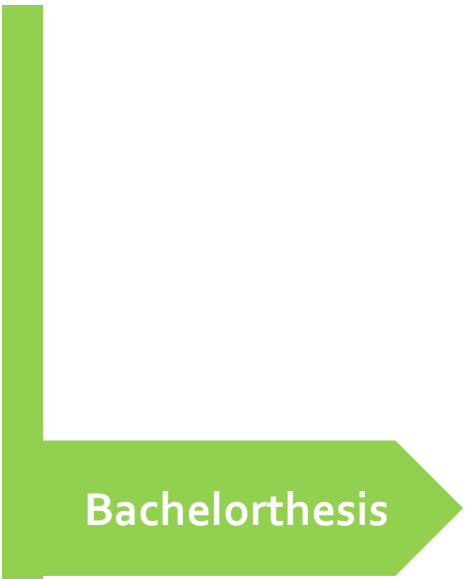
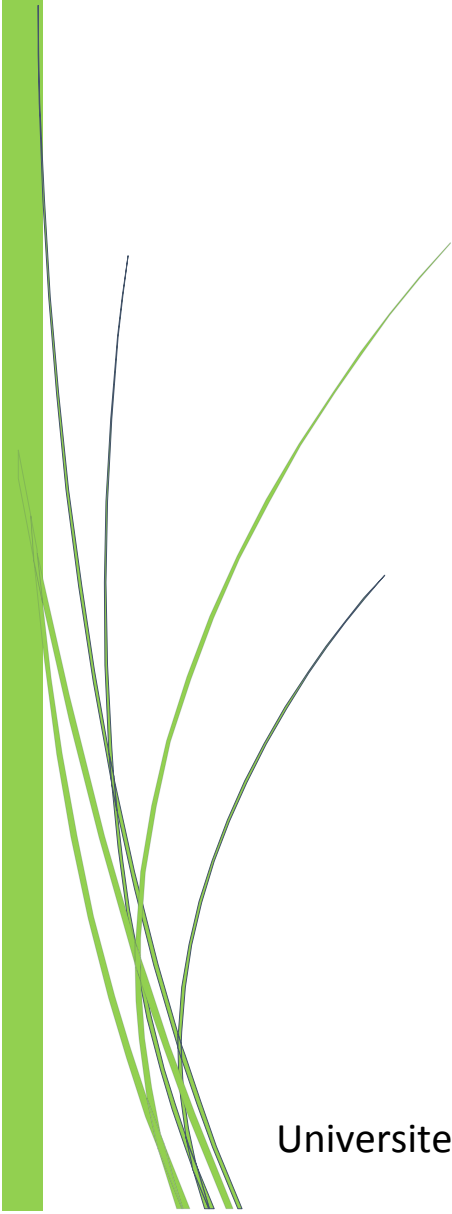




Bachelorthesis

Goal management bij patiënten met ontstekingsreuma: Vergelijking tussen domein- specifieke en dispositionele meetmethodes

Daniel Coulibaly (s1125761)



Eerste begeleider: Dr. C. Bode

Tweede begeleider: Dr. E. Taal

Faculteit Gedragswetenschappen

Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Veiligheid

22 januari 2014

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Abstract	4
1. Inleiding.....	5
1.1 Opzet van het onderzoek	5
1.2 Theoretisch kader	5
1.2.1 Reumatische ziektes: kenmerken en epidemiologie	5
1.2.2 Polyartritis: symptomen en impact.....	5
1.2.3 Chronische ziektes en de rol van adequate alternatieven	6
1.2.4 Goal Management	7
1.2.5 Dispositionele en domein-specifieke meetmethodes.....	8
1.2.6 Het persoon-situatie debat	9
1.2.7 Het interactionisme: integratie van persoon en situatie	10
1.3 Vraagstelling van het onderzoek	11
2. Methode.....	13
2.1 Werving en procedure.....	13
2.2 Steekproef.....	13
2.3 Meetinstrumenten	14
2.3.1 Vignettenvragenlijst.....	15
2.3.2 TENFLEX	15
2.3.3 GAS.....	16
2.4 Analyse	17
2.4.1 Vignettenvragenlijst.....	17
2.4.2 TENFLEX en GAS	19
3. Resultaten.....	21
3.1 Antwoordpatronen binnen de vignettenvragenlijst	21
3.2 Antwoordpatronen binnen de gesloten vragenlijsten.....	26
3.3 Verschillen in patronen tussen de meetmethodes.....	26
4. Conclusie en Discussie.....	28
Referenties.....	34
Appendix	37

Samenvatting

Achtergrond. Polyartritis is een chronische ontstekingsziekte van de gewrichten en heeft een pervasieve impact op alle levensdomeinen. Vaak hebben polyartritispatiënten moeite met het accepteren van hun ziekte en blijven ze doelen nastreven die niet meer haalbaar lijken. Dit kan tot frustratie en psychische problemen leiden. Met de term ‘goal management’ worden vier strategieën aangeduid die mensen doorgaans gebruiken om deze situatie om te gaan. In dit onderzoek werden domein-specifieke en dispositionele meetmethodes van goal management vergeleken. Het doel van dit onderzoek was om systematische verschillen in de resultaten tussen de twee meetmethodes op te sporen en om deze vervolgens te relateren aan de psychometrische kwaliteit van de vragenlijsten.

Methode. 262 personen uit een Twentse steekproef van polyartritispatiënten werden gevraagd beide meetmethodes in te vullen. Er werd gebruik gemaakt van de TENFLEX en de GAS bij het meten van dispositioneel goal management en van een vignettenvragenlijst bij het meten van domein-specifiek goal management. Vignetten zijn korte verhalen, in dit geval van personen die het als moeilijk ervaren om hun doelen te bereiken door hun artritis. Vignetten bieden de mogelijkheid om in een gestandaardiseerde situationele context de opvattingen en gedragsneigingen van mensen met artritis te meten. In deze studie werden vignetten gebruikt die als onderwerp interactie met de familie, vakantie en hobby hadden. Tijdens de analyse werden scores berekend van beide vragenlijsten. Vervolgens werd de correlatie tussen deze vragenlijsten gemeten. Daarnaast werden repeated measure ANOVA's gebruikt om de significantie van de gevonden verschillen te toetsen.

Resultaten. De goal management scores uit de vignettenvragenlijsten verschilden significant per situatie qua patroon en aantal. De enige uitzondering daarvan was een lage correlatie van ,26 voor de scores van de strategie ‘nieuw doel’ binnen het familievignet en de dispositionele vragenlijst. Er werd geen samenhang aangetoond tussen de domein-specifieke en de dispositionele vragenlijsten voor de andere goal management strategieën.

Conclusie: Het onderzoek heeft uitgewezen dat domein-specifiek goal management een aparte vorm van goal management is, welke nauwelijks gerelateerd is aan een dispositioneel patroon van goal management. Niettemin geeft onderzoek met vignetten meer inzicht in de diversiteit van domein-specifieke patronen in goal management. Dit biedt de mogelijkheid psychologische interventies ter bevordering van de adaptatie aan artritis beter aan te passen aan de belangen van patiënten.

Abstract

Background: Polyarthritis is a chronic inflammatory joint disease that has a pervasive impact on almost all domains of daily living. Polyarthritis patients often experience difficulties accepting their disease and letting go of unattainable goals, which in turn can lead to frustration and psychological problems. The concept of goal management comprehends four strategies people tend to utilize when trying to get a hold of their life situation. In the present study goal management was measured with domain-specific as well as dispositional instruments. The study aimed to inspect systematic differences and overlap between the results of both measurement methods and to elaborate on the psychometric quality of both instruments.

Methods: A sample of 262 Dutch arthritis patients completed both questionnaires. The TENFLEX and the GAS were used to measure dispositional goal management and a set of three vignettes was used in order to measure domain-specific goal management. Vignettes are short descriptions of a person that experiences difficulties reaching a certain goal due to his arthritis. They offer the possibility to examine respondent's beliefs en behavioral tendencies in a standardized situational context. In the present study a vignette about a person's interaction with his or her family, a holiday-vignette and a gardening-vignette were used. For analysis, the goal management scores for both measurement methods were calculated and subsequently correlated with each other. Tests for significance of the found differences were done by use of repeated measure ANOVAs.

Results. Goal management stemming from the vignettes differed significantly with regard to its pattern as well as the frequency of given answers. The only exception was a low but significant correlation of ,26 for scores of the goal management strategy goal re-engagement within the family-vignette and the dispositional questionnaire. No relationship between the scores of both measurement methods was found for the remaining goal management strategies.

Conclusion. The present study has identified domain-specific goal management as a distinct form of goal management that hardly corresponds to goal management patterns that stem from dispositional instruments. Nonetheless, studying goal management by means of vignettes does give insight into the diversity of domain-specific patterns of goal management. Hence, it gives the opportunity to adjust psychological interventions intended to support adaptation to arthritis to the demands of the patients.

1. Inleiding

1.1 Opzet van het onderzoek

Deze studie vergelijkt kwalitatieve en kwantitatieve methodes waarmee gedragsmatige reacties op de bedreiging van belangrijke, persoonlijke doelen worden gemeten bij patiënten met bepaalde vormen van reuma. De bedoeling daarvan is om vast te stellen hoe dergelijke methodes van elkaar verschillen met betrekking tot de uitkomsten die ze opleveren. Ook wordt vastgesteld hoe de gedragsmatige reacties (geoperationaliseerd in de vorm van goalmanagement strategieën) het beste kunnen worden gemeten.

1.2 Theoretisch kader

1.2.1 Reumatische ziektes: kenmerken en epidemiologie

Reuma is de verzamelnaam voor meer dan honderd ziektes die te maken hebben met het bewegingsapparaat. Patiënten lijden doorgaans zowel onder de pijn in de desbetreffende gewrichten en het omringend weefsel als onder beperkingen op verschillende levensgebieden. Het merendeel van de reumatische ziektes is niet te genezen (reumafonds.nl). Grootschalig epidemiologisch onderzoek heeft reuma als een belangrijk volksgezondheidsprobleem uitgewezen: Ongeveer 1,8 miljoen Nederlanders hebben last van ernstige en aanhoudende reumatische klachten. Naast verschillende vormen van artrose maakt ontstekingsreuma hier met ongeveer 421.000 patiënten het grootste deel van uit (Chorus & Schokker, 2010). Onder ontstekingsreuma vallende ziektes hebben met elkaar gemeen dat er inflammatoire processen plaatsvinden binnen en rond bepaalde gewrichten of organen. Meestal is een auto-immuunreactie van het lichaam de oorzaak van de inflammaties (CDC, 2012). Als er meer dan vijf gewrichten betrokken zijn bij de ontstekingsreactie, wordt er van polyartritis gesproken. Naast reumatoïde artritis (RA), waaraan landelijk ruim 214.000 personen lijden, zijn ook andere vormen, zoals de ziekte van Bechterew en artritis psoriatica, veelvoorkomend (Chorus & Schokker, 2010).

1.2.2 Polyartritis: symptomen en impact

Polyartritis is chronisch en niet te genezen. Typerend zijn symptomen als pijn, vermoeidheid en gebrek aan energie, stijfheid van de gewrichten en andere lichamelijke beperkingen. Vaak is er sprake van een fluctuerend en onvoorspelbaar ziekteverloop, wat het

maken van toekomstplannen moeilijk maakt voor de patiënt (Barlow, 2009). De comorbiditeit van artritis en andere chronische lichamelijke ziektes is hoog. Zo is bijvoorbeeld aangetoond dat rond 70% van RA patiënten nog één andere- en bijna 50% van RA patiënten nog minstens twee andere chronische ziektes hebben (Westhoff, Weber, & Zink, 2006). Verder bestaat er een verhoogde kans op cardiovasculaire ziektes en infecties (Wasko, 2004).

Het moge duidelijk worden dat het worden gediagnosticeerd met polyartritis verreikende implicaties heeft voor de toekomstige gezondheid van een persoon. Sterker nog, dit heeft een beduidende impact op alle levensdomeinen. Voorbeelden hiervan zijn het psychologisch welbevinden, het dagelijks functioneren, de vaardigheid om te werken, sociale relaties en het familieleven (Barlow, 2009). Vaak zijn pijn of vermoeidheid zo sterk, dat de personen niet meer in staat zijn hun dagelijkse taken en plichten uit te voeren, aan het familieleven deel te nemen, sociale contacten te onderhouden of met hun hobby's bezig te gaan. Niet zelden is de vermoeidheid zelfs een groter probleem voor de patiënten dan pijn (Barlow, 2009). Verder wordt het emotionele welbevinden van de patiënten aangetast door de veranderingen die met de ziekte gepaard gaan. Onderzoek heeft uitgewezen dat depressie de meest voorkomende psychische aandoening onder mensen met chronische pijn is (Bair, 2003). Een grootschalige studie van Moussavi et al. (2007) heeft laten zien dat bijna 11% van de mensen met chronische artritis tegelijkertijd met depressie is gediagnosticeerd. Waar er sprake was van twee of meer chronische lichamelijke aandoeningen, was het percentage mensen met een depressie ongeveer 23%. Gezien de hoge comorbiditeit van artritis met andere chronische ziektes geeft dit laatste percentage vermoedelijk een realistischer beeld. Naast een depressieve stemming komen gevoelens als angst, woede, schuld, frustratie, hulpeloosheid en het gevoel van controleverlies vaak voor (Barlow, 2009; Nicklin, Cramp, Kirwan, Urban, & Hewlett, 2010). Vaak is het idee niet meer aan de verwachtingen van de buitenwereld of aan de eigen eisen te kunnen voldoen de oorsprong van dergelijke gevoelens (Barlow, 2009).

1.2.3 Chronische ziektes en de rol van adequate alternatieven

Polyartritis is noch te vermijden, noch te genezen door gedragsmatige of medicamenteuze interventies (Barlow, 2009). Daardoor is de pervasieve impact die de ziekte heeft op het leven van de patiënt eveneens onvermijdelijk. Patiënten zouden daarom baat kunnen hebben bij een nieuwe kijk op de eigen gezondheid, waarin de bevordering van het welzijn centraal staat, in plaats van de bestrijding van de ziekte. Deze gedachte wordt gesteund door de WHO, die gezondheid als “(...) *een staat van optimaal fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte*” definieert (WHO, 2006). Zo is uit onderzoek

gebleken dat de manier waarop een persoon naar zijn ziekte kijkt een verandering kan uitmaken. Bijna 90% van de artritispatiënten uit een studie van Danoff-Burg & Revenson (2005) konden ten minste één verbetering in hun leven noemen sinds de uitbraak van de ziekte. In tegenstelling tot de personen die geen verbeteringen konden noemen, bleken deze personen minder pijn en psychologische stress te ervaren en rapporteerden ze een jaar later een verbeterd lichamelijk functioneren. Katz et al. (2009) hebben aangetoond dat de vaardigheid om persoonlijk gewaardeerde activiteiten uit te voeren belangrijk is voor de waarneming van de eigen gezondheid. Het is zelfs van groter belang dan het algemeen lichamelijke functioneren. Vooral persoonlijk gekozen activiteiten zoals hobby's of vrienden ontmoeten lijken door artritis te worden belemmerd (Katz, Morris, & Yelin, 2006). Het vinden van voor het individu adequate alternatieven zou kunnen helpen het eigen gevoel van gezondheid en welzijn te verhogen. Dit speelt een centrale rol in onderzoek naar goal management en goal management strategieën.

1.2.4 Goal Management

Het concept goal management gaat uit van het idee dat mensen de discrepantie tussen een persoonlijk doel en de actuele levenssituatie willen verkleinen door zich op een bepaalde manier te gedragen. Hoeveel last een persoon ervaart van deze discrepantie wordt niet zozeer bepaald door de afstand tussen de actuele toestand en het persoonlijke doel, maar door de moeite die de persoon moet nemen om dichterbij diens doel te komen. De gedragingen die een persoon onderneemt om naar een doel toe te werken kunnen doorgaans worden aangeduid in termen van vier goal management strategieën. Het gebruik van dergelijke strategieën kan duidelijker naar voren komen wanneer mensen moeite ervaren met het verkleinen van de afstand tussen hun doel en de tegenwoordige situatie (Arends, Bode, Taal, & Van de Laar, 2013c). In 2013 hebben Arends en collega's het Integrated Model of Goal Management opgesteld. In dit model zijn vier goal management strategieën opgenomen, die uit twee onderzoeken afkomstig zijn: *goal maintenance* (oftewel *goal pursuit*) en *goal adjustment* (Brandtstädter & Renner, 1990) en *goal disengagement* en *goal re-engagement* (Wrosch, Scheier, Miller, Schulz & Carver, 2003). Goal maintenance omvat gedragingen die gericht zijn op het vasthouden aan gestelde doelen, ondanks dat de persoon daarvoor veel moeite moet doen en tegenslagen moet ondergaan. Met de goal adjustment strategie worden processen aangeduid waarbij een persoon de manier waarop degene naar zichzelf en naar de wereld kijkt heroverweegt. Hierbij past de persoon diens doelen aan de eigen mogelijkheden en vaardigheden aan. Brandtstädter en Renner postuleren dat deze twee processen gescheiden zijn en in op elkaar volgende fasen worden doorlopen. Dit wordt door sommige onderzoekers echter in twijfel getrokken (vgl. Henselmans

et al., 2011). De term goal disengagement duidt op de onthechting van een doel dat niet langer als haalbaar wordt gezien. Door bewust geen moeite meer te doen om het oude doel te bereiken, komen er cognitieve bronnen vrij om nieuwe doelen te vinden (Wrosch et al., 2003). Goal re-engagement omvat het identificeren van nieuwe doelen, de mentale toewijding aan deze doelen en het toewerken naar deze doelen. (Wrosch et al., 2003). Arends et al. (2013c) hebben het Integrated Model of Goal Management inmiddels getest bij polyartritispatiënten door middel van een gestructureerde vragenlijst. Uit deze studie bleek dat goal maintenance, goal adjustment en goal re-engagement samenhangen met indicatoren van een succesvolle adaptatie aan artritis. Goal disengagement leek geen rol te spelen in adaptatie (Arends et al., 2013c). Veel gebruik van goal adjustment correleerde het sterkst met de waarneming van zin in het leven, meer positieve affect en meer tevredenheid met de eigen participatie in het alledaagse leven en op het werk. Ook was veel gebruik van de strategie goal adjustment gerelateerd aan minder depressie en angst. Meer goal maintenance bleek gerelateerd te zijn aan meer zin in het leven, een positiever affect en tevredenheid met de eigen participatie op het werk (Arends et al., 2013c). Deze factoren lijken opmerkelijk op wat de WHO fysiek, mentaal en sociaal welzijn noemt in haar definitie van gezondheid. Er wordt aangenomen dat hoe flexibeler een persoon verschillende goal management strategieën kan gebruiken, hoe meer deze persoon in staat is zich aan verschillende omstandigheden aan te passen. De vaardigheid adaptatie lijkt voor veel artritispatiënten een belangrijke functie te spelen bij het verkrijgen van een gevoel van welzijn (Sanderson, Morris, Calnan, Richards, & Hewlett, 2010).

1.2.5 Dispositionele en domein-specifieke meetmethodes

De hierboven genoemde uitkomsten zijn bemoedigend wat betreft de algemene stijl van goal management gedrag bij adaptatie aan een chronische ziekte. Wel moet men er op attent worden gemaakt dat de gebruikte meetmethodes in een bepaald denkkader zijn gesitueerd. Zo zijn de vragenlijsten van Brandtstädter en Renner (1990) en van Wrosch et al. (2003) bijvoorbeeld niet geschikt om situationele verschillen in het gebruik van goal management strategieën op te sporen. Beide vragenlijsten meten hoe personen over het algemeen met een stressor (de bedreiging van hun doelen) omgaan, onder ander met het item: *“Als ik zou moeten stoppen met het nastreven van een belangrijk doel in mijn leven vind ik het makkelijk om dit doel los te laten en er niet meer aan te denken.”*. Wrosch et al. (2003) verantwoorden deze benadering met het idee dat eerder onderzoek naar goal management strategieën weinig rekening heeft gehouden met dispositionele verschillen en te sterk gefocust was op specifieke doelen. Dit is niet raar aangezien het algemeen aanvaard is dat mensen zich in een bepaalde

mate consistent gedragen (Fleeson, 2004). Anderzijds kan er terugkomend op Katz et al. (2006) worden geconstateerd dat belemmeringen van het functioneren in voor een individu belangrijke activiteiten gepaard gaan met meer depressieve symptomen dan belemmeringen in activiteiten die deze persoon als minder belangrijk beschouwt. De invloed van goal management strategiegebruik op het welzijn zou dus gemodereerd kunnen worden door de individuele waardering die mensen aan verschillende domeinen toekennen. Een dergelijk patroon zou met de vragenlijsten van Brandtstädter & Renner en Wrosch et al. waarschijnlijk over het hoofd worden gezien. Vermoedelijk zou inzicht in situationele factoren bij het gebruik van goal management strategieën additionele informatie kunnen opleveren over de samenhang tussen strategiegebruik en adaptatie aan artritis. Om dit te meten zijn er methodes nodig die meer rekening houden met het individuele perspectief van de patiënt. Onderzoek met vignetten is hiervoor erg geschikt. Een vignet is een kort verhaal of een beschrijving van een situatie welke wordt samengesteld uit een aantal te variëren factoren. Een bijzondere eigenschap van vignetten is dat ze de mogelijkheid bieden een situatie nauwkeurig en realistisch te schetsen (Steiner & Atzmüller, 2006). Arends et al. (2013b) hebben met behulp van een literatuurstudie elf vignetten ontworpen die te maken hebben met bedreigde doelen en oplossingsstrategieën van artritispatiënten. Deze vignetten zijn, overeenkomend met de bevindingen van Katz et al. (2007), gebaseerd op door artritis patiënten gewaardeerde activiteiten. Drie vignetten over de meest generieke probleem domeinen “familie”, “hobby” en “vrije tijd” zijn samen met de gestructureerde vragenlijst aangeboden aan een steekproef van polyartritis patiënten. Daarbij werd de proefpersonen telkens gevraagd om maximaal zes mogelijke oplossingsstrategieën voor de beschreven situatie te bedenken en om de waarschijnlijkheid aan te geven dat ze deze strategieën zouden gebruiken.

1.2.6 Het persoon-situatie debat

De hierboven beschreven benaderingen van goal management strategiegebruik weerspiegelen het persoon-situatie debat in de persoonlijkheidspsychologie. Met deze term wordt de onenigheid over de invloed van persoonlijke en contextuele factoren op het gedrag van personen bedoeld. Om een gedifferentieerd beeld van de invloed van goal management op adaptatie aan artritis te krijgen, is er tijdens dit onderzoek rekening gehouden met meerdere denkkaders en daarbij behorende implicaties.

De dispositionele vragenlijsten naar goal management zijn gebaseerd op het idee dat er binnen elke persoon een bepaalde “goal management stijl” bestaat (Brandtstädter & Renner, 1990; Wrosch et al., 2003). Dit is een situatie-onafhankelijk patroon van reageren op de

bedreiging van eigen doelen, wat wordt bepaald door de persoonlijkheid. Dit standpunt wordt vooral verdedigd door trait theoretici. Situationele verschillen worden vooral als bronnen van bias gezien binnen dit denkkader. Statistisch gezien zou dispositionaliteit met een hoge tussen-persoon variabiliteit en een lage binnen-persoon variabiliteit gepaard moeten gaan (Fleeson, 2004). Waar goal management dispositioneel bepaald werd, was er een significant hoge correlatie te verwachten tussen de gestructureerde vragenlijst en de vignettenvragenlijst. Cohen (1992) stelt voor om de term hoge correlatie te gebruiken vanaf een waarde van ongeveer 0.50. Dit zou betekenen dat de vraagmethodes veel met elkaar overeenstemmen. Het is echter moeilijk te verklaren vanuit de dispositionele benadering waarom er over het algemeen wordt verondersteld dat mensen in staat zijn zich aan verschillende situaties aan te passen (Mischel, 2004).

Vanuit het situationistische denkkader wordt goal management beschouwd als volledig contextueel bepaald. Mensen zouden volgens dit kader een domein-specifiek patroon van goal management laten zien. Vroege voorstanders van het situationisme, zoals Walter Mischel, zagen situationele factoren als meest bepalend voor gedrag, terwijl persoonlijke factoren een kleine tot geen rol werd toegekend (Mischel, 1968). In het verleden bestond de sterkste onderbouwing van het situationisme voornamelijk uit bevindingen die een lage tussen-situatie consistentie in menselijk gedrag laten zien (Roberts, 2009). Statistisch gezien zou dit gepaard moeten gaan met een hoge binnen-persoon variabiliteit en een lage tussen-persoon variabiliteit (Fleeson, 2004). Er wordt verwacht dat de door Arends et al. (2013b) gebruikte vignettenvragenlijst een situationeel patroon van goal management strategiegebruik zal aantonen. Als dit inderdaad het geval is, wordt er een lage correlatie rond 0.10 verwacht tussen de scores op de gestructureerde vragenlijst en op de vignettenvragenlijst. Een probleem dat bij dit denkkader optreedt, is de vraag in hoeverre er van het construct “goal management” kan worden gesproken. Ook kan vanuit dit kader moeilijk worden verklaard waarom mensen in gelijke situaties ogenschijnlijk verschillend handelen.

1.2.7 Het interactionisme: integratie van persoon en situatie

De genoemde beperkingen van de dispositionele en de situationele benadering vragen om een andere, gedifferentieerdere aanpak. Volgens de interactionistische benadering wordt goal management beïnvloed door de wederzijdse interactie tussen persoonlijke en contextuele factoren. Buss (1979) noemt drie manieren waarop er interactie tussen persoon en situatie kan plaatsvinden: Ten eerste zou het effect van persoonlijkheid op gedrag afhankelijk kunnen zijn van de situatie en omgekeerd. Daarnaast zou persoonlijkheid kunnen beïnvloeden welke

situaties mensen meemaken. Tenslotte zou de aanleg om zich op een bepaalde manier te gedragen ertoe kunnen leiden dat mensen situaties veranderen. Vanuit de interactionistische benadering is er een matige correlatie tussen de twee vragenlijsten te verwachten. Volgens Cohen (1992) treedt daarbij een correlatiecoëfficiënt van ongeveer 0.30 op.

De vraag naar de domein-specificiteit van goal management is nog niet eerder behandeld in onderzoek. Wel is er onderzoek naar deze vraag verricht op gebied van coping. Zowel in coping als in goal management wordt er onderzocht hoe mensen met stressvolle situaties omgaan. Vanwege de overeenkomsten tussen de twee concepten zouden bevindingen op het gebied van coping tot aanwijzingen op het gebied van goal management kunnen leiden. Moos en Holahan (2003) verdedigen een interactionistisch standpunt in het persoon-situatie debat over copinggedrag. Zij stellen dat dispositionele en situationele meetmethoden van coping strategieën elkaar kunnen aanvullen. Deze positie wordt door Sperling (2003) onderbouwd. Volgens Sperling heeft iedere persoon een individuele verzameling van algemene coping- en oplossingsstrategieën. Deze algemene strategieën zouden in bepaalde gevallen door geschiktere, domein-specifieke strategieën worden vervangen. In zijn onderzoek kwam naar voren dat het repertoire van gebruikte coping strategieën zowel qua aantal als qua type lijkt te verschillen per levensdomein. Bewijs voor het bestaan van domein-specifiek copinggedrag is dat sommige strategieën slechts optreden in bepaalde levensdomeinen en vrijwel nooit in andere domeinen. Rekening houdend met deze bevindingen en met de beschreven kenmerken van de dispositionele, situationele en interactionistische benadering is dit onderzoek verricht vanuit de interactionistische benadering.

1.3 Vraagstelling van het onderzoek

Het doel van deze studie is onderzoeken in hoeverre er vaste patronen van strategiegebruik bestaan in de gegeven antwoorden voor beide vragenlijsten en in hoeverre deze patronen verschillen tussen de twee vragenlijsten. Hiervoor zal zowel Het tweede doel is te evalueren hoe beide meetmethodes in de praktijk gebruikt zouden moeten worden. Hiervoor zal het opleidingsniveau als proxy voor de cognitieve capaciteit worden gebruikt. Het idee daarbij is dat het invullen van de vignettenvragenlijst meer cognitieve bronnen vergt. Zo moeten de patiënten bij de vignettenvragenlijst zelf oplossingen bedenken. Vervolgens moeten deze bedachte oplossingen worden geformuleerd en opgeschreven. De veronderstelling is dat de vignettenvragenlijst dus eerder geschikt zou kunnen zijn voor hoger opgeleide personen. Dit zal worden nagegaan met oog op de vraag in hoeverre eigenschappen van de patiënt, zoals diens

cognitieve capaciteit, in aanmerking moeten worden genomen in de keuze voor één van de methodes.

Voor dit onderzoek is volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Wat zijn de verschillen en overeenkomsten in de resultaten van dispositionele en situationele vragenlijsten ter meting van goal management strategiegebruik en welke implicaties zijn daaraan verbonden met betrekking tot de validiteit?

De bijbehorende subvragen zijn:

- 1. In hoeverre bestaan er vaste patronen van strategiegebruik in de gegeven antwoorden voor beide vragenlijsten en in hoeverre verschillen deze patronen tussen de twee vragenlijsten?*
- 2. In hoeverre moet er in de praktijk rekening gehouden worden met de toegankelijkheid van de vragenlijsten voor personen met verschillende niveaus van cognitieve capaciteiten?*

2. Methode

2.1 Werving en procedure

In dit onderzoek werd er gebruik gemaakt van een steekproef van polyartritispatiënten. Deze steekproef werd getrokken in het kader van het PhD onderzoek van Roos Arends. De patiënten werden daarbij op basis van toeval gekozen uit het register van het Medisch Spectrum Twente. Arends hanteerde daarbij vier inclusiecriteria: (1) de patiënt is gediagnosticeerd met polyartritis, (2) de patiënt is 18 jaar of ouder, (3) de patiënt is tegenwoordig in behandeling voor zijn polyartritis en (4) de patiënt is in staat om de vragenlijsten zelfstandig of met hulp in het Nederlands in te vullen.

Alle in dit onderzoek gebruikte en andere vragenlijsten werden naar de patiënten opgestuurd met het verzoek deze volledig ingevuld terug te sturen. Op het eerste meetmoment werden in totaal 639 uitnodigingen voor het onderzoek verstuurd. Voor dit onderzoek kon data van 262 patiënten (41%) worden gebruikt.

2.2 Steekproef

De steekproef van $N = 262$ bevatte 157 vrouwen en 105 mannen. De gemiddelde leeftijd was 62,06 jaar ($SD = 11,67$) met een range van 32 tot 90 jaar. Gemiddeld genomen waren de mensen 15,90 jaren geleden ($SD = 12,21$) gediagnosticeerd met een reumatische ziekte, met daarbij een range van 2 tot 72 jaar. De steekproef bestond uit 96 (37,7%) lager opgeleiden, 109 (42,6%) middelbaar opgeleiden en 51 (19,9%) hoogopgeleiden. Veruit de meeste patiënten waren gehuwd (68,3%). Het grootste deel van de patiënten was gepensioneerd (37,4%). Ongeveer 30% van de patiënten was werkend. De vijf meest voorkomende ziektes waren RA ($N = 150$; 57,3%), artrose ($N = 46$; 17,6%), jicht ($N = 23$; 8,8%), de ziekte van Bechterew ($N = 21$; 8,0%) en artritis psoriatica ($N = 19$, 7,3%). 57 personen (22,3%) in de steekproef hadden meer dan één reumatische aandoening.

Tabel 1

Demografische en Klinische Beschrijving van de Steekproef

	Aantal	Percentage
Demografische variabelen		
Geslacht, n (%)		
Man	105	40,1
Vrouw	157	59,9
Leeftijd (jaren)		
<i>M(SD)</i>	62,06	11,67
range	32-90	
Burgerlijke staat, n(%)		
ongehuwd / niet samenwonend	15	5,7
ongehuwd / samenwonend	17	6,5
gehuwd	179	68,3
weduwe / weduwaar	30	11,5
gescheiden	16	6,1
Missing		
Opleidingsniveau, n (%)		
laag opgeleid ^a	96	36,6
middelbaar opgeleid ^b	109	41,6
hoog opgeleid ^c	51	19,5
Missing	6	2,3
Werksituatie, n(%)		
fulltime werk	38	14,5
parttime werk	41	15,6
huishouden	39	14,9
werkloos	9	3,4
arbeidsongeschikt (WAO/WIA)	33	12,6
gepensioneerd (AOW/VUT)	98	37,4
Missing	4	1,5
Ziektekenmerken		
Diagnose, n (%)		
reumatoïde artritis	150	57,3
artrose	46	17,6
systemische lupus erythematoses	5	1,9
fibromyalgie	9	3,4
sclerodermie	6	2,3
artritis psoriatica	19	7,3
jicht	23	8,8
lage rugpijn	15	5,7
tendinitis / bursitis	1	0,4
osteoporose	10	3,8
ziekte van Bechterew	21	8,0
weet ik niet	6	2,3
andere	15	5,7
comorbiditeit	57	22,3
Duur ziekte		
<i>M(SD)</i>	15,90 (12,21)	
range	2-72	

^a geen opleiding, basisonderwijs en lager beroepsonderwijs^b MAVO, middelbaar beroepsonderwijs, 5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum en gymnasium^c hoger beroepsonderwijs en WO

2.3 Meetinstrumenten

De bovenstaande demografische data werd verzameld in het kader van het PhD onderzoek van Roos Arends. Er werd daarbij een nadruk gelegd op het opleidingsniveau van de participanten, in verband met het tweede doel van deze studie. De antwoorden op de variabele opleidingsniveau (als indicator voor cognitieve capaciteit) werden onderverdeeld in

de categorieën laag (geen opleiding, basisonderwijs, lager beroepsonderwijs), middelbaar (MAVO, middelbaar beroepsonderwijs, 5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium) en hoog (hoger beroepsonderwijs, WO).

Voor de meting van dispositioneel goal management werden er vragenlijsten van Brandtstädter et al. (1990) en Wrosch et al. (2003) gebruikt.

2.3.1 Vignettenvragenlijst

Naast de schalen van Brandtstädter en Renner (1990) en Wrosch et al. (2003) werd een vragenlijst met drie artritis specifieke vignetten toegevoegd aan de vragenlijst die aan de patiënten werd gestuurd (zie Appendix). Deze vignetten vragenlijst is ontworpen door Arends et al. (2013b) op basis van twee eerdere studies naar bedreigde doelen van artritispatiënten. Daarbij zijn bij de drie hoofddomeinen ‘sociaal’, ‘vrije tijd’ en ‘onafhankelijk functioneren’ 11 levensgebieden naar voren gekomen waarin artritis patiënten moeilijkheden ervaren. Per hoofddomein werd een vignet over het meest generieke probleemgebied gekozen: een familie-vignet binnen het sociale domein, een vignet over vakantie binnen het vrije tijd domein en een vignet over tuinieren (als voorbeeld van een hobby) binnen het onafhankelijk functioneren domein. Elk vignet beschrijft een persoon met artritis, diens belangstellingen en de doelen die door de ziekte worden belemmerd. De vraag aan de patiënten was om per vignet maximaal zes mogelijke oplossingsstrategieën voor de in de vignetten beschreven problemen te bedenken en op te schrijven. Vervolgens moesten de patiënten op een 5-punt Likertschaal van 1 (*ik zou dit absoluut proberen*) tot 5 (*ik zou dit nooit proberen*) aangeven hoe waarschijnlijk ze elke gegeven oplossingsstrategie zelf zouden gebruiken. In een pre-test met artritispatiënten vertoonden de ontworpen vignetten een hoge face validity, begrijpelijkheid en herkenbaarheid (Arends et al., 2013b).

2.3.2 TENFLEX

De Tenacious Goal Pursuit Scale (TEN) en de Flexible Goal Adjustment Scale (FLEX) van Brandtstädter en Renner (1990) meten respectievelijk goal pursuit of goal maintenance (GM) en goal adjustment (GA). Beide schalen omvatten 15 items (zie eerste schaal in Appendix). De items 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 20, 22, 27 en 28 behoren tot de TEN-schaal en de items 1, 4, 8, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 29 en 30 bij de FLEX-schaal.

Een voorbeeld van een item uit de TEN-schaal is:

“Wanneer ik tegen problemen aanloop, span ik me gewoonlijk meer in.”

Een voorbeelditem uit de FLEX-schaal is:

“Ik kan mij vrij goed aan veranderde omstandigheden of plannen aanpassen.”

Elke stelling wordt beantwoord op een 5-punt Likertschaal van 1 (*geheel mee oneens*) tot 5 (*geheel mee eens*). De items 1, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 20, 22, 26 en 30 worden omgeschaald voor de data-analyse. De score wordt vervolgens berekend door per schaal de antwoorden op te tellen. Voor beide schalen zijn er dus scores van 15-75 punten mogelijk. Brandtstädter en Renner (1990) rapporteren een hoge interne consistentie met een Cronbach's alpha van 0.80 en 0.83 voor respectievelijk TEN en FLEX. In deze studie werd een Cronbach's alpha van 0.68 voor de TEN-subschaal en van 0.79 voor de FLEX-subschaal gevonden. De Guttman's lambda 6 was 0.74 voor de TEN en 0.82 voor de FLEX. Over het algemeen kan er dus worden geconcludeerd dat de interne consistentie van de TENFLEX voldoende was.

2.3.3 GAS

De Goal Adjustment Scale (GAS) van Wrosch et al. (2003) bevat schalen voor goal disengagement en goal re-engagement. Goal disengagement (GD) bestaat uit twee componenten (Wrosch et al., 2003): (1) de mentale onthechting van een niet meer haalbaar doel en (2) het stoppen van moeite doen om een onhaalbaar doel te bereiken. Goal re-engagement (GR) bestaat uit drie componenten (Wrosch et al., 2003): (1) het identificeren van nieuwe doelen, (2) de commitment aan deze nieuwe doelen en (3) actief moeite doen om deze doelen te bereiken. In totaal omvat de GAS dus 10 items, waarvan vier items over goal disengagement en zes items over goal re-engagement (zie tweede schaal in Appendix). Alle items worden beantwoord op een 5-punt Likertschaal van 1 (*geheel mee oneens*) tot 5 (*geheel mee eens*). De items 3 en 6 moeten worden omgeschaald voor de data-analyse. De scores worden vervolgens berekend door voor elke schaal apart de scores op te tellen. Voor GD kunnen scores van 4-20 worden behaald en voor de GR scores van 6-30. Volgens Wrosch et al. (2003) zijn de Cronbach's alpha van de goal disengagement-schaal en de goal re-engagement-schaal respectievelijk 0.84 en 0.86. In deze studie werd voor GD een Cronbach's alpha van 0.48 en voor GR een Cronbach's alpha van 0.89 gevonden. De Guttman's lambda 6 voor GD en GR werd respectievelijk 0.47 en 0.89. De interne consistentie van de GD-schaal werd laag, terwijl deze hoog bleek op de GR-schaal.

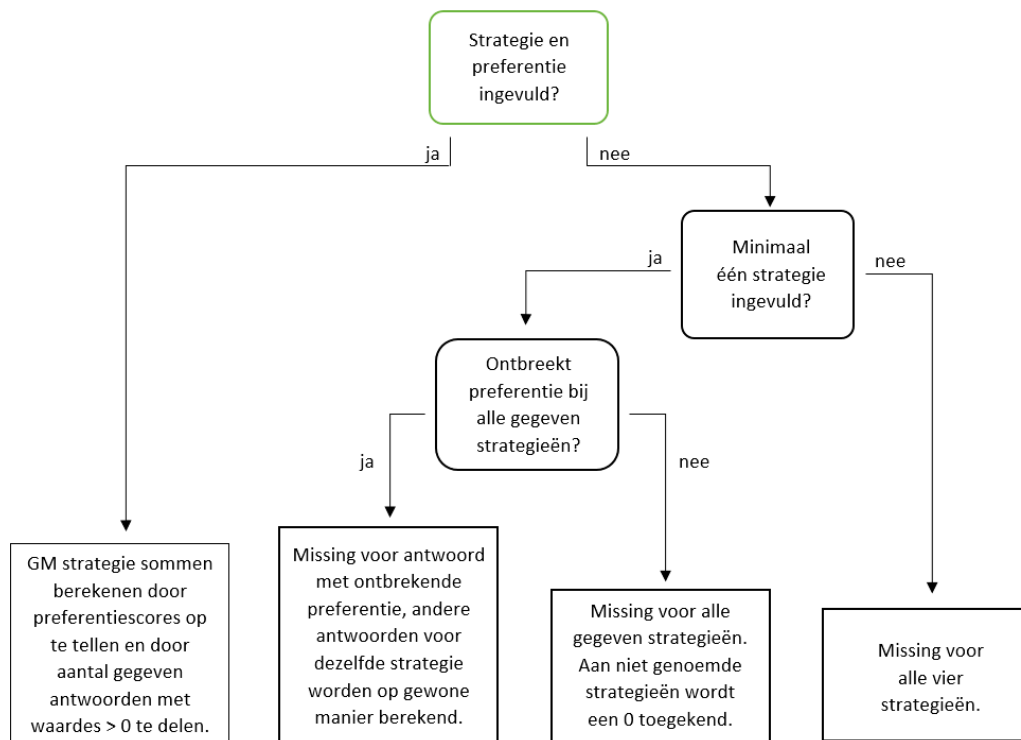
2.4 Analyse

2.4.1 Vignettenvragenlijst

De vignettenvragenlijst werd ingevoerd in Microsoft Excel 2010. Correspondierend met de vragenlijst werd er voor de preferentiescores een range gehanteerd van 1 (*ik zou dit absoluut proberen*) tot 5 (*ik zou dit nooit proberen*). Eerst werden alle scores op de Likertschaal omgeschaald, om zo de scores uit beide meetmethodes later makkelijker met elkaar te kunnen vergelijken. Vervolgens werden de scores lineair getransformeerd met -1. De resulterende range was 0 (*ik zou dit nooit proberen*) tot 4 (*ik zou dit absoluut proberen*). Op deze wijze werd verzekerd dat slechts het goal management gedrag dat personen waarschijnlijk in de praktijk toepassen werd gemeten. Waar iemand het gebruik van een strategie bij een bepaald vignet met *helemaal niet* heeft gescoord, werd er voor deze strategie een 0 toegekend. Het idee daarbij was dat mensen die een strategie niet hebben toegepast in een bepaald domein vermoedelijk niet over de gedragsrepertoire beschikken om de betreffende strategie te gebruiken.

De codering van de opgeschreven antwoorden naar goal management strategieën werd door twee onderzoekers uitgevoerd. Om voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te waarborgen, hebben deze onderzoekers de gegeven antwoorden eerst bediscussieerd en vervolgens een codeboek opgesteld. In dit codeboek werden per domein voorbeelden van representatieve antwoorden gegeven voor elk van de vier goal management strategieën. Nadat het codeboek was opgesteld hebben beide onderzoekers apart 10 procent van de antwoorden voor elke vignet gecodeerd. De codering en het codeboek van het familievignet moesten een tweede keer bediscussieerd worden, omdat er onvoldoende overeenstemming was tussen de onderzoekers na de eerste testcodering. Aan de hand van het aangepaste codeboek werd voldoende overeenstemming bereikt. Antwoorden die met geen van de bestaande goal management strategieën correspondeerden werden per domein in een restcategorie ingedeeld (Arends, 2013b). Daarna werden er voor elke persoon in totaal 15 scores berekend, waaronder per domein vier scores voor de vier goal management strategieën en een score voor de restcategorieën. Elke score is berekend door per domein de antwoorden voor elke strategie op te tellen en door het totaal aantal gegeven antwoorden voor de desbetreffende strategie in dat domein te delen (zie Figuur 1).

Figuur 1: Flowchart voor Berekening Scores uit Vignettenvragenlijst



Alleen waar een patiënt het antwoord *helemaal niet* had toegepast werd deze strategie niet meegerekend voor de deler. Op deze wijze heeft goal management strategie, onafhankelijk van de gegeven antwoorden, een mogelijke score van 0-4 gekregen. Vervolgens werd de berekende data naar IBM Statistical Package for the Social Sciences versie 20 (SPSS) geëxporteerd voor verdere analyse.

Zoals hierboven beschreven werden er voor elke persoon meerdere scores per vragenlijst berekend. Tijdens het toetsen van significante verschillen tussen de goal management strategieën en de drie verschillende domeinen werden er dus scores van dezelfde persoon met elkaar vergeleken. Hiermee dient rekening te worden gehouden tijdens de keuze van een geschikte toets. De meest voor de hand liggende toets, een enkelvoudige ANOVA, veronderstelt dat scores van elkaar onafhankelijk zijn. Aangezien er in dit onderzoek meerdere scores werden berekend per persoon en daardoor de veronderstelling van de ANOVA geschonden werd, moest er naar een alternatieve toets worden gezocht. De repeated measure ANOVA (rANOVA) leek een gepastere toets om de data uit dit onderzoek mee te analyseren, omdat deze toets rekening houdt met een eventuele samenhang tussen scores binnen een groep (Sullivan, 2008). Om in het kader van de het eerste deel van subvraag 1 naar mogelijke verschillen tussen domeinen en tussen strategieën te kijken werden meerdere rANOVA's uitgevoerd. Parallel werden alle variabelen nader onderzocht aan de hand van frequentietabellen en beschrijvende data. Daarbij bleek dat ongeveer 32% van de waarden ontbraken voor de

vignettenvragenlijst. Om na te gaan in hoeverre er een situationeel patroon van goal management blijkt uit de vignettenvragenlijst, werden daarnaast inter-item correlaties berekend voor de variabelen binnen de vignettenvragenlijst.

In het kader van het tweede doel van subvraag 1 werden correlaties berekend tussen de scores uit de gesloten vragenlijsten en de scores per domein uit de vignetten. Ook werd per strategie een gemiddelde score uit alle drie vignetten berekend. In verband met de eerste subvraag zouden voor deze scores correlaties worden berekend met de scores uit de gesloten vragenlijst. Het idee daarbij was dat de vignettenvragenlijst meer statistische overeenkomst met de gesloten vragenlijsten zou moeten vertonen naarmate situationele factoren buiten beschouwing worden gelaten.

Met oog op de tweede subvraag werd het hoge percentage ontbrekende waardes ander onderzocht. Hiervoor werd eerst een dichotome variabele aangemaakt waarmee werd onderscheiden tussen personen met complete data en personen die de vignetten niet compleet hadden ingevuld. Vervolgens werd nagegaan in hoeverre de groepen van elkaar verschillen met het oog op het opleidingsniveau. Ook werd gekeken in hoeverre personen die de vignetten niet in het kader van één van de vier goal management strategieën hebben ingevuld zich onderscheiden van personen die de vignetten wel in termen van goal management hebben ingevuld. Daarnaast werd een rANOVA uitgevoerd, waarbij rekening werd gehouden met de invloed van het opleidingsniveau.

2.4.2 TENFLEX en GAS

De data uit de vragenlijsten van Brandtstädter en Renner (1990) en Wrosch et al. (2003) werd geanalyseerd met behulp van SPSS. Eerst werd er voor beide gesloten vragenlijsten een *missing value analysis* uitgevoerd. Het percentage van ontbrekende waardes voor alle items bleek tussen 1.5 en 3 procent te liggen, met een gemiddelde van 2.3 procent. Little's *missing completely at random test* (MCAR) liet zien dat er een bepaald patroon bestaat in het ontbreken van waarden in de TENFLEX en de GAS met $X^2(df=768) = 922.85; p > .0001$. Er bleek dus geen sprake te zijn van een random patroon van ontbrekende waarden. In het geval van een toevallig patroon van ontbrekende waarden is het invullen van waarden door middel van *multiple imputation* doorgaans een geschikte methode (Schafer, 1999). In gevallen van een niet-toevallig patroon kan de substitutie van ontbrekende waarden door middel van multiple imputatie een bias opleveren welke zelfs groter is dan het gebruiken van de slechts aanwezige data gebruiken (Sterne et al., 2009). Bij schalen waarvan minimaal 75 procent van de data

aanwezig was, werd er daarom voor gekozen om de ontbrekende waarden te vervangen door het gemiddelde van de schaal.

Vervolgens werden voor alle vier goal management strategieën aparte variabelen aangemaakt door de respectievelijke scores uit de subschalen op te tellen. Ook werden de somscores gestandaardiseerd door de score van elke schaal door het aantal items van dat schaal te delen. In verband met het eerste deel van subvraag 1 werden vervolgens frequentietabellen en beschrijvende data zoals gemiddelden, standaardafwijkingen, minimaal- en maximaalscores en somscores berekend. Om te kijken of de gestandaardiseerde scores voor de vier goal management strategieën van elkaar verschillen werd een repeated measure ANOVA uitgevoerd. Aansluitend werden onderlinge Pearson correlatiecoëfficiënten voor GM, GA, GD en GR berekend.

3. Resultaten

In verband met het eerste deel van subvraag 1 werden de vignettenvragenlijst (zie 3.1) en de gesloten vragenlijsten (zie 3.2) eerst apart onderzocht, om een idee te krijgen van de antwoordpatronen die uit de situationele en de gesloten vragenlijsten naar voren kwamen. De reden voor deze analyse was het idee dat gesloten vragenlijsten een incompleet beeld geven van de diversiteit in goal management gedrag. Bij stap 2 werden de methodes vervolgens met elkaar vergeleken (zie 3.3). Tot slot werd er in verband met de tweede subvraag nagegaan in hoeverre het al dan niet goed invullen van de vignettenvragenlijst door verschillende niveaus van cognitieve capaciteit kan worden verklaard (zie 3.4).

3.1 Antwoordpatronen binnen de vignettenvragenlijst

Om in kaart te brengen in hoeverre de personen verschillen met betrekking tot hun repertoire aan oplossingen op verschillende domeinen, was er als eerste stap tijdens de analyse een frequentietabel opgesteld. Tabel 2 laat zien dat er in totaal 1221 antwoorden werden gegeven over alle vignetten. Ongeveer een derde van deze antwoorden betrof de strategieën goal maintenance en goal adjustment. Ongeveer een vijfde van de antwoorden betrof goal disengagement strategieën. Goal re-engagement strategieën werden het minst genoemd en vormden 10 procent van alle antwoorden. Binnen het familievignet betrof ongeveer een derde van de antwoorden goal adjustment en goal re-engagement. De antwoordpercentages bij goal maintenance en goal disengagement waren bijna gelijk. Meer dan 70 procent van de gegeven antwoorden binnen het vakantievignet betroffen goal maintenance en goal adjustment strategieën. Het verschil tussen de twee strategieën was nihil. Daarnaast werden deze strategieën respectievelijk meer dan twee keer en meer dan tien keer zo vaak genoemd als goal disengagement en goal re-engagement. Bij het hobbyvignet betrof het grootste aantal antwoord goal maintenance. Ongeveer een kwart van de antwoorden ging over goal adjustment en goal disengagement. De strategie goal re-engagement werd in dit domein maar door één persoon genoemd. Samenvattend kan er worden geconstateerd dat de verhouding tussen het aantal genoemde strategieën binnen het familievignet het meest evenwichtig was. Binnen het vakantievignet en het hobbyvignet werd goal re-engagement daarentegen nauwelijks toegepast, terwijl er meer gebruik gemaakt werd van de drie resterende strategieën. Daarnaast blijkt uit de tabel dat de meeste oplossingen werden bedacht voor het familievignet en het hobbyvignet.

Tabel 2

Frequenties en Percentages van Antwoorden voor Vignettenvragenlijst

	Familievignet	Vakantievignet	Hobbyvignet	Totaal aantal antwoorden
	Aantal antwoorden (%)	Aantal antwoorden (%)	Aantal antwoorden (%)	(%)
Goal Maintenance	90 (19)	148 (36)	180 (38)	418 (31)
Goal Adjustment	130 (28)	147 (35)	113 (24)	390 (29)
Goal Disengagement	93 (20)	59 (14)	127 (27)	279 (21)
Goal Re-Engagement	122 (26)	11 (3)	1 (0)	134 (10)
Restcategorie	33 (7)	51 (12)	47 (10)	131 (10)
Totaal aantal antwoorden	435 ^a	365 ^b	421 ^c	1221

^a 402 gegeven antwoorden in termen van goal management strategieën^b 314 gegeven antwoorden in termen van goal management strategieën^c 374 gegeven antwoorden in termen van goal management strategieën

Tabel 3 laat verschillen zien in de preferentie voor de vier goal management strategieën per domein. Uit de tabel blijkt dat er binnen alle drie vignetten significante verschillen bestonden tussen de preferentie van de vier goal management strategieën. Deze verschillen werden nader onderzocht om na te gaan welke gemiddelde goal management scores daadwerkelijk significant van elkaar verschilden. Er was hierbij een post-hoc analyse uitgevoerd door betrouwbaarheidsintervallen voor de verschillen op te stellen aan de hand van de methode van Bonferroni.

Tabel 3

Repeated Measure ANOVA's voor Verschillen in Goal Management Binnen Domeinen bij Vignettenvragenlijst

		<i>M (SD)</i>						
	<i>N</i>	Goal Maintenance	Goal Adjustment	Goal Disengagement	Goal Re- Engagement	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Familievignet	162	1,28 (1,69)	1,88 (1,78)	,85 (1,46)	1,57 (1,80)	159	12,80	<0,0005
Vakantievignet	169	1,49 (1,73)	1,83 (1,72)	,49 (1,18)	,16 (,73)	166	61,86	<0,0005
Hobbyvignet	165	2,01 (1,76)	1,75 (1,72)	,92 (1,42)	,06 (,45)	162	110,92	<0,0005

Note. Voor elk vignet werd een aparte repeated measure ANOVA uitgevoerd.

Tabel 4 laat zien dat het aanpassen van doelen bij alle domeinen meer geprefereerd werd dan het loslaten van een doel en het zoeken van een nieuw doel. De enige uitzondering was het familievignet, waarbij geen significante verschillen werden gevonden tussen aanpassen en het zoeken van een nieuw doel.

Binnen het vakantievignet en het hobbyvignet werd het vasthouden van doelen meer geprefereerd dan het loslaten van doelen en het zoeken van nieuwe doelen. Voor het familievignet was dit patroon niet aangetoond. Voorts werden voor het vakantievignet en het hobbyvignet vaker oude doelen los gelaten dan nieuwe doelen geïdentificeerd en nagestreefd. Bij het familievignet werd juist vaker gebruik gemaakt van de strategie nieuw doel in plaats van het loslaten van een oud doel.

Tabel 4

Post-Hoc Analyse voor Binnen-Domein Repeated Measures ANOVA's

	95% BI
Familievignet	
GA - GM	,53 - 1,16
GA - GD	,56 - 1,16
GR - GD	,25 - 1,19
Vakantievignet	
GM - GD	,54 - 1,48
GM - GR	,93 - 1,74
GA - GD	,94 - 1,76
GA - GR	1,29 - 2,10
GD - GR	,05 - ,60
Hobbyvignet	
GM - GD	,59 - 1,60
GM - GR	1,57 - 2,34
GA - GD	,35 - 1,31
GA - GR	1,31 - 2,06
GD - GR	,55 - 1,16

Note. Voor elk vignet werd een aparte repeated measure ANOVA uitgevoerd

Tabel 5 is gerelateerd aan tabel 2. Terwijl tabel 2 aantallen van gegeven strategieën laat zien zonder rekening te houden met bijbehorende preferentiescores, laat tabel 5 de preferenties bij de gegeven antwoorden zien zonder rekening te houden met het aantal gegeven antwoorden. De bedoeling daarbij was om vaststellen of de patiënten bepaalde strategieën met grotere waarschijnlijkheid gebruiken dan andere, ook al waren dit misschien niet de meest genoemde

Tabel 5

Repeated Measure ANOVA voor Verschillen in Goal Management Tussen Domeinen bij

Vignettenvragenlijst

Variabelen	N	M(SD)				df	F	p
		Familievignet	Vakantievignet	Hobbyvignet	Alle vignetten			
Goal Maintenance	160	1,26 (1,69)	1,45 (1,70)	2,03 (1,76)	1,58 (1,17)	158	10,52	<0,0005
Goal Adjustment	163	1,78 (1,78)	1,88 (1,71)	1,70 (1,72)	1,79 (1,24)	161	,65	,525
Goal Disengagement	156	,79 (1,41)	,50 (1,18)	,94 (1,45)	,75 (,92)	154	5,60	,004
Goal Re-Engagement	166	1,51 (1,79)	,16 (,73)	,06 (,45)	,58 (,69)	164	52,51	<0,0005

Note. Voor elke goal management strategie werd een aparte repeated measure ANOVA uitgevoerd.

strategieën. Daarnaast laat tabel 5 als aanvulling op tabel 3 zien wat de gemiddelde scores waren van elke goal management strategie per domein. Ook worden per goal management strategie gemiddelde preferentiescores over alle drie domeinen heen getoond. Een variantieanalyse en de bijbehorende post-hoc analyse voor deze variabelen heeft laten zien dat vasthouden en aanpassen significant meer werden geprefereerd dan loslaten en nieuw doel ($F(3,144) = 56,09$; $p < 0,0005$).

Uit tabel 5 blijkt dat de scores van de goal management strategieën vasthouden, loslaten en nieuw doel verschilden per vignet. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de drie domeinen voor het aanpassen van het doel. De gevonden afwijkingen werden vervolgens beter in kaart gebracht door betrouwbaarheidsintervallen voor de verschillen tussen de vignetten op te stellen.

Tabel 6

Post-Hoc Analyse voor Tussen-Domein Repeated Measure ANOVA's

	95% BI
Goal Maintenance	
$H^a - F^b$	,33 – 1,21
$H^a - V^c$	,19 - ,97
Goal Disengagement	
$H^a - V^c$	,12 - ,77
Goal Re-Engagement	
$F^b - V^c$	1,00 – 1,70
$F^b - H^a$	1,11 -1,80

Note. Voor elk goal management strategie werd een aparte repeated measure ANOVA uitgevoerd.

^a Hobbyvignet

^b Familievignet

^c Vakantievignet

Tabel 6 laat zien dat zowel het vasthouden van doelen als het loslaten van doelen bij het hobbyvignet meer geprefereerd werd dan bij het vakantiedomein. Ook werd vasthouden meer geprefereerd bij het hobbyvignet dan bij het familievignet. De strategie nieuw doel werd bij het familievignet significant meer geprefereerd dan bij het vakantievignet en het hobbyvignet.

Samenvattend konden twee globale patronen worden aangetoond aan de hand van de analyses van antwoordpatronen binnen de vignettenvragenlijst. Zo werden er significante verschillen gevonden tussen zowel de goal management strategieën binnen de drie domeinen als de preferenties per goal management strategie tussen de domeinen. Daarnaast werden voor sommige goal management strategieën en domeinen beduidend meer antwoorden gegeven dan voor andere strategieën of domeinen.

Tabel 7

Pearson's Product Moment Correlaties voor Vignettenvragenlijst en Gesloten Vragenlijsten per Domein

	N	M (SD)	Gest. M (SD)	Familievignet				Vakantievignet				Hobbyvignet				Alle vignetten				Gesloten vragenlijsten			
				GM	GA	GD	GR	GM	GA	GD	GR	GM	GA	GD	GR	GM	GA	GD	GR	GM	GA	GD	GR
Gesloten vragenlijsten																							
GM ^a	250	41,20 (4,90)	2,75 (,33)	,01	,15*	-,05	,02	-,05	-,07	-,06	,07	-,01	-,04	-,07	-,01	-,03	,02	-,10	,04	—			
GA ^b	250	48,69 (6,05)	3,25 (,40)	,02	,04	,01	,12	,01	,01	,09	-,04	-,05	,01	,03	,09	,02	,03	,08	,10	,34**	—		
GD ^c	255	10,50 (1,87)	2,63 (,47)	,12	-,01	,03	,00	-,05	,06	,03	,00	,04	-,03	,03	,14	,02	-,03	,03	,03	,11	,25**	—	
GR ^d	255	21,56 (3,38)	3,59 (,56)	-,00	,16*	,13	,26**	,17*	,16*	,02	,04	,15*	,21**	,09	-,00	,16*	,21**	,12	,23**	,08	,44**	,24**	—

^aTenacious goal pursuit scale (Brandtstädter & Renner, 1990)

^bFlexible adjustment scale (Brandtstädter & Renner, 1990)

^cGoal disengagement scale (Wrosch et al., 2003)

^dGoal re-engagement scale (Wrosch et al., 2003)

* $p < 0.05$.

** $p < 0.01$.

3.2 Antwoordpatronen binnen de gesloten vragenlijsten

Om het antwoord te vinden op de eerste subvraag, was er behalve binnen de vignettenvragenlijst ook gekeken naar antwoordpatronen binnen de gesloten vragenlijsten van Brandtstädter en Renner (1990) en Wrosch et al. (2003). De beschrijvende data voor de gesloten vragenlijsten staat in de linkerhelft van tabel 7. Om na te gaan of de gestandaardiseerde gemiddelden significant van elkaar verschilden werd een repeated measure ANOVA uitgevoerd. Uit de variantieanalyse bleek dat de scores op de vier goal management strategieën inderdaad significant van elkaar afweken met $F(3,242) = 280,23$; $p < 0,0005$. Om meer inzicht te krijgen in dit patroon werden er vervolgens betrouwbaarheidsintervallen opgesteld voor de verschillen tussen de gestandaardiseerde gemiddelden.

Tabel 8

Post-Hoc Analyse voor Repeated Measures ANOVA bij gesloten vragenlijsten

	95% BI
GM – GD	,26 – 0,23*
GA – GM	,43 – ,58**
GA – GD	,54 – ,72**
GR – GM	,73 – ,95**
GR – GA	,25 – ,43**
GR – GD	,86 – 1,08**

* Gevonden verschil significant met $p < 0.05$.

**Gevonden verschil significant met $p < 0.01$.

Uit de betrouwbaarheidsintervallen in tabel 8 blijkt dat goal re-engagement in de gesloten vragenlijsten significant hogere scores had dan goal maintenance, goal adjustment en goal disengagement. Goal adjustment had significant hogere scores dan goal maintenance en goal disengagement. Ook goal maintenance had significant hogere scores dan goal disengagement. Uit de rechterkolom in tabel 7 blijkt daarnaast dat de scores van de goal management strategieën binnen de gesloten vragenlijsten matig positief met elkaar samenhangen. Samenvattend kan er wat betreft de gesloten vragenlijsten worden gesteld dat de preferenties voor de goal management strategieën grotendeels significant van elkaar afweken.

3.3 Verschillen in patronen tussen de meetmethodes

Tabel 7 toont correlatiecoëfficiënten voor de vier scores op de gesloten vragenlijsten en de twaalf scores op de vignettenvragenlijst. De enige significante correlatie die werd gevonden tussen corresponderende goal management strategieën was die voor nieuw doel, met $r = .26$.

Daarnaast werden er lage correlaties gevonden voor goal re-engagement uit de GAS en de scores voor vasthouden van het doel en aanpassen van het doel bij het vakantie-vignet en het hobby-vignet. Verder leken de scores voor aanpassen van het doel voor het familie-vignet laag, maar significant gerelateerd te zijn aan de scores voor goal maintenance en goal re-engagement uit de gesloten vragenlijsten. De bedoeling om de gemiddelde preferentiescores te berekenen was om het *algemeen* patroon van goal management in de vignettenvragenlijst in kaart te brengen. De vier resulterende scores werden vervolgens gecorreleerd met de scores uit de gesloten vragenlijsten. Voor goal re-engagement werd een lage correlatie gevonden tussen de gemiddelde preferentiescores van alle vignetten en de gesloten vragenlijsten. Andere goal management strategieën lieten geen significante samenhangen tussen beide vragenlijsten zien.

Er kan worden geconcludeerd dat de resultaten erop wijzen dat er nauwelijks samenhang bestaat tussen de goal management scores uit de twee meetmethodes.

3.4 De meetmethodes in de praktijk – de rol van de cognitieve capaciteit

Een groep van $N_1 = 50$ heeft tijdens het invullen van de vignetten om de een of andere reden slechts een strategie gekozen, zonder daar een preferentie bij te noemen. Ook werden soms gehele domeinen niet beantwoord. Deze groep was voornamelijk interessant voor het beantwoorden van de vraag in hoeverre opleidingsniveau samenhangt met het al dan niet beantwoorden van de vignettenvragenlijst. Een groep van $N_2 = 212$ had de vignetten wel volledig ingevuld. Een chi-kwadraat toets heeft aangetoond dat de mensen in beide groepen niet verschilden met betrekking tot hun opleidingsniveau (met $X^2(df=2) = 5,05; p = .08$).

Een groep van 52 personen had de vignettenvragenlijst wel ingevuld, maar gaf antwoorden welke niet in één van de vier goal management strategieën konden worden ingedeeld. Redenen daarvoor waren onder andere dat de antwoorden onduidelijk waren of dat de persoon de vraag niet goed had begrepen. Om na te gaan of dit samenhang met een lagere cognitieve capaciteit werd een chi-kwadraat toets uitgevoerd. Ook deze toets toonde aan dat het opleidingsniveau geen rol speelt bij het al dan niet goed invullen van de vragenlijst ($X^2(df=2) = ,44; p = .80$).

Er kan dus worden gesteld dat noch de groep mensen die de vignetten onvolledig heeft ingevuld, noch de groep mensen die de vignetten niet in termen van de goal management strategieën heeft ingevuld significant verschilt van de groep die de vignetten wel goed heeft ingevuld met betrekking tot het opleidingsniveau.

4. Conclusie en Discussie

In dit hoofdstuk zullen eerst de conclusies worden besproken die op basis van de resultaten kunnen worden getrokken. Vervolgens zullen er sterke en zwakke punten van dit onderzoek worden genoemd en zal er op het eigen onderzoeksproces worden gereflecteerd.

Het uitgangspunt van deze studie was om een nieuw ontworpen vignettenvragenlijst over goal management bij polyartritispatiënten te vergelijken met reeds gevalideerde kwantitatieve meetmethodes naar goal management. Daarbij werd volgende onderzoeksvraag gehanteerd:

Wat zijn de verschillen en overeenkomsten in de resultaten van dispositionele en situationele vragenlijsten ter meting van goal management strategiegebruik en welke implicaties zijn daaraan verbonden met betrekking tot de validiteit?

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden werden de vignettenvragenlijst en de vragenlijsten van Brandtstädter en Renner (1990) en Wrosch et al. (2003) afgenomen bij een Twentse steekproef met polyartritispatiënten. De resultaten tonen aan dat er nauwelijks samenhang bestaat tussen het goal management dat personen tussen verschillende situaties laten zien en hun algemene stijl op gebied van goal management. Zo gaven de participanten aan goal re-engagement de meeste voorkeur binnen de gesloten vragenlijsten, terwijl goal-re-engagement in de vignettenvragenlijst bijna uitsluitend werd geprefereerd in het sociale domein. Dit patroon heeft de enige significante samenhang tussen beide vragenlijsten laten zien. Over het algemeen werd goal re-engagement het minst geprefereerd in de vignettenvragenlijst. Goal adjustment was over het algemeen een redelijk geprefereerde strategie in de vignettenvragenlijst en kreeg eveneens hoge scores in de gesloten vragenlijsten. De voorkeur voor goal maintenance was domein-specifiek en over het algemeen hoger dan in de gesloten vragenlijsten. Goal disengagement maakte in de vignettenvragenlijst wel redelijk deel uit van het gedragsrepertoire maar werd weinig geprefereerd. Lijkend op de vignettenvragenlijst werd goal disengagement in de gesloten vragenlijsten het minst goed gevonden.

Naast verschillen in goal managementpatronen tussen de meetmethodes werd binnen dit onderzoek de nadruk gelegd op het gebruik van de vignettenvragenlijst in de praktijk. Uitgaande van de veronderstelling dat het invullen van een open vragenlijst met meer moeite gepaard gaat dan het invullen van een gesloten vragenlijst, werd er onderzocht in hoeverre het opleidingsniveau (als indicator voor cognitieve capaciteit) in samenhang staat met het al dan

niet goed invullen van de vignettenvragenlijst. Een aanwijzing was het hoge percentage ontbrekende waarden, namelijk ongeveer 32%. De analyses hebben echter aangetoond dat het opleidingsniveau geen samenhang vertoont met het al dan niet goed invullen van de vignettenvragenlijst.

Het tweede deel van de onderzoeksvraag, de vraag naar de implicaties van de resultaten voor de validiteit van de vignettenvragenlijst, is niet rechtstreeks vanuit de data te beantwoorden. Veelmeer vraagt dit deel om interpretatie van de gevonden patronen. Enerzijds zouden de lage correlaties die in dit onderzoek werden gevonden kunnen wijzen op het bestaan van een voornamelijk situationeel bepaald patroon van goal management. Uit de resultaten bleek namelijk dat iemand duidelijk kan verschillen in diens patroon en mate van goal management per domein. Statistisch gezien zou dit, zoals vermeld in de inleiding, gepaard moeten gaan met een hoge binnen-persoon variabiliteit en een lage tussen-persoon variabiliteit. Per definitie kunnen de resultaten uit de repeated measure ANOVA geen uitkomst geven over de tussen-persoon variabiliteit. Wel bleek dat er zowel tussen domeinen (*i.e.* situaties) als binnen elk van de drie domeinen sprake is van een hoge variabiliteit.

Anderzijds zou de lage overeenstemming tussen de scores op een lage constructvaliditeit van de vignettenvragenlijst kunnen duiden. Een schaal die hetzelfde construct beoogt te meten als een reeds gevalideerde schaal zou hier meer samenhang mee moeten vertonen naarmate de gelijkenissen tussen beide schalen toenemen (Cohen & Swerdlik, 2010). De gemiddelde vignettenscores bleken echter niet sterker dan de situationele vignettenscores te correleren met de gesloten vragenlijsten. Ondanks dat de resultaten dus wijzen op een situationeel patroon van goal management, kan dit niet worden gevalideerd aan de hand van de gesloten vragenlijsten. Dit zou de vraag kunnen opwerpen in hoeverre de resultaten van dit onderzoek kunnen worden vertrouwd.

Mogelijk kan het antwoord op deze vraag worden ontleend aan onderzoek van Fleeson (2004) in het kader van de oplossing van het persoon-situatie debat. Fleeson (2004) heeft, overeenkomend met onderzoeken van situationisten zoals Walter Mischel, laten zien dat het gedrag dat een persoon in de ene situatie vertoont een slechte voorspeller is voor gedrag dat dezelfde persoon in een andere situatie vertoont. Een benadering waarbij het gedrag over situaties werd gemiddeld had daarentegen een veel hogere voorspellende waarde. Dit effect trad echter pas op toen de data zich vermeerderde nadat er gedurende ongeveer een week meerdere malen per dag data verzameld. Fleeson (2004) concludeerde dat momentele psychologische processen op het situatieniveau meer invloed uitoefenen op gedrag dan dat persoonlijke factoren dat doen. Op het niveau van algemene tendenties zouden gemiddelde scores van een groot

aantal verschillende situaties daarentegen veel meer voorspellende waarde hebben dan situationele factoren. In die zin spelen zowel situationele als persoonlijke factoren een rol in gedrag naarmate men zich meer concentreert op algemene neigingen tot gedrag of op gedrag in een bepaalde situatie.

Rekening houdend met deze bevindingen lijkt er een antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen worden gegeven. Zo lijkt de hierboven beschreven accumulatie van scores op drie verschillende situaties onvoldoende om een algemeen patroon van goal management te kunnen schetsen. Zodoende was er geen hogere correlatiecoëfficiënt te verwachten en spreekt dit niet tegen de validiteit van de vignettenvragenlijst. De resultaten maken het aannemelijk dat het domein-specifieke goal management dat de vignettenvragenlijst beoogt te meten duidelijk afwijkt van het goal management dat wordt gemeten met dispositionele vragenlijsten. In die zin zouden de vignettenvragenlijst en de gesloten vragenlijsten verschillende aspecten meten van het concept “goal management”.

Sinds de start van het persoon-situatie-debat in de jaren zestig (vgl. Mischel, 1968) vragen onderzoekers zich al af in welke mate situationele en dispositionele factoren ons dagelijks handelen beïnvloeden. Dit onderzoek heeft laten zien dat het meten van goal management door middel van kwalitatieve meetmethodes zoals vignetten een veelbelovende manier is om situationele verschillen in goal management op te sporen. Zo kon er worden aangetoond dat situationele factoren een duidelijke invloed kunnen hebben op zowel de preferentie van bepaalde goal management strategieën als de frequentie waarmee deze worden gebruikt. Sterker nog, het werd aangetoond dat deze effecten doorgaans over het hoofd worden gezien door dispositionele meetmethodes. Deze bevinding is voornamelijk waardevol omdat het gebruik van sommige goal management strategieën met een betere adaptatie aan artritis gepaard gaat dan het gebruik van andere strategieën. Ook leek flexibiliteit in het gebruik van goal management een centrale rol te spelen in adaptatie (Arends et al., 2013c). Door te kijken naar situationele verschillen in goal management, kunnen bepaalde domeinen die een ongunstig en minder flexibel patroon van goal management laten zien worden geïdentificeerd en door middel van psychologische interventies worden benaderd. Zo lijkt de negatieve impact van beperkingen in het dagelijks functioneren te verschillen voor verschillende levensgebieden. In bijzonder beperkingen om met andere mensen in contact te treden en vrije tijd activiteiten te doen zijn gerelateerd aan het ervaren van meer depressieve symptomen op een later tijdstip (Katz & Yelin, 2001). Het valt te vermoeden dat deze samenhang in bijzonder duidelijk is als activiteiten in deze levensgebieden worden opgegeven zonder nieuwe activiteiten te vervolgen (Neter, Litvak, & Miller, 2009). Onderzoek heeft daarnaast laten zien dat de verhouding tussen

de mate aan goal maintenance en goal adjustment niet per se met een bepaald mate aan adaptiviteit gepaard gaat. Veelmeer lijken individuele situationele factoren een belangrijke rol te spelen welke verhouding tussen goal maintenance en goal adjustment het meest adaptief is (van Heyl, Wahl, & Mollenkopf, 2007).

Concluderend pleiten zowel de bevindingen van Katz en Yelin (2001) als de bevindingen van Van Heyl et al. (2007) voor een benadering die meer rekening houdt met situationele verschillen. Voor vervolgonderzoek is dus aan te bevelen om na te gaan in hoeverre goal management in verschillende domeinen samenhangt met indicatoren voor adaptatie aan artritis. In relatie tot de bevindingen van Katz et al. (2009) zou er ook kunnen worden nagegaan in hoeverre deze verbanden worden gemodereerd door de belangstelling die mensen voor een bepaalde domein hebben.

Er kunnen meerdere sterke kanten van dit onderzoek worden genoemd. Ten eerste de gebruikte steekproef, welke met een grootte van $N = 262$ redelijk groot en tegelijkertijd heterogeen was op een groot aantal gemeten variabelen. Daarnaast is het een sterk punt dat de personen in de steekproef niet werden verdeeld over verschillende condities tijdens het vergelijken van de twee vragenlijsten. Door het gebruik van een onderzoekszopzet met herhaalde metingen zouden er immers beduidend minder alternatieve verklaringen en mogelijke biases voor de gevonden effecten kunnen worden aangehaald. Met andere woorden: Er kan met een grotere overtuiging worden beredeneerd dat de verschillen die tussen de vragenlijsten werden gevonden te verklaren zijn door de verschillende stijlen van goal management. Echter, een dergelijk onderzoekszopzet vereist een datamethode welke rekening kan houden met de binnenpersoon correlaties. Was dit niet het geval, dan zouden de analyses een kleiner onderscheidend vermogen hebben (Sullivan, 2008). Gelukkig werd met de rANOVA een geschikte manier gevonden om de data op een methodologisch zuivere en verantwoorde manier te analyseren. In combinatie met de gerandomiseerde en heterogene steekproef waaruit veel informatie werd verkregen, is het dus verantwoord om de bevindingen uit dit onderzoek te generaliseren naar andere artritis patiënten.

Een andere sterke kant van dit onderzoek is het innovatieve karakter. Zo is er voor het eerst onderzoek uitgevoerd naar domein-specifiek goal management bij artritispatiënten. De keuze voor deze benadering wordt duidelijk gesteund door de gevonden situationele patronen.

Naast deze positieve aspecten van het onderzoek moeten ook kanttekeningen bij dit onderzoek worden geplaatst.

Een eerste beperking van dit onderzoek is de operationalisatie van de variabele cognitieve capaciteiten aan de hand van het opleidingsniveau. Immers, mensen behouden hun

opleidingsniveau ondanks dat onderzoek aantoonde dat de cognitieve capaciteiten verminderen in de loop der tijd (Sander, Lindenberg, & Werkle-Bergner, 2012). Voor vervolgonderzoek kan dus worden aanbevolen om actuelere en directere indicatoren van cognitieve capaciteiten te gebruiken. Daarnaast zou een vervolgonderzoek zich moeten richten op het vinden van nieuwe factoren die samenhangen met het al dan niet goed invullen van de vignettenvragenlijsten.

Verder werd de psychometrische kwaliteit van de TENFLEX bekritiseerd door Müller et al. (2004) en werd het verschil tussen de twee constructen in twijfel getrokken. Deze kritiek werd door Henselmans et al. (2009) opnieuw opgepakt. Henselmans et al. (2009) bekritisieren de inhoudsvaliditeit van de TENFLEX en stellen dat de concepten goal maintenance en goal adjustment onduidelijk gedefinieerd zijn en gedeeltelijk met elkaar overlappen. Een aanwijzing daarvoor was volgens de onderzoekers ook de lage face validity omdat items uit beide schalen moeilijk uit elkaar kunnen worden gehaald. Verder leek de manier waarop de items zijn geformuleerd (*i.e.* positief of negatief) evenveel samen te hangen met de scores als de twee factoren zelf. Daarnaast had de goal disengagement schaal uit de GAS een lage interne consistentie. Rekening houdend met de betrouwbaarheid van de schaal zou dit een reden kunnen zijn voor de lage scores die er op GD werden gevonden. Bij een nadere inspectie van de schaal kon er echter geen item worden aangewezen dat verantwoordelijk werd voor de lage interne consistentie.

Bovenstaande kritiek maakt duidelijk dat het mogelijk niet verantwoord was de vignettenvragenlijst te valideren door zijn interactie met de gesloten vragenlijst vast te stellen. Vervolgens kunnen de gevonden correlaties alléén worden geïnterpreteerd mits met deze kritiek rekening wordt gehouden. Voorts moet rekening worden gehouden dat het vaststellen van constructvaliditeit door middel van convergente en divergente validiteit bekritiseerd wordt. Zo zou de focus tijdens validering van een instrument vooral op diens inhoudsvaliditeit gelegd moeten worden voordat andere statistische analyses worden gedaan (Wacker, 2004). Het idee daarbij is dat het niet doelmatig is om overeenkomsten tussen meetinstrumenten te meten als de concepten die de schalen beogen te meten niet op een verantwoorde manier zijn gedefinieerd. Zoals eerder vermeld lijkt de inhoudsvaliditeit van de TENFLEX beperkt (Henselmans et al., 2009). Toch werden de conceptuele definities van Brandtstädter en Renner (1990) gebruikt tijdens de codering van de vignettenvragenlijst. Dit zou een lagere inhoudsvaliditeit van de vignettenvragenlijst tot gevolg kunnen hebben gehad. Onderzoek van Arends et al. (2013b) heeft echter aangetoond dat de vier goal management strategieën een redelijk compleet van de antwoorden uit de vignettenvragenlijst geven. Niettemin zouden voor vervolgonderzoek met de

vignettenvragenlijst betere coderingscriteria voor goal management geïnventariseerd kunnen worden.

Ondanks de hiervoor vermelde kritiekpunten heeft dit onderzoek laten zien dat domein-specifiek en dispositioneel goal management duidelijk van elkaar verschillen. Bovendien mag het uitgangspunt van de ontwikkeling van de vignettenvragenlijst niet over het hoofd worden gezien. Zo zijn de vignetten ontworpen vanuit het idee dat goal management mogelijk geen algemeen patroon laat zien, maar dat het door situationele factoren zou kunnen worden beïnvloed. Deze factoren zijn wederom gerelateerd aan verschillende indicatoren van adaptatie aan artritis. Geschikte indicatoren zijn de afwezigheid van psychologische stoornissen, de waarneming van zin in het leven, positieve veranderingen die de ziekte met zich mee brengt (De Ridder, Geenen, Kuijer, & van Middendorp, 2008) als een positieve affect, de mate van participatie in de gezelschap en participatie op werk (Arends, Bode, Taal, & van de Laar, 2013).

De kritiek die op de TENFLEX en de GAS wordt geleverd maakt duidelijk dat er geen gouden standaard is bij het meten van goalmanagement en dat juist het zoeken naar alternatieve meetmethodes zeer van belang is. Dit onderzoek heeft daarnaast geïllustreerd dat het inventariseren van convergente en divergente validiteit behulpzaam kan zijn, maar dat de correlaties voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd. Sterker nog, de bevindingen van dit onderzoek hebben aangetoond dat het referentiekader waarbinnen een meetinstrument is ontworpen fundamenteel samenhangt met de bevindingen die dat instrument zal opleveren, maar ook, niet zal opleveren. Dit onderzoek heeft laten zien dat het benaderen van een construct vanuit een ander referentiekader een grote hoeveelheid nieuwe informatie over het betreffende construct kan opleveren. In vervolgonderzoek zou kunnen worden nagegaan in hoeverre domein-specifiek goal management en dispositioneel goal management verschillen met betrekking tot hun samenhang met indicatoren van adaptatie. Voorts zou op basis van deze bevindingen kunnen worden nagegaan wanneer welke benadering het beste kan worden ingezet.

Referenties

- Arends, R. Y., Bode, C., Taal, E., & Van De Laar, M. A. F. J. (2013a). A goal management intervention for polyarthritis patients: Rationale and design of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(239). doi:10.1186/1471-2474-14-239
- Arends, R. Y., Bode, C., Taal, E., Van De Laar, M. A. F. J. (2013b). *Exploring preferences for domain-specific goal management in patients with polyarthritis: What to do when an important goal becomes threatened?*. Manuscript submitted for publication.
- Arends, R. Y., Bode, C., Taal, E., & Van de Laar, M. A. F. J. (2013c). The role of goal management for successful adaptation to arthritis. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 130-138. doi:10.1016/j.pec.2013.04.022
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433-2445. doi: 10.1001/archinte.163.20.2433
- Barlow, J. (2009). *Living with Arthritis*. Wiley-Blackwell Publishing Ltd., Oxford, UK
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious Goal Pursuit and Flexible Goal Adjustment: Explication and Age-Related Analysis of Assimilative and Accommodative Strategies of Coping. *Psychology and Aging*, 5(1), 58-67. doi: 10.1037//0882-7974.5.1.58
- Buss, A. R. (1979). The trait-situation controversy and the concept of interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5, 191-195.
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). Rheumatoid Arthritis. Verkregen van <http://www.cdc.gov/arthritis/basics/rheumatoid.htm>
- Chorus, A. M. J., & Schokker, D. F. (2010). Nationale Peiling Bewegingsapparaat 2010. TNO-rapport. Verkregen van: http://www.reumafonds.nl/_sana_/handlers/getfile.ashx/9bfcd838-da9b-4fe8-a628-a739d1a5eddc/2011+013+nat+peil+bewegingsapp+2010.pdf
- Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2010). *Psychological Testing and Assessment: An introduction to Tests & Measurement* (7th edition). New York: McGraw-Hill
- Danoff-Burg, S., & Revenson, T. A. (2005). Benefit-finding among patients with rheumatoid arthritis: Positive effects on interpersonal relationships. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(1), 91-103. doi: 10.1007/s10865-005-2720-3
- Fleeson, W. (2004). Moving Personality Beyond the Person-Situation Debate: The Challenge and the Opportunity of Within-Person Variability. *Current Directions in Psychological Science*, 13(2), 83-87. doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.00280.x
- Heyl, V., Wahl, H. W. & Mollenkopf, H. (2007). Affective well-being in old age - The role of tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *European Psychologist*, 12(2), 119-129. doi: 10.1027/1016-9040.12.2.119

- Katz, P. P., Morris, A., Gregorich, S., Yazdany, J., Eisner, M., Yelin, E., & Blanc, P. (2009). Valued life activity disability played a significant role in self-rated health among adults with chronic health conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(2), 158-166. doi: 10.1016/j.jclinepi.2008.06.002
- Katz, P. P., Morris, A., & Yelin, E. H. (2006). Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 65(6), 763-769. doi:10.1136/ard.2005.04467
- Katz, P. P., & Yelin, E. H. (2001). Activity loss and the onset of depressive symptoms: Do some activities matter more than others?. *Arthritis & Rheumatism*, 44(5), 1194-1202. doi: 10.1002/1529-0131(200105)44:5<1194::AID-ANR203>3.0.CO;2-6
- Mischel, Walter. (1968). *Personality and Assessment*, London, Wiley.
- Mischel, W. (2004). Toward an integrative science of the person, *Annual Review of Psychology*, 55, 1-22. doi: 10.1146/annurev.psych.55.042902.130709
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and Contextual Perspectives on Coping: Toward an Integrative Framework (Review). *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1387-1403. doi:10.1002/jclp.10229
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9
- Mueller, D. J., & Kim, K. (2004). The tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment scales: Examination of their validity. *Educational and Psychological Measurement*, 64(1), 120-142. doi: 10.1177/0013164403258456
- Neter, E., Litvak, A., & Miller, A. (2009). Goals disengagement and goal re-engagement among multiple sclerosis patients: Relationship to well-being and illness representation. *Psychology & Health*, 24(2), 175-186. doi: 10.1080/08870440701668665
- Nicklin, J., Cramp, F., Kirwan, J., Urban, M., & Hewlett, S. (2010). Collaboration with patients in the design of patient-reported outcome measures: capturing the experience of fatigue in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 62(11), 1552-1558.
- Reumafonds.nl (2003). Feiten over reuma. Verkregen van: <http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/pers/feiten-en-cijfers>
- Roberts, B. W. (2009). Back to the future: *Personality and Assessment* and personality development. *Journal of Research in Personality*, 43(2), 137-145. doi: 10.1016/j.jrp.2008.12.01
- Sanderson, T., Morris, M., Calnan, M., Richards, P., & Hewlett, S. (2010). 'It's this whole picture, this well-being': patients' understanding of 'feeling well' with rheumatoid arthritis. *Chronic Illness*, 6(228), 228-240. doi: 10.1177/1742395310377672
- Sander, M. C., Lindenberg, U., & Werkle-Bergner, M. (2012). Lifespan age differences in working memory: A two-component framework (review). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(9), 2007-2033. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.06.004

- Schafer, J. L. (1999). Multiple imputation: A primer (Review). *Statistical Methods in Medical Research*, 8(1), 3-15. doi: 10.1191/096228099671525676
- Sperling, U. (2003). Responses to the Demands of Everyday Life: Domain-Specific or General Coping? (Review). *Journal of Adult Development*, 10(3), 189-201. doi:10.1023/A:1023466330639
- Steiner, P.M., & Atzmüller, C. (2006). Experimental vignette designs for factorial surveys (Review) [Experimentelle Vignettendesigns in faktoriellen Surveys]. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 58(1), 117-146+200.
- Sterne, J. A. C., White, I. R., Carlin, J. B., Spratt, M., Royston, P., Kenward, M. G., Wood, A. M., & Carpenter, J. R. (2009). Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *BMJ*, 339, 157-160. doi: 10.1136/bmj.b2393
- Sullivan, L. M. (2008). Repeated Measures. *Circulation*, 117, 1238-1243. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.654350
- Wacker, J. G. (2004). A theory of formal conceptual definitions: Developing theory-building measurement instruments. *Journal of Operations Management*, 22(6), 629-650. doi: 10.1016/j.jom.2004.08.002
- Wasko, M. C. M. (2004). Comorbid conditions in patients with rheumatic diseases: An update (Review). *Current Opinion in Rheumatology*, 16(2), 109-113. doi: 10.1097/00002281-200403000-00006
- Webster, G. D. (2009). The person-situation interaction is increasingly outpacing the person-situation debate in the scientific literature: A 30-year analysis of publication trends, 1978-2007. *Journal of Research in Personality*, 43(2), 278-279. doi: 10.1016/j.jrp.2008.12.030
- Westhoff, G., Weber, C., & Zink, A. (2006). Komorbidität bei früher rheumatoider Arthritis: Besonders betroffene Outcomeparameter. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 65(6), 487-496. doi: 10.1007/s00393-006-0102-z
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R., & Carver, C. S. (2003). Adaptive Self-Regulation of Unattainable Goals: Goal Disengagement, Goal Re-engagement, and Subjective Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12), 1494-1508. doi: 10.1177/0146167203256921

Appendix: Vragenlijst nummer 3



28914

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Onderzoeksnummer

--	--	--

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

Vragenlijst nummer 3
2012

Contactpersoon:

Roos Arends
Universiteit Twente
Afdeling PGT
Citadel T400

Telefoonnummer: +31 (0)614789529
Email: r.y.arends@utwente.nl
Internet: www.utwente.nl/gw/pgt/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 eerste en de volgende vragenlijst te kunnen koppelen. Controleert u alstublieft of onderstaand nummer uw patiëntnummer is. U vindt uw patiëntnummer rechtsboven op het ponskaartje van het ziekenhuis.

Wat is uw patiëntnummer?

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

U kunt de vragen beantwoorden met een blauwe of zwarte pen of donker potlood, probeert u in de hokjes te schrijven. Bij meerkeuze vragen kun u een kruisje in het hokje van uw keuze zetten.

1. Op welke datum vult u deze vragenlijst in?

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

2. Wat is uw geboortedatum?

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

3. Wat is uw geslacht?

- ☐ man
☐ vrouw

4. 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*

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

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



28914

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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



28914

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

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

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

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



28914

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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



28914

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

Hieronder staan een aantal uitspraken, die door mensen zijn gebruikt om zichzelf te beschrijven. Lees iedere uitspraak en kruis het vakje aan 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 |



28914

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



28914

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, aankruisen?

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



28914

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

	Nauwe- lijks of helemaal niet	Een beetje	Matig	Best veel	In sterke mate
1) Geïnteresseerd	☐	☐	☐	☐	☐
2) Uitgelaten	☐	☐	☐	☐	☐
3) Sterk	☐	☐	☐	☐	☐
4) Enthousiast	☐	☐	☐	☐	☐
5) Trots	☐	☐	☐	☐	☐
6) Alert	☐	☐	☐	☐	☐
7) Geïnspireerd	☐	☐	☐	☐	☐
8) Vastberaden	☐	☐	☐	☐	☐
9) Aandachtig	☐	☐	☐	☐	☐
10) Actief	☐	☐	☐	☐	☐

*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

In 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.



28914

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

Geldbesteding

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

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



28914

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

Anderen helpen of steunen

Deze vraag gaat over uw mogelijkheden om anderen te helpen of te steunen.

Daarbij kunt u denken aan familie, vrienden, burens of kennissen, maar ook aan de vereniging of organisatie waar u misschien lid van bent.

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



28914

*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	Zeergoed
15) De mogelijkheid om het betaalde werk of vrijwilligerswerk te doen dat ik wil, is:	☐	☐	☐	☐	☐

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

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



28914

*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	Zeergoed
20) De mogelijkheid om de opleiding of cursus van mijn keuze te (blijven) volgen, is:	☐	☐	☐	☐	☐
Niet van toepassing:	☐				

Mobiliteit: gaan en staan waar en wanneer u wilt

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

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Zeergoed
21) Het bezoeken van burens, vrienden en kennissen wanneer ik dat wil, gaat:	☐	☐	☐	☐	☐
22) Het maken van uitstapjes of een (vakantie)-reis zoals ik dat wil, gaat:	☐	☐	☐	☐	☐
23) De mogelijkheid om mijn vrije tijd te besteden zoals ik het wil, is:	☐	☐	☐	☐	☐
24) De frequentie waarmee ik mensen zie, is:	☐	☐	☐	☐	☐



28914

*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:	☐	☐	☐	☐	☐



28914

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

AANKLEDEN & VERZORGING

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

OPSTAAN

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

ETEN

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

LOPEN

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

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

- | | |
|---|--|
| ☐ Wandelstok | ☐ Hulpmiddelen, gebruikt bij het aankleden (knooppaak, ritssluiting-trekker, lange-steel schoenlepel, etc.) |
| ☐ Rollator / looprekje | ☐ Speciale of aangepaste hulpmiddelen bij eten of drinken |
| ☐ Krukken | ☐ Speciale of aangepaste stoel |
| ☐ Rolstoel | ☐ Overige hulpmiddelen |

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

- | | |
|---|--------------------------------|
| ☐ Aankleden / verzorging | ☐ Eten |
| ☐ Opstaan | ☐ Lopen |



28914

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Kruis het antwoord aan dat het best beschrijft wat u meestal kon doen in de **afgelopen week**.

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

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

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

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

- | | |
|---|---|
| ☐ Hygiëne | ☐ Voorwerpen pakken en openen |
| ☐ Naar voorwerpen reiken | ☐ Boodschappen doen en klussen |



28914

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

helemaal
geen pijn☐

0

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

☐

6

☐

7

☐

8

☐

9

☐

10

ondraaglijke
pijn

- 2) Geef op onderstaande lijn uw mate van vermoeidheid aan, gemiddeld genomen over de afgelopen 7 dagen.

Wilt u dit aangeven door een verticaal streepje (|) te zetten op onderstaande lijn?

geen
vermoeid-
heid

totaal uitgeput

- 3) Geef op onderstaande lijn aan hoeveel effect vermoeidheid de afgelopen 7 dagen op uw leven heeft gehad.

Wilt u dit aangeven door een verticaal streepje (|) te zetten op onderstaande lijn?

geen effect

heel veel effect

- 4) Geef op onderstaande lijn aan hoe goed u de laatste 7 dagen met vermoeidheid bent omgegaan.

Wilt u dit aangeven door een verticaal streepje (|) te zetten op onderstaande lijn?

helemaal
niet goed

zeer goed

*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

Kruis **elke** aandoening aan waarvoor u het **afgelopen jaar** onder behandeling bent geweest bij een huisarts of medisch specialist.

- ☐ Infectieziekten (bijv. ziekte van lyme, malaria, hepatitis, AIDS/HIV)
- ☐ Kwaadaardige aandoening of kanker
- ☐ Bloedziekte of aandoening afweersysteem (bijv. stollingsstoornis, sikkelcelanemie)
- ☐ Stofwisselingsaandoening (bijv. diabetes, aandoening aan de (bij)schildklier)
- ☐ Psychische aandoening (bijv. depressie, angststoornis)
- ☐ Aandoening van het zenuwstelsel (bijv. epilepsie, Parkinson, M.S., hernia)
- ☐ Aandoening van zintuigen (gezichts-of gehoorproblemen)
- ☐ Aandoening van het hart- of vaatstelsel (bijv. angina pectoris, hartinfarct)
- ☐ Aandoening van het ademhalingsstelsel (bijv. astma, longemfyseem, COPD)
- ☐ Aandoening van het spijsverteringsstelsel (maag-, darm-, of leverproblemen)
- ☐ Aandoening van de huid (bijv. eczeem, psoriasis)
- ☐ Aandoening van urinewegen of geslachtsorganen (bijv. nieraandoening)
- ☐ Allergie (bijv. hooikoorts, allergie voor huisstofmijt, voedselallergie)
- ☐ Letsel, vergiftiging of gevolgen na een ongeluk/ongeval
- ☐ Chronische vermoeidheid (bijv C.V.S. of M.E.)
- ☐ Andere hiervoor niet genoemde aandoening(en)

*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

De volgende vragen gaan over hoe het met u gaat, in vergelijking met ongeveer 6 maanden geleden. Het is de bedoeling dat u probeert een globale vergelijking te maken van de afgelopen weken met zes maanden geleden. Vult u hierbij het eerste in wat bij u op komt. Het gaat erom welke verschillen u ervaart.

- 1) Hoe is de ernst van uw reumatische aandoening nu, vergeleken met 6 maanden geleden?
Mijn reuma is nu:

- ☐ Veel ernstiger
- ☐ Iets ernstiger
- ☐ Even ernstig
- ☐ Minder ernstig
- ☐ Veel minder ernstig

- 2) Hoe groot is de invloed van uw reumatische aandoening op uw leven nu, vergeleken met 6 maanden geleden?
De invloed is nu:

- ☐ Veel kleiner
- ☐ Een beetje kleiner
- ☐ Hetzelfde
- ☐ Groter
- ☐ Veel groter

- 3) Hoe is de pijn van uw reumatische aandoening nu, vergeleken met 6 maanden geleden?
Mijn pijn is nu:

- ☐ Veel minder erg
- ☐ Minder erg
- ☐ Hetzelfde
- ☐ Erger
- ☐ Veel erger

- 4) Hoe is de vermoeidheid als gevolg van uw reumatische aandoening nu, vergeleken met 6 maanden geleden?
Mijn vermoeidheid is nu:

- ☐ Veel minder erg
- ☐ Minder erg
- ☐ Hetzelfde
- ☐ Erger
- ☐ Veel erger

*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

5) Hoe gaat u nu om met uw reumatische aandoening, vergeleken met 6 maanden geleden?

Mijn omgang is nu:

- ☐ Veel slechter
- ☐ Slechter
- ☐ Even goed
- ☐ Beter
- ☐ Veel beter

6) Hoe vaak ervaart u nu negatieve gevoelens, vergeleken met 6 maanden geleden?

Negatieve gevoelens ervaar ik nu:

- ☐ Veel minder vaak
- ☐ Minder vaak
- ☐ Even vaak
- ☐ Vaker
- ☐ Veel vaker

7) Hoe vaak ervaart u nu positieve gevoelens, vergeleken met 6 maanden geleden?

Positieve gevoelens ervaar ik nu:

- ☐ Veel minder vaak
- ☐ Minder vaak
- ☐ Even vaak
- ☐ Vaker
- ☐ Veel vaker

8) Hoeveel voldoening geeft uw leven u nu, vergeleken met 6 maanden geleden?

Mijn leven geeft me nu:

- ☐ Veel minder voldoening
- ☐ Minder voldoening
- ☐ Evenveel voldoening
- ☐ Meer voldoening
- ☐ Veel erger

*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

9) Als u het vergelijkt met 6 maanden geleden, kunt u dan meedoen in de samenleving zoals u dat wilt?

Ik kan nu:

- ☐ Veel slechter meedoen
- ☐ Slechter meedoen
- ☐ Even goed meedoen
- ☐ Beter meedoen
- ☐ Veel beter meedoen

10) Het afgelopen jaar

Gedurende een jaar hebt u nu vragenlijsten ingevuld over onder andere uw reuma en uw omgang met reuma. Het kan per persoon erg verschillen hoe een jaar leven met reuma eruit ziet. De ernst en activiteit van uw reuma kunnen van grote invloed zijn, maar ook persoonlijke gebeurtenissen (zoals stoppen met werken) zullen uw omgang met reuma bepalen.

Zou u hieronder kort willen schrijven hoe u het afgelopen jaar bent omgegaan met uw reuma in het dagelijkse leven?

*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen*

Nu volgen een aantal verhalen van problemen waar iemand met reuma tegenaan kan lopen. Stelt u zich voor dat u door uw reuma in de volgende situaties terecht komt. Hoe zou u reageren, welke mogelijke oplossingen kunt u bedenken? Beschrijf een aantal mogelijke oplossingen van u onder de verhalen.

En geef vervolgens ernaast aan hoe waarschijnlijk het is, dat u voor deze oplossing kiest.

Schrijf de oplossingen op die u spontaan te binnen schieten, u hoeft niet volledig te zijn en er zijn geen foute antwoorden!

Het kan natuurlijk dat het verhaal niet overeenkomt met uw leven, dingen die u waardevol vindt, of dat u weinig beperkingen heeft van uw reuma. Wilt u dan toch proberen u in te leven in de situatie en te antwoorden alsof het u overkomt?

Op de volgende pagina vindt u eerst een voorbeeld.



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Hier volgt een voorbeeld (u hoeft deze niet in te vullen):

Nienke is een meisje van 17, bij wie op haar 10^e jeugdreuma (juvenile idiopathisch artritis) is vastgesteld. Ze heeft al een paar jaar een verzorgpaard, die ze graag verzorgd, berijdt en vertroeteld. De laatste tijd heeft ze echter steeds meer problemen met opstappen en kan ze de teugels niet meer goed vasthouden doordat ze last van haar handen heeft. Ook is het volgen van de paardrijlessen vaak erg vermoeiend en kan ze niet helemaal meer mee komen met de andere meiden tijdens de les.

Welke mogelijke oplossingen kunt u bedenken voor Nienke? Hieronder staan meerdere vakken, in elk vak kunt u kort een mogelijke oplossing schrijven. Schrijf maximaal zes oplossingen op, maar als u minder kan bedenken, is dat ook goed.

Geef vervolgens per mogelijke oplossing aan hoe waarschijnlijk het is dat u die zou uitvoeren. Dit kunt u doen door een cijfer van 1-5 in de laatste kolom te zetten. De cijfers betekenen het volgende:

- 1= ik zou dit *absoluut* proberen
- 2= ik zou dit *waarschijnlijk* proberen
- 3= ik zou dit *misschien* proberen
- 4= ik zou dit *waarschijnlijk niet* proberen
- 5= ik zou dit *nooit* proberen

Welke oplossingen kunt u bedenken voor bovenstaand probleem?

Hoe *waarschijnlijk* is het dat u deze oplossing probeert?

<i>Ophouden met paardrijden en een andere hobby zoeken, waarbij ik geen last van mijn reuma heb.</i>	<i>4</i>
<i>Hulpmiddelen gebruiken, zoals een krukje bij het opstappen en verder lekker blijven rijden.</i>	<i>2</i>
<i>Wel de pony blijven verzorgen, maar niet meer meedoen met de lessen.</i>	<i>3</i>
<i>Doorgaan met rijden en lessen totdat het echt niet meer kan. Paardrijden is heel belangrijk voor me, dat geef ik niet op!</i>	<i>1</i>



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Familie

U heeft een grote familie. Eén keer per jaar komt iedereen samen op de familiedag. De familie doet dan de hele dag spelletjes en sportieve activiteiten en op het eind van de dag eet u gezellig met z'n allen. U vond de familiedag altijd erg leuk vanwege de gezelligheid. Bovendien was u altijd erg fanatiek bij de spelletjes en wilde graag winnen. Sinds u reuma heeft, is uw fanatisme wat betreft de dagactiviteiten afgenomen. De spelletjes en activiteiten zijn vaak lichamelijk en dit lukt u niet meer goed door de reuma.

Welke mogelijke oplossingen kunt u bedenken voor dit probleem? Hieronder staan meerdere vakken, in elk vak kunt u kort een mogelijke oplossing schrijven. Schrijf maximaal zes oplossingen op, maar als u minder kan bedenken, is dat ook goed.

Geef vervolgens per mogelijke oplossing aan hoe waarschijnlijk het is dat u die zou uitvoeren. Dit kunt u doen door een cijfer van 1 -5 in de laatste kolom te zetten. De cijfers betekenen het volgende:

- 1= ik zou dit *absoluut* proberen
- 2= ik zou dit *waarschijnlijk* proberen
- 3= ik zou dit *misschien* proberen
- 4= ik zou dit *waarschijnlijk niet* proberen
- 5= ik zou dit *nooit* proberen

Welke oplossingen kunt u bedenken voor bovenstaand probleem?

Hoe *waarschijnlijk* is het dat u deze oplossing probeert?



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Vakantie

U gaat altijd twee weken per jaar op vakantie met de caravan. Sinds u reuma heeft, merkt u dat de vakanties hun tol beginnen te eisen. Het leven in de caravan vraagt veel van u, omdat u in de caravan niet voorzien bent van alle aanpassingen en gemakken die u thuis heeft.

Welke mogelijke oplossingen kunt u bedenken voor dit probleem? Hieronder staan meerdere vakken, in elk vak kunt u kort een mogelijke oplossing schrijven. Schrijf maximaal zes oplossingen op, maar als u minder kan bedenken, is dat ook goed.

Geef vervolgens per mogelijke oplossing aan hoe waarschijnlijk het is dat u die zou uitvoeren. Dit kunt u doen door een cijfer van 1-5 in de laatste kolom te zetten. De cijfers betekenen het volgende:

- 1= ik zou dit *absoluut* proberen
- 2= ik zou dit *waarschijnlijk* proberen
- 3= ik zou dit *misschien* proberen
- 4= ik zou dit *waarschijnlijk niet* proberen
- 5= ik zou dit *nooit* proberen

Welke oplossingen kunt u bedenken voor bovenstaand probleem?

Hoe *waarschijnlijk* is het dat u deze oplossing probeert?



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Tuin

U woont in een huis met een grote tuin. U hebt altijd graag in de tuin gewerkt. In de tuin deed u altijd alles zelf, van gras maaien en het planten van bloembollen tot het snoeien van de bomen en de heg. Sinds enige tijd merkt u dat het werken in de tuin niet meer zo vanzelfsprekend is als vroeger. U kunt bijvoorbeeld niet meer goed bukken om onkruid weg te halen. U kunt al helemaal niet meer uren achtereen in de tuin werken. Vooral op de dagen dat het kouder is, heeft u na het werken in de tuin nog meer last dan anders.

Welke mogelijke oplossingen kunt u bedenken voor dit probleem? Hieronder staan meerdere vakken, in elk vak kunt u kort een mogelijke oplossing schrijven. Schrijf maximaal zes oplossingen op, maar als u minder kan bedenken, is dat ook goed.

Geef vervolgens per mogelijke oplossing aan hoe waarschijnlijk het is dat u die zou uitvoeren. Dit kunt u doen door een cijfer van 1 -5 in de laatste kolom te zetten. De cijfers betekenen het volgende:

- 1= ik zou dit *absoluut* proberen
- 2= ik zou dit *waarschijnlijk* proberen
- 3= ik zou dit *misschien* proberen
- 4= ik zou dit *waarschijnlijk niet* proberen
- 5= ik zou dit *nooit* proberen

Welke oplossingen kunt u bedenken voor bovenstaand probleem?

Hoe *waarschijnlijk* is het dat u deze oplossing probeert?

*Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen***Eigen doel**

U hebt nu over een aantal mogelijke problemen nagedacht, waar mensen door reuma tegen aan zouden kunnen lopen. Wellicht kunt u zich in de problemen herkennen, maar misschien is uw situatie wel heel anders. Wilt u nu nog eens onderstaande tabel invullen, maar dan voor een probleem waar u zelf door uw reuma tegen aan loopt? Als u op dit moment zelf nergens tegen aan loopt door uw reuma, dan kunt u ook een voorbeeld noemen van iets waar u een tijdje geleden moeite mee hebt gehad. Als u geen voorbeeld kunt bedenken, kunt u deze vraag overslaan.

Omschrijf kort de situatie in het vak hieronder. Vul vervolgens onderstaande tabel in, zoals u dat ook bij de verhalen gedaan hebt.

Welke oplossingen kunt u bedenken voor bovenstaand probleem?

Hoe *waarschijnlijk* is het dat u deze oplossing probeert?



28914

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

U bent nu aan het einde van de vragenlijst gekomen.

De komende tijd gaan wij verder met onderzoek naar hoe mensen omgaan met reuma in het dagelijks leven.

Wilt u hieronder aangeven of wij u de komende tijd per brief mogen benaderen om mee te doen aan vervolgonderzoek?

- ☐ Ja, ik wil wel benaderd worden voor vervolgonderzoek
- ☐ Nee, ik wil niet benaderd worden voor vervolgonderzoek

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst. Wilt u nog even controleren of u geen vragen vergeten bent?

U kunt de vragenlijst terugsturen in de antwoortenveloppe, een postzegel is niet nodig.

Vriendelijke groet,

Roos Arends