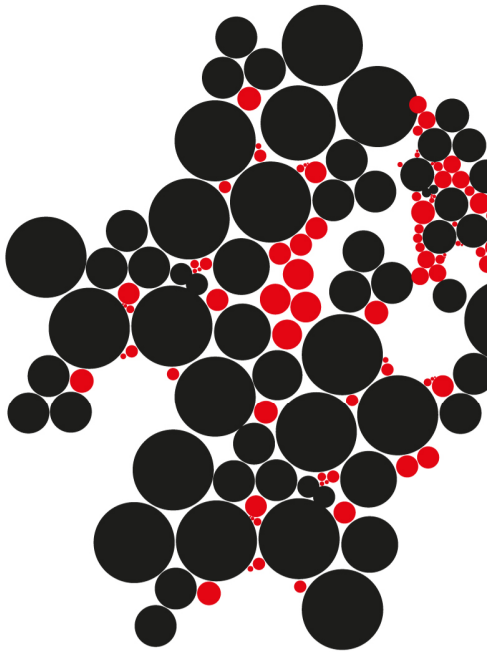




DE VERANDERING VAN ANGST EN DEPRESSIE BIJ PATIËNTEN MET POLIARTRITIS GEDURENDE EEN JAAR

Jennifer Greilich
s1013289

FACULTEIT GEDRAGSWETENSCHAPPEN
VAKGROEP PSYCHOLOGIE, GEZONDHEID EN TECHNOLOGIE

EXAMENCOMMISSIE
Eerste begeleider: Dr. C. Bode
Tweede begeleider: R.Y. Arends

DOCUMENTNUMMER

-

Inhoud

Samenvatting	2
Abstract	2
Inleiding	3
Aanleiding	3
Theorie	5
Angst	5
Depressie	6
Methoden	9
Procedure	9
Meetinstrumenten	11
Vragenlijst	11
Hospital Anxiety and Depression Scale	11
Analyse	12
Resultaten	14
Hypothese 1	14
Hypothese 2	16
Hypothese 3	17
Hypothese 4	17
Hypothese 5	19
Conclusie	20
Discussie	20
Algemene Uitkomsten	21
Beperkingen en implicaties voor toekomstig onderzoek	24
Referenties	26
Bijlage	31
Design	31
Vragenlijst	32

Samenvatting

Doel van dit onderzoek is het ontdekken van de relatie tussen angst en depressie bij patiënten met poliartritis met een verschillende ziekteduur. Verder wordt onderzocht hoe deze relatie gedurende een jaar verandert. Daarvoor werd bij 329 reumapatiënten van het ziekenhuis Medisch Spectrum Twente te Enschede een vragenlijstonderzoek uitgevoerd naar angst en depressie. Materiaal om deze twee variabelen te kunnen meten was de *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Correlatieanalyses worden gebruikt om uit te vinden hoe angst en depressie veranderen. Uit de resultaten blijkt dat angst en depressie significant voorkomen en dat er een significante samenhang tussen deze twee variabelen bestaat. Gedurende een jaar zijn geen veranderingen gevonden en ook de ziekteduur heeft geen invloed op angst en depressie.

Sleutelwoorden: angst, depressie, poliartritis, ziekteduur, verandering gedurende een jaar

Abstract

The purpose of this study was understanding and explaining the relation between fear and depression in polyarthritis patients with different disease durations. Furthermore, the extent to which this relation changes during one year was examined. The occurrence of fear and depression was measured in a sample of 329 rheumatic patients from the hospital 'Medisch Spectrum Twente', Enschede, based on the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) questionnaire. The change of fear and depression was investigated based on a correlation analysis of respondents. The results indicated the presence of a significant positive relation between the variables fear and depression. During the course of one year, no changes of the level of fear and depression were demonstrated and the duration of the disease did not have any effect on fear and depression.

Keywords: fear, depression, polyarthritis, disease duration, change during one year

Inleiding

Aanleiding

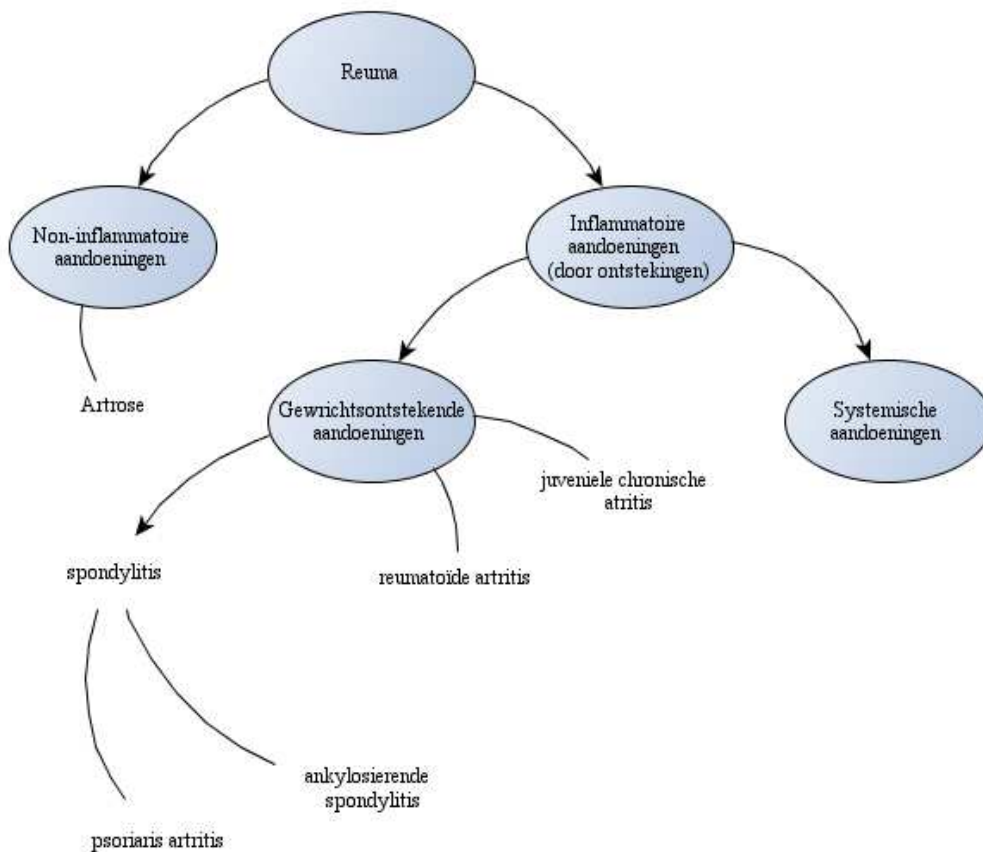
Het doel van het recente onderzoeksproject is te achterhalen hoe patiënten uit het Medisch Spectrum Twente in Enschede met reuma omgaan en zich aan de beperkingen als gevolg van hun ziekte aanpassen. Uitgangspunt van deze studie is een promotieonderzoek van Arends (2013) over de relatie tussen goal- management strategieën en adaptatie bij reumapatiënten. Het doel van dit recente onderzoek is te achterhalen hoe angst en depressie bij reumapatiënten met een verschillende ziekteduur gedurende een jaar veranderen. Dit wordt in het kader van de Bachelor Opdracht Psychologie, binnen de vakgroep gezondheidspsychologie gedaan.

In Nederland lijden in totaal ongeveer 2,3 miljoen mensen aan reuma ‘Reumafonds,’ 2012). 17 % van de Nederlandse bevolking heeft in het jaar 2009 medicatie tegen reuma of ontstekingen van het skeletspierstelsel ontvangen (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2011). Reuma hoort bij de chronisch lichamelijke aandoeningen, welke als kenmerken een lange duur en een algemeen gesproken langzaam voortschrijden hebben (Wereldgezondheidsorganisatie [WHO], 2013). Chronisch ziek zijn betekent voor de betrokkenen dat ze hun leven lang met een bepaalde aandoening moeten leven. Bovendien eisen chronische lichamelijke aandoeningen een aanpassing van de betrokkenen aan hun beperkingen als gevolg van hun ziekte en zijn vaak multifactorieel. Dit betekent dat er problemen op somatische, psychische, en sociale gebieden kunnen ontstaan (Raspe, 2010).

Reuma kan over het algemeen in non-inflammatoire aandoeningen en inflammatoire aandoeningen, ook aandoeningen door ontstekingen, ingedeeld worden. Artrose is een voorbeeld van de non-inflammatoire aandoeningen. De aandoeningen door ontstekingen worden in systemische reumatische aandoeningen en gewrichtsontstekende aandoeningen ingedeeld. Tot de gewrichtsontstekende aandoeningen hoort onder andere reumatoïde artritis, juveniele chronische artritis (ook jeugdreuma) en spondylitis. Spondylitis omvat de vormen psoriasis artritis en ankyloserende spondylitis. Onder de aandoeningen door ontstekingen is de meest voorkomende vorm de reumatoïde artritis (RA) (*‘Chronic Polyarthritis Classification, Prevalence and Natural Course,’* 2000). Deze treedt in de westerse wereld bij ongeveer 1 % van de bevolking op (Lawrence, 1961; Linos, Worthington & O’Fallon, 1980). Poliartritis omvat verschillende vormen van reumatische aandoeningen zoals RA, spondylitis en psoriasis artritis (Arends, Bode, Taal, van de Laar, 2013). Een overzicht over de reumavormen wordt gegeven in figuur 1 zoals beschreven in *‘Chronic Polyarthritis*

Classification, Prevalence and Natural Course, 2000 en in het artikel van Arends, Bode, Taal & Van de Laar (2013).

Figuur 1. Overzicht reumavormen



Reumatische aandoeningen, welke tot poliartritis horen worden vaak door ontstekingen in meerdere gewrichten gekenmerkt (Arends et al., 2013). De aandoening kan zowel plotseling optreden als een sluipend begin hebben ('Reumafonds,' 2012). Typisch is het ontsteken van kleine gewrichten en het betrokken zijn van beide kanten van het lichaam ('*Chronic Polyarthritis Classification, Prevalence and Natural Course,*' 2000). Reumapatiënten lijden vaak aan gezwollen gewrichten, stijfheid, hevige pijn en vermoeidheid (Belza, Henke, Yelin, Epstein & Gillis, 1993). Reuma heeft een onvoorspelbaar beloop (Taal, Rasker, & Wiegmann, 1996), dit betekent dat perioden kunnen optreden waarin de ziekte activiteit verergert of beter wordt (Rasker & Cosh, 1987; Scott, Symmons, Coulton & Popert, 1987). Omdat de symptomen van de reumavorm poliartitis over een lange periode blijven bestaan, moeten de meeste patiënten rekening houden met gevolgen voor de levenssituatie en de levenskwaliteit (Pollard, Choy & Scott, 2005). Daarbij horen dagelijkse activiteiten, het

vermogen te kunnen werken, of vrije tijd activiteiten (*'Chronic Polyarthritis Classification, Prevalence and Natural Course,'* 2000). Deze gevolgen kunnen als stressfactoren waargenomen worden en bijdragen aan psychologisch lijden (El-Miedany & El Rasheed, 2002). Verder hebben zij, zoals alle mensen die een chronische lichamelijke ziekte hebben, een sterke lichamelijke benadeling (Geenen et al., 2012). Hierdoor wordt ook de psychische gezondheidstoestand beïnvloed (Brieden, 1999). Vooral omdat de ziekte zich niet voorspelbaar ontwikkelt, zoals het ervaren van het verlies van lichamelijke functies, is het gevaar groot dat psychische gevolgen ontstaan (Stenström, 2005).

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek staan psychische klachten zoals depressie en angststoornissen wereldwijd in de top vier van de meest voorkomende ziekten (CBS, 2011, p. 3). Volgens de WHO, zullen er toekomstig zelfs meer mensen met psychische klachten bijkomen en ongeveer twee van vijf Nederlanders zijn sinds hun twaalfde levensjaar ooit angstig of depressief geweest (WHO, 2012; CBS, 2013).

Het feit dat reuma wereldwijd een vaak voorkomende ziekte is, psychische klachten vaker zullen voorkomen en angst en depressie tot de meest voorkomende psychische ziekten horen geeft aanleiding tot dit onderzoek. De volgende onderzoeksvragen zijn hieruit afgeleid:

- *'Hoe veranderen angst en depressie bij patiënten met poliartritis met verschillende ziekteduur gedurende een jaar?'*
- *'Bestaat er samenhang tussen angst en depressie?'*

Allereerst wordt er een overzicht gegeven over wat men precies onder angst en depressie verstaat. Verder wordt het voorkomen van deze twee psychische aandoeningen in samenhang met de ziekte reuma verder toegelicht.

Theorie

Angst

Volgens het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM] is het eerste criteria voor een algemene angststoornis: 'Een verhoogd voorkomen van angst en bezorgd zijn, wat meer dagen optreedt dan het niet optreedt voor een periode van ten minste zes maanden, over een aantal gebeurtenissen of activiteiten.' Verdere criteria zijn dat de mensen het moeilijk vinden om de angst te kunnen controleren, rusteloos zijn, snel moe zijn, zich minder goed kunnen concentreren of een slechte slaap hebben. Angst wordt beschreven

als een ongecontroleerd verontrustend en meestal sterk gevoel (DSM IV, 2000, p. 429). Van Dyke et al. (2004) hebben gevonden dat angst een ernstig en vaak voorkomend probleem is. Vooral aan het begin van een reumatische aandoening hebben de betrokkenen angsten. Deze kunnen verschillend van aard zijn, zoals angsten voor de toekomst, dat de werksituatie verandert of angst om op hulp aangewezen te zijn. Bovendien treden angsten voor het verlies van attractiviteit en zelfwaardering op (Brieden, 1999). Te symptomen van angst kan bovendien bijdragen, dat het reuma zich niet voorspelbaar ontwikkelt (Stenström, 2005) en over langere perioden blijft bestaan (Bradley et al., 1984). Ook chronisch pijn of beperkte mobiliteit kan tot symptomen van angst bijdragen (Bradley et al., 1984). Angst wordt bovendien sterk met het verloop van pijn van patiënten met recent begin van RA geassocieerd (Odegard, Finset, Mowinckel, Kvien & Uhlig, 2007).

Volgens Chandarana, Eals, Steingart, Bellamy & Allen (1987) hebben ongeveer 20 % van RA patiënten angst. Helaas is nog weinig aandacht gericht op de gevolgen van angst bij mensen met RA (Creed, 1990). De rol van angst in reumatische aandoeningen heeft minder aandacht van experts gekregen dan de rol van depressie (van Dyke et al., 2004). De meeste studies spreken bovendien van een mix van angst en depressie (Creed, 1990). Desondanks werd gevonden, dat angst bij patiënten met RA vaak voorkomt (Bruce, 2008; Pouchot, Le Parc, Queffelec, Sichere & Flinois, 2007; Covic et al., 2006). Sommige studies laten zien dat angst frequent is bij patiënten met reumatische aandoeningen (Covic et al., 2012). Uguz et al. (2009) stellen dat angst bij 21 tot 70 % van de patiënten met RA voorkomt. Sommige studies hebben zelfs uitgevonden dat de prevalentie bij angst tot 89 % loopt (Bruce, 2008; Pouchot et al.; Covic et al., 2006). Een studie van van Dyke et al. (2004) vermoedt, dat angst meer voorkomt bij patiënten met RA als deze aan depressie lijden in vergelijking met patiënten met RA die niet aan depressie lijden.

Op basis van de boven genoemd onderzoek over angst, depressie en RA kan geconcludeerd worden dat een onderzoek naar de gevolgen van angst bij personen die onder RA lijden een meerwaarde voor de wetenschap oplevert.

Depressie

Volgens de DSM IV is een major depressieve stoornis: 'Het voorkomen van een of meerdere major depressieve episodes. Een major depressieve episode bestaat uit ten minste twee weken waarin de betrokkenen last hebben van een gevoel van bedroefdheid, of interesseverlies en verdere vier criteria, bijvoorbeeld hopeloosheid, gedeprimeerde stemming, ontmoediging, gewichtsverlies, vermoeidheid of moedeloosheid.' Daarbij valt op dat het

verlies van interesse of plezier bijna altijd aanwezig is. Betrokkenen noemen onder anderminder interesse in hobby's of dat ze niet meer van activiteiten kunnen genieten waarvan ze vroeger wel konden genieten (DSM IV, 2000, p. 369).

Depressie is een vaak voorkomende comorbiditeit van RA en komt bij patiënten met RA vaak voor (Covic et al., 2006). Een aanzienlijk aantal van patiënten met RA hebben last van depressieve stemming of zelfs depressieve stoornissen (Young, 1992). De ziekteoorzaak van depressie bij patiënten die aan RA lijden blijkt een interactie tussen verschillende factoren te zijn. Daarbij horen klinische, demografische en psychologische factoren (Covic, Tyson, Spencer & Howe, 2006). Sommige studies stellen dat depressie bij mensen met RA in het bereik van 13 % tot 20 % significant vaker voorkomt dan bij gezonde mensen (Dickens, McGowan, Clark-Carter & Creed, 2002; Dickens, Jackson, Tomenson, Hay & Creed, 2003). Door klinische metingen werden zelfs resultaten ontdekt die boven de 20 % liggen (Uguz, Akman, Kucuksarac & Tufekci, 2009).

Covic et al. (2006) hebben in hun studie een verband gelegd tussen RA en depressie. Zij hebben uitgevonden dat bij een meting van depressieve symptomen aan de hand van zelfreports de maat van depressie bij 40 % ligt. Bovendien zijn vermoeidheid, pijn en beperkte mobiliteit voorspellers van depressie (Covic et al., 2006; Wolfe & Michaud, 2009).

Als depressie bij patiënten met reuma niet behandeld wordt, kunnen daardoor negatieve gevolgen ontstaan (Sheehy, Murphy & Barry, 2006). Patiënten die depressie hebben, maken ze zich meer zorgen en denken ernstiger over hun ziekte. De patiënten voelen zich hulpeloos over hun genezing vergeleken met RA patiënten die niet aan depressie lijden. Depressieve RA patiënten vertonen meer lichamelijke symptomen. Bovendien hangt depressie samen met een reductie van algemeen coping (Dickens & Creed, 2001). Patiënten met depressie kunnen de effecten van de behandeling onderschatten en daarom minder volgbaar bij de behandeling zijn (Kekow et al., 2011). Daarmee is depressie een voorspeller voor een slechte respons op de behandeling van RA (Lowman, Miller, Lee, Stein, King & Heald, 1954) en kan bovendien bijdragen aan verminderde werkproductiviteit, verlies van het werk en inkomen als gevolg van arbeidsongeschiktheid, meer fysieke klachten of en toegenomen ziekteverzuim en verminderde levenskwaliteit. Verder is depressie een onafhankelijke factor voor mortaliteit en kan in het ergste geval tot zelfmoord lijden (Kekow et al., 2011; Bruce, 2008; CBS, 2011).

Aan de hand van de bovengenoemde studies over angst en depressie wordt duidelijk dat er vele verschillende prevalentiecijfers voor het voorkomen van angst en depressie in RA

bestaan. In deze studie wordt daarvoor een reden gezocht. De getallen over angst en depressie verschillen op basis van beoordelingsschalen (Uguz et al., 2009). Sommige studies rapporteren bij patiënten met RA een hogere prevalentie van angst dan depressie (El-Miedany & El Rasheed, 2002; Odegard et al., 2007) en andere studies niet (Uguz et al., 2009). Desondanks komen angst zoals depressie in samenhang met reuma voor (Covic et al., 2012). Het belangrijkste is uit te zoeken welke patiënten last van angst en depressie hebben om voor een gerichte behandeling te zorgen. Volgens het CBS kan een minder goede geestelijke gezondheid negatieve gevolgen voor de persoon, zijn omgeving en voor de maatschappij hebben en dat een vroeg begonnen behandeling of zelfs de preventie van angst en depressie zeer wenselijk is. Daarvoor is gedetailleerde informatie noodzakelijk (CBS, 2011).

De gepubliceerde studies over de relatie tussen angst, depressie en RA hebben echter beperkingen, met betrekking tot het onderzoek van de verandering gedurende een jaar en de ziekteduur van de patiënten met reuma. Onderzoeken of angst en depressie gedurende een jaar veranderen, kan helpen een behandeling steeds op nieuw aan te passen en zelfs een indicatie zijn dat een consistente behandeling noodzakelijk is. Of de ziekteduur in relatie met angst en depressie staat kan bij de behandeling van groot belang zijn. Een studie van van Dyke et al. (2004) heeft gevonden dat de correlatie tussen het niveau van angst en aantal maanden sinds de patiënten de diagnose reuma hebben gekregen niet statistisch significant was. Omdat in deze steekproef de duur van de ziekte tussen 2 tot en met 72 jaar ziek ligt, kan vermoed worden, dat de patiënten aan het begin van hun ziekte heel angstig zijn, omdat ze nog geen informatie over de ziekte hebben, geschokt zijn over de diagnose reuma of angsten voor de toekomst ontwikkelen. Verder is het mogelijk dat patiënten bij langere ziekteduur minder gedeprimeerd zijn omdat ze in de loop van de jaren geleerd hebben met de ziekte om te gaan. Als dit onderzocht wordt kan een gerichte behandeling plaatsvinden.

In dit onderzoek wordt dus niet alleen een samenhang tussen de symptomen bekeken, maar de verandering van angst en depressie gedurende een jaar, in relatie met de ziekteduur onderzocht. De ziekteduur werd in de steekproef opgedeeld in verschillende categorieën. Deze omvatten een korte ziekteduur, in dit geval bevat de groep patiënten die 2 tot en met 6 jaren aan de ziekte poliartitis lijden, een middellange ziekteduur, deze groep bevat patiënten die 7 tot en met 11 jaar ziek zijn en een lange ziekteduur, met patiënten die 11 jaar tot en met 72 jaar ziek.

Hieruit resulteren volgende hypothesen:

Hypothese 1: *‘Meer dan 20 % van de patiënten met poliartritis lijden aan angst en depressie.’*

Hypothese 2: *‘Depressie komt vaker voor dan angst bij patiënten met poliartritis.’*

Hypothese 3: *‘Als de patiënten hoog op angst scoren, scoren ze ook hoog op depressie.’*

Hypothese 4: *‘Hoe veranderen angst en depressie bij patiënten met poliartritis gedurende een jaar?’*

Hypothese 5: *‘Er bestaan meer hoge niveaus van angst en depressie bij patiënten met een korte ziekteduur en minder hoge niveaus van angst en depressie bij patiënten met een lange ziekteduur.’*

Methoden

Procedure

De doelgroep van dit onderzoek waren patiënten uit het Medisch Spectrum Twente in Enschede uit de afdeling voor reumatologie. Zij hebben een uitnodigingsbrief gekregen om aan de studie deel te nemen waarin de onderzoeker precies het verloop en de procedure van de studie uitlegde. Samen met deze uitnodigingsbrief hebben de patiënten de eerste vragenlijst over hun ziekte poliartritis ontvangen. Aan de patiënten werd door middel van een begeleidend schrijven uitgelegd dat de vragenlijsten anoniem verwerkt worden en over het onderwerp ‘leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen’ gaat. Bovendien werd in dit verband ook een toestemmingsformulier meegestuurd en gevraagd de vragenlijst en het toestemmingsformulier in de antwoordenvolp terug te sturen. Vervolgens vulden de patiënten de eerste vragenlijst in. Eerst werden algemene gegevens zoals demografische kenmerken, geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau, werkstatus, ziektekenmerken en ziekteduur ingevuld (zie tabel 1). Over een periode van vijf maanden werden de eerste vragenlijsten met toestemmingsformulieren terug ontvangen. Daaropvolgend werden de tweede en derde vragenlijst opgestuurd. De eerste vragenlijst werd in januari 2011 opgestuurd, de tweede vragenlijst in het midden van het jaar en de derde vragenlijst in januari 2012. Voorafgaand was de studie door de commissie ethiek van de faculteit gedragswetenschappen aan de universiteit in Twente goedgekeurd.

Tabel 1
Demografische gegevens meetmoment 1

	n	%
Geslacht		
Mannen	129	39.2
Vrouwen	200	60.8
Burgerlijke staat		
Ongehuwd / niet samenwonend	20	6.1
Ongehuwd samenwonend	23	7.0
Gehuwd	218	66.3
Weduwe / weduwnaar	42	12.8
Gescheiden	19	5.8
Totaal	322	97.9
Missing	7	2.1
Hoogst genoten opleiding		
Geen opleiding	5	1.5
Basisonderwijs (lager onderwijs)	22	6.7
Lager beroepsonderwijs (bijv. LBO, huishoudschool, LEAO, LTS)	102	31.0
MAVO, (M)ULO, 3jarige HBS, VMBO	61	18.5
Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO)	62	18.8
5 jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium	14	4.3
Hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS, HEAO)	46	14.0
Wetenschappelijk onderwijs (Universiteit)	9	2.7
Totaal	321	97.6
Missing	8	2.4
Huidige situatie		
Fulltime werk	48	14.6
Parttime werk	46	14.0
Huishouden	45	13.7
Werkloos	9	2.7
Arbeidsongeschikt (WAO / WIA)	46	14.0
Gepensioneerd (AOW, VUT)	129	39.2
Totaal	323	98.2
Missing	6	1.8
Antidepressiva		
Ja	69	21.0
Nee	252	76.6
Totaal	321	97.6
Missing	8	2.4
Ziekte duur (jaren)		
0-5	63	4.3
6-10	67	20.4
11-72	185	56.2
Totaal	315	95.7
Missing	14	4.3

n = Aantal SD = Standarddeviatie

Meetinstrumenten

Vragenlijst

Op de eerste pagina van de vragenlijst werd naar demografische gegevens gevraagd. Dit was de geboortedatum, het geslacht, de burgerlijke staat, de hoogst genoten opleiding en de omschrijving van de huidige situatie met betrekking op het werk. De duur van de ziekte werd door volgende vraag opgevraagd: ‘Sinds wanneer heeft u last van uw reumatische aandoening?’ (‘Wilt u globaal het jaar invullen?’). Of antidepressiva gebruikt worden werd door de vraag ‘Neemt u door een arts voorgeschreven medicijnen om uw stemming te verbeteren?’ uitgezocht.

Hospital Anxiety and Depression Scale

Om angst en depressie bij patiënten met poliartritis te kunnen meten werd gebruik gemaakt van de *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983). De HADS is een zelfevaluatie schaal met in totaal 14 items. Deze zijn opgesplitst in een 7 – item angstschaal en een 7 – item depressieschaal. De angstschaal bevat de items 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 met een *Cronbach's alpha* van ($\alpha = 0.832$), op het eerste meetmoment, met een *Cronbach's alpha* van ($\alpha = 0.847$) op het tweede meetmoment en met een *Cronbach's alpha* van ($\alpha = 0.840$) op het derde meetmoment. De 7-item depressieschaal bestaat uit de items 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 met een *Cronbach's alpha* van ($\alpha = 0.804$), op het eerste meetmoment, met een *Cronbach's alpha* van ($\alpha = 0.794$) op het tweede meetmoment en met een *Cronbach's alpha* van ($\alpha = 0.810$) op het derde meetmoment.

Van deze items zijn er acht positief geformuleerd en zes negatief geformuleerd (Zigmond & Snaith, 1983). Ieder item kan van de respondenten op een vier punt responsschaal beantwoord worden. Deze loopt van 0 tot 3. De respondenten kunnen kiezen uit de antwoordmogelijkheden ‘meestal’, ‘vaak’, ‘af en toe’, ‘soms’, en ‘helemaal niet’. Een voorbeeld om angst te kunnen meten is: ‘Ik voel me gespannen,’ en om depressie te kunnen meten: ‘Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien’. De score op de HADS heeft een range van 0 tot 21 voor beide, de depressie- en de angstschaal. Hoe hoger de range hoe meer klachten zijn aanwezig. Een score van 0 tot 7 wijst erop dat de patiënten in een normaal bereik liggen. Een score van 8 tot 10 wijst op een mogelijke aanwezigheid van depressie of angst en de score van 11 of meer is een indicatie voor de aanwezigheid van depressie of angst (Snaith, 2003). Uit validatieonderzoek kwam naar voren dat de zelfevaluatieschaal een valide maat voor de ernst van de stoornissen of stemming is (Zigmond & Snaith, 1983). De HADS is

een betrouwbaar instrument voor het screenen van klinisch significante angst en depressie bij patiënten die in een algemene medische kliniek zijn (Zigmond & Snaith, 1983).

Analyse

De vijf opgestelde hypothesen worden allemaal door het statistiek programma SPSS versie 20 (statistisch pakket voor de sociale wetenschappen) getoetst. Ten eerste werden vier regels uit het originele databestand verwijderd, omdat hier het eerste meetmoment ontbrak. Ten tweede werd met *frequenties* uitgevonden, dat een persoon twee keer in het databestand voorkwam. Een meting van deze identieke persoon werd verwijderd. Uiteindelijk hebben 329 personen aan alle criteria voldaan en zijn meegenomen in de berekeningen. Vervolgens werden de demografische gegevens geanalyseerd om uitspraken over de respondenten te kunnen doen en werd de betrouwbaarheid voor ieder subschaal van de vragenlijst over angst en depressie per meetmoment berekend door het *Cronbach's alpha*. Met *Cronbach's alpha* kan bovendien de onderlinge correlatie tussen de items per subschaal bekeken worden. Om uiteindelijk met de data berekeningen te kunnen uitvoeren, werden ontbrekende waarden voor schalen door de gemiddelde score op die schaal vervangen. De metingen van patiënten die minder dan 75 % van de HADS hebben ingevuld werden niet meegeteld. Zo kon zeker worden gesteld, dat alle patiënten die maar een van de zeven items van de vragenlijsten niet hadden ingevuld, toch meegenomen werden in de berekeningen.

Achteraf werden groepen gemaakt, door de afkapscores van de HADS te gebruiken en de scores van de patiënten op basis daarvan in te delen. De eerste groep bevat patiënten die een score van 0 tot 7 op de angst- of depressieschaal hadden. Deze liggen in een normaal bereik. De tweede groep bevat patiënten die een score van 8 tot 10 hadden, welke een mogelijke angst- of depressiestoornis hebben en de derde groep bevat alle patiënten die een score van 11 of meer hadden, wat een indicatie voor de aanwezigheid van een angst- of depressiestoornis betekent. Bijgevolg werd een indeling van de ziekteduur van de patiënten gemaakt, door deze in drie groepen in te delen. De eerste groep bevat patiënten die 2 tot 5 jaar ziek zijn en heeft de naam: 'korte ziekteduur'. De tweede groep bevat patiënten met een ziekteduur van 6 tot 10 jaar en werd 'middellange ziekteduur' genoemd en de derde groep heet 'lange ziekteduur' en bevat patiënten die 11 jaar of langer ziek zijn. Ten slotte werd de verdeling onderzocht door *skewness* en *kurtosis* te berekenen.

Hypothese 1 stelt dat meer dan 20 % van de patiënten met poliartritis aan angst en depressie lijden. Er werd met behulp van de functie *frequenties* gekeken hoeveel van de 329 patiënten de angst- en depressieschaal op de drie meetmomenten hebben ingevuld en door de

indeling van de categorieën op de HADS uitgezocht, hoeveel patiënten een score van 0 tot 7 hadden, wat een score in het normale bereik is, hoeveel een score van 8 tot 10 hadden wat op een mogelijke angst of depressie kan wijzen en hoeveel patiënten in groep drie zitten, met een score van 11 of meer, wat een indicatie is dat angst of depressie aanwezig is. Ten slotte werd gekeken hoeveel procent van de patiënten in de verschillende groepen zitten om een uitspraak over het voorkomen van angst en depressie in de steekproef te kunnen maken.

Hypothese 2 beweert dat depressie bij patiënten met poliartritis vaker voorkomt dan angst. Door *frequenties* kan uitgevonden worden of in de groepen een en twee in vergelijk met ieder meetmoment van angst en depressie significante verschillen zitten. Door de drie groepen waarop de patiënten konden scores ingedeeld te hebben kan een precieze uitspraak worden gedaan hoeveel procent van de patiënten in groep twee: ‘mogelijke depressie of angst’ en groep drie: ‘indicatie voor aanwezigheid van depressie of angst’ op ieder meetmoment 1, 2, 3 zitten. Groep een: ‘normaal bereik’ wordt niet mee genomen in deze berekening.

Hypothese 3 stelt dat een samenhang tussen angst en depressie bij de patiënten met poliartritis bestaat. Een *correlatieanalyse* werd uitgevoerd om de sterkte en de richting van de samenhang tussen angst en depressie in te schatten. Met *skewness* en *kurtosis* werd nagegaan of depressie en angst normaal verdeeld zijn. De vuistregel is dat *skewness* en *kurtosis* van -2 tot en met +2 voor een normale verdeling spreken. Op alle meetmomenten voor de angst en depressie schalen waren *skewness* en *kurtosis* tussen -1 en +1. Dus zijn de variabelen angst en depressie normaal verdeeld. Toch is het meetmoment van beide variabelen ordinaal wat een niet- parametrische procedure voorschrijft. Daarom werd voor het berekenen van een *Spearman correlatie* gekozen.

Hypothese 4 stelt dat angst en depressie bij patiënten met poliartritis significant veranderen gedurende een jaar. Met de functie *General Linear Model* konden door herhaalde metingen voor *variantieanalyse* verschillen tussen meetmomenten uitgevonden worden. In dit geval of er verschillen tussen de meetmomenten van angst en depressie gedurende de drie meetmomenten bestaan. Met *Mauchly's W* werd nagegaan of de variabelen *sphericity* met elkaar hebben. Dat bleek niet het geval en daarom werd de op de vrijheidsgraden gecorrigeerde herhaalde meting statistiek *Greenhouse-Geisser* gebruikt.

Hypothese 5 stelt dat meer hoge niveaus van angst en depressie bij patiënten met poliartritis met een korte ziekte duur bestaan en minder hoge niveaus van angst en depressie bij patiënten met poliartritis met een lange ziekte duur. Dus bij deze hypothese werd naar de samenhang van angst en depressie met de ziekte duur gekeken. Dit werd met behulp van herhaalde metingen voor *variantieanalyse* gedaan. Omdat verondersteld wordt dat de

ziekteduur de beïnvloedende variabele is, wordt deze als tussenpersoonfactor ingezet om te kijken of deze invloed heeft op angst en depressie.

Resultaten

Doel van dit onderzoek was om te ontdekken of angst en depressie bij patiënten met poliartritis samenhangen, of deze bijkomende symptomen samenhangen met de ziekteduur en of angst en depressie gedurende een jaar veranderen. Daarvoor worden vervolgens ter overzicht algemene resultaten met betrekking tot de twee variabelen beschreven.

Hypothese 1

Hypothese 1 stelt dat 20 % van de patiënten met poliartritis aan angst en depressie lijden. Er wordt met *frequenties* nagegaan hoeveel patiënten überhaupt de angstschaal van de HADS hebben ingevuld en in wat voor categorieën de patiënten terecht zijn gekomen. Tabel 2 geeft een overzicht over de ingevulde categorieën van angst. Op meetmoment 1 had 15.81 % een score van 8 tot en met 10 en 9.73 % een score van 11 tot en met 21. Op meetmoment 2 had 14.84 % een score van 8 tot en met 10 en 8.13 % een score van 11 tot en met 21. Op meetmoment 3 had 12.7 % een score van 8 tot en met 10 en 6.75 % een score van 11 tot en met 21.

Tabel 2
Aantal patiënten met angst per subschaal per meetmoment

	n	%
Meetmoment 1 totaal	329	100
Angstschaal 1	322	97.87
Normaal	238	72.34
Mogelijk	52	15.81
Indicatief aanwezig	32	9.73
Missing	7	2.13
Meetmoment 2 totaal	283	100
Angstschaal 2	275	97.17
Normaal	210	74.20
Mogelijk	42	14.84
Indicatief aanwezig	23	8.13
Missing	8	2.83

Meetmoment 3 totaal	252	100
Angstschaal 2	241	95.63
Normaal	192	76.19
Mogelijk	32	12.70
Indicatief aanwezig	17	6.75
Missing	11	4.37

n = Aantal

Deze resultaten geven aan dat op het eerste meetmoment 25.54 %, op het tweede meetmoment 22.97 %, en op het derde meetmoment 19.45 % van de patiënten 7 tot en met 21 gescoord hebben, en dus een aantoonbare angststoornis ervaren. De gevonden percentages voor angstsymptomen komen blijkbaar overeen met het percentage van 20 % prevalentie. De hypothese 1 wordt dus bevestigd voor het eerste gedeelte betreffende de angst.

Vervolgens zal het tweede gedeelte van Hypothese 1 worden besproken. Er wordt met *frequenties* nagegaan of 20 % van de patiënten aan depressie lijden. De resultaten in tabel 3 geven een overzicht over de ingevulde categorieën van depressie weer. Op meetmoment 1 had 13.37 % een score van 8 tot en met 10 en 7.6 % een score van 11 tot en met 21. Op meetmoment 2 had 9.54 % een score van 8 tot en met 10 en 9.54 % een score van 11 tot en met 21. Op meetmoment 3 had 10.71 % een score van 8 tot en met 10 en 7.94 % een score van 11 tot en met 21.

Tabel 3

Aantal patiënten met depressie met meetmoment

	n	%
Meetmoment 1 totaal	329	100
Depressieschaal 1	320	97.26
Normaal	251	76.29
Mogelijk	44	13.37
Indicatief aanwezig	25	7.60
Missing	9	2.74
Meetmoment 2 totaal	283	100
Depressieschaal 2	279	
Normaal	225	79.51
Mogelijk	27	9.54
Indicatief aanwezig	27	9.54
Missing	4	1.41

Meetmoment 3 totaal	252	100
Depressieschaal 3	242	96.03
Normaal	195	77.38
Mogelijk	27	10.71
Indicatief aanwezig	20	7.94
Missing	10	3.97

n=Aantal

Daarmee hebben op het eerste meetmoment 20.97 %, op het tweede meetmoment 19.08 %, en op het derde meetmoment 18.65 % van de patiënten 7 tot en met 21 gescoord. Ze hebben dus een mogelijke of indicatief aanwezige depressie. De gevonden percentages voor depressie komen blijkbaar overeen met het percentage van 20 % prevalentie. De hypothese 1 wordt dus bevestigd voor het tweede gedeelte betreffende depressie.

Baserend op de voorafgaande twee analyses kan de eerste hypothese, 20 % van de patiënten met poliartritis lijden aan angst en depressie, bevestigd worden.

Hypothese 2

Hypothese 2 stelt dat patiënten met poliartritis vaker depressie dan angst vertonen. Voor deze vraag wordt met *beschrijvende statistieken* nagegaan of depressie meer voorkomt dan angst, in vergelijking met de drie meetmomenten. Op meetmoment 1 scoren met 8 tot en met 21 punten 20.97 % op depressie en 25.54 % op angst. Op meetmoment 2 scoren met 8 tot en met 21 punten 19.08 % op depressie en 22.97 % op angst. Op meetmoment 3 scoren met 8 tot en met 21 punten 18.65 % op depressie en 19.54 % op angst. Het is overduidelijk dat op geen meetmoment depressie vaker voorkomt dan angst. Hypothese 2 kan dus niet bevestigd worden.

Tabel 4

Voorkomen van angst en depressie op de verschillende meetmomenten

Meetmomenten	n Angstschaal	%	n Depressieschaal	%
Meetmoment 1	322	100	320	100
Mogelijk	52	15.81	44	13.37
Indicatief aanwezig	32	9.73	25	7.60
Totaal	84	25.54	69	20.97
Meetmoment 2	275	100	279	100
Mogelijk	42	14.84	27	9.54
Indicatief aanwezig	23	8.13	27	9.54
Totaal	65	22.97	53	19.08

Meetmoment 3	241	100	242	100
Mogelijk	32	12.70	27	10.71
Indicatief aanwezig	17	6.75	20	7.94
Totaal	49	19.45	47	18.65

n = Aantal

Hypothese 3

Hypothese 3 beweert dat bij hoge scores op de angstschaal de scores op de depressieschaal ook hoog zijn. Hiervoor werd een correlatieanalyse toegepast waarmee getoetst wordt of een significante samenhang tussen depressie en angst bestaat en of deze samenhang positief is. Tabel 5 toont aan dat alle correlaties tussen de subschaal van angst en de subschaal van depressie statistisch significant zijn met een α van 0.001. De correlaties zijn van meetmoment 1 angst en meetmoment 1 depressie met $r = 0.635$, van meetmoment 2 angst en meetmoment 2 depressie met $r = 0.683$ en van meetmoment 3 angst en meetmoment 3 depressie met $r = 0.678$ allemaal positief gecorreleerd. De derde hypothese, dat als mensen hoog scoren op angst ook hoog scoren op depressie, kan worden bevestigd.

Tabel 5

Spearman correlaties tussen angst en depressie op de drie meetmomenten

	r	p
Meetmoment 1 Angst en Meetmoment 1 Depressie	0.635*	<0.0005
Meetmoment 2 Angst en Meetmoment 2 Depressie	0.683*	<0.0005
Meetmoment 3 Angst en Meetmoment 3 Depressie	0.678*	<0.0005

*Correlatie is significant bij een significantieniveau van 0.001 (tweezijdig)

Hypothese 4

Hypothese 4 stelt dat angst en depressie bij patiënten met poliartritis gedurende een jaar veranderen. Dit zou door herhaalde metingen voor *variantieanalyse* uitgevonden worden. Ten eerste werd getest of angst over een jaar veranderd. Met ‘verandering angst’ wordt de tijdsperiode van de drie meetmomenten bedoeld, dus ongeveer een jaar. Zoals in tabel 6 gezien kan worden bestaat geen significant invloed van het meetmoment op de variabele angst. Met *Mauchly's W* werd nagegaan of de variabelen *sphericity* met elkaar hebben. Dat bleek niet het geval. *Mauchly's test* was statistisch significant ($\text{Mauchly's } W(2) = 0.960$, met $p < 0.05$). Daarom werd het op de vrijheidsgraden gecorrigeerde herhaalde meting statistiek *Greenhouse-Geisser* gebruikt. De waarde wordt bij *Greenhouse-Geisser* afgelezen omdat op grond van *Mauchly's test* na *sphericity* niet van *sphericity* uitgegaan kan worden. Het verschil

van angst over de meetmomenten heen is statistisch niet significant ($F(1.923, 432.699) = 0.115$ en $p = 0.884$). Daarmee wordt het eerste gedeelte van hypothese 4 niet bevestigd.

Tabel 6

Angst over de drie meetmomenten

Angst	n	Gemiddelde	SD	F	P
				0.115*	0.884
Meetmoment 1	322	5.06	3.55		
Meetmoment 2	275	5.13	3.41		
Meetmoment 3	241	5.05	3.55		

n = Aantal SD = Standarddeviatie * Met *Mauchly's W* werd nagegaan of de variabelen *sphericity* met elkaar hebben

Ten tweede wordt getest of depressie over de meetmomenten verandert. Zoals in tabel 7 aangetoond wordt, bestaat er geen significant invloed van het meetmoment op de variabele depressie. Met *Mauchly's W* werd nagegaan of de variabelen *sphericity* met elkaar hebben. Dat bleek niet het geval te zijn. *Mauchly's test* was statistisch significant (*Mauchly's W* (2) = 0.966, met $p < 0.05$). Daarom werd het op de vrijheidsgraden gecorrigeerde herhaalde meting statistiek *Greenhouse-Geisser* gebruikt. De waarde wordt bij *Greenhouse-Geisser* afgelezen omdat op grond van *Mauchly's test* na *sphericity* niet van *sphericity* uitgegaan kan worden. Het verschil van depressie over de meetmomenten heen is niet statistisch significant ($F(1.934, 438.944) = 0.205$ en $p = 0.807$). Daarmee wordt het tweede gedeelte van hypothese 4 niet bevestigd.

Hypothese 4 bevestigt niet dat angst en depressie bij patiënten met poliartritis gedurende een jaar veranderen.

Tabel 7

Depressie over de drie meetmomenten

Depressie	n	Gemiddelde	SD	F	P
				0.205*	0.807
Meetmoment 1	320	4.51	3.44		
Meetmoment 2	279	4.59	3.56		
Meetmoment 3	242	4.51	3.51		

n = Aantal SD = Standarddeviatie * Met *Mauchly's W* werd nagegaan of de variabelen *sphericity* met elkaar hebben

Hypothese 5

Hypothese 5 stelt dat meer hogere niveaus van angst en depressie bij patiënten met een korte ziekteduur en minder hoge niveaus van angst en depressie bij patiënten met een lange ziekteduur bestaan. Aan de hand van herhaalde metingen voor *variantieanalyse* wordt nagegaan of de hypothese klopt.

Het eerste gedeelte van hypothese 5 stelt dat de ziekteduur invloed heeft op angst. Zoals in tabel 8 gezien kan worden, was de ziekteduur als tussenpersonenfactor statistisch niet significant ($F(2, 214) = 2.263$ en $p = 0.106$). Daarmee kan het eerste gedeelte van hypothese 5 niet bevestigd worden.

Tabel 8
Invloed ziekteduur op angst

Angst	n	Gemiddelde	SD	F	P
				2.263	0.106
Meetmoment 1					
Ziekteduur categorisch	1	5.59	4.85		
	2	5.57	3.38		
	3	4.69	3.07		
Meetmoment 2					
Ziekteduur categorisch	1	5.41	4.16		
	2	5.47	3.44		
	3	4.96	3.21		
Meetmoment 3					
Ziekteduur categorisch	1	5.41	4.58		
	2	5.18	3.48		
	3	4.91	3.28		

n = Aantal SD = Standarddeviatie * Met *Mauchly's W* werd nagegaan of de variabelen *sphericity* met elkaar hebben

Het tweede gedeelte van hypothese 5 stelt dat ziekteduur invloed heeft op depressie. Zoals in tabel 9 gezien kan worden was de ziekteduur als tussenpersoonfactor statistisch niet significant ($F(2, 216) = 0.252$ en $p = 0.778$). Daarmee kan het tweede gedeelte van hypothese 5 niet bevestigd worden.

Tabel 9
Invloed ziekteduur op depressie

Depressie	n	Gemiddelde	SD	F	P
				0.252	0.778
Meetmoment 1					
Ziekteduur categorisch	1	4.79	4.58		
	2	4.55	3.59		
	3	4.44	2.99		

Meetmoment 2			
Ziekte duur categorisch	1	4.88	4.39
	2	4.32	3.35
	3	4.58	3.39
Meetmoment 3			
Ziekte duur categorisch	1	4.38	4.01
	2	4.11	3.22
	3	4.69	3.53

n = Aantal SD = Standarddeviatie * Met *Mauchly's W* werd nagegaan of de variabelensphericity met elkaar hebben

Beide gedeeltes van de hypothese 5 bevestigen de hypothese niet. Dit betekent dat statistisch niet overtuigend aangetoond wordt dat meer hogere niveaus van angst en depressie bij patiënten met een korte ziekte duur bestaan en minder hoge niveaus van angst en depressie bij patiënten met een lange ziekte duur bestaan.

Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat de eerste hypothese, meer dan 20 % van de patiënten lijden aan angst en depressie, bevestigd wordt. De tweede hypothese, depressie komt bij patiënten met poliartritis vaker voor dan angst, is niet bevestigd worden. Het tegendeel van de gestelde hypothese is uitgekomen, namelijk dat angst vaker dan depressie voorkomt bij patiënten met poliartritis. De derde hypothese, het bestaat samenhang tussen angst en depressie, wordt bevestigd en de vierde hypothese, angst en depressie veranderen bij patiënten met poliartritis gedurende een jaar, wordt niet bevestigd. Hypothese vijf stelde dat patiënten met poliartritis met een korte ziekte duur meer hoge niveaus van angst en depressie hebben en patiënten met een lange ziekte duur minder hoge niveaus van angst en depressie hebben. Deze hypothese werd niet bevestigd.

Discussie

In de volgende sectie worden de gevonden resultaten bediscussieerd, wordt terugverwezen naar de hypothesen en wordt naar de onderzoeksvragen terug gekeken. Vervolgens worden de beperkingen van dit onderzoek besproken en implicaties voor vervolgonderzoek gegeven.

Doel van dit onderzoek was, algemeen gesproken, het vinden van een samenhang tussen angst en depressie bij patiënten met poliartritis met betrekking tot een verschillende ziekte duur. Daarvoor was het belangrijk om te achterhalen hoeveel patiënten met poliartritis

überhaupt aan angst en depressie lijden. Verder was voor deze studie van belang of angst en depressie gedurende een jaar veranderen.

Algemene Uitkomsten

Op basis van deze studie kan geconcludeerd worden dat meer dan 20 % van de onderzochte patiënten aan angst en depressie lijden. Dit ondersteunt de resultaten van Chandarana et al. (1978) dat angst bij ongeveer 20 % van patiënten met RA voorkomt. Verder hebben Uguz et al. (2009) resultaten over de 20 % gevonden, wat voor het voorkomen van angst (25.5 %) in deze studie ook van toepassing is. Dickens et al. (2002) en Dickens et al. (2003) zijn evenzo tot resultaten van het voorkomen van depressie tussen de 13 % en 20 % van de patiënten gekomen. Het resultaat komt echter niet overeen met de stelling, dat de prevalentie bij depressie en angst hoog tot 43 % en 89 % loopt (Bruce, 2008; Pouchot et al., 2007; Covic et al., 2006). Sommige studies rapporteren bij patiënten met RA een hogere prevalentie van angst dan depressie (El-Miedany & El Rasheed, 2002; Odegard et al., 2007). Andere studies stellen dit niet (Uguz et al., 2009; Isik, Koca, Ozturk & Mermi, 2007). Er wordt duidelijk, dat voorzichtig met het gevonden resultaat omgegaan moet worden, omdat uit andere studies blijkt dat de getallen over angst en depressie op basis van verschillende meetinstrumenten uiteenlopen (Uguz et al., 2009). Bruce (2008) stelt dat deze ongerijmdheid ook kan worden toegeschreven aan populatieverschillen, designverschillen en verschillende definities van depressie. Dat het op basis van deze redenen moeilijk is de resultaten met andere studies te vergelijken of te interpreteren stellen ook Covic et al. (2009).

Een verklaring waarom depressie in deze studie minder voorkomt dan angst is dat de volledige 21 % van de patiënten antidepressiva gebruikt en daarom wellicht niet tot de patiënten horen die een mogelijke of een definitieve depressie hebben. Het is ook mogelijk dat angst over het algemeen bij patiënten met reuma meer voorkomt dan depressie en dit nog niet door genoeg onderzoek over angst bij patiënten met reuma getoetst wordt (Creed, 1990). Er is nog weinig aandacht gericht op de gevolgen van angst bij mensen met RA. Van Dyke et al. (2004) stellen dat de rol van angst in reumatische aandoeningen minder aandacht van experts heeft gekregen dan de rol van depressie. Angst wordt sterk met het verloop van pijn van patiënten met recent begin van RA geassocieerd (Odegard, Finset, Mowinckel, Kvien & Uhlig, 2007) en volgens Chandarana et al. (1987) hebben ongeveer 20 % van RA patiënten angst. Een goede reden om de gevonden resultaten uit deze studie te vertrouwen is het gebruik maken van de HADS voor het meten van angst en depressie. De HADS is een betrouwbaar instrument voor het screenen van klinisch significante angst en depressie bij patiënten die in

een algemene medische kliniek onder behandeling zijn (Zigmond & Snaith, 1983). Omdat de 229 patiënten uit een algemene medische kliniek komen, is deze test toepasselijk om een betrouwbare uitspraak over het voorkomen van angst en depressie te doen.

De aangetoonde samenhang tussen angst en depressie bij patiënten met poliartritis komt overeen met de stelling dat angst meer voorkomt bij RA patiënten met depressie dan bij RA patiënten die niet aan depressie lijden (van Dyke et al., 2004). De uitkomsten zijn blijkbaar goed generaliseerbaar als het om oudere populaties gaat waarin patiënten met poliartritis zitten. De steekproef bevat in totaal 329 patiënten waarmee aan de generaliseerbaarheidscriteria van data voldaan wordt. Bovendien omvat de steekproef in totaal leeftijden van 18 tot en met 91 jaar en ziekteduren van 2 tot en met 72 jaren. Dit betekent dat een groot range van leeftijden en ziekteduren aanwezig zijn en daarmee bredere uitspraken gedaan kunnen worden. De steekproef bevat echter een gemiddelde leeftijd van 61.39 jaar waarmee de resultaten beter op oudere cohorten overdraagbaar zijn dan op jonge patiënten met poliartritis.

Het uitvinden van de redenen van het niet veranderen van angst en depressie over een jaar is moeilijk. Een reden kan zijn dat een chronische ziekte bij iedere patiënt individuele en verscheidene reacties kan oproepen en het omgaan met de ziekte niet voor iedereen gelijk is. Het werd echter in geen eerder onderzoek een uitspraak over de verandering van de ziekte gedurende een jaar gemaakt. Bij angst werd vermoed, dat bij optreden van een nieuwe ziekte of het ontstaan van een nieuwe ontsteking de angst stijgt, of dat bij patiënten die een goede medicatie tegen het reuma hebben de angst minder wordt. Evenzo wordt bij depressie vermoed dat de depressie door medicatiegebruik afneemt en dat door negatieve gebeurtenissen de depressie juist erger wordt. Waarschijnlijk is de te grootte omvang van de steekproef ervoor verantwoordelijk dat het niet opvalt als een paar mensen wel veranderingen in angst of depressie ervaren. Als verder onderzoek naar individuele verschillen gedaan wordt, kan het een mogelijkheid zijn om een kwalitatieve studie op te zetten, met enkele patiënten die aan angst en depressie lijden. Deze studie kan uitgevoerd worden door het afnemen van interviews of het laten schrijven van een soort dagboek. Om op groepsniveau een uitspraak over de verandering te kunnen doen, had de verandering heel groot moeten zijn om überhaupt een significant resultaat te bereiken. Als verder onderzoek met dit bestaande databestand uitgevoerd wordt, kan ervoor gekozen worden de patiënten in drie groepen op te splitsen. De eerste groep bevat dan patiënten met wie het beter gaat, de tweede groep bevat patiënten die geen verandering ervaren en de derde groep bevat patiënten die een negatieve

verandering ervaren. Op basis van deze indeling zullen ook uitspraken over de veranderingen op groepsniveau getrokken kunnen worden.

Er bestaat behoefte voor het onderzoeken van de invloed van of de ziekteduur en de interactie tussen het invloed van ziekteduur en het meetmoment op depressie omdat dit in eerdere studies niet onderzocht werd. De hypothese wordt verworpen, omdat geen significant bewijs werd gevonden dat de ziekteduur in relatie staat met het voorkomen van angstige en depressieve symptomen. Dit komt overeen met de resultaten van van Dyke et al. (2004). Deze studie heeft geen statistisch significante correlatie tussen het niveau van angst en aantal maanden sinds de patiënten de diagnose reuma hebben gekregen gevonden. De beredenering om deze hypothese op te stellen was de kans dat ontstekingen door poliartritis de levenssituatie en de levenskwaliteit van de patiënten kunnen beïnvloeden en vermoed wordt, dat patiënten die net ziek zijn geworden meer angst en depressie vertonen dan patiënten die al langer met de ziekte leven. Er werd verondersteld, dat patiënten door therapieën en copingstijlen hebben geleerd zich aan de beperkingen van hun ziekte aan te passen. Vervolgonderzoek is noodzakelijk om betere uitspraken erover te kunnen doen of de ziekteduur invloed op angst en depressie heeft. Omdat maar een studie over de samenhang tussen ziekteduur en symptomen gedaan werd, worden redenen genoemd waarom de ziekteduur blijkbaar geen invloed heeft op de angstige en depressieve symptomen. Dit is een indicatie, dat het geen natuurlijk proces is om zich aan de ziekte aan te passen. Zou dit het geval zijn, dan zouden patiënten die al langer aan reuma lijden minder depressief of minder angstig zijn, omdat ze zich in de loop van de jaren aan de beperkingen van hun ziekte hebben aangepast. Maar dat is juist niet het geval. Voorwaarde om te kunnen zeggen dat het niet leidt tot een natuurlijk proces van aanpassing aan de ziekte, is dat angst en de depressie echt komen doordat de patiënten aan reuma lijden. Odegard et al. (2007) stellen dat angst sterk met het verloop van pijn van patiënten met recent begin van RA geassocieerd wordt. Zoals Covic et al. (2006) stellen, kan een depressie door vele factoren ontstaan, zoals klinische, psychologische en demografische factoren. Daarbij horen langere ziekenhuisopnamen, moeilijkheden in een normaal leven terug te keren en een vertraagd herstel (Burg & Abrams, 2001; Hosaka, Aoki, Watanabe, Okuyama & Kurosawa, 1999; Kiecolt-Glaser, Page, Marucha, MacCallum & Glaser, 1998).

Beperkingen en implicaties voor toekomstig onderzoek

Dit onderzoek heeft verschillende beperkingen. Ten eerste werd geen onderscheid tussen de ziektesymptomen gemaakt. De meeste patiënten uit de steekproef lijden aan RA (55 %), maar het zijn wel patiënten in de steekproef die verschillende ziektesymptomen hebben, zoals jicht of spondylitis. Omdat de meeste studies de relatie tussen RA en angst en depressie hebben bekeken, is niet zeker of de andere ziektesymptomen invloed op de uitkomsten hebben. In vervolgonderzoek wordt aangeraden erop te letten of er significante verschillen tussen patiënten met RA en patiënten met een ander ziektesymptomen zijn. Ook de zelf bedachte indeling van de ziekteduur kan eraan bijgedragen hebben dat er geen invloed op angst en depressie werd gevonden. Een belemmering is dat er in deze steekproef geen patiënten zitten die net ziek zijn geworden, maar alleen patiënten die ten minste al twee jaar ziek zijn en patiënten die twee jaar onder behandeling zijn. Dit betekent dat er geen uitspraak gedaan kan worden over hoe mensen die net ziek zijn angst en depressie ervaren. Bovendien is de verdeling van de patiënten in de groepen erg ongelijk. In groep één zitten 63 patiënten, in groep twee 67 patiënten en in groep drie 185 patiënten. Het wordt duidelijk dat de verdeling van de ziekteduur verbeterbaar is omdat de meeste patiënten al langer dan elf jaar ziek zijn. Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden de groepen op een dusdanige manier in te delen dat in iedere groep ongeveer evenveel patiënten terecht komen.

Ten tweede werd in dit onderzoek geen rekening gehouden met eventuele verschillen tussen mannen en vrouwen. Uit eerder onderzoek bleek, at vrouwen vaker aan RA lijden dan mannen (Scott, Wolfe & Huizinga, 2010). Dit is een mogelijke invloed op de resultaten omdat in totaal meer vrouwen (60.8 %) dan mannen (39.2 %) aan het onderzoek hebben deelgenomen. Ten derde wordt er ook geen verschil tussen de verschillende opleidingsniveaus gemaakt. Uit eerder gedaan onderzoek kwam naar voren dat een lager opleidingsniveau tot hogere niveaus van depressie geleid hebben (Leigh, Fries & Parikh, 1992). In vervolgonderzoek is het mogelijk aparte berekening voor mannen en vrouwen en voor verschillende opleidingsniveaus uit te voeren. Verder is niet zeker of de gevonden resultaten generaliseerbaar zijn omdat alle 229 patiënten uit hetzelfde gebied, Enschede, komen en allemaal in hetzelfde ziekenhuis behandeld worden. Het is mogelijk dat door de omgang met de patiënten door bijvoorbeeld het personeel of artsen veranderingen in het gedrag van de patiënten opgeroepen worden, die andere patiënten uit andere gebieden of ziekenhuizen niet vertonen.

Toekomstig onderzoek naar de relatie tussen poliartritis en angstige- en depressieve symptomen blijkt heel interessant te zijn, omdat meer dan de helft van de patiënten last van

deze symptomen blijkt te hebben. Een mogelijke vervolgstudie kan onderzoeken of er verschil bestaat tussen de patiënten die angst en depressie vertonen en een gerichte psychotherapie volgen om hun klachten tegen te gaan, en patiënten met angst en depressie die geen psychotherapie volgen. Hiermee zou uitgevonden kunnen worden of een gerichte psychotherapie bij patiënten met poliartritis die bovendien aan angst of/en depressie lijden, effect hebben. Als er een verschil gevonden zou worden en patiënten minder klachten vertonen als ze een gerichte therapie volgen zou dit een groot voordeel zijn om gericht op de klachten van de patiënten te reageren. Een ander interessant aspect is om te onderzoeken welke scores op de HADS behaald worden door depressie patiënten, die al antidepressiva (21 %) krijgen (zie tabel 1). Als patiënten die al medicijn tegen hun klachten krijgen nog steeds in een groep zitten waar een mogelijke aanwezigheid van een depressie indicatief is, zou dit een indicatie kunnen zijn voor het feit dat de antidepressiva niet goed werkt of dat er andere factoren een negatieve uitkomst op deze groep van patiënten hebben. Verder onderzoek zou kunnen helpen om uit te vinden hoe angst en depressie gedurende meerdere jaren veranderen om daarmee te helpen een behandeling steeds opnieuw aan te passen. Het personeel in het ziekenhuis kan dan bijvoorbeeld erop letten of patiënten angstige of depressieve symptomen vertonen en de patiënten aanspreken om deze bestmogelijk te ondersteunen.

Door dit onderzoek werd ontdekt, dat de prevalentie van angst en depressie op respectievelijk 25 % en 20% ligt bij patiënten met poliartritis, dat gedurende een jaar geen veranderingen van angst en depressie heeft plaatsgevonden en dat de ziekteduur geen invloed op depressie en angst heeft.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (4thed.). Washington, DC
- Arends, R.Y., Bode, C., Taal, E., Van de Laar, A. (Submitted 2013). Goal management strategies: How people can employ these to adapt to arthritis.
- Belza, B.L., Henke, C.J., Yelin, E.H., Epstein, W.V & Gillis, C.L. (1993). Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Nursing Research*, 42, 93–99.
- Bradley, L.A., Young, L.D., Anderson, K.O., McDaniel, L.K., Turner, R.A., & Agudelo, C.A. (1984). Psychological approaches to the management of arthritis pain. *Social Science & Medicine*, 19, 1353 – 1360.
- Brieden, G. (1999). *Lernen, mit der Krankheit gut zu leben: Eine Anleitung zu mehr Lebensfreude*. Hilden, Duitsland.
- Bruce, T.O. (2008). Comorbid depression in rheumatoid arthritis: Pathophysiology and clinical implications. *Curr Psychiatry*, 10, 258–264.
- Burg, M.M. & Abrams, D. (2001). Depression in chronic medical illness: The case of coronary heart disease. *J. Clinical Psychologie*, 57, 1323–1337.
- Centraal bureau voor de statistiek. (2009). Ruime meerderheid ten minste één geneesmiddel. Gerard Verweij en Patty Elferink.
- Centraal bureau voor de statistiek. (2011). Geestelijke ongezondheid in Nederland in kaart gebracht. Marian Driessen.
- Centraal bureau voor de statistiek. (2013). Bijna twee op vijf Nederlanders ooit angstig of depressief. Linda Rozendaal en Ferdy Otten.
- Chandarana, P. C., Eals, M., Steingart, A.B., Bellamy, N., Allen, S. (1978). The detection of psychiatric morbidity and associated factors in patients with rheumatoid arthritis. *Can Psychiatry*, 32, 356 – 361.

- Chronic polyarthritis - Classification, Prevalence, and Natural Course. (2000). *Acta orthopaedica* 71, 1-7. doi:10.1080/000164700753740808
- Covic, T., Cumming, S.R., Pallant, J.F., Manolios, N., Emery, P., Conaghan, P.G & Tennant A. (2012). Depression and Anxiety in Patients with Rheumatoid Arthritis: Prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the Hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Psychiatry*, 12, 12 - 16.
- Covic, T., Pallant, J., Tennant, A., Cox, S., Emery, P. & Conaghan, P. (2009). Variability in depression prevalence in early rheumatoid arthritis: a comparison of the CES-D and HAD-D Scales. *BMC Musculoskelet Disorders*, 10. doi:10.1186/1471-2474-10-18
- Covic, T., Tyson, G., Spencer, D & Howe, G. (2006). Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 469–476.
- Creed, F. (1990). Psychological disorders in rheumatoid arthritis: a growing consensus? *Ann Rheum Dis*; 49, 808-812.
- Dickens, C., Creed, F.(2001). The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 40, 1327–1330.
- Dickens, C., Jackson, J., Tomenson, B., Hay, E. & Creed, F. (2003). Association of depression and rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*, 44, 209– 215.
- Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D. & Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med*, 64, 52.
- Van Dyke, 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. DOI 10.1002/art.20474
- El-Miedany, Y.M & El Rasheed, A.H. (2002). Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine*, 69, 300-306.

- Geenen, R., Newman, D., Bossema, E.R., Vriezekolk J.E. & Boelen, P.A. (2012). Psychological interventions for patients with reumatic diseases and anxiety or depression. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 26, 305-319.
- Hosaka, T., Aoki, T., Watanabe, T., Okuyama, T. & Kurosawa, H. (1999). Comorbidity of depression among physically ill patients and its effect on the length of hospital stay. *Psychiatry Clin. Neurosci*, 53, 491–495.
- Huizingh, E. (2008). Inleiding SPSS 16 voor Windows. Nederland, den Haag
- Isik, A., Koca, S., Ozturk, A. & Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *ClinRheumatol*, 26, 872-878.
- Kekow, J., Moots, R., Khandker, R., Melin, J., Freundlich, B. & Singh, A. (2010). Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 50, 401-409.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Page, G.G., Marucha, P.T., MacCallum, R.C. & Glaser, R. (1998). Psychological influences on surgical recovery. Perspectives from psychoneuroimmunology. *Am. J. Psychol*, 53, 1209–1218.
- Lawrence, J.S. (1961). Prevalence of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, 20, 11–17.
- Leigh, J.P., Fries, J.F., Parikh, N. (1992). Severity of disability and duration of disease in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, 19, 1906-1911.
- Linos, A.D., Worthington, J.W. & O’Fallon, W.M. (1980). The epidemiology of rheumatoid arthritis in Rochester, Minnesota. A study of its incidence, prevalence and mortality. *Am J Epidemiol*, 111, 87–98.
- Odegard, S., Finset, A., Mowinckel, P., Kvien, T.K. & Uhlig, T. (2007). Pain and psychological health status over a 10-year period in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, 66, 1195–1201.

- Pollard, L., Choy, E.H., Scott, D.L. (2005). The consequences of rheumatoid arthritis: quality of life measures in the individual patient. *ClinExp Rheumatol*, 23, 43–52.
- Pouchot, J., Le Parc, J.M., Queffelec, L., Sichere, P. & Flinois, A. (2007). Perceptions in 7700 patients with rheumatoid arthritis compared to their families and physicians. *Joint Bone Spine*, 74, 622-626.
- Rasker, J.J., Cosh, J.A. (1987). The natural history of rheumatoid arthritis over 20 years: clinical symptoms, radiological signs, treatment, mortality and prognostic significance of early features. *Clin Rheumatol*, 6, 5-11.
- Reumafonds. *Feiten over reuma*. (2012). Verkregen op 07.01.2013:
<http://www.reumafonds.nl/reuma/feiten-over-reuma>
- Raspe, H. (2011). Leitthema: Psychische Komorbidität bei chronischen Erkrankungen
Chronische Erkrankungen Definition und Verständnis. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 4-8, DOI 10.1007/s00103-010-1180-2
- Scott, D.L., Wolfe, F., Huizinga, T.W.J. (2010). Rheumatoid arthritis. *Lancet*, 376, 1094 – 1108.
- Scott, D.L., Symmons, D.P.M., Coulton, B.L., Popert, A.J. (1987). Longterm outcome of treating rheumatoid arthritis: results after 20 years. *Lancet*, 1108 – 1111.
- Sheehy C, Murphy E., Barry, M. (2006). Depression in rheumatoid arthritis—underscoring the problem. *Rheumatology*, 45, 1325–1327.
- Snaith, P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1-4.
- Stenström, C. (2005). Assessment of disease consequences in rheumatoid arthritis: A survey of methods classified according to the international classification of impairments, disabilities, and handicaps. *Arthritis & Rheumatism*, 10, 135-150.
- Taal, E., Rasker, J.J., Wiegmann, O. (1996). Patient Education and Self-Management in the Rheumatic Diseases: A Self-Efficacy Approach. *American College of Rheumatology*, 9, 230.

Uguz, F., Akman, C., Kucuksarac, S. & Tufekci, O. (2009). Anti tumor necrosis factor therapy is associated with less frequent mood and anxiety disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63, 50-55.

Wereldgezondheidsorganisatie (2013). Geestelijke ongezondheid in Nederland in kaart gebracht. Marian Driessen.

Wolfe, F. & Michaud, K. (2009). Predicting depression in rheumatoid arthritis: the signal importance of pain extent and fatigue, and comorbidity. *Arthritis & Rheumatism*, 61, 667–673.

Young, L.D. (1992). Psychological factors in rheumatoid arthritis: A review of a decade of research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 619-627.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand*, 67(6), 361-70.

Bijlage

Design

Ziekte duur

Depressie en angst <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)	T0
--	-----------

Depressie en angst <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)	T1
--	-----------

Depressie en angst <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)	T2
--	-----------

Vragenlijst

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Angstschaal

1. Ik voel me gespannen (+)
3. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren (+)
5. Ik maak me vaak ongerust (+)
7. Ik kan rustig zitten en me ontspannen (-)
9. Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag (-)
11. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben (+)
13. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst (+)

Depressieschaal

2. Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot (-)
4. Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien (-)
6. Ik voel me opgewekt (+)
8. Ik voel me alsof alles moeizamer gaat (+)
10. Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk (+)
12. Ik verheug me van tevoren al op dingen (-)
14. Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma (-)

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

LEVEN MET REUMA EN HET AANPASSEN VAN BELANGRIJKE PERSOONLIJKE DOELEN

Vragenlijst nummer 1
Najaar 2010

Contactpersoon:

Roos Arends
Universiteit Twente
Afdeling PCGR
Citadel T400

Telefoonnummer: +31 (0)614789529
Email: r.y.arends@utwente.nl
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 werk

☐ werkloos

☐ parttime werk

☐ arbeidsongeschikt (WAO/WIA)

☐ huishouden

☐ gepensioneerd (AOW, VUT)

☐ school of studie



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

☐ 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 genoegen 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:	☐	☐	☐	☐	☐

Geldebesteding

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

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Zeer goed
7) De mogelijkheid om mijn geld te besteden zoals ik het wil, is:	☐	☐	☐	☐	☐



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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

AANKLEDEN & VERZORGING

	zonder enige moeite	met enige moeite	met veel moeite	onmogelijk uit te voeren
1) Kunt u zichzelf aankleden, inclusief veters strikken en knopen dichtmaken?	☐	☐	☐	☐
2) Kunt u uw haren wassen?	☐	☐	☐	☐

OPSTAAN

3) Kunt u opstaan vanuit een rechte stoel?	☐	☐	☐	☐
4) Kunt u in en uit bed komen?	☐	☐	☐	☐

ETEN

5) Kunt u vlees snijden?	☐	☐	☐	☐
6) Kunt u een vol kopje of glas naar de mond brengen?	☐	☐	☐	☐
7) Kunt u een nieuw pak melk openen?	☐	☐	☐	☐

LOPEN

8) Kunt u buitenshuis op een vlakke grond wandelen?	☐	☐	☐	☐
9) Kunt u vijf trap treden opklimmen?	☐	☐	☐	☐

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

☐ Wandelstok	☐ Hulpmiddelen, gebruikt bij het aankleden (knoophak, 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 klusjes 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ondraaglijke
geen pijn 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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- _____ totaal uitgeput
heid

- 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 _____ zeer goed
niet 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

