

Doel Management Strategieën en een Betekenisvol Leven bij Mensen met Polyartritis

**Helpen bepaalde Doel Management Strategieën specifieke leeftijdsgroepen
meer zin in hun leven te ervaren?**

**Malou Sowa
S1002716**

Enschede, januari 2013

Faculteit Gedragwetenschappen
Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie

1^e Begeleider Dr. C. Bode

2^e Begeleider R. Y. Arends

Inhoudsopgave

1. Abstract.....	3
2. Samenvatting	4
3. Inleiding.....	5
4. Methode.....	10
4.1. Procedure.....	10
4.2. Steekproef.....	11
4.3. Meetinstrumenten.....	12
4.3.1. FlexTen	13
4.3.2. GAS.....	13
4.3.3. PIL.....	14
4.4. Analyses	14
5. Resultaten	15
5.1. Hypothese 1	16
5.2. Hypothese 2	17
5.3. Hypothese 3	18
6. Discussie.....	22
7. Conclusie	27
8. Referentielijst.....	29
9. Appendix	33
Vragenlijst meetmoment 1	33

1. Abstract

Objective

Due to the demographic change that is taking place in the western societies the number of old people is steadily increasing. This is why chronic diseases, which incidence with proceeded age become more and more a topic to be concerned about. The recent study therefore focuses on the impact of goal management strategies under consideration of age on the extent of experienced purpose in life in patients with polyarthritis. Aim of this study is to find out whether for different age groups, different goal management strategies may help to experience more purpose in life.

Method

In this study, the data of 330 patients with polyarthritis from a outpatient clinic rheumatology in the Netherlands, who filled in three questionnaires, are being analyzed. The questionnaires were send in a letter with an included return envelope to the participants. In order to measure the different goal management strategies the FlexTen and the GAS were used. Additionally the PIL scale measured the experienced purpose in life.

Results

The results showed, that older age groups experience less purpose in life than do younger age groups. Furthermore the analyses pointed out that younger age groups make significantly more use of the goal management strategy 'goal maintenance' than do older ones. Regarding the moderating role of age between the chosen goal management strategy and the experienced purpose in life, the analyses showed that age is only moderating between the goal management strategies of 'goal adjustment' and 'goal reengagement' and experienced purpose in life. For those strategies hold that younger people experienced more purpose in their life's than older people the more frequently they used the goal management strategies . This association got weaker the older the age groups became.

Conclusion

The essence of the study is, that younger people need to be trained in the successful use of goal adjustment and goal reengagement in order to increase their experienced purpose in life. With respect to older people it is important to improve their overall ability to use goal management strategies and to additionally focus on improving their experienced aging process.

2. Samenvatting

Doel

Gezien het feit dat de demografische verandering in de westerse wereld tot gevolg heeft dat het percentage mensen met een hoge leeftijd in de maatschappij steeds groter wordt worden chronische ziektes, die vooral vanaf een hogere leeftijd optreden, steeds vaker een onderwerp. Dit onderzoek houdt zich daarom bezig met de invloed van doel management strategieën onder in aanmerking nemen van de leeftijd op de waargenomen mate van een betekenisvol leven bij patiënten met poliartritis. Het doel is om uit te vinden of er in verschillende leeftijdsgroepen verschillende doelmanagement strategieën zijn, die kunnen bijdragen om meer zin in het leven waar te nemen.

Methode

In het onderzoek werd de data van 330 patiënten van een reuma afdeling van een ziekenhuis in Enschede op drie verschillende vragenlijsten geanalyseerd. De respondenten ontvingen de vragenlijsten in een brief met bijgevoegde terugstuur envelop. Afgenomen worden de FlexTen en de GAS lijst om de verschillende doel management strategieën te meten en de PIL lijst voor het meten van de waargenomen zin in het leven.

Resultaten

Uit de resultaten blijkt dat mensen in oudere leeftijdsgroepen minder zin in hun leven ervoeren, dan mensen in jongere leeftijdsgroepen. Verder wordt aangetoond, dat jongere leeftijdsgroepen significant meer gebruik makten van de doel management strategie 'doelen vasthouden'. De modererende rol van leeftijd op de gekozen doel management strategie en het effect op het ervaren van zin in het leven blijkt te zijn dat leeftijd alleen voor de strategieën doelen aanpassen en nieuwe doelen vinden als moderator fungeerde. Voor deze strategieën gold, dat jongere mensen meer zin in hun leven ervoeren hoe meer gebruik ze makten van de twee strategieën. Dit verband werd zwakker naarmate de leeftijdsgroepen ouder werden.

Conclusie

Het onderzoek heeft laten zien, dat jongere mensen getraind moeten worden op het toepassen van 'doelen aanpassen' en 'nieuwe doelen vinden' om zo hun ervaren zin in het leven te verhogen. Wat oudere mensen betreft is het belangrijk hun algemene vaardigheden op het gebied van doel management te verbeteren en bovendien aandacht te leggen op het verbeteren van hun beleving van het verouderingsproces.

3. Inleiding

Demografische Verandering

In bijna alle ontwikkelde landen van de wereld vindt een demografische verandering plaats (Miles, 1999). Dit betekent dat de levensverwachting van mensen toeneemt, terwijl minder kinderen geboren worden. Het gevolg hiervan is dat de gemiddelde leeftijd voortdurend stijgt (Miles, 1999). Deze nieuwe demografische structuur, met een toenemend aantal oude mensen, brengt een aantal uitdagingen met zich mee. Dit komt door de reden, dat leeftijdsgerelateerde biologische veranderingen tot beperkte functionaliteit leiden, wat diverse domeinen van het leven op een negatieve manier kan beïnvloeden (Birren & Schaie, 2001; Lindenberger & Baltes, 1997; Schneider, Rowe, Johnson Holbrook, & Morrison, 1996). Een voorbeeld van de beperkte functionaliteit is de slechtere verwerking van sensorisch input. Volgens de resultaten van Lindenberger en Baltes (1997) hangt dit nauw samen met het functioneren op intellectueel niveau. Verder houden Baltes, Staudinger & Lindenberger zich bezig met de afname in culturele effectiviteit wanneer de leeftijd stijgt. (Baltes et al., 1999). Ook leeftijdsgerelateerde lichamelijke veranderingen vinden plaats en betekenen een afname van functioneren voor het individu.

Chronische Ziektes

In verband met de stijgende leeftijd neemt ook het aantal mensen met een chronische ziekte toe, waardoor chronische aandoeningen een steeds belangrijker onderwerp voor de maatschappij worden. Deze chronische ziektes zijn voor het betrokken individu een groot probleem, maar betekenen ook nieuwe uitdagingen voor een maatschappij. Het lagere participatieniveau van mensen met een chronische ziekte zorgt zowel in Nederland als in andere Westerse landen voor bezorgdheid (Baanders, Rijken & Peters, 2002). Bovendien is het een feit dat er een zorgwekkend en stijgend aantal werkenden is, dat met een slechte gezondheid kampt. Dit om de reden, dat chronisch zieke mensen vaak last hebben van problemen op de werkvloer (Donders & van der Gulden, 2007). Ook laat een aantal studies zien dat diverse persoonlijke domeinen in het leven van de patiënt belemmerd worden (Albers, Kuper, van Riel, Prevoo, van 't Hof, van Gestel & Severens, 1999). Voorbeelden hiervan zijn het functioneren in het gezin, het seksuele functioneren en de succesvolle participatie in vele andere situaties. Dit is het resultaat van affectieve veranderingen, functionale beperkingen van het menselijk lichaam en psychosociale veranderingen waarmee

de patiënt te maken krijgt (Anderson, Bradley, Young, McDaniel & Wise, 1985). Gezien de enorme belasting, die een chronische aandoening voor het individu betekend, is omvattende hulp en ondersteuning voor deze populatie van bijzonder groot belang.

Polyarthritis

Een van de steeds vaker voorkomende chronische ziektes zijn de verschillende vormen van polyarthritis. Bij polyarthritis gaat het om een chronisch ziektebeeld, waarbij meer dan vijf gewrichten in verschillende delen van het lichaam ontstoken zijn. Reumatoïde arthritis (RA) is de meest voorkomende en meest bekende vorm van polyarthritis. Bijzonder vaak zijn de gewrichten van de handen, voeten, schouders of heupen betrokken bij de ontstekingen, die samengaan met pijn en zwellingen. Het ziekteverloop gebeurt meestal in aanvallen en leidt tot een minimaal verkorte levensduur. De oorzaak van de ziekte is tot nu toe nog niet bekend. Ongeveer een procent van de algemene populatie heeft deze ziekte, waarbij het risico voor vrouwen op een gemiddelde leeftijd het hoogst is (Menche, 2007 en Anderson et al, 1985).

Verbetering van het welbevinden

Studies laten zien dat mensen die aan RA lijden op een aantal psychologische vlakken hoger scoren dan de gewone populatie zoals op depressie en angsten (Anderson et al, 1985). Aan de andere kant zijn er ook domeinen waar RA patiënten systematisch lager scoren dan de gewone populatie. Dit geldt onder andere voor het zelfvertrouwen en werktevredenheid, maar ook voor communicatie en emotioneel gedrag (Anderson et al, 1985). Over het algemeen hebben mensen met RA een sterk gevoel van zinloosheid (Anderson et al, 1985). Om deze realiteit tegen te gaan en de groep mensen met RA de best mogelijke ondersteuning en hulpverlening te kunnen bieden, is het van groot belang om wetenschappelijk te onderzoeken hoe het welbevinden van patiënten met reumatische aandoeningen kan worden verbeterd. In de geschiedenis is een aantal studies bezig geweest met het identificeren van concepten die mogelijk invloed hebben op het welbevinden van patiënten met RA. Het blijkt dat een aantal psychologische factoren een mediërend invloed hebben op de ernst van de ziekte en de beleefde gezondheidsstatus (Verduin, de Bock, Vliet Vlieland, Peeters, Verhoef & Otten, 2008). Het wordt hierbij vooral duidelijk dat niet alleen negatieve psychologische factoren onder het oog moeten worden genomen, maar ook de positieve factoren. Uit meerdere onderzoeken komen twee interessante concepten naar voren die de mogelijkheid bieden om de kwaliteit van leven en de ziekte adaptatie van patiënten met reumatische aandoeningen te verbeteren. Het gaat hierbij om het toepassen van doel management strategieën en de

waargenomen mate van een betekenisvol leven (Verduin et al, 2008 en Arends, Bode, Taal & van de Laar, 2013).

Doel Management

Er zijn vier belangrijke strategieën als het gaat om het managen van persoonlijke doelen. Ten eerste het vasthouden aan en nastreven van gekozen doelen ('doelen vasthouden'), het, zo nodig, aanpassen van onhaalbare doelen ('doelen aanpassen'), het loslaten van doelen die zeker niet meer te halen zijn ('doelen verwerpen') en het vinden van nieuwe doelen ('nieuwe doelen vinden'). Het blijkt, dat het toepassen van deze strategieën patiënten helpt om zich aan te passen aan RA (Arends et al, 2013). Een manier om twee van deze strategieën, namelijk 'doelen vasthouden' en 'doelen aanpassen', vast te leggen in een model komt van Brandtstädter. Hij introduceert het dual-process model of assimilative and accommodative coping (Brandtstädter, 1989 en Rothermund & Brandtstädter, 2003). Assimilative coping beschrijft een actieve manier van omgaan met doelen en betreft dus het vasthouden aan doelen. Het individu werkt actief aan zich zelf of aan de omstandigheden om de discrepantie tussen de gewenste toestand (het doel) en de actuele toestand te overwinnen. Accommodative coping daarentegen betekent dat mensen niet meer te bereikende doelen aanpassen en dus op zodanige manier veranderen dat ze wel in staat zijn aan deze nieuwe, aangepaste eisen te voldoen. De beide anderen strategieën, 'doelen loslaten' en 'nieuwe doelen vinden', worden nader beschreven door Wrosch. Hij demonstreert in diverse studies, dat niet alleen het vasthouden en bereiken van doelen belangrijk is voor een positief zelfbeeld maar ook het kunnen loslaten van doelen die niet meer te bereiken zijn (Wrosch, Scheier, Carver & Schulz, 2003). De strategie van 'doelen loslaten' wordt vooral in een hogere leeftijd een belangrijk onderwerp omdat de biologische resources die voor het bereiken van persoonlijke doelen ter beschikking staan met toenemende leeftijd afnemen (Heckhausen & Schulz, 1995). Daarnaast werd ook de strategie 'nieuwe doelen vinden' geassocieerd met een betekenisvol leven en positief affect (Dunne, Wrosch & Miller, 2011).

Zin in Leven

Het hebben en nastreven van doelen is nauw verbonden met het idee van een betekenisvol leven. Om überhaupt motiveert te zijn om zijn leven actief vorm te geven is het noodzakelijk dat mensen doelen kunnen identificeren, die zij zelf als betekenisvol inschatten. Bovendien moeten zij ook het gevoel hebben dat deze doelen bereikbaar voor hen zijn (Scheier, 2006). Deze twee omstandigheden leiden ertoe, dat mensen een motivatie hebben om hun leven

actief vorm te geven en dus een zin in hun leven zien. Uit een aantal studies blijkt een enorme positieve invloed, die het gevoel van een betekenisvol leven op verschillende gebieden kan hebben. Zo kan een betekenisvol leven bij voorbeeld in verband worden gebracht met een betere sociale participatie (Pearson & Sheffield, 1975). Smith en Zautra (2004) laten verder zien, dat het hebben van een zin in het leven een positieve invloed op het fysisch functioneren van patiënten heeft. Ook het positieve effect op het welbevinden van patiënten is aangetoond (Verduin et al., 2008). Frankl (1959) en Yalom (1980) beschrijven een betekenisvol leven daarom als een van de belangrijkste gevoelens die een individu kan hebben.

Leeftijd en correlatie tussen beide Concepten

Er bestaat blijkbaar een duidelijke samenhang tussen een goed management van doelen en het ontvinden van een zin in het leven. Uit onderzoek van Arends et al. (2013) blijkt dat 27% van de variatie in de mate van een betekenisvol leven te verklaren zijn met het toepassen van doel management strategieën. De correlatie tussen beide concepten is dus noemenswaardig. Het toepassen van doel management strategieën kan volgens Arends et al. (2013) gezien worden als een voorspeller van de waargenomen mate van een betekenisvol leven. Naast de onderlinge samenhang van beide concepten, is er verder ook een samenhang met een derde variabele. Deze derde variabele is leeftijd, een variabele die met betrekking tot chronische ziektes van groot belang is. Niet alleen de leeftijd, maar ook het beleven van de eigen leeftijd is een belangrijke aspect als het gaat om mensen met polyartritis. Onderzoek laat zien dat positieve attitudes tegenover het eigen ouder worden positief correleren met gezondheidsuitkomsten en het fysisch functioneren van patiënten met reumatische aandoeningen (Bode, Taal, van Gessel, Westerhof & van de Laar, 2012). Dit feit is van bijzonder belang, aangezien patiënten met reumatische aandoeningen de fysische aspecten van het verouderingsproces negatiever beleven dan een gezonde populatie (Bode et al., 2012). Wat betreft de relatie van de twee concepten met leeftijd komen twee verschillende soorten samenhang naar voren. Onderzoek laat zien dat de mate van een betekenisvol leven bij toenemende leeftijd afneemt (Verduin et al., 2008) en er dus een negatief verband bestaat. Wat het managen van doelen betreft, tonen Brandtstädter en Renner (1990) aan dat mensen met toenemende leeftijd meer gebruik maken van accommodative coping strategieën, wat betekent dat doelen vaker werden aangepast dan strikt nagestreefd. Deze verschuiving van strategieën en compensatie pogingen treedt vooral vanaf het einde van de zevende decade op en is een manier om de positieve zelfevaluatie in stand te houden (*well being paradox*) (Rothermund & Brandtstädter, 2003). Hier is sprake van een positief verband. Dit positief

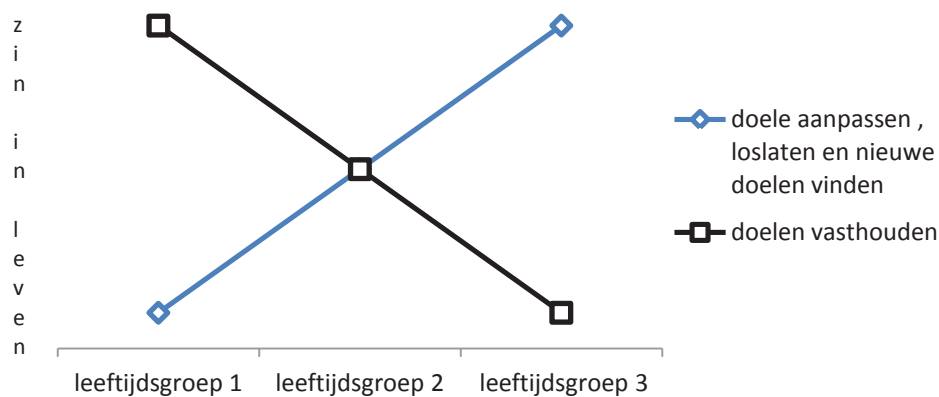
verband komt ook overeen met wat Wrosch zegt over de verhouding van 'doelen loslaten' en 'nieuwe doelen vinden'. Hij toont aan dat het toepassen van deze twee strategieën vooral met toenemende leeftijd belangrijker wordt, omdat de biologische resources beperkter worden (Heckhausen & Schulz, 1995). Dat betekent voor het individu dat hij oude doelen los moet laten en op een zodanige manier moet veranderen dat nieuwe doelen ontstaan die vervolgens na kunnen worden gestreefd. Op deze manier blijft een zin in leven bestaan en het zelfbeeld onbeschadigd.

Hypothesen

Het doel van dit onderzoek is de relatie tussen doel management strategieën en een betekenisvol leven nader te bekijken en hierbij de rol van leeftijd als moderator bij te betrekken. Er wordt onderzocht of er verschillen in de relatie van de beide concepten tussen verschillende leeftijdsgroepen te vinden zijn en zo ja, hoe deze verschillen er dan precies uit zien.

Er worden drie verschillende vormen van samenhang verwacht.

- (1) Naarmate mensen ouder worden ervaren ze minder zin in het leven.
- (2) Naarmate mensen ouder worden maken ze minder gebruik van de doelmanagement strategie 'doelen vasthouden'.
- (3) De ervaren mate van een betekenisvol leven kan verklaard worden met de gekozen doelmanagement strategie wanneer de leeftijd als moderator wordt gebruikt.
 - (a) Naarmate mensen jonger zijn, ervaren ze meer zin in het leven wanneer ze gebruik maken van de strategie 'doelen vasthouden'.
 - (b) Naarmate mensen ouder worden ervaren ze meer zin in hun leven wanneer ze gebruik maken van de andere drie strategieën ('doelen aanpassen', 'doelen loslaten' en 'nieuwe doelen vinden').



Door het verzamelen van verdere informatie over de natuur van de samenhang tussen de concepten wordt de inzicht in het leven en functioneren van mensen met polyartitis vergroot. De nieuw opgedane kennis over de invloeden die inspelen op het welbevinden van mensen met polyartitis is van groot belang bij het begrijpen van de problemen die gepaard gaan met de chronisch ziekte. Het uiteindelijke doel is om beter in staat te zijn interventies te ontwikkelen die mensen de beste ondersteuning kunnen geven om hun kwaliteit van leven weer te verbeteren.

4. Methode

4.1. Procedure

Voor het werven van de respondenten werden 803 patiënten uit een kliniek voor reumatologie in Enschede random via een elektronisch diagnose registratie system gekozen. De participatie aan het onderzoek vereiste bepaalde criteria. Tot deze criteria behoorde dat de patiënt achttien jaar of ouder moet zijn, de diagnose polyartitis gesteld moet zijn en de patiënt hier ook voor in behandeling moet zijn en de patiënt in staat dient te zijn om de vragenlijst zelfstandig of met ondersteuning anoniem in het Nederlands in te vullen. Van de 803 gekozen patiënten voldeden 164 niet aan de eisen en werden dus niet uitgenodigd voor de participatie aan het onderzoek. De 639 potentiële participanten ontvingen een uitnodigingsbrief. Deze brief omvatte naast het uitnodigingsformulier ook de vragenlijst (zie appendix 1) en een toestemmingsformulier. Bovendien bevatte de brief ook een gefrankeerde retourenvelop. 330 van de respondenten gaven hun toestemming om mee te doen aan het onderzoek en stuurden

de ingevulde vragenlijst terug. De vragenlijsten van alle 330 respondenten konden worden verwerkt in de analyse. Bij het uitgevoerde onderzoek gaat het dus om een vragenlijst onderzoek, dat goed werd gekeurd door de ethiek commissie gedragswetenschappen van de Universiteit Twente.

4.2. Steekproef

De uiteindelijke steekproef bevat 201 vrouwen en 129 mannen. De gemiddelde leeftijd bedraagt 63 jaar waarvan de oudste respondent 92 jaar oud is en de jongste 17 jaar oud. Een grootdeel van de steekproef is getrouwd (66.4 %). De meeste mensen uit de steekproef (zie tabel 2) hebben lager beroepsonderwijs gevolgd. Slechts 2.7 % volgden een universitaire opleiding. Wat de ziekte duur van de steekproef betreft omvatten de respondenten een span van 2 tot 72 jaar, met een gemiddelde ziekte duur van 15.67 jaar. Het grootste deel van de steekproef heeft RA, er zijn echter ook andere vormen van polyartitis in de steekproef terug te vinden (onder andere: artritis psoriatica, jicht en ziekte van Bechterew).

Tabel 1.

Demografische gegevens van de steekproef

Geslacht	n	%
Mannen	129	39.1
Vrouwen	201	60.9
Burgerlijke staat		
Ongehuwd en niet samenwonend	20	6.1
Ongehuwd wel samenwonend	23	7.0
Gehuwd	219	66.4
Weduwe/ weduwnaar	42	12.7
Gescheiden	19	5.8
Totaal	323	97.9
Missing	7	2.1

Hoogst genoten		
opleiding		
Geen opleiding	5	1.5
Basisonderwijs	22	6.7
Lager beroepsonderwijs	102	30.9
MAVO, (M)ULO, 3jarige	62	18.8
HBS, VMBO		
Middelbaar	62	18.8
beroepsonderwijs		
5 jarige HBS, HAVO,	14	4.2
MMS, atheneum,		
gymnasium		
Hoger beroepsonderwijs	46	13.9
Wetenschappelijk onderwijs	9	2.7
Totaal	322	97.6
Missing	8	2.4
Huidige situatie		
Fulltime werk	48	14.5
Parttime werk	46	13.9
Huishouden	45	13.6
Werkloos	9	2.7
Arbeidsongeschikt	46	13.9
Gepensioneerd	130	39.4
Totaal	324	98.2
Missing	6	1.8

Notitie. n = aantal respondenten

4.3. Meetinstrumenten

Bij de vragenlijst die de respondenten ontvingen gaat het om een samengestelde lijst die meerdere meetinstrumenten voor verschillende concepten omvat. Voor dit onderzoek zijn alleen drie van de afgenomen vragenlijsten gebruikt. Dit zijn de Tenacious Goal Pursuit en Flexible Goal Adjustment Scale (TenFlex), de Goal Adjustment Scale (GAS) en de Purpose in Life Scale (PIL). Alle vragenlijsten hebben de opbouw van een vijf punt likertschaal. De

antwoordmogelijkheden omvatten de opties *geheel mee oneens*, *mee oneens*, *neutraal*, *mee eens* en *geheel mee eens* en hebben betrekking op de vervolgens opgenoemde uitspraken. Voor de analyses werden de FlexTen, en de GAS lijst opgesplitst naar de verschillende concepten die ze meten en worden van alle lijsten de negatief geformuleerde items omgeschaald.

4.3.1. FlexTen

De Tenacious Goal Pursuit en Flexible Goal Adjustment Scale is ontworpen door Brandtstädter en Renner (1990). De lijst omvat 30 items, waarvan 15 items het vasthouden aan doelen meten en de andere 15 items het aanpassen van doelen. De items 1, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 20, 22, 26, en 30 werden voor de analyse omgeschaald. De interne coherentie van de vragenlijst over het vasthouden aan doelen wordt aangegeven door een alpha waarde van 0.73 en de interne coherentie voor de vragenlijst over het aanpassen van doelen door een alpha waarde van 0.80.

Voorbeeld van een item voor het meten van aanpassen van doelen:

Wanneer ik ergens op vastloop, vind ik het moeilijk een andere aanpak te kiezen.

Voorbeeld van een item voor het meten van vasthouden van doelen:

Ik kan erg halsstarrig zijn in het nastreven van mijn doelen.

4.3.2. GAS

De Goal Adjustment Scale van Wrosch et al (2003) omvat 10 items met vier items die betrekking hebben op 'doelen loslaten' en zes items die zich betrekken op het vinden van nieuwe doelen. De items 3 en 6 werden voor de analyse omgeschaald. De interne coherentie van de vragenlijst over doelen loslaten wordt aangegeven door een alpha waarde van 0.51 en die interne coherentie voor de vragenlijst over het vinden van nieuwe doelen door een alpha waarde van 0.88.

Voorbeeld van een item voor het meten van 'nieuwe doelen vinden':

Als ik zou moeten stoppen met het nastreven van een belangrijk doel in mijn leven bedenik ik andere nieuwe doelen die ik kan nastreven.

Voorbeeld van een item voor het meten van 'doelen loslaten':

Als ik zou moeten stoppen met het nastreven van een belangrijk doel in mijn leven vind ik het makkelijk om dit doel los te laten en er niet meer aan te denken.

4.3.3. PIL

De Purpose in Life Scale van Ryff en Keyes (1995) bestaat uit vijf items, allen voor het meten van waargenomen zin in het leven. Aan deze lijst werd een aanvullend item toegevoegd om de lijst te complementeren. De items twee en drie van de vragenlijst worden voor de analyse omgeschaald. De interne coherentie van de vragenlijst inclusief het toegevoegde item wordt aangegeven door een alpha waarde van 0.82.

Voorbeeld van een item voor het meten voor waargenomen zin in het leven:

Ik heb geen duidelijk gevoel over wat ik probeer te bereiken in het leven.

Toegevoegd item:

Mijn dagelijkse activiteiten zijn voor mij een bron van veel genoeg en voldoening.

Verder werden in de vragenlijst een aantal demografische variabelen opgevraagd, waarvan voor de analyse van dit onderzoek echter alleen de leeftijd van belang is.

4.4. Analyses

De analyse van de data wordt uitgevoerd met de 20de versie van het "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS). Voor de analyse is de steekproef ingedeeld in drie verschillende leeftijdsgroepen. Door de indeling in leeftijdsgroepen kunnen vergelijkingen tussen de verschillende cohorten worden gemaakt.

Omdat de uitgevoerde analyses verder vereisen dat er sprake is van een normale verdeling van de data worden de scores op de drie vragenlijsten op hun verdeling gecontroleerd. De waarden voor skewness en kurtosis van de vier vragenlijst gemiddelden moeten allemaal tussen de -2 en +2 liggen om aan de eisen voor de analyses te voldoen.

In hypothese één staat de vraag centraal of er verschillen bestaan in de gemiddelde scores op de PIL lijst tussen de verschillende leeftijdsgroepen. De nodige berekeningen gebeuren via

een eenvoudige ANOVA toets. Bovendien worden de gemiddelden in de drie verschillende leeftijdsgroepen bekeken en, indien een significant verschil wordt gevonden, een bonferroni toets uitgevoerd. Hiermee kan nadere informatie over de verschillen tussen de groepen verzamelt worden, zoals tussen welke groepen significante verschillen liggen en tussen welke niet.

In hypothese twee staat de vraag centraal, of er verschillen bestaan tussen de gemiddelden op de FelxTen lijst, wat het vasthouden van doelen betreft. Om dit te onderzoeken wordt ook een ANOVA gebruikt. Bovendien worden de gemiddelden berekend en bekeken en indien er significante verschillen kunnen worden gevonden een bonferroni toets uitgevoerd.

In de derde hypothese wordt verondersteld dat de samenhang tussen het ervaren van zin in leven verklaart kan worden door de gekozen soort doel management strategie als de leeftijd een moderator rol wordt toegekend. Het onderzoeken van deze hypothese gebeurt met behulp van meervoudige varinatie-analyses met de leeftijdsgroep als moderator. Deze analyses worden apart voor de strategieën 'doelen aanpassen', 'doelen loslaten' en 'nieuwe doelen vinden' uitgevoerd. Indien significante verschillen kunnen worden gevonden wordt ter illustratie een *scatterplot* vervaardigd om aan hand van de hellingen van de regressielijnen meer uitspraken over de verschillen te kunnen maken. Op deze manier wordt de natuur van de gevonden samenhang verduidelijkt.

5. Resultaten

De resultaten zijn aan de hand van de drie hypothesen weergegeven. Het doel van het onderzoek was om te testen of de in de literatuurstudie gevonden samenhang tussen leeftijd, doel management en een betekenisvol leven bij patiënten met reuma kloppen. Verder was het de bedoeling van dit onderzoek om uit te vinden of leeftijd een modererende rol heeft in de samenhang tussen doel management en de mate van een betekenisvol leven. Om deze samenhang via berekeningen te toetsen wordt de steekproef zoals boven beschreven ingedeeld in drie verschillende leeftijdsgroepen. Deze groepen verschillen in aantal respondenten omdat de steekproef meer oudere mensen bevat dan jongere. Tabel 2 geeft een overzicht over de indeling van de leeftijdsgroepen.

Tabel 2.

Overzicht over de indeling in leeftijdsgroepen

	Minimum	Maximum	M	SD	n
Leeftijdsgroep 1	17	50	41.8	7.13	64
Leeftijdsgroep 2	51	70	60.2	5.45	168
Leeftijdsgroep 3	71	91	76.4	4.54	98

Notitie. M =gemiddelde leeftijd; SD = standaardafwijking; n = aantal respondenten

De indeling is gebaseerd op een eigen keuze. Deze probeert aan de ene kant zo goed mogelijk rekening te houden met het feit dat voor een vergelijking tussen oude en jonge mensen homogene leeftijdsgroepen wenselijk zijn, en aan de andere kant het aantal mensen per groep gelijkmatig moet worden gehouden om betrouwbare berekeningen te kunnen maken. Bovendien komt de indeling met de inschatting van Rothermund en Brandtstädter (2003) overeen, dat een verschuiving van de doel management strategieën vooral vanaf het einde van de zevende decade plaats vindt.

5.1. Hypothese 1

Naarmate mensen ouder worden ervaren ze minder zin in het leven.

In tabel 3 staan de gemiddelden en de standaardafwijkingen van de drie verschillende leeftijdsgroepen. Om te toetsen of de groepsgemiddelden statistisch significant van elkaar verschillen werd een eenvoudige variantie-analyse uitgevoerd. Hieruit bleek dat de drie leeftijdsgroepen statistisch significant van elkaar verschillen betreffende het effect op de afhankelijke variabele score PIL lijst ($F(2,317) = 4.5$, $p = 0.01$). Uit de simultane betrouwbaarheidsintervallen, die vervolgens zijn opgesteld, blijkt dat alleen voor de leeftijdsgroepen twee en drie de p waarde statistisch significant is ($p = .05$). De proefpersonen in leeftijdsgroep 2 scoren statistisch significant hoger op de PIL lijst dan de proefpersonen uit leeftijdsgroep drie. De betrouwbaarheidsintervallen zijn te vinden in tabel 4. De resultaten voor hypothese één bevestigen het verwachte verschil alleen tussen de leeftijdsgroepen twee en drie.

Tabel 3.

Gemiddelde Scores per leeftijdsgroep op de Purpose in Life Scale

Leeftijdsgroepen	M	SD	n
1 (17 t/m 50 jaar)	3.72	.71	62
2 (51 t/m 70 jaar)	3.69	.60	165
3 (71 t/m 91 jaar)	3.47	.61	93

Notitie. M = gemiddelde score; SD = standaardafwijking; n = aantal respondenten

Tabel 4.

Verskil in PIL scores voor de leeftijdsgroepen

Leeftijdsgroepen		p	95%- Betrouwbaarheidsintervallen	
			Ondergrens	Bovengrens
1	2	1,00	-.20	.25
	3	0,05	< -.001	.5
2	1	1,00	-.25	.20
	3	0,02	.03	.42
3	1	0,05	-.5	<.001
	2	0,02	-.42	.03

Notitie. p = overschrijdingskans

5.2. Hypothese 2

Naarmate mensen ouder worden maken ze minder gebruik van de doelmanagement strategie 'doelen vasthouden'.

Tabel 5 geeft de gemiddelden en de standaardafwijkingen van de drie verschillende leeftijdsgroepen weer. Om te toetsen of de groepsgemiddelden statistisch significant van elkaar verschillen werd een variantie-analyse uitgevoerd. De resultaten hiervan tonen aan dat de drie leeftijdsgroepen statistisch significant van elkaar verschillen betreffende het effect op de afhankelijke variabele, het gebruiken van de strategie 'doelen vasthouden' ($F(2,306) = 17.27$, $p = 0.05$). Uit de simultane betrouwbaarheidsintervallen, die vervolgens zijn opgesteld, blijkt dat er statistisch significante verschillen tussen de scores van de proefpersonen uit alle drie leeftijdsgroepen bestaan ($p < 0.01$). De betrouwbaarheidsintervallen staan vermeld in tabel 6. De resultaten voor hypothese twee bevestigen de stelling oudere leeftijdsgroepen minder vaak gebruik maken van de strategie 'doelen vast houden'.

Tabel 5.

Gemiddelde scores per leeftijdsgroepen op de subschaal 'doelen vasthouden' (FLEXTEN)

Leeftijdsgroepen	M	SD	n
1 (17 t/m 50 jaar)	3.34	.44	61
2 (51 t/m 70 jaar)	3.14	.4	159
3 (71 t/m 91 jaar)	2.96	.34	89

Notitie. M = gemiddelde score; SD = standaardafwijking; n = aantal respondenten

Tabel 6.

Verskil in scores op 'doelen vasthouden' tussen de leeftijdsgroepen

Leeftijdsgroepen		p	95%- Betrouwbaarheidsintervallen	
			Ondergrens	Bovengrens
1	2	<0.01	.06	.34
	3	<0.001	.22	.54
2	1	<0.01	-.34	-.6
	3	<0.01	.05	.30
3	1	<0.001	-.54	-.22
	2	<0.01	-.3	-.05

Notitie. p = overschrijdingskans

5.3. Hypothese 3

De ervaren mate van een betekenisvol leven kan verklaard worden met de gekozen doelmanagement strategie wanneer de leeftijd als moderator wordt gebruikt.

(a) Naarmate mensen jonger zijn ervaren ze meer zin in het leven wanneer ze gebruik maken van de strategie 'doelen vasthouden'.

(b) Naarmate mensen ouder worden ervaren ze meer zin in hun leven wanneer ze gebruik maken van de andere drie strategieën ('doelen aanpassen', 'doelen loslaten' en 'nieuwe doelen vinden').

Voor het toetsen van hypothese drie zijn meerdere berekeningen uitgevoerd. Er zijn mogelijke verschillen tussen de leeftijdsgroepen voor alle vier verschillende doel management strategieën bekeken. Hierbij werd verder de rol van de verschillende leeftijdsgroepen, betrokken.

(a) Naarmate mensen ouder worden ervaren ze minder zin in het leven wanneer ze gebruik maken van de strategie 'doelen vasthouden'.

Om te toetsen of de leeftijd een modererende rol heeft tussen het gebruiken van de strategie doelen vast te houden en de ervaren zin in leven wordt een variantie-analyse uitgevoerd. Hieruit blijkt, dat geen statistisch significant interactie effect voor leeftijd kan worden aangetoond ($F(40,227) = 0.65$, $p = 0.95$). De hypothese wordt niet bevestigd.

(b₁) Naarmate mensen ouder worden ervaren ze meer zin in hun leven wanneer ze gebruik maken van de strategie 'doelen aanpassen'.

Tabel 7 geeft de gemiddelden en de standaardafwijkingen van de drie verschillende leeftijdsgroepen op de subschaal 'doelen aanpassen' weer. Hieruit wordt duidelijk dat de jongste leeftijdsgroep het meest gebruik maken van de strategie. Naarmate de leeftijdsgroepen ouder worden neemt de score op de subschaal af. Om te toetsen of de leeftijd een modererende rol heeft tussen het gebruiken van de strategie 'doelen aanpassen' en de ervaren zin in het leven wordt een variantie-analyse uitgevoerd. Uit de resultaten van deze analyse blijkt, dat een statistisch significante moderator rol voor leeftijd kan worden aangetoond ($F(48,217) = 1.76$, $p = 0.01$). Grafiek 1 laat zien dat de helling van de regressielijn voor de jongste leeftijdsgroep het sterkst is en voor de oudste leeftijdsgroep het kleinst. Hieruit blijkt dat de invloed van doelen aanpassen op de ervaren zin in leven het grootst is voor jongere leeftijdsgroepen en maar kleine invloed heeft op oudere leeftijdsgroepen. Dit is in tegenstelling tot de hypothese.

Tabel 7.

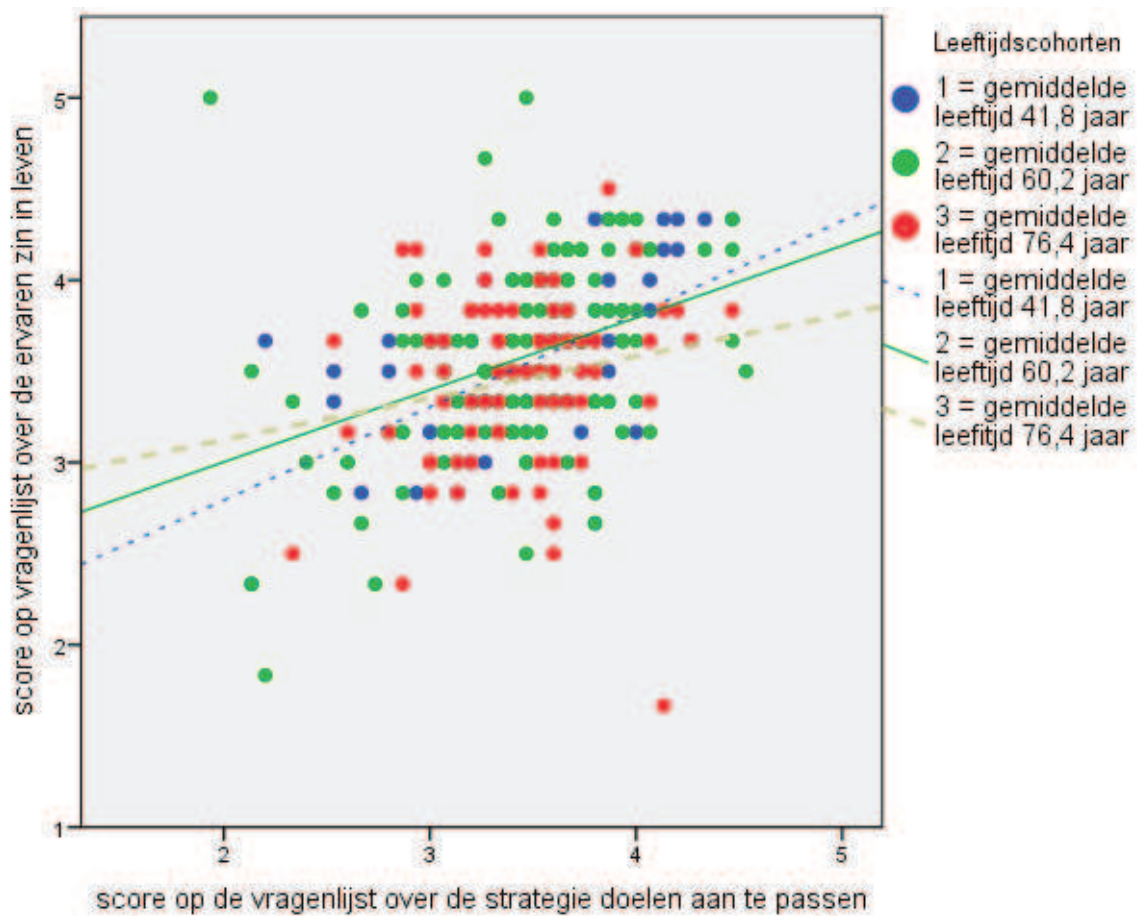
Gemiddelde scores per leeftijdsgroep op de subschaal 'doelen aanpassen' (FLEXTEN)

Leeftijdsgroepen	M	SD	n
1 (17 t/m 50 jaar)	3.51	.51	62
2 (51 t/m 70 jaar)	3.44	.45	161
3 (71 t/m 91 jaar)	3.43	.4	86

Notitie. M = gemiddelde score; SD = standaardafwijking; n = aantal respondenten

Grafiek 1.

Leeftijdsverschillen in de invloed van 'doelen aanpassen' op de ervaren zin in leven



(b₂) Naarmate mensen ouder worden ervaren ze meer zin in hun leven wanneer ze gebruik maken van de strategie 'doelen loslaten'.

Tabel 8 geeft de gemiddelden en de standaardafwijkingen van de drie verschillende leeftijdsgroepen op de subschaal 'doelen loslaten' weer. Hieruit blijkt dat de jongste leeftijdsgroep het minst gebruik maakt van de strategie. Naarmate de leeftijdsgroepen ouder worden stijgt de gemiddelde score op de subschaal. Vervolgens werd via een variantie-analyse getoetst of de leeftijd een modererende rol heeft tussen het gebruiken van de strategie 'doelen loslaten' en de ervaren zin in leven. De resultaten tonen aan dat er geen statistisch significante moderator rol voor leeftijd bestaat ($F(20,276) = 0.95$, $p = 0.52$). De hypothese moet worden verworpen.

Tabel 8.

Gemiddelde scores per leeftijdsgroep op de subschaal 'doelen loslaten' (GAS)

Leeftijdsgroepen	M	SD	n
1 (17 t/m 50 jaar)	2.79	.58	62
2 (51 t/m 70 jaar)	2.9	.54	168
3 (71 t/m 91 jaar)	2.99	.6	89

Notitie. M = gemiddelde score; SD = standaardafwijking; n = aantal respondenten

(b₃) Naarmate mensen ouder worden ervaren ze meer zin in hun leven wanneer ze gebruik maken van de strategie 'nieuwe doelen vinden'.

Tabel 9 geeft de gemiddelden en de standaardafwijkingen van de drie verschillende leeftijdsgroepen op de subschaal 'nieuwe doelen vinden' weer. Hierin is te zien dat de jongste leeftijdsgroep het meest gebruik maakt van de strategie. Naarmate de leeftijdsgroepen ouder worden daalt de gemiddelde score op de subschaal. Ten slotte werd met behulp van een variantie-analyse nagegaan of de leeftijd een modererende rol heeft tussen het gebruiken van de strategie 'nieuwe doelen vinden' en de ervaren zin in leven. De resultaten uit deze analyse tonen aan dat een statistisch significant moderator rol voor leeftijd bestaat ($F(24,264) = 2.19$, $p = 0.001$). Tabel 8 geeft een overzicht van de gemiddelde scores per leeftijdsgroep op de subschaal 'nieuwe doelen vinden'. Zoals grafiek 1 laat zien is de helling voor de jongste leeftijdsgroep het sterkst, wat betekent dat voor jongere respondenten de keuze voor de strategie 'nieuwe doelen vinden' positieve invloed heeft op de ervaren mate van zin in het leven.

Tabel 9.

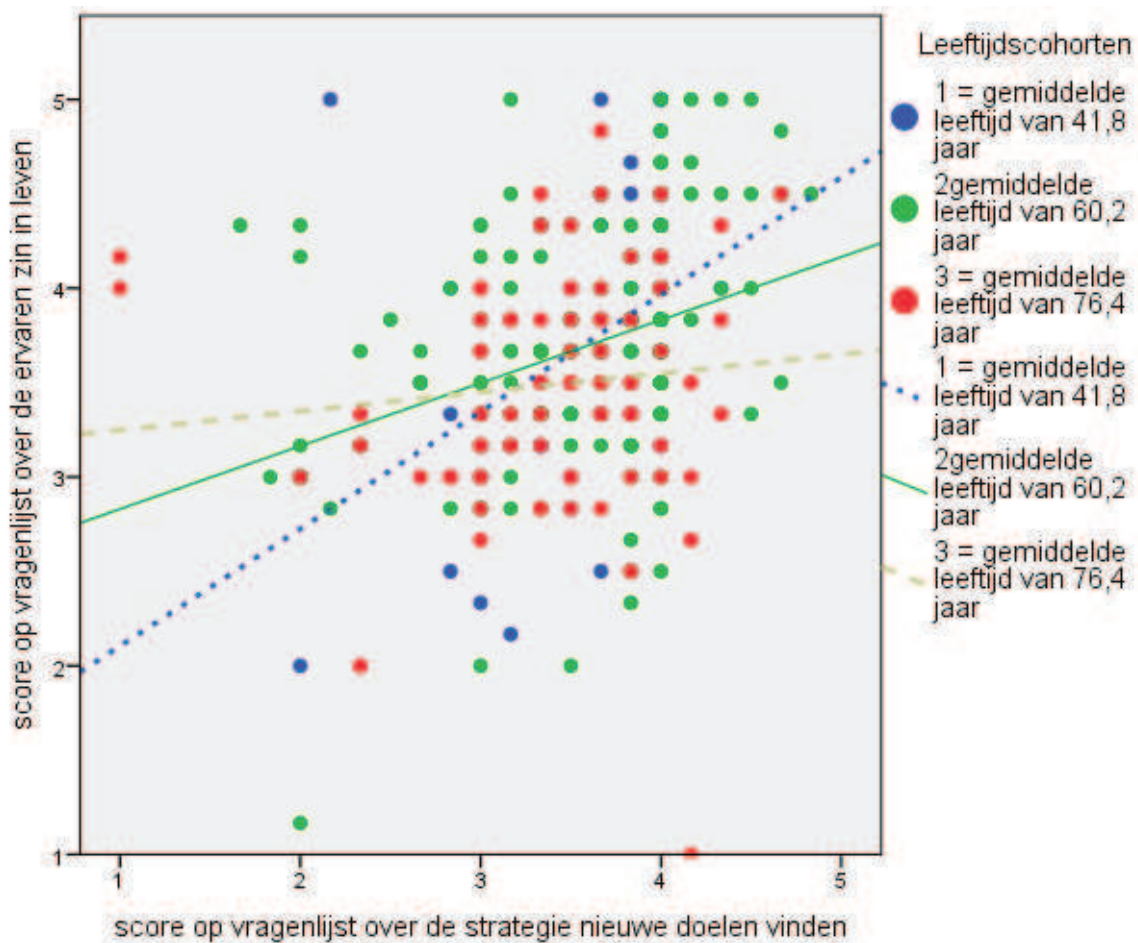
Gemiddelde scores per leeftijdsgroep op de subschaal 'nieuwe doelen vinden' (GAS)

Leeftijdsgroepen	M	SD	n
1 (17 t/m 50 jaar)	3.59	.53	62
2 (51 t/m 70 jaar)	3.58	.61	168
3 (71 t/m 91 jaar)	3.42	.62	88

Notitie. M = gemiddelde score; SD = standaardafwijking; n = aantal respondenten

Grafiek 2.

Leeftijdsverschillen in de invloed van nieuwe doelen vinden op de ervaren zin in leven



6. Discussie

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt, dat niet alle hypothesen bevestigd kunnen worden. De hypothesen één en twee konden doormiddel van de gegeven data wel beide worden ondersteund. De analyses laten zien dat de oudste leeftijdsgroep gemiddeld gezien het minst vaak gebruik maakt van de strategie 'doelen vasthouden' en de kleinste mate van zin in het leven ervaart. Zowel het gebruik maken van 'doelen vasthouden' als de mate van ervaren zin in het leven neemt toe naarmate de leeftijdsgroepen jonger worden. Wat hypothese drie betreft blijkt uit de analyses dat enkel in de samenhang tussen 'doelen aanpassen' en 'nieuwe doelen vinden' en de ervaren mate van zin in het leven een modererende rol voor leeftijd kan worden aangetoond. Dit in de zin dat de jongste leeftijdsgroep de mate van zin in het leven

het meest kan verhogen naarmate ze meer gebruik maakt van de strategieën 'doelen aanpassen' en 'nieuwe doelen vinden'.

Aanleiding voor het onderzoek was om mensen met chronische ziektes zoals RA een betere hulpverlening te kunnen bieden. Om dit doel te bereiken hield het onderzoek zich bezig met het verkrijgen van verder inzicht in concepten die samenhangen met het welbevinden van patiënten met polyartitis. Het werd daarom onderzocht of de toepassing van bepaalde doelmanagement strategieën bij bepaalde leeftijdsgroepen een positievere invloed hebben op de ervaren mate van zin in het leven dan andere strategieën. In de inleiding werd besproken dat doelen en een betekenisvol leven twee samenhangende concepten zijn (Arends et al., 2013). Om een zin in het leven te zien hebben mensen doelen nodig, en omdat het niet altijd mogelijk is om doelen te bereiken, zeker niet in populaties van patiënten, is een goede doel management een belangrijk instrument om de ervaren zin in het leven hoog te houden. Baserend op de literatuurstudie werd verwacht dat jongere mensen meer zin in hun leven ervaren als ze gebruik maken van de strategie 'doelen vast houden', terwijl oudere mensen meer zin ervaren wanneer ze gebruik maken van de drie anderen doel management strategieën ('doelen aanpassen', 'doelen loslaten' en 'nieuwe doelen vinden') (Heckhausen & Schulz, 1995). Wat de resultaten uit dit onderzoek echter laten zien is dat leeftijd alleen voor de strategieën 'doelen aanpassen' en 'nieuwe doelen vinden' een modererende rol heeft. Bovendien is de invloed van deze moderator anders dan verwacht. Het blijkt, dat zowel doelen aanpassen als ook nieuwe doelen vinden meer positief invloed uitoefenen op de ervaren zin in het leven van jonge mensen dan van oude. Bij oude mensen oefent de mate van het toepassen van deze twee strategieën veel minder invloed uit op de ervaren zin in het leven. De resultaten tonen alleen aan, dat de waargenomen zin in het leven met toenemende leeftijd afneemt. Het verouderingsproces en mogelijk de verschillende ziektekenmerken blijken dus een groter invloed te hebben op de ervaren zin in het leven dan gekozen doel management strategieën. De tegenstrijdigheid tussen de gevonden informatie in de literatuur en de resultaten uit dit onderzoek is mogelijk met de kenmerken van de steekproef van dit onderzoek te verklaren. Zowel Baltes et al. (1979) als Heckhausen & Schulz (1995) tonen in hun onderzoeken aan dat het voor mensen met een hogere leeftijd belangrijker is doelen aan te passen en nieuwe doelen te vinden dan voor jonge mensen. Het gaat echter bij beide onderzoeken om een gezonde populatie. De steekproef uit dit onderzoek is echter een populatie van patiënten. Deze komt qua kenmerken van capaciteit en functionaliteit beter overeen met de kenmerken van een oude populatie. In die zin voldoen alle mensen uit deze

steekproef aan de eisen, die volgens Baltes et al. (1979) en Heckhausen en Schulz (1995) erop duiden, dat er beter gebruik van de strategieën 'doelen aanpassen', 'doelen loslaten' en 'nieuwe doelen vinden' zou moeten worden gemaakt. Wat hieruit duidelijk wordt is dat het kiezen van de beste doel management strategie, om de mate van ervaren zin in het leven te verhogen, minder afhangt van de leeftijd, zoals verwacht, maar meer van de beschikbare capaciteit en functionaliteit van het individu. Wat verder bij het beschouwen van de gemiddelde scores op de verschillende doel management strategie subschalen opvalt is dat alle leeftijdsgroepen het meest gebruik maken van de strategieën 'doelen aanpassen' en 'nieuwe doelen vinden'. Gezien het feit dat het onderzoek van Dunne, Wrosch en Miller (2011) laat zien dat het toepassen van de strategie 'doelen loslaten' als bescherming dient tegen depressieve klachten op grond van verminderde functionaliteit, is het ongunstig dat jonge RA patiënten het minst gebruik maken van deze strategie. Op grond van deze bevindingen valt te concluderen dat het voor chronisch zieke mensen bijzonder belangrijk is om over goede vaardigheden te beschikken op het gebied van 'doelen loslaten'. Wat uit onderzoek van Schmitz, Saile en Nilges (1996) blijkt is dat ook de strategie 'doelen aanpassen' over een dergelijk gunstig effect qua bescherming voor depressieve klachten beschikt. En ook 'doelen vasthouden' is in het algemeen eveneens gekoppeld aan tevredenheid en lage depressie scores (Brandtstädter & Renner, 1990). Deze bevindingen impliceren dat het verbeteren van alle doel management strategieën zinvol is om klachten bij chronisch zieke mensen tegen te werken. In bijzonder moet echter op de strategie 'doelen loslaten' worden gelet, omdat deze over een van de sterkste beschermende functies beschikt maar het minst vaak wordt gebruikt. Om deze theorie praktisch in te zetten is het noodzakelijk interventies te ontwikkelen. Gezien het feit, dat zowel oudere als jongere mensen behoefte hebben aan training wat doel management betreft, is het van belang cursussen aan te bieden die de betreffende vaardigheden verbeteren. Een mogelijkheid hiertoe biedt het *goal management training* (GMT) van Robertson (1996). Daarbij gaat het om een training die de participanten leert voor en tijdens het uitvoeren van een handeling een stappen plan te doorlopen die de aandacht richt op de doelen die achter de handeling staan en de acties die voor het bereiken van het doel noodzakelijk zijn. Het centrale idee achter de training is de discrepantie tussen de gewenste status en de momentele realiteit te overkomen. Uit onderzoek blijkt dat GMT leidt tot verbeterde prestaties op het gebied van het kiezen, plannen en uitvoeren van taken, en naar een doel toe te werken (van Hooren, Valentijn, Bosma, Ponds, van Boxtel & Levine, 2007). Het moet echter worden opgemerkt dat deze training zich niet bijzonder richt op het verbeteren van de zeer belangrijke strategie 'doelen

loslaten'. Daarvoor blijkt een andere theoretische aanzet geschikter. Daarbij gaat het om het model van P. Baltes en M Baltes (1990). In dit model of *selective optimization with compensation* (SOC) gaat vooral om drie aspecten: (1) doelen te selecteren die ten opzichte van de te investerende moeite nog zinvol lijken, (2) de kwaliteit en kwantiteit van deze doelen te optimaliseren en (3) vaardigheden en mechanismes die niet meer voldoende ter beschikking staan te compenseren. Freund en Baltes (2002) laten in hun onderzoek zien dat ook voor trainingen die op dit model gebaseerd zijn aangetoond is dat, vooral *optimization* en *compensation*, een positief effect hebben op tevredenheid met de leeftijd, positieve emoties, en het uitblijven van sociale en emotionele eenzaamheid. Doormiddel van een cursus, gericht op de inhoud van het model, zouden dus relevante vaardigheden voor het loslaten van doelen worden geschoold. Op deze manier kan een positieve invloed op het welbevinden van chronisch zieke mensen uitgeoefend en bovendien mogelijk een bescherming tegen depressie bereikt worden. Bij dergelijk cursussen moet er echter op gelet worden dat een groot deel van de chronisch zieke mensen een hoge leeftijd heeft. Dit betekent dat het om een bijzondere doelgroep met specifieke behoeftes gaat. Deze bijzondere behoeftes zijn gebaseerd op de prefrontale en executieve functies die met stijgende leeftijd afnemen (Levine, Stuss, Winocur, Binns, Fahy, Mandic, Bridges & Robertson, 2007). Hierop moet bij het ontwerpen en geven van cursussen worden gelet.

Beperkingen van het onderzoek

Bij de interpretatie van de resultaten moet er echter gelet worden op enkele aspecten.

Ten eerste is de leeftijdsverdeling in de steekproef heel ongelijk. Dit betekent dat in de steekproef veel meer oude mensen terecht kwamen dan jonge mensen. Hieruit resulteerden problemen voor de indeling in groepen, omdat de studie verschillende leeftijden wilde vergelijken. Een optimale indeling naar oude en jonge mensen zou een te ongelijke aantal respondenten per groep ten gevolge hebben gehad, zodat berekeningen en analyses niet mogelijk waren geweest. Het gevolg is dus dat de groepen nu redelijk gelijk zijn in de aantal respondenten maar een te grote spectrum leeftijden omvatten. Dit wordt vooral duidelijk bij de eerste groep. Hier zitten mensen tussen de 17 en de 50 jaar in. Het is vanzelfsprekend dat mensen van 17 jaar heel sterk verschillen van mensen rond de 50 jaar. Mensen van 17 jaar hebben nog geen last van leeftijdsgerelateerde, lichamelijke beperkingen, hebben over het algemeen minder doelen al kunnen bereiken en minder ervaring in het leven dan mensen van 50 jaar. Voor een vergelijking tussen leeftijden zijn de groepen dus relatief

leeftijdsheterogeen. Uit de kleine leeftijdsverschillen tussen de groepen kunnen kleinere effecten bij de berekeningen resulteren. Dus de indeling levert wel resultaten op en is dus bruikbaar, de effecten zouden echter misschien groter zijn indien de leeftijdshomogeniteit in de groepen en de leeftijdsheterogeniteit tussen de groepen groter was geweest.

Een tweede beperking van het onderzoek is dat de vraagstelling van het onderzoek eigenlijk beter had worden kunnen beantwoord door het gebruiken van een longitudinale dataset. Het onderzoek waarvan de data komt is een longitudinaal onderzoek geweest. De meetperiode was met 18 maanden maar heel kort zodat op basis van deze periode geen valide uitspraak mogelijk geweest zou zijn, over de ontwikkeling binnen een individu. Door die reden is gekozen voor een cohort onderzoek met de leeftijd als variabele mee te betrekken in de onderzoeksvraag. Dit kan er echter toe leiden dat niet alleen de verschillende leeftijden maar ook verschillende omstandigheden de cohorten ongelijk aan elkaar laten worden. Onderzoek laat bij voorbeeld zien dat mensen uit jongere cohorten cognitief en wat de gezondheid betreft steeds fitter worden en dus ook in een latere leeftijd meer cognitieve en lichamelijke capaciteiten hebben (Alwin, 2008; Bäckman, Small, Wahlin, & Larsson, 2000 en Schaie, 2005). Door dergelijke omstandigheden kan niet met zekerheid worden gezegd dat de gemeten verschillen in zin in het leven toe te schrijven zijn aan de leeftijdsverschillen.

Verder is te bedenken dat de vorm van dit onderzoek, een vragenlijstonderzoek, enige beperkingen met zich brengt. Er vonden geen persoonlijke gesprekken of interviews plaats. Dit betekent dat de participanten geen inbrengen konden maken over belangrijke aspecten die niet in de vragenlijsten aan bod kwamen. Het werd alleen gemeten in hoe verre de stellingen uit de vragenlijsten van toepassing waren op de respondenten. Mogelijke andere beïnvloedende factoren, die vele mensen in de steekproef gemeen hebben en die misschien van invloed zouden kunnen zijn op de onderzochte samenhang blijven bij dit soort onderzoek verborgen.

Een mogelijke, verdere beperking is de lage alpha waarde voor de subschaal 'doelen loslaten'. De interne coherentie voor deze subschaal is vergeleken met de andere subschalen relatief laag. Dit kan betekenen dat mensen de vragen niet goed hebben begrepen of dat de items in de schaal niet goed genoeg overeenkomen in het concept dat ze meten. Beide gevallen betekenen dat de uitdrukkingskracht van de schaal minder goed is dan bij de andere schalen. Dit kan mogelijk een reden zijn dat in hypothese drie geen statistisch significante resultaten werden gevonden.

Naast de beperkingen wordt het onderzoek echter ook gekenmerkt door verschillende sterke punten. Hierbij horen bijvoorbeeld, behalve de subschaal voor 'doelen loslaten', de gebruikte meetinstrumenten voor de verschillende concepten. De betrouwbaarheidsanalyses van de vragenlijsten laten zien, dat met valide en betrouwbare meetinstrumenten werd gewerkt. Alle vragenlijsten, behalve de subschaal 'doelen loslaten', beschikken over een goede interne coherentie en zijn door verschillende onderzoeken gevalideerd (Henselmans, Fleer, van Sonderen, Smink, Sanderman & Ranchor, 2011 en Wrosch et al., 2003). De hoge alpha waarden voor de subschalen laat bovendien zien dat de respondenten de vragen goed hebben begrepen.

Bovendien zijn de kenmerken van de steekproef te benoemen, in het bijzonder de grootte van de steekproef. De data van 330 respondenten konden worden verwerkt en voor analyse worden gebruikt. Hierdoor is het aantal waarnemingen, zelfs na het indelen in drie verschillende cohorten, nog steeds groot genoeg om valide berekeningen te kunnen maken die een generaliseerbare waarde beschikken. Het sterkste punt van dit onderzoek is echter dat er bij de steekproef bovendien sprake is van een populatie patiënten. Dit betekent dat de respondenten allen geworven zijn via een registratiesysteem uit een ziekenhuis. Dit heeft het effect dat de steekproef een bovengemiddeld goed beeld van mensen met een chronische aandoening zoals RA geeft. Zoals eerder beschreven omvat de steekproef een grote leeftijdsvariëteit en verschillende opleidingsniveaus. Ook de levenssituaties variëren. De resultaten van het onderzoek zijn daarom goed generaliseerbaar op andere populaties van patiënten en beschikken dus over een hoge ecologische validiteit voor onderzoek op dit gebied.

7. Conclusie

De resultaten uit het onderzoek laten zien dat mensen in een patiëntenpopulatie, ten opzichte van andere doel management strategieën, weinig gebruik maken van de strategie 'doelen loslaten'. Gezien de beschermende functie van 'doelen loslaten' tegen depressieve klachten kan dit een mogelijke verklaring voor de hoge prevalentie cijfers van depressie in patiëntenpopulaties zijn. Op basis van de gevonden samenhang kan worden concludeerd dat de ervaren mate van een betekenisvol leven bij oude mensen sterker beïnvloed wordt door

de leeftijd en het verouderingsproces dan door de gekozen doel management strategie. Jonge mensen uit een populatie van patiënten moeten, wat de keuze van passende doelmanagement strategieën betreft, gezien worden zoals oude mensen uit een gezonde populatie. Dit is omdat ze, wat capaciteit en functionaliteit betreft, beter overeen komen met de kenmerken van gezonde, oude mensen en dus de doelmanagement strategieën 'doelen aanpassen', 'doelen loslaten' en 'nieuwe doelen vinden' beter geschikt zijn voor het verhogen van de ervaren zin in het leven.

Voor hulpverlening is het belangrijk de vaardigheden van alle doelmanagement strategieën te verbeteren, waarbij zeker 'doelen loslaten' de rol van de centrale vaardigheid in zou moeten nemen. Daarnaast moet ook het beleefde verouderingsproces worden verbeterd om vooral de ervaren mate van een betekenisvol leven bij oudere mensen te vergroten. Bij de interventies dienen de bijzonder behoeftes van oude en jonge mensen uit patiëntenpopulaties worden opgevolgd. Op deze manier kan de zin in het leven van mensen met een chronische ziekte worden vergroot.

Op grond van de genoemde beperkingen van het onderzoek kan het nuttig zijn in een vervolgonderzoek de moderator rol van leeftijd bij het kiezen van doel management strategieën opnieuw in een longitudinaal onderzoeksopzet van ten minste een decennium te onderzoeken. Op deze manier kunnen de beperkingen die door de cohorten en de ongelijke leeftijdsverdeling in de steekproef zijn ontstaan worden gecorrigeerd. Verder is het belangrijk door middel van onderzoek na te gaan of cursussen, die gebaseerd zijn op GMT en SOC, bij kunnen dragen aan het verhogen van de ervaren zin in het leven. Het valt verder op dat belangrijke factoren voor het verbeteren voor het welbevinden van jonge patiënten met chronische ziektes maar heel weinig te vinden zijn in de literatuur. Omdat dit onderzoek laat zien dat er verschillen bestaan tussen oude en jongere mensen is het van groot belang op dit gebied onderzoek te verrichten om meer inzicht te krijgen over de belangrijkste mechanismen en concepten voor het welbevinden van jonge, chronisch zieke mensen.

Wat uit dit onderzoek zeker is gebleken is dat chronisch zieke mensen andere kenmerken en behoeftes hebben dan gezonde mensen. Dit beïnvloedt ook de rol van psychologische factoren die het welbevinden verhogen. Terwijl de ervaren zin in het leven bij oude, chronisch zieke mensen vooral afhangt van de leeftijd, hebben voor jonge mensen in het bijzonder 'doelen aanpassen' en 'nieuwe doelen vinden' een positief effect.

8. Referentielijst

- Albers, J.M.C., Kuper, H.H., van Riel, P.L.C.M., Prevoo, M.L.L., Van 't Hof, M.A., van Gestel, A.M., Severens, J.L. (1999). Socio- economic consequences of rheumatoid arthritis in the first years of the disease. *Rheumatology*, 38, 423- 430.
- Alwin, D.F. (2008). History, cohort, and patterns of cognitive aging. In S. M. Hofer & D. F. Alwin (Eds.), *Handbook of cognitive aging: Interdisciplinary perspectives*, 9–38.
- Anderson, K.O., Bradley, L.A., Young, L.D., McDaniel, L.K., Wise, C.M. (1985). Rheumatoid Arthritis: Review of Psychological Factors Related to Etiology, Effects, and Treatment. *Psychological Bulletin*. 98(2), 358-187.
- Arends, R.Y., Bode, C., Taal, E., van de Laar, M.A.F.J. (submitted 2013). Goal management strategies: how people can employ these to adapt to arthritis.
- Baanders, A.N., Rijken, P.M., Peters, L. (2002) Labour participation of the chronically ill. A profile sketch. *Eur J Public Health*, 12, 124–130.
- Bäckman, L., Small, B.J., Wahlin, A. & Larsson, M. (2000). Cognitive functioning in very old age. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition*, 2, 499–558.
- Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful Aging, Perspectives from the behavioral science*, 1, 1-35.
- Baltes P.B., Lindenberger U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: a new window at the study of cognitive aging? *Psychoogical. Aging*, 12, 12 -21.
- Baltes P., Staudinger U. M., & Lindenberger U. (1996). LIFESPAN PSYCHOLOGY: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual review of psychology*. 50, 471 - 507.
- Birren, J.E. & Schaie, K.W. (2001). *Handbook of the Psychology of Aging*. San Diego: CA: Academic. 5deed.

- Bode C., Taal E., van Gessel L., Westerhof G. J., van de Laar M.A.F.J. (2012). The experience of aging in patients with rheumatic diseases. Differences and similarities with the general population. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 66(11), 86 -87.
- Brandtstädter, J. (1989). Personal self-regulation of development: Crosssequential 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(1), 58-67.
- Donders, N.C.G.M., van der Gulden, J.W.J. (2007). Fatigue, emotional exhaustion and perceived health complaints associated with work-related characteristics in employees with and without chronic diseases. [*International Archives of Occupational and Environmental Health*](#), 80, 577–587.
- Dunne, E., Wrosch, C., Miller, G.E. (2011). Goal disengagement, functional disability, and depressive symptoms in old age. *Health Psychology*, 30(6), 763 -770.
- Frankl, V. (1959). Man's search for meaning. London: Hodder & Stoughton.
- Freund, A.M., Baltes, P.B. (2002). Life-Management Strategies of Selection, Optimization, and Compensation: Measurement by Self-Report and Construct Validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642-662.
- Heckhausen, J., Schulz, R. (1995). A life- span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284 -304.
- Levine, B., Stuss D.T., Winocur G., Binns M.A., Fahy L., Mandic M., Bridges, K., Robertson, I.H. (2006). Cognitive rehabilitation in the elderly: effects on strategic behavior in relation to goal management. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(1), 143–52.
- Menche, N. (2007). *Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe 4*. Elsevier Urban & Fischer München.

- Miles, D. (1990). MODELLING THE IMPACT OF DEMOGRAPHIC CHANGE UPON THE ECONOMY. *The Economic Journal*, 1-36.
- Pearson, P.R., Sheffield, B.F. (1975). Purpose in life and the Eysenck personality inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 30, 562–564.
- Robertson, I.H. (1996). Goal Management Training: A clinical manual. Cambridge, UK: PsyConsult.
- Rothermund, K., Brandtstädter, J. (2003). Coping With Deficits and Losses in Later Life: From Compensatory Action to Accommodation. *Psychology and Aging*, 18(4), 896–90.
- Schaie, K.W. (2005). Developmental influences on intelligence: The Seattle Longitudinal Study. New York, NY: Oxford University Press.
- Scheier, M.F., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L.M., Matthews, K.A., Schulz, R., Zdaniuk, B. (2006). The Life Engagement Test: Assessing Purpose in Life. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 291- 298.
- Schmitz, U., Saile, H., Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: Flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related distress. *Pain*, 67(1), 41-51.
- Schneider, E.L., Rowe, J.W., Johnson, T.E., Holbrook, N.J., Morrison, J.H. (1996). *Handbook of the biology of aging*. San Diego, CA: Academic Press.
- Smith, B.W., Zautra, A.J. (2004). Vulnerability and resilience as predictors of pain and affect in women with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Arthritis And Rheumatism*, 50(9), 319- 319.
- van Hooren, S.A.H., Valentijn, S.A.M., Bosma, H., Ponds, R.W.H.M., van Boxtel, M.P.J., Levine, B. (2007). Effect of a structured course involving goal management training in older adults: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counselling*, 65, 205–213.
- Verduin, P.J.M., de Bock, G.H., Vliet Vlieland, T.P.M., Peeters, A.J., Verhoef, J., Otten, W. (2008). Purpose in life in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 27(7), 899-908.

.Wrosch, C., Scheier, M.F., Miller, G.E., Schulz, R., Carver, C.S. (2003). Adaptive Self-Regulation of Unattainable Goals: Goal Disengagement, Goal Reengagement, and Subjective Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12), 1494-508.

Wrosch, C., Scheier, M.F., Carver, C.S. & Schulz, R. (2003). The Importance of Goal Disengagement in Adaptive Self-Regulation: When Giving Up is Beneficial, *Self and Identity*, 2(1), 1-20.

Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

9. Appendix

Vragenlijst meetmoment 1

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 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, 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	Zeer 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	Zeer 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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

