan dagelijkse activiteiten binnen de domeinen van familierol, autonomie buitenshuis, sociale relaties, werk en opleiding, en het ervaren van een doel in het leven omschreven.

### *1.3 Assimilatie en Accommodatie*

Gezien het onzekere verloop van de ziekte en de fysieke beperkingen ervaren reumapatiënten waarschijnlijk vaak moeilijkheden en hindernissen bij het realiseren van hun doelen en wensen. Mensen die voor dergelijke uitdagingen staan kunnen een aantal strategieën hanteren om daarmee om te gaan. Brandtstädter en Rothermund (2002) hebben een model opgesteld met twee verschillende doelmanagement-strategieën die beide tot doel hebben om de discrepantie tussen de gewenste en daadwerkelijke levenssituatie te verkleinen. Met de zogenoemde “*assimilatieve strategie*” blijft iemand aan zijn of haar doel vast houden en probeert door een grotere inspanning en het mobiliseren van hulpmiddelen de gegeven problemen actief op te lossen (Brandtstädter & Rothermund, 2002). De actuele situatie wordt in die zin dus aangepast aan de doelen (Brandtstädter & Rothermund, 2002). De cognitieve focus ligt dan ook compleet op het doel en daaraan gerelateerde plannen om dit ook te realiseren (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Externe stimuli

die van het doel zouden kunnen afleiden worden vermeden en niet meer waargenomen (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Een voorbeeld van assimilatie bij reumapatiënten zou het gebruik van een rollator kunnen zijn bij beperkingen in de mobiliteit om zo toch nog zelf te kunnen lopen en bijvoorbeeld te gaan winkelen. Echter, door sommige beperkingen, bijvoorbeeld qua tijd, sociale steun en gezondheid, kan het steeds moeilijker worden om een bepaald doel te realiseren (Brandtstädter & Rothermund, 2002). In dit geval kan het blijven vasthouden aan een niet haalbaar doel tot frustraties en stress leiden (Brandtstädter & Rothermund, 2002).

Deze situatie kan vaak een aanleiding zijn voor de overgang naar "*accommodatie*" (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Hierbij wordt zowel de focus op, als het belang van het betreffende doel verminderd (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Dit zorgt ervoor dat de aandacht weer wordt verbreed en de voorheen vermeden externe stimuli nu wel worden waargenomen (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Door de nieuwe, open houding en brede aandacht kunnen nieuwe doelen worden gevonden (Brandtstädter & Rothermund, 2002). De oorspronkelijk negatieve situatie wordt dan ook weer positief geïnterpreteerd (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Door de accommodatie worden dus de doelen aan de beperkingen aangepast (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Wanneer een patiënt bijvoorbeeld vroeger altijd graag in de bergen op vakantie ging zou een gedachte aan de ermee gerelateerde vermoeidheid ertoe kunnen leiden dat deze patiënt nu naar de zee gaat om daar te ontspannen.

Maar ook bij het gebruik van accommodatie kunnen problemen optreden, namelijk wanneer deze te vroeg wordt gebruikt (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Wanneer iemand zijn capaciteiten of de situatie bijvoorbeeld niet goed kan inschatten kan dit ertoe leiden dat iemand zijn doelen te snel opgeeft. Dit kan volgens Brandtstädter en Rothermund (2002) tot problemen in de persoonlijke ontwikkeling leiden. Depressieve of angstige gevoelens zouden daarbij waarschijnlijk niet optreden omdat een open en optimistische houding ten opzichte van de situatie inherent zijn aan accommodatie (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Wanneer een doel echter niet haalbaar is en de overgang tot accommodatie vindt niet plaats (de persoon blijft dus de assimilatieve strategie gebruiken) zou dat wel met depressie en angst kunnen samenhangen. Daarom wordt alleen het effect van assimilatie op depressie en angst onderzocht. Er wordt wel gecontroleerd of de aanname dat accommodatie negatief samenhangt met depressie en angst juist is.

Er bestaat tegenwoordig ook al een aantal onderzoeken die de effecten van het gebruik van de doelmanagement strategieën hebben bestudeerd. Zo worden zowel assimilatie als accommodatie geassocieerd met een betere mentale gezondheid (Boerner, 2004), minder depressieve symptomen, optimisme, tevredenheid en subjectief welbevinden (Brandtstädter & Renner, 1990). Echter, de positieve effecten van assimilatie werden alleen binnen de normale populatie (Brandtstädter & Renner, 1990) en bij mensen met gezichtsverlies (Boerner, 2004) gevonden. Schmitz, Saile en Nilges (1996) hebben ook een positief effect van accommodatie op depressieve symptomen bij mensen met chronische pijn gevonden, maar niet van assimilatie.

Aangezien reumapatiënten een aantal fysieke beperkingen ervaren is het waarschijnlijk eerder lastig om de situatie aan de doelen aan te passen. Het blijven vast houden aan een onrealistisch doel zal dan waarschijnlijk eerder tot frustraties leiden dan een goede adaptatie. Het loslaten van een onrealistisch doel, een open vizier voor nieuwe mogelijkheden en het positieve herinterpreteren van de situatie zou deze frustraties kunnen voorkomen. Deze aannames worden in dit onderzoek gecontroleerd met de volgende eerste onderzoeksvraag voor dit onderzoek: "Welk effect hebben



accommodatie en assimilatie op a) positief affect, purpose in life en participatie (adaptatiematen) en b) hoe hangen accommodatie en assimilatie samen met depressie en angst (maladaptatie)?” Ook kunnen door accommodatie nieuwe doelen en een nieuwe richting in het leven worden gevonden en de patiënten kunnen mogelijkheden vinden om te participeren. Er werd dan ook in eerder onderzoek gevonden dat vooral mensen die chronisch ziek zijn meer baat hebben bij de accommodatieve strategie dan de assimilatieve strategie (Boerner, 2004; Schmitz, Saile & Nilges, 1996). In dit onderzoek wordt daarom verondersteld dat accommodatie samenhangt met meer positief affect, het ervaren van een doel en een richting in het leven en tevredenheid met participatie (H1).

#### *1.4 Disengagement en Reengagement*

Ook Wrosch et. al (2003) hebben twee verschillende coping strategieën voorgesteld: Disengagement en Re-engagement. De uitgangssituatie is bij dit model echter heel anders dan bij het model van Brandtstädter en Rothermund: In het model van Wrosch et al (2003) gaat het erom hoe mensen reageren wanneer ze met een niet (meer) haalbaar doel worden geconfronteerd. Brandtstädter en Rothermund (2002) meten eerder de dispositionele neiging tot een bepaalde strategie wanneer mensen met hindernissen worden geconfronteerd. Het doel kan bij Brandtstädter en Rothermund (2002) dus nog wel haalbaar zijn.

Er zijn echter verschillende factoren die een doel onhaalbaar kunnen maken (Wrosch et al, 2003). Zo spelen vooral biologische, normatieve en sociostructurele factoren een belangrijke rol bij het ouder worden (Wrosch et al, 2003). Maar ook negatieve gebeurtenissen en de selectieve investering van persoonlijke middelen kunnen andere doelen onhaalbaar maken (Wrosch et al, 2003). Er zijn ook bepaalde sequenties in de ontwikkeling die ertoe leiden dat men sommige doelen moet opgeven (Wrosch et al, 2003), bijvoorbeeld als men begint te werken en daarvoor sommige hobby's moet opofferen. Ook bij reumapatiënten is er waarschijnlijk sprake van niet meer haalbare doelen omdat ze beperkt in hun mobiliteit zijn en zelf aangeven dat ze niet meer alles kunnen doen en zich vaak afhankelijk voelen (Taal, Rasker, et. al, 1993).

Een ander verschil tussen de modellen is dat Brandtstädter en Rothermund (2002) meer de focus op waarnemingen en gedachten leggen, terwijl Wrosch et. al (2003) eerder het daadwerkelijke gedrag in kaart willen brengen. Verder is er bij Brandtstädter en Rothermund (2002) alleen sprake van een open houding en aandacht voor nieuwe mogelijkheden, terwijl Wrosch et. al (2003) door middel van de strategie “re-engagement” ook het belang op het vinden, betekenis geven aan en vervolgen van een echte, nieuwe doel leggen.

De strategieën disengagement en re-engagement kunnen verder tegelijkertijd, maar ook onafhankelijk van elkaar worden gebruikt (Wrosch et. al, 2003). Bij “disengagement” wordt de betrokkenheid bij het onhaalbare doel samen met de inspanningen ervoor terug getrokken (Wrosch et. al, 2003). Het doel wordt als “niet meer belangrijk” gedefinieerd en er treedt een aanpassing aan deze situatie op (Wrosch et. al, 2003). Hierdoor komen nieuwe middelen vrij en verdere ervaringen van falen worden voorkomen (Wrosch et. al, 2003). Bij “re-engagement” worden alternatieve doelen geïdentificeerd, gewaardeerd en bijbehorende handelingen worden geïnitieerd om het doel te realiseren (Wrosch et. al, 2003). Hierdoor wordt voorkomen dat de persoon een doelloos leven ervaart (Wrosch et. al, 2003). Wanneer het andere, onhaalbare doel nog niet werd opgegeven kan het ook voor de daarmee verbonden negatieve ervaringen compenseren (Wrosch et. al, 2003).

Er werd ook onderzoek gedaan met de twee strategieën van Wrosch et. al (2003). Beide strategieën hangen samen met minder waargenomen stress bij studenten (Wrosch et. al, 2003 en 2007) minder piekeren bij studenten (Wrosch et. al, 2003) en minder depressieve symptomen bij patiënten met peripheral arterial disease (Garnefski et. al, 2009) en bij ouderen die een kind hebben dat met kanker gediagnosticeerd is (Wrosch et. al, 2003). Wrosch et. al (2007) vonden daarentegen dat alleen disengagement met minder depressieve symptomen samenhangt. Verder werd een samenhang tussen disengagement en minder cortisol secretie over de dag bij gezonde volwassenen uit Missouri, minder emotioneel overstuurd raken bij studenten (Wrosch et. al, 2007) en een gevoel van zelfcontrole bij studenten (Wrosch et. al, 2003) gevonden.

Re-engagement hangt volgens Wrosch et. al (2003) positief samen met het ervaren van een zinvol leven. Het is opvallend dat re-engagement vooral vaak als compenserende factor optreedt. Neter, Litvak en Miller (2009) vonden bijvoorbeeld dat de positieve relatie tussen disengagement en depressie gecompenseerd wordt door een hoge score op re-engagement. Ze vonden ook dat patiënten met multipole sclerose het minst depressief waren wanneer ze op beide strategieën laag scoorden. Wrosch et. al (2007) vonden dat een lage score op disengagement bij studenten juist met een daling in tevredenheid samenhangt, maar een hoge score op re-engagement dit kan tegen gaan. Dezelfde interactie werd ook gevonden bij zelfbeheersing en waargenomen stress bij studenten (Wrosch et. al, 2003).

Alhoewel mensen met reumatoïde artritis zeker ook problemen ervaren met de vervulling van een aantal wensen en doelen is er bij deze populatie nog maar weinig onderzoek verricht naar de werking van disengagement en re-engagement. Lovink (2007) heeft hierover wel een kwalitatief onderzoek gedaan. Zij heeft gevonden dat patiënten die hun doelen in meer dan 5 verschillende domeinen hebben moeten opgeven minder tevreden zijn. Ook heeft zij gevonden dat jongere vrouwen meer bedreigde doelen ervaren en daarom zowel hun doelen lager stellen als op zoek naar nieuwe doelen gaan. Ze heeft geen verschil in het subjectieve welbevinden gevonden tussen patiënten die wel een compenserend doel hebben en patiënten die dat niet hebben. Maar Lovink (2007) geeft in haar scriptie ook aan dat men op basis van een kwalitatief onderzoek met eerder weinig respondenten niet echt conclusies hierover kan trekken. Ze onderstreept dan ook het belang van kwantitatief onderzoek.

Ook lijken de onderzoeksresultaten naar het effect van disengagement nog redelijk inconsistent te zijn: Sommigen rapporteren bijvoorbeeld een vermindering van depressieve symptomen door disengagement (Wrosch et. al, 2003 en 2007), terwijl anderen geen significant effect van disengagement op depressie hebben gevonden (Garnefski et. al, 2009). Hierover bestaan dus nog veel onzekerheden. Daarom luidt de tweede onderzoeksvraag: "Hoe hangen disengagement en re-engagement samen met a) positief affect, purpose in life en participatie (= adaptatiematen) en b) depressie en angst (= maladaptatie)?"

Aangezien patiënten met reumatoïde artritis lijden aan een aantal functionele beperkingen, pijn en afhankelijkheid (Taal, Rasker et. al, 1993) en deze chronisch van aard zijn komt het waarschijnlijk vaker voor dat een bepaald doel niet haalbaar is. Wanneer een patiënt het doel echter niet los kan laten zal dit waarschijnlijk, net als de assimilatieve strategie, tot frustraties leiden. Het opgeven van bepaalde doelen (disengagement) en investeren in nieuwe doelen (re-engagement) zal daarentegen leiden tot meer tevredenheid aangezien de patiënten het leven weer als zinvol ervaren. Het zou wel tot problemen kunnen leiden wanneer de patiënten hun doel opgeven maar geen alternatief vinden

omdat de patiënten dit misschien toe schrijven aan hun ziekte en zich hulpeloos voelen. Dit werd bijvoorbeeld ook gevonden door Wrosch et. al (2003) en Neter et. al (2009). Met de derde onderzoeksvraag wordt nagegaan of er ook in onze steekproef sprake is van moderatoreffecten: “Modereert re engagement de relatie tussen disengagement en a) positief affect, purpose in life en participatie (= adaptatiematen) en b) depressie en angst (= maladaptatie)?” De hieraan gekoppelde veronderstellingen zijn dat a) reumapatiënten die zowel re-engagement als disengagement gebruiken meer positief affect en een richting in hun leven zullen ervaren en blijven participeren (H3) en b) reumapatiënten die hun doel loslaten maar geen alternatief vinden depressieve of angstige gevoelens zullen ervaren (H4).

### *1.5 Self-Efficacy*

Self-efficacy gaat erover in hoe verre iemand denkt in staat te zijn de voor toekomstige situaties benodigde acties uit te voeren (Bandura, 1982). Self-efficacy is onder andere een goede voorspeller van gedrag omdat afwegingen over de eigen vermogens de keuze van het gedrag en de mate van inspanningen hiervoor beïnvloeden (Bandura, 1977).

Ook voor patiënten met reuma is self-efficacy van groot belang. Aangezien een genezing niet mogelijk is, staat het verminderen van pijn, het voorkomen van afbraak in het gewricht en het behouden of verbeteren van het functioneren van de patiënt centraal in de behandeling (Taal, Rasker, Wiegman, 1996). De behandeling bestaat daarom vaak uit een combinatie van rust, beweging en medicatie die door de patiënt zelfstandig moet worden aangepast aan het soms dagelijks veranderende ziekteverloop (Taal, Rasker, Wiegman, 1996). Patiënten moeten zelf leren om dagelijks met hun pijn en andere, ziekte-gerelateerde symptomen om te gaan (Taal, Rasker, Wiegman, 1996). Aangezien self efficacy als een belangrijke determinant van gedrag wordt gezien is het daarom volgens Taal, Rasker en Wiegman (1996) van bijzonder belang om de self efficacy voor pijn en andere symptomen dan pijn van reumapatiënten te verhogen zodat zij de behandeling blijven aanpassen en actief aan de behandeling bijdragen. Zo stellen Taal, Rasker en Wiegman (1996) ook dat het verhogen van self efficacy op deze twee domeinen centraal zou moeten staan binnen de patiëntenvoorlichting voor reumapatiënten.

Er zijn ook een aantal onderzoeken die de effecten van “arthritis self efficacy” bij reumapatiënten hebben onderzocht. “Arthritis self efficacy” bestaat uit de self efficacy op drie domeinen: pijn, andere symptomen dan pijn en het verrichten van functionele taken. Het effect van deze domeinen wordt soms apart beschouwd en soms als één variabele bekeken, namelijk de “totale arthritis self efficacy”. De totale arthritis self-efficacy hangt bijvoorbeeld samen met minder depressieve symptomen (Smarr et. al, 1997; Taal, Rasker et. al, 1993) minder hulpeloosheid (Smarr et. al, 1997), en minder angst (Taal, Rasker et. al, 1993). Ook hangt self-efficacy positief samen met een aantal fysieke aspecten, zoals pijn (Smarr et. al, 1997; Taal, Rasker et. al, 1993), en fysieke functies (Smarr et. al, 1997) als mobiliteit, zelfverzorging en huishoudelijke activiteiten (Taal, Rasker et. al, 1993). Somers et. al (2010) hebben daarnaast gevonden dat self efficacy voor pijn samenhangt met minder pijn; en self efficacy voor andere symptomen dan pijn samenhangt met een beter affectief en sociaal functioneren. Lowe et. al (2008) hebben aangetoond dat een lage self-efficacy met betrekking tot het omgaan met andere symptomen dan pijn samenhangt met meer angst en depressie. Holman en Lorig (2004) vonden dat de positieve effecten van het “Arthritis Self-Management Program” op pijn en ziekenhuisopnames, en de effecten van het “Group visits program” op tevredenheid,

ziekenhuisopnames en minder verlies in het kunnen uitvoeren van dagelijkse activiteiten vooral samenhangen met een toename in self-efficacy. Verder hebben Taal, Rasker, et. al (1993) gevonden dat self-efficacy een belangrijke determinant is voor het volgen van adviezen en aanbevelingen van de arts. Ook in dit onderzoek zullen we ons bezig houden met de vraag “in hoeverre hangt self efficacy voor pijn en self efficacy voor andere symptomen dan pijn samen met adaptatie en maladaptatie?” en er zal worden gecontroleerd of de gevonden resultaten in andere, eerdere onderzoeken in dit onderzoek kunnen worden geverifieerd. Self efficacy met betrekking tot het uitvoeren van functionele taken werd in dit onderzoek weg gelaten omdat volgens Taal, Rasker en Wiegman (1996) vooral de omgang met de symptomen centraal staat bij de self-management van reumapatiënten.

Self-efficacy wordt ook als één van de factoren door Brandtstädter en Rothermund (2002) beschreven die kunnen beïnvloeden wanneer welke strategie wordt gehanteerd. Daarom luidt de volgende onderzoeksvraag “Heeft self efficacy voor pijn en self efficacy voor andere symptomen dan pijn invloed op het gebruik van de strategieën accommodatie, assimilatie, disengagement en re engagement?”. Self-efficacy speelt vooral een rol bij de subjectieve haalbaarheid van een doel (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Bandura (1982) stelt ook dat mensen met een hoge self-efficacy meer moeite zullen doen wanneer ze met problemen geconfronteerd worden. Ook Brandtstädter en Rothermund (2002) verwachten dat mensen met een hoge self-efficacy en gevoelens van controle ertoe neigen om aan hun doelen vast te houden en zich meer zullen inspannen om dit te bereiken. In de context van de doelmanagementstrategieën betekent dit dat mensen met een hogere self-efficacy voor pijn en/of andere symptomen dan pijn geneigd zullen zijn de assimilatieve strategie te gebruiken (H6) en de accommodatieve strategie buiten beschouwing zullen laten (H7) (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Ook zullen patiënten die menen met hun pijn en vermoeidheid adequaat te kunnen omgaan niet snel geneigd zijn hun doelen los te laten (H8) en op zoek naar een alternatief gaan (H9) omdat zij ervan overtuigd zijn dat dit niet nodig is.

Lowe et. al (2008) hebben ook het effect van self-efficacy op de relaties tussen verschillende coping strategieën en angst en depressie bij reumapatiënten bestudeerd. Hierbij werden meerdere moderator effecten gevonden. Er werd bijvoorbeeld alleen minder angst ervaren bij het verminderen van de “avoidance” coping wanneer self-efficacy voor andere symptomen hoog was. Een hoge score op self-efficacy voor pijn was voorwaardelijk voor minder depressie bij het gebruik van “acceptance-resignation” coping. Verder was het afhankelijk van een lage score op self-efficacy voor andere symptomen of de “avoidance” strategie tot minder depressie leidt. En het minder gebruiken van de “acceptance” strategie leidde alleen tot minder depressie wanneer self-efficacy voor andere symptomen hoog was.

Self efficacy voor pijn en self efficacy voor andere symptomen dan pijn lijken dus een modererende rol te kunnen spelen bij het effect van coping-strategieën. Er werd nog geen onderzoek gedaan naar een modererend effect van self efficacy voor pijn en andere symptomen dan pijn op assimilatie, accommodatie, disengagement en re engagement en maladaptatie. Ook werd geen onderzoek gedaan of er ook een modererend effect optreedt bij de relatie tussen de strategieën en de positieve adaptatie. In dit onderzoek werd de focus gelegd op een mogelijke interactie-effect tussen assimilatie en self efficacy. Assimilatie kan volgens Brandtstädter en Rothermund (2002) zowel goede als slechte consequenties voor het subjectief welbevinden hebben. Wanneer mensen te lang aan doelen vasthouden kan dit onder andere tot frustraties en depressie leiden (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Aan de andere kant werden ook positieve effecten van assimilatie gevonden

(Boerner, 2004; Brandtstädter & Renner, 1990). Het effect van assimilatie lijkt afhankelijk te zijn van verschillende omstandigheden. Self efficacy voor pijn en self efficacy voor andere symptomen zouden hierbij een rol kunnen spelen. Wanneer de subjectief ervaren controle over de pijn en andere symptomen laag is, zou dat kunnen betekenen dat het doel niet meer of alleen moeilijk haalbaar is voor de patiënt. Wanneer iemand onder deze omstandigheden de assimilatieve strategie blijft toepassen zou dit kunnen betekenen dat iemand niet in staat is om over te stappen naar accommodatie. De persoon schijnt zich immers ervan bewust te zijn dat het doel alleen moeilijk bereikbaar is maar blijft assimileren. Wanneer de subjectief ervaren controle echter hoog is zou dat kunnen betekenen dat het doel nog wel haalbaar is. In dit geval kan de toepassing van assimilatie weer voordelig zijn.

Daarom luiden de zesde onderzoeksvraag en de bijbehorende hypothesen als volgt: “Modereert self efficacy de relatie tussen assimilatie en a) adaptatie en b) maladaptatie?” , “Assimilatie hangt positief samen met adaptatie wanneer self efficacy voor pijn en/of voor andere symptomen dan pijn hoog is”(H2). Wanneer patiënten echter aan hun doelen blijven vasthouden terwijl ze niet denken dat ze hun pijn en vermoeidheid onder controle hebben zou dit tot angst en depressie kunnen leiden (H4).

## 1.6 Hypothesen

De genoemde onderzoeksvragen zijn ter controle van al eerder gevonden resultaten of ter controle van bepaalde aannames. In dit onderzoek staan vooral de volgende hypothesen centraal:

H1: Accommodatie hangt samen met meer positief affect, het ervaren van een richting en doel in het leven en tevredenheid met betrekking tot participatie (Adaptatie).

H2: Assimilatie hangt samen met meer positief affect, het ervaren van een richting en doel in het leven en tevredenheid met betrekking tot participatie (Adaptatie), wanneer self efficacy voor a) pijn en/of b) andere symptomen dan pijn hoog is.

H3: Patiënten met zowel een hoge disengagement als een hoge re-engagement zullen hoog scoren op positief affect en purpose in life en laag scoren op participatie (adaptatie).

H4: Patiënten die hun doelen opgeven (hoge disengagement) maar geen alternatief vinden (lage re-engagement) zullen meer depressie en angst ervaren (Maladaptatie)

H5: Assimilatie leidt tot depressie en angst (Maladaptatie) wanneer self efficacy voor a) pijn en/of b) andere symptomen dan pijn laag is.

H6: Patiënten die hoog scoren op Self-efficacy voor a) pijn en/of b) andere symptomen dan pijn leidt tot het gebruik van de assimilatieve strategie.

H7: Patiënten die hoog scoren op Self-efficacy voor a) pijn en/of b) andere symptomen dan pijn zullen de accommodatieve strategie minder gebruiken.

H8: Patiënten die hoog scoren op Self-efficacy voor a) pijn en/of b) andere symptomen dan pijn zullen minder disengagement gebruiken.

H9: Patiënten die hoog scoren op Self-efficacy voor a) pijn en/of b) andere symptomen dan pijn zullen minder re-engagement gebruiken.

## Methode

### 2.1 Participanten & Werving

In totaal werden 500 patiënten random geselecteerd uit de afdeling polikliniek reumatologie uit het ziekenhuis. Om mee te kunnen doen aan dit onderzoek gelden volgende inclusiecriteria: De patiënt moet een vorm van polyartritis hebben, 18 jaar of ouder zijn, de Nederlandse taal voldoende beheersen en in behandeling zijn voor polyartritis. De behandelende arts heeft vervolgens contact opgenomen met de patiënten die aan deze criteria voldeden. De exclusiecriteria waren: een te lage IQ, ernstige comorbiditeit, niet meer in behandeling zijn, niet voldoende beheersing van de Nederlandse taal en andere redenen waarom de patiënt niet in staat was om de vragenlijst in te vullen.

De overige 400 patiënten die aan alle criteria voldeden kregen een brief samen met de vragenlijst (voor de volledige vragenlijst, zie Bijlage) en het Informed Consent van hun reumatoloog. Het aantal patiënten die de vragenlijsten en het Informed Consent formulier volledig hebben ingevuld tot het begin van dit onderzoek is 199. De response rate tot Mei 2011 in ons onderzoek is dus 39.8 %.

Onder de 199 proefpersonen waren 70 (35.2 %) mannen en 129 (64.8%) vrouwen. De proefpersonen zijn gemiddeld 62 jaar oud ( $M=62.19$ ,  $SD=13.5$ ). Van de 196 patiënten die hun burgerlijke staat hebben aangegeven, zijn 7 (3.5%) ongehuwd en niet samenwonend, 14 ongehuwd maar samenwonend (7%), 133 (66.8%) gehuwd, 28 (14.1%) weduwe of weduwnaar en 14 (7%) gescheiden. Vier (2%) proefpersonen hebben geen, 12(6%) het basisonderwijs, 66 (33.2%) het lager beroepsonderwijs, 38 (19.1%) MAVO, 36 (18.1 %) het middelbare beroepsonderwijs, 8 (4%) de 5-jarige HBS, HAVO, etc., 25 (12.6 %) het hoger beroepsonderwijs en 6 (3%) het wetenschappelijk onderwijs aan een universiteit als hoogst voltooide opleiding aangegeven. Bij de huidige (werk)situatie hebben 32 (16.1%) een full time baan, 25 (12.6%) een parttime baan, 31 (15.6%) huishouden, 6 (3%) werkloosheid, 23 (11.6%) arbeidsongeschiktheid en 80 (40.2%) pensioen aangegeven.

De patiënten lijden gemiddeld sinds 14,5 jaar aan reuma ( $M= 14.47$ ,  $SD= 12.69$ ).

### 2.2 Instrumenten en metingen

#### 2.2.1 Demografische gegevens

Per persoon worden de volgende demografische gegevens gevraagd: Geslacht, burgerlijke staat, hoogst genoten opleiding, huidige werksituatie, de vorm van reuma en het jaar sindsdien de patiënt aan reuma lijdt.

#### 2.2.2 Positieve Adaptatie

Adaptatie wordt gemeten met behulp van drie instrumenten: De "Positive Affect and Negative Affect Scale" (PANAS) van Watson, Clark en Tellegen (1988), vertaald door Peeters, Ponds en Vermeeren (1996); de "Purpose in Life Scale" van Ryff (1989), vertaald door de Dutch Aging Survey en de

“Impact on Participation and Autonomy Questionnaire” (IPA) door Cardol, de Haan, van den Bos, de Jong en de Groot (1999).

#### 2.2.2.1 positief affect

De PANAS heeft normaal 20 items, waarvan 10 items het positief affect en de andere 10 items de negatieve affect meten (Watson, Clark & Tellegen, 1988). In dit onderzoek werd alleen gebruikt gemaakt van de schaal “positief affect” omdat het negatieve affect al degelijk met de HADS wordt gemeten. De respondenten geven op een Likert schaal van “nauwelijks of helemaal niet” tot “in sterke mate” aan in hoeverre zij de verschillende positieve aspecten hebben ervaren in de afgelopen week. Voorbeelden hiervan zijn “enthousiast” en “actief”. De Cronbach’s Alpha voor de positief affect schaal is .92.

#### 2.2.2.2 purpose in life

De “Purpose in Life Scale” meet één van de zes dimensies van de schaal over het psychologisch welbevinden van Ryff (1989). De “Purpose in Life Schaal” bevat normaal 20 items, waarvan de helft positief en de andere helft negatief is geformuleerd (Ryff, 1989). Er bestaat ook een kortere versie met alleen 3 items per construct (Ryff & Keyes, 1995). In dit onderzoek werden echter 5 items gebruikt, waarvan maar één item negatief geformuleerd is. Verder hebben wij één item toegevoegd aan de schaal. De 6 items hebben samen een Cronbach’s alpha van .79. In plaats van de originele 6 punten schaal geven de respondenten in dit onderzoek op een 5- punts Likert schaal van “Geheel mee oneens” tot “Geheel mee eens” aan in hoe verre de items hun ervaring van hun leven als geheel weergeven. Een voorbeeld:

“Ik voel dat mijn leven een richting en een doel heeft”

#### 2.2.2.3 participatie aan dagelijkse activiteiten (IPA)

Met behulp van deze schaal wordt de “invloed van een ziekte op participatie en autonomie en de daaraan gerelateerde ervaringen van problemen gemeten” (Cardol, de Jong, van den Bos, Beelen, de Groot, & de Haan, 2002, p. 28). Het voordeel van de IPA in vergelijking met andere schalen is dat deze van oorsprong Nederlandstalig is en restricties meet zoals die door de patiënten worden waargenomen (Cardol, de Haan, et. Al, 1999). De IPA bestaat normaal uit vijf domeinen: autonomie binnenshuis (7 items), familierol (7 items), autonomie buitenshuis (5 items), sociale relaties (6 items) en werk en opleiding (6 items) (Cardol, de Jong, et. Al, 2002). In dit onderzoek werd echter het domein van de autonomie binnenshuis weg gelaten omdat deze erg leek op de HAQ, die in ons onderzoek ook werd afgenomen. Ook werden de items voor de ervaren problemen weg gelaten. Cronbach’s alpha is .90 voor familie, .87 voor sociale contacten, .89 voor werk en .91 voor autonomie. De respondenten kunnen op een 5 punt schaal van “slecht” tot “zeer goed” aangeven in hoeverre zij de beschreven taken kunnen uitvoeren. Een voorbeeld:

“Mijn bijdrage aan de taken in en om het huis zoals ik dat wil, is:”

#### 2.2.3 Maladaptatie

Maladaptatie, of moeilijkheden met de aanpassing aan de situatie, wordt in dit onderzoek met de “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) gemeten.



### 2.2.3.1 Angst en Depressie

De HADS biedt het voordeel dat er geen somatische items zijn. Deze kunnen de interpretatie van een test namelijk bemoeilijken omdat depressieve patiënten en patiënten met reuma vele somatische klachten gemeen hebben, zoals vermoeidheid en het slecht op gang komen s' ochtends (Lowe et. Al, 2008). De HADS scores worden dus niet beïnvloed door lichamelijke ziektes (Zigmond & Snalth, 1983). Door de HADS worden twee factoren gemeten, namelijk depressie en angst. Elke subschaal bevat 7 items. De respondenten kunnen aangeven in hoeverre de stellingen hun gevoelens gedurende de laatste week weergeven. De Cronbach's Alpha voor depressie en angst zijn .83 en .80 respectievelijk. Voorbeelden van de twee subschalen:

"Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot" (item voor depressie)

"Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren" (item voor angst)

### 2.2.4 Assimilatie en Accommodatie

Deze twee strategieën werden gemeten met behulp van Brandtstädter's en Renner's (1990) "Tenacious Goal Pursuit (TGP) and Flexible Goal Adjustment (FGA) Scale", of TenFlex schaal. Voor dit onderzoek werd de Nederlandse versie gebruikt. De schaal bestaat uit 30 items. 15 items meten de assimilatieve strategie, of Tenacious Goal Pursuit (TGP) en 15 items meten de accommodatieve strategie, of Flexible Goal Adjustment (FGA).

Voorbeelden van de TGP schaal zijn: "Ik kan erg halsstarrig zijn in het nastreven van mijn doelen" of "Wanneer ik tegen problemen aanloop, span ik me gewoonlijk meer in".

Voorbeelden van de FGA schaal zijn: "Wanneer ik tegen grote problemen aanloop, zoek ik liever een nieuw doel" of "Over het algemeen ben ik niet erg lang van slag over een gemiste kans".

De respondenten kunnen op een Likert Schaal van "geheel mee oneens" tot "geheel mee eens" aangeven in hoeverre de items op toepassing zijn voor hen. Cronbach's Alpha: .74 en .80 voor assimilatie en accommodatie, respectievelijk.

### 2.2.5 Disengagement en Re-engagement

De tendenties voor disengagement en re-engagement werden door de "Goal Adjustment Scale" (GAS) van Wrosch et. al (2003) gemeten. In tegenstelling tot de verschillende situaties die Wrosch et. al (2003) hebben gebruikt werden in dit onderzoek de tendenties voor disengagement en re-engagement alleen voor één situatie getest, namelijk "als ik zou moeten stoppen met het nastreven van een belangrijk doel in mijn leven..". De schaal voor disengagement bestaat uit 4 items, waarvan 2 items het loslaten van betrokkenheid en de andere 2 items het terugnemen van inspanningen voor het doel meten ( $\alpha = .56$ ). Een voorbeeld hiervan is:

"... vind ik het makkelijk om dit doel los te laten en er niet meer aan te denken."

De schaal voor re-engagement bestaat uit 6 items, waarvan altijd 2 items het identificeren van een nieuw doel, het betrokken raken met een nieuw doel en het actieve vervolgen van een nieuw doel meten ( $\alpha = .88$ ). Een voorbeeld:

“... ga ik aan andere doelen werken”.

De respondenten kunnen ook hier op een Likert schaal van “geheel mee oneens” tot “geheel mee eens” aangeven in hoeverre zij het eens zijn met deze stellingen.

### 2.2.6 Self-Efficacy

Self-efficacy werd gemeten door de “Arthritis Self-Efficacy Scale” (ASES) van Lorig, Chastain, Ung, Shoor en Holman (1989). Voor dit onderzoek werd de Nederlandse vertaling van Taal et. Al (1993) gebruikt. De schaal bestaat normaal uit 3 factoren met bijbehorende 20 items maar in dit onderzoek werden alleen 2 schalen gebruikt. De drie factoren meten self-efficacy met betrekking tot 1.) Pijn, 2.) Het uitvoeren van normale functies en 3.) Andere symptomen dan pijn. In dit onderzoek werd echter de tweede factor van het uitvoeren van normale functies weg gelaten. Ook hier werd een Likert formaat van “geheel mee oneens” tot “geheel mee eens” gebruikt. Voorbeelden van de items zijn:

“Ik ben tevreden over mijn eigen mogelijkheden om de pijn van mijn reumatische aandoening te beheersen” (Self-efficacy voor pijn,  $\alpha = .82$ )

“Ik ben er zeker over dat ik mijn vermoeidheid kan beheersen” (Self-efficacy voor andere symptomen dan pijn,  $\alpha = .82$ )

## 2.3 Analyseplan

Ten eerste wordt met behulp van spreidingsdiagrammen nagegaan 1.) in hoeverre de relaties tussen de verschillende variabelen lineair en 2.) of er extreme uitschieters zijn. Verder wordt gekeken of de variabelen normaal verdeeld zijn. Aangezien de relaties lineair bleken en er geen sprake was van extreme uitschieters of niet-normaliteit, werd hierna de Pearson correlatie analyse uitgevoerd. Met behulp van deze correlatieanalyse worden onder andere ook de onderzoeksvragen 1b, 2 en 4 getest. Er werd ook gekeken naar het percentage van ontbrekende data per variabele. Hier werden geen extreme afwijkingen gevonden. Voor de behandeling van ontbrekende waarden werd bij de verdere analyses de functie “Exclude cases pairwise” gebruikt. De correlaties tussen de variabelen zijn te vinden in Tabel 1.

Om de hypothesen te testen wordt een hiërarchische regressie analyse uitgevoerd. Hiervoor werd gekozen omdat er sprake is van schaalvariabelen. Verder is het doel van dit onderzoek om adaptie, maladaptatie en het gebruik van de strategieën te voorspellen. Aangezien de steekproef groot genoeg is volgens de formule van Tabachnick en Fidell (2007), er geen aanwijzingen zijn voor multicollinearity (omdat de inter-correlaties tussen de onafhankelijke variabelen onder 0.9 zijn), singularity, extreme uitschieters, scheefheid en niet-normaliteit is de regressieanalyse geschikt voor dit onderzoek.

Het eerste blok bestaat bij alle hiërarchische regressieanalyses uit de sociodemografische gegevens leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleiding, huidige (werk) situatie en duur van de aandoening om hun invloed op de andere variabelen te controleren.

Het tweede blok bevat de variabelen “ervaren pijn in de vorige 7 dagen”, en 3 visueel analoge schalen over de “mate van ervaren vermoeidheid”, het “effect van de vermoeidheid” en hoe goed men met vermoeidheid is omgegaan. Deze dienen eveneens als controlevariabelen.

Het derde blok voor hypothese 1, 2, en 3 ziet er als volgt uit: Het effect van de onafhankelijke variabelen accommodatie (hypothese 1), assimilatie (Onderzoeksvraag 1), Self efficacy voor pijn, Self efficacy voor andere symptomen, disengagement en re-engagement op de afhankelijke variabelen positief affect, purpose in life en participatie – die samen “Adaptatie” vormen - wordt hier getest. Ter voorbereiding van de toetsing van moderatoreffecten worden de betreffende onafhankelijke variabelen ten eerste omgerekend in z scores en dan door vermenigvuldiging samengevoegd als interactieterm. De vier verschillende interactietermen worden vervolgens in het vierde blok toegevoegd: disengagement x re-engagement (Hypothese 3), Assimilatie x Self Efficacy voor pijn, Assimilatie x Self efficacy voor andere symptomen en Assimilatie \* Self-efficacy voor pijn \* Self efficacy voor andere symptomen (samen Hypothese 2). Voor meer details over de methode van de moderatoranalyses zie Miles en Shevlin (2000).

Om hypothese 4 en 5 te testen worden twee hiërarchische regressieanalyses uitgevoerd, de eerste keer met depressie als afhankelijke variabele en de tweede keer met angst als afhankelijke variabele. Blok 1 en 2 bevatten dezelfde variabelen als in de toetsing van de eerste drie hypothesen. Het derde blok bevat echter alleen disengagement, re engagement, assimilatie, Self efficacy voor pijn en self efficacy voor andere symptomen dan pijn. In blok 4 worden de moderatoreffecten toegevoegd: disengagement x re-engagement (Hypothese 4), Assimilatie x Self Efficacy voor pijn, Assimilatie x Self efficacy voor andere symptomen en Assimilatie \* Self-efficacy voor pijn \* Self efficacy voor andere symptomen (Hypothese 5).

Voor de toetsing van alle moderatoreffecten geldt dat wanneer er een significante waarde bij de hiërarchische regressieanalyse kan worden gevonden er een post hoc analyse met een grafiek volgt om de richtingen van het moderatoreffect te bepalen. Hierbij worden de waarden van de onafhankelijke variabelen in tricielen opgedeeld om 3 groepen te vormen: laagscoorders, middenscoorders en hoogscoorders. Wanneer echter geen significante waarde wordt gevonden is een post hoc analyse onnodig en wordt deze dan ook weg gelaten.

Hypothese 6 t/m 9 worden met 4 verschillende hiërarchische regressieanalyses getoetst. De 3 blokken zijn voor alle analyses gelijk: Het eerste blok bevat weer de demografische controlevariabelen, het tweede blok de ziektegerelateerde variabelen en het derde blok bevat self efficacy voor pijn en self efficacy voor andere symptomen dan pijn. De afhankelijke variabelen bij de regressieanalyses voor hypothese 6 t/m 9 zijn assimilatie, accommodatie, disengagement en re engagement, respectievelijk.

## Resultaten

In tabel 1 staan de resultaten van de Pearson correlatieanalyse vermeld. Hieruit wordt duidelijk dat vooral accommodatie positief samenhangt met positief affect, purpose in life en negatief met alle participatieschalen. Daarnaast hangt ook assimilatie positief samen met zowel positief affect als purpose in life. Re-engagement hangt alleen met purpose in life positief samen. Assimilatie hangt verder negatief samen met alle participatieschalen, behalve dan op het domein familierol. Re-engagement hangt negatief samen met de participatieschaal voor familierol, sociale contacten en autonomie, maar niet met werk. Disengagement toont een negatieve samenhang met de participatieschalen voor familierol en autonomie. De negatieve samenhang met participatie is in dit onderzoek als positief te duiden omdat lage scores op de participatieschalen betekenen dat de respondenten juist geen of weinig beperkingen ervaren in bijvoorbeeld het houden van sociale contacten. Opvallend is dat er geen samenhang werd gevonden tussen disengagement en de adaptatiematen positief affect en purpose in life. Het is ook opvallend dat de ervaren pijn in de vorige 7 dagen, het effect en de mate vermoeidheid sterk negatief met positief affect en purpose in life samenhangen en positief met alle participatieschalen. Er werden ook significante correlaties met werksituatie en de omgang met vermoeidheid gevonden.

Accommodatie hangt daarnaast ook sterk negatief samen met maladaptatie, dus zowel angst als depressie. Ook re-engagement hangt negatief samen met depressie en angst, maar minder sterk. Assimilatie hangt alleen negatief samen met depressie en disengagement hangt alleen negatief samen met angst. Zoals verwacht hangt het ervaren van pijn in de laatste 7 dagen, het effect en de mate vermoeidheid positief samen met zowel depressie als angst. De omgang met vermoeidheid hangt negatief samen met depressie en angst.

Beide self efficacy maten hangen negatief samen met angst, depressie en participatie en positief met zowel positief affect als purpose in life. Self efficacy speelt dus een belangrijke rol bij zowel adaptatie als maladaptatie. Verder wordt duidelijk dat self efficacy voor pijn en self efficacy voor andere symptomen dan pijn sterk positief samenhangen met accommodatie. Bovendien hangt self efficacy voor andere symptomen dan pijn positief samen met assimilatie. Voor disengagement en re-engagement werd daarentegen geen samenhang gevonden met self efficacy.

**Tabel 1a: Gemiddelden, Standaarddeviaties en Pearson correlaties voor demografische variabelen, ziekte-gerelateerde variabelen, doelmanagement en adaptatie.**

Variabelen	M	SD	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1 leeftijd	62.19	13.50	-.04	.22**	-.28**	.60**	.17*	.10	-.02	.02	-.04	.04	.17*	-.09	-.05	.13	-.14	-.31**	.05	.16*	.07	.15	.18*	-.10	-.00
2 geslacht	1.65	.48		.17*	-.01	.03	-.05	.22**	.13	.16*	-.11	.02	-.03	-.04	-.03	-.00	.08	.02	.01	.07	-.13	.05	.10	-.16*	-.19*
3 burgerlijke Staat	3.14	.79			-.02	.18*	.05	.19**	.09	.09	-.02	.10	.12	-.03	.01	-.10	-.01	.05	.06	.12	.02	-.06	.13	-.11	-.07
4 opleiding	4.25	1.65				-.25**	.02	-.19**	-.03	-.11	.09	-.09	-.19**	.13	.09	-.13	.12	.17*	.07	-.15*	-.11	-.02	-.13	.13	.04
5 werk situatie	4.58	2.44					.11	.28**	.14	.19**	-.08	.17*	.35**	-.25**	-.29**	.05	-.16*	-.23**	-.08	.35**	.32**	.17	.32**	-.27**	-.15*
6 ziekte duur	14.47	12.69						.19**	.16*	.18*	.01	.01	.10	.10	-.04	.06	.13	.03	.09	.08	-.04	-.03	.14	-.10	.04
7 pijn	4.04	2.52						.68**	.69**	-.23**	.42**	.43**	-.24**	-.25**	-.02	.00	-.07	-.20**	.52**	.31**	.51**	.49**	-.59**	-.53**	
8 mate vermoeidheid	41.56	26.98							.89**	-.28**	.53**	.53**	-.29**	-.38**	-.10	.06	-.08	-.30**	.54**	.35**	.59**	.57**	-.53**	-.53**	
9 effect vermoeidheid	38.10	29.51									-.37**	.51**	.53**	-.32**	-.34**	-.07	-.00	-.08	-.26**	.56**	.33**	.58**	.57**	-.55**	-.55**
10 omgang vermoeidheid	63.40	27.96										-.24**	-.25**	.14	.18*	.09	.15*	.09	.34**	-.25**	-.15*	-.29**	-.32**	.20**	.30**

Note. N = 199.

\*p < .05. \*\* < .01.

**Tabel 1b: Vervolg Gemiddelden, Standaarddeviaties en Pearson Correlaties.**

Variabelen	M	SD	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
11 Angst	5.19	3.68		.68**	-.45**	-.42**	-.28**	-.20**	-.11	-.47**	.47**	.47**	.55**	.50**	-.36**	-.50**
12 Depressie	4.69	3.52			-.57**	-.64**	-.13	-.25**	-.34**	-.53**	.56**	.53**	.66**	.57**	-.38**	-.50**
13 purpose	22.01	3.75				.59**	.08	.25**	.43**	.47**	-.39**	-.50**	-.45**	-.42**	.29**	.48**
14 positief affect	34.10	6.80					-.00	.13	.42**	.51**	-.40**	-.61**	-.57**	-.48**	.35**	.50**
15 disengagement	11.49	2.32						.27**	-.32**	.25**	-.19**	-.04	-.11	-.18*	.03	.14
16 re-engagement	21.25	3.70							-.04	.26**	-.18*	-.25**	-.19	-.18*	.04	.13
17 Assimilatie	46.85	6.27								.17*	-.13	-.34**	-.28*	-.22**	.11	.21**
18 Accommodatie	51.99	6.89									-.33**	-.41**	-.51**	-.36**	.35**	.40**
19 IPA familie	1.46	.83										.52**	.63**	.75**	-.49**	-.48**
20 IPA sociale	1.07	.54											.59**	.58**	-.31**	-.40**

<b>contacten</b>					
<b>21 IPA werk</b>	1.34	.77	.73**	-.58**	-.56**
<b>22 IPA</b>	1.42	.88		-.56**	-.54**
<b>autonomie</b>					
<b>23 SE pijn</b>	16.05	3.96			.74**
<b>24 SE andere</b>	21.11	3.84			

*Note.* N = 199. SE = Self Efficacy, IPA = Impact on Participation and Autonomy Scale.

In Tabel 2a t/m f staan de tabellen voor de uitgevoerde hiërarchische regressieanalyses die betrekking hebben op Hypothese 1 t/m 3.

De eerste hypothese luidt dat accommodatie samenhangt met meer positief affect, purpose in life en tevredenheid met het participeren aan dagelijkse activiteiten. Accommodatie hangt dan ook inderdaad positief samen met positief affect en purpose in life en negatief met de participatieschalen voor sociale contacten en werk na de controle voor demografische gegevens en reumagerelateerde aspecten.

Hypothese 2 heeft een moderatoreffect van self-efficacy voor a)pijn en/of b) andere symptomen dan pijn op de relatie tussen assimilatie en positief affect, purpose in life en participatie verondersteld. Aangezien er in dit onderzoek geen significante waarden konden worden gevonden voor de moderatoreffecten bij de regressieanalyse was het onnodig om nog een post hoc analyse uit te voeren. De tweede hypothese wordt dan ook verworpen.

De derde hypothese werd alleen gedeeltelijk bevestigd omdat er werd verondersteld dat een hoge score op zowel disengagement als re-engagement een positieve score op positief affect en purpose in life en een negatieve score op de participatieschalen zal voorspellen. Er werd echter alleen één significant moderatoreffect op de IPA schaal voor familierol gevonden. Door de post hoc analyse kwam inderdaad naar voren dat patiënten die zowel op disengagement als op re-engagement hoog scoren gemiddeld het laagst op de IPA schaal voor het domein familierol scoren (zie figuur 1). Dat betekent dus dat de combinatie van disengagement en re engagement samenhangt met minder ervaren beperkingen in de familierol.

**Tabel 2a. Hiërarchische Regressieanalyse op positief affect.**

Blok	B	SE B	Lower (BI voor B)	Upper (BI voor B)	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>Blok 1</b>						.12**
Leeftijd	.11	.04	.03	.18	.21**	
Geslacht	.07	.84	-1.59	1.72	.01	
Burgerlijke staat	-.21	.51	-1.22	.79	-.03	
Opleiding	.16	.25	-.34	.65	.04	
Werksituatie	-.83	.20	-1.23	-.43	-.30***	
Ziekte duur	-.06	.03	-.13	-.00	-.12*	
<b>Blok 2</b>						.12***
Pijn	.39	.24	-.09	.86	.14	
Mate vermoeidheid	-.07	.03	-.14	-.01	-.29*	
Effect vermoeidheid	.02	.03	-.04	.09	.10	
Omgang vermoeidheid	-.02	.02	-.05	.01	-.08	
<b>Blok 3</b>						.31***
Accommodatie	.33	.07	.19	.47	.34***	
Assimilatie	.28	.08	.11	.44	.26**	
Disengagement	-.25	.19	-.62	.13	-.09	
Re-engagement	.10	.12	-.15	.34	.05	
SE pijn	-.34	.16	-.66	-.02	-.20*	
SE andere	.73	.17	.39	1.07	.41***	
<b>Blok 4</b>						.00
Disengagement X Re-engagement	-.15	.34	-.82	.51	-.03	
Assimilatie X SE pijn	.22	.65	-1.06	1.49	.03	
Assimilatie X SE andere	.04	.64	-1.23	1.32	.01	
Assimilatie X SE pijn X SE andere	.09	.30	-.50	.69	.02	
<b>Totale R<sup>2</sup></b>						.55***
<b>N = 195</b>						

Note. SE = Self- Efficacy, SE andere = SE andere symptomen, BI = Betrouwbaarheidsinterval,  $\Delta R^2 = R^2$  change



**Tabel 2b. Hiërarchische Regressieanalyse op purpose in life.**

Blok	B	SE B	Lower (BI voor B)	Upper (BI voor B)	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>Blok 1</b>						.09*
Leeftijd	.03	.02	-.01	.08	.12	
Geslacht	-.10	.47	-1.03	.83	-.01	
Burgerlijke staat	-.29	.29	-.85	.28	-.06	
Opleiding	.07	.14	-.21	.35	.03	
Werksituatie	-.26	.11	-.49	-.04	-.17*	
Ziekte duur	.00	.02	-.03	.04	.02	
<b>Blok 2</b>						.09**
Pijn	.06	.14	-.21	.32	.04	
Mate vermoeidheid	.02	.02	-.02	.06	.13	
Effect vermoeidheid	-.04	.02	-.07	-.00	-.29*	
Omgang vermoeidheid	-.02	.01	-.04	-.00	-.16*	
<b>Blok 3</b>						.33***
Accommodatie	.15	.04	.07	.22	.27***	
Assimilatie	.19	.05	.09	.28	.31***	
Disengagement	.04	.11	-.17	.25	.02	
Re-engagement	.18	.07	.05	.32	.18**	
SE pijn	-.23	.09	-.41	-.05	-.25*	
SE andere	.34	.10	.15	.53	.35**	
<b>Blok 4</b>						.03
Disengagement X Re-engagement	.06	.19	-.31	.44	.02	
Assimilatie X SE pijn	.66	.36	-.06	1.37	.19	
Assimilatie X SE andere	-.18	.36	-.89	.54	-.05	
Assimilatie X SE pijn X SE andere	.12	.17	-.22	.45	.05	
<b>Totale R<sup>2</sup></b>						.53***
<b>N = 195</b>						

Note. SE = Self- Efficacy, SE andere = SE andere symptomen, BI = Betrouwbaarheidsinterval,  $\Delta R^2 = R^2$  change

**Tabel 2c. Hiërarchische Regressieanalyse op IPA familie rol.**

Blok	B	SE B	Lower (BI voor B)	Upper (BI voor B)	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>Blok 1</b>						<b>.14***</b>
Leeftijd	.00	.01	-.01	.01	.01	
Geslacht	-.08	.11	-.29	.13	-.05	
Burgerlijke staat	.02	.07	-.11	.15	.02	
Opleiding	-.02	.03	-.09	.04	-.05	
Werksituatie	.06	.03	.01	.11	.18*	
Ziekte duur	.00	.00	-.01	.01	.01	
<b>Blok 2</b>						<b>.27***</b>
Pijn	.05	.03	-.01	.11	.15	
Mate vermoeidheid	.00	.00	-.01	.01	.05	
Effect vermoeidheid	.01	.00	.00	.02	.29*	
Omgang vermoeidheid	.00	.00	-.00	.01	.02	
<b>Blok 3</b>						<b>.06**</b>
Accommodatie	-.01	.01	-.03	.01	-.11	
Assimilatie	.00	.01	-.02	.02	.01	
Disengagement	-.04	.02	-.09	.01	-.12	
Re-engagement	-.02	.02	-.05	.01	-.08	
SE pijn	-.00	.02	-.05	.04	-.02	
SE andere	-.02	.02	-.06	.03	-.07	
<b>Blok 4</b>						<b>.03*</b>
Disengagement X Re-engagement	.09	.04	.00	.17	.13*	
Assimilatie X SE pijn	.08	.08	-.08	.24	.11	
Assimilatie X SE andere	-.15	.08	-.31	.01	-.19	
Assimilatie X SE pijn X SE andere	-.06	.04	-.14	.02	-.12	
<b>Totale R<sup>2</sup></b>						<b>.50***</b>
<b>N = 198</b>						

Note. SE = Self- Efficacy, SE andere = SE andere symptomen, BI = Betrouwbaarheidsinterval,  $\Delta R^2 = R^2$  change

**Tabel 2d. Hiërarchische Regressieanalyse op IPA sociale contacten.**

Blok	B	SE B	Lower (BI voor B)	Upper (BI voor B)	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>Blok 1</b>						<b>.16***</b>
Leeftijd	-.01	.00	-.02	-.00	-.22*	
Geslacht	-.22	.07	-.37	-.08	-.20**	
Burgerlijke staat	.03	.05	-.06	.12	.05	
Opleiding	-.01	.02	-.05	.04	-.02	
Werksituatie	.07	.02	.03	.10	.30***	
Ziekte duur	-.00	.00	-.01	.01	-.02	
<b>Blok 2</b>						<b>.11***</b>
Pijn	.02	.02	-.03	.06	.07	
Mate vermoeidheid	.00	.00	-.00	.01	.13	
Effect vermoeidheid	.00	.00	-.01	.01	.05	
Omgang vermoeidheid	.00	.00	-.00	.00	.08	
<b>Blok 3</b>						<b>.17***</b>
Accommodatie	-.02	.01	-.03	-.01	-.22**	
Assimilatie	-.02	.01	-.03	-.01	-.22*	
Disengagement	.01	.02	-.03	.04	.04	
Re-engagement	-.03	.01	-.05	-.00	-.18*	
SE pijn	.01	.01	-.01	.04	.10	
SE andere	-.03	.02	-.06	.00	-.18	
<b>Blok 4</b>						<b>.01</b>
Disengagement X Re-engagement	.01	.03	-.05	.07	.03	
Assimilatie X SE pijn	.05	.06	-.07	.16	.09	
Assimilatie X SE andere	-.07	.06	-.18	.04	-.14	
Assimilatie X SE pijn X SE andere	-.01	.03	-.07	.04	-.04	
<b>Totale R<sup>2</sup></b>						<b>.45***</b>
<b>N = 198</b>						

Note. SE = Self- Efficacy, SE andere = SE andere symptomen, BI = Betrouwbaarheidsinterval,  $\Delta R^2 = R^2$  change

**Tabel 2 e. Hiërarchische Regressieanalyse op IPA werk.**

Blok	B	SE B	Lower (BI voor B)	Upper (BI voor B)	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>Blok 1</b>						.05
Leeftijd	.01	.01	.00	.03	.24*	
Geslacht	-.22	.13	-.48	.05	-.14	
Burgerlijke staat	-.12	.08	-.29	.04	-.13	
Opleiding	.07	.04	-.01	.15	.16	
Werksituatie	-.04	.03	-.11	.02	-.14	
Ziekte duur	-.01	.01	-.02	.00	-.13	
<b>Blok 2</b>						.45***
Pijn	.06	.04	-.01	.14	.21	
Mate vermoeidheid	.00	.01	-.01	.01	.14	
Effect vermoeidheid	.01	.01	-.01	.02	.20	
Omgang vermoeidheid	??	.00	-.01	.01	.00	
<b>Blok 3</b>						.16**
Accommodatie	-.03	.01	-.05	-.00	-.23*	
Assimilatie	-.02	.01	-.05	.01	-.18	
Disengagement	-.01	.03	-.07	.05	-.03	
Re-engagement	-.02	.02	-.06	.02	-.11	
SE pijn	-.05	.03	-.10	.00	-.25	
SE andere	.01	.03	-.05	.06	.03	
<b>Blok 4</b>						.01
Disengagement X Re- engagement	.03	.05	-.07	.14	.05	
Assimilatie X SE pijn	-.04	.10	-.25	.16	-.06	
Assimilatie X SE andere	-.04	.10	-.24	.17	-.05	
Assimilatie X SE pijn X SE andere	.01	.05	-.09	.11	.02	
<b>Totale R<sup>2</sup></b>						.67***
<b>N = 81</b>						

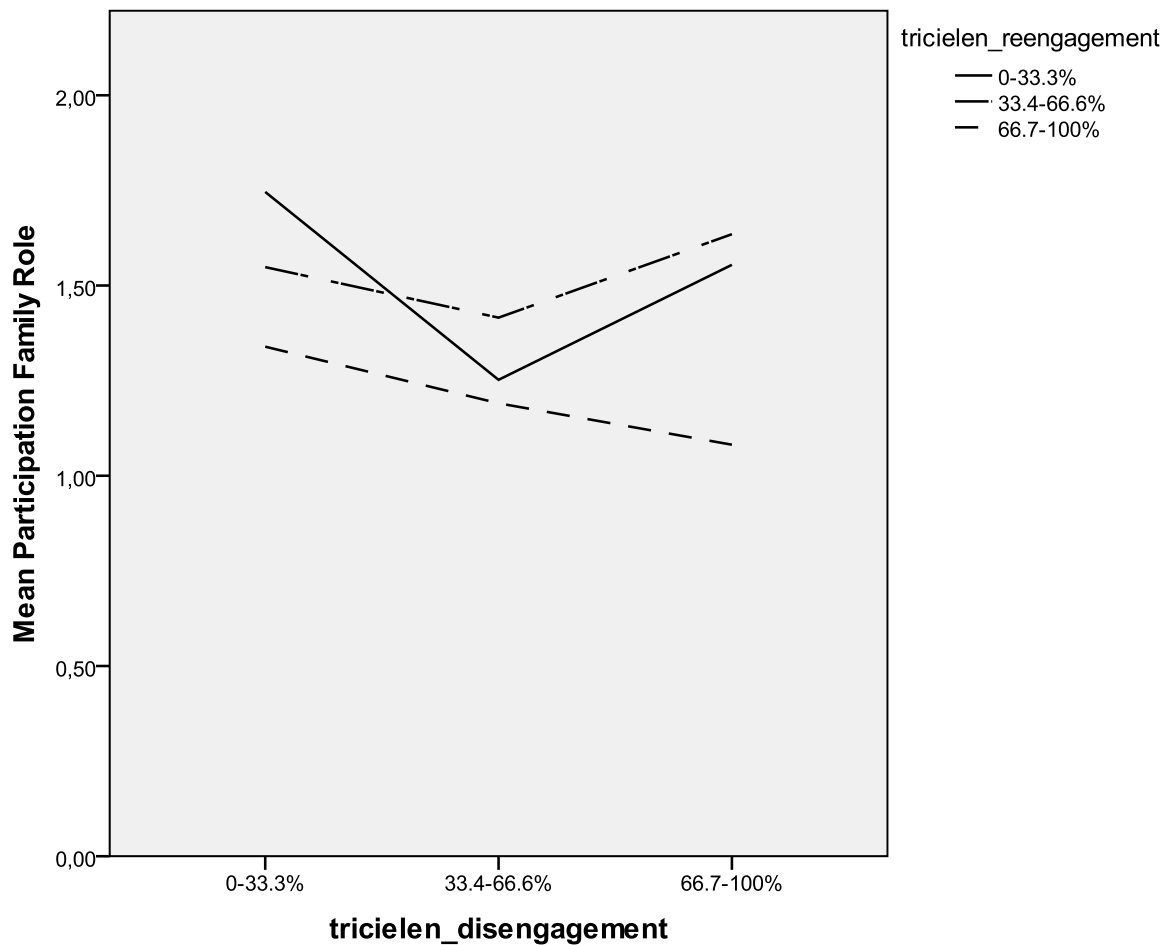
Note. SE = Self- Efficacy, SE andere = SE andere symptomen, BI = Betrouwbaarheidsinterval,  $\Delta R^2 = R^2$  change

**Tabel 2f. Hiërarchische Regressieanalyse op IPA autonomie.**

Blok	B	SE B	Lower (BI voor B)	Upper (BI voor B)	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>Blok 1</b>						.13**
Leeftijd	.00	.01	-.01	.01	.02	
Geslacht	-.02	.11	-.04	.20	-.01	
Burgerlijke staat	.04	.07	-.10	.17	.03	
Opleiding	-.02	.03	-.08	.05	-.03	
Werksituatie	.04	.03	-.01	.10	.12	
Ziekte duur	.01	.00	-.00	.01	.08	
<b>Blok 2</b>						.29***
Pijn	-.01	.03	-.07	.05	-.02	
Mate vermoeidheid	.01	.00	-.00	.02	.24	
Effect vermoeidheid	.00	.00	-.01	.01	.11	
Omgang vermoeidheid	-.00	.00	-.01	.00	-.08	
<b>Blok 3</b>						.11***
Accommodatie	-.01	.01	-.03	.01	-.06	
Assimilatie	-.02	.01	-.04	.01	-.11	
Disengagement	-.06	.03	-.11	-.01	-.15*	
Re-engagement	-.02	.02	-.05	.01	-.09	
SE pijn	-.05	.02	-.09	-.01	-.21*	
SE andere	-.02	.02	-.07	.02	-.09	
<b>Blok 4</b>						.01
Disengagement X Re-engagement	.01	.04	-.08	.09	.01	
Assimilatie X SE pijn	.10	.08	-.07	.26	.12	
Assimilatie X SE andere	-.03	.08	-.20	.13	-.04	
Assimilatie X SE pijn X SE andere	-.04	.04	-.12	.04	-.08	
<b>Totale R<sup>2</sup></b>						.54***
<b>N = 197</b>						

Note. SE = Self- Efficacy, SE andere = SE andere symptomen, BI = Betrouwbaarheidsinterval,  $\Delta R^2 = R^2$  change

**Figuur 1. Moderatoreffecten van re-engagement op de relatie tussen disengagement en de IPA familierol schaal. (H3)**



In Tabel 3a en b staan de complete resultaten van de hiërarchische regressieanalyses met betrekking tot Hypothese 4 en 5.

Hypothese 4 heeft een positief effect op depressie en angst voorspeld wanneer artropatiënten hoog scoren op disengagement maar laag op re engagement. Aangezien er geen significante effecten werden gevonden wordt deze hypothese verworpen.

Ook voor de veronderstelling dat assimilatie een positief effect heeft op depressie en angst wanneer self efficacy voor pijn en/of andere symptomen dan pijn laag is werd geen overtuigend bewijs gevonden. Hypothese 5 moet dus ook worden verworpen.

**Tabel 3a Hiërarchische Regressieanalyse op depressie.**

Blok	B	SE B	Lower (BI voor B)	Upper (BI voor B)	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>Blok 1</b>						<b>.15***</b>
Leeftijd	-.03	.02	-.06	.01	-.10	
Geslacht	-.61	.42	-1.44	.21	-.08	
Burgerlijke staat	.37	.25	-.13	.87	.08	
Opleiding	-.20	.13	-.45	.04	-.10	
Werksituatie	.30	.10	.10	.50	.21**	
Ziekte duur	.02	.02	-.01	.06	.09	
<b>Blok 2</b>						<b>.25***</b>
Pijn	-.01	.12	-.24	.23	-.00	
Mate vermoeidheid	.04	.02	.01	.07	.31*	
Effect vermoeidheid	.01	.02	-.02	.04	.08	
Omgang vermoeidheid	.00	.01	-.04	.02	.01	
<b>Blok 3</b>						<b>.15***</b>
Disengagement	-.14	.09	-.32	.05	-.09	
Re-engagement	-.20	.06	-.32	-.08	-.21**	
Assimilatie	-.19	.04	-.27	-.11	-.34***	
SE pijn	.13	.08	-.03	.29	.15	
SE andere	-.24	.09	-.41	-.08	-.27**	
<b>Blok 4</b>						<b>.02</b>
Disengagement X Re-Engagement	-.17	.17	-.50	.16	-.06	
Assimilatie X SE pijn	-.50	.32	-1.12	.13	-.15	
Assimilatie X SE andere	.00	.32	-.63	.63	.00	
Assimilatie X SE pijn X SE andere	.29	.15	-.01	.58	.14	
<b>Totale R<sup>2</sup></b>						<b>.57***</b>
<b>N = 194</b>						

Note. SE = Self- Efficacy, SE andere = SE andere symptomen, BI = Betrouwbaarheidsinterval,  $\Delta R^2$  = R<sup>2</sup> change

**Tabel 3b Hiërarchische Regressieanalyse op angst.**

Blok	B	SE B	Lower (BI voor B)	Upper (BI voor B)	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>Blok 1</b>						.05
Leeftijd	-.01	.02	-.05	.04	-.03	
Geslacht	-.46	.50	-1.44	.52	-.06	
Burgerlijke staat	.18	.30	-.41	.78	.04	
Opleiding	-.11	.15	-.40	.19	-.05	
Werksituatie	.10	.12	-.14	.34	.07	
Ziekte duur	-.00	.02	-.04	.03	-.01	
<b>Blok 2</b>						.27***
Pijn	.09	.14	-.19	.37	.06	
Mate vermoeidheid	.05	.02	.01	.08	.34*	
Effect vermoeidheid	.00	.02	-.03	.04	.03	
Omgang vermoeidheid	.00	.01	-.02	.02	-.00	
<b>Blok 3</b>						.11***
Disengagement	-.30	.11	-.52	-.08	-.19**	
Re-engagement	-.13	.07	-.27	.02	-.13	
Assimilatie	-.08	.05	-.17	.02	-.13	
SE pijn	.11	.10	-.07	.30	.12	
SE andere	-.29	.10	-.49	-.09	-.30**	
<b>Blok 4</b>						.01
Disengagement X Re-Engagement	-.23	.20	-.62	.16	-.08	
Assimilatie X SE pijn	-.41	.38	-1.15	.34	-.12	
Assimilatie X SE andere	.20	.38	-.55	.95	.06	
Assimilatie X SE pijn X SE andere	.25	.18	-.10	.60	.12	
<b>Totale R<sup>2</sup></b>						.45***
<b>N = 196</b>						

Note. SE = Self- Efficacy, SE andere = SE andere symptomen, BI = Betrouwbaarheidsinterval,  $\Delta R^2$  = R<sup>2</sup> change



Verder werd met hypothese 6 een positief effect van Self-efficacy voor pijn en/of andere symptomen dan pijn op het gebruik van de assimilatieve strategie voorspeld. De complete resultaten zijn te vinden in Tabel 4. Er werd inderdaad een positief effect van self efficacy voor andere symptomen dan pijn gevonden, maar niet van self-efficacy voor pijn. Daarmee wordt hypothese 6 gedeeltelijk bevestigd.

In Tabel 5 kunnen de resultaten van de regressieanalyse met betrekking tot hypothese 7 worden ingezien. De hypothese luidde dat self efficacy voor pijn en/of andere symptomen dan pijn een negatief effect zou hebben op het gebruik van de accommodatieve strategie. Er werd echter een positief effect van self efficacy voor andere symptomen dan pijn gevonden. Het effect van self efficacy voor pijn is niet significant. Hypothese 7 wordt daarom verworpen.

Voor het effect van self efficacy op disengagement werden geen significante waarden gevonden, zie Tabel 6 voor de complete hiërarchische regressieanalyse. Daarom wordt ook Hypothese 8 verworpen.

Tabel 7 bevat de hiërarchische regressieanalyse voor Hypothese 9, dus het effect van self efficacy op re engagement. Er werd een positief effect van self efficacy voor andere symptomen dan pijn gevonden. Dit is niet in overeenkomst met de hypothese dat er een negatief effect zou zijn. Daarom wordt ook hypothese 9 verworpen.

**Tabel 4 Hiërarchische Regressieanalyse op Assimilatie.**

Blok	B	SE B	Lower (BI voor B)	Upper (BI voor B)	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>Blok 1</b>						.13**
Leeftijd	-.14	.04	-.22	-.05	-.30**	
Geslacht	.18	.96	-1.72	2.09	.01	
Burgerlijke Staat	.94	.59	-.22	2.10	.12	
Opleiding	.38	.29	-.20	.95	.10	
Werksituatie	-.18	.24	-.65	.28	-.07	
Ziekte duur	.02	.04	-.05	.10	.04	
<b>Blok 2</b>						.01
Pijn	.21	.28	-.34	.75	.08	
Mate vermoeidheid	-.03	.04	-.11	.04	-.15	
Effect vermoeidheid	.02	.04	-.05	.10	.12	
Omgang vermoeidheid	.00	.02	-.03	.04	.02	
<b>Blok 3</b>						.04*
SE pijn	-.22	.18	-.58	.14	-.14	
SE andere	.53	.19	.17	.90	.33**	
<b>Totale R<sup>2</sup></b>						.18**
<b>N = 188</b>						

Note. SE = Self- Efficacy, SE andere = SE andere symptomen, BI = Betrouwbaarheidsinterval,  $\Delta R^2$  = R<sup>2</sup> change

**Tabel 5: Hiërarchische Regressieanalyse op Accommodatie.**

Blok	B	SE B	Lower (BI voor B)	Upper (BI voor B)	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>Blok 1</b>						.04
Leeftijd	.05	.05	-.04	.13	.09	
Geslacht	1.13	1.00	-.85	3.11	.08	
Burgerlijke Staat	.56	.61	-.65	1.77	.06	
Opleiding	.25	.30	-.34	.85	.06	
Werksituatie	-.21	.25	-.69	.28	-.07	
Ziekte duur	.04	.04	-.03	.12	.08	
<b>Blok 2</b>						.17***
Pijn	.28	.29	-.29	.85	.10	
Mate vermoeidheid	-.09	.04	-.17	-.01	-.36*	
Effect vermoeidheid	.07	.04	-.01	.14	.29	
Omgang vermoeidheid	.07	.02	.03	.10	.27***	
<b>Blok 3</b>						.08***
SE pijn	.29	.19	-.08	.66	.17	
SE andere	.40	.19	.02	.79	.23*	
<b>Totale R<sup>2</sup></b>						.28***
<b>N = 185</b>						

Note. SE = Self- Efficacy, SE andere = SE andere symptomen, BI = Betrouwbaarheidsinterval,  $\Delta R^2$  = R<sup>2</sup> change

**Tabel 6: Hiërarchische Regressieanalyse op disengagement**

Blok	B	SE B	Lower (BI voor B)	Upper (BI voor B)	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>Blok 1</b>						.05
Leeftijd	.02	.02	-.01	.06	.13	
Geslacht	.22	.38	-.53	.96	.05	
Burgerlijke Staat	-.42	.23	-.87	.04	-.14	
Opleiding	-.12	.11	-.34	.11	-.08	
Werksituatie	-.04	.09	-.22	.14	-.04	
Ziekte duur	.01	.02	-.02	.03	.03	
<b>Blok 2</b>						.02
Pijn	.08	.11	-.13	.30	.09	
Mate vermoeidheid	-.02	.02	-.04	.01	-.17	
Effect vermoeidheid	.01	.01	-.02	.04	.10	
Omgang vermoeidheid	.01	.01	-.01	.02	.07	
<b>Blok 3</b>						.02
SE pijn	-.07	.07	-.21	.07	-.11	
SE andere	.13	.07	-.02	.27	.21	
<b>Totale R<sup>2</sup></b>						.08
<b>N = 194</b>						

Note. SE = Self- Efficacy, SE andere = SE andere symptomen, BI = Betrouwbaarheidsinterval,  $\Delta R^2$  = R<sup>2</sup> change

**Tabel 7: Hiërarchische Regressieanalyse op re-engagement**

Blok	B	SE B	Lower (BI voor B)	Upper (BI voor B)	$\beta$	$\Delta R^2$
<b>Blok 1</b>						.06
Leeftijd	-.02	.03	-.07	.04	-.06	
Geslacht	.89	.59	-.27	2.06	.12	
Burgerlijke Staat	-.03	.36	-.74	.68	-.01	
Opleiding	.14	.18	-.22	.49	.06	
Werksituatie	-.19	.14	-.48	.09	-.13	
Ziekte duur	.03	.02	-.01	.08	.11	
<b>Blok 2</b>						.03
Pijn	.03	.17	-.31	.36	.02	
Mate vermoeidheid	.03	.02	-.02	.08	.22	
Effect vermoeidheid	-.01	.02	-.06	.03	-.10	
Omgang vermoeidheid	.02	.01	-.00	.04	.13	
<b>Blok 3</b>						.02
SE pijn	-.11	.11	-.33	.11	-.11	
SE andere	.23	.11	.01	.46	.24*	
<b>Totale R<sup>2</sup></b>						.12*
<b>N = 193</b>						

Note. SE = Self- Efficacy, SE andere = SE andere symptomen, BI = Betrouwbaarheidsinterval,  $\Delta R^2$  = R<sup>2</sup> change

## Discussie

In dit onderzoek stonden de volgende aspecten centraal: 1. de verschillende samenhangen tussen de strategieën en adaptatie en maladaptatie bij reumapatiënten, 2. de vraag of er ook bij deze populatie moderatoreffecten konden worden gevonden tussen disengagement en re-engagement, en 3. welke rol self efficacy eigenlijk speelt bij de adaptatie en maladaptatie van reumapatiënten, bij het gebruik van de verschillende strategieën en of er een modererend effect van self efficacy kan worden gevonden op de relatie tussen assimilatie en adaptatie en maladaptatie. De meest interessante bevindingen zijn hierbij als volgt: 1. De superioriteit van de accommodatieve strategie voor de positieve adaptatie en het voorkomen van maladaptatie bij reumapatiënten, 2. het gevonden moderatoreffect van re-engagement op de samenhang tussen disengagement en het participeren in en om het huis, 3. de positieve samenhang tussen self-efficacy voor andere symptomen dan pijn en de strategieën accommodatie, assimilatie en re-engagement en 4. het belang van zowel self efficacy voor pijn als self efficacy voor andere symptomen dan pijn voor adaptatie en het voorkomen van maladaptatie.

Met betrekking tot de samenhang tussen de strategieën en adaptatie en maladaptatie kwam dus vooral het belang van de accommodatieve strategie voor reumapatiënten naar voren. Accommodatie hangt met alle adaptatiematen sterk in de veronderstelde richting samen. De eerste hypothese kon dan ook gedeeltelijk worden bevestigd; er werd alleen geen effect op de participatieschalen familierol en autonomie gevonden. Ook assimilatie hangt positief samen met de adaptatie van reumapatiënten, omdat deze strategie met meer positief affect, het ervaren van een doel in het leven en een goede tevredenheid met de participatie aan sociale contacten samenhangt.

Daarnaast hangt het gebruik van accommodatie en assimilatie ook sterk samen met minder depressie. Dit is in overeenkomst met het onderzoek van Brandtstädter en Renner (1990) die eveneens een negatief effect van assimilatie en accommodatie op depressieve symptomen hebben gevonden. Accommodatie en assimilatie lijken dus niet alleen in de normale populatie een belangrijke rol te spelen (Brandtstädter & Renner, 1990), maar ook bij reumapatiënten. Een geheel nieuwe bevinding in dit onderzoek is dat accommodatie blijkbaar ook samenhangt met minder angst. Dus ook bij de maladaptatie speelt het gebruik van accommodatie vermoedelijk een superieure rol. Het verdient dan ook aanbeveling om het effect van accommodatie op maladaptatie in de toekomst nader te onderzoeken met een multivariate analyse omdat de gevonden negatieve correlaties redelijk sterk zijn. In dit onderzoek werden deze analyses achterwege gelaten omdat de focus hier lag op de vraag wanneer een strategie tot maladaptatie kan leiden. Het doel van dit onderzoek was dan ook om na te gaan of het veronderstelde negatieve effect van een te lang gebruik van assimilatie (Brandtstädter & Rothermund, 2002) kan worden bewezen.

Ook disengagement en re-engagement hangen met een aantal aspecten van adaptatie en maladaptatie samen. Re-engagement toont echter meer en sterkere, significante samenhangen dan disengagement. Disengagement hangt alleen samen met meer tevredenheid met de participatie aan familierol en autonomie. Patiënten die disengagement gebruiken zijn dus beter tevreden met hun bijdrage aan bezigheden en taken in en om het huis, de mogelijkheden om hun geld vrij te besteden en hun mogelijkheid om ergens heen te gaan wanneer ze dat willen. Hiernaast hangt re-engagement nog samen met meer tevredenheid met betrekking tot sociale contacten. Het is dan ook niet

verbazingwekkend dat re-engagement ook samenhangt met het ervaren van een doel en een richting in het leven en het maken van plannen voor de toekomst. Het is immers inherent aan re-engagement dat nieuwe doelen worden gevonden en plannen worden gemaakt om deze doelen te realiseren. De gevonden positieve samenhang tussen re-engagement en purpose in life is in overeenkomst met Wrosch et. al (2003), net als het feit dat er ook in deze studie geen samenhang tussen disengagement en re-engagement met positief affect kon worden gevonden.

Disengagement hangt daarnaast ook samen met minder angst, terwijl re-engagement samenhangt met zowel minder angst als minder depressie. Dit is in tegenstelling tot de resultaten van andere onderzoeken, die bijvoorbeeld wel een negatieve samenhang tussen disengagement en depressie hebben gevonden (Garnefski et. al, 2009; Wrosch, 2003; Wrosch, 2007). Toch hoeft dit niet onlogisch te zijn omdat het opgeven van doelen tegengestelde gevolgen kan hebben voor de stemming: Aan de ene kant worden frustraties voorkomen en de patiënten staan weer open voor nieuwe dingen, maar aan de andere kant hebben ze daarvoor immers wel een belangrijk doel moeten loslaten. Het voorkomen van frustraties zou voor een depressie kunnen beschermen, terwijl het moeten opgeven van belangrijke doelen wederom wel tot frustraties en depressieve gevoelens kan leiden. De voor- en nadelen van disengagement heffen elkaar dus op zodat er geen samenhang met depressie wordt gevonden. Ondanks deze mogelijke inhoudelijke verklaring moet men de bevindingen met betrekking tot disengagement toch eerder als aanwijzingen zien omdat de Cronbach's alpha (0.56) en het aantal items van de schaal eerder klein waren. Dat betekent dat de betrouwbaarheid van de schaal voor disengagement eerder moderaat is.

De gevonden samenhang tussen re-engagement en minder depressie is ook logisch te verklaren: Deze patiënten hebben immers nieuwe doelen gevonden en maken toekomstplannen, wat men ook kan zien aan het feit dat deze mensen een doel en een richting in hun leven ervaren. Ook zijn deze patiënten met hun participatie op alle domeinen - behalve op het domein werk - tevreden.

Toch zijn de bevindingen met betrekking tot depressie en re-engagement alleen gedeeltelijk in overeenkomst met eerder onderzoek: Garnefski et. al (2009) en Wrosch et. al (2003) hebben eveneens gevonden dat re-engagement met minder depressie samenhangt, terwijl Neter et. al (2009) hebben gevonden dat juist een lage score op zowel disengagement als re-engagement tot minder depressieve symptomen leidt. Wrosch et. al (2007) hebben geen effect van re-engagement op depressie gevonden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de populaties verschillend zijn: Terwijl in dit onderzoek reumapatiënten werden onderzocht, bestond de steekproef bij Garnefski et al (2009), Wrosch et. al (2003), Neter et. al (2009) en Wrosch et. al (2007) uit mensen met peripheraal arterial disease, met gezonde en aan kanker lijdende kinderen, met multipole sclerose, en uit de normale populatie, respectievelijk. Mensen met kinderen die aan kanker lijden of mensen die zelf aan reuma of peripheraal arterial disease lijden ervaren zeker meer beperkingen dan mensen uit de normale populatie. Daarom is het niet verbazingwekkend dat de gevonden resultaten van Garnefski et. al (2009) en Wrosch et. al (2003) vergelijkbaar zijn met de resultaten uit dit onderzoek. Mensen uit de normale populatie hebben het misschien niet vaak nodig om een nieuw doel te kiezen omdat hun oude doelen vaak nog haalbaar zijn. Voor het feit dat de resultaten met betrekking tot re-engagement uit dit onderzoek verschillen met de bevindingen van Neter et. al (2003) kan geen verklaring worden gevonden. Daarom zijn ook hiervoor nog meer onderzoeken nodig.

Het kleine aantal items en de lage Cronbach's alpha van de disengagement schaal hebben ook gevolgen voor het onderzoek naar de moderator-effecten van re engagement op de samenhang

tussen disengagement en adaptatie en maladaptatie. Verder is het ook door het kleine aantal significante en eerder zwakke correlaties tussen disengagement en zowel de adaptatie- als maladaptatiematen niet verbazingwekkend dat er maar één moderatoreffect op het participeren binnen het domein van de familierol kon worden gevonden. Het gevonden moderatoreffect houdt in dat patiënten die sommige doelen loslaten maar wel alternatieven vinden ook meer tevredenheid ervaren met hun mogelijkheden om een bijdrage te leveren aan bezigheden in en om het huis wanneer ze dat willen. Dit resultaat is redelijk logisch omdat er meerdere mogelijke alternatieven zijn voor het zelf uitvoeren van bepaalde huishoudelijke taken: Er kunnen bijvoorbeeld mensen worden ingesteld om die taken over te nemen; of de patiënt maakt bijvoorbeeld een rooster om verschillende taken op te delen op onder andere familieleden. Zo kan de patiënt nog steeds bijdragen aan dagelijkse activiteiten in en om het huis. Dat er geen andere moderatoreffecten konden worden gevonden is echter in tegenspraak met eerder onderzoek door Neter et. al (2009) waar een hoge score op disengagement en een lage score op re-engagement meer depressieve symptomen hebben voorspeld. Dat er geen interactie kon worden gevonden op purpose in life en positief affect is daarentegen wel in overeenkomst met Wrosch et. al (2003).

Naast de samenhangen van de verschillende strategieën met zowel adaptatie als maladaptatie en het testen van verschillende moderatoreffecten werd ook het belang van self-efficacy voor pijn en andere symptomen dan pijn onderzocht. Hierbij kwam uit dat beide sterk samenhangen met meer positief affect, het ervaren van een doel in het leven en meer tevredenheid met het blijven participeren op alle hier geteste gebieden. Verder hangen beide samen met minder depressie en angst. De negatieve relatie tussen self efficacy voor pijn (Schmitz, Saile & Nilges, 1996) en self efficacy voor andere symptomen dan pijn met depressie werd al in meerdere onderzoeken aangetoond (Smarr, et. al, 1997; Lowe et. al, 2008; Taal, Rasker, et. al 1993). Lowe et. al (2008) hebben bovendien ook een negatieve samenhang tussen beide self efficacy maten met angst gevonden. Verder werden in eerdere onderzoeken ook negatieve samenhangen gevonden tussen arthritis self efficacy en mobiliteit, huishoudelijke activiteiten, sociale activiteiten (Somers, et. al, 2010; Taal, Rasker, et. al, 1993) en sociale steun (Somers, et. al, 2010). Dit is ongeveer vergelijkbaar met de IPA schalen voor de domeinen autonomie, familierol, en sociale contacten, respectievelijk. Zowel self efficacy voor pijn als self efficacy voor andere symptomen dan pijn is dus wel van groot belang voor patiënten met reuma en hun aanpassing. Dit is relatief logisch omdat mensen die hoog scoren op self efficacy voor pijn en andere symptomen dan pijn immers een gevoel van controle ervaren over hun situatie. Een gevoel van controle zou dan ook een teken kunnen zijn van een goede aanpassing aan nieuwe omstandigheden, en dus met een positieve adaptatie.

Geheel nieuw onderzoek werd gedaan naar de samenhang tussen self-efficacy en bepaalde strategieën. Zo werd gevonden dat self efficacy voor andere symptomen dan pijn een positief effect heeft op het gebruik van de assimilatieve strategie. Dit komt ook overeen met de verwachting van Brandtstädter & Rothermund (2002). Maar in tegenstelling tot de verwachting van Brandtstädter en Rothermund (2002) en hypothese 7 werd ook een positief effect van self efficacy voor andere symptomen dan pijn op het gebruik van de accommodatieve strategie gevonden. Hetzelfde geldt ook voor re-engagement. Self efficacy voor andere symptomen dan pijn schijnt dus zowel het blijven vasthouden aan doelen en de gerelateerde implementatieplannen als het opgeven van de focus op een specifiek doel bij moeilijkheden te voorspellen. Verder leidt self efficacy voor andere symptomen dan pijn ook tot het zoeken naar alternatieve doelen wanneer een ander doel niet meer haalbaar is. Maar deze bevindingen hoeven niet verbazingwekkend te zijn omdat er voor de accommodatieve strategie en het vinden en volgen van een nieuw doel een zekere mate aan self efficacy waarschijnlijk



ook nodig is. Het is echter wel opvallend dat alleen self efficacy voor andere symptomen dan pijn samenhangt met de strategieën. Er werd geen enkele samenhang tussen de strategieën met self efficacy voor pijn gevonden. De kans dat dit het resultaat is van een lage betrouwbaarheid of validiteit is klein omdat de Cronbach's Alpha voor beide schalen even hoog is (0.82), het aantal ontbrekende waarden klein is en de vragenlijst extra voor de populatie van reumapatiënten werd ontworpen. Het is echter opvallend dat met de subschaal voor self efficacy voor pijn vooral ernaar gekeken wordt hoe de patiënt met pijn omgaat tijdens dagelijkse activiteiten, terwijl het bij de subschaal voor self efficacy voor andere symptomen dan pijn eerder om de algemene omgang met de symptomen gaat en of iemand kan blijven doen wat hij of zij leuk vindt. Het nadenken over nieuwe mogelijkheden of concentreren op een bepaald doel hoeven echter niet als dagelijkse activiteiten gezien te worden. De strategieën bepalen echter de omgang met doelen in plaats van kleine activiteiten. In dit geval zou self efficacy voor pijn als irrelevant gezien kunnen worden voor het gebruik van de doelmanagement- strategieën.

Het is ook mogelijk dat er een inhoudelijk verschil is tussen de werking van self efficacy voor pijn en self efficacy voor onder andere vermoeidheid. Een mogelijkheid zou kunnen zijn dat de patiënten veel meer vermoeidheid ervaren dan pijn en self efficacy voor pijn dan geen rol speelt. Dit is echter niet het geval omdat de gemiddelde hoeveelheid pijn en de mate vermoeidheid die de patiënten de vorige 7 dagen hebben ervaren bijna precies gelijk zijn. Een andere, meer waarschijnlijke verklaring is dat het gebruik van de verschillende strategieën vooral mentale aspecten vergt, zoals concentratie op het doel of aandacht voor nieuwe mogelijkheden. Wanneer iemand echter niet goed kan omgaan met zijn frustraties, somberheid en vermoeidheid – en dus een lage self efficacy heeft voor andere symptomen dan pijn – zal dit waarschijnlijk ten gevolge hebben dat de patiënt niet erg open staat voor veranderingen of geconcentreerd is op zijn doelen. Dit zou dan betekenen dat iemand niet in staat is om assimilatie, accommodatie of re-engagement te gebruiken. Deze verklaringen zullen in de toekomst verder moeten worden onderzocht.

Het feit dat er geen samenhang tussen self efficacy en disengagement kon worden gevonden kan ook hier worden verklaard door de al eerder genoemde lage betrouwbaarheid van de schaal voor disengagement. Maar aangezien de samenhang heel erg zwak is zou het ook kunnen zijn dat self efficacy inderdaad geen invloed heeft op disengagement. Een mogelijke verklaring is dat het loslaten van doelen helemaal niet met subjectieve gevoelens en gedachten, zoals de subjectief ervaren controle over pijn en andere symptomen, samenhangt. De redenen voor het loslaten van doelen zijn misschien eerder objectief, zoals beperkingen in de gewrichten of een gebrek aan hulpmiddelen. De patiënt komt bij disengagement immers tot het inzicht dat het doel niet meer haalbaar is. Het verdient aanbeveling om dit in de toekomst nader te analyseren omdat de betrouwbaarheid in dit onderzoek te beperkt is en daardoor geen conclusies kunnen worden getrokken.

Ook voor het veronderstelde moderatoreffect van self efficacy voor pijn en/of andere symptomen dan pijn kon in dit onderzoek geen overtuigend bewijs worden gevonden. De veronderstelling was dat assimilatie alleen tot een positieve adaptatie leidt wanneer aan de voorwaarde wordt voldaan dat de patiënt ook een hoge self efficacy voor pijn en/of andere symptomen dan pijn heeft. Bij patiënten met een lage self efficacy was de verwachting dat assimilatie met maladaptatie zal samenhangen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat assimilatie op zich al redelijk sterk positief samenhangt met positief affect en purpose in life. Verder hangt assimilatie ook sterk negatief samen met het participeren aan sociale contacten, werk en autonomie; en depressie. Bij een nadere kijk op de regressieanalyses wordt ook duidelijk dat assimilatie een positief hoofdeffect heeft op positief

affect en purpose in life en een negatief hoofdeffect op de IPA schaal voor sociale contacten en depressie. Het zou dan mogelijk zijn dat het niveau van self efficacy geen invloed heeft op dit verband. Of self efficacy voor pijn en andere symptomen dan pijn inderdaad helemaal geen rol speelt moet echter nog verder worden onderzocht.

Naast de lage betrouwbaarheid van de schaal voor disengagement bevat dit onderzoek nog een aantal andere beperkingen. Zo is het onderzoek bijvoorbeeld cross sectioneel. Het onderzoek is dus geheel gebaseerd op waarnemingen op één bepaald moment. Er kan dan ook geen uitspraak gedaan worden over een causaal verband. Hiervoor zou men een longitudinaal onderzoek moeten uitvoeren.

Verder zijn de resultaten van een aantal onderzoeksvragen geheel gebaseerd op een correlatieanalyse. Hier kan men dus ook geen conclusie over een oorzakelijk verband trekken. Dit is van toepassing op onderzoeksvraag 1b, 2 en 4. Deze onderzoeksvragen hebben echter ter controle van bepaalde aannames gediend. Het doel was dan ook om te controleren of de eerder gevonden resultaten met betrekking tot deze vragen ook hier van toepassing zijn.

Maar het onderzoek kent ook een aantal sterke punten, zoals het grote aantal deelnemers. Er hebben immers 199 reumapatiënten deelgenomen aan dit onderzoek en het aantal ontbrekende waarden is heel klein. Ook zijn de sociodemografische gegevens van de steekproef passend voor de populatie van reumapatiënten, omdat er meer vrouwen dan mannen zijn en de gemiddelde leeftijd relatief hoog is. De burgerlijke staat en de hoogst genoten opleiding zijn relatief normaal verdeeld. Het opvallend hoge aantal gepensioneerden kan worden verklaard door de hoge gemiddelde leeftijd. Deze gegevens spreken dus voor de generaliseerbaarheid van de bevindingen van dit onderzoek op de populatie van reumapatiënten.

In het algemeen levert dit onderzoek een relevante bijdrage aan de wetenschappelijke kennis over de werking van disengagement, re engagement, assimilatie en accommodatie op adaptatie en maladaptatie bij reumapatiënten. Tot nu toe werd er nog geen onderzoek gedaan naar het effect van self efficacy op het gebruik van de strategieën. In dit onderzoek kwam uit dat self efficacy voor andere symptomen dan pijn het gebruik van de assimilatieve en accommodatieve strategieën en re-engagement positief kan beïnvloeden. Verder kwam naar voren dat assimilatie, accommodatie, disengagement en re-engagement allemaal op een bepaald terrein voordelig kunnen zijn. Een belangrijke bevinding is ook dat geen strategie positief samenhangt met depressie of angst. Dat betekent dus dat in dit onderzoek in ieder geval geen schadelijke aspecten met het gebruik van de verschillende strategieën geassocieerd konden worden.

Het is wel opvallend dat vooral accommodatie met alle maten van adaptatie en maladaptatie samenhangt en ook een effect heeft op alle maten behalve de IPA schalen voor familierol en autonomie. Verder hangen beide self efficacy maten sterk positief samen met een goede adaptatie en sterk negatief met maladaptatie. Ook lijkt self efficacy voor andere symptomen dan pijn een grote rol te spelen bij het gebruik van de strategieën assimilatie, accommodatie en re-engagement.

Dit heeft dan ook een aantal implicaties voor de praktijk. Het is bijvoorbeeld aan te raden om bij de behandeling en begeleiding van reumapatiënten enige aandacht te schenken aan self efficacy. De bevindingen in dit onderzoek kunnen in die zin dan ook als steun voor de self efficacy benadering van Taal, Rasker, en Wiegman (1996) worden gezien.

Verder is het misschien handig om patiënten een voorlichting te geven over de verschillende strategieën die ze kunnen hanteren bij het volgen van doelen, met de focus op accommodatie. Zoals al beweerd werd door Brandtstädter en Rothermund (2002) ligt de focus in de maatschappij vaak op het blijven vasthouden en doorzetten van doelen en wensen, ook wanneer het moeilijk wordt. Accommodatie wordt daarentegen vaak gezien als een zwakke manier van coping (Brandtstädter en Rothermund, 2002) omdat men zijn doelen opgeeft. De accommodatieve strategie schijnt in tegenspraak tot de tegenwoordige “elleboogmaatschappij” te zijn waar doorzettingsvermogen en controle over de eigen levensweg centraal staan. Maar sommige doelen zijn voor reumapatiënten niet meer of alleen heel moeilijk haalbaar. Het is dan van belang om aan hen te laten zien dat het helemaal niet schandelijk hoeft te zijn om sommige doelen op te geven. Het is belangrijk dat de patiënten realiseren dat er nog genoeg andere mogelijkheden zijn en het van belang is om daarvoor open te staan. Het niet blijven vast houden aan onmogelijke doelen en opnieuw oriënteren kan bovendien ook weer als een soort controle worden gezien: Op deze manier kan worden voorkomen dat reumapatiënten vastlopen en gefrustreerd raken in het volgen van een doel. Ook de samenhang tussen accommodatie en self-efficacy laat zien dat mensen die deze strategie af en toe gebruiken juist wel een soort van controle ervaren. Door het voorkomen van frustraties kan verder misschien een bijdrage worden geleverd aan zowel het terugdringen van de hoge comorbiditeit met psychische stoornissen als aan het verhogen van de kwaliteit van leven en positieve adaptatie van reumapatiënten. Dit zou dan juist wel een teken zijn voor een goed adaptief vermogen, controle over het eigen leven en een goed doorzettingsvermogen.

## Referenties

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37 (2), 122-147.
- Boerner, K. (2004). Adaptation to disability among middle-aged and older adults: The role of assimilative and accommodative coping. *Journal of Gerontology*, 59b, 35-42.
- 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 (No. 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, 117-150. DOI: 10.1006/drev.2001.0539
- Cardol, M., de Haan, R. J., van den Bos, G.A.M., de Jong, B.A., & de Groot, I.J.M. (1999). The development of a handicap assessment questionnaire: the Impact on Participation and Autonomy (IPA). *Clinical Rehabilitation*, 13, 411-419.
- Cardol, M., de Jong, B.A., van den Bos, G.A.M., Beelen, A., de Groot, I.J.M., & de Haan, R.J. (2002). Beyond disability: perceived participation in people with a chronic disabling condition. *Clinical Rehabilitation*, 16, 27-35. DOI: 10.1191/0269215502cr464oa.
- Dokterdokter.nl Prevalentie Reuma. Verkregen op 4 juni, 2011, van <http://www.dokterdokter.nl/specials/reuma/32401/prevalentie-reuma>.
- 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, 132-137. DOI: 10.1016/j.pec.2008.11.009
- Holman, H., & Lorig, K. (2004). Patient Self-Management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Reports*, 119, 239-243.
- Kessler, R.C, Ormel, J., Demler, O., & Stang, P.E. (2003). Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45 (2), p. 1257-1266. DOI: 10.1097/01.jom.0000100000.70011.bb
- Lorig, K., Chastain, R.L., Ung, E., Shoor, S., & Holman, H.R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32 (1), p.37-44.
- Lovink, A. (2007). *Doelmanagement bij mensen met reumatoïde artritis: Een kwalitatief onderzoek naar de rol van verschillende vormen van doelmanagement in het leven van mensen met RA*. Unpublished master's thesis, University of Twente, Enschede, Overijssel, The Netherlands.

- Lowe, R., Cockshott, Z., Greenwood, R., Kirwan, J.R., Almeida, C., Richards, P., & Hewlett, S. (2008). Self-efficacy as an appraisal that moderates the coping-emotion relationship: associations among people with rheumatoid arthritis. *Psychology and Health, 23* (2), 155-174. DOI: 10.1080/14768320601139160
- Miles, J.N.V., & Shevlin, M. (2000). *Applying Regression and Correlation Analysis: A Guide for Students and Researchers*. Sage: London.
- Neter, E., Litvak, A., & Miller, A. (2009). Goal disengagement and goal re-engagement among multiple sclerosis patients: relationships to well-being and illness representation. *Psychology and Health, 24* (2), 175-186. DOI: 10.1080/08870440701668665
- 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.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69* (4), 719-727.
- Schmitz, U., Saile, H., & Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related distress. *Pain, 67*, 41-51.
- Smarr, K. L., Parker, J. C., Wright, G. E., Stucky-Ropp, R. C., Buckelew, S. P., Hoffman, R. W., O' Sullivan, F. X., & Hewett, J. E. (1997). The importance of enhancing self-efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research, 10* (No. 1), 18-26.
- Somers, T. J., Shelby, R. A., Keefe, F. J., Godiwala, N., Lumley, M. A., Mosley-Williams, A., Rice, J. R., & Caldwell, D. (2010). Disease severity and domain-specific arthritis self-efficacy: relationships to pain and functioning in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research, 62* (No. 6), 848-856. DOI: 10.1002/acr.20127.
- Stang, P.E., Brandenburg, N.A., Lane, M.C., Merikangas, K.R., Von Korff, M.R., & Kessler, R.C. (2006). Mental and physical comorbid conditions and days in role among persons with arthritis. *Psychosomatic Medicine, 68*, p. 152-158. DOI: 10.1097/01.psy.0000195821.25811.b4
- Taal, E., Rasker, J. J., Seydel, E. R., & Wiegman, O. (1993). Health status, adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling, 20*, 63-76.
- Taal, E., Rasker, J.J., & Wiegman, O. (1996). Patient education and self management in the rheumatic diseases: A self efficacy approach. *Arthritis Care and Research, 9* (3), p. 229-238.
- Taal, E., Riemsma, R. P., Brus, H. L. M., Seydel, E. R., Rasker, J. J., & Wiegman, O. (1993). Group education for patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling, 20*, 177-187.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics* (5<sup>th</sup> edn). Boston: Pearson Education. Gekregen door Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual* (3<sup>rd</sup> edn). Berkshire: McGraw Hill Education.

- Van 't Land, H., Verdurmen, J., ten Have, M., van Dorsselaer, S., Beekman, A., & de Graaf, R. (2010). The association between arthritis and psychiatric disorders; results from a longitudinal population-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, p.187-193.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.
- Wrosch, C., Miller, G. E., Scheier, M. F., & Brun de Pontet, S. (2007). Giving up on unattainable goals: benefits for health? *Personality and social psychology bulletin*, 33 (2) , 251-265. DOI: 10.1177/0146167206294905
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R., & Carver, C. S. (2003). Adaptive self- regulation of unattainable goals: goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being. *Personality and social psychology bulletin*, 29 (12), 1494-1508. DOI: 10.1177/0146167203256921
- Zigmond, A. S., & Snalth, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr. Scand*, 67, 361-370.

*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

### **LEVEN MET REUMA EN HET AANPASSEN VAN BELANGRIJKE PERSOONLIJKE DOELEN**

Vragenlijst nummer 1  
Najaar 2010

Contactpersoon:

Roos Arends  
Universiteit Twente  
Afdeling PCGR  
Citadel T400

Telefoonnummer: +31 (0)614789529  
Email: [r.y.arends@utwente.nl](mailto:r.y.arends@utwente.nl)  
Internet: [www.utwente.nl/gw/pcgr/mw/arends/.doc/](http://www.utwente.nl/gw/pcgr/mw/arends/.doc/)





*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

1. Op welke datum vult u deze vragenlijst in?

-   -

2. Wat is uw geboortedatum?

-   -

3. Wat is uw geslacht?

- man  
 vrouw

4. Wat is uw burgerlijke staat?

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

5. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

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

6. Wat is de beste omschrijving van uw huidige situatie? (Wilt u één antwoord geven?)

- fulltime werk       werkloos  
 parttime werk       arbeidsongeschikt (WAO/WIA)  
 huishouden       gepensioneerd (AOW, VUT)  
 school of studie



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

7. Welke vorm(en) van reuma heeft u?

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

8. Sinds wanneer heeft u last van uw reumatische aandoening? (Wilt u globaal het jaar invullen?)

--	--	--	--



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

De volgende uitspraken hebben betrekking op situaties waarin men wensen, doelen of plannen niet zo kan realiseren zoals men dat graag zou willen. Kleur het hokje 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.

	Geheel mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Geheel mee eens
1) Wanneer ik ergens op vastloop, vind ik het moeilijk een andere aanpak te kiezen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Hoe moeilijker een doel te bereiken is, hoe aantrekkelijker ik het vind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ik kan erg halsstarrig zijn in het nastreven van mijn doelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Zelfs in de grootste tegenslagen zie ik vaak nog iets positiefs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Wanneer ik tegen problemen aanloop, span ik me gewoonlijk meer in.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Om teleurstellingen te voorkomen, stel ik mijn doelen niet te hoog.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Ook in schijnbaar uitzichtloze situaties blijf ik vechten om mijn doel te bereiken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Zelfs wanneer iets behoorlijk fout loopt, zie ik toch ergens een lichtpuntje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Ik verlies meestal mijn interesse voor zaken waar anderen beter in zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Ik vind het makkelijk om van een wens af te zien als deze moeilijk te vervullen lijkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

	Geheel mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Geheel mee eens
11) Wanneer ik tegen grote problemen aanloop, zoek ik liever een nieuw doel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Het leven is veel aangenamer, als ik er niet te veel van verwacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Ik breng mijzelf in de problemen doordat ik hoge eisen stel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Als ik lang vergeefs met een probleem bezig geweest ben, merk ik vaak dat ik eigenlijk ook goed zonder oplossing kan leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Over het algemeen ben ik niet erg lang van slag over een gemiste kans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Ik kan mij vrij goed aan veranderde omstandigheden of plannen aanpassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Ik kan bijna overal iets positiefs in zien, zelfs wanneer ik iets wat me dierbaar is moet opgeven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Ik vermijd het om mij met problemen bezig te houden waarvoor ik geen oplossing heb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Over het algemeen ken ik mijn eigen grenzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Wanneer ik een doel niet kan bereiken, verander ik liever mijn doel dan maar te blijven proberen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Na een grote tegenslag richt ik me snel op nieuwe taken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Ik sluit wel eens mijn ogen voor grote problemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

	Geheel mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Geheel mee eens
23)Als ik niet gemakkelijk krijg wat ik wil, blijf ik het geduldig proberen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24)Bij een teleurstelling herinner ik mijzelf eraan dat andere dingen in het leven net zo belangrijk zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25)Ook als alles mis lijkt te gaan, blijf ik meestal positief.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26)Nederlagen kan ik moeilijk accepteren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27)Zelfs als alles uitzichtloos lijkt, probeer ik nog de situatie onder controle te krijgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28)Wanneer ik eenmaal iets in mijn hoofd heb gezet, laat ik me daar zelfs niet door grote moeilijkheden vanaf brengen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29)Wanneer ik in ernstige problemen zit, vraag ik me meteen af hoe ik het beste van de situatie kan maken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30)Ik zal alleen dan echt tevreden zijn, wanneer alles precies is zoals ik het wil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

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 weten **hoe u normaal gesproken zou reageren** als u dit zou overkomen. Kleur het hokje in dat aangeeft in welke mate u het eens of oneens bent met de onderstaande stellingen.

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

	Geheel mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Geheel mee eens
1) ...verlaag ik gemakkelijk mijn inspanningen om het doel te bereiken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ...overtuig ik mezelf ervan dat ik andere belangrijke doelen heb om na te streven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ...houd ik toch nog lang aan dat doel vast; ik kan het niet loslaten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ...ga ik aan andere doelen werken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ...bedenk ik andere nieuwe doelen die ik kan nastreven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ...vind ik het moeilijk om dit doel niet meer na te streven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ...zoek ik andere betekenisvolle doelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ...vind ik het makkelijk om dit doel los te laten en er niet meer aan te denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ...zeg ik tegen mezelf dat ik nog genoeg andere nieuwe doelen heb waarop ik me kan richten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10)...zet ik me in voor andere betekenisvolle doelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

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

	Geheel mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Geheel mee eens
1) Ik ben tevreden over mijn eigen mogelijkheden om de pijn van mijn reumatische aandoening te beheersen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Bij pijn en stijfheid door mijn reumatische aandoening kan ik mijn dagelijkse bezigheden gewoon blijven uitvoeren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ik ben er zeker van dat ik kan slapen ondanks de pijn van mijn reumatische aandoening.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Ik ben er zeker van dat ik de pijn als gevolg van mijn reumatische aandoening behoorlijk kan verminderen zonder extra medicijnen te gebruiken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Ik ben er zeker van dat ik de pijn door mijn reumatische aandoening tijdens mijn dagelijkse bezigheden goed aankan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Ik ben tevreden over mijn eigen mogelijkheden om zelf dagelijkse bezigheden uit te voeren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Ik ben er zeker van dat ik mijn vermoeidheid kan beheersen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

	Geheel mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Geheel mee eens
8) Ik ben er zeker van dat ik mijn bezigheden zo kan regelen dat mijn reumatische aandoening er niet door wordt verergerd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Ik ben er zeker van dat ik me er zelf weer bovenop kan helpen als ik me een beetje somber voel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Ik ben er zeker van dat ik mijn reumatische aandoening zodanig kan beheersen dat ik kan doen wat ik leuk vind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Ik ben er zeker van dat ik de frustraties die ik door mijn reumatische aandoening ondervind, aankan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

Hieronder staan een aantal uitspraken, die door mensen zijn gebruikt om zichzelf te beschrijven. Lees iedere uitspraak en kleur het vakje in van het antwoord dat het beste weergeeft hoe u zich **gedurende de laatste week** gevoeld heeft.

- 1) Ik voel me gespannen:
- Meestal  
 Vaak  
 Af en toe, soms  
 Helemaal niet
- 2) Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot:
- Zeker zo veel  
 Niet zoveel als vroeger  
 Weinig  
 Haast helemaal niet
- 3) Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren:
- Heel zeker en vrij erg  
 Ja, maar niet zo erg  
 Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over  
 Helemaal niet
- 4) Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien:
- Net zoveel als vroeger  
 Niet zo goed als vroeger  
 Beslist niet zoveel als vroeger  
 Helemaal niet
- 5) Ik maak me vaak ongerust:
- Heel erg vaak  
 Vaak  
 Af en toe maar niet te vaak  
 Alleen soms
- 6) Ik voel me opgewekt:
- Helemaal niet  
 Niet vaak  
 Soms  
 Meestal
- 7) Ik kan rustig zitten en me ontspannen:
- Zeker  
 Meestal  
 Niet vaak  
 Helemaal niet



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

8) Ik voel me alsof alles moeizamer gaat:

- Bijna altijd  
 Heel vaak  
 Soms  
 Helemaal niet

9) Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag:

- Helemaal niet  
 Soms  
 Vrij vaak  
 Heel vaak

10) Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk:

- Zeker  
 Niet meer zoveel als ik zou moeten  
 Waarschijnlijk niet zoveel  
 Evenveel interesse als vroeger

11) Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben:

- Heel erg  
 Tamelijk veel  
 Niet erg veel  
 Helemaal niet

12) Ik verheug me van tevoren al op dingen:

- Net zoveel als vroeger  
 Een beetje minder dan vroeger  
 Zeker minder dan vroeger  
 Bijna nooit

13) Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst:

- Zeer vaak  
 Tamelijk vaak  
 Niet erg vaak  
 Helemaal niet

14) Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma:

- Vaak  
 Soms  
 Niet vaak  
 Heel zelden

15) Neemt u door een arts voorgeschreven medicijnen om uw stemming te verbeteren?

- Ja  
 Nee



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

Bij de volgende uitspraken gaat het erom hoe u **uw leven als geheel** ervaart. Wilt u alstublieft het vakje van het antwoord dat het meest bij u past, inkleuren?

	Geheel mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Geheel mee eens
1) Ik voel dat mijn leven een richting en een doel heeft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Mijn dagelijkse activiteiten lijken mij vaak triviaal en onbelangrijk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ik heb geen duidelijk gevoel over wat ik probeer te bereiken in het leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Ik geniet ervan om plannen te maken en te werken aan de realisering ervan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Sommige mensen gaan doelloos door het leven, maar ik niet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Mijn dagelijkse activiteiten zijn voor mij een bron van veel genoeg en voldoening.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

Deze vragenlijst bestaat uit een aantal woorden die verschillende gevoelens en emoties beschrijven. Kleur alstublieft het vakje in wat weergeeft in hoeverre u zich zo gevoeld hebt in de **afgelopen week**.

	Nauwe- lijks of helemaal niet	Een beetje	Matig	Best veel	In sterke mate
1) Geïnteresseerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Uitgelaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Sterk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Enthousiast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Trots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Alert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Geïnspireerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Vastberaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Aandachtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Actief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

In de deze vragenlijst worden een aantal vragen gesteld over dagelijkse bezigheden. Het doel van deze vragenlijst is om een beeld te krijgen van de manier waarop uw gezondheid de mogelijkheden beïnvloedt om het leven te leiden dat u wilt, en hoe u dit beleeft en beoordeelt.

Bij de beantwoording van de vragen gaat het uitsluitend om uw mening en uw ervaringen. Er zijn geen goede of foute antwoorden; het gaat erom dat u het antwoord geeft dat volgens u het beste bij uw situatie past.

Bij elke vraag selecteert u steeds één antwoord. Ook wanneer u een vraag onbelangrijk vindt of hierover geen mening heeft, vragen wij u het antwoord te selecteren dat het beste bij uw situatie past. Wanneer u twijfelt, kies dan het antwoord dat het dichtst in de buurt komt van wat u denkt.



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

**Bezigheden en taken in en om het huis**

De volgende vragen gaan over de bezigheden en verantwoordelijkheden die u thuis hebt. Hierbij kunt u o.a. denken aan de verzorging en opvoeding van kinderen, huisdieren, huishoudelijke werkzaamheden en onderhoud van de tuin. Het gaat er om in hoeverre u kunt bepalen wanneer en hoe iets gebeurt, ook als u het niet zelf doet, daarom staat het woord 'laten' in sommige vragen tussen haakjes.

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Zeer goed
1) Mijn bijdrage aan de taken in en om het huis zoals ik dat wil, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Het (laten) doen van licht huishoudelijk werk, (bijvoorbeeld koffie of thee zetten) zoals ik het wil, gaat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Het (laten) doen van zwaarder huishoudelijk werk (bijvoorbeeld schoonmaken) zoals ik het wil, gaat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Het (laten) doen van huishoudelijke taken wanneer ik dat wil, gaat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Het (laten) doen van klusjes en onderhoud van huis en tuin zoals ik het wil, gaat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) De mogelijkheid om in huis de rol te vervullen die bij mij hoort, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Geldebesteding**

In deze vraag gaat het erom of uw gezondheid of beperking van invloed is op de besteding van uw inkomen of zakgeld.

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Zeer goed
7) De mogelijkheid om mijn geld te besteden zoals ik het wil, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

**Sociale contacten en relaties**

De volgende vragen gaan over de kwaliteit en frequentie van uw sociale contacten. Het kan zijn dat door uw gezondheid of beperking sociale contacten anders verlopen of minder vaak voorkomen.

In de vragen 10 en 12 wordt gesproken van 'respect'. Met *respect* wordt bedoeld de mate waarin anderen u correct en beleefd behandelen.

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Zeer goed
8) De mogelijkheid tot een gelijkwaardig gesprek met de mensen die me dierbaar zijn, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) De omgang met de mensen die me dierbaar zijn, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Het respect dat ik ontvang van mensen die me dierbaar zijn, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) De omgang met mensen die ik minder goed ken, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Het respect dat ik ontvang van mensen die ik minder goed ken, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) De mogelijkheid tot intimiteit, zoals ik dat wil, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anderen helpen of steunen**

Deze vraag gaat over uw mogelijkheden om anderen te helpen of te steunen. Daarbij kunt u denken aan familie, vrienden, buren of kennissen, maar ook aan de vereniging of organisatie waar u misschien lid van bent.

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Zeer goed
14) De mogelijkheid om mensen te helpen of steunen die me nodig hebben, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

**Betaald werk of vrijwilligerswerk**

Dan nu een vraag over werk (betaald of vrijwilligerswerk). We willen graag uw mening horen over uw mogelijkheid om het werk van uw keuze te vinden of te behouden, ook als dit onderwerp voor u op dit moment niet zo relevant is.

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Zeer goed
15) De mogelijkheid om het betaalde werk of vrijwilligerswerk te doen dat ik wil, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wanneer u op dit moment geen betaalde baan heeft en geen vrijwilligerswerk doet, kunt u verder gaan met vraag 20. Wanneer u wel werk heeft of door ziekte tijdelijk niet werkt, vragen wij u om de volgende vragen wel in te vullen.

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Zeer goed
16) De mogelijkheid om mijn werk uit te voeren zoals ik het wil is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Het contact met collega's is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) De mogelijkheid om de positie te bereiken of te handhaven die ik wil, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) De mogelijkheid om van functie of werkgever te veranderen, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

**Onderwijs, cursussen en opleiding**

De volgende vraag gaat over de invloed van uw gezondheid of beperking op de mogelijkheid om de opleiding of cursus van uw keuze te (blijven) volgen.

Wanneer u niet de wens heeft om een opleiding of cursus te volgen, vult u 'niet van toepassing' in.

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Zeer goed
20) De mogelijkheid om de opleiding of cursus van mijn keuze te (blijven) volgen, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niet van toepassing:	<input type="checkbox"/>				

**Mobiliteit: gaan en staan waar en wanneer u wilt**

Nu willen we u een aantal vragen stellen over mobiliteit: de mogelijkheid om te gaan en staan waar en wanneer u wilt buitenshuis. Het gaat er in deze vragen vooral om of u zelf kunt bepalen waar u in uw (vrije) tijd naar toe gaat en wanneer u dat doet en hoe lang.

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Zeer goed
21) Het bezoeken van burens, vrienden en kennissen wanneer ik dat wil, gaat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Het maken van uitstapjes of een (vakantie)-reis zoals ik dat wil, gaat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) De mogelijkheid om mijn vrije tijd te besteden zoals ik het wil, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) De frequentie waarmee ik mensen zie, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

**Samenvattend**

In deze vragenlijst heeft u vragen beantwoord die te maken hebben met de gevolgen van uw gezondheid of beperking voor uw persoonlijke, sociale en maatschappelijke leven. Wilt u nog eens in het algemeen aangeven of u vindt dat u zelf voldoende kunt bepalen wat u wilt (laten) doen?

Slecht      Matig      Redelijk      Goed      Zeer goed

25) Mijn mogelijkheid om te leven op de manier zoals ik het wil, is:



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

De volgende vragen gaan over de invloed van uw ziekte op het functioneren in het dagelijks leven. Kruis alstublieft het antwoord aan dat het best beschrijft wat u meestal kon doen in de **afgelopen week**.

**AANKLEDEN & VERZORGING**

zonder enige moeite

met enige moeite

met veel moeite

onmogelijk uit te voeren

1) Kunt u zichzelf aankleden, inclusief veters strikken en knopen dichtmaken?





2) Kunt u uw haren wassen?





**OPSTAAN**

3) Kunt u opstaan vanuit een rechte stoel?





4) Kunt u in en uit bed komen?





**ETEN**

5) Kunt u vlees snijden?





6) Kunt u een vol kopje of glas naar de mond brengen?





7) Kunt u een nieuw pak melk openen?





**LOPEN**

8) Kunt u buitenshuis op een vlakke grond wandelen?





9) Kunt u vijf traptreden opklimmen?





Kruis aan welke HULPMIDDELEN u normaal gebruikt voor de bovenstaande activiteiten:

Wandelstok

Hulpmiddelen, gebruikt bij het aankleden (knoophaak, ritssluiting-trekker, lange-steel schoenlepel, etc.)

Rollator / looprekje

Speciale of aangepaste hulpmiddelen bij eten of drinken

Krukken

Speciale of aangepaste stoel

Rolstoel

Overige hulpmiddelen

Kruis elke categorie aan waarvoor normaal HULP VAN ANDEREN nodig heeft:

Aankleden / verzorging

Eten

Opstaan

Lopen



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

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

	zonder enige moeite	met enige moeite	met veel moeite	onmogelijk uit te voeren
<b>HYGIËNE</b>				
10)Kunt u zelf uw lichaam wassen en afdrogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11)Kunt u in en uit bad komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12)Kunt u op en van het toilet komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>REIKEN</b>				
13)Kunt u iets van 2,5 kg (bijvoorbeeld een zak aardappelen of rijst) van net boven uw hoofd pakken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14)Kunt u voorover buigen om kleren van de vloer op te rapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GRIJPKRACHT</b>				
15)Kunt u auto-portieren openen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16)Kunt u deksels van potten, die al eens geopend zijn, losdraaien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17)Kunt u een kraan open- en dichtdraaien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ACTIVITEITEN</b>				
18)Kunt u boodschappen doen en winkelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19)Kunt u in en uit een auto komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20)Kunt u klussen doen, zoals stofzuigen of tuinieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kruis aan welke **HULPMIDDELEN** u normaal gebruikt voor de bovenstaande activiteiten:

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

Kruis elke categorie aan waarvoor u normaal **HULP VAN ANDEREN** nodig heeft:

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



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

- 1) Vult u nu alstublieft het vakje in van het getal wat aangeeft hoeveel pijn u had in de afgelopen 7 dagen als gevolg van uw aandoening.

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

- 2) Geef op onderstaande lijn uw mate van vermoeidheid aan, gemiddeld genomen over de afgelopen 7 dagen.  
Wilt u dit aangeven door een verticaal streepje ( | ) te zetten op onderstaande lijn?

geen vermoeidheid    \_\_\_\_\_    totaal uitgeput

- 3) Geef op onderstaande lijn aan hoeveel effect vermoeidheid de afgelopen 7 dagen op uw leven heeft gehad.  
Wilt u dit aangeven door een verticaal streepje ( | ) te zetten op onderstaande lijn?

geen effect    \_\_\_\_\_    heel veel effect

- 4) Geef op onderstaande lijn aan hoe goed u de laatste 7 dagen met vermoeidheid bent omgegaan.  
Wilt u dit aangeven door een verticaal streepje ( | ) te zetten op onderstaande lijn?

helemaal niet goed    \_\_\_\_\_    zeer goed



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

Kruis **elke** aandoening aan waarvoor u het **afgelopen jaar** onder behandeling bent geweest bij een huisarts of medisch specialist.

- Infectieziekten (bijv. ziekte van Lyme, malaria, hepatitis, AIDS/HIV)
- Kwaadaardige aandoening of kanker
- Bloedziekte of aandoening afweersysteem (bijv. stollingsstoornis, sikkelcelanemie)
- Stofwisselingsaandoening (bijv. diabetes, aandoening aan de (bij)schildklier)
- Psychische aandoening (bijv. depressie, angststoornis)
- Aandoening van het zenuwstelsel (bijv. epilepsie, Parkinson, M.S., hernia)
- Aandoening van zintuigen (gezichts-of gehoorproblemen)
- Aandoening van het hart- of vaatstelsel (bijv. angina pectoris, hartinfarct)
- Aandoening van het ademhalingsstelsel (bijv. astma, longemfyseem, COPD)
- Aandoening van het spijsverteringsstelsel (maag-, darm-, of leverproblemen)
- Aandoening van de huid (bijv. eczeem, psoriasis)
- Aandoening van urinewegen of geslachtsorganen (bijv. nieraandoening)
- Allergie (bijv. hooikoorts, allergie voor huisstofmijt, voedselallergie)
- Letsel, vergiftiging of gevolgen na een ongeluk/ongeval
- Chronische vermoeidheid (bijv. C.V.S. of M.E.)
- Andere hiervoor niet genoemde aandoening(en)



*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst. Wilt u nog even controleren of u geen vragen vergeten bent?

Wilt u de ingevulde vragenlijst samen met het ondertekende toestemmingsformulier terugsturen in de antwoordenvelop?

Vriendelijke groet,

Roos Arends



