

SAMENHANG TUSSEN DE TEVREDENHEID MET SOCIALE PARTICIPATIE, SELF-EFFICACY EN ZIEKTEDUUR BIJ PATIËNTEN MET POLIARTRITIS

Sophia Wibberich
s1020722

EERSTE BEGELEIDER: DR. CHRISTINA BODE
TWEEDE BEGELEIDER: ROOS Y. ARENDS, MSC

UNIVERSITEIT TWENTE
FACULTEIT DER GEDRAGSWETENSCHAPPEN

DOCUMENTNUMMER
GP – S1020722

Inhoudsopgave

Lijst van afkortingen	1
Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Abstract	4
1. Inleiding.....	5
Tevredenheid met sociale participatie.....	5
Ziekte en ziekteduur.....	6
Self-efficacy	8
Onderzoeksvraag.....	9
Hypothesen	10
2. Methode.....	11
Procedure	11
Participanten	12
Meetinstrumenten	13
Impact op participatie en autonomie vragenlijst (IPA)	13
Arthritis self-efficacy scale (ASES)	14
Data-analyse.....	15
3. Resultaten.....	17
4. Discussie	23
Uitkomsten uit het onderzoek	23
Conclusie	26
Sterkten, beperkingen, aanbevelingen en implicaties voor vervolgonderzoek.....	26
5. Referenties	31
6. Bijlage	36

Lijst van afkortingen

RA	Reumatoïde artritis
ASES	Arthritis self-efficacy scale
IPA	Impact op participatie en autonomie vragenlijst
HAQ	Health Assessment Questionnaire
SE	Self-efficacy
SD	Standaardafwijking
α	Cronbach's alfa
r	Correlatiecoëfficiënt
n	Aantal participanten
p	Overschrijdingskans
F	Toetsgrootte voor variantieanalyse en herhaalde metingen
z	Toetsgrootte voor Fischer's toets
df	Aantal vrijheidsgraden

Voorwoord

Dit onderzoek is een bachelorthese en is tot stand gekomen in het kader van de opleiding psychologie vanuit de gedragswetenschappelijke faculteit van de Universiteit Twente. Het verslag dient ter afronding van de bachelor binnen de vakgroep Gezondheidspsychologie. In dit hele proces werd van ondersteuning voorzien door mijn begeleiders van de Universiteit Twente, die ik hierbij graag wil bedanken.

Ik zou graag Dr. Christina Bode en Roos Arends bedanken voor hun kritische blik en hun feedback op mijn these. Hierdoor heb ik geleerd de tekst theoretisch te onderbouwen, gestructureerd en wetenschappelijk te schrijven en alles nog een extra keer te overdenken. Ik heb veel uit deze adviezen geleerd en kon door deze hulp het stuk tot een helder geheel maken.

Naast mijn begeleiders wil ik nog graag mijn vrienden bedanken die geïnteresseerd waren in mijn onderzoek en van wie ik tips en suggesties heb gekregen om dit onderzoek gestructureerd op papier te kunnen zetten.

Tot slot wil ik Renske van Waveren graag bedanken, die veel tijd heeft besteed aan het verbeteren van de Nederlandse taal in dit verslag.

Samenvatting

Doel van het onderzoek

Meer dan 2 procent van de wereldbevolking lijdt aan poliartritis. Poliartritis is een ziekte waarbij de patiënten ontstekingen hebben aan hun gewrichten, zich vermoeid voelen, pijn hebben en een verminderde levenskwaliteit ervaren. Eerder onderzoek laat zien dat de ervaren levenskwaliteit sterk samenhangt met iemands tevredenheid met sociale participatie. Verder zijn mensen met een langdurige ziekte minder tevreden met hun sociale participatie en ook hun self-efficacy kan veranderen. Bovendien speelt de ziekteduur een belangrijke rol, omdat uit eerder onderzoek al naar voren gekomen is dat functionele beperkingen bij de patiënten groter zijn als de ziekteduur langer is. Verwacht wordt dat de self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie kleiner zijn bij patiënten met een lange ziekteduur. Om dit te kunnen onderzoeken richt zich het volgende onderzoek op mensen met poliartritis.

Methode

Patiënten uit het Medisch Spectrum Twente in Enschede die lijden aan poliartritis hebben drie vragenlijsten op drie verschillende meetmomenten ontvangen. Telkens zat er zes maanden tussen de meetmomenten. De eerste vragenlijst werd ingevuld door 330 patiënten, de tweede door 283 en de derde door 252 patiënten. In het onderzoek zijn de antwoorden op de 'Arthritis self-efficacy scale' en de 'Impact op participatie en autonomie' vragenlijsten geanalyseerd met behulp van een *Spearman*-correlatieanalyse, *Mann-Whitney U* tests en een variantieanalyse aangevuld door *scatterplots*.

Resultaten

Er is een positieve correlatie gevonden tussen de variabelen self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie, wat dus betekent dat hoe hoger het niveau van self-efficacy, des te hoger is de tevredenheid over eigen sociale participatie. Verder bleek dat geen eenduidige conclusie over de invloed van de ziekteduur gedaan kon worden, maar meestal gevonden wordt dat een lange ziekteduur tot een lagere tevredenheid met sociale participatie en een lagere mate van self-efficacy leidt dan bij patiënten met een middellange ziekteduur.

Conclusie

Met deze resultaten is aangetoond dat het voor een behandeling van patiënten met poliartritis belangrijk is naar de variabelen self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie te kijken, omdat des te langer iemand ziek is, des te meer invloed heeft de ziekte op diens tevredenheid met sociale participatie en self-efficacy.

Sleutelwoorden: self-efficacy, sociale participatie, ziekteduur, poliartritis

Abstract

Objective

More than 2 percent of the population of the world has to live with polyarthritis. Polyarthritis is a disease, where the patients get inflammations in joints, are fatigued, feel pain and feel that they have reduced life quality. Previous research showed that the perceived quality of life is strongly correlated with someone's satisfaction with participation. Furthermore people with a long-term illness are less satisfied with their social participation and also their self-efficacy may change. Also changes in people's self-efficacy take place. Moreover the duration of disease is also important, because previous research has already emerged that functional limitations in patients are larger within people with longer duration of disease. It is expected that self-efficacy and social participation is lower in patients with a long duration of disease. To test these expectation, the following study focuses on people with polyarthritis.

Method

Patients with polyarthritis from the Medical Spectrum Twente in Enschede, received three questionnaires on three different moments with 6 months in between. The first measure was filled in by 330 patients, the second by 283 en the third by 252 patients. The study analyzed the answers on the 'Arthritis self-efficacy scale' and 'Impact of participation and autonomy' questionnaire by using a Spearman-correlation analysis, Mann-Whitney U tests and a variance analysis with additional scatterplots.

Results

The results showed a positive correlation between self-efficacy and satisfaction with social participation, thus the correlation showed that the higher the levels of self-efficacy, the higher the levels of satisfaction with social participation. Furthermore no clearly significant conclusion can be drawn over the influence of the duration of the disease, but mostly a long disease showed that the satisfaction of social participation or self-efficacy was lower than in patients with a medium duration of the disease.

Conclusion

In conclusion, for treatment of patient with polyarthritis it is important to look at patient's self-efficacy and satisfaction with social participation because the longer someone is sick, the more impact the disease has on its satisfaction with social participation and self-efficacy.

Keywords: self-efficacy, social participation, duration of disease, polyarthritis

1. Inleiding

Tevredenheid met sociale participatie

Ieder mens heeft in zijn leven contact met andere mensen. Direct na zijn geboorte ontstaat het eerste contact van een zuigeling met zijn moeder. Daarna ontwikkelen zich achtereenvolgens steeds andere contacten (Berk, 2008). Zonder contacten zou een individu niet goed kunnen leven, omdat het hebben van contacten met anderen een behoefte voor ieder mens is (Sproet, Vos & Verheij, 2003). Onder het begrip sociale participatie wordt verstaan dat men activiteiten met anderen uitvoert (Laviere, 2008), interesse in de bezigheden van anderen heeft (Pohjolainen, 1991) en zodoende met anderen personen in contact komt (Utz, Carr, Nesse & Wortman, 2002). Bovendien zijn er factoren die belangrijk zijn voor het hebben van een goede sociale participatie met anderen, zoals vertrouwen, intimiteit, aanpassing, maar toch zichzelf blijven en welbevinden (Sproet et al., 2003). Verder betekent sociale participatie dat men actief een deel uitmaakt van de maatschappij. Onder het maatschappelijke leven valt vrijwilligerswerk, culturele activiteiten of betaalde arbeid (Sourina, 1991). Maar sociale participatie wordt niet alleen gekenmerkt door de deelname aan verschillende levenssituaties, echter de term verwijst ook naar persoonlijke meningen en vooral naar de tevredenheid over deze participatie (Hammel, Magasi, Heinemann, Whiteneck, Bogner & Rodriguez, 2008). Ook Bukov (2007) heeft in zijn onderzoek gevonden dat des te hoger iemands participatie is, des te hoger is ook zijn tevredenheid erover. Dus de mate aan sociale participatie hangt samen met iemands tevredenheid over de eigen participatie. Verder is de tevredenheid met sociale participatie afhankelijk van eigen doelen en prioriteiten (Levasseur, Desrosiers & St-Cyr Tribble, 2008). Daarom is het belangrijk dat mensen plezier aan hun sociale participatie beleven en vooral dat zij tevreden zijn met hun eigen participatie (van Houtum, Cardol & de Jong, 2012). Vervolgens blijkt uit de literatuur dat de ervaren levenskwaliteit sterk samenhangt met de tevredenheid met sociale participatie. Dat betekent dat als mensen zich goed, actief en gezond voelen, de tevredenheid over eigen sociale participatie het hoogst is (Levasseur, Desrosiers & Whiteneck, 2010). Blijkbaar heeft de gezondheid ook effecten op de tevredenheid over sociale participatie. Dit hebben Levasseur et al. (2008) met hun onderzoek bevestigd. In dat onderzoek is gebleken dat mensen zonder beperkingen in hun activiteiten een grotere tevredenheid ervaren dan mensen met beperkingen. Over het algemeen is gebleken dat mensen met een langdurige ziekte minder tevreden zijn met hun sociale participatie en deelname aan de maatschappij dan gezonde mensen (Heijmans & Rijken, 2004). Vooral de lichamelijke beperkingen blijken hierbij een grote rol te spelen, omdat uit eerder onderzoek

blijkt dat patiënten zich door beperkingen van hun lichaam minder tevreden voelen en zij hun sociale participatie als minder goed ervaren dan mensen zonder beperkingen. Ook ervaren mensen door hun lichamelijke ziekte meer vermoeidheid en pijn en daardoor minder tevredenheid met zichzelf en hun sociale participatie (van Campen, Iedema & Wellink, 2006). Ook hun zelfvertrouwen kan veranderen op grond van hun verminderde tevredenheid met eigen sociale participatie (Lubkin & Larsen, 2012). Een voorbeeld van een ziekte die vermoeidheid, pijn en lichamelijke beperkingen met zich meebrengt is poliartritis (Scott, Smith & Kingsley, 2005). Het blijkt dus uit bestaande literatuur dat het belangrijk is om de tevredenheid met sociale participatie in samenhang met poliartritis te onderzoeken, om vast te kunnen stellen hoe de ervaren sociale participatie veranderd in het licht van een bepaalde ziekte die lichamelijke beperkingen met zich mee brengt.

Ziekte en ziekte duur

Onder poliartritis wordt een aandoening verstaan die vaak pijnlijk en niet traumatisch is en het bewegingsapparaat beïnvloedt (van de Putte & Breedveld, 2007). Poliartritis is naast een chronische, ook een auto-immuun ziekte en heeft vooral negatieve effecten op de gewrichten, zoals zwellingen of stijfheid (Robert Koch-Institut, 2012). Ook manifesteert zich de ziekte door vijf of meerdere ontstekingen aan de gewrichten (Bombardieri, Alessandri, Labbadia, Iannuccelli, Carlucci, Riccieri, Paoletti & Valesini, 2004) Andere kenmerken zoals vermoeidheid, pijn en het gevoel van een verminderde levenskwaliteit, horen tevens bij het ziektebeeld van poliartritis (Scott et al., 2005).

Vervolgens bestaan er verschillende ziektes, die allemaal bij de hoofdcategorie poliartritis horen, zoals reumatoïde artritis (RA), ankylosing spondylitis (AS) en psoriatic artritis (Zink, Mau, Schneider, 2001; Fialker-Moser, 2005). Een vaak voorkomend voorbeeld van de poliartritis is de reumatoïde artritis (Grieks: reuma: vloeiend + artritis: gewrichtsontsteking) (Dölle & Pohlmann, 2004). Ongeveer 2 % van de wereldwijde bevolking lijdt aan reumatoïde artritis (Maradit-Kremers, Nicola, Crowson, Ballman & Gabriel, 2005). Reumatoïde artritis (RA) wordt gedefinieerd door de American Rheumatism Association aan de hand van de symptomen: vermoeidheid, ochtendstijfheid, zwellingen aan gewrichten, maar vooral pijn en ontsteking aan meerdere gewrichten (Scott et al., 2005). De hiervan het meest rapporteerde klachten zijn pijn en vermoeidheid, welke ook sterk samenhangen met het gevoel van verminderde levenskwaliteit (Stone, Broderick, Porter & Kaell, 1997). Bovendien is RA, zoals poliartritis, ook chronisch en hoort bij de auto-

immuunziekten (Fleck, Zhang, Kern, Hsu, Müller-Ladner & Mountz, 2001; Bediako & Friend, 2004). Ook heeft RA een progressief verloop (de Ridder, Geenen, Kuijer & van Middendorp, 2008). RA kan, zoals poliartritis, op elke leeftijd ontstaan, ook bij kinderen, maar de meeste patiënten met reumatoïde artritis zijn rond 60 jaar oud (Kvien, Scherer & Burmeister, 2009). Verder hebben meer vrouwen dan mannen last van de ziekte, wat gebaseerd is op cijfers uit 2003 uit Nederland, waar 57.100 mannen en 90.400 vrouwen last hadden door een reumatoïde artritis (Linden & Poos, 2010). In 2010 zijn onder andere 100 patiënten in Nederland overleden, omdat reumatoïde artritis ongeneeslijk is (Gommer & Poos, 2011) en het hebben van RA verkort iemands levensverwachting met ongeveer 7 jaar (Kvien et al., 2009). Met betrekking tot de ziekte, bestaan er zeven verschillende criteria om van een RA te kunnen spreken (zie tabel 1).

Tabel 1. Criteria voor reumatoïde artritis

-
1. Ochtendstijfheid in en rond de gewrichten van ten minste 1 uur voordat het iets verbetert;
 2. Lichte zwelling van 3 of meer gemeenschappelijke gebieden, wat waargenomen wordt door een arts;
 3. Zwelling van de proximale interfalangeale, metacarpofalangeale of aan de polsgewrichten;
 4. Symmetrische zwellingen;
 5. Reumatoïde knobbeltjes;
 6. De aanwezigheid van een reuma factor;
 7. Radiografische erosie en / of periarticulaireosteopenie in de hand en / of in de polsgewrichten.
-

Als 4 van deze criteria van toepassing zijn, kan gesproken worden van een reumatoïde artritis (Arnett, Edworthy, Bloch, Mcshane, Fries, Cooper, Healey, Kaplan, Liang, Luthra, MedsgerJr, Mitchell, Neustadt, Pinals, Schaller, Sharp, Wilder & Hunder, 2005).

In het volgende onderzoek zijn de participanten patiënten met poliartritis en hebben verschillende vormen ervan, zoals RA. Ook de ziekteduur verschilt bij de patiënten. De ziekteduur speelt in het volgende onderzoek een grote rol, omdat poliartritis een ongeneselijke ziekte is (Gommer & Poos, 2011), wat leidt tot de veronderstelling, dat hoe langer de ziekteduur, hoe meer beperkingen ervaren de patiënten in hun dagelijkse leven en in hun tevredenheid met hun sociale participatie. Ook door eerder onderzoek is al uitgevonden worden, dat de ziekteduur invloed heeft op het functioneren en de beperkingen van een

patiënt, en dat als een patiënt lang aan een ziekte lijdt, zijn participeren slechter is (Fonseca, Canhao, Teixeira da Costa, Pereira da Silva & Viana Queiroz, 2002). Ook is de tevredenheid met hun sociale participatie minder groot bij een langdurige ziekte (Heijmans & Rijken, 2004). Om het blijkbaar grootte effect van de ziekteduur op de gezondheid van een patiënt ook in het volgende onderzoek te onderzoeken, wordt de ziekteduur gesplitst in twee groepen. De eerste groep bevat de patiënten die middellang met hun diagnose leven en de tweede groep de patiënten die al lang met hun diagnose van poliartritis moeten leven. Deze indeling is nodig om beter uitspraken over het effect van de ziekteduur te kunnen maken. Onderzocht wordt in dit onderzoek hoe het effect van de ziekteduur op de self-efficacy en de tevredenheid met sociale participatie is en hoe de onderlinge relatie bij patiënten met poliartritis is.

Self-efficacy

Omdat vooral pijn en vermoeidheid bij patiënten met poliartritis een belangrijke rol spelen (Stone et al., 1997) en de ziekte ongeneselijk is (Gommer & Poos, 2011), is een centrale punt in de behandeling van een patiënt het verminderen van pijn en het voorkomen van een gebrek van functioneren, zodat ook vermoeidheid kan worden voorkomen (Taal, Rasker & Wiegman, 1996). Het voorkomen van vermoeidheid is belangrijk, omdat door eerder onderzoek al uitgevonden is dat mensen vinden dat ze minder participeren als ze vermoeid zijn (Heijmans & Rijken, 2004). Bij de behandeling van poliartritis moeten de patiënten zelf leren omgaan met de ziekte en zich vaak opnieuw aan hun veranderend ziekteverloop aanpassen. Normaal gezien is een combinatie uit rust, medicatie en beweging de kern van de behandeling, maar deze moet steeds op de gezondheidstoestand van de patiënt aangepast worden (Taal et al., 1996). Door patiënten te kunnen motiveren bij de behandeling verder actief mee te doen, moet volgens Taal et al. (1996) voor de hoofdsymptomen pijn en vermoeidheid de self-efficacy versterkt worden, omdat self-efficacy als een belangrijke voorwaarde voor gedrag gezien wordt (Bandura, 1977). Volgens Bandura (1997) wordt de keuze over het eigen gedrag gemaakt doordat de eigen capaciteiten afgewogen worden. Verder wordt met het begrip self-efficacy volgens Rogers (1983) bedoeld dat iemand in zijn eigen vaardigheden vertrouwd om bepaalde activiteiten succesvol uit te kunnen voeren. Ook speelt self-efficacy een rol bij het plannen van acties, bij de motivatie en bij het vertrouwen in eigen cognitieve capaciteiten (Bandura & Wood, 1989). Een hoge mate aan vertrouwen in eigene capaciteiten duidt erop dat meer acties uitgevoerd werden (Singh & Udaniya, 2009) en meer activiteit duidt erop dat patiënten tevredener zijn met hun sociale participatie (Levasseur et al., 2008). Verder kan volgens Bandura en Wood (1989) het begrip ‘self-efficacy’ op drie verschillende manieren

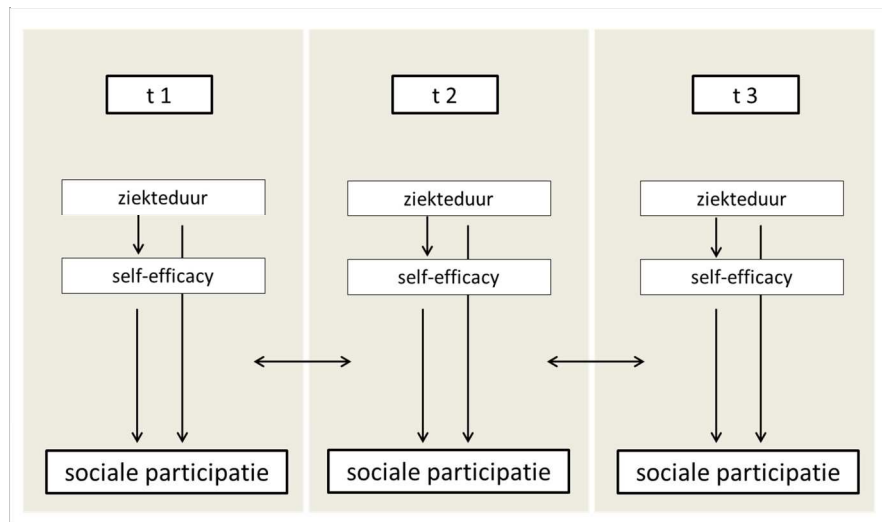
bekeken worden. Ten eerste is self-efficacy een dynamisch concept dat veranderd door nieuwe informatie en ervaringen. Ten tweede bevat self-efficacy het geloof en de geregistreerde vaardigheden om een taak succesvol uit te voeren. Ten derde houdt het geloof in dat het mogelijk is vaardigheden aan andere omstandigheden aan te passen en al geleerde acties over te nemen in nieuwe situaties. Dus gedragingen, motivatie en handelingen hangen af van iemands self-efficacy, mede omdat gevonden is dat er meer sprake is van angstgevoelens en ontrust bij mensen met minder self-efficacy, dan bij mensen met een hoog vertrouwen in zichzelf (Kuttschreuter, 2006). Concluderend, self-efficacy is een belangrijk aspect voor menselijk gedrag, heeft veel met vertrouwen in eigen capaciteiten te maken en is steeds gericht op bepaalde acties. Ook is uit bestaande literatuur tot nu toe naar voren gekomen dat zowel self-efficacy en de tevredenheid met sociale participatie, van belang zijn met betrekking tot de gezondheidstoestand van een patiënt met poliartritis, omdat de self-efficacy veranderd als gevolg van een chronische aandoening (Lubkin & Larsen, 2012).

Onderzoeksvraag

Uit de bestaande literatuur is naar voren gekomen dat de ervaring van sociale participatie een centrale rol speelt in de gedragingen van een patiënt. Ook blijkt dat self-efficacy een belangrijke motivationele factor is voor menselijke handelingen en betrekking heeft op de gezondheid. Verder komt uit sommige literatuur naar voren dat de tevredenheid met sociale participatie sterker is bij patiënten die zich gezond, actief en goed voelen. Dus lichamelijke beperkingen schijnen de beste voorspeller te zijn hoe tevreden iemand met zijn sociale participatie is. Deze tevredenheid wordt minder, des te langer iemand al ziek is. Omdat self-efficacy een belangrijk aspect voor menselijk gedrag is en de mogelijkheid om gedrag goed te vertonen, zonder beperkingen, resulteert in iemands tevredenheid met zijn sociale participatie, wordt in het volgende de samenhang tussen self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie met betrekking op poliartritis verder bestudeerd. Tot nu toe is nog niet duidelijk uit bestaande literatuur naar voren gekomen hoe deze variabelen samenhangen en vooral niet met betrekking op poliartritis. Daarom richt zich het volgende onderzoek op de samenhang tussen de tevredenheid met sociale participatie en self-efficacy bij mensen met poliartritis en kijkt hoe de ziekteduur deze samenhang kan veranderen. Het doel van het onderzoek wordt grafisch weergegeven in figuur 1. Bovenuit zal gekeken worden hoe zich de samenhangen tussen de drie variabelen veranderen over een jaar. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Hoe hangt bij mensen met poliartritis tevredenheid met sociale participatie, self-efficacy en ziekte duur samen en hoe veranderen die factoren over een jaar?

Figuur 1. Het doel van het onderzoek



Hypothesen

Om boven genoemde onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden werd deze in toetsbare hypothesen opgedeeld.

Hypothese 1: Patiënten met een hoge mate van self-efficacy zijn meer tevreden over hun sociale participatie.

Hypothese 2: Patiënten met een middellange ziekte duur hebben een hogere mate van self-efficacy dan patiënten met een lange ziekte duur.

Hypothese 3: Patiënten met een middellange ziekte duur zijn meer tevreden over hun sociale participatie dan patiënten met een lange ziekte duur.

Hypothese 4: De samenhang van self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie is bij patiënten met een lange ziekte duur minder sterk dan bij patiënten met een middellange ziekte duur.

2. Methode

In het volgende gedeelte, zal de procedure van het onderzoek verder uitgelegd worden en de manier waarop de patiënten voor het onderzoek zijn geworven en aan welke criteria de mensen moesten voldoen om deel te kunnen nemen aan het onderzoek. Daaropvolgend zullen de gegevens van de participanten worden genoemd en het wordt toegelicht welke meetinstrumenten worden gebruikt. Tot slot wordt ingegaan op de analyse van de onderzoeksgegevens. Hieruit zal duidelijk worden hoe de data van de patiënten geanalyseerd worden.

Procedure

De deelnemers die meegedaan hebben aan dit onderzoek, worden behandeld in het Medisch Spectrum Twente in Enschede. Dit is een ziekenhuis met een afdeling voor reumatische aandoeningen. Voor dit onderzoek worden 803 patiënten *random* gekozen, uit het digitale diagnose systeem, aan de hand van verschillende criteria. De vier eisen om aan de studie mee te doen zijn dat de diagnose poliartritis is gesteld, de participant ouder is dan 18 jaar, de vragenlijst in het Nederlands kan invullen en behandeld wordt voor poliartritis. Op basis van deze selectiecriteria konden van de oorspronkelijk 803 patiënten 164 niet meedoen, omdat ze niet aan de eisen voldeden.

De 639 patiënten met poliartritis die aan de selectiecriteria voldeden, werden door de onderzoeker middels een brief uitgenodigd om aan het onderzoek deel te nemen. In de brief legt de onderzoeker zorgvuldig het verloop en de procedure van de daaropvolgende studie uit. Additioneel is er een eerste vragenlijst en een verklaring van toestemming bijgevoegd. Aan het eind van de vragenlijst wordt de patiënt gevraagd de vragenlijst en het toestemmingsformulier in de antwoordenvelop weer terug te sturen en wordt bedankt voor de deelname aan het onderzoek. In totaal werden drie vragenlijsten aan de participanten gestuurd op drie verschillende tijdstippen. Na ongeveer zes maanden werd een nieuwe vragenlijst aan de participanten gestuurd in een periode van ongeveer een jaar. Uiteindelijk hebben 330 van de 639 respondenten meegedaan en de ingevulde, eerste vragenlijst weer teruggestuurd. De tweede vragenlijst hebben 283 patiënten ingevuld en weer teruggestuurd en de derde en laatste vragenlijst werd ingevuld door 252 patiënten (zie tabel 2). De participanten hebben altijd de mogelijkheid gehad om het onderzoek te beëindigen. De studie heeft toestemming gekregen om te worden uitgevoerd van de ethische commissie van de gedragswetenschappelijke faculteit aan de Universiteit Twente.

Participanten

De 330 participanten die hebben meegedaan aan het onderzoek zijn allemaal in het Medisch Spectrum Twente in Enschede geworven en hebben gemeend dat ze aan poliartritis lijden. Van de patiënten waren er 129 (39.1%) mannelijk en 201 (60.9%) vrouwelijk. Hun gemiddelde leeftijd bedraagt 61.44 jaar (SD=13.18). De jongste deelnemer van de studie is 17 jaar en de oudste 91 jaar. De demografische factoren, zoals de burgerlijke staat en de opleiding van de patiënten zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 2. Aantal respondenten van ASES en IPA in de verschillende meetmomenten

	Meetmoment 1	Meetmoment 2	Meetmoment 3
	n (%)	n (%)	n (%)
Totaal	330	283	252
ASES			
pijn	325 (98.5)	281 (85.2)	249 (75.5)
andere symptomen	324 (98.2)	282 (85.5)	246 (74.5)
IPA			
familierol	328 (99.4)	279 (84.5)	250 (75.8)
Sociale contacten	328 (99.4)	281 (85.2)	252 (76.4)
Werk en opleiding	133 (40.3)	131 (39.7)	119 (36.1)
Autonomie buitenhuis	328 (99.4)	283 (85.8)	251 (76.1)

ASES= Arthritis self-efficacy scale, IPA= Impact op participatie en autonomie, n= Aantal respondenten

Tabel 3. Demografische factoren van de participanten (n= 330)

	%	(n)
Burgerlijke staat		
ongetrouwd / niet samenwonend	6.1	(20)
ongetrouwd samenwonend	7.0	(23)
getrouwd	66.4	(219)
weduwe / weduwnaar	12.7	(42)
gescheiden	5.8	(19)
totaal	100.0	(330)
missing	2.1	(7)
Opleiding		
geen opleiding	1.5	(5)
basisonderwijs	6.7	(22)
lager beroepsonderwijs	30.9	(102)
MAVO, (M)ULO, 3jarige HBS, VMBO	18.8	(62)
middelbaar beroepsonderwijs	18.8	(62)
5 jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium	4.2	(14)
hoger beroepsonderwijs	13.9	(46)
wetenschappelijk onderwijs	2.7	(9)
totaal	100.0	(330)
missing	2.4	(8)

Huidige situatie		
voltijdbaan	14.5	(48)
parttimebaan	13,9	(46)
huishouden	13.6	(45)
werkloos	2.7	(9)
arbeidsongeschikt (WAO / WIA)	13.9	(46)
gepensioneerd	39.4	(130)
totaal	100.0	(330)
missing	1.8	(6)

n= Aantal participanten

Meetinstrumenten

Impact op participatie en autonomie vragenlijst (IPA)

Metingen over de tevredenheid met eigen sociale participatie van de respondenten, zijn met behulp van de ‘impact op participatie en autonomie’ (IPA) vragenlijst uitgevoerd. De IPA is een vragenlijst met een goede interne consistentie en een goede Cronbach’s alfa (zie tabel 4) en is bedoeld voor patiënten vanaf 18 jaar met verschillende chronische aandoeningen (Cardol, 2001). Aan de hand van de IPA worden belemmeringen en mogelijke ervaren problemen in de participatie en autonomie gemeten (Cardol, Beelen, van den Bos, de Jong, de Groot, & de Haan, 2002). Volgens Cardol (2001) verwijst de term ‘participatie’ naar de deelname aan het leven in de maatschappij. De IPA bestaat uit de volgende vijf domeinen: familierol, sociale contacten en relaties, werk en opleiding, autonomie buitenhuis en autonomie binnenshuis. Het vijfde domein, over autonomie binnenshuis werd in de vragenlijst voor de patiënten niet meegenomen, omdat deze te veel leek op de vragen uit de HAQ, die bij een ander onderzoek al meegenomen zijn. De andere domeinen zijn in het volgende onderzoek als volgt onderverdeeld: Ten eerste de subschaal ‘rol in familie’ (item 1 t/m 7) waarvan een voorbeelduitspraak is: ‘De mogelijkheid om in huis de rol te vervullen die bij mij hoort is...’, dan volgt de subschaal ‘sociale contacten en relaties’ (item 8 t/m 14) met als voorbeeld: ‘De omgang met de mensen die me dierbaar zijn is...’. Verder is een voorbeelduitspraak van de subschaal ‘werk en opleiding’ (item 15 t/m 20): ‘Het contact met collega’s is...’ en het laatste subschaal is ‘autonomie buitenhuis’ (item 21 t/m 25) waarvan een voorbeeld van een uitspraak is: ‘Het maken van uitstapjes of een (vakantie)-reis zoals ik dat wil, gaat...’.

Dus in totaal zijn de 25 items van de IPA onderverdeeld in vier verschillende domeinen. Als antwoordmogelijkheden op alle items is een 5-punt Likert-schaal gebruikt, waarin de keuze bestaat tussen slecht tot en met zeer goed (zie bijlage vragenlijst). De scoring van deze antwoorden is als volgt: 0= zeer goed, 1= goed, 2= redelijk, 3= matig, 4= slecht. Uit

deze scores kunnen beperkingen in de tevredenheid bij een patiënt vastgesteld worden, omdat een hoge score betekent dat er meer problemen in participatie en autonomie ervaren worden en een gemiddelde score van nul betekent dat de patiënt geen beperkingen ervaart in participatie en autonomie (Cardol, 2001).

Arthritis self-efficacy scale (ASES)

De self-efficacy is met behulp van het meetinstrument van Lorig, Chastain, Ung, Shoor en Holman (1989) gemeten. Deze vragenlijst heet ‘Arthritis self-efficacy scale’ (ASES), heeft een goede interne consistentie met een goede Cronbach’s alfa (zie tabel 4) en meet de waargenomen self-efficacy van een patiënt en de daaruit volgende omgang met hun chronische aandoening. Oorspronkelijk bevat de ASES 3 subschalen met in totaal 20 items (Lorig et al., 1989). In het volgende onderzoek zijn twee van de drie subschalen van belang. De eerste subschaal bevat 5 items en behandelt de perceptie over self-efficacy met betrekking op de omgang met pijn. Een voorbeelduitspraak hiervan is: ‘Ik ben tevreden over mijn eigen mogelijkheden om de pijn van mijn reumatische aandoening te beheersen’. De tweede subschaal meet de self-efficacy met betrekking op de omgang met anderen symptomen, onder verwijzing naar de chronische aandoening. Deze schaal bevat 6 items en een voorbeeld van een uitspraak is: ‘Ik ben er zeker van dat ik mijn reumatische aandoening zodanig kan beheersen, dat ik kan doen wat ik leuk vind’. Dus de vragenlijst bevat in totaal 11 items die de self-efficacy van de patiënten meten. Aan de hand van een 5-punt Likert-Schaal kunnen alle items door de patiënten beantwoord worden van ‘geheel mee oneens’ tot ‘geheel mee eens’. (zie bijlage vragenlijst).

Tabel 4. Cronbachs α voor de ASES en IPA per meetmoment

Cronbachs α per test per subschalen	Meetmoment 1	Meetmoment 2	Meetmoment 3
ASES			
Pijn	0.83	0.83	0.82
Andere symptomen	0.82	0.84	0.82
IPA			
Familierol	0.90	0.90	0.90
Sociale contacten en relaties	0.86	0.85	0.84

Werk en opleiding	0.90	0.87	0.84
Autonomie buitenhuis	0.91	0.92	0.91

ASES= Arthritis self-efficacy scale, IPA= Impact op participatie en autonomie, α = alfa

Data-analyse

Met behulp van versie 20 van het programma SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) werd de statistische analyse van de gegevens van de patiënten en hun antwoorden op de vragenlijsten uitgevoerd. Eerst werden de demografische gegevens van de respondenten geanalyseerd, om uitspraken te kunnen doen over de verdeling van de respondenten. Daarna werden alle items uit de IPA vragenlijst omgeschaald, omdat de computer een andere scoring had toegepast dan het eigenlijke scoringsformulier van de IPA. Aansluitend werd de betrouwbaarheid van de subschalen van de vragenlijsten per meetmoment berekend, door het gebruik van Cronbach's alfa. Hiermee werd ook per subschaal van een vragenlijst de onderlinge correlatie tussen de respectievelijke items aangegeven. Voordat nu de hypothesen getoetst konden worden, moesten ontbrekende scores op de items uit zowel de IPA als ook de ASES uit het databestand gehaald worden. Dit gebeurt door te kijken of meer dan 75% van de antwoorden per subschaal ingevuld zijn, om tot een betrouwbare totaalscore per subschaal te komen. Als meer dan 75% van de antwoorden ingevuld zijn, worden de ontbrekende scores door gemiddelde scores vervangen. Pas daarna wordt een indeling van de ziekteduur van de patiënten gemaakt.

Met behulp van de data over ziekteduren, kon de groep worden gesplitst op de mediaan. Op die manier kon later een overzichtelijk beeld worden gegeven van de invloed van ziekteduur op self-efficacy en de tevredenheid met sociale participatie. De mediaan lag bij 15.67 jaar (SD=12.28), zodat eerst een groep met een 'middellange ziekteduur' aangemaakt kon worden. Hierin zaten alle patiënten die minimaal twee jaar en maximaal 15 jaar met poliartritis leven. De tweede groep bevat de patiënten, die langer dan 16 jaar last hebben van de ziekte, dus deze groep heet 'lange ziekteduur'.

Vervolgens werden de hypothesen getoetst. Hypothese een stelt dat er een positieve samenhang tussen de tevredenheid met sociale participatie en de mate van self-efficacy bestaat. Deze hypothese werd getoetst door een correlatieanalyse. Om een *Pearson*-correlatie te berekenen moet aan twee voorwaarden worden voldaan. Ten eerste moeten de variabelen normaal verdeeld zijn en ten tweede moet het meetniveau rationaal zijn. Met *skewness* en *kurtosis* kan nagegaan worden hoe de variabelen verdeeld zijn. In dit geval zijn de variabelen,

dus de tevredenheid met sociale participatie en self-efficacy, normaal verdeelt. Verder blijkt dat de variabelen geen rationaal, echter een ordinaal meetniveau hebben. Het ordinale meetniveau staat geen *Pearson*-correlatie toe, omdat hierbij het non-parametrische alternatief gebruikt moet worden. In dit geval zijn *Spearman*- correlaties berekend worden door bivariaat te toetsen. De scores van de twee vragenlijsten werden vergeleken, om na te kunnen gaan of er een positieve of negatieve samenhang tussen de twee variabelen bestaat. De waarde van de *Spearman*- correlatie geeft aan in welke wijze er een verband bestaat tussen de variabelen self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie. Om ook de invloed van toeval op de effecten te kunnen uitsluiten, werd naar het significantieniveau gekeken. Dit geeft aan in hoeverre gevonden correlaties tussen variabelen op toeval berusten. In getallen betekent dit dat als het significantieniveau kleiner is dan 5% ($\alpha = 0.05$), dan is de kans klein dat gevonden effecten op toeval berusten, wat op zijn beurt betekent dat het gevonden effect tussen de variabelen betekenis vol, dus statistisch significant is. In dit onderzoek is de belangrijkste reden dat er voor een significantieniveau van 0.05 is gekozen, dat de IPA de subschaal 'werk en opleiding' bevat. Deze subschaal is in het eerste meetmoment alleen door 40.3%, in het tweede meetmoment alleen door 39.7% en in het derde alleen door 36.1% van de participanten ingevuld (zie tabel 2). Dus om met enige zekerheid uitspraken over de resultaten te kunnen doen, ook als de subschaal 'werk en opleiding' meegenomen wordt in het onderzoek, wordt voor een α van 0.05 gekozen.

Hypothese twee stelt dat patiënten met een middellange ziekte duur een hogere mate van self-efficacy hebben dan patiënten met een lange ziekte duur. Deze hypothese werd getoetst door een Mann-Whitney U test, omdat de variabele self-efficacy wel normaal verdeeld is (aangezien dat *skewness* en *kurtosis* binnen de vuistregel van -2 t/m +2 liggen) maar het meetniveau ordinaal was. Met de Mann-Whitney U test zal gekeken worden hoe de ziekte duur samenhangt met de mate van self-efficacy. Hiervoor werd de mediaan van een groep met de mediaan van de andere groep vergeleken, om vast te kunnen stellen of de medianen van de variabelen ziekte duur en self-efficacy gelijk aan elkaar zijn.

Hypothese drie stelt dat patiënten met een middellange ziekte duur tevredener met hun sociale participatie zijn dan patiënten met een lange ziekte duur. Deze hypothese werd getoetst door een Mann-Whitney U toets, omdat ook hier het meetniveau ordinaal is. Van de variabele kan geen parameter aangemaakt worden, omdat weer voor het niet-parametrische alternatief gekozen werd.

Hypothese vier stelt dat de samenhang van self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie minder sterk is bij patiënten met een lange ziekteduur dan bij patiënten met een middellange ziekteduur. Deze hypothese werd getoetst door een variantieanalyse met aanvullende *scatterplots* op grond van bredere analysemogelijkheden, ofwel het meetniveau ordinaal is. Er zal getoetst worden of een tussenvariabele, in dit geval de ziekteduur, het effect en het verband tussen de variabelen self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie verandert. Dus het werd onderzocht voor wie en onder welke omstandigheden er een verband te vinden is tussen de mate van self-efficacy en de tevredenheid met sociale participatie. De *scatterplots* zijn gemaakt om de richting van de samenhang weer te geven en om de relatie tussen de variabelen ‘self-efficacy’ en ‘tevredenheid met sociale participatie’ grafisch weer te geven in samenhang met de ziekteduur. Niet parallel lopende regressielijnen duiden op een interactie-effect. Voor het toetsen is ervoor gekozen om somscores per meetmoment van de IPA en de ASES te berekenen. Hierbij is het van belang dat bij de IPA de subschaal ‘werk en opleiding’ ongebruikt is, omdat slechts rond de 40% van de respondenten per meetmoment deze schaal heeft ingevuld. Door het weglaten van deze data konden meer betrouwbare en precieze resultaten gevonden worden, die beter generaliseerbaar zijn.

Om het longitudinale aspect van het onderzoek in beschouwing te nemen, is bij elke hypothese naar de meetmomenten gekeken. Hierbij wordt per hypothese gekeken naar mogelijke verschillen en overeenkomsten tussen de meetmomenten. Tot slot wordt gezamenlijk en globaal gekeken of significante verschillen over de meetmomenten heen vastgesteld zijn of overeenkomsten bij de meetmomenten gevonden zijn.

3. Resultaten

De eerste hypothese stelt dat als patiënten met poliartritis een hoge mate van self-efficacy hebben, dat ze dan ook tevredener zijn over hun sociale participatie. Uit de resultaten van de correlatieanalyse blijkt, dat de correlaties tussen $r = -0.29$ en -0.65 liggen (zie tabel 5). Alle correlaties tussen de subschalen van de ASES en de subschalen van de IPA zijn statistisch significant met een α van 0.01. Een score van 0 bij de IPA betekent dat er geen problemen in de participatie worden ervaren en een hoge score betekent dat er wel problemen worden ervaren. Dat betekent dat de gevonden negatieve correlatie tussen de variabelen tevredenheid met sociale participatie en self-efficacy echter een positieve correlatie voor de constructen

sociale participatie en self-efficacy weerspiegelt. Daarmee wordt de eerste hypothese bevestigd.

Tabel 5. Spearman - correlaties tussen de subschalen van IPA en ASES

Meetmoment 1		familierol	IPA		
			sociale contacten en relaties	werk en opleiding	autonomie buitenhuis
SE	pijn	-0.49**	-0.29**	-0.52**	-0.51**
	andere symptomen	-0.50**	-0.37**	-0.51**	-0.53**
Meetmoment 2					
SE	pijn	-0.55**	-0.30**	-0.39**	-0.57**
	andere symptomen	-0.64**	-0.42**	-0.54**	-0.63**
Meetmoment 3					
SE	pijn	-0.60**	-0.35**	-0.58**	-0.52**
	andere symptomen	-0.65**	-0.46**	-0.55**	-0.63**

** Correlatie is significant bij 0.01 (tweezijdig)

SE= self-efficacy, IPA= Impact op participatie en autonomie

De tweede hypothese stelt dat patiënten met een middellange ziekteduur een hogere mate van self-efficacy hebben dan patiënten met een lange ziekteduur. Deze veronderstelling wordt getoetst met een *Mann-Whitney U* test. Uit de resultaten is gebleken (zie tabel 6), dat de drie meetmomenten van elkaar verschillen. Er zijn in meetmoment twee en drie statistisch significante effecten van de ziekteduur gevonden. Zo waren de subschalen ‘pijn’ ($z = -2.59$, $p = 0.01$) en ‘andere symptomen’ ($z = -1.83$, $p = 0.04$) statistisch significant op het tweede meetmoment en de subschaal ‘pijn’ ($z = -2.11$, $p = 0.02$) was significant op het derde meetmoment. Echter werd geen effect van de ziekteduur gevonden voor de subschalen ‘pijn’ ($z = -1.23$, $p = 0.11$) en ‘andere symptomen’ ($z = -0.06$, $p = 0.48$) op het eerste meetmoment en ook niet voor ‘andere symptomen’ ($z = -1.12$, $p = 0.13$) op het derde meetmoment. Door het vergelijken van de meetmomenten blijkt, dat veranderingen over de meetmomenten plaatsgevonden hebben. Dit tijdperk houdt 273 tot en met 710 dagen, ruim een jaar in. Zo worden in het eerste meetmoment geen significante effecten gevonden, het tweede meetmoment was weerom van significant effect en het derde meetmoment liet in een van de twee subschalen significante effecten zien. Dus de tweede hypothese is niet overtuigend bevestigd. Het kan niet eenduidig gezegd worden, dat patiënten met een middellange

ziekteduur hogere een hogere mate van self-efficacy hebben dan patiënten met een lange ziekteduur. Deze verhouding blijft – dan ook soms niet statistisch significant en alleen als trend herkenbaar – over een jaar bestaan.

Tabel 6. Mann-Whitney U test bij ASES en ziekteduur

1. Meetmoment		z	eenzijdige p-waarde
	ASES		
	Pijn	-1.23	0.11
	Andere symptomen	-0.06	0.48
2. Meetmoment			
	ASES		
	Pijn	-2.59	0.01
	Andere symptomen	-1.83	0.04
3. Meetmoment			
	ASES		
	Pijn	-2.11	0.02
	Andere symptomen	-1.12	0.13

Groeperende variabele: ziekteduur

ASES= Arthritis self-efficacy scale, z= toetsgrootte, p= overschrijdingskans

De derde hypothese stelt dat patiënten met een middellange ziekteduur meer tevreden over hun sociale participatie zijn dan patiënten met een lange ziekteduur. Deze veronderstelling wordt getoetst met een Mann - Whitney U test. Uit de resultaten is gebleken (zie tabel 7), dat in meetmoment twee en drie statistisch significante effecten van de ziekteduur gevonden zijn. Zo waren de subschaal ‘familierol (z= -2.53, p= 0.01) en ‘autonomie buitenhuis’ (z= -1.83, p= 0.46) statistisch significant op het tweede meetmoment en de subschaal ‘sociale contacten en relaties’ (z= -1.88, p= 0.03) was significant op het derde meetmoment. De overige effecten waren allemaal statistisch niet significant (met z van 0.03 tot en met 1.88; p van 0.49 tot en met 0.05). Verder is uit de resultaten gebleken, dat veranderingen over de meetmomenten heen plaatsvinden. In het eerste meetmoment is uitgevonden dat een middellange ziekteduur niet tot een hogere tevredenheid met sociale participatie leidt, omdat geen subschaal significante effecten had. In het tweede en derde meetmoment zijn subschalen significant en andere niet. Dus het hebben veranderingen over de tijd plaatsgevonden. Daarom kan de derde hypothese alleen deels bevestigd worden. Er zijn effecten en trends gevonden die echter ook niet consistent zijn over de loop van de meetmomenten. Dat betekent dat er op verschillende tijdstippen verschillende subschalen meer uitslag geven dan andere en dusdanig problemen in het leven van de patiënten ervaren worden.

Tabel 7. Mann-Whitney U test bij IPA en ziekte duur

1. Meetmoment	z	eenzijdige p-waarde
IPA		
Familierol	-1.62	0.05
Sociale contacten en relaties	-0.03	0.49
Werk en opleiding	-0.89	0.19
Autonomie buitenhuis	-1.67	0.05
2. Meetmoment		
IPA		
Familierol	-2.53	0,01
Sociale contacten en relaties	-0,12	0.46
Werk en opleiding	-0.45	0.33
Autonomie buitenhuis	-1.83	0.04
3. Meetmoment		
IPA		
Familierol	-1.66	0.05
Sociale contacten en relaties	-1.88	0.03
Werk en opleiding	-0.75	0.23
Autonomie buitenhuis	-0.73	0.24

Groeperende variabele: ziekte duur

IPA= Impact op participatie en autonomie, z= toetsgrootte, p= overschrijdingskans

De vierde hypothese stelt dat de samenhang van self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie bij patiënten met een lange ziekte duur minder sterk is dan bij patiënten met een middellange ziekte duur. Om dit met een variantieanalyse te kunnen toetsten worden somscores van de IPA en de ASES aangemaakt, waarbij de subschaal ‘werk en opleiding’ van de IPA niet meegenomen is, omdat deze slechts door ongeveer 40% van de respondenten per meetmoment is ingevuld (zie tabel 2). Er wordt ervan uitgegaan dat de ziekte duur een modererend effect heeft, dus dat het effect van self-efficacy op tevredenheid met sociale participatie versterkt wordt na mate van de ziekte duur. Op alle meetmomenten is een statistisch significante interactie gevonden (zie tabel 8); op het eerste meetmoment $F(2,209)= 9.65$; $p < 0.0001$, op het tweede meetmoment $F(2,209)= 14.52$; $p < 0.0001$, en op het derde meetmoment $F(2,209)= 21.89$; $p < 0.0001$. Uit de resultaten blijkt, dat interactie effecten tussen de ziekte duur en de self-efficacy op de tevredenheid met sociale participatie gevonden worden zijn. Uit de grafische weergave (figuur 2 t/m 4) bleek, dat de regressielijnen voor elk meetmoment parallel lopen, wat de gevonden interactie weerspiegelt. Verder bleek uit de *scatterplots* dat de regressielijnen op het eerste en tweede meetmoment tussen de tevredenheid met sociale participatie en self-efficacy steiler zijn voor de lange ziekte duur dan

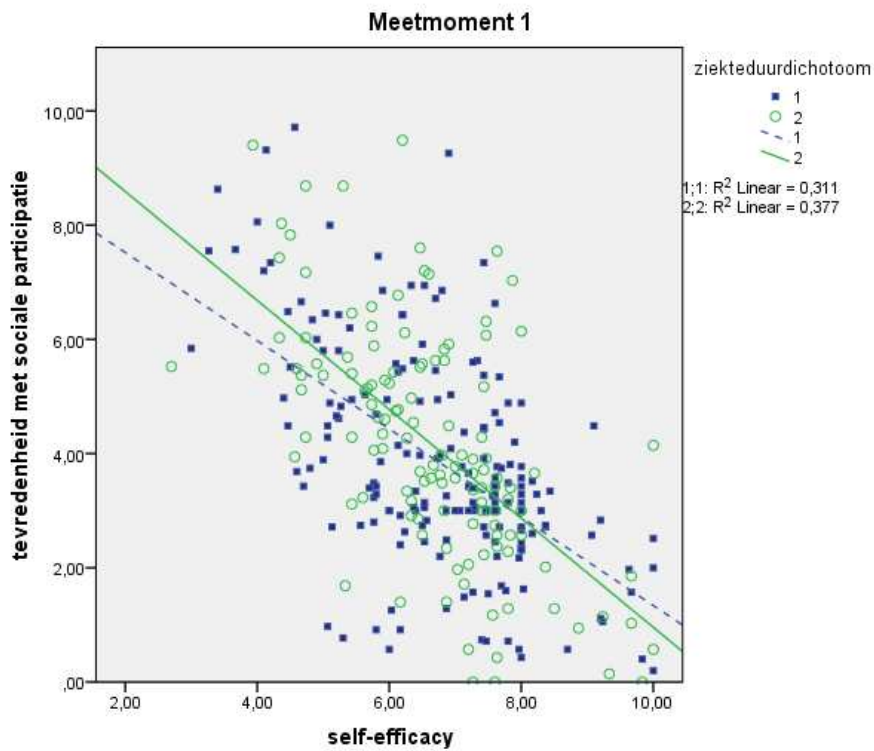
voor de middellange ziekte duur (zie figuur 2 en 3). Dit wijst erop dat het effect dat self-efficacy op de tevredenheid met sociale participatie heeft groter is bij patiënten met een lange ziekte duur dan met een middellange ziekte duur. In het derde meetmoment zijn de regressielijnen steiler tussen de tevredenheid met sociale participatie en self-efficacy voor een middellange ziekte duur dan voor een lange ziekte duur (zie figuur 4). Dus uit de resultaten blijkt, dat veranderingen over de meetmomenten heen plaatsvinden. Zo is de gevonden interactie in de eerste twee meetmomenten te zien, dus dat patiënten met een lange ziekte duur een minder sterke samenhang tussen hun mate van self-efficacy en hun tevredenheid met sociale participatie hebben dan patiënten met een middellange ziekte duur. Ook wordt de gevonden samenhang sterker van het eerste meetmoment op het tweede. Alleen het derde meetmoment weerspiegelt het tegendeel van de al genoemde verwachtingen, want daaruit bleek dat patiënten met een middellange ziekte duur een minder sterke samenhang tussen hun mate van self-efficacy en hun tevredenheid met sociale participatie hebben. Daaruit bleek, dat de laatste hypothese slechts deels bevestigd kan worden, omdat slechts in twee meetmomenten de verwachte interactie is gevonden, die echter niet consistent is in de loop van de meetmomenten.

Tabel 8. Variantieanalyse

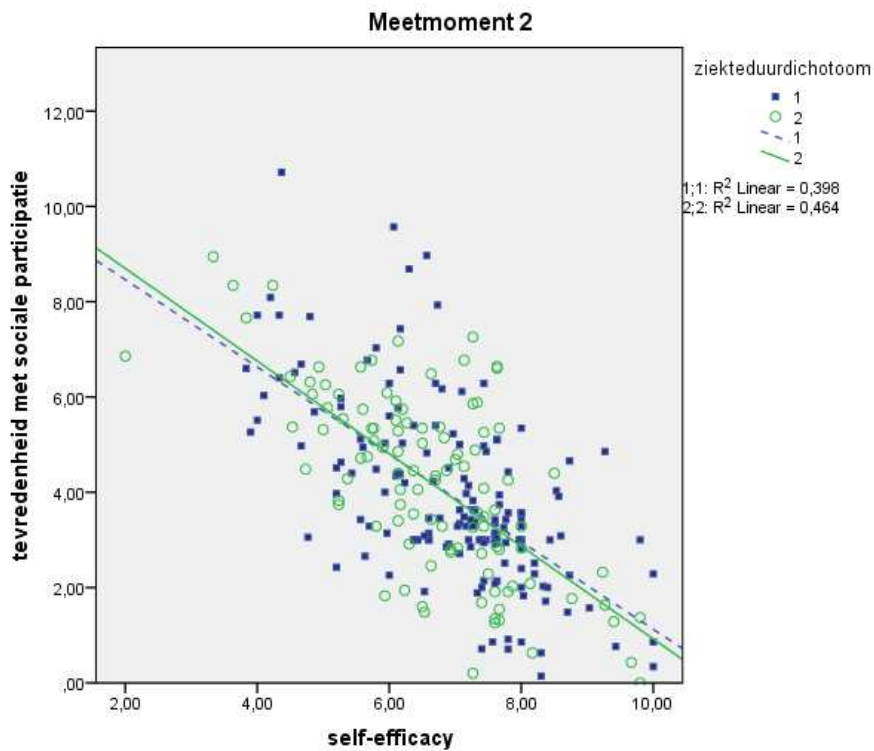
1. Meetmoment	Afhankelijke variabele	df	F	p
Ziekte duur* ASES	IPA	2	9.65	< 0,0001
2. Meetmoment				
Ziekte duur* ASES	IPA	2	14.52	< 0,0001
3. Meetmoment				
Ziekte duur* ASES	IPA	2	21.89	< 0,0001

df= vrijheidsgraden, F= toetsgrootte, p= overschrijdingskans, IPA= Impact op participatie en autonomie, ASES= Arthritis self-efficacy scale

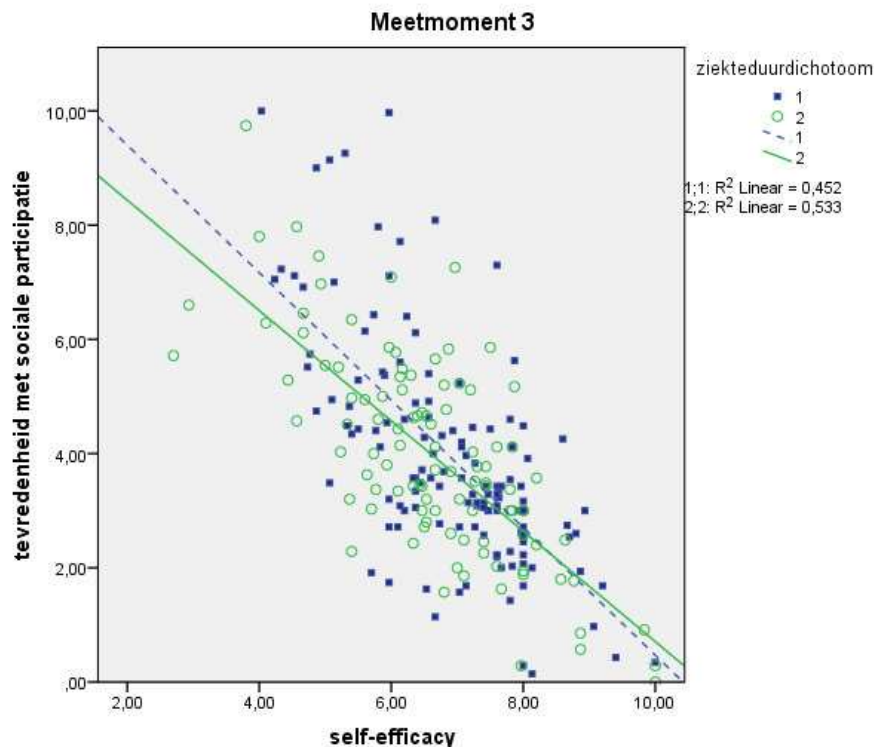
Figuur 2. Regressielijnen tussen tevredenheid met sociale participatie en self-efficacy voor ziekte duur op meetmoment 1



Figuur 3. Regressielijnen tussen tevredenheid met sociale participatie en self-efficacy voor ziekte duur op meetmoment 2



Figuur 4. Regressielijnen tussen tevredenheid met sociale participatie en self-efficacy voor ziekte duur op meetmoment 3



4. Discussie

In het volgende gedeelte zal verder worden ingegaan op de gevonden resultaten, wordt kort verwezen naar de opgestelde hypothesen en naar de onderzoeksvraag terug gekeken. Daarna worden beperkingen van dit onderzoek besproken en aanbevelingen en implicaties gegeven voor vervolgonderzoek.

Uitkomsten uit het onderzoek

Het doel van het onderzoek was te onderzoeken hoe de variabelen self-efficacy, tevredenheid met sociale participatie en ziekte duur bij patiënten met poliartritis samenhangen en hoe deze samenhang gedurende ongeveer een jaar verandert. Op basis hiervan zijn verschillende hypothesen afgeleid, om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

Ten eerste bleek dat patiënten met poliartritis, die een hoge mate van self-efficacy hadden ook meer tevreden waren over hun sociale participatie. Deze positieve samenhang bleek consistent te zijn over de tijd, omdat geen veranderingen in de samenhang tussen self-efficacy en de tevredenheid met sociale participatie binnen een jaar gevonden werden.

Ondersteund worden deze gevonden resultaten door het onderzoek van Levasseur et al. (2010), omdat zij gevonden hebben dat welzijn en zich gezond voelen tot tevredenheid met sociale participatie leiden. Ook wordt uitgevonden dat functionele beperkingen bij een langdurige ziekte tot minder tevredenheid met eigen sociale participatie leiden (Heijmans & Rijken, 2004). Dus dat de tevredenheid met sociale participatie blijkbaar samenhangt met zich goed en wel voelen laat vermoeden dat een goede self-efficacy ook een goed effect heeft op de tevredenheid met eigen sociale participatie. Deze verwachting werd met de veronderstelde hypothese bevestigd. Bovendien werd de verwachte en bevestigde positieve samenhang tussen self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie ondersteund door de onderzoeken van McAuley (1993) en Singh en Udainiya (2009). Zij concluderen namelijk dat een hogere mate van self-efficacy, dus een hoge mate van vertrouwen in eigen capaciteiten, ertoe leidt dat meer activiteiten uitgevoerd worden en meer geparticipeerd wordt. Deze bevindingen vooral met betrekking op poliartritis zijn tot nu toe nog niet duidelijk uit de bestaande literatuur naar voren gekomen. Het is wel vastgesteld dat de tevredenheid met sociale participatie minder is bij patiënten met een langdurige ziekte (van Campen, Iedema & Wellink, 2006; Heijmans & Rijken, 2004), en dat feitelijke sociale participatie effecten op de gezondheid heeft (Ellaway & Macintyre, 2007), maar nog niet hoe de effecten eruit zien bij mensen met poliartritis.

Bovendien werd verwacht dat patiënten met een middellange ziekteduur een hogere mate van self-efficacy hebben dan patiënten met een lange ziekteduur. Uit de resultaten bleek echter dat de hypothese niet bevestigd kon worden. Deze bevindingen komen niet overeen met de resultaten uit het onderzoek dat gedaan is door Fonseca et al. (2002), want uit dit onderzoek is gebleken dat patiënten met een lange ziekteduur meer beperkingen hebben dan patiënten met een kortere ziekteduur. Verder bleek uit de literatuur dat mensen met een hoge mate van self-efficacy sterk op hun mogelijkheden vertrouwen (Bandura & Wood, 1989) en dat self-efficacy veranderd als gevolg van een chronische ziekte (Lubkin & Larsen, 2012). Dus op basis van de literatuur zou geconcludeerd moeten worden dat patiënten met een middellange ziekteduur beter functioneren en daarom nog een hogere mate van self-efficacy hebben en meer op hun vaardigheden vertrouwen dan mensen met een lange ziekteduur. Op grond van de gevonden verschillen tussen de verschillende meetmomenten bleek toch een trend herkenbaar te zijn, namelijk dat de lengte van de ziekteduur een effect op de mate van self-efficacy kan hebben. Deze gevondene trend komt weerom overeen met de resultaten uit het onderzoek van bijvoorbeeld Fonseca et al. (2002). Een van de mogelijke redenen waardoor de hypothese niet bevestigd kon worden, is dat niet elke patiënt de ASES ingevuld

heeft. Het derde meetmoment van de ASES werd bijvoorbeeld slechts door ongeveer 75 % ingevuld. Een andere verklaring is dat patiënten in het eerste meetmoment een ‘*social desirability bias*’ (Fischer, 1993) hebben, dus dat ze antwoorden geven waarvan ze verwachten dat deze als juist van de onderzoeker gezien worden. Maar uit de resultaten van de andere twee meetmomenten blijkt dat deze mogelijke *bias* verdwenen is, omdat de resultaten uit het tweede en derde meetmoment op de juistheid van de hypothese duiden.

De verwachting dat patiënten met een middellange ziekte duur een hogere tevredenheid met hun sociale participatie hebben dan patiënten met een lange ziekte duur wordt alleen deels bevestigd. Er zijn wel effecten en trends gevonden maar die waren niet consistent over de loop van de meetmomenten. De gevonden significante effecten komen overeen met de resultaten uit eerder onderzoek dat hoe langer de ziekte duur, hoe minder is de tevredenheid met hun sociale participatie (Heijmans & Rijken, 2004; Fonseca et al., 2002). Maar de gevonden effecten laten zich ook overdragen op de feitelijke sociale participatie, omdat uit de literatuur gebleken is, dat mensen met een chronische ziekte minder mogelijkheden hebben om te participeren op grond van hun functionele beperkingen (Mars, Kempen, Post, Proot, Mesters & van Eijk, 2009) en dat hoe langer de ziekte duur, hoe minder het sociale participeren van de patiënten (Fonseca et al., 2002). Vooral bij ziekten waarbij het bewegingsapparaat aangetast is, is de feitelijke sociale participatie sterk verminderd (Hoeymans et al., 2005) en ook de tevredenheid over hun sociale participatie (Heijmans & Rijken, 2004). Mogelijke verklaringen voor de inconsistentie over de meetmomenten zijn ten eerste de lage invulpercentages op de subschaal ‘werk en opleiding’ van de IPA. Deze schaal wordt in elk meetmoment slechts door ongeveer 40% van de patiënten ingevuld. Ten tweede is een mogelijke verklaring dat de patiënten in het eerste meetmoment, waar geen effecten gevonden zijn, een ‘*social desirability bias*’ (Fischer, 1993) hebben.

Verder wordt grotendeels bevestigd, dat de samenhang van self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie bij patiënten met een lange ziekte duur minder sterk is dan bij patiënten met een middellange ziekte duur. Twee meetmomenten weerspiegelen de veronderstelde interactie en de verwachting dat de samenhang tussen self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie minder sterk is bij patiënten met een lange ziekte duur. Ook door Fonseca et al. (2002) wordt het gevonden resultaat ondersteund dat patiënten met een lange ziekte duur minder participeren en dan minder tevreden zijn over hun sociale participatie (Heijmans & Rijken, 2004). Ook kan door een langdurige ziekte hun self-efficacy veranderen (Lubkin & Larsen, 2012). Een ander ondersteunend resultaat uit bestaande

literatuur is, dat zich patiënten vooral bij een langdurige ziekte vermoeider voelen en meer pijn ervaren, wat voortvloeiend uit deze beperkingen ook hun tevredenheid met hun sociale participatie vermindert (van Campen, Iedema & Wellink, 2006). Daarom was het ook in dit onderzoek bij patiënten met poliartritis te verwachten dat patiënten met een lange ziekteduur niet alleen minder tevreden zijn met hun participeren, maar ook een lagere mate van self-efficacy hebben. Toch zijn in dit onderzoek ook tegenargumenten tegen deze hypothese te vinden, te weten in het derde meetmoment. Maar het blijft te vermoeden dat de lengte van de ziekteduur een significante invloed heeft op de samenhang tussen self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie, omdat een mogelijke reden voor het niet bevestigen van de hypothese kan zijn dat het derde meetmoment te weinig ingevuld werd door de respondenten, namelijk slechts door 252 patiënten.

Conclusie

Uiteindelijk is aan de hand van dit onderzoek de samenhang tussen self-efficacy, tevredenheid met sociale participatie en ziekteduur verduidelijkt. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de ziekteduur veranderingen in de samenhang van self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie te weeg kan brengen, maar dat niet alle verwachtingen bevestigd zijn. Daarom is op te merken dat een lange ziekteduur niet altijd tot een minder hoge tevredenheid met sociaal participeren leidt of tot een minder hoge mate van self-efficacy, zoals verwacht op basis van het onderzoek van Heijmans en Rijken (2004) of van Fonseca et al. (2002). Dit kan mogelijk te maken hebben met de verschillen in aantallen patiënten in elk meetmoment en de mogelijke '*social desirability bias*' (Fischer, 1993). Er is met zekerheid gebleken dat als patiënten met poliartritis zeer tevreden zijn met hun sociale participatie dat ze dan ook een hoge mate van self-efficacy ervaren, wat consistent is gevonden gedurende de drie meetmomenten. Dit wordt ook door het onderzoek van Levasseur, Desrosiers en Whiteneck (2010) en McAuley (1993) ondersteund.

Sterkten, beperkingen, aanbevelingen en implicaties voor vervolgonderzoek

Aan de hand van een correlatieanalyse, twee *Mann-Whitney U* tests en een variantieanalyse aangevuld door *scatterplots* werd in dit onderzoek de samenhang tussen self-efficacy, tevredenheid met sociale participatie en ziekteduur onderzocht. Hierbij zijn een aantal positieve dingen opgevallen, maar er zijn ook beperkingen gevonden.

Ten eerste is positief op te merken, dat de steekproef heel groot was ($n=330$) en veel verschillende mensen bevatte, die bijvoorbeeld tussen 17 en 91 jaar oud zijn, verschillende opleidingen hebben en een verschillende ziekteduur, die van 2 jaar tot en met 27 jaar loopt. Verder zijn in het geheel niet veel ontbrekende waarden in het databestand gevonden, met uitzondering van de subschaal 'werk en opleiding' van de IPA. Aan de hand van de gemiddelde leeftijd van de patiënten (61.44) kan het opvallend hoge aantal gepensioneerde participanten verklaard worden. Dus de gevonden data uit het onderzoek kunnen gegeneraliseerd worden voor populaties met mensen die evenzo last hebben van poliartritis.

Andere positieve punten in dit onderzoek zijn naast de grootte en diversiteit van de steekproef, dat het om een longitudinaal onderzoek gaat. Longitudinaal onderzoek kost aan de ene kant meer tijd, maar is aan de andere kant interessant, omdat de onderzoeker niet van een specifiek meetmoment afhankelijk is en een overzicht over de ontwikkeling van verbanden kan krijgen. Ook kon door het longitudinaal onderzoek het verband tussen de variabelen self-efficacy, tevredenheid met sociale participatie en ziekteduur vastgesteld worden in de loop van de tijd (Howitt & Cramer, 2007). Dus veranderingen over de tijd kunnen door longitudinaal onderzoek eerder herkend worden. Een nadeel van dit soort onderzoek is dat niet alle participanten uit het eerste meetmoment meegedaan hebben aan de daarop volgende meetmomenten. Toch hebben genoeg participanten aan het tweede en derde meetmoment deelgenomen om valide uitspraken te kunnen doen over de samenhang tussen self-efficacy, tevredenheid met sociale participatie en ziekteduur.

Ook de gebruikte meetinstrumenten in het onderzoek, de ASES en de IPA, hebben hun bijdrage aan valide uitspraken geleverd, omdat beide vragenlijsten betrouwbare meetinstrumenten zijn (Cardol, 2002 & Lorig et al., 1989) en de interne consistentie van de vragenlijsten goed was, omdat de Cronbach's alfa bij de ASES altijd rond 0.8 was en bij de IPA rond 0.9 (zie tabel 4). Uit de hoge waarden voor Cronbach's alfa wordt afgeleid, dat de patiënten geen problemen met het invullen van de vragenlijsten hadden.

Met betrekking op het onderzoek zijn echter ook negatieve dingen opgevallen. Zo is uit de resultaten naar voren gekomen, dat de ziekteduur een effect heeft op de mate van self-efficacy of tevredenheid met sociale participatie, maar de steekproef bevat niet alle mogelijke ziekteduren. Zo zitten in de steekproef alleen maar mensen die al minstens twee jaar aan de ziekte lijden tot en met patiënten die al 72 jaar last hebben van de ziekte. Dus een aanbeveling voor vervolgonderzoek zal zijn, dat ook patiënten die net de diagnose van poliartritis hebben

gekregen of een jaar met de ziekte leven in de steekproef meegenomen worden. Redenen hiervoor zijn dat zo kan worden gekeken of de ziekteduur dan nog altijd dezelfde trend veroorzaakt. Daarom zou gekeken worden of als alle mogelijke ziekteduren in vervolgonderzoek worden gebruikt, er dan nog steeds een samenhang tussen de mate van self-efficacy en de tevredenheid over eigen sociale participatie gevonden kan worden bij patiënten met een middellange ziekteduur. Een mogelijke reden om alle ziekteduren (0 tot en met 72 jaar) in vervolgonderzoek mee te nemen is, dat onderzoek van Krueger, Koo, Lebowitz, Menter, Stern en Rolstad (2001) laat zien, dat mensen die net een diagnose gekregen hebben, gefrustreerd zijn en verwachten dat hun leven totaal verandert en niets meer zal zijn zoals het was. Dus als in dit onderzoek ook ziekteduren vanaf het begin van de diagnose beschouwd worden wordt verwacht, dat de patiënten een tijdelijk sterke vermindering van de mate van self-efficacy hebben en minder tevreden zijn met hun sociale participatie, omdat ze van een dag op de andere een diagnose van een ziekte kregen die ongeneselijk is (Gommer & Poos, 2011) en hun leven op de kop kan draaien. Dus het schijnt dat nog andere effecten van de ziekteduur op de mate van self-efficacy en de tevredenheid met sociale participatie gevonden kunnen worden, als de ziekteduur niet alleen vanaf twee jaar maar direct vanaf het krijgen van de diagnose in vervolgonderzoek wordt beschouwd.

Verder is een beperking van de steekproef, dat meer dan 60 % van de patiënten gehuwd is en alleen maar ongeveer 6 % gescheiden is (zie tabel 3). In dit onderzoek zijn alle deelnemende patiënten samengevoegd en gezamenlijk beschouwd, maar op grond van de ongelijkheid van de verdeling van de burgerlijke staat van de patiënten zal het voor vervolgonderzoek interessant zijn om te kijken of de burgerlijke staat van de patiënten ook een effect kan hebben op de samenhang tussen de variabelen ziekteduur, self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie. Uit andere literatuur is namelijk al naar voren gekomen dat de sociale steun van bijvoorbeeld een partner zoals het bij gehuwde mensen het geval is, een groot effect kan hebben op zowel het psychische als ook het lichamelijke welzijn van de patiënt (Groenewegen, van den Bos, van Megchelen, 2004). Dus gehuwde patiënten hebben door steun van hun partner waarschijnlijk andere ervaringen en opvattingen over hun ziekte dan patiënten die gescheiden zijn. Maar om dat te kunnen uitvinden is een vervolgonderzoek nodig met een opdeling in twee groepen aan de hand van de burgerlijke staat van de patiënten om te kijken of er verschillen in de samenhang tussen de drie variabelen bestaat bij mensen die getrouwd zijn en mensen die geen partner hebben.

Bovendien kan een dergelijke opsplitsing zoals van de burgerlijke staat, ook in vervolgonderzoek bij het werk van de patiënten gedaan worden, omdat ongeveer 40 % van de mensen uit de steekproef al gepensioneerd is en daardoor misschien meer aandacht aan mogelijke symptomen van hun ziekte zoals vermoeidheid, pijn of ontstekingen aan hun gewrichten kunnen besteden (Scott, Smith & Kingsley, 2005). Het zijn bijvoorbeeld slechts 15% van de participanten die een voltijd baan hebben (zie tabel 3). Dus voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn om te kijken of de werkbelasting of arbeidssituatie effect kan hebben op de zichtwijze van de patiënten op hun self-efficacy of op hun tevredenheid met hun sociale participatie.

Op grond van de gevonden verschillen in de demografische kenmerken, zoals de werksituatie of de burgerlijke staat van de patiënten, ligt het voor de hand, dat de in deze studie ingedeelde groepen aan de hand van de lengte van de ziekteduur te heterogeen zijn. De patiënten zijn wel op basis van hun ziekteduur, door het berekenen van de mediaan ingedeeld (groep 1= middellang en groep 2=lang), maar er wordt niet op gelet of de patiënten in de respectievelijke groep ook homogeen zijn, dus dat ze niet te sterk van elkaar verschillen op basis van andere kenmerken zoals hun burgerlijke staat behalve de ziekteduur. Dus in vervolgonderzoek moet erop gelet worden dat de patiënten niet alleen op basis van hun ziekteduur ingedeeld worden, maar dat ook erop gelet wordt homogeniteit tussen de groepen te creëren, zodat evenveel gehuwde en gepensioneerde mensen in een groep zitten en niet alleen gepensioneerde patiënten in een groep. Uit eerder onderzoek van Bandura (1977) is al gebleken, dat self-efficacy en de moeilijkheidsgraad van een taak samenhangen, wat betekent dat bijvoorbeeld een lage mate van self-efficacy ertoe leidt, dat mensen bij moeilijke taken sneller opgeven dan mensen met een hoge mate van self-efficacy. Deze uitspraak van Bandura (1997) kan voor vervolgonderzoek bij patiënten met poliartritis gebruikt worden, om te kijken of niet alleen de ziekteduur veranderingen in self-efficacy en tevredenheid met sociale participatie kan oproepen maar ook de burgerlijke staat of de werksituatie.

Vervolgens zal in vervolgonderzoek ook rekening gehouden moeten worden met betrekking op mannen en vrouwen. Het zal gekeken worden of er misschien een geslacht specifieke verschil is in de daarmee verbonden relatie tussen de variabelen self-efficacy, ziekteduur en tevredenheid met sociale participatie. In dit onderzoek zijn de scores van mannen en vrouwen gezamenlijk beschouwd, maar het zou interessant zijn als in een vervolgonderzoek de scores van mannen en vrouwen apart van elkaar bekeken zouden worden, om mogelijke verschillen tussen de geslachten vast te kunnen stellen. Uit andere

literatuur is al naar voren gekomen dat vrouwen anders met hun omgeving participeren dan mannen en dat vrouwen bijvoorbeeld een intensievere omgang zoeken dan mannen (Wheeler, Nezlek, 1977). Deze bevinding steunt de aanname dat naast de feitelijke participatie ook de tevredenheid met sociale participatie bij vrouwen anders zou zijn dan bij mannen.

Al met al bleek uit deze studie dat het merendeel van de hypothesen slechts deels wordt bevestigd, maar er zijn wel interessante resultaten gevonden. Gevonden werd namelijk dat de mate van self-efficacy en de tevredenheid met sociale participatie op elk meetmoment positief met elkaar correleren. Verder was over de meetmomenten de trend zichtbaar dat de ziekte duur wel effect heeft op de mate van self-efficacy en de tevredenheid met sociale participatie, ondanks dat dit niet in alle drie meetmomenten consistent was. Toekomstig onderzoek zal zich verder richten op de ziekte duur, om een eenduidige uitspraak te kunnen doen over het effect van de lengte van de ziekte duur op de tevredenheid met sociale participatie en self-efficacy. Dit wordt gedaan door mogelijk storende en tot nu toe nog niet bekende variabelen uit te sluiten, aan die in dit onderzoek nog geen aandacht wordt besteed.

5. Referenties

- Arnett F.C., Edworthy, S.M., Bloch, D.A., Mcshane, D.J., Fries, J.F., Cooper, N.S., Healey, L.A., Kaplan, S.R., Liang, M.H., Luthra, H.S., Medsger, T.A., Mitchell, D.M., Neustadt, D.H., Pinals, R.S., Schaller, J.G., Sharp, J.T., Wilder, R.L. & Hunder, G.G.(2005). The American rheumatism association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 31(3), 315-324.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. & Wood, R. E. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(5), 805-814.
- Bediako, S. M. & Friend, R. (2004). Illness-specific and general perceptions of social relationships in adjustment to Rheumatoid Arthritis: The Role of Interpersonal Expectations. *Annals of Behavioral Medicine*, 28(3), 203-210. DOI: 10.1207/s15324796abm2803_9.
- Berk, L. E. (2008). *Child Development*. Pearson International Edition.
- Bombardieri, M., Alessandri C., Labbadia G., Iannuccelli C., Carlucci F., Ricciari V., Paoletti V. & Valesini G. (2004). Role of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies in discriminating patients with rheumatoid arthritis from patients with chronic hepatitis C infection- associated polyarticular involvement. *Arthritis Res Ther*, 6(2): R137-R141.
- Bukov, A. (2007). *Soziale Beteiligung im hohen Alter – Ein theoretischer und empirischer Beitrag zur Analyse einer Aktivitätsart bei alten und sehr alten Menschen*. Verkregen op 19 januari, 2013, via Universität Kassel: <http://www.uni-kassel.de/upress/online/frei/978-3-89958-315-1.volltext.frei.pdf>.
- Cardol, M., Beelen, A., van den Bos, G., de Jong, B.A., de Groot, I.J.M., & de Haan, R.J. (2002). Responsiveness of the Impact on Participation and Autonomy Questionnaire. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, Vol. 83, 1524-1529.

- Cardol, M., de Haan, R.J., de Jong, B.A., van den Bos, G.A.M. & de Groot, I.J.M. (2001). Psychometric properties of the impact on participation and autonomy questionnaire. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(2), 210-216.
- de Ridder, D., Geenen, R., Kuijjer, R. & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*; 372(9634), 246-255. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61078-8.
- Dölle, U. & Pohlmann, M. (2004). *Die ergotherapeutische Behandlung von Patienten mit chronischer Polyarthrititis*. Schulz-Kirchner Verlag, p. 11.
- Ellaway, A. & Macintyre, S. (2007). Is social participation associated with cardiovascular disease risk factors? *Social Science & Medicine*, Vol. 64, pp. 1384, 1386, 1389, 1390.
- Fialker - Moser, V. (2005). *Kompendium physikalische Medizin und Rehabilitation. Diagnose & Therapie*. Auflage 2, p.176.
- Fischer, R.J. (1993). Social Desirability Bias and the Validity of Indirect Questioning. *Journal of Consumer Research*, 20(2), 303-315
- Fleck M., Zhang, H.-G., Kern, E.R., Hsu, H.-C., Müller-Ladner, U. & Mountz J.D. (2001). Treatment of chronic sialadenitis in a Murine Model of Sjögren's Syndrome by Local fasL Gene Transfer. *Arthritis & Rheumatism*, 44(4), 964-973.
- Fonseca, J.F., Canhao, H., Teixeira da Costa, J.C., Pereira da Silva, J.A. & Viana Queiroz M. (2002). Global Functional Status in Rheumatoid Arthritis: Disease Duration and Patient Age. *Clinical Rheumatology*, 21: 32-34.
- Gommer, A.M. & Poos, M.J.J.C. (2011, december 13). Reumatoïde artritis (RA): prevalentie, incidentie en sterfte naar leeftijd en geslacht. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Verkregen op 26 september, 2012, via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/reumatoide-artritis-ra/cijfers-reumatoide-artritis-prevalentie-incidentie-en-sterfte-uit-de-vtv-2010/>
- Groenewegen, P.P., van den Bos, G.A.M. & van Megchelen, P.J. (2004). *Zorg, opvang en begeleiding van chronisch ziekten*. Van Gorcum, 53.

- Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Whiteneck, G., Bogner, J., & Rodriguez, E. (2008). What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 30(19), 1445–1460.
- Heijmans, M.J.W.M. & Rijken, P.M. (2004). *Sociaal-maatschappelijke participatie van mensen met een chronische nierinsufficiëntie*. NIVEL, 11.
- Howitt, D. & Cramer, D. (2007). *Methoden en technieken in de psychologie*. Pearson Education Benelux, 213.
- Krueger, G., Koo, J., Lebwohl, M., Menter, A., Stern, R.S. & Rolstad, T. (2001). The Impact of Psoriasis on Quality of Life – Results of a 1998 National Psoriasis Foundation Patient Membership Survey. *Arch. Dermatol*, 137(3), 280-284. DOI: 10-1001/pubs.Arch Dermatol.-ISSN-0003-987x-137-3-dst0024.
- Kuttschreuter, M. (2006). Psychological determinants of reactions to food risk messages. *Risk Analysis*, 26(4), 1045-1057.
- Kvien, T. K., Scherer, H. U. & Burmeister, G.-R. (2009). Rheumatoid arthritis. In W.J.W. Bijlsma,, G.-R. Burmeister, J.A.P. da Silva, K.L. Faarvang, E. Hachulla & X. Mariette (Eds.), *EULAR Compendium on Rheumatic Diseases* (pp. 61-80). BMJ Publishing Group Ltd.
- Laviere, N. (2008). Analyse du concept de la participation sociale: définitions, cas d’illustration, dimensions, de l’activité et indicateurs. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 118.
- Levasseur, M., Desrosiers, J. & Whiteneck, G. (2010). Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: association with quality of life and best correlates. *Quality of life research*, 19(5), 665-675. DOI: 10.1007/s11136-010-9633-5.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & St-Cyr Tribble, D. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1), 30.
- Linden, S.J van der, Poos M.J.J.C. (2010, mei 12). Hoe vaak komt RA voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Verkregen op 26 september, 2012, via

<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/reumatoide-artritis-ra/omvang/>

- Lorig, K., Chastain, R.L., Ung, E., Shoor, S. & Holman, H.R. (1989). Development and Evaluation of a Scale to Measure Perceived Self-Efficacy in People with Arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32(1), 37-44.
- Lubkin, I.M., Larsen, P.M. (2012). *Chronic Illness. Impact and Intervention*. Jones & Bartlett, Eight Edition, 372.
- Mars, G.M.J., Kempen, G.I J.M., Post, M.W.M, Proot, I.M., Mesters, I. & van Eijk, J.T.M. (2009). The Maastricht social participation profile: development and clinimetric properties in older adults with a chronic physical illness. *Quality of Life Research*, 18, 1208.
- McAuley, E. (1993). Self-efficacy and the Maintenance of Exercise Participation in Older Adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(1), 9.
- Maradit-Kremers, H., Nicola, P.J., Crowson, C.S., Ballman, K.V. & Gabriel, S.E. (2005). Cardiovascular Death in Rheumatoid Arthritis. A population-based study. *Arthritis & Rheumatism*, 52(3), 722-732.
- Pohjolainen, P. (1991). Social participation and life-style: a longitudinal and cohort study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 6(1), 111-113.
- Robert Koch- Institut (hrsg.) (2012) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, 109.
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J.T. Cacioppo & R.E. Petty (Eds.), *Socialpsychophysiology; a sourcebook* (153-177). New York: Guilford Press.
- Scott, D.L., Smith, C. & Kingsley, G. (2005). What are the consequences of early rheumatoid arthritis for the individual? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 19 (1), 117-136. DOI: 10.1016/j.berh.2004.08.007.
- Singh, B. & Udainiya, R. (2009). Self-efficacy and well-being of adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35(2), 227-232.

- Sourina, J. C. (1991). *Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement*. Paris: Franterm, 75.
- Sproet, M., Vos, R.C. & Verheij, F. (2003). *Goed gezin (d): klinische gezinsbehandeling in verslavingszorg en ggz.*, Garant, 217.
- Stone, A.A., Broderick, J.E., Porter, L.S. & Kaell, A.T. (1997). The Experience of Rheumatoid Arthritis Pain and Fatigue: Examining momentary Reports and Correlates over one week. *Arthritis Care & Research*, 10 (3), 185-193.
- Taal, E., Rasker, J.J., & Wiegman, O. (1996). Patient education and self management in the rheumatic diseases: A self efficacy approach. *Arthritis Care and Research*, 9 (3), 229-238.
- Utz, R.L., Carr, D., Nesse, R. & Wortman, C. B. (2002). The effect of widowhood on older adults' social participation: an evaluation of activity, disengagement and continuity theories. *The Gerontologist*, 42(2), 523. DOI: 10.1093/geront/42.4.522.
- van Campen, C., Iedema, J., Wellink, H. (2006). *Gezond en wel met een beperking. Ervaren kwaliteit van leven en functioneren van mensen met langdurige beperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 9.
- van de Putte L.B.A. & Breedveld, F.C. (2007). *Reumatische Ziekten*. Interne geneeskunde. Quintessens, p. 773-817, DOI:10.1007/978-90-313-6432-9_22.
- van Houtum, L., Cardol, M. & de Jong, J.D. (2007). Ondanks 'keuzebiografie' blijft de keuze beperkt: participatie naar levensfase. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 90(4), 245-252.
- Wheeler, L. & Netzek, J. (1977). Sex differences in social participation. *Journal of Personality and Social psychology*, 35(10), 742-754.
- Zink, A., Mau, W. & Schneider, M. (2001). Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen. In: *Der Internist, Vol. 2*, 211- 213.

6. Bijlage

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

1. Op welke datum vult u deze vragenlijst in?

- -

2. Wat is uw geboortedatum?

- -

3. Wat is uw geslacht?

- man
 vrouw

4. Wat is uw burgerlijke staat?

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

5. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

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

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

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

--	--	--	--



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

De volgende uitspraken hebben betrekking op situaties waarin men wensen, doelen of plannen niet zo kan realiseren zoals men dat graag zou willen. Kleur het hokje in van het antwoord dat aangeeft in hoeverre u het eens bent met de uitspraak. Denk niet te lang na, maar kies het antwoord dat spontaan in u opkomt.

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Gedurende het leven kunnen mensen niet altijd bereiken wat ze zouden willen bereiken. Mensen worden soms gedwongen om te stoppen met het nastreven van doelen die ze zichzelf in het leven hebben gesteld. We willen weten **hoe u normaal gesproken zou reageren** als u dit zou overkomen. Kleur het hokje in dat aangeeft in welke mate u het eens of oneens bent met de onderstaande stellingen.

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

- 8) Ik voel me alsof alles moeizamer gaat:
- Bijna altijd
 - Heel vaak
 - Soms
 - Helemaal niet
- 9) Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag:
- Helemaal niet
 - Soms
 - Vrij vaak
 - Heel vaak
- 10) Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk:
- Zeker
 - Niet meer zoveel als ik zou moeten
 - Waarschijnlijk niet zoveel
 - Evenveel interesse als vroeger
- 11) Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben:
- Heel erg
 - Tamelijk veel
 - Niet erg veel
 - Helemaal niet
- 12) Ik verheug me van tevoren al op dingen:
- Net zoveel als vroeger
 - Een beetje minder dan vroeger
 - Zeker minder dan vroeger
 - Bijna nooit
- 13) Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst:
- Zeer vaak
 - Tamelijk vaak
 - Niet erg vaak
 - Helemaal niet
- 14) Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma:
- Vaak
 - Soms
 - Niet vaak
 - Heel zelden
- 15) Neemt u door een arts voorgeschreven medicijnen om uw stemming te verbeteren?
- Ja
 - Nee



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Bezigheden en taken in en om het huis

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

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

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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Sociale contacten en relaties

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

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

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

Anderen helpen of steunen

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Betaald werk of vrijwilligerswerk

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

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

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Onderwijs, cursussen en opleiding

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

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

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

Mobiliteit: gaan en staan waar en wanneer u wilt

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Samenvattend

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

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Zeer goed
25) Mijn mogelijkheid om te leven op de manier zoals ik het wil, is:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Kunt u uw haren wassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPSTAAN

3) Kunt u opstaan vanuit een rechte stoel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Kunt u in en uit bed komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ETEN

5) Kunt u vlees snijden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Kunt u een vol kopje of glas naar de mond brengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Kunt u een nieuw pak melk openen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LOPEN

8) Kunt u buitenshuis op een vlakke grond wandelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Kunt u vijf traptreden opklimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wandelstok | <input type="checkbox"/> Hulpmiddelen, gebruikt bij het aankleden (knoophaak, ritssluiting-trekker, lange-steel schoenlepel, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Rollator / looprekje | <input type="checkbox"/> Speciale of aangepaste hulpmiddelen bij eten of drinken |
| <input type="checkbox"/> Krukken | <input type="checkbox"/> Speciale of aangepaste stoel |
| <input type="checkbox"/> Rolstoel | <input type="checkbox"/> Overige hulpmiddelen |

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

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

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

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

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

helemaal **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 totaal uitgeput
vermoeid-
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

