



BACHELOR OPDRACHT

HET VOORSPELLEN VAN DE
VERANDERING VAN HET
FYSIEK FUNCTIONEREN OP
BASIS VAN HET
WELBEVINDEN.
EEN LONGITUDINAAL ONDERZOEK
MET POLYARTRITIS PATIËNTEN.

Mirte Seinen
S1121510

GEDRAGSWETENSCHAPPEN
GEZONDHEIDSPSYCHOLOGIE

EXAMENCOMMISSIE
1e Begleider: Dr. E. Taal
2e Begleider: Dr. C. Bode

27.06.2013

Abstract

Objectives: People with polyarthritis have to face physical and psychological limitations. Physical limitations come along with pain and fatigue. Depression and anxiety can be psychological limitations which patients with polyarthritis may experience. Positive effects are positive emotions which the patients might experience. The literature mostly suggests that the positive and negative well-being is related to the patient's physical functioning. Furthermore researchers claim that pain and fatigue affect this mechanism. In this study it has been examined whether the positive and negative well-being can predict the change in physical function over a period of one year. In addition it was found out which role pain and fatigue play in that regard.

Methods: 331 persons (39% men, average age 62 years) with a form of polyarthritis have taken part in this study. To obtain the data, questionnaires filled out over a period of one year. The research question is answered by a hierarchical multivariate regression analysis with three blocks to investigate the longitudinal coherence between the positive and negative well-being and the change in physical functioning.

Results: The positive and negative well-being can not predict the change in physical functioning over a period of one year. Gender is a significant predictor for the change in physical functioning.

Conclusion: Depression, anxiety and positive effect are no good predictors for the change in physical functioning. The factor gender at baseline can partly predict the change of the physical functioning over a period of one year. In future research the one-year period may be extended and the change in the well-being may be examined in relation to the change of physical functioning.

Samenvatting

Doelstelling: Mensen met de ziekte polyartritis ondervinden beperkingen op fysiek en psychische gebied. Fysieke beperkingen gaan gepaard met pijn en vermoeidheid. Depressie, angst en positief affect zijn voorbeelden van psychische gevolgen. Positief affect zijn positieve emoties die van invloed kunnen zijn op het welbevinden van de patiënten. De literatuur stelt dat het welbevinden gerelateerd is aan het fysiek functioneren. Ook stellen onderzoekers dat pijn en vermoeidheid invloed hebben op dit mechanisme. In dit onderzoek werd nagegaan of het positief en negatief welbevinden tevens de verandering van het fysiek functioneren kan voorspellen en welke rol pijn en vermoeidheid hierbij spelen. Hierbij ging het om een periode van een jaar.

Methode: 331 Personen (39% mannen, gemiddelde leeftijd: 62 jaar) met een vorm van polyartritis hebben aan dit onderzoek deelgenomen. Om de gegevens te verkrijgen werden er, in een tijdsbestek van een jaar, met een tussenliggende periode van twaalf maanden, vragenlijsten af genomen. Om de longitudinale samenhang tussen het positief en negatief welbevinden te onderzoeken, werd de onderzoeksvraag middels een hiërarchische, multivariate regressieanalyse met drie blokken, beantwoord.

Resultaten: Het positief en negatief welbevinden zijn geen voorspellers voor de verandering in het fysiek functioneren na een jaar. Het geslacht is echter wel een significante voorspeller voor de verandering in het fysiek functioneren.

Conclusie: Depressie, angst en positief affect zijn geen goede voorspellers voor de verandering in het fysiek functioneren. De factor geslacht kan voor een deel de verandering in het fysiek functioneren over een periode van een jaar voorspellen. In vervolgonderzoek zou de onderzoeksperiode langer kunnen zijn en zou naar de verandering in het welbevinden, in relatie tot de verandering in het fysiek functioneren, gekeken kunnen worden.

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	5
2. Methode	10
2.1 Steekproef	10
2.2 Procedure	12
2.3 Metingen	12
2.4 Analyse	14
3. Resultaten	15
3.1 Gemiddelden, standaarddeviaties en de minimum en maximum scores	15
3.2 Correlaties tussen fysiek functioneren op T2 en voorspellers op T0.....	16
3.3 Hiërarchische multivariate relaties tussen het fysiek functioneren op T2 en het positieve en negatieve welbevinden op T0	18
4. Discussie	20
Referenties	26
Appendix.....	30

1. Inleiding

In het jaar 2007 leden in Nederland 29% van de mannen en 34% van de vrouwen aan een chronische ziekte (Harbers, 2011). De meest genoemde chronische ziektes zijn artritis, diabetes mellitus en hartziekten (Börsch-Supan et al., 2005). Artritis is een ziekte die met een ontsteking in de gewrichten gepaard gaat (Herold, 2011). Het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het Rijksinstituut van Volksgezondheid en Milieu stelt dat chronische gewrichtsontsteking tot grote beperkingen in de activiteiten van het dagelijkse leven en de mobiliteit leiden (Gool, Hoeymans & Picavet, 2009). De ontsteking in de gewrichten leidt meestal tot grote pijn en beperkt het normaal functioneren van de personen (Schadé, 2003). Als vijf of meer gewrichten ontstoken zijn, wordt van polyartritis gesproken. De meest voorkomende vorm van polyartritis is reumatoïde artritis (RA). Pijnlijke en stijve gewrichten, vermoeidheid, anemie, gewichtsverlies en spierweefselafbraak zijn hoofdsymptomen van RA (Schadé, 2001). In de literatuur zijn onderzoeken voornamelijk onder patiëntengroepen met RA uitgevoerd. Naast de fysieke beperkingen die bij polyartritis patiënten van grote invloed zijn, zijn er ook psychische aspecten die bij dit ziektebeeld een rol spelen.

Het negatief welbevinden, wordt in het onderzoek van Arends, Bode, Taal en Van de Laar (in press) aangeduid als angst en depressieve gevoelens (distress). In de literatuur is veel aandacht geschonken aan de factoren depressie en angst bij patiënten met polyartritis (Dickens, Mc Gowan, Clark-Carter & Creed, (2002), Van Dyke et al. (2004)). De systematische review van Dickens et al. (2002) toont aan dat RA-patiënten eerder depressief zijn dan gezonde mensen. Deze stelling werd al 1991 in de studie van Serbo en Jajic onderzocht en kan door het onderzoek van Dickens et al. (2002) bevestigd worden. Volgens Melikoglu en Melikoglu (2010) zijn depressieve stemmingen bij reumatoïde artritispatiënten gerelateerd aan pijn. Ook uit de review van Dickens et al. (2002) blijkt dat het verschil van depressie tussen patiënten met RA en gezonde mensen niet aan sociaal demografische verschillen toegeschreven kan worden. Echter, gedeeltelijk aan het niveau van pijn dat ervaren wordt. Vermoeidheid wordt algemeen gedefinieerd als een gevoel van aanhoudende vermoeidheid of uitputting. Dit wordt vaak als pijnlijk ervaren en is een veel voorkomend symptoom van reumatoïde artritis (Garip, Eser, Aktekin & Bodur (2011), Donovan & Jacobson (2010)). Volgens het onderzoek van van Hoogmoed, Fransen, Bleijenberg en van Riel (2010) correleren depressieve stemmingen en pijn sterk met vermoeidheid. Concluderend kan gezegd worden dat depressieve stemmingen vaak voorkomen bij patiënten met polyartritis en in verband staan met pijn en vermoeidheid.

Naast de depressieve gevoelens, is ook angst een factor die met de ziekte reumatoïde artritis in verband staat (Van Dyke et al. 2004). In de studie van Van Dyke et al. (2004) worden de data van twee eerdere studies met elkaar vergeleken. In vier subgroepen patiënten met chronische ziektes, waaronder ook reumatoïde artritis, werd gekeken naar de mate van angst (Van Dyke et al., 2004). Er kwam naar voren dat de mate van angst bij patiënten met reumatoïde artritis, duidelijk hoger is dan bij de controlegroep (Van Dyke et al., 2004). De controlegroep bestond uit gezonde, leeftijd equivalente, werkende volwassenen (Van Dyke et al., 2004). In deze studie werden, bij reumatoïde artritis patiënten die als depressief gediagnosticeerd waren, hoge niveaus van pijn gevonden (Van Dyke et al., 2004). Niet alleen depressie, maar ook angst wordt door pijn beïnvloed (Strahl, Kleinkencht & Dinnel, 2000). Strahl et al. (2000) komen tot de conclusie dat patiënten angst hebben voor mogelijke pijn. Uit het onderzoek van Mancuso, Rincon, Sayles en Paget (2006) kwam naar voren dat een hogere mate van angst geassocieerd wordt met vermoeidheid. Het onderzoek van Mancuso et al. (2006) werd over een periode van een jaar uitgevoerd. De patiënten vulden de vragenlijst aan het begin van de studie in en na een jaar nog een keer (Mancuso et al., 2006). Dit tijdspect leverde geen significante verandering op. De vermoeidheid van de respondenten liet, op de twee meetmomenten, geen grote veranderingen zien, dit gold noch voor de RA-patiënten, noch voor de personen uit de controle groep (Mancuso et al., 2006). Hieruit kan de conclusie getrokken worden dat de emotie angst groter is bij patiënten met RA dan bij mensen die gezond zijn. Verder kan gesteld worden dat vermoeidheid en pijn bij RA-patiënten geassocieerd wordt met angst.

Het positief welbevinden kan onderverdeeld worden in de volgende drie aspecten: levensbestemming, participatie en positief affect. De levensbestemming levert een onafhankelijke bijdrage aan de geestelijke gezondheid bij reumatoïde artritis (Verduin et al., 2008). Algemeen wordt de levensbestemming beschreven als: „ *the feeling that there is a purpose and meaning in life, (...) a clear comprehensibility of life's purpose, a sense of directness, and intentionality*“ (p.1071) (Ryff, 1989). Het tweede aspect is de participatie. Participatie, deelname aan verschillende onderdelen van het leven, zoals familie, het werk of de economie, is essentieel in de persoonlijke identiteit van een mens (Rheinhardt & Stucki, 2007). De participatie van mensen met RA wordt door de ziekte beperkt (Rheinhardt & Stucki, 2007). Het derde aspect van het positief welbevinden is positief affect. Onder positief affect wordt een beleving van positieve emoties verstaan. In het artikel van Fisher, Al Snih, Ostir & Goodwin (2004) wordt de factor positief affect gemeten door de participanten items op een Likertschaal te laten beantwoorden. Items waarop gescoord moet worden zijn

bijvoorbeeld: `ik voel me even goed als andere mensen`; `ik kijk hoopvol naar de toekomst`; `ik ben gelukkig en ik geniet van het leven`. Deze items laten zien hoe het begrip positief affect in hun onderzoek wordt begrepen.

Reumatoïde artritis patiënten die gemiddeld een hogere mate van positief affect tonen, bleken in een onderzoek van Zautra, Johnsen en Davis (2005), minder negatief affect te tonen in weken waarin de patiënten een hoog niveau van pijn aangaven. Minder pijn en stress hangt samen met een hogere mate van positief affect en met een lagere mate van negatief affect (Zautra et al., 2005). Ook een onderzoek uit Noorwegen toonde aan dat er een positieve relatie bestaat tussen minder pijn en de mate van positieve affect (Strand et al. 2007). In het onderzoek van van Hoogmoed et al. (2010) werd de factor optimisme gemeten. De gevonden correlatie tussen vermoeidheid en optimisme (-.16) zou mogelijke een indicatie kunnen zijn voor een mogelijke onderlinge beïnvloeding van positief affect en de factor vermoeidheid. Uit de literatuur kan geconcludeert worden dat patiënten met polyartritis die een positief affect vertoonden, ondanks dat zij veel pijn ervoeren, minder negatief affect beleven.

Het fysiek functioneren bij mensen betreft activiteiten die de bovenste en lage extremiteiten omvatten (Bruce & Fries, 2005). Fysieke beperkingen bij patiënten met RA zijn vaak geassocieerd met pijn (Schadé, 2003). In tegenstelling tot de verwachtingen, laat het onderzoek van Treharne, Kitas, Lyons en Booth (2005) zien dat het fysiek welbevinden niet het psychologische welbevinden beïnvloedt. De verwachting van de onderzoekers was dat de factoren angst, depressie en de mate van tevredenheid met het leven, het fysiek functioneren zouden beïnvloeden (Treharne et al. (2005). Verschillende andere studies tonen echter wel aan dat er een relatie bestaat tussen het psychologisch positief of negatief welbevinden en het fysiek functioneren (Rupp, Boshuizen, Dinant, Jacobi & van den Bos, (2006), Anderson et al. (1988), Dickens (2002), Strahl (2000), Mangelli, Gribbin, Büchi, Allard & Sensky (2002), Verduin et al. (2008)). Niet alleen pijn, maar ook vermoeidheid wordt geassocieerd met de verandering van het fysiek functioneren. Garip et al. (2011) lieten in hun onderzoek 160 personen met reumatoïde artritis vragenlijsten invullen die vermoeidheid en mogelijk gerelateerde factoren meten. Vermoeidheid werd gemeten met de Fatigue Symptom Inventory (FSI); ziekteactiviteit werd met de Disease Activity Score-28 (DAS28) gemeten; de functionele status werd gemeten met de Health Assessment Questionnaire (HAQ) en pijn met een 10 cm Visual Analog Scale-Pain (VAS-pain) (Garip et al., 2011). De FSI-lijst bestaat uit 14 items waarvan vier items de ernst van de vermoeidheid meten (Garip et al., 2011). In dit onderzoek kwam naar voren dat de ernst van de vermoeidheid sterk correleert met de scores van de HAQ (0.70): oftewel met het fysiek functioneren. Op basis van deze resultaten

kan geconcludeerd worden dat vermoeidheid niet alleen een versturende factor is tussen het welbevinden en het fysiek functioneren, maar ook een mogelijk voorspellende factor is voor het fysiek functioneren. Verder kan geconcludeerd worden dat er een samenhang bestaat tussen het welbevinden van patiënten met polyartritis en hun fysiek functioneren.

Uit het onderzoek van Kuiper et al. (2001) kwam naar voren dat de fysieke beperkingen bij vrouwen ernstiger zijn dan bij mannen. Verder kwam naar voren dat een hogere leeftijd een betere voorspeller was van het fysiek functioneren (Kuiper et al., 2001). In hoeverre de factoren van het welbevinden, depressie, angst, positief affect, pijn en vermoeidheid in verband staan met de verandering van het fysiek functioneren, wordt nader besproken.

Waar het gaat om het verband tussen depressie en het fysiek functioneren, is de literatuur niet eenduidig. Volgens het onderzoek van Rupp et al. (2006) kunnen veranderingen in depressieve symptomen niet statistisch significant met veranderingen in fysiek functioneren geassocieerd worden. Een Amerikaanse studie toonde in 1988 daarentegen aan dat depressie een significante voorspeller is voor het fysiek functioneren maar niet voor het pijn gedrag van patiënten met reumatoïde artritis (Anderson et al. 1988). Het onderzoek van Benyamini, Idler, Leventahl en Leventhal (2000), over zelf beoordeelde gezondheid, laat zien dat positief affect, de zelfbeoordeling van de gezondheid beter kan voorspellen dan negatief affect, dat, in dit onderzoek, de componenten depressie en angst omvat. Volgens de review van Dickens et al. (2002) is het moeilijk om te zeggen hoe depressie het fysiek functioneren beïnvloedt omdat pijn zowel met het fysiek functioneren geassocieerd wordt, als met depressie. Uit de net besproken literatuur blijkt dat niet geheel duidelijk is welke rol depressie bij het voorspellen van het fysiek functioneren speelt. Er kan echter met zekerheid gesteld worden dat pijn hierbij een versturende factor is (Dickens et al., 2002, Anderson et al., 1988, Rupp et al., 2006). Van Hoogmoed et al. (2010) vonden een correlatie van .40 tussen vermoeidheid en het fysiek functioneren. Dus net al pijn, blijkt ook vermoeidheid in verband te staan met het fysiek functioneren van RA-patiënten. Verder kan geconcludeerd worden dat er tussen depressie en het fysiek functioneren een onduidelijke relatie bestaat. Angst voor de pijn die ervaren wordt, is gerelateerd aan het fysiek functioneren van personen met reumatoïde artritis (Strahl et al., 2000).

In hoeverre het negatief welbevinden ook de verandering van het fysiek functioneren over de tijd voorspelt, kan aan de hand van de literatuur niet gezegd worden. Dit gegeven leidt tot de eerste onderzoeksvraag: *Kan het negatief welbevinden, met de factoren depressie en angst, de verandering in het fysiek functioneren over een periode van een jaar voorspellen?*

De verwachting is dat positief affect in verband staat met het fysiek functioneren. Volgens de studie van Mangelli et al. (2002) kan gesteld worden dat er een relatie bestaat tussen het positief welbevinden en het positief fysiek functioneren. De onderzoekers stellen dit op basis van de door hen gevonden resultaten. In hun studie kwam naar voren dat het fysiek functioneren, dat gemeten werd met de Health Assessment Questionnaire (HAQ), positief gerelateerd is aan de afwezigheid van klinisch relevante stemmingsstoornissen (Mangelli et al., 2002). Verder hebben zij in hun onderzoek correlaties gevonden tussen depressie, pijn, invaliditeit, ziekteactiviteit en het positief welbevinden (Mangelli et al., 2002). In het artikel van Strand et al. (2007) wordt gezegd dat een fysieke inspanning die bijvoorbeeld pijn veroorzaakt, de waarneming, en daarmee de ervaringen en de verhalen over positieve emoties, kan verkleuren. Dit zou kunnen betekenen dat er een verband bestaat tussen het fysiek functioneren en het positief affect. Het onderzoek van Fisher et al., (2004) liet bij oudere reumapatiënten zien dat de relatie tussen positief affect en het fysiek functioneren onafhankelijk was van het negatief affect. Verder toont het onderzoek van Fisher et al. (2004), onder oudere Amerikaanse Mexicanen met een zelf gerapporteerde artritisdiagnose aan, dat een hoge mate van positief affect geassocieerd wordt met minder beperkingen in activiteiten in het dagelijks leven twee jaren later.

In het onderzoek van Benyamini worden twee mogelijke richtingen gevonden van het effect van een positieve invloed op een toekomstige zelfbeoordeling van de gezondheid bij ouderen (Benyamini et al., 2000). Resultaten uit het onderzoek laten zien dat mensen die gelukkiger zijn en meer energie hebben, een tragere daling van hun gezondheid ervaren dan mensen die minder gelukkig zijn en minder energie hebben (Benyamini et al., 2000). Eveneens tonen de resultaten aan dat een hogere mate van positief affect een minder sterke afname van het fysiek functioneren bij elk jaar van de follow-up metingen voorspelde (Benyamini et al., 2000). Uit de literatuur kan geconcludeerd worden dat positief affect in verband staat met het fysiek functioneren. De onderzoeken van Fisher et al. (2004) en Benyamini et al. (2000) geven aanleiding tot de tweede onderzoeksvraag: *Kan na een jaar de verandering van het fysiek functioneren van patiënten met polyarthritis op basis van het positief welbevinden voorspeld worden? Dit zal onderzocht worden middels een steekproef onder Nederlandse patiënten met polyarthritis.*

Aan de hand van de resultaten uit de net besproken literatuur, wordt onderzocht of het positief en negatief welbevinden van patiënten met polyarthritis de verandering in het fysiek functioneren, over een periode van een jaar, kan voorspellen.

Hierbij wordt rekening gehouden met de mogelijk versturende factoren pijn en de ernst van vermoeidheid en de controlevariabelen geslacht en leeftijd. Een longitudinaal onderzoek met twee metingen over een periode van een jaar, leveren gegevens op die voor de beantwoording van deze vragen geanalyseerd worden.

2. Methode

2.1 Steekproef

Voor een onderzoek middels vragenlijsten werden 803 patiënten uit een polikliniek voor reumatologie geselecteerd. De patiënten moesten aan vier inclusiecriteria voldoen: zij moesten de diagnose polyartritis hebben; 18 jaar of ouder zijn; in staat zijn om, alleen of met hulp, de vragenlijst in het Nederlands te kunnen invullen en de patiënt moest in behandeling zijn voor polyartritis.

639 Patiënten voldeden aan deze criteria. Deze patiënten kregen de vragenlijsten toegestuurd; 331 lijsten waren op tijd teruggesstuurd. Deze 331 patiënten zijn aan het onderzoek gaan deelnemen. Bij het tweede meetmoment waren er 279 respondenten en bij het laatste meetmoment 248. De steekproefgroep bestaat uit meer vrouwen dan mannen en de gemiddelde leeftijd is 61 jaar. De meerderheid van de patiënten woont samen met een partner, werkt niet en heeft een laag opleidingsniveau.

De klinische en demografische gegevens van de patiënten zijn in tabel 1 uiteen gezet.

Tabel 1.

Demografische en klinische kenmerken van de deelnemers met polyarthritis gebaseerd op meetmoment 1 (n=331)

Demografische karakteristieken	
Geslacht, n (%)	
Man	129 (38.9)
Vrouw	202 (61.1)
Leeftijd, n, gemiddelde (SD), range	331, 61,6 (12.7), 24-91
Burgerlijke staat, n (%)	
niet samenwonend	83 (25.6)
samenwonend	241 (74.4)
Opleidingsniveau, n (%)	
laag	128 (39.6)
midden	123 (38.1)
hoog	72 (22.3)
Werkstatus, n (%)	
Werkend	96 (29.5)
Niet werkend	229 (70.5)
Ziektekenmerken	
Diagnose, n (%)	
Reumatoïde artritis	181 (43.3)
Artrose	59 (14.1)
S.L.E	7 (1.6)
Fibromyalgie	10 (2.4)
Sclerodermi (systematische sclerose)	8 (1.9)
Artritis Psoriatica	25 (5.9)
Jicht	33 (7.8)
Lage rugpijn	23 (5.5)
Tendinitis/bursitis	1 (0.2)
Osteoporose	15 (3.6)
Bechterev	26 (6.2)
Weet ik niet	9 (2.2)
Andere reumavorm	21 (5.0)
Ziekte duur, gemiddeld (SD), range	14.4 (12.3) 0-70

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

2.2 Procedure

De patiënten die aan het onderzoek deelnamen, vulden, in een periode van een jaar, de vragenlijsten drie keer in. Voor dit onderzoek zijn de gegevens van het eerste (T0) en het derde meetmoment (T2) gebruikt.

De vragenlijsten bestonden uit meerdere psychologische tests. Voor dit onderzoek zijn vijf onderdelen van deze vragenlijst gebruikt, namelijk de Health Assessment Questionnaire (HAQ), de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en de Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). Verder werd een item gebruikt dat pijn meet en een item dat de ernst van de vermoeidheid meet.

2.3 Metingen

Fysiek functioneren. Het fysiek functioneren werd gemeten middels een verkorte vorm van de Health Assessment Questionnaire (HAQ) (Bruce & Fries, 2005). De volledige versie van de test is ontwikkeld om de langetermijn effecten van chronische ziektes vast te kunnen leggen (Stanford University School of Medicine, 2004). Deze volledige test is in vijf subschalen opgedeeld: fysieke beperkingen; pijn; effecten van medicatie; kosten van de zorg en mortaliteit (Bruce & Fries, 2005). De subschaal voor fysieke beperkingen gaat na in hoeverre de patiënten beperkt zijn in hun dagelijks functioneren. Deze subschaal wordt als extra test aangeduid, namelijk als Health Assessment Questionnaire – Disability Index (HAQ-DI). De Cronbachs Alpha van deze subschaal is bij het eerste meetmoment .92; bij het tweede meetmoment .91 en bij het derde meetmoment .92. De HAQ-DI bestaat uit 20 items in acht categorieën (Bruce & Fries., 2005). Deze categorieën zijn: aankleden, opstaan, eten, lopen, hygiëne, reiken, vasthouden en dagelijkse activiteiten (Bruce & Fries, 2005). Ieder categorie bevat twee of drie vragen (Bruce & Fries, (2005), Stanford University School of Medicine (2004)). De vragen geven antwoord op hoe de patiënt in de afgelopen week gefunctioneerd heeft en of er voor de activiteiten hulpmiddelen nodig waren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het gebruik van een wandelstok bij het lopen (Stanford University School of Medicine, 2004)). De antwoordmogelijkheden lopen hierbij uiteen van: `geen moeilijkheden` (score 0) tot `niet in staat om te doen` (score 3). De hoogste score in ieder categorie wordt als score voor deze categorie gebruikt. Om een totale score te kunnen berekenen, dienen de patiënten ten minste zes van de acht categorieën ingevuld te hebben. De scores van alle categorieën samen worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal ingevulde categorieën.

Hierdoor kan voor de “disability index score” een maximumscore bereikt worden van 3 en een minimumscore van 0.

Angst en Depressie. In dit onderzoek werden angst en depressie gemeten middels de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). In veertien items worden, met behulp van een Likertschaal, de constructen angst en depressie uitgevraagd. Zeven items horen bij het construct angst (items: 1r, 3r, 5r, 7, 9, 11r, 13r) en zeven items bij het construct depressie (items: 2, 4, 6r, 8r, 10r, 12, 14). Een r achter het item betekent dat het item omgekeerd geformuleerd is. Zoals bij de HAQ wordt ook hier aan de respondent gevraagd de situatie van de afgelopen week te beschrijven. Zo is er, met betrekking tot angst, de vraag hoe gespannen de persoon zich de afgelopen week heeft gevoeld. Er zijn vier antwoordmogelijkheden, zoals: `meestal` (score 3), `vaak` (score 2), `soms, af en toe` (score 1) of `helemaal niet` (score 0). Een voorbeeld item voor het construct depressie is: Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot. De antwoordmogelijkheden zijn: `Zeker zo veel` (score 3), `Niet zoveel als vroeger` (score 2), `Weinig` (score 1), `Haast helemaal niet` (score 0). Voor beide schalen kan een maximumscore van 21 gehaald worden en een minimumscore van 0. De Cronbachs Alpha voor angst is bij meetmoment één .83; bij het tweede meetmoment .85 en bij het derde meetmoment .84. Depressie heeft op de drie meetmomenten Cronbachs Alphas van .80, .79 en .81.

Positief Affect. Positief affect is met de Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) gemeten (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Bij deze test werd op meetmoment één een Cronbachs Alpha van .92 vastgesteld; op meetmoment twee een waarde van .91 en op meetmoment drie een waarde van .92. De respondent wordt gevraagd om antwoord te geven op tien items, wat een beoordeling van tien adjectieven betekent. Deze representeren positieve en negatieve stemmingen. Een voorbeeld hiervan is het begrip `sterk` De patiënt moet op een vijfpunts Likertschaal aangeven in hoeverre dit van toepassing is. De antwoordmogelijkheden hierbij zijn `nauwelijks of helemaal niet` (score 1); `een beetje` (score 2); `matig` (score 3); `best wel` (score 4) en `in sterke mate` (score 5). Door alle scores bij elkaar op te tellen, kan een totaal score behaald worden die maximaal 50 kan zijn en minimaal 10.

Pijn. De factor pijn is gemeten ddormiddel één item. Dit gebeurt aan de hand van een numerieke beoordelingsschaal. Er werd gevraagd hoeveel pijn de patiënt in de afgelopen week, als gevolg van zijn reuma, heeft gehad. De patiënten moesten de ernst van de pijn

aangeven door een getal tussen 0 en 10 te kiezen, waarbij 0 *helemaal geen pijn* betekent en 10 *ondraaglijke pijn*.

Vermoeidheid. De ernst van de vermoeidheid is gemeten middels één item. Hierbij hebben de patiënten moeten aangeven hoe vermoeid zij de afgelopen week ten gevolge van de reuma, zijn geweest. Dit hebben zij aangegeven door een kruisje te zetten op een lijn van 100 mm. Dit kruisje zetten zij op het punt dat volgens hen de mate van vermoeidheid aangeeft. Als het kruis meer links stond, betekent dit dat iemand minder vermoeid is geweest, dan wanneer het kruis meer naar rechts stond. Aan de plek waar het kruis stond is een getal tussen de 0 en 100 toegekend.

2.4 Analyse

Voor de statistische analyse is de 20. versie van het programma Statistical Package for the Social Sciences gebruikt. Voor de variabelen angst, depressie, positief affect, fysiek functioneren, pijn, vermoeidheid en leeftijd zijn de gemiddelden en de standaarddeviaties van de scores berekend. Voor de nominale variabele -geslacht- werden percentages en frequenties berekend (Tabel 1).

Om een verband aan te kunnen tonen, zijn de correlaties tussen de factoren angst, depressie, positief affect, pijn, vermoeidheid, geslacht, leeftijd en het fysiek functioneren berekend. Hiervoor zijn de gegevens van meetmoment 1 (T0) gebruikt. Bij de variabele fysiek functioneren, zijn de correlaties tevens op meetmoment 3 (T2) berekend. Omdat aangenomen kan worden dat de variabelen niet normaal verdeeld zijn, is een spearman correlatie berekend. Deze correlaties stellen de voorwaarden voor verder onderzoek. De onderzoeksvraag is beantwoord door een hiërarchische, multivariate regressie-analyse in drie blokken. Het fysiek functioneren op T2 was bij deze analyse de afhankelijke variabele. In het eerste blok zijn het fysiek functioneren op T0 en de controle variabelen -geslacht- en -leeftijd- als onafhankelijke variabelen gekozen. In het volgende blok werden het negatieve welbevinden, angst en depressie en het positieve welbevinden, positief affect op T0, als onafhankelijke variabelen, geanalyseerd. In het derde blok werden de mogelijk versturende factoren pijn en vermoeidheid op T0 aan het model toegevoegd.

Om een multicollineariteit tussen de onafhankelijke variabelen uit te kunnen sluiten, werden naast de correlatiecoëfficiënten, de variance inflation factor (VIF) en de tolerantie berekend. Dit betekent dat nagegaan is of de onafhankelijke variabelen sterk met elkaar correleren. Een hoge VIF-waarde: 10 of hoger zou problemen voor de regressie-analyse kunnen impliceren.

Verder kan ook de waarde van de tolerantie, als deze .20 of minder is, een aanleiding zijn voor problemen binnen de regressie-analyse. Een waarde van .20 zou aangeven dat 20% van de variantie van de onafhankelijke variabele uniek is van zich zelf en onafhankelijk van de andere onafhankelijke variabelen. Als dat het geval zou zijn, is er sprake van multicollineariteit. Om zuivere resultaten van de regressie-analyse te kunnen verwachten, zouden hoge waarden verkregen moeten worden. Als er indicaties voor multicollineariteit bestaan, zijn er mogelijkheden om het model te verbeteren. Dit kan door een variabele uit het model uit te sluiten of de variabele met een andere variabele, die vrijwel hetzelfde meet, samen te voegen.

3. Resultaten

3.1 Gemiddelden, standaarddeviaties en de minimum en maximum scores

In tabel 2 zijn de gemiddelden, standaarddeviaties en de minimum en maximum scores van de schalen weergegeven.

Tabel 2.

Gemiddelde scores, Standaarddeviaties, Minimum en Maximum van de onderzoeksvariabelen

	n	gemiddelde	SD	range
Fysiek functioneren (T0)	325	.98	.75	0-2.8
Fysiek functioneren (T2)	257	.99	.73	0-3
Leeftijd	331	61.6	12.7	24-91
Angst (HADS)	324	5.4	3.7	0-18
Depressie (HADS)	323	4,7	3.5	0-20
Positief affect (PANAS)	322	34.2	7.0	10-50
Pijn	322	4.1	2.5	0-10
Vermoeidheid	332	42.2	26.3	0-100

Notatie: Variabelen gemeten op T0, tenzij anders beschreven.

Aan de hand van de gemiddelde waarden van het fysiek functioneren (.98 en .99) is te zien dat deze gegevens voor de periode van een jaar stabiel blijft. Deze getallen zouden kunnen impliceren dat er in een tijdsbestek van een jaar geen verandering is in het fysiek functioneren. Of het welbevinden op de mogelijke `niet-verandering` of de verandering van het fysiek functioneren van invloed is, kan uit deze resultaten niet geconcludeerd worden. Om die reden zou een hiërarchische, multivariate regressieanalyse laten zien welke factoren

van het welbevinden van invloed zijn op de verandering in het fysiek functioneren na een jaar.

3.2 Correlaties tussen fysiek functioneren op T2 en voorspellers op T0

Er was een significante, sterke correlatie tussen het fysiek functioneren op T0 en en het fysiek functioneren op T2. Matige, maar wel significante, correlaties zijn gevonden van de factoren pijn en vermoeidheid met het fysiek functioneren. Zwakke, maar significante correlaties zijn aanwezig van de factoren depressie en angst met het fysiek functioneren. Een negatieve en zwakke, maar significante, correlatie bestaat bovendien tussen positief affect en het fysiek functioneren. De factor leeftijd correleert zwak, maar significant met het fysiek functioneren en de factor geslacht correleert significant, maar negatief en zwak met het fysiek functioneren. De correlaties onderling zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 3.

Spearman correlatie voor alle variabelen op T0 en met het fysiek functioneren op T2

Variable	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Fysiek functioneren (T2)	-								
2. Fysiek functioneren (T0)	.89***	-							
3. Leeftijd	.18***	.23***	-						
4. Geslacht	.28***	-.32***	-.01	-					
5. Angst	.30***	.35***	.03	-.01	-				
6. Depressie	.39***	.47***	.20***	-.02	.64***	-			
7. Positief affect	-.27***	-.32***	-.13**	-.06	-.45***	-.62***	-		
8. Pijn	.57***	.64***	.06	.20***	.39***	.36***	-.25***	-	
9. Vermeoidheid	.55***	.57***	-.06	.14**	.49***	.47***	-.38***	.66***	-

Notatie: Codering Geslacht: man = 1, vrouw = 2. *p < 0.05. **p < 0.01. ***p < 0.001.

3.3 Hiërarchische multivariate relaties tussen het fysiek functioneren op T2 en het positieve en negatieve welbevinden op T0

Er werd een hiërarchische multivariate regressieanalyse uitgevoerd om na te gaan in hoeverre het positief en negatief welbevinden de verandering in het fysiek functioneren van patiënten met polyartritis na een jaar kan voorspellen. De resultaten zijn te vinden in tabel 4. Een multicollineariteit van de variabelen onderling kan uitgesloten worden omdat de VIF-waarden bij alle variabelen kleiner zijn dan drie en de laagste waarde bij de tolerantie .35 is. De factoren leeftijd, geslacht en het fysiek functioneren op T0, voorspellen 77,4% van de variantie van het fysiek functioneren na één jaar in een significant model. De factor –leeftijd- is hierbij niet significant. Het geslacht kan de verandering in het fysiek functioneren significant voorspellen. Vrouwen laten een grotere achteruitgang in het fysiek functioneren zien dan mannen. De factoren depressie, angst en positief affect konden er een minimale niet significante voorspelling van 0,1% van de verandering van het fysiek functioneren aan toevoegen. Pijn en vermoeidheid zijn niet significant van meerwaarde. Alleen de onafhankelijke factoren -geslacht- en het op T0 is deels een significante voorspeller voor de verandering in het fysiek functioneren.

4. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om na te gaan of de verandering in het fysiek functioneren van patiënten met polyartritis, na een jaar, voorspeld kan worden door het positief en negatief welbevinden. Het positief welbevinden omvatte de factor positief affect. Het negatief welbevinden bestond uit de factoren depressie en angst. Bij het fysiek functioneren werd gekeken naar het aantal beperkingen bij de personen, bijvoorbeeld bij het aankleden, opstaan of eten, en of zij hiervoor hulp of een hulpmiddel nodig hadden (Bruce & Fries, 2005).

Uit het uitgevoerde onderzoek kwam naar voren dat verandering in fysiek functioneren na één jaar niet voorspeld kan worden door het positief en negatief welbevinden. Pijn en vermoeidheid waren eveneens geen voorspellers voor de verandering in het fysiek functioneren na een jaar. Wel kan het fysiek functioneren bij de eerste meeting de verandering in het fysiek functioneren na een jaar voorspellen. Het geslacht van de deelnemers was van invloed op de verandering van het fysiek functioneren na een jaar. Uit het onderzoek bleek dat vrouwen in hun fysiek functioneren meer achteruit gaan dan mannen. Het fysiek functioneren lijkt over een periode van een jaar niet te veranderen, echter dit kan naar aanleiding van de analyse niet met zekerheid geconcludeerd worden.

De resultaten komen niet overeen met de verwachtingen. Op basis van de literatuur werd de hypothese opgesteld dat depressie, angst en positief affect de verandering in het fysiek functioneren na een jaar zouden kunnen voorspellen. In de literatuur werd aangetoond dat positief affect het fysiek functioneren over een periode van een jaar kan beïnvloeden en ook kan voorspellen (Fisher et al., 2004, Benyamini et al., 2000, Mangelli et al., 2002). Deze resultaten echter kunnen door dit onderzoek niet bevestigd worden. Het positief affect kan de verandering in het fysiek functioneren niet na een jaar niet voorspellen. Het is mogelijk dat het positief affect bij polyartritis patiënten, ondanks dat zij een hoge mate aan positief affect ervaren, geen effect heeft op hun fysiek functioneren en de verandering hierin. Misschien ontbreken juist die aspecten van het positief welbevinden die de verandering van het fysiek functioneren kunnen voorspellen. Mogelijk zouden participatie en de levensbestemming bij de analyse betrokken moeten worden. Mogelijke is ook, dat de resultaten van de PANAS niet naar de resultaten uit de literatuur gegeneraliseerd mogen worden. In andere onderzoeken zoals die van Benyamini et al. (2000), Mangelli et al. (2002) en Fisher et al. (2004) is positief affect met andere instrumenten gemeten.

De literatuur was omstreden in de verwachting dat depressie het fysiek functioneren

en de verandering kan voorspellen. Uit de literatuur bleek dat de resultaten van de studies van Rupp et al. (2006), en, ten delen die van Dickens et al. (2002), bevestigd kunnen worden. Rupp et al. (2006) toonden aan dat veranderingen in depressie niet statistisch significant geassocieerd kunnen worden met veranderingen in het fysiek functioneren. Er werd bij dit onderzoek niet na de verandering in depressie gekeken maar na depressie zelf, echter op basis van de gevonden resultaten blijkt dit geen verschil in de uitkomsten op te leveren. Dickens et al. (2002) stelden dat pijn, bij het voorspellen van het fysieke functioneren op basis van depressie, een grote rol speelt. Dit, omdat de factor pijn zowel met depressie als met het fysiek functioneren geassocieerd kan worden. Hij concludeert hieruit dat niet duidelijk te zeggen valt hoe depressie het fysiek functioneren beïnvloedt. Anderson et al. (1988) en Benyamini et al. (2000) tonen in hun studies aan dat depressie een significante voorspeller is van het fysiek functioneren (Anderson et al. 1988) en dat door depressie en angst de beoordeling over de eigen gezondheid slechter te voorspellen is dan door positief affect (Benyamini et al. 2000). Net zoals bij Rupp et al. (2006) en bij Dickens et al. (2002) werden bij deze studies alleen de relaties tussen de factoren onderzocht en er werd niet gekeken in hoeverre de verandering van het fysiek functioneren voorspeld zou kunnen worden. Hierdoor kunnen geen vergelijkende conclusies getrokken worden. Hoewel er een omstreden samenhang gevonden werd, was er in dit onderzoek de verwachting dat depressie de verandering in het fysiek functioneren kan voorspellen. De resultaten laten echter zien dat dit niet zo is. Een mogelijke reden is dat depressie sterk samenhangt met de factor pijn, waardoor de resultaten vertekend kunnen zijn. Om die reden is tijdens de analyse hierop gecontroleerd, waardoor een eventuele samenhang uitgesloten is. Dickens et al. (2002) stelde in zijn review dat juist pijn een grote invloed heeft op zowel depressie als het fysiek functioneren, waardoor er waarschijnlijk geen directe invloed van depressie op het fysiek functioneren gemeten kon worden.

Wat betreft de factor angst hebben de resultaten uit het onderzoek van Strahl et al. (2000) tot de verwachting geleid dat angst het fysiek functioneren kan voorspellen. Strahl et al. (2000) gingen in hun onderzoek niet in op de verandering van het fysiek functioneren waardoor dit tot de vraag geleid heeft of de verandering van het fysiek functioneren door angst voorspeld kan worden. De resultaten tonen duidelijk aan dat de veranderingen in het fysiek functioneren niet door angst voorspeld kunnen worden. Een reden zou kunnen zijn dat, zoals gesteld in het onderzoek van Mancuso et al. (2006), de factor vermoeidheid invloed heeft op angst.

Pijn en vermoeidheid blijken geen mogelijk verstorende factoren te zijn. Echter, de literatuur is hierover een andere mening toegedaan. Uit meerdere andere studies kwam naar voren dat de factoren pijn en vermoeidheid van invloed zijn op het welbevinden (Melikoglu & Melikoglu (2010), Dickens et al. (2002), van Hoogmoed et al. (2010), Strahl et al. (2000), Mancuso et al. (2006), Strand et al. (2007), Rupp et al. (2006), Anderson et al. (1988)) Het is mogelijk dat er een methodisch aspect ten grondslag ligt aan het feit dat pijn en vermoeidheid geen voorspellende waarde hebben voor het fysiek functioneren na een jaar. De factoren zijn immers telkens met één item gemeten. Het onderzoek van Garip et al. (2011) daarentegen heeft de ernst van de vermoeidheid aan de hand van vier items gemeten. Dit is een mogelijke indicatie voor de complexiteit van deze factor. Mogelijk zou ook de factor pijn te complex zijn om middels één item te meten. In hoeverre dit een indicator is voor het niet voorspellen van de verandering van het fysiek functioneren, kan niet verder geanalyseerd worden. Wel kan het door deze methodische tekortkoming tot vertekening van de resultaten gekomen zijn.

Uit de resultaten komt naar voren dat er waarschijnlijk geen verandering in het fysiek functioneren na een jaar bestaat. Deze uitkomst kan door het onderzoek van Eurenus, Brodin, Lindablad, Opava & The PARA Study Group (2007) bevestigd worden. Dit zou een mogelijke reden kunnen zijn waarom het welbevinden geen voorspellende waarde heeft voor de verandering in het fysiek functioneren. Eurenus et al. (2007) onderzoek kwam tot de conclusie dat het fysiek functioneren na een jaar stabiel blijft ($Mdn = .57(T0)$; $Mdn = .50(T2)$). Eurenus et al. (2007) stellen dat een jaar waarschijnlijk te kort is om een significante verandering te kunnen meten.

Het uitgevoerde onderzoek heeft een aantal zwakke en sterke aspecten. In de literatuur die op dit moment met betrekking tot chronische ziektes, het fysiek functioneren en het welbevinden gepubliceerd is, zijn grotendeels steekproeven te vinden die getrokken zijn onder patiënten met RA. In dit onderzoek zijn in de steekproef niet alleen patiënten met RA, maar ook patiënten met een andere vorm van polyartritis opgenomen. De bevindingen uit de studies met een RA steekproef, die ter onderbouwing van dit onderzoek gebruikt zijn, zouden misschien niet gegeneraliseerd mogen worden naar patiënten met andere vormen van polyartritis. In de onderzoeken van Mangelli et al. (2002), Benyamini et al. (2000), Fisher et al. (2004) en Zautra et al. (2004) over het positief affect zijn ook patiënten met andere vormen van artritis ondervraagd. De resultaten, dat angst, depressie, pijn en vermoeidheid de verandering in het fysiek functioneren kunnen voorspellen zijn mogelijk niet gevonden omdat de resultaten vertekend zijn in de richting van RA. In de studies over deze factoren zijn uitsluitend RA patiënten betrokken. Verder zouden de resultaten beïnvloed kunnen zijn door

de behandeling die de patiënten ondergaan. Mogelijk zou de werking van de medicatie invloed kunnen hebben op bijvoorbeeld de stemming of het functioneren. Er wordt bij de analyse van de depressieve stemmingen van de patiënten, bijvoorbeeld, geen rekening gehouden met het al dan niet nemen van anti-depressieva. Mogelijk zijn de resultaten vertekend door een verschil in medicatie en zijn de resultaten derhalve niet betrouwbaar. Een mogelijke onbetrouwbaarheid treedt op doordat, zoals eerder al genoemd, de factoren pijn en de ernst van vermoeidheid slechts middels één item gemeten worden. De betrouwbaarheid kan niet bepaald worden en de algemene nauwkeurigheid van de meting valt te betwijfelen. Van de ziekte polyartritis is bekend dat deze intermitterend is. Dit betekent dat patiënten opeens veel last van de ziekte kunnen hebben maar bijvoorbeeld twee maanden later, geen klachten meer hebben waardoor zij dan in hun dagelijks functioneren niet langer beperkt worden. Onder invloed van deze aanvallen zouden personen in de onderzoekssteekproef de vragenlijsten in verschillende toestanden ingevuld kunnen hebben. Dit zou tot verschillende resultaten tussen de personen geleid kunnen hebben. Er kunnen ook verschillen optreden tussen de twee meetmomenten. Hiermee wordt bedoeld dat personen die op meetmoment één last hadden van een reumatische aanval, dat mogelijk bij het tweede meetmoment nie hadden. Dit zou de waarneming en dus de beoordeling van hun eigen gemoedstoestand hebben kunnen beïnvloed. Strand et al. (2007) stelt, in zijn onderzoek over pijn en positief affect bij personen met RA, dat de waarneming kan veranderen, door bijvoorbeeld pijn.

Een positief aspect van dit onderzoek is allereerst dat het onderzoek een grote en brede steekproef omvat. Met breed wordt bedoeld dat de verhouding man/ vrouw in overeenstemming is met de man/vrouw verdeling onder patiënten met polyartritis. Verder bestaat er een redelijk grote spreiding over de leeftijd van de deelnemers. Hierdoor is er een representatief beeld van de populatie mensen met polyartritis zodat de resultaten goed gegeneraliseerd kunnen worden. De vragenlijst werd in één keer ingevuld waardoor er geen tijdbias is ontstaan tussen de verschillende psychologische tests die de vragenlijst inhoudt. Gezien de redelijk hoge waarden van de Cronbachs Alpha's, kan er van uit worden gegaan dat de items de verschillende constructen, zoals bijvoorbeeld angst of depressie, goed meten. Een voordeel van dit onderzoek is bovendien dat het een longitudinaal onderzoek is. Hierdoor kan een betere voorspelling gemaakt worden en kunnen betere uitspraken over de toekomst gedaan worden. Er wordt niet alleen bekeken hoe iets op dit moment is, maar ook hoe het in een jaar veranderd is. Hieruit kunnen conclusies getrokken worden over veranderingen in de loop van de tijd. Daar het in de literatuur goed besproken tests zijn, is de samenstelling van de psychologische test goed (Bruce & Fries (2005), Fries et al. (1980),

Zigmond & Snalth (1983), Watson et al. (1988)). De verschillende tests geven een duidelijk beeld van de verschillende aspecten van psychische en fysieke klachten van polyartritis patiënten. De tests in de vragenlijst, zijn, met betrekking tot de lengte, zo gekozen dat geen bias ontstaat. Een bias zou kunnen ontstaan doordat iemand te lang bezig is met het invullen van een test waardoor de concentratie afneemt.

Dit onderzoek levert een bijdrage aan de wetenschap omdat dit de eerste longitudinale studie is die, waar het gaat om het voorspellen van de verandering in het fysiek functioneren, zowel het negatief als het positief welbevinden onderzocht heeft. Hierbij werd gevonden dat het positief en negatief welbevinden geen voorspellers zijn van de verandering van het fysiek functioneren na een jaar. Verder hebben aan dit onderzoek patiënten met verschillende vormen van polyartritis deelgenomen, waardoor de resultaten van dit onderzoek naar een grote groep patiënten gegeneraliseerd kan worden.

Vervolgonderzoek op dit gebied kan verschillende aspecten inhouden. Omdat in dit onderzoek niet duidelijk naar voren gekomen is dat er veranderingen in het fysiek functioneren zijn, zou het onderzoek over een langere periode gedaan worden. Aangezien de gemiddelde ziekteduur van de patiënten 14,4 jaar is, is een jaar waarschijnlijk te kort om de verandering duidelijk te kunnen meten. De patiënten zijn vaak gewend aan hun beperkingen waardoor veranderingen hierin waarschijnlijk minder zwaar wegen. Ook Rupp et al. (2006) en Eurenus et al. (2007) geven aan dat een follow up na een jaar waarschijnlijk een te korte tijdsperiode is om de effecten en invloeden van verandering duidelijk te kunnen vinden. Als het onderzoek over een langere periode herhaald zou worden, zou ook naar de verandering van het welbevinden gekeken moeten worden. Dit omdat anders de invloed van het welbevinden waarschijnlijk minder duidelijk naar voren komt. Het is mogelijk dat de verandering in het welbevinden samen gaat met de verandering in het fysiek functioneren. Individuele verschillen met betrekking tot de veranderingen van het fysiek functioneren en het welbevinden, zouden per ziektegroepen geanalyseerd kunnen worden. Tot nu toe kann gezegd worden dat vrouwen meer achteruit gaan in hun fysiek functioneren dan mannen. Kuiper et al. (2001) kwamen eveneens in hun onderzoek tot de conclusie dat fysieke beperkingen bij vrouwen sterker waren dan bij mannen. Het onderzoek van Murtagh en Hubert (2004) komt algemeen tot de conclusie dat oudere vrouwen meer fysieke beperkingen hebben dan oudere mannen, maar dat dit vooral geldt voor personen met chronische aandoeningen. Door na de verschillen tussen man en vrouw te kijken, zou kunnen worden onderzocht of de resultaten van Kuiper et al. (2001) en Nauman Murtagh en Hubert (2004) al dan niet bevestigd kunnen worden. Verder zouden ook man-/vrouwverschillen met

betrekking tot het welbevinden geanalyseerd kunnen worden. Murtagh en Hubert (2004) vinden in hun onderzoek een niet significant verschil van depressie tussen man en vrouw. Dit zou een aanleiding kunnen zijn om het verschil tussen man en vrouw bij polyartritis patiënten met betrekking tot het welbevinden verder te onderzoeken.

In dit onderzoek was de groep van de RA patiënten de grootste. Voor vervolgonderzoek zou bekeken kunnen worden of alleen RA patiënten in het onderzoek opgenomen moeten worden of ook patiënten met een andere vorm van polyartritis. Als er gekozen wordt voor een gemengde groep, moet de verdeling tussen RA patiënten en niet RA patiënten even groot zijn. Dit zou tot een meer valide uitspraak over de groep kunnen leiden en maakt de gegevens beter te generaliseren.

Concluderend kan gesteld worden dat het welbevinden het leven van mensen met een artritische ziekte beslist positief of negatief kan beïnvloeden. Uit dit onderzoek komt duidelijk naar voren dat een invloed van het welbevinden niet samenhangt met de verandering in het fysiek functioneren. De vraag die zich hier aandient is: welke consequenties heeft dit voor polyartritis patiënten? Kunnen ze erop vertrouwen dat hun emoties niet van invloed zijn op hun toekomstige fysieke beperkingen? Of, mogen zulke ver gaande conclusies hieruit niet getrokken worden? Waarschijnlijk niet voordat het onderzoek over een langere periode herhaald is en de nu gevonden resultaten bevestigd kunnen worden.

Referenties

- Anderson, O. K., Keefe, F.J., Bradley, L.A., McDaniel, L.K., Young, L.D., Turner, R. A., Agudelo, C. A., Semble, E.L. & Pisko E. J. (1988). Prediction of pain behavior and functional status of rheumatoid arthritis patients using medical status and psychological variables. *Pain*, 33, 25-32.
- Arends, R. Y., Bode, C., Taal, E. & Van de Laar, M. A. F. J. (in press). Goal management strategies: How people can employ these to adapt to arthritis. *Patient Education & Counseling*
- Benyamini, Y., Idler, E. L., Leventhal, H. & Leventhal, E. A. (2000). Positive Affect and Function as Influences on Self-Assessments of Health: Expanding Our View Beyond Illness and Disability. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55(2), 107-116.
- Börsch-Supan, A., Brügiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (2005). Health, Ageing and Retirement in Europe – First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA)*. 1-370.
- Bruce, B. & Fries, J.F. (2005). The Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23(39), 14-18.
- Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D. & Creed, F. (2002). Depression in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review of the Literature With Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 64, 52-60.
- Donovan, K. A. & Jacobsen, P. B. (2011). The Fatigue Symptom Inventory: a systematic review of its psychometric properties. *Support Care Cancer*. 19, 169-185.
- VanDyke, M. M., Parker, J. C., Smarr, K. L., Hewett, J. E., Johnson, G. E. & Slaughter, J. R. & Walker, S. E. (2004). Anxiety in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research*, 51(3), 408-12.

- Eurenius, E., Brodin, N., Lindblad, S., Opava, C. H. & The PARA Study Group (2007). Predicting Physical Activity and General Health Perception Among Patients with Rheumatoid Arthritis. *The Journal of Rheumatology*. 34(1), 10-15.
- Fisher, M. N., Al Snih, S., Ostir, G. V. & Goodwin, J. S. (2004). Positive Affect and Disability Among Older Mexican Americans With Arthritis. *Arthritis Care & Rheumatism*. 51(1), 34-39. doi: 10.1002/art. 20079
- Garip, Y., Eser, F., Aktekim, L. A. & Bodur, H. (2011). Fatigue in Rheumatoid Arthritis: Association with Severity of Pain, Disease Activity and Functional Status. *ACTA Reumatol Port*. 36, 364-369.
- Van Gool, C.H., Hoeymans, N. & Picavet, H.S.J. (2009-12-07). Lichamelijk functioneren samengevat. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Verkregen op 15.06.2013 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/lichamelijk-functioneren/lichamelijk-functioneren-samengevat/>
- Harbers, M. M. (2011-03-25). Chronische ziekten en multimorbiditeit: Zijn er verschillen tussen Nederland en andere landen?. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Verkregen op 15.06.2013 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/verschillen-internationaal/>
- Herold, G. (2011). Rheumatoide Arthritis. *Innere Medizin* (p: 637-645). Dr. med. Gerd Herold
- van Hoogmoed, D., Fransen, J., Bleijenberg, G. & van Riel, P. (2010). Physical and psychosocial correlates of severe fatigue in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 49, 1294–1302. doi: 10.1093/rheumatology/keq043
- Kuiper, S., van Gestel, A. M., Swinkels, H. L., de Boo, T. M., da Silva, J. A. P. & van Riel, P. L. C. M. (2001). Influence of Sex, Age, and Menopausal State on the Course of Early Rheumatoid Arthritis. *The Journal of Rheumatology*. 28(8), 1809-1816.
- Mancuso, C. A., Rincon, M., Sayles, W. & Paget, S. A. (2006). Psychosocial Variables and Fatigue: A Longitudinal Study Comparing Individuals with Rheumatoid Arthritis and Healthy Controls. *The Journal of Rheumatology*. 33(8), 1496-1502.

- Mangelli, L., Gribbin, N., Büchi, S., Allard, S. & Sensky, T. (2002). Psychological Well Being in Rheumatoid Arthritis: Relationship to `Disease` Variables and Affective Distrubance. *Psychother Psychosom*, 71, 112-116.
- Melikoglu, M. A. & Melikoglu, M. (2010). The realtionship between disease activity and depression in patients with Behcet disease and rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 30, 941-946. doi: 10.1007/s00296-009-1080-7
- Murtagh, K. N. & Hubert, H. B. (2004). Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort. *American Journal of Public Health*. 94(8), 1406-1411.
- Reinhardt, J. D. & Stucki, G. (2007). Rheumatoid arthritis and participation - The social animal revisited. *The Journal of Rheumatol*, 34(6), 1214-1216.
- Rupp, I., Boshuizen, H.C., Dinant, H.J., Jacobi, C.E. & van den Bos, G. A. M. (2006). Disability and health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: assoociation with radiographic joint damage, disease activity, pain, and depressive symptoms. *Sand J Rheumatol*. 35, 175-181. doi: 10.1080/03009740500343260
- Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Schadé, J. P. (2003). *Lexikon Medizin und Gesundheit*. MedicaPress
- Serbo B. & Jajic, I. (1991). Realtionship of the Functional Status, Duration of the Disease and Pain Intensity and some Psychological Variables in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Clinical rheumatology*, 10(4), 419-422.
- Standford University School of Medicine (2004). The Health Assessment Questionnaire©. Division of Immunology & Rheumatology. 1-7.
- Strahl, C., Kleinknecht, R. A. & Dinnel, D. L. (2000). The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behavior Reaserch and Therapy*, 38, 863-873. PII: S0005-7967(99)00102-3

- Strand, E. B., Kerns, R. D., Christie, A., Haavik-Nilsen, K., Klokkeud, M. & Finset, A. (2007). Higher levels of pain readiness to change and more positive affect reduce pain reports - A weekly assessment study on arthritis patients. *Pain*, 127, 204-213.
- Trehanne, G. J., Kitas, G. D., Lyons, A. C. & Booth, D. A. (2005). Well-Being in Rheumatoid Arthritis: The Effects of Disease Duration and Psychosocial Factors. *Journal of Health Psychology*, 10(3), 457-474. doi: 10.1177/1359105305051416
- Verduin, P. J. M., de Bock, G. H., Vliet Vlieland, T. P. M., Peeters, A. J., Verhoef, J. & Otten, W. (2008). Purpose in life in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 27(7), 899-908.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Zautra, A. J., Johnson, L. M. & Davis, M.C. (2005) Positive affect as a Source of Resilience for Women in Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73(2), 212-220.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Appendix

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

Vragenlijst nummer 1
Najaar 2010

Contactpersoon:

Roos Arends
Universiteit Twente
Afdeling PCGR
Citadel T400

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Anonimiteit

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

Wat is uw patiëntnummer?

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

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

Wat is uw emailadres?

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

Wat is uw telefoonnummer?

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

1. Op welke datum vult u deze vragenlijst in?

- -

2. Wat is uw geboortedatum?

- -

3. Wat is uw geslacht?

- man
 vrouw

4. Wat is uw burgerlijke staat?

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

5. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

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

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

- | | |
|--|--|
| <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"/>

Geldebesteding

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Sociale contacten en relaties

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

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

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

Anderen helpen of steunen

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Betaald werk of vrijwilligerswerk

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

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

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Onderwijs, cursussen en opleiding

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

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

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

