

Angst en depressie in relatie tot doelmanagement strategieën bij reumapatiënten

Is het zinvol angst en depressie als één
construct te analyseren?

Enschede
28 juni 2011

Bachelorthesis Erna Top

1e begeleider: dr. C. Bode

2e begeleider: R.Y. Arends, MSc

Samenvatting

Vaak worden angst en depressie als twee verschillende constructen geanalyseerd. Er is echter ook bewijs dat er één achterliggend construct bestaat, namelijk psychologische distress. In dit onderzoek werd de vraag: 'is het zinvol angst en depressie bij reumapatiënten als één construct te analyseren?' beantwoord. Dit werd onderzocht in relatie tot vier doelmanagement strategieën bij de patiënten: goal disengagement, goal re-engagement, assimilatieve coping en accommodatieve coping. Ook de relatie tussen angst en depressie en de vier doelmanagement strategieën werd onderzocht. Het onderzoek werd gehouden onder 199 reumapatiënten van achttien jaar en ouder, die behandeld worden in het Medisch Spectrum Twente. Bij deze patiënten werd de mate van depressie en angst gemeten met de HADS, het gebruik van goal disengagement en goal re-engagement gemeten met de GAS, en het gebruik van assimilatieve coping en accommodatieve coping gemeten met de Tenflex. Alle Cronbach's alpha's waren hoog, uitgezonderd die van de goal disengagement schaal.

Om het aantal achterliggende constructen van angst en depressie te meten, werd een exploratieve factoranalyse gedaan. Hiermee werd bewijs gevonden voor een drie factormodel met de volgende factoren: distress, angst en depressie. Deze uitkomst was in overeenstemming met hypothese 1. Vervolgens is een regressieanalyse uitgevoerd om te kijken hoe de doelmanagement strategieën in deze populatie samenhangen met de drie gevonden factoren. Omdat met goal disengagement geen enkele significante relatie is gevonden, werd hypothese 2 verworpen. Hypothese 3 werd deels verworpen, want goal re-engagement bleek significant samen te hangen met distress, maar had geen significante relatie met angst en depressie. Ook hypothese 4 en 5 werden deels verworpen. Zowel assimilatieve coping als accommodatieve coping bleken negatief samen te hangen met depressie, maar hadden geen significante relatie met angst en distress. Dit betekent dat bij het gebruik van goal re-engagement, distress af zal nemen en bij het gebruik van assimilatieve coping en accommodatieve coping de depressiesymptomen af zullen nemen. Om begeleiders van reumapatiënten de strategieën op de juiste manier te laten stimuleren, is het nuttig in een vervolgstudie te onderzoeken wat de redenen van deze relaties zijn.

De grootste beperking van het onderzoek is het gebruik van exploratieve factoranalyse, in plaats van confirmatieve factoranalyse. In verband met tijdgebrek kon dit echter niet voorkomen worden.

Abstract

Usually, anxiety and depression are analyzed as two different constructs. However, there is also evidence that there exists one underlying construct: psychological distress. In this study, the question 'is it useful to analyze anxiety and depression in rheumatic patients as one construct'? is being answered. This was examined in relation to four goalmanagement strategies: goal disengagement, goal reengagement, assimilative coping and accommodative coping. The relationship between the four goalmanagement strategies and anxiety and depression was also examined. The study was conducted among 199 rheumatoid patients from eighteen years of age, treated at the Medical Spectrum Twente. The degree of anxiety and depression is measured with the HADS, the use of goal disengagement en goal reengagement is measured with the GAS and the use of assimilative coping and accommodative coping is measured with the tenflex. All Cronbach's alpha's were high, except the Cronbach's alpha of the goal disengagement scale.

To measure the number of underlying constructs of the HADS, an exploratory factor analysis was done. This analysis gave evidence for a three factor model with the following factors: distress, anxiety and depression. This result was consistent with the first hypothesis. Next, a regression analysis is done to discover how the goalmanagement strategies are related to the three factors. Because goal disengagement had no significant relationship, hypothesis two was rejected. Hypothesis three was partly rejected, because goal reengagement was significantly associated with distress, but not with depression and anxiety. Both assimilative coping as accommodative coping were negatively associated with depression, but had no significant relationship with anxiety and distress. This means that the use of goal reengagement will decrease distress and the use of both assimilative and accommodative coping will decrease depression symptoms. In a follow-up study could be explored what the reasons of this relationships are, so that the supervisors of rheumatic patients know how they can stimulate goalmanagement strategies in the best way.

The main limitation of this study is the use of exploratory factor analysis instead of confirmatory factor analysis. Due to lack of time, this could not be prevented.

Inhoud

Samenvatting.....	2
Abstract.....	3
1. Inleiding en theoretisch kader	5
1.1 Aanleiding voor het onderzoek en doel van het onderzoek.....	5
1.2 Theoretisch kader	5
1.2.1 Depressie	5
1.2.2 Angst	6
1.2.3 Reuma	7
1.2.4 Angst en depressie bij reumapatiënten	7
1.2.5 Subjectief welzijn	9
1.2.6 De relatie tussen angst en depressie	9
1.2.7 Goal disengagement en goal re-engagement	11
1.2.8 Assimilatieve coping en accommodatieve coping.....	13
1.3 Hypothesen	14
2. Methode	15
2.1 Respondenten.....	15
2.2 Meetinstrument.....	16
2.2.1 Demografische gegevens	17
2.2.2 Angst en depressie	17
2.2.3 Assimilatieve en accommodatieve strategieën.....	17
2.2.4 Goal disengagement en goal re-engagement strategieën	17
2.3 Data analyse	18
3. Resultaten	19
3.1 Angst en depressie	19
3.2 Doelmanagement strategieën in relatie tot angst, depressie en distress.....	23
3.2.1 Goal disengagement en goal re-engagement in relatie tot angst, depressie en distress.....	23
3.2.2 Assimilatieve coping en accommodatieve coping in relatie tot angst, depressie en distress.....	24
4. Discussie en aanbevelingen	25
4.1 De relatie tussen angst en depressie bij reumapatiënten.....	26
4.2 Goal disengagement en goal re-engagement in relatie tot angst, depressie en distress.....	28
4.3 Assimilatieve coping en accommodatieve coping in relatie tot angst, depressie en distress.....	29
4.4 Beperkingen van het huidige onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	30
4.5 Eindconclusie.....	31
Referenties.....	32
Appendix	34

1. Inleiding en theoretisch kader

Dit onderzoek gaat over angst en depressie bij reumapatiënten. Deze twee constructen worden bekeken in samenhang met verschillende doelmanagement strategieën bij de patiënten. In deze inleiding zullen eerst de aanleiding en het doel van het onderzoek besproken worden. Daarna volgt het theoretisch kader. Hierin zal aandacht besteed worden aan angst, depressie en de ziekte reuma. Daarna zullen angst en depressie bij reumapatiënten aan de orde komen, waarna de relatie tussen angst en depressie behandeld wordt. Vervolgens worden verschillende doelmanagement strategieën besproken: goal disengagement & goal re-engagement en assimilatieve coping & accommodatieve coping. Als laatste komen de hypothesen aan bod.

1.1 Aanleiding voor het onderzoek en doel van het onderzoek

Er zijn verschillende onderzoeken naar de constructen achter angst en depressie gedaan. Vaak wordt gedacht dat angst en depressie twee aparte constructen zijn. Zigmond & Snaith (1983) ontwikkelden bijvoorbeeld een vragenlijst, de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), waarin deze twee constructen ieder met een aparte schaal gemeten worden. Er zijn echter ook onderzoeken die bewijs voor één maat van psychologische 'distress' vonden. Razavi, Delvaux, Farvacques, & Robaye (1990) vonden in hun onderzoek bijvoorbeeld dat de HADS één, in plaats van twee, constructen meet. Daarnaast bestaat er zelfs bewijs voor een drie factormodel (o.a. Friedman, Samuelian, Lancrenon, Even & Chiarelli, 2001). Onderzoek naar de achterliggende factoren van angst en depressie is echter nog niet bij reumapatiënten gedaan. Het doel van dit onderzoek is de factorstructuur van de HADS te onderzoeken, om de genoemde 'distress' bij reumapatiënten in relatie tot doelmanagement strategieën nader te bekijken. Is het inderdaad nuttig angst en depressie bij reumapatiënten, in relatie tot doelmanagement strategieën, als één construct te analyseren, of moeten deze twee apart geïnterpreteerd worden?

1.2 Theoretisch kader

1.2.1 Depressie

Een eenduidige definitie van depressie is moeilijk te geven. Allereerst moet een onderscheid gemaakt worden tussen het gebruik van de term 'depressie' in het dagelijks taalgebruik en de term zoals psychologen deze gebruiken. In het dagelijks gebruik betekent depressie vaak iets als 'zich somber voelen'. Volgens het woordenboek 'Van Dale' (1996) is de betekenis van depressie: 'aanhoudend gevoel van neerslachtigheid'. Uit deze omschrijvingen komt vooral de sombere stemming naar voren. Wanneer psychologen echter over een depressie spreken, gaat het niet alleen om een sombere stemming, maar bedoelen zij de depressieve stoornis. Slechts één van de kenmerken van een

depressieve stoornis is de sombere stemming. Volgens de DSM-IV wordt echter pas van een depressieve stoornis gesproken als sprake is van meerdere kenmerken. Bovendien maakt de DSM-IV onderscheid tussen twee depressieve stoornissen: de depressieve stoornis en dysthymie. Van een depressieve stoornis ('depressie in engere zin') is sprake als tenminste vijf van de negen genoemde symptomen voorkomen. Minstens één van de symptomen moet 'een depressieve stemming' of 'verlies van interesse of plezier' zijn. Andere symptomen die bijvoorbeeld genoemd worden: moeite met in- of doorslapen, moeheid en gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (van der Molen, Perreijn & van den Hout, 2007). Ook moeten de symptomen duidelijk lijden veroorzaken, niet het gevolg van directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening zijn en geen onderdeel van een rouwproces (tot twee maanden na het overlijden van een persoon) zijn. Verder mogen de symptomen niet voldoen aan de criteria voor een gemengde episode (de persoon is dan zowel manisch als depressief). Ook de dysthyme stoornis valt onder de depressieve stoornissen. Karakteristiek voor de dysthyme stoornis is een lange periode (minimaal twee jaar) waarin de meeste dagen een depressieve stemming aanwezig is. Als de stemming tijdelijk verbetert, duurt dit nooit langer dan twee maanden (van der Molen et al. 2007). De symptomen van een dysthyme stoornis zijn minder ernstig, maar duren wel veel langer. In dit onderzoek gaat het vooral over de 'depressie in engere zin'.

1.2.2 Angst

Ook angst is niet gemakkelijk te definiëren. Er zijn verschillende soorten angststoornissen. Vandereycken et al. (2008) spreken over bijvoorbeeld de enkelvoudige fobie, de paniekstoornis, sociale fobie en de gegeneraliseerde angststoornis. Een vragenlijst die angst meet, is bijvoorbeeld de STAI (symptom checklist 90-R). Deze vragenlijst maakt onderscheid tussen 'trait anxiety' en 'state anxiety'. Trait anxiety is de angst die men als karaktereigenschap kan hebben. Deze hangt dus niet af van een bepaalde situatie, maar de persoon heeft er op willekeurige momenten last van. State anxiety hangt juist wel af van de situatie waarin men zich bevindt.

In het huidige onderzoek wordt de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) gebruikt. De angstschaal van de HADS meet de mate van mogelijke aanwezigheid van angstsymptomen. Angst wordt in deze schaal niet verder opgedeeld, maar gezien als één construct.

Dit onderzoek wordt onder reumapatiënten gehouden. Om angst en depressie bij reumapatiënten goed te kunnen interpreteren, is het noodzakelijk enige kennis over reuma te hebben. Hier wordt in de volgende paragraaf verder op ingegaan.

1.2.3 Reuma

Reuma is een veel voorkomende ziekte in Nederland. Ongeveer 2,3 miljoen Nederlanders hebben een vorm van reuma (reumafonds, z.d.). Volgens het reumafonds is ruim de helft van deze mensen jonger dan 65 jaar. Reumatische klachten zijn vaak te omschrijven als pijn, stijfheid in spieren en/of gewrichten en vermoeidheid. Volgens van Putten & Ruys (2008) wordt onder reuma verstaan: 'Alle aandoeningen van het bewegingsapparaat die niet het gevolg zijn van traumatische, neurologische of aangeboren oorzaken. Een traumatische oorzaak is een letsel ten gevolge van een ongeval of langdurige overbelasting (sport of werk). Een neurologische oorzaak is gelegen in het zenuwstelsel. Een aangeboren oorzaak is bij de geboorte reeds aanwezig'. Wat de oorzaak van reuma wel is, is op dit moment niet bekend. Medici spreken vaak van 'reumatische aandoeningen' in plaats van 'reuma'. Dit doen zij omdat er veel verschillende vormen zijn die onder de noemer 'reuma' vallen. De reumatische aandoeningen zijn ingedeeld in drie categorieën. De eerste categorie is ontstekingsreuma. Bij deze vorm heeft de patiënt last van ontstekingen, die onder andere de gewrichten aantasten. Ook het veelvoorkomende reumatoïde artritis hoort tot deze categorie. De tweede categorie is artrose. Hierbij verdwijnt het kraakbeen in de gewrichten. De laatste categorie is wekedelenreuma. Bij deze vorm heeft de patiënt pijn aan onder andere spieren, banden, pezen en het kapsel om de gewrichten, wat niet veroorzaakt wordt door ontstekingen. Tot deze categorie hoort bijvoorbeeld fibromyalgie. In Nederland komt artrose het vaakst voor, gevolgd door ontstekingsreuma. Wekedelenreuma komt het minste voor. Ook zijn er patiënten die meerdere vormen van reuma hebben (Reumafonds, z.d.).

Er zijn veel verschillende behandelingen van reuma. Voor sommige behandelingen is bewijs voor de effectiviteit gevonden, andere bevinden zich in de alternatieve sfeer. Deze behandelingen zijn niet gericht op het genezen van reuma; dit is (nog) niet mogelijk. Behandelingen kunnen zich wel op psychosociale factoren richten, zoals het beter informeren van patiënten, therapietrouw bevorderen en om leren gaan met de gevolgen van reuma (Taal, 1995).

Het reumafonds besteedde in 2010 5,5 miljoen euro aan wetenschappelijk onderzoek naar reuma (Persbericht Reumafonds, 2010). Deze onderzoeken richtten zich vooral op de oorzaak en de farmacologische behandeling van reuma. Samenvattend kan gezegd worden dat reuma een veel voorkomende ziekte is, waar (nog) geen genezende behandeling voor is.

1.2.4 Angst en depressie bij reumapatiënten

Het hebben van reuma kan het dagelijks leven enorm beïnvloeden (Taal, 1995). Naast het niet kunnen behalen van doelen, brengt ook de pijn zelf negatieve gevoelens met zich mee. Er bestaat een correlatie tussen depressie en reumatische pijn en tussen angst en reumatische pijn (Værøy, Tanum, Bruaset, Mørkrid & Førre, 2005). Ook blijkt er een link te bestaan tussen depressie en het

risico op algemeen slechter functioneren bij reumapatiënten (Værøy et al., 2005). Volgens van Tilburg en Fokkema (2006) hebben eenzame mensen vaker last van onder andere angst en depressie. Reumapatiënten ervaren vaker eenzaamheid dan patiënten met een andere (chronische) ziekte (Penninx, van Tilburg, Kriegsman, Boeke, Deeg & van Eijk, 1999). Reumapatiënten lopen hierdoor een groter risico op angst- en depressieklachten.

De afname van zowel depressie- als angstscores, gemeten met de HADS, correleert hoog met de afname van pijn, gemeten met de visual analogue scale (VAS) (Ash, Dickens, Creed, Jayson & Tomenson, 1999). Van pijn bij reuma kunnen mensen dus depressief worden (Taal, 1995). Deze relatie bestaat echter ook andersom (Wall, 1999). Wanneer mensen depressief zijn, kunnen de symptomen van reuma verergeren. De verwachtingen van patiënten, met betrekking tot hun behandeling, kunnen zeer belangrijk zijn. De verwachtingen worden echter beïnvloed door depressieve gevoelens. Wall (1999) vond bijvoorbeeld dat depressieve patiënten minder op een placebo reageerden, dan niet-depressieve patiënten.

Ook angst is aan reuma gerelateerd. Van Dyke et al. (2004) deden onderzoek naar angst onder reumapatiënten. Zij vonden in hun onderzoek dat reumapatiënten significant meer last hadden van angst dan een normatieve groep volwassenen van gelijke leeftijd. Verder vonden zij dat patiënten die depressiesymptomen vertoonden, ook vaker angstig waren. Onderwaardering van psychologische syndromen kan ook de behandeling van de somatische ziekte beïnvloeden, bijvoorbeeld door verminderde therapietrouw (Härter, Woll, Wunsch, Bengel, Reuter(2006). Het is belangrijk dat de mate van depressie bij reumapatiënten vroeg gemeten wordt, zodat er snel met een therapie begonnen kan worden, om te voorkomen dat ook de psychische klachten chronisch worden (Härter et al., 2006) en de lichamelijke klachten negatief gaan beïnvloeden (Wall, 1999).

Wanneer het bekend is dat een patiënt depressief is, kan hij hiervoor in therapie gaan om te zorgen dat de depressiesymptomen afnemen. Uit het hiervoor genoemde onderzoek van Wall (1999) kan geconcludeerd worden, dat wanneer iemand minder depressief is, de behandeling van de reuma ook beter zou kunnen aanslaan. Een therapievorm die voor depressie vaak gebruikt wordt, is cognitieve gedragstherapie. Bij depressie is de eerste stap in deze therapie gedragsactivering. De patiënt wordt gestimuleerd om activiteiten te gaan ondernemen (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Reumapatiënten belanden dan echter vaak in een vicieuze cirkel. Ze zouden gestimuleerd moeten worden activiteiten te ondernemen, maar de dingen die zij vroeger graag deden, kunnen vaak niet meer. Wanneer dit het geval is, zal gedragsactivering zich op andere doelen dan vroeger moeten richten. Daarvoor is het goed te weten of de patiënt in staat is nieuwe doelen te stellen. Kortom: als depressie- en angstklachten op tijd behandeld worden, kunnen patiënten nieuwe doelen gaan stellen, om het negatieve effect van psychische klachten op de lichamelijke klachten te verminderen.

Wrosch, Scheier, Miller, Schulz & Carver (2003) vonden in hun onderzoek dat doelen loslaten en het stellen van nieuwe doelen beide een positief effect hebben op het subjectieve welzijn. In de volgende paragraaf wordt subjectief welzijn verder besproken, het loslaten van doelen en het stellen van nieuwe doelen komen in paragraaf 1.2.7 aan de orde.

1.2.5 Subjectief welzijn

Subjectief welzijn is de evaluatie van het eigen leven. Deze kan verdeeld worden in een emotionele evaluatie en een cognitieve evaluatie (Diener, Oishi & Lucas, 2003). De cognitieve evaluatie bestaat uit een oordeel over de levenstevredenheid en voldoening en tevredenheid met verschillende domeinen. De emotionele evaluatie beschrijft de stemming van mensen (Diener et al., 2003). Vandereycken et al. (2008) omschrijven stemming als een gemoedstoestand van een zekere duur die niet direct betrekking heeft op een specifieke ervaring of beleving. Diener et al. (2003) beschrijven subjectief welzijn als een manier om levenstevredenheid te meten. Het is datgene dat leken 'gelukkig zijn' noemen. In de gezondheidspsychologie bestaat al sinds de jaren 50 van de vorige eeuw een stroming die mentale gezondheid niet alleen ziet als afwezigheid van depressie en distress, maar ook als de aanwezigheid van geluk en levenstevredenheid (Jahoda, 1958). Zij zien subjectief welzijn als een construct dat twee kanten heeft: aan de ene kant staan geluk en levenstevredenheid, aan de andere kant depressie en distress. Wanneer de depressie afneemt, zal het subjectieve welzijn dus toenemen.

De aanwezigheid van depressie en angst kan met verschillende tests onderzocht worden. Ook kunnen ze samen of apart geanalyseerd worden. In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

1.2.6 De relatie tussen angst en depressie

Angst en depressie komen vaak samen voor (Hirschfeld, 2001). Veel van de symptomen van angst- en depressiestoornissen overlappen. Slapeloosheid en verlies van eetlust zijn bijvoorbeeld symptomen die bij beide stoornissen horen (Hirschfeld, 2001). Ressler & Nemeroff (2000) deden onderzoek naar de pathofysiologie van zowel angst als depressie. Hieruit blijkt dat er bij zowel angst als depressie problemen met de serotonerge en noradrenerge systemen zijn. Dit verklaart waarom Robinson (2003) in zijn onderzoek met hartinfarctpatiënten bewijs vond voor de afname van zowel depressie- als angstklachten door het gebruik antidepressiva.

Er zijn verschillende instrumenten die angst en/of depressie meten. Eén daarvan is de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond & Snaith, 1983). Zoals de naam al zegt, meet de HADS zowel depressie als angst. De HADS is ontwikkeld als een zelfbeoordelingschaal voor klinisch gebruik. Tegenwoordig wordt de HADS echter ook vaak in andere settings gebruikt. De HADS bevat geen vragen die naar lichamelijke symptomen vragen, om verwarring met symptomen van

somatische ziekten te voorkomen (Zigmond & Snaith, 1983). Zigmond & Snaith (1983) interpreteren angst en depressie als twee verschillende constructen. Er zijn echter ook onderzoekers die angst en depressie samen nemen, als één construct voor een bepaalde psychologische 'distress'. Het onderzoek van Crawford, Henry, Crombie & Taylor (2001) bracht bijvoorbeeld bewijs in deze richting. Zij deden onderzoek met de HADS onder 1792 respondenten, die qua leeftijd, geslacht en status representatief voor de bevolking van Groot-Brittannië waren. Zij gingen op zoek naar de invloed van demografische variabelen op de HADS-scores. Deze invloed bleek minimaal te zijn. Bij verder onderzoek vonden zij een vrij grote overlap tussen de angst- en depressiescores van de HADS, namelijk een correlatie van .53. Dit zou kunnen betekenen dat angst en depressie ook in de populatie reumapatiënten voor een groot deel overlappen.

Razavi, Delvaux, Farvacques & Robaye (1990) deden onderzoek met de HADS bij 210 in het ziekenhuis opgenomen kankerpatiënten. Zij bekeken hoeveel mensen een 'true positive' score en hoeveel mensen een 'false positive' score op de HADS kregen. Hiermee wilden zij een goede cut-off score vinden. De beste cut-off score is volgens dit onderzoek een score die gebaseerd is op de totale score op de HADS. Dit onderzoek stelde vast dat de HADS beter gebruikt kan worden als een instrument om globale psychologische distress te meten, dan voor het zoeken naar aparte angst- en depressiescores.

Johnston, Pollard & Hennessey (2000) deden onderzoek met de HADS bij mensen met een hartinfarct, een beroerte en borstkanker. Zij stelden in dit onderzoek verschillende vragen met betrekking tot de HADS, waaronder de vraag of er bewijs is voor de scheiding van angst- en depressie-items van de HADS. Deze vraag onderzochten zij bij mensen met een hartinfarct of een beroerte. Door middel van een confirmatieve factoranalyse werd bekeken of de gegevens bij het opgestelde model pasten. Dit onderzoek vond bewijs voor een twee factormodel in deze populatie. Wel zouden twee items ('ik maak me vaak ongerust' en 'ik kan rustig zitten en me ontspannen') van de angstschaal naar de depressieschaal verplaatst moeten worden.

Er is niet alleen bewijs voor één en twee onderliggende factoren bij de HADS, er zijn ook onderzoekers die bewijs vonden voor een drie factormodel (bijvoorbeeld Friedman, Samuelian, Lancrenon, Even & Chiarelli, 2001). Zij lieten 2669 respondenten die aan een enkelvoudige depressie leden en niet opgenomen waren in een ziekenhuis, de HADS invullen. Hun hoofddoel was het onderzoeken van de factorstructuur en de veranderingsgevoeligheid van de HADS. Er werd een principale componenten analyse uitgevoerd op de HADS scores. Friedman et al. (2001) vonden de volgende drie factoren in hun populatie: psychologische angst (16.1% verklaarde variantie, eigenwaarde: 2.3), psychomotorische agitatie (verklaarde variantie: 8.4%, eigenwaarde: 1.2) en depressie (verklaarde variantie: 23.6, eigenwaarde 3.3). Verder bekeken zij ook nog het twee factormodel, maar de factorladingen lieten zien dat het drie factormodel beter bij deze populatie

paste. Het drie factormodel van Friedman et al. (2001) verklaarde in totaal 41.1% van de variantie. Ook Clark en Watson (1991) vonden een drie factormodel. Zij bekeken psychometrische en taxonomische kenmerken van zowel angst als depressie bij verschillende patiënten en normatieve groepen. Zij vonden dat er inderdaad een bepaalde algemene 'distress' bestond, maar dat angst en depressie ook gescheiden konden worden op basis van specifieke kenmerken van ieder syndroom. Zij vonden een drie factormodel, bestaande uit algemene 'distress', angst en depressie, de beste oplossing.

Tijdens het bestuderen van deze onderzoeken, is er zowel bewijs voor een één factormodel, als voor een twee en drie factormodel gevonden. Het onderzoek van Friedman et al. (2001) lijkt het meest op dit onderzoek. De respondenten van dat onderzoek hadden geen reuma, maar waren patiënten die behandeld werden met sertraline voor een depressie. Deze populatie was, net als de huidige populatie, niet in een ziekenhuis opgenomen. Ook de onderzoeksvraag van Friedman et al. (2001) lijkt het meest op de onderzoeksvraag van het huidige onderzoek. Een deel van het hoofddoel van dat onderzoek was namelijk het onderzoeken van de factorstructuur van de HADS. Dit is ook het doel van het huidige onderzoek. Omdat het huidige onderzoek het meest op het onderzoek van Friedman et al. (2001) lijkt, wordt verwacht dat ook de uitkomst van het huidige onderzoek het meest op de uitkomst van Friedman et al. (2001) lijkt.

Het huidige onderzoek wordt gehouden onder reumapatiënten. Door pijn en vermoeidheid zijn dingen die eerder vanzelfsprekend waren, voor veel reumapatiënten niet meer mogelijk. Hierbij kan het gaan om sociale activiteiten als vrienden bezoeken en sporten, maar bijvoorbeeld ook om huishoudelijke taken of werken (Taal, 1995). Patiënten kunnen dan moeilijkheden krijgen met het behalen van (soms onbewust) gestelde doelen. Dit kan leiden tot het op moeten geven van doelen. Over het stellen en opgeven van doelen zijn verschillende theorieën ontwikkeld. In de volgende paragrafen worden deze doelmanagement strategieën behandeld.

1.2.7 Goal disengagement en goal re-engagement

Het stellen van doelen kan zowel een positieve als een negatieve invloed op het welzijn hebben (Wrosch, Miller, Scheier & Brun de Pontet, 2007). Wanneer men zich een doel gesteld heeft, heeft men vaak het gevoel een richting in het leven gevonden te hebben. Doelen kunnen het leven van mensen meer structuur geven. Bovendien kunnen mensen, wanneer zij zich een doel hebben gesteld, evalueren of zij nog op de goede weg zitten en zich met zinvolle activiteiten bezighouden. Veel reumapatiënten zullen op een gegeven moment merken dat ze niet meer vorderen in het toewerken naar hun doelen. Wanneer mensen moeilijkheden ervaren met het behalen van doelen, ervaren zij vaak ook psychologische 'distress'. Volgens Wrosch et al. (2003) kunnen mensen in dat geval in twee processen terecht komen. In het eerste proces zal men doelen op moeten gaan geven,

wat 'goal disengagement' genoemd wordt. Dit is lastig, omdat mensen vaak toegewijd zijn aan hun doelen. Voor een succesvolle disengagement zal iemand minder toewijding voor zijn doelen moeten krijgen. Door een onbereikbaar doel op te geven, voorkomt men dat hij of zij telkens tot de conclusie komt het doel niet te kunnen bereiken. Ook voorkomt men dan het gevoel van psychologische 'distress' dat daar vaak bij hoort (Wrosch et al., 2003). Bovendien gaat het opgeven van doelen gepaard met meer tijd voor andere doelen. Dit is dan ook het volgende proces waar reumapatiënten zich in zullen moeten begeven: nieuwe doelen stellen, ofwel 'goal re-engagement'. Voor een succesvolle re-engagement zijn verschillende aspecten nodig: de patiënt moet zich kunnen identificeren met en toegewijd zijn aan het nieuwe doel en hij of zij moet het doel actief najagen (Wrosch et al., 2003). Door het stellen van nieuwe, bereikbare doelen, kan de patiënt weer het positieve effect van doelen in het leven ervaren.

Garnefski, Grol, Kraaij en Hamming (2009) onderzochten de relatie tussen cognitieve coping en depressiesymptomen en de relatie tussen doelmanagement en depressiesymptomen. Zij onderzochten dit bij mensen met een perifere slagader ziekte. Deze patiënten hebben net als reumapatiënten last van chronische pijn. Door deze overeenkomst zijn de uitkomsten van het onderzoek van Garnefski et al. (2009) relevant voor het huidige onderzoek. Garnefski et al. (2009) vonden een hoge negatieve correlatie tussen goal re-engagement en depressieve symptomen. Ook vonden zij een negatieve correlatie tussen goal disengagement en depressieve symptomen. Dit betekent dat de patiënten minder depressiesymptomen hadden, wanneer zij onbereikbare doelen opgaven en zich nieuwe doelen stelden.

In de literatuur is weinig te vinden over angst in relatie tot goal disengagement en goal re-engagement. VanDyke et al. (2004) vonden echter dat reumapatiënten die depressiesymptomen vertoonden, ook een grotere kans op angstsymptomen hadden. Daar kan uit geconcludeerd worden dat ook angst waarschijnlijk negatief samenhangt met zowel goal disengagement als goal re-engagement.

Wrosch et al. (2003) maken onderscheid tussen het opgeven van doelen en het stellen van nieuwe doelen. Ook Brandtstädter (1989) ontwikkelde een theorie met betrekking tot doelmanagement. Hij maakt in zijn theorie een ander onderscheid dan Wrosch et al. (2003). Brandtstädter (1989) beschrijft twee doelmanagement strategieën die samen te vatten zijn als 'volharding in het bereiken van doelen' en 'flexibel zijn in het stellen van doelen'. In de volgende paragraaf worden deze twee processen verder toegelicht.

1.2.8 Assimilatieve coping en accommodatieve coping

Wanneer doelen niet bereikbaar blijken, geeft Brandtstädter (1989) aan dat er twee processen van coping zijn. Meestal begint men bij onbereikbare doelen met assimilatieve coping. Wanneer iemand assimilatieve coping toepast, past hij of zij de ontwikkeling en leefomstandigheden aan zijn of haar persoonlijke doelen aan. Bij reumapatiënten zou dit bijvoorbeeld kunnen gaan over het huis aanpassen, zodat zij minder vaak trap hoeven te lopen. Om in het assimilatieve proces te blijven, moet men volhardend zijn in het willen bereiken van doelen. Het kan op een bepaald moment lastig zijn om dingen aan te passen om het doel te kunnen behalen. Als iemand dan niet volhardend is, zal hij of zij sneller opgeven. Maar ook als iemand zeer volhardend is, zal dit coping proces bij reumapatiënten op een bepaald moment niet meer voldoen. Wanneer alle aanpassingen gedaan zijn en de gestelde doelen toch onbereikbaar blijken, zal men over moeten gaan naar een ander coping proces. Brandtstädter (1989) noemt dit het accommodatieve proces. Wanneer patiënten accommodatieve coping toepassen, passen zij hun persoonlijke doelen aan de ontwikkeling en leefomstandigheden aan. Als de patiënt accommodatieve coping toepast, zal hij dus flexibel met zijn doelen om moeten kunnen gaan. Accommodatieve coping verandert de situatie niet, maar is een manier om met het niet kunnen behalen van doelen om te gaan.

Er zijn ook gevallen waarbij het vanaf het begin duidelijk is dat een doel niet gehaald zal kunnen worden, ook niet met aanpassingen aan de omgeving. Dan kan de patiënt meteen over gaan tot accommodatieve coping. Bovendien is het mogelijk dat beide processen naast elkaar bestaan. De patiënt probeert dan het gestelde doel nog te bereiken, maar begint al in te zien dat dit niet mogelijk is. Terwijl hij probeert het doel te bereiken, stelt hij ook alvast een nieuw doel op. De patiënt hangt dan tussen volhouden en opgeven in. Deze situatie brengt stress met zich mee (Bak & Brandtstädter, 1998).

Schmitz, Saile & Nilges (1996) onderzochten het effect van de accommodatieve coping stijl bij mensen met chronische pijn. Dit onderzoek ging uit van de aanname dat chronische pijn vaak zorgt voor het niet kunnen behalen van doelen. Hiervoor hebben 120 patiënten met uiteenlopende soorten chronische pijn, verschillende vragenlijsten ingevuld. De mate van depressie werd gemeten door middel van de CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). Schmitz et al. (1996) onderzochten het effect van de accommodatieve copingstijl door middel van een moderatie regressieanalyse. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat het accommodatieve proces een positief levensperspectief met zich mee brengt. Door flexibel met persoonlijke doelen om te gaan, werd het negatieve effect van pijnveraring (intensiteit en handicap) op het psychologische welbevinden minder. Dit negatieve effect onderzochten zij onder andere aan de hand van de depressie vragenlijst. Ook Brandtstädter & Renner (1990) beschrijven in hun artikel dat zowel assimilatieve coping als accomodatieve coping, gepaard gaat met minder depressie.

Doordat rustige en actieve perioden zich bij de meeste reumatische aandoeningen afwisselen (Van der Wardt, 1997), zullen veel patiënten in hun leven vaak te maken krijgen met het op moeten geven van doelen. Om die reden hebben zij een grotere kans op angst en depressie. Daarom is het belangrijk dat reumapatiënten begeleid worden bij het gebruik van doelmanagement strategieën. Door de juiste doelmanagement strategieën te stimuleren, kunnen angst en depressie afnemen of voorkomen worden.

1.1 Hypothesen

Het onderzoek van Friedman et al. (2001) wordt als uitgangspunt voor de eerste hypothese gebruikt. Hypothese 1 luidt dan ook: Het is niet nuttig om angst en depressie, in relatie tot doelmanagement strategieën bij reumapatiënten, als één construct voor psychologische distress te analyseren.

Uit het onderzoek van Garnefski et al. (2009) in combinatie met het onderzoek van VanDyke et al. (2004) kunnen de volgende hypothesen worden afgeleid. Hypothese 2: Het gebruik van goal disengagement bij reumapatiënten hangt negatief samen met zowel angst- als depressiesymptomen. Hypothese 3: Het gebruik van goal re-engagement bij reumapatiënten hangt negatief samen met zowel angst- als depressiesymptomen.

Hypothese 4 en 5 volgen uit het onderzoek van Schmitz et al. (1996) en Brandtstädter en Renner (1990). Ook hier wordt op basis van het onderzoek van VanDyke et al. (2004) verwacht dat beide hypothesen ook voor angst gelden. Hypothese 4: Het gebruik van assimilatieve coping bij reumapatiënten hangt negatief samen met zowel angst- als depressiesymptomen. Hypothese 5: Het gebruik van accommodatieve coping bij reumapatiënten hangt negatief samen met zowel angst- als depressiesymptomen.

2. Methode

2.1 Respondenten

Het onderzoek werd gehouden onder reumapatiënten die aan de polikliniek reumatologie van het Medisch Spectrum Twente verbonden zijn. Er werden enkele inclusiecriteria opgesteld, namelijk:

- De patiënt lijdt aan poliartritis
- De patiënt is onder behandeling voor deze poliartritis
- De patiënt is achttien jaar of ouder

Uit de groep patiënten die aan deze criteria voldeed, werden er random 500 geselecteerd. Per patiënt werd daarna door de behandelend arts gekeken of het mogelijk was dat ze een brief kregen. Van de 500 geselecteerde patiënten zijn er nog ongeveer 100 afgevallen. De exclusiecriteria waren:

- De patiënt is niet meer in behandeling
- De patiënt heeft een te laag IQ
- De patiënt heeft ernstige comorbiditeit
- De patiënt is niet in staat de vragenlijst in te vullen

Uiteindelijk werden dus 400 brieven opgestuurd. Deze brieven werden uit naam van de reumatoloog verzonden en bevatten ook de vragenlijst en een informed consent formulier. Op 4 mei 2011 werd begonnen met het analyseren van de data. Omdat op dat moment nog niet alle vragenlijsten terug gestuurd waren, werd het huidige onderzoek uitgevoerd met een subgroep. Op dat moment waren 199 vragenlijsten teruggestuurd, deze werden gebruikt voor het huidige onderzoek. Van de 199 patiënten in dit onderzoek, was 35.2% man en 64.8% vrouw. De respondenten hadden verschillende vormen van reuma. 38.7% heeft ingevuld dat zij alleen reumatoïde artritis hadden, nog eens 15.1% heeft ingevuld reumatoïde artritis en een andere vorm van reuma te hebben. 5% heeft alleen artrose, 9.6% heeft zowel artrose als één of meer andere vorm(en) van reuma. In tabel 1 staan de volledige demografische gegevens en ziektekenmerken van de respondenten.

Tabel 1: *Demografische gegevens en ziektekenmerken respondenten*

	n	%	M(SD)	Range
Demografische gegevens				
Geslacht				
<i>M</i>	70	35.2		
<i>V</i>	129	68.4		
<i>Leeftijd (in jaren)</i>			62 (13)	18-86
Burgerlijke staat				
<i>Ongehuwd/ niet samenwonend</i>	7	3.5		
<i>Ongehuwd/ samenwonend</i>	14	7.0		
<i>Gehuwd</i>	133	66.8		
<i>Weduwe/weduwnaar</i>	28	14.1		
<i>Gescheiden</i>	14	7.0		
<i>Niet ingevuld</i>	3	1.5		
Opleidingsniveau¹				
<i>Lager</i>	82	41.2		
<i>Middelbaar</i>	82	41.2		
<i>Hoger</i>	31	15.6		
<i>Niet ingevuld</i>	4	2.0		
Ziektekenmerken				
Type aandoening²				
<i>Reumatoïde artritis</i>	107	53.8		
<i>Artrose</i>	29	14.6		
<i>Anders</i>	50	25.1		
<i>Niet ingevuld</i>	7	3.5		
<i>Ziekte duur (in jaren)</i>			14 (13)	1-71

N=199

¹ Hoogst afgeronde opleiding:

Lager: Geen opleiding, basisonderwijs of lager beroepsonderwijs

Middelbaar: MAVO, HAVO, VWO en middelbaar beroepsonderwijs

Hoger: HBO en WO

² *Reumatoïde artritis*: alleen reumatoïde artritis, of reumatoïde artritis en een andere vorm van reuma

Artrose: alleen artrose, of artrose en een andere vorm van reuma

Anders: SLE, fibromyalgie, sclerodermie, artritis psoriatica, syndroom van Reiter, jicht, lage rugpijn, tendinitis/bursitis, osteoporose, ziekte van Bechterew, weet niet, andere reumatische aandoening

2.2 Meetinstrument

De opgestuurde vragenlijsten bevatten verschillende (delen van) vragenlijsten. Ook werd gevraagd naar demografische gegevens. Hier worden alleen de voor het huidige onderzoek gebruikte vragenlijsten nader toegelicht. De complete vragenlijst is te vinden in de appendix.

2.2.1 Demografische gegevens

In dit gedeelte werd naar de volgende gegevens gevraagd: invuldatum, geboortedatum, geslacht, burgerlijke staat en de hoogst genoten opleiding. Ook werd gevraagd naar de werk- of studiesituatie, welke vorm(en) van reuma de patiënt heeft en vanaf welk jaar de patiënt hier last van heeft.

2.2.2 Angst en depressie

De mate van angst en depressie bij de reumapatiënten werd gemeten met de HADS (Zigmond & Snaith, 1983). De HADS telt veertien items. De HADS bevat de subschalen depressie (items 2, 4, 6r, 8r, 10r, 12, 14) en angst (items 1r, 3r, 5r, 7, 9, 11r, 13r). Bij iedere vraag heeft de respondent keuze uit vier antwoordmogelijkheden om aan te geven of hij of zij het eens is met de stelling. Een item uit de angstschaal is bijvoorbeeld: 'ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks kan gebeuren'. De antwoordmogelijkheden bij deze vraag zijn: 'heel zeker en vrij erg', 'ja, maar niet zo erg', 'een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over' en 'helemaal niet'. In dit onderzoek is de Cronbach's alpha van de angstschaal .831. Een voorbeelditem uit de depressieschaal is: 'ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien'. Hierbij zijn de antwoordmogelijkheden: 'net zoveel als vroeger', 'niet zo goed als vroeger', 'beslist niet zoveel als vroeger' en 'helemaal niet'. De Cronbach's alpha van de depressieschaal is in deze populatie .801.

2.2.3 Assimilatieve en accommodatieve strategieën

De assimilatieve en accommodatieve strategieën werden gemeten met de Tenflex van Brandtstädter en Renner (1990). De totale vragenlijst bestaat uit 30 items. De respondenten worden door middel van een 5-punts Likertschaal gevraagd in hoeverre zij het met de stellingen eens zijn. De Likertschaal loopt van 'helemaal mee oneens' (score 1) tot en met 'helemaal mee eens' (score 5). De Tenflex bestaat uit twee schalen. Met de tenacious goal pursuit schaal wordt volharding in het streven naar doelen (assimilatieve coping) gemeten (items: 2, 3, 5, 6r, 7, 9r, 10r, 11r, 12r, 14r, 18r, 20r, 22r, 27 en 28). Deze schaal bevat bijvoorbeeld de volgende stelling: 'ik kan erg halsstarrig zijn in het nastreven van mijn doelen'. Met de flexible goal adjustment schaal wordt het flexibel omgaan met doelen (accommodatieve coping) gemeten (items: 1r, 4, 8, 13r, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 26r, 29 en 30r). Een voorbeelditem uit de goal adjustment schaal is: 'ik vind het makkelijk om van een wens af te zien als deze moeilijk te vervullen lijkt.' Per schaal is de minimumscore 15 en de maximumscore 75. In dit onderzoek is de Cronbach's alpha van de tenacious goal pursuit schaal .744 en van de flexible goal adjustment schaal .815.

2.2.4 Goal disengagement en goal re-engagement strategieën

Deze strategieën werden gemeten met de goal adjustment scale (GAS) (Wrosch et al., 2003). De GAS bestaat uit tien items, opgedeeld in twee schalen. De goal disengagement schaal wordt gebruikt om

te meten in welke mate een persoon zijn doelen los kan laten (items 1, 3r, 6r en 8). De goal re-engagement schaal wordt gebruikt om te meten in welke mate een persoon in staat is nieuwe doelen op de stellen en deze na te streven (items 2, 4, 5, 7, 9 en 10). De vragenlijst begint met 'als ik zou moeten stoppen met het nastreven van een belangrijk doel in mijn leven..'. Daarna volgen verschillende stellingen waarop de respondenten door middel van een 5-punts Likertschaal dienen te antwoorden. Een voorbeelditem uit de goal disengagement schaal is: '..vind ik het makkelijk om dit doel los te laten en er niet meer aan te denken.' In dit onderzoek is de Cronbach's alpha van de goal disengagement schaal .562. Een voorbeeld van een item uit de goal re-engagement schaal is: '..overtuig ik mezelf ervan dat ik andere belangrijke doelen heb om na te streven.' Cronbach's alpha van de goal re-engagement schaal is in dit onderzoek .876.

2.3 Data analyse

De data analyse heeft zich gericht op angst en depressie in relatie tot doelmanagement strategieën bij reumapatiënten. Hiertoe hebben reumapatiënten de hierboven genoemde vragenlijsten ingevuld. Na het scannen van deze vragenlijsten, kwamen de scores van alle respondenten in het statistische software pakket SPSS 16.0 te staan. Met deze gegevens is een correlatietabel gemaakt voor de items van de HADS. Om te bekijken of een factoranalyse met deze gegevens mogelijk was, werd een Kaiser-Meyer-Olkin meting en Bartlett's sphericity-test uitgevoerd. Vervolgens werd een exploratieve factor analyse uitgevoerd. Het vooraf vastgestelde criterium voor het bepalen van het aantal factoren, was het eigenwaarde criterium. Dit houdt in dat factoren die een eigenwaarde hoger dan 1 hebben, in het model opgenomen werden. Voor de rotatie werd de varimax methode gekozen, omdat deze methode zorgt voor zo min mogelijk variabelen die hoog laden op elke factor. Hierdoor zijn de factoren goed te interpreteren. Na de factoranalyse werd via vier regressieanalyses onderzocht welke relatie de gevonden factoren met de vier doelmanagement strategieën hebben.

3. Resultaten

In dit gedeelte zullen de resultaten aan bod komen. In de eerste paragraaf wordt hypothese 1 behandeld en in de tweede paragraaf hypothese 2 en 3. In de laatste paragraaf zullen hypothese 4 en 5 aan de orde komen.

3.1 Angst en depressie

Hypothese één gaat ervan uit dat angst en depressie niet als één construct te analyseren zijn.

Om deze hypothese te toetsen is met behulp van SPSS een exploratieve factoranalyse uitgevoerd. Er is aangegeven dat alle personen waar missing data in voorkwamen, niet meegenomen zijn in de analyse. Hierdoor zijn er 192 personen in de factoranalyse opgenomen. Er is begonnen met een data screening, om te kijken of de gegevens geschikt zijn voor een factoranalyse. Om te kijken of er enige correlatie bestaat tussen de items, is een correlatiematrix op basis van deze 192 personen gemaakt. Deze matrix is te vinden in tabel 2.

Tabel 2: *Pearson Correlatiematrix*

	A01rev	D02	A03rev	D04	A05rev	D06rev	A07	D08rev	A09	D10rev	A11rev	D12	A13rev	D14
a01rev	1,0	,31 ^c	,50 ^c	,37 ^c	,49 ^c	,37 ^c	,41 ^c	,43 ^c	,44 ^c	,24 ^c	,25 ^c	,33 ^c	,58 ^c	,18 ^b
D02	,31 ^c	1,0	,24 ^c	,55 ^c	,34 ^c	,44 ^c	,37 ^c	,45 ^c	,23 ^c	,29 ^c	,25 ^c	,51 ^c	,25 ^c	,21 ^b
a03rev	,50 ^c	,24 ^c	1,0	,40 ^c	,60 ^c	,49 ^c	,40 ^c	,32 ^c	,43 ^c	,36 ^c	,27 ^c	,34 ^c	,65 ^c	,34 ^c
D04	,37 ^c	,55 ^c	,40 ^c	1,0	,30 ^c	,48 ^c	,43 ^c	,38 ^c	,23 ^c	,33 ^c	,26 ^c	,49 ^c	,40 ^c	,28 ^c
a05rev	,49 ^c	,34 ^c	,60 ^c	,30 ^c	1,0	,38 ^c	,39 ^c	,42 ^c	,47 ^c	,34 ^c	,33 ^c	,32 ^c	,52 ^c	,20 ^b
d06rev	,37 ^c	,44 ^c	,49 ^c	,48 ^c	,38 ^c	1,0	,47 ^c	,25 ^c	,33 ^c	,30 ^c	,33 ^c	,48 ^c	,51 ^c	,35 ^c
A07	,41 ^c	,37 ^c	,40 ^c	,43 ^c	,39 ^c	,47 ^c	1,0	,36 ^c	,30 ^c	,27 ^c	,50 ^c	,36 ^c	,47 ^c	,35 ^c
d08rev	,43 ^c	,45 ^c	,32 ^c	,38 ^c	,42 ^c	,25 ^c	,36 ^c	1,0	,35 ^c	,25 ^c	,32 ^c	,36 ^c	,34 ^c	,18 ^b
A09	,44 ^c	,23 ^c	,43 ^c	,23 ^c	,47 ^c	,33 ^c	,30 ^c	,35 ^c	1,0	,26 ^c	,23 ^c	,28 ^c	,40 ^c	,14 ^a
d10rev	,24 ^c	,29 ^c	,36 ^c	,33 ^c	,34 ^c	,30 ^c	,27 ^c	,25 ^c	,26 ^c	1,0	,27 ^c	,39 ^c	,32 ^c	,34 ^c
a11rev	,25 ^c	,25 ^c	,27 ^c	,26 ^c	,33 ^c	,33 ^c	,50 ^c	,32 ^c	,23 ^c	,27 ^c	1,0	,24 ^c	,29 ^c	,29 ^c
D12	,33 ^c	,51 ^c	,34 ^c	,49 ^c	,32 ^c	,48 ^c	,36 ^c	,36 ^c	,28 ^c	,39 ^c	,24 ^c	1,0	,34 ^c	,35 ^c
a13rev	,58 ^c	,25 ^c	,65 ^c	,40 ^c	,52 ^c	,51 ^c	,47 ^c	,34 ^c	,40 ^c	,32 ^c	,29 ^c	,34 ^c	1,0	,39 ^c
D14	,18 ^b	,21 ^b	,34 ^c	,28 ^c	,20 ^b	,35 ^c	,35 ^c	,18 ^b	,14 ^a	,34 ^c	,29 ^c	,35 ^c	,39 ^c	1,0

Significantieniveaus (éénzijdig):

^a= $p \leq .05$

^b= $p \leq .01$

^c= $p \leq .001$

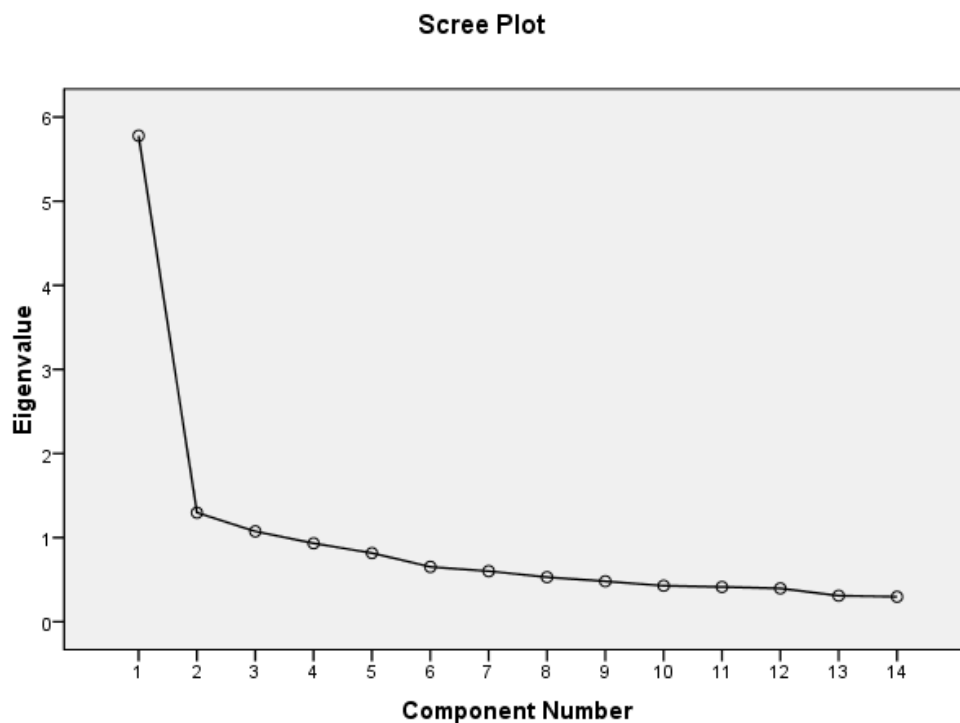
De Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) meting, meet of de gebruikte sample adequaat is. Volgens Kaiser (1974) moet de KMO minstens .5 zijn. In tabel 3 zijn de KMO meting en 'Bartlett's test of sphericity' te zien. In dit onderzoek is de KMO .90, Kaiser (1974) noemt dit magnifiek. Bartlett's test onderzoekt of er enige correlatie tussen de items bestaat. In dit onderzoek bestaan correlaties tussen de items, want $p < 0.005$.

Tabel 3: *KMO and Bartlett's Test*

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		.90
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1029.12
	df	91.00
	Sig.	.00

Uit de data screening blijkt dat een factoranalyse mogelijk is. Om globaal te kijken hoeveel factoren er uit de analyse zouden kunnen komen, is een spreidingsdiagram voor de factoren gemaakt. Deze is te zien in figuur 1.

Figuur 1: *Spreidingsdiagram van de factoren*



Het spreidingsdiagram geeft geen duidelijk aantal factoren, waardoor besloten is geen maximaal aantal factoren in te voeren, maar dit aantal op basis van het eigenwaarde criterium te bepalen. Wel werd aan de hand van het diagram verwacht dat er in ieder geval niet meer dan drie factoren aanwezig zouden zijn.

Een geroteerde principale componentenanalyse is uitgevoerd om te toetsen of de HADS in deze populatie één of meerdere constructen meet. Hiervoor is eerst een varimax rotatie op de items toegepast. In SPSS is aangegeven dat alle factoren een eigenwaarde hoger dan 1 moeten hebben. Hieruit kwamen drie factoren naar voren. De items A01, A03, A05, A09, en A13 correleren met elkaar en vormen gezamenlijk één factor. Ook de items D06, A07, D10, A11 en D14 vormen een factor. Tenslotte vormen ook de items D02, D04, D08 en D12 een aparte factor. De factorladingen zijn opgenomen in tabel vier.

Tabel 4: Factorladingen van de HADS

Items	Factor 1	Factor 2	Factor 3
A05 Ik maak me vaak ongerust	.745	.214	.197
A01 Ik voel me gespannen	.735	.131	.257
A09 Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag	.709	.056	.174
A03 Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren	.692	.450	.070
A13 Ik krijg plotseling gevoelens van angst	.665	.499	.074
D14 Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma	.014	.821	.055
D06 Ik voel me opgewekt	.311	.544	.381
A07 Ik kan rustig zitten en me ontspannen	.341	.532	.327
D10 Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk	.184	.520	.256
A11 Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben	.223	.497	.203
D02 Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot	.123	.152	.849
D04 Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien	.188	.344	.679
D12 Ik verheug me van tevoren al op dingen	.132	.399	.647
D08 Ik voel me alsof alles moeizamer gaat	.463	.001	.595
Verklaarde variantie na rotatie (%)	22,13	18,49	17,59
Eigenwaarden	3,1	2,59	2,47

Geroteerde principale factoranalyse (Varimax) van de HADS: factorladingen, verklaarde variantie en eigenwaarden

Voor de variamax rotatiemethode is gekozen omdat deze zorgt voor zo min mogelijk variabelen die hoog laden op elke factor. Hierdoor zijn de factoren goed te interpreteren. De oblimin rotatiemethode gaat ervan uit dat er een correlatie tussen de verschillende factoren kan bestaan. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan waarin een correlatie tussen angst en depressie is gevonden. Daarom is ervoor gekozen ook het model met de oblimin rotatiemethode te bekijken. De factorladingen staan in tabel 5.

Tabel 5: Factorladingen van de HADS

Items	Factor 1	Factor 2	Factor 3
D14 Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma	.819	-.219	-.236
D06 Ik voel me opgewekt	.614	-.504	-.549
A07 Ik kan rustig zitten en me ontspannen	.600	-.518	-.502
D10 Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk	.563	-.352	-.379
A11 Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben	.538	-.372	-.351
A05 Ik maak me vaak ongerust	.318	-.798	.055
A01 Ik voel me gespannen	.241	-.783	-.395
A03 Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren	.531	-.777	-.314
A13 Ik krijg plotseling gevoelens van angst	.576	-.765	-.323
A09 Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag	.155	-.722	-.330
D02 Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot	.258	-.331	-.867
D04 Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien	.436	-.402	-.762
D12 Ik verheug me van tevoren al op dingen	.480	-.356	-.732
D08 Ik voel me alsof alles mooier gaat	.117	-.564	-.665
Eigenwaarden	3,31	4.51	3.86

Geroteerde principale factoranalyse (Oblimin) van de HADS: factorladingen en eigenwaarden. Vanwege de correlatie tussen de factoren is geen verklaarde variantie na rotatie te geven

Het model van de de oblimin rotatiemethode bevat veel negatieve factorladingen. Daarom is deze praktisch onbruikbaar. Om deze reden voor het model met de varimax rotatiemethode gekozen.

De drie factoren verklaren na rotatie in totaal 58.204 procent van de variantie. Factor 1 bevat alleen angstitems, waardoor deze factor 'angst' genoemd wordt. Factor 2 bevat zowel angst- als depressie-items, waardoor deze de naam 'distress' krijgt. Factor 3 bevat alleen depressie-items, deze

factor wordt dus 'depressie' genoemd.

Hypothese 1 stelde dat angst en depressie niet als één construct voor psychologische 'distress' te analyseren zijn. Na de exploratieve factoranalyse bleek er wel een factor 'distress' te zijn. Deze werd echter vergezeld door twee andere factoren: angst en depressie. De factoranalyse liet zien dat er in deze populatie drie factoren achter angst en depressie, gemeten met de HADS, liggen. Hieruit is te concluderen dat angst en depressie in deze populatie niet als één construct te meten zijn. De eerste hypothese wordt met dit resultaat bevestigd.

3.2 Doelmanagement strategieën in relatie tot angst, depressie en distress

Om de resterende hypothesen te toetsen, moeten de relaties tussen de vier doelmanagement strategieën en de drie factoren bekeken worden. Hiervoor is eerst een correlatiematrix gemaakt, deze is te vinden in tabel 6.

Tabel 6: Pearson correlaties tussen de drie factoren en de vier doelmanagement strategieën

	Angst	Distress	Depressie
Assimilatieve coping	-,12	-,20**	-,31**
Accommodatieve coping	-,42**	-,47**	-,48**
Goal disengagement	-,19**	-,21**	-,15*
Goal re-engagement	-,18*	-,27**	-,16*

* Correlatie is significant op een 0.05 niveau

** Correlatie is significant op een 0.01 niveau

Vervolgens zijn vier regressieanalyses uitgevoerd. Iedere regressieanalyse bevatte één van de doelmanagement strategieën als afhankelijke variabelen en de drie gevonden factoren als onafhankelijke variabelen. Voor deze drie factoren zijn nieuwe variabelen gemaakt, die de gevonden items uit de factoranalyse bevatten. In tabel 7 en 8 zijn overzichten van de Bèta's, B-waarden en significantieniveaus van de regressieanalyses te vinden.

3.2.1 Goal disengagement en goal re-engagement in relatie tot angst, depressie en distress

Hypothese 2 en 3 gaan ervan uit dat het gebruik van zowel goal disengagement als goal re-engagement negatief samenhangt met angst en depressie. In tabel 7 is te zien dat de relaties tussen goal disengagement en de drie factoren allen niet significant zijn (respectievelijke β 's: -.148, -.078, -.038). De tweede hypothese, die stelde dat goal disengagement negatief samen hangt met angst- en depressiesymptomen, wordt dus verworpen. In dit onderzoek is geen bewijs gevonden voor het af- of toenemen van angst, depressie of distress bij het gebruik goal disengagement. Ook de relaties

tussen goal re-engagement en angst ($\beta = -.015$) en depressie ($\beta = -.007$) zijn in deze populatie niet significant. Wel is er een significante relatie tussen goal re-engagement en distress gevonden ($\beta = -.260$). In tabel 7 zijn de Bèta's, B-waarden, p-waarden en R square te vinden. Aan de B-waarde is te zien dat deze relatie negatief is. Dit betekent dat wanneer patiënten nieuwe doelen stellen, de mate van distress in deze populatie af zal nemen. De derde hypothese stelde dat ook goal re-engagement negatief samen hangt met angst- en depressiesymptomen. Bij de beantwoording van hypothese 1 is gevonden dat ook distress een achterliggend construct van angst en depressie bij reumapatiënten is. Daarom wordt de derde hypothese slechts deels verworpen. In totaal verklaarden de drie factoren 5,4% van de variantie van goal disengagement ($R^2 = .054$) en 7,5% van de variantie van goal re-engagement ($R^2 = .075$).

Tabel 7: Relaties tussen goal disengagement en goal re-engagement en angst, depressie en distress

	Goal Disengagement		Goal re-engagement	
	B-waarde	Beta	B-waarde	Beta
Distress	-.649	-.148	-.1818	-.260*
Angst	-.332	-.078	-.103	-.015
Depressie	-.158	-.007	-.044	-.007
R square	.054		.075	

Regressieanalyse: * Significant op een .05 niveau

3.2.2 Assimilatieve en accommodatieve coping in relatie tot angst, depressie en distress

Hypothese 4 en 5 gaan ervan uit dat ook assimilatieve coping en accommodatieve coping negatief samenhangen met angst en depressie. Assimilatieve coping blijkt in deze populatie significant samen te hangen met de factor depressie ($\beta = -.331$), maar niet met angst ($\beta = .111$) en distress ($\beta = -.077$). Dit betekent dat in dit onderzoek niet is bewezen dat er een relatie bestaat tussen het vasthouden aan doelen en angst en distress. In dit onderzoek is wel gevonden dat er een relatie bestaat tussen de assimilatieve coping stijl en depressie in deze populatie. De B-waarde van depressie in relatie tot assimilatieve coping geeft aan dat deze relatie negatief is. Wanneer reumapatiënten meer vasthouden aan doelen, zullen zij minder depressie ervaren. Hypothese 4 blijkt in deze populatie dus deels te kloppen; de depressiesymptomen nemen inderdaad af, maar er werd geen significante relatie tussen assimilatieve coping en angst en distress gevonden.

In tabel 8 is te zien dat ook de relatie tussen accommodatieve coping en depressie significant negatief is ($\beta = -.280$). Ook bij accommodatieve coping blijkt de relatie met angst en distress niet significant (respectievelijke β 's: $-.141$ en $-.219$). Dit betekent dat de depressiesymptomen afnemen als patiënten flexibel met doelen omgaan. Er is echter niet bewezen dat er ook een relatie tussen accommodatieve coping en angst en distress bestaat. Daarom wordt ook hypothese 5 deels

verworpen. In totaal verklaarde angst, depressie en distress 10.7% van de variantie van assimilatieve coping (R square= .107) en 30.1% van de variantie van accommodatieve coping (R square= .301).

Tabel 8: Relaties tussen assimilatieve coping en accommodatieve en angst, depressie en distress

	Assimilatieve coping		Accommodatieve coping	
	B-waarde	Beta	B-waarde	Beta
Distress	-.923	-.077	-2.957	-.219
Angst	1.306	.111	-1.865	-.141
Depressie	-3.713	-.331**	-3.412	-.280**
R square	.107		.301	

Regressieanalyse: ** Significant op een .001 niveau

4. Discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit het onderzoek vergeleken met eerdere onderzoeken. Daarna worden mogelijke beperkingen van het huidige onderzoek besproken en verschillende aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan. Als laatste wordt een korte eindconclusie gegeven.

4.1 De relatie tussen angst en depressie bij reumapatiënten

In deze populatie bleek het niet nuttig om angst en depressie als één construct te analyseren, de eerste hypothese is dus niet bevestigd. Voor de praktijk betekent dit, dat angst en depressie bij reumapatiënten geïnterpreteerd moeten worden door middel van de drie gevonden constructen; angst, distress en depressie. Dit resultaat komt niet overeen met de resultaten van het onderzoek van Razavi et al. (1990), die bewijs vonden voor één achterliggend construct. Zij deden onderzoek onder een groep in het ziekenhuis opgenomen kankerpatiënten. De populatie uit het huidige onderzoek verschilt hiervan op verschillende punten. De respondenten uit het huidige onderzoek hebben een andere ziekte en zijn niet in het ziekenhuis opgenomen. Bovendien zochten Razavi et al. (1990) in hun onderzoek naar de meest geschikte cut-off score. Zij gebruikten dus een andere methode dan in het huidige onderzoek gebruikt is. Het verschil in populatie en in methode zou het verschil in uitkomsten tussen het huidige onderzoek en het onderzoek van Razavi et al. (1990) kunnen verklaren.

Ook de resultaten van Johnston et al. (2000) komen niet overeen met de huidige resultaten. Johnston et al. (2000) onderzochten de items van de HADS bij mensen met een hartinfarct of een beroerte. Bij hun populatie paste een twee factormodel het best. Zij deden echter onderzoek onder een andere populatie. Dit zou het verschil tussen het resultaat van het huidige onderzoek en het onderzoek van Johnston et al. (2000) kunnen verklaren. Bovendien voerden zij een confirmatieve factoranalyse uit, terwijl in het huidige onderzoek een exploratieve factoranalyse is gedaan. Ook dit zou het verschil tussen de resultaten kunnen verklaren.

De eerste hypothese was gebaseerd op het onderzoek van Friedman et al. (2001). Het resultaat van het huidige onderzoek komt deels overeen met het genoemde onderzoek. Friedman et al. (2001) vonden ook een drie factormodel. Zij vonden echter de volgende drie achterliggende factoren: depressie (alle depressie-items), psychologische angst (items 3, 5, 9 en 13) en psychomotorische agitatie (items 1, 7 en 11). Friedman et al. (2001) vonden dus bewijs voor een depressiefactor die alle depressie-items bevatte, terwijl de angstitems over twee factoren verdeeld waren. In het huidige onderzoek is wel bewijs voor een drie factormodel in deze populatie gevonden, maar dit resulteerde in drie andere factoren, namelijk: angst (1, 3, 5, 9 en 13), depressie (2, 4, 8 en 12) en distress (items 6, 7, 10, 11 en 14). De enige overeenkomende factor is depressie, maar deze

bevat in het huidige onderzoek minder items dan in het onderzoek van Friedman et al. (2001). Bovendien werd in dit onderzoek geen bewijs voor twee soorten angst gevonden. Dat het resultaat van het huidige onderzoek deels overeenkomt met het resultaat van Friedman et al. (2001) zou kunnen komen doordat dezelfde methode van onderzoek is gebruikt. In beide onderzoeken is een factoranalyse op de items van de HADS uitgevoerd. Het verschil zou verklaart kunnen worden door een verschil in populatie. De respondenten van Friedman et al. (2001) waren, net als de populatie in het huidige onderzoek, niet in een ziekenhuis opgenomen. De populatie van Friedman et al. (2001) leed echter niet aan reuma, maar aan een depressie. De HADS blijkt dus bij verschillende populaties, verschillende constructen te meten. Bij reumapatiënten meten de items meer algemene constructen. Bij mensen met een depressie, meten ze meer specifieke vormen van angst en geen algemene distress. De HADS vraagt niet naar somatische kenmerken van angst en depressie, om verwarring met lichamelijke syndromen te voorkomen (Zigmond & Snaith, 1983). Het is daarom opvallend dat de HADS bij verschillende patiëntgroepen, verschillende factoren meet.

Clark & Watson (1991) vonden wel dezelfde factoren als in het huidige onderzoek gevonden werden. Clark & Watson (1991) gebruikten verschillende patiëntgroepen, die werden vergeleken met normgroepen. Zij deden echter onderzoek naar psychometrische en taxonomische oorzaken van angst en depressie en deden geen onderzoek met behulp van de HADS. Het is daarom enigszins opvallend dat de factoren van het huidige onderzoek en het onderzoek van Clark & Watson (1991) wel overeenkomen. Het is echter niet zeker dat Clark en Watson (1991) met hun factoren hetzelfde bedoelen als in het huidige onderzoek bedoeld wordt. Het zou kunnen dat Clark & Watson (1991) hetzelfde label gebruiken voor een andere construct. In het huidige onderzoek zijn de factoren aan de hand van de items van de HADS bepaald. In het onderzoek van Clark en Watson (1991) werd de HADS echter niet gebruikt, waardoor niet te controleren is of zij met hun factoren hetzelfde bedoelen.

In dit onderzoek werd bewijs gevonden voor een drie factormodel van angst en depressie. Er is echter niet bewezen dat angst en depressie niet samenhangen. Dit onderzoek is dus niet in strijd met de onderzoeken die een correlatie tussen angst en depressie vonden, zoals Crawford et al. (2001), die een correlatie van .53 vonden. Ook de bevindingen van Ressler & Nemeroff (2000) over de gezamenlijke pathofysiologische achtergrond van angst en depressie, worden in dit onderzoek niet verworpen.

4.2 Goal disengagement en goal re-engagement in relatie tot angst, depressie en distress

In dit gedeelte worden de gevonden relaties tussen goal disengagement en goal re-engagement en de drie gevonden factoren van de HADS beoordeeld. Ook worden ze vergeleken met eerder onderzoek op dit gebied. Er zal vooral gekeken worden naar de onderzoeken van Wrosch et al. (2003) en Garnefski et al. (2009). Hierbij zal ook besproken worden wat de redenen van eventueel gevonden verschillen tussen het huidige onderzoek en andere onderzoeken kunnen zijn.

Op basis van het onderzoek van Garnefski et al. (2009) werd verondersteld dat angst en depressie negatief samen zouden hangen met goal disengagement. Deze hypothese werd echter verworpen. Ook de derde hypothese, die stelde dat goal re-engagement negatief samenhangt met angst en depressie, werd deels verworpen. De enige significante relatie die met betrekking tot de doelmanagement strategieën van Wrosch et al. (2003) werd gevonden, is een negatieve relatie tussen goal re-engagement en distress. Dit resultaat komt niet geheel overeen met de resultaten van Garnefski et al. (2009). Garnefski et al. (2009) vonden een significante relatie tussen goal re-engagement en depressie, terwijl deze relatie in het huidige onderzoek niet is gevonden. Blijkbaar wordt het algemene gevoel van distress bij reumapatiënten door het stellen van nieuwe doelen wel voorkomen, maar de specifieke symptomen van depressie niet. Bij de beantwoording van hypothese 1 is echter gebleken dat ook distress een achterliggend construct van angst en depressie is. Daarom komt het huidige resultaat met betrekking tot goal re-engagement deels overeen met het resultaat van Garnefski et al. (2009). Het huidige resultaat met betrekking tot goal disengagement, komt echter niet overeen met het resultaat van Garnefski et al. (2009), omdat in het huidige onderzoek geen significante relatie met goal disengagement is gevonden. De verschillen tussen het onderzoek van Garnefski et al. (2009) en het huidige onderzoek zouden kunnen komen door een verschil in populatie. Garnefski et al. (2009) hielden hun onderzoek onder patiënten met een perifere slagaderziekte. Het huidige onderzoek is gehouden onder reumapatiënten. Beide ziekten zijn chronisch en gaan gepaard met pijn en verminderde mobiliteit (Garnefski, 2009 en Reumafonds, z.d.). Er zijn echter ook veel verschillen tussen de twee ziekten. Voor perifere slagader ziekte zijn verschillende behandelingen mogelijk, de ziekte is minder grillig dan reuma en het verloop ervan beter te voorspellen (Ouriel, 2001). Dit verschil in populatie zou kunnen verklaren waarom het opgeven van oude doelen en het stellen van nieuwe doelen bij mensen met een perifere slagader ziekte helpt tegen depressieve symptomen, terwijl dit bij reumapatiënten niet gevonden is.

Volgens Wrosch et al. (2003) wordt door het stellen van nieuwe doelen het gevoel van distress, dat gepaard gaat met het niet kunnen behalen van doelen, voorkomen. Ook in de huidige studie is een negatieve relatie tussen het stellen van nieuwe doelen en distress gevonden. Het

huidige resultaat komt dus wel overeen met het resultaat van Wrosch et al. (2003).

Van de hypothesen die op basis van het onderzoek van Garnefski et al. (2009) opgesteld zijn, werd gedacht dat deze ook voor angst zouden gelden. Dit werd verondersteld op basis van het onderzoek van VanDyke et al. (2004). Deze onderzoekers vonden bewijs dat mensen met depressiesymptomen ook een grotere kans op angstsymptomen hebben. In het huidige onderzoek is echter geen significante relatie tussen goal disengagement & goal re-engagement en depressie gevonden. Daarom is het, op basis van het onderzoek van VanDyke et al. (2004) niet verrassend dat ook geen relatie tussen angst en de twee doelmanagement strategieën is gevonden.

4.3 Assimilatieve en accommodatieve coping in relatie tot angst, depressie en distress

In dit gedeelte zullen de gevonden relaties tussen de copingstijlen van Brandtstädter (1989) en de drie factoren achter angst en depressie geëvalueerd worden. Ook zullen deze resultaten vergeleken worden met resultaten uit andere onderzoeken. Vooral de onderzoeken van Schmitz et al. (1996) en Brandtstädter en Renner (1990) zijn hierin belangrijk.

Hypothese 4 werd deels verworpen; assimilatieve coping blijkt een negatieve relatie met depressie te hebben, maar er is geen bewijs gevonden voor een relatie met angst en distress. Ook hypothese 5 werd deels verworpen, omdat de relaties tussen angst en distress ook met accommodatieve coping niet significant blijken te zijn. Echter, de depressiesymptomen namen wel af. Zowel bij het vasthouden aan doelen als bij het flexibel omgaan met doelen zullen depressiesymptomen dus afnemen. Blijkbaar werkt zowel de omgeving aanpassen, als doelen aanpassen bij reumapatiënten tegen depressiesymptomen. Ook Schmitz et al. (1996) vonden een negatieve relatie tussen accommodatieve coping en depressie. Het verschil tussen het huidige onderzoek en het onderzoek van Schmitz et al. (1996) is het instrument om depressie te meten. In het onderzoek van Schmitz et al. (1996) is de CES-D (Center for epidemiologic studies depression scale) hiervoor gebruikt, terwijl in dit onderzoek de HADS gebruikt is. Covic, Pallant, Tennant, Cox, Emery & Conaghan (2009) vonden bewijs dat de CES-D en het depressiedeel van de HADS bij reumapatiënten hetzelfde construct meten. De bevindingen in het huidige onderzoek, gemeten met de HADS, blijken inderdaad overeen te komen met de bevindingen van Schmitz et al. (1996), gemeten met de CES-D.

Brandtstädter & Renner (1990) beschrijven in hun artikel dat zowel assimilatieve coping als accommodatieve coping gepaard gaat met minder depressie. De huidige resultaten komen met de resultaten van Brandtstädter & Renner (1990) overeen.

Ook bij hypothese 4 en 5 werd op basis van het onderzoek van VanDyke et al. (2004)

verwacht dat ze ook voor angst golden. Hoewel deze veronderstelling bij goal disengagement en goal re-engagement wel klopte, is dit voor assimilatieve coping en accommodatieve coping niet het geval. Er is wel een negatieve relatie tussen assimilatieve en accommodatieve coping en depressie gevonden, maar geen significante relatie tussen angst en deze twee doelmanagement strategieën.

4.4 Beperkingen van het huidige onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Door dit onderzoek is meer duidelijk geworden over de relatie tussen angst en depressie. Er zijn echter ook beperkingen van het onderzoek, die gevolgen kunnen hebben voor het interpreteren van de uitkomsten. De belangrijkste beperking van het onderzoek is het gebruik van exploratieve factoranalyse. Om bepaalde veronderstellingen te toetsen, kan beter confirmatieve factoranalyse gebruikt worden. Confirmatieve factoranalyse moet echter uitgevoerd worden in het statische software programma LISREL. Het was niet mogelijk om op tijd kennis van dit statische programma te krijgen, waardoor voor exploratieve factoranalyse in SPSS is gekozen. Dit beperkt de uitkomsten van het onderzoek echter wel enigszins. In een vervolgstudie zou het nuttig kunnen zijn een confirmatieve factoranalyse in LISREL op de gegevens toe te passen.

Ook moet gekeken worden naar de steekproef. De steekproef bevatte 199 reumapatiënten die verbonden zijn aan het Medisch Spectrum Twente. De steekproef is groot genoeg en random uit alle mensen die voldeden aan de inclusiecriteria getrokken, dus conclusies gelden voor de hele populatie. Er moet echter wel rekening gehouden worden met beperkte generaliseerbaarheid. De uitkomsten van dit onderzoek gelden voor reumapatiënten die verbonden zijn aan het Medisch Spectrum Twente en voldoen aan de overige inclusiecriteria. Met een grotere steekproef zou men nog zekerder kunnen zijn dat de resultaten inderdaad kloppen. Dit onderzoek zou dus herhaald kunnen worden met een grotere steekproef, zodat de uitkomst betrouwbaarder wordt. Ook kan dit onderzoek herhaald worden met reumapatiënten in andere populaties, zodat de generaliseerbaarheid van de resultaten toe zal nemen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan reumapatiënten die verbonden zijn aan andere ziekenhuizen, of alleen patiënten met een bepaalde vorm van reuma. Hierdoor kunnen ook conclusies over andere groepen reumapatiënten getrokken worden. Om meer te weten te komen over angst en depressie bij andere groepen, kan dit onderzoek ook herhaald worden onder andere populaties, zoals patiënten met kanker of andere chronische ziekten.

Er is in deze studie niet onderzocht of angst, depressie en distress in deze populatie samenhangen. In vervolgstudies zou onderzocht kunnen worden in hoeverre de drie gevonden factoren in de populatie samenhangen, zodat betere conclusies over de relaties tussen angst, depressie en distress getrokken kunnen worden.

Uit het huidige onderzoek bleek dat zowel het aanpassen van de omgeving aan doelen (assimilatieve coping), als het aanpassen van de doelen zelf (accommodatieve coping) helpt om depressiesymptomen bij reumapatiënten af te laten nemen. In een eventuele vervolgstudie zou onderzocht kunnen worden bij welke copingstijl de depressie meer afneemt. Als dit onderzocht is, kunnen begeleiders van reumapatiënten proberen de copingstijl waarbij de depressie het meest afneemt, het meest te stimuleren. Ook kan nog onderzocht worden of de depressiesymptomen meer afnemen als men zo snel mogelijk accommodatieve coping toe past, of dat het slim is eerst de assimilatieve copingstijl toe te passen. Wanneer dit bekend is, kan bekeken worden of het zinvol is om de verschillende doelmanagement strategieën in de praktijk te stimuleren. Voor begeleiders van reumapatiënten is het ook nuttig de redenen van de gevonden significante relaties te weten. Wanneer deze redenen onderzocht zijn, kan bepaald worden waarom de ene reumapatiënt wel gebruik maakt van een bepaalde doelmanagement strategie, terwijl de andere dat niet doet. Ook door deze kennis weten begeleiders beter wat zij moeten stimuleren om te zorgen dat patiënten gebruik maken van deze doelmanagement strategieën en depressie en distress af te laten nemen.

Een andere beperking van het huidige onderzoek is de lage Cronbach's alpha van de goal disengagement schaal. Deze schaal bevat maar weinig items, maar deze items blijken ook nog eens niet allemaal hetzelfde te meten. Deze lage Cronbach's alpha zou een reden kunnen zijn voor het niet vinden van een significante relatie tussen goal disengagement en één van de drie factoren.

Voorzichtigheid is dus geboden bij het trekken van conclusies uit de resultaten. Voor meer zekerheid over de conclusies, is het nodig de genoemde vervolgonderzoeken uit te voeren.

4.5 Eindconclusie

Het blijkt niet nuttig om angst en depressie bij reumapatiënten als één construct te analyseren. In deze populatie moeten deze constructen door middel van een drie factormodel geanalyseerd worden. Dit model bevat de volgende factoren: distress, angst en depressie. Goal disengagement heeft geen enkele significante relatie met de drie factoren. Goal re-engagement hangt alleen met distress significant samen. Deze relatie is negatief. Als reumapatiënten nieuwe doelen opstellen, ervaren zij dus minder distress. Bovendien blijken zowel assimilatieve coping als accommodatieve coping negatief samen te hangen met depressie. Wanneer het gebruik van assimilatieve en accommodatieve coping toeneemt, blijkt de mate van depressie bij reumapatiënten af te nemen. Deze conclusies gelden alleen voor reumapatiënten die voldoen aan de genoemde inclusiecriteria.

Referenties

- Ash, G., Dickens, C.M., Creed, P.H., Jayson, M.I.V., & Tomenson, B. (1999). The effects of dothiepin on subjects with rheumatoid arthritis and depression. *Rheumatology*, **38**, 959-967
- Bak, P. M., & Brandtstädter, J. (1998). Flexible Ziellanpassung and hartnäckige Zielverfolgung als Bewältigungsressourcen: Hinweise auf ein Regulationsdilemma [Flexible goal adjustment and tenacious goal pursuit as coping resources: Hints to a regulatory dilemma]. *Zeitschrift für Psychologie*, **206**, 235-249
- Brandtstädter, J. (1989). Personal self-regulation of development: Cross-sequential analyses of development-related control beliefs and emotions. *Developmental Psychology*, **25**, 96-108
- 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**, 58-67
- Clark, L.A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, **100**, 316-336
- Covic, T., Pallant, J.F., Tennant, A., Cox, S., Emery, P., & Conaghan, P.G. (2009). Variability in depression prevalence in early rheumatoid arthritis: a comparison of the CES-D and de HAD-D scales. *BMC Musculoskeletal Disorder*, **10**, 18-26
- Crawford, J.R., Henry, J.D., Crombie, C., & Taylor, E.P (2001). Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, **40**, 429-434
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R.E. (2003). Personality, culture and subjective wellbeing: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Reviews Psychology*, **54**, 403-425
- Friedman, S., Samuelian, J. C., Lancrenon, S., Even, C. & Chiarelli, P. (2001). Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Research*, **104**, 247-257
- 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
- Härter, M., Woll, S., Wunsch, A., Bengel, J., & Reuter, K. (2006). Screening for mental disorders in cancer, cardiovascular and musculoskeletal diseases. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **41**, 56-62
- Hirschfeld, R.M.A. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, **3**, 245-254
- Johnston, M., Pollard, B., & Hennessey, P. (2000). Construct validation of the hospital anxiety and depression scale with clinical populations. *Journal of psychosomatic research*, **48**, 559-584
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books
- Kaiser, H.F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, **39**, 31-36

- Ouriel, K. (2001). Peripheral arterial disease. *The Lancet*, **358**, 1257-1264
- Penninx, B.W.J.H., van Tilburg, T., Kriegsman, D.M.W., Joan, A., Boeke, P., Deeg, D.J.H. , van Eijk, J.Th.M.(1999). Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health*, **11**, 151-168
- Persbericht Reumafonds (2010). *Reumafonds besteedt recordbedrag aan wetenschappelijk reuma-onderzoek*. Verkregen op 3 maart, 2011, van <http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/pers/persberichten.aspx>
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C. & Robaye, E. (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *British Journal of Psychiatry*, **156**, 79-83
- Reumafonds (z.d.). *Feiten over reuma*. Verkregen op 3 maart, 2011, van <http://www.reumafonds.nl/reuma/Feiten-over-reuma.aspx>
- Reumafonds (z.d.) *Leven met reuma*. Verkregen op 14 juni, 2011, van <http://www.reumafonds.nl/reuma/leven-met-reuma>
- Ressler, K. J. & Nemeroff, C. B. (2000). Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, **12**, 2-19
- Robinson, R.G., (2003). Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment and disease Progression. *Biological Psychiatry*, **54**, 376-387
- 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
- Taal, E. (1995). *Self- efficacy, Self- management and patient education in rheumatoid arthritis*. Delft: Eburon
- Værøy, H., Tanum, L., Bruaset, H., Mørkrid, L., & Førre, Ø. (2005). Symptoms of depression and anxiety in functionally disabled rheumatic pain patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, **59**, 109-113
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie Deel 1 Basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- VanDyke, M.M., Parker, J.C., Smarr, K.L., Hewett, J.E., Johnson, G.E., Slaughter, J.R., & Walker, S.E. (2004). Anxiety in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, **51**, 408-412
- Van der Molen, H.T., Perreijn, S. & van den Hout, M.A. (2007) *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv
- Van der Wardt, E. (1997). *Reuma in beeld*. Enschede: Universiteit Twente
- Van Putten, M.A., & Ruys, I.H.J. (2008). *Voeten en reuma*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Van Sterkenburg, P.G.J., & Verburg, M.E. (1996). *Van Dale Handwoordenboek Hedendaags Nederlands*. Utrecht: Van Dale Lexicografie
- Van Tilburg, T., & Fokkema, T. (2006). *Aanpak van eenzaamheid: helpt het?* Den Haag: Nederlands

Interdisciplinair Demografisch Instituut.

Wall, P.D. (1999). *The science of suffering*. Vragenlijst Universiteit Twente & polikliniek Reumatologie. Londen: Weidenfeld & Nicolson

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Wrosch, C., Miller, E., Scheier, F., & Brun de Pontet, S. (2007). Giving up on unattainable goals: benefits for health? *Personality and Social Psychology Bulletin*, **33**, 251-265

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

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **67**, 361-370

Appendix

De vragenlijst is te vinden op pagina 35 en verder.

***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
Internet: www.utwente.nl/gw/pcgr/mw/arends/.doc/



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Anonimiteit

U vult deze lijst anoniem in. Dit houdt in dat de antwoorden die u geeft in deze vragenlijst niet aan uw naam of adresgegevens worden gekoppeld. Uw patiëntnummer gebruiken we om deze lijst aan de volgende vragenlijsten te kunnen koppelen. Controleert u alstublieft of onderstaand nummer uw patiëntnummer is. U vindt uw patiëntnummer op het ponskaartje van het ziekenhuis.

Wat is uw patiëntnummer?

--	--	--	--	--	--	--	--

Met het oog op het vervolg van deze vragenlijst over 6 en 12 maanden, zou ik graag de mogelijkheid hebben om telefonisch of per email contact met u op te nemen. Als u hiermee akkoord gaat, vult u dan hieronder alstublieft uw gegevens in.

Wat is uw emailadres?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wat is uw telefoonnummer?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



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 | ☐ werkwerkloos |
| ☐ 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?

☐ reumatoïde artritis

☐ jicht

☐ artrose

☐ lage rugpijn

☐ S.L.E.

☐ tendinitis / bursitis

☐ fibromyalgie

☐ osteoporose

☐ sclerodermie (systemische sclerose)

☐ ziekte van Bechterew

☐ artritis psoriatica

☐ weet ik niet

☐ syndroom van Reiter

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



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



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



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.	☐	☐	☐	☐	☐
2) ...overtuig ik mezelf ervan dat ik andere belangrijke doelen heb om na te streven.	☐	☐	☐	☐	☐
3) ...houd ik toch nog lang aan dat doel vast; ik kan het niet loslaten.	☐	☐	☐	☐	☐
4) ...ga ik aan andere doelen werken.	☐	☐	☐	☐	☐
5) ...bedenk ik andere nieuwe doelen die ik kan nastreven.	☐	☐	☐	☐	☐
6) ...vind ik het moeilijk om dit doel niet meer na te streven.	☐	☐	☐	☐	☐
7) ...zoek ik andere betekenisvolle doelen.	☐	☐	☐	☐	☐
8) ...vind ik het makkelijk om dit doel los te laten en er niet meer aan te denken.	☐	☐	☐	☐	☐
9) ...zeg ik tegen mezelf dat ik nog genoeg andere nieuwe doelen heb waarop ik me kan richten.	☐	☐	☐	☐	☐
10)...zet ik me in voor andere betekenisvolle doelen.	☐	☐	☐	☐	☐



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.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Bij pijn en stijfheid door mijn reumatische aandoening kan ik mijn dagelijkse bezigheden gewoon blijven uitvoeren.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Ik ben er zeker van dat ik kan slapen ondanks de pijn van mijn reumatische aandoening.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Ik ben er zeker van dat ik de pijn als gevolg van mijn reumatische aandoening behoorlijk kan verminderen zonder extra medicijnen te gebruiken.	☐	☐	☐	☐	☐
5) Ik ben er zeker van dat ik de pijn door mijn reumatische aandoening tijdens mijn dagelijkse bezigheden goed aankan.	☐	☐	☐	☐	☐
6) Ik ben tevreden over mijn eigen mogelijkheden om zelf dagelijkse bezigheden uit te voeren.	☐	☐	☐	☐	☐
7) Ik ben er zeker van dat ik mijn vermoeidheid kan beheersen.	☐	☐	☐	☐	☐



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.	☐	☐	☐	☐	☐
9) Ik ben er zeker van dat ik me er zelf weer bovenop kan helpen als ik me een beetje somber voel.	☐	☐	☐	☐	☐
10) Ik ben er zeker van dat ik mijn reumatische aandoening zodanig kan beheersen dat ik kan doen wat ik leuk vind.	☐	☐	☐	☐	☐
11) Ik ben er zeker van dat ik de frustraties die ik door mijn reumatische aandoening ondervind, aankan.	☐	☐	☐	☐	☐



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.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Mijn dagelijkse activiteiten lijken mij vaak triviaal en onbelangrijk.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Ik heb geen duidelijk gevoel over wat ik probeer te bereiken in het leven.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Ik geniet ervan om plannen te maken en te werken aan de realisering ervan.	☐	☐	☐	☐	☐
5) Sommige mensen gaan doelloos door het leven, maar ik niet.	☐	☐	☐	☐	☐
6) Mijn dagelijkse activiteiten zijn voor mij een bron van veel genoeg en voldoening.	☐	☐	☐	☐	☐



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	☐	☐	☐	☐	☐
2) Uitgelaten	☐	☐	☐	☐	☐
3) Sterk	☐	☐	☐	☐	☐
4) Enthousiast	☐	☐	☐	☐	☐
5) Trots	☐	☐	☐	☐	☐
6) Alert	☐	☐	☐	☐	☐
7) Geïnspireerd	☐	☐	☐	☐	☐
8) Vastberaden	☐	☐	☐	☐	☐
9) Aandachtig	☐	☐	☐	☐	☐
10) Actief	☐	☐	☐	☐	☐



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:	☐	☐	☐	☐	☐
2) Het (laten) doen van licht huishoudelijk werk, (bijvoorbeeld koffie of thee zetten) zoals ik het wil, gaat:	☐	☐	☐	☐	☐
3) Het (laten) doen van zwaarder huishoudelijk werk (bijvoorbeeld schoonmaken) zoals ik het wil, gaat:	☐	☐	☐	☐	☐
4) Het (laten) doen van huishoudelijke taken wanneer ik dat wil, gaat:	☐	☐	☐	☐	☐
5) Het (laten) doen van klusjes en onderhoud van huis en tuin zoals ik het wil, gaat:	☐	☐	☐	☐	☐
6) De mogelijkheid om in huis de rol te vervullen die bij mij hoort, is:	☐	☐	☐	☐	☐

Geldbesteding

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:	☐	☐	☐	☐	☐



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	Ze er goed
8) De mogelijkheid tot een gelijkwaardig gesprek met de mensen die me dierbaar zijn, is:	☐	☐	☐	☐	☐
9) De omgang met de mensen die me dierbaar zijn, is:	☐	☐	☐	☐	☐
10) Het respect dat ik ontvang van mensen die me dierbaar zijn, is:	☐	☐	☐	☐	☐
11) De omgang met mensen die ik minder goed ken, is:	☐	☐	☐	☐	☐
12) Het respect dat ik ontvang van mensen die ik minder goed ken, is:	☐	☐	☐	☐	☐
13) De mogelijkheid tot intimiteit, zoals ik dat wil, is:	☐	☐	☐	☐	☐

Anderen helpen of steunen

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

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Ze er goed
14) De mogelijkheid om mensen te helpen of steunen die me nodig hebben, is:	☐	☐	☐	☐	☐



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	Ze er goed
15)De mogelijkheid om het betaalde werk of vrijwilligerswerk te doen dat ik wil, is:	☐	☐	☐	☐	☐

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	Ze er goed
16)De mogelijkheid om mijn werk uit te voeren zoals ik het wil is:	☐	☐	☐	☐	☐
17)Het contact met collega's is:	☐	☐	☐	☐	☐
18)De mogelijkheid om de positie te bereiken of te handhaven die ik wil, is:	☐	☐	☐	☐	☐
19)De mogelijkheid om van functie of werkgever te veranderen, is:	☐	☐	☐	☐	☐



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:	☐	☐	☐	☐	☐
Niet van toepassing:	☐				

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:	☐	☐	☐	☐	☐
22) Het maken van uitstapjes of een (vakantie)-reis zoals ik dat wil, gaat:	☐	☐	☐	☐	☐
23) De mogelijkheid om mijn vrije tijd te besteden zoals ik het wil, is:	☐	☐	☐	☐	☐
24) De frequentie waarmee ik mensen zie, is:	☐	☐	☐	☐	☐



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

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

- | | |
|--|---|
| ☐ Verhoogd toilet | ☐ Lange-steel hulpmiddelen om iets te bereiken |
| ☐ Zitje in de badkuip | ☐ Lange-steel hulpmiddelen in de badkamer |
| ☐ Potdeksel-opener | ☐ Overige hulpmiddelen |
| ☐ Badkuip-muurstang | |

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

- | | |
|---|---|
| ☐ Hygiëne | ☐ Voorwerpen pakken en openen |
| ☐ Naar voorwerpen reiken | ☐ 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
vermoeid-
heid

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