

Bachelorthese:

**De relatie tussen sociale participatie en geestelijke gezondheid bij mensen met
polyartritis**

Rabea Vöcker

s1325183

Juni 2015

Universiteit Twente

Faculteit der Gedragswetenschappen

Opleiding Psychologie

Begeleidingscommissie:

Dr. Erik Taal (1^e begeleider)

Dr. Christina Bode (2^{de} begeleider)

Inhoudsopgave

Samenvatting en abstract.....	3
Inleiding.....	5
<i>Kenmerken en de algemene impact van polyartritis (resp. reumatoïde artritis).....</i>	<i>5</i>
<i>De impact van RA op het affectief en sociaal functioneren van de patiënt</i>	<i>6</i>
<i>De invloed van zelf-effectiviteit op de ervaren gezondheidstoestand en het menselijk functioneren.....</i>	<i>11</i>
Methode.....	14
<i>Deelnemers.....</i>	<i>14</i>
<i>Procedure.....</i>	<i>16</i>
<i>Materialen</i>	<i>16</i>
<i>Analyse</i>	<i>20</i>
Resultaten.....	23
<i>Voorafgaande analyses</i>	<i>23</i>
<i>Correlaties.....</i>	<i>23</i>
<i>Multivariate relaties tussen participatie en geestelijke gezondheid.....</i>	<i>24</i>
Discussie en Conclusie.....	36
<i>Discussie.....</i>	<i>36</i>
<i>Conclusie.....</i>	<i>38</i>
<i>Implicaties voor vervolg/praktijk</i>	<i>39</i>
Bijlage.....	45

Samenvatting en abstract

Samenvatting

Doel van het onderzoek: Mensen met polyartritis hebben vaak last van functioneringsproblemen op diverse gebieden, waaronder belemmeringen in en problemen met het deelnemen aan het maatschappelijke leven. Psychologische problemen zoals angst en depressie kunnen eveneens het gevolg van polyartritis zijn. Doel van dit onderzoek was het om te achterhalen in hoeverre veranderingen in de geestelijke gezondheid (angst, depressie, purpose in life, positief affect) van patiënten met polyartritis in de loop van de tijd worden voorspeld door veranderingen in participatie (familierol, autonomie buitenshuis, sociale relaties). Daarnaast werd onderzocht of en in hoeverre deze relatie door veranderingen in zelf-effectiviteit wordt gemedieerd.

Methode: 239 patiënten met polyartritis namen deel aan een longitudinaal survey onderzoek. De patiënten hebben over een periode van een jaar drie keer dezelfde vragenlijst ingevuld. Een aantal hiërarchische regressie analyses werden uitgevoerd om te onderzoeken in hoeverre veranderingen in angst, depressie, purpose in life, en positief affect in de loop van een jaar toegeschreven kunnen worden aan veranderingen in het participatieniveau van patiënten met polyartritis. Met behulp van het *PROCESS*-tool van Hayes werd het mediërende effect van veranderingen in zelf-effectiviteit bepaald.

Resultaten: Tijdgerelateerde veranderingen in alle vier aspecten van geestelijke gezondheid werden in aanzienlijke mate verklaard door veranderingen in participatie (ΔR^2 : .04 - .13). Het effect van veranderingen in participatie werd ten dele gemedieerd door veranderingen in zelf-effectiviteit.

Conclusies en aanbevelingen: Veranderingen in de geestelijke gezondheidstoestand van patiënten met polyartritis blijken in de loop van de tijd in belangrijke mate voorspeld te worden door veranderingen in de mate waarin en de manier waarop ze deelnemen aan het maatschappelijke leven. De impact van reumatoïde aandoeningen op de patiënt zou dus onder andere verzacht kunnen worden door de patiënt in staat te stellen om zo goed mogelijk aan het maatschappelijke leven te kunnen blijven deelnemen.

Abstract

Objective: People diagnosed with polyarthrititis often suffer from disabilities like problems in involvement in a life situation. Psychological problems like depression and anxiety may also be consequences of the disease. This study examined to what extent changes in mental health

status in patients with poyarthrititis (anxiety, depression, purpose in life, positive affect) in the course of time are predicted by changes in participation (family role, autonomy outdoors, social relations). In addition, the mediating effect of changes in self-efficacy was examined.

Methods: 239 patients diagnosed with polyarthrititis participated in a longitudinal questionnaire study. Over a period of one year they filled in the same questionnaire for three times.

A number of hierarchical multiple-regression-analyses were conducted to examine to what extent changes in anxiety, depression, purpose in life en positive affect over a course of time can be attributed to changes in participation. Using the *PROCESS*-tool created by Hayes, the influence of changes in self-efficacy on the relation between changes in participation and changes in mental health was investigated.

Results: For changes in all aspects of mental health, changes in participation added substantial explained variance to the model (ΔR^2 : .04 - .13). Changes in self-efficacy partly mediated the influence of changes in participation.

Conclusion: Changes in mental health status of patients with polyarthrititis over the course of one year, were found to be predicted by changes in the degree to which they are involved in life situations. The impact of rheumatoid diseases on the patient can thus be mitigated by means of enabling him or her to stay involved in life situations.

Inleiding

Het onderstaande rapport heeft betrekking tot onderzoek naar het effect van ziektegerelateerde belemmeringen in de deelname aan het maatschappelijke leven (sociale participatie) op de geestelijke gezondheid van patiënten met polyartritis.

Kenmerken en de algemene impact van polyartritis (resp. reumatoïde artritis)

Om te beginnen, zal in deze paragraaf nader worden uitgelegd wat polyartritis respectievelijk reumatoïde artritis precies inhoudt, wat de kenmerken van deze ziektes zijn, waardoor ze worden veroorzaakt, wie het vaakst betrokken is en in hoeverre de behandeling de afgelopen jaren is veranderd.

Ziekten, zoals reumatoïde artritis (RA), jicht en andere vormen van kristalartropathie, spierreuma (polymyalgia rheumatica), spondylartropathie en systemische lupus erythematoses (SLE), worden allemaal onder het overkoepelende begrip polyartritis samengevat. Al deze ziekten gaan vergezeld van ontstekingen in vijf of meer gewrichten en zijn te wijten aan een auto-immuunreactie. Pijn, vermoeidheid en zwellingen in talrijke gewrichten zijn meestal de gevolgen van de ontstekingen (Arends et al., 2013). Omdat RA de meest voorkomende vorm van polyartritis is (Ruderman & Tambar, 2012), werd er al relatief veel onderzoek naar deze ziekte en diens impact op het leven van de patiënt gedaan en is er dientengevolge relatief veel wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp beschikbaar. Vanuit deze reden heeft de literatuur, die in het kader van dit onderzoek werd geraadpleegd, vooral betrekking tot RA.

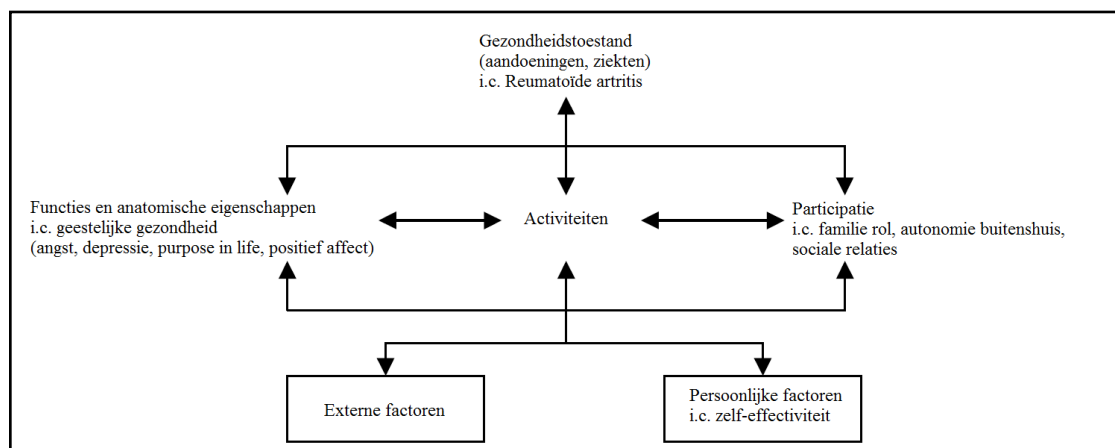
Reumatoïde artritis (RA) is een chronische, ongeneeslijke ziekte, die tot gevolg heeft dat de gewrichten verstijven, zwellen en minder beweeglijk worden. Hoewel RA zich in alle gewrichten kan manifesteren, zijn kleine gewrichten, zoals die in handen en voeten, het vaakst betrokken. Evenals alle vormen van polyartritis is RA een auto-immuunziekte. Dat wil zeggen dat het immuunsysteem van de patiënt niet meer naar behoren werkt en gezond weefsel, in casu de gewrichten, beschadigd wordt. Een dergelijke afweerreactie leidt uiteindelijk tot ontstekingen rond de betrokken gewrichten. De meeste mensen bij wie RA wordt gediagnosticeerd, zijn tussen de 40 en 60 jaar oud. In Amerika zijn 75% van alle betrokkenen vrouwen, waarbij de lifetime prevalentie bij vrouwen gelijk is aan 1-3% (Ruderman & Tambar, 2012).

De diagnose van een chronische ziekte, zoals RA, is voor de meeste betrokkenen een ingrijpende gebeurtenis. De behandeling van RA is in de afgelopen 30 jaar echter beduidend verbeterd. Dankzij de huidige behandelingsvormen kunnen de symptomen worden verlicht en kan het functioneren van de patiënt op peil worden gehouden. Dikwijls kan de ziekte zelfs tot

stilstand worden gebracht, wat ook wel remissie wordt genoemd. Reeds bestaande beschadigingen van de gewrichten kunnen echter niet ongedaan worden gemaakt. Om deze reden is het belangrijk dat de ziekte zo vroeg mogelijk wordt herkend en behandeld (Ruderman & Tambar, 2012). Patiënten bij wie de ziekte al een vergevorderd stadium bereikt heeft, hebben onder andere last van handicaps op diverse gebieden, waaronder problemen met het deelnemen aan het maatschappelijke leven (sociale participatie) (Kuhlow et al., 2010; Scott et al., 2005).

De impact van RA op het affectief en sociaal functioneren van de patiënt

Hieronder wordt eerst aan de hand van een model uitgelegd welke componenten het menselijk functioneren inhoudt en door welke factoren het wordt beïnvloed. Vervolgens wordt op basis van eerder onderzoek nader ingegaan op de gevolgen van RA voor het affectief en sociaal functioneren van de patiënt.



Figuur 1 De interactie tussen de enkele aspecten en factoren van het menselijk functioneren, inhoudelijk toegepast op dit onderzoek (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, 2002)

In 2001 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, WHO) de *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* uitgegeven, met het doel het menselijk functioneren in relatie tot de gezondheidstoestand te kunnen classificeren. De ICF kan als een aanvulling op de *International Classification of Diseases (ICD-10; WHO, 2012)* worden beschouwd, omdat de gegevens over een ziekte op zich geen volledig beeld opleveren omtrent de gezondheidstoestand van het individu (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, 2002).

Volgens de ICF kan het menselijk functioneren en daaraan gerelateerde problemen vanuit drie verschillende perspectieven worden benaderd: (1) “het perspectief van het menselijk organisme”; (2) “het perspectief van het menselijk handelen” en (3) “het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijke leven” (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, 2002). In verband met dit onderzoek zal het functioneren van patiënten met RA vooral vanuit het derde perspectief worden benaderd.

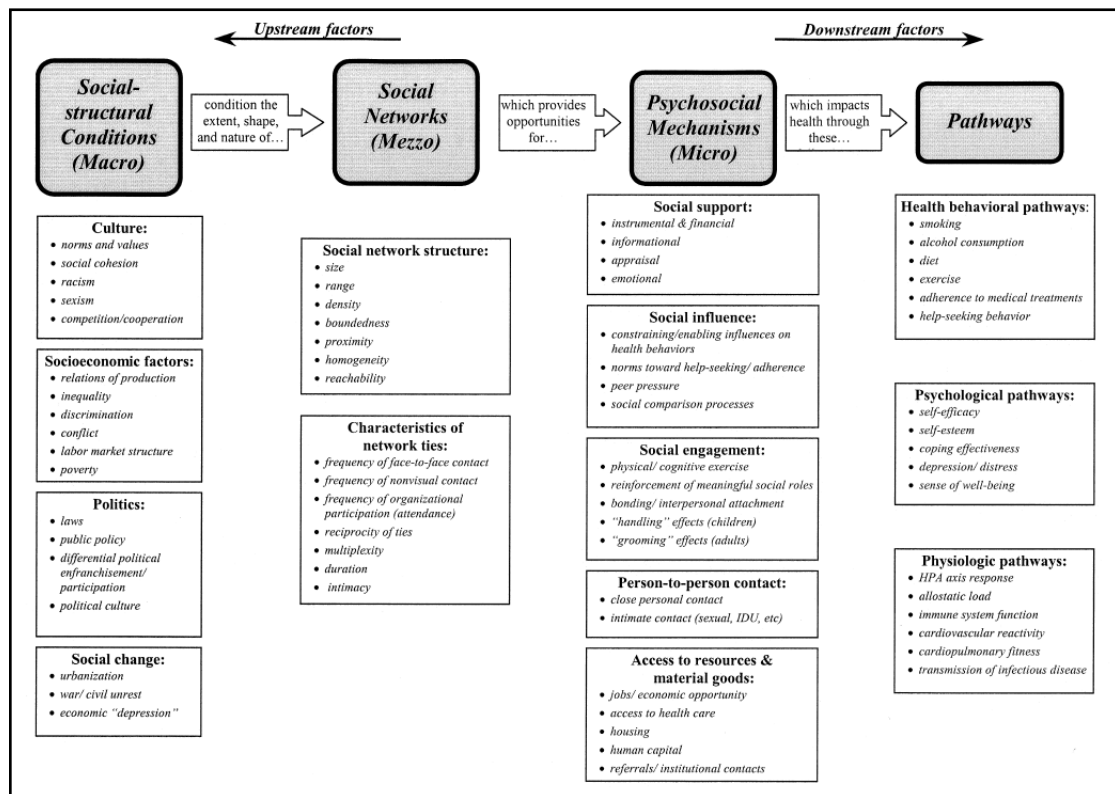
Weliswaar kunnen op basis van de ICF geen conclusies worden getrokken wat betreft de ontwikkeling van het menselijk functioneren in de loop van de tijd. Het model in figuur 1 doet echter een voorstel over hoe de enkele componenten en factoren elkaar in de loop van tijd zouden kunnen beïnvloeden (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, 2002).

Hieronder zullen de componenten en factoren, die in verband met dit onderzoek van belang zijn, nader toegelicht worden. Ten eerste is het belangrijk om te benadrukken dat het menselijk functioneren en de daaraan gerelateerde problemen volgens het model onder andere door persoonlijke factoren worden beïnvloed. Met betrekking tot het functioneren van RA patiënten wordt dit door onderzoeksresultaten van onder andere Somers et al. (2010) bevestigd. Ze hebben uitgezocht dat naast meer objectieve biomedische factoren, zoals de ernst van de ziekte, psychosociale factoren, zoals zelf-effectiviteit, van invloed zijn op het functioneren van RA patiënten. Hoewel “de ICF geen classificatie of lijst van persoonlijke factoren bevat” (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, 2002), wordt op basis van de opgenoemde voorbeelden, waaronder aan zelf-effectiviteit gerelateerde constructen, zoals ervaringen, persoonlijkheid en karakter en redzaamheid (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, 2002), besloten om zelf-effectiviteit binnen het model onder persoonlijke factoren te rangschikken. Verdere onderzoeksresultaten omtrent de invloed van zelf-effectiviteit op het functioneren van patiënten met RA zullen in de volgende paragraaf ter sprake komen.

Zoals verder uit het model in figuur 1 blijkt, is het menselijk functioneren onder andere samengesteld uit functies en anatomische eigenschappen. Het domein anatomische eigenschappen heeft betrekking tot “de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam”, dat wil zeggen lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen. Het domein functies houdt “de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme” in (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, 2002). De functie, die in verband met dit onderzoek nader onderzocht werd, is de geestelijke gezondheid van de patiënt. De beslissing om het construct geestelijke gezondheid binnen het model onder de component ‘functies en anatomische eigenschappen’ te rangschikken, werd op basis van het onderzoek van Kuhlout et al. (2010) genomen. Ze hebben eveneens ervoor gekozen gegevens met betrekking tot de geestelijke gezondheid van RA patiënten onder deze ICF-component te rangschikken.

Een verdere component van het menselijk functioneren is “iemand's deelname aan het maatschappelijke leven” (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, 2002), wat in het model wordt weergegeven als participatie. Volgens de ICF is er sprake van participatieproblemen wanneer de mate waarin of de manier waarop iemand deelneemt aan het maatschappelijke leven afwijkt van de algemeen geaccepteerde populatienorm, ofwel het zogenoemde verwachte uitvoeringsniveau. Deze norm wordt door het participatieniveau van personen zonder gezondheidsproblemen bepaald (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, 2002). Participatieproblemen komen naast pijn, gewrichtsstijfheid, gewrichtsdeformiteiten en beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten vaak voor onder mensen met RA (Kuhlow et al., 2010). Ondanks farmacotherapie en chirurgische therapie geldt ten minste voor patiënten, bij wie de ziekte al een vergevorderd stadium heeft bereikt, dat ze moeilijkheden met het uitvoeren van activiteiten en participatieproblemen op lange termijn moeten accepteren (Kuhlow et al., 2010). Doordat er tot voor kort weinig bekend was over factoren die participatieproblemen bij mensen met RA kunnen verklaren, beoogden Kuhlow et al. (2010) deze door middel van onderzoek op te sporen. Uit de resultaten van de statistische analyses blijkt dat vitaliteit (33.6%), geestelijke gezondheid (4.2%), alleen wonen (2.6%) en fysieke onbekwaamheid (2%) samen een groot deel van de variantie in participatieproblemen verklaren (Kuhlow et al., 2010). Vitaliteit, dat wil zeggen het energieniveau en de mate van vermoeidheid (Neuberger, 2003), en de geestelijke gezondheid, waaronder aspecten zoals depressie, welbevinden en stemming, blijken dus de grootste invloed te hebben op het participatieniveau van mensen met RA (Kuhlow et al., 2010).

Ook Reinhardt & Stucki (2007) trachten in hun artikel het verband tussen RA en participatieproblemen in kaart te brengen. De auteurs benadrukken vooral de wisselwerking tussen de enkele ICF-componenten. Veel voorkomende participatieproblemen bij RA patiënten, zoals arbeidsongeschiktheid, ziekteverzuim of andere aspecten van productieverlies, worden door de patiënt op zich al als een handicap ervaren (Kvien, 2004; Reinhardt & Stucki, 2007). Daarnaast kunnen belemmeringen in en ervaren problemen met een cultureel passende deelname aan het maatschappelijke leven onder andere tot psychisch leed leiden (Shih, 2006) met als gevolg een verergering van de ziekteactiviteit en een benadeling van zowel het lichamelijke functioneren als de anatomische eigenschappen. Dit leidt onvermijdelijk weer tot productieverlies (Reinhardt & Stucki, 2007). Het aldus ontstane leed zou door sociale steun (Strating, Suurmeijer & van Schuur, 2006) en zelf-effectiviteitsverwachtingen kunnen worden verzacht (Reinhardt & Stucki, 2007). Echter, zelf-effectiviteitsverwachtingen zijn op grond van participatieproblemen moeilijk te handhaven, wat uiteindelijk resulteert in een zichzelf in stand houdende vicieuze cirkel van beperkingen (Reinhardt & Stucki, 2007).



Figuur 2 Een conceptueel model over het effect van sociale netwerken op de gezondheid van het individu (Berkman et al., 2000)

Tot dusver is reeds gebleken dat RA gepaard gaat met functioneringsproblemen op diverse gebieden, waaronder participatieproblemen. Zoals echter uit het ICF-model en het literatuuronderzoek van Reinhardt en Stucki (2007) blijkt, is het verband tussen gezondheid en participatie wederkerig van aard. Tegenwoordig is algemeen bekend dat sociale relaties en het gevoel van verbondenheid om verschillende redenen een sterk effect hebben op de fysieke en geestelijke gezondheid van een persoon (Berkman et al., 2000). Berkman et al. (2000) trachten in hun artikel de impact van sociale netwerken op de gezondheid van het individu met behulp van een conceptueel model in kaart te brengen (zie figuur 2). De auteurs gaan er in hun model vanuit dat sociale netwerken het menselijk (gezondheids- en ziekte-) gedrag beïnvloeden door bepaalde psychosociale mechanismen teweeg te brengen, waaronder sociale steun, sociale invloed, maatschappelijke betrokkenheid, persoonlijk contact met andere mensen en toegang tot hulpbronnen en materiële goederen. Deze processen beïnvloeden op hun beurt een aantal factoren, die direct gerelateerd zijn aan de gezondheidstoestand van het individu. Tot deze factoren behoren: gezondheidsgedrag, cognities en emoties en fysieke reacties (Berkman et al., 2000). Maatschappelijke betrokkenheid is, zoals hierboven reeds werd vermeld, één van de vier factoren middels wie sociale netwerken het menselijk gedrag beïnvloeden, en wordt door Berkman et al. (2000) gelijkgesteld met participatie.

Voorbeelden hiervan zijn het ontmoeten van vrienden, het vervullen van beroepsmatige of sociale rollen, groep recreatie, kerkbezoek enzovoort (Berkman et al., 2000). Sociale participatie en het gevoel van verbondenheid geven op een bepaalde manier betekenis aan het leven van het individu, omdat de persoon in staat wordt gesteld om volledig aan het leven deel te nemen en zich verplicht en verbonden te voelen (Berkman et al., 2000). Verder blijkt uit het model van Berkman et al. (2000) dat sociale netwerken via de bovenvermelde psychosociale mechanismen invloed hebben op de mate van zelf-effectiviteit van het individu. In hoeverre zelf-effectiviteit van invloed is op de ervaren gezondheidstoestand van het individu zal in de onderstaande paragraaf nader toegelicht worden.

Nu bekend is dat chronische ziektes, zoals RA, participatieproblemen tot gevolg kunnen hebben en dergelijke problemen weer invloed kunnen hebben op de fysieke en geestelijke gezondheid van een persoon, rest nog de vraag wanneer er sprake is van 'optimale' participatie. Volgens de ICF is er sprake van participatieproblemen wanneer de mate waarin en de manier waarop iemand deelneemt aan het maatschappelijke leven afwijkt van de algemeen geaccepteerde populatienorm, ofwel het zogenoemde verwachte uitvoeringsniveau. Deze norm wordt door het participatieniveau van personen zonder gezondheidsproblemen bepaald (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, 2002). Rochette, Korner-Bitensky & Levasseur (2006) geven een andere betekenis aan het begrip 'norm' respectievelijk 'optimaliteit', want volgens hen heeft iedereen zijn of haar eigen opvatting van 'optimale' participatie. Participatie houdt enerzijds algemene dagelijkse levensactiviteiten in, die voor iedereen van levensbelang zijn. Anderzijds heeft participatie betrekking tot activiteiten en rollen waaraan het individu bijzondere betekenis hecht. Dientengevolge is er sprake van 'optimale' participatie wanneer er congruentie is tussen de manier waarop en de mate waarin een persoon de voor haar waardevolle activiteiten en rollen graag zou willen uitvoeren (verwachting) en de manier waarop en mate waarin ze deze verwachtingen daadwerkelijk kan verwezenlijken (realiteit) (Rochette, Korner-Bitensky & Levasseur, 2006). Wanneer verwachting en realiteit echter niet in overeenstemming zijn, kan dit cognitieve of emotionele reacties, zoals ontevredenheid of depressie, teweegbrengen (Calman, 1984). Ingeval van ziektegerelateerde wijzigingen in de kwalitatieve of kwantitatieve wijze van deelname aan het maatschappelijke leven, dient het individu zijn verwachtingen te herdefiniëren (Schwartz & Sprangers, 2000; Rapkin & Schwartz, 2004). Dit proces wordt door Brandtstädter et al. (2002) ook wel accommodatie genoemd. Volgens het *two-process framework* bevindt iemand zich in de accommoderende modus wanneer hij zijn doelen aanpast aan zijn beperkingen, wanneer hij het verlies herwaardeert en zijn voordeel doet met de gewijzigde situatie en wanneer de desbetreffende persoon zich aan nieuwe, haalbare doelen wijdt (Brandtstädter et al., 2002; de mannelijke voornaamwoorden mogen natuurlijk door de vrouwelijke vervangen worden). Accommodatie gaat vergezeld van

veranderingen in interne standaards, waarden of belangen en met de herformulering van in casu het begrip ‘optimale’ participatie (Rochette, Korner-Bitensky & Levasseur, 2006).

Omdat mensen met RA vaak niet meer aan het maatschappelijke leven kunnen deelnemen zoals ze graag zouden willen, lopen ze volgens Calman (1984) risico ontevreden of depressief te worden. Om dergelijke reacties te voorkomen, is het dus van belang dat patiënten met RA hun idee van ‘optimale’ participatie aan de gewijzigde situatie aanpassen.

Zoals binnen deze paragraaf al een aantal keren werd aangeduid, is de mate van zelf-effectiviteit in belangrijke mate gerelateerd aan iemands deelname aan het maatschappelijke leven en zijn of haar geestelijke gezondheid. Daarop zal nu nader worden ingegaan.

De invloed van zelf-effectiviteit op de ervaren gezondheidstoestand en het menselijk functioneren

Het ICF-model in figuur 1 (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, 2002) en het conceptueel model van Berkman et al. (2000) (zie figuur 2) berusten allebei op de veronderstelling dat het menselijk functioneren respectievelijk de gezondheidstoestand van het individu onder andere door psychosociale factoren, zoals zelf-effectiviteit, wordt beïnvloed. Met betrekking tot de verklaring van pijn en onbekwaamheid bij mensen met RA wordt zelf-effectiviteit zelfs als één van de meest belangrijke psychosociale variabelen beschouwd (Somers et al., 2010).

In deze paragraaf wordt eerst de theoretische achtergrond van zelf-effectiviteit nader toegelicht. Vervolgens wordt op basis van eerder onderzoek het belang van dit construct in verband met de ervaren gezondheidstoestand van RA patiënten verduidelijkt.

Volgens de *sociale leertheorie* van Bandura (1986; 1992) wordt het menselijk functioneren in aanzienlijke mate door psychosociale factoren beïnvloed. Het basale uitgangspunt van deze theorie vormt het concept van *reciprocal determinism* (nl.: wederkerig determinisme). Volgens dat concept gaat het menselijk functioneren gepaard met een continue interactie tussen persoonlijke factoren, zoals gedrag en cognitie, en omgevingsfactoren (Taal et al., 1996). Daaruit volgt dat gezondheid en ziekte op soortgelijke wijze resulteren uit de interactie tussen biologische, psychologische, gedragsmatige en omgevingsfactoren (Taal et al., 1996). Het concept van het wederkerig determinisme laat overeenkomsten zien met het *biopsychosocial model of health and illness* (Engel, 1977). Dit model is een tegenhanger van het *traditional biomedical model* (Bandura, 1992; Parker et al., 1993) dat op de veronderstelling berust dat een ziekte volledig door biologische (somatische) variabelen wordt bepaald (Engel, 1977). In tegenstelling hiermee blijkt uit de sociale leertheorie dat het (ziekte- of gewel gezondheids-) gedrag van het individu onder andere door interne standaards en zelfwaardering wordt gemotiveerd en gereguleerd (Bandura, 1986). Voor wat betreft

veranderingen in het (ziekte- of tewel gezondheids-) gedrag zijn uitkomst- en zelf-effectiviteitsverwachtingen belangrijke “cognitief mediërende mechanismen” (Taal et al. 1996). Uitkomstverwachtingen hebben betrekking tot de verwachting dat bepaald gedrag een gunstig resultaat tot gevolg zal hebben. Zelf-effectiviteitsverwachtingen daarentegen refereren aan “het geloof dat iemand in een gegeven omstandigheid in staat is tot bepaald gedrag” (Morrison & Bennett, 2013). Laatstgenoemde verwachtingen reguleren het menselijk functioneren door zowel gedragsmatige beslissingen als de mate en duur van inspanning te beïnvloeden. Bovendien bepalen zelf-effectiviteitsverwachtingen in hoeverre iemands denkpatroon belemmerend of behulpzaam van aard is (Bandura, 1986; 1991).

Hoe RA patiënten zich gedragen ten aanzien van de gevolgen van ziekte, zoals functioneringsproblemen, pijn en vermoeidheid, wordt dus mede bepaald door hun geloof in de eigen bekwaamheid om met de ziekte om te kunnen gaan. Het onvoorspelbare ziekteverloop en de almaar variërende ziekteactiviteit zou bij de patiënt echter een gevoel van controleverlies tweek kunnen brengen, waardoor het geloof in de eigen bekwaamheid zich ooit aan te kunnen passen aan de ziekte en diens consequenties minder zou worden (Bradley et al., 1984). Het gevoel de ziekte niet te kunnen controleren, zou naast cognitieve reacties ook angst en depressie tot gevolg kunnen hebben, wat weer kan leiden tot een verhoogde pijnbeleving, minder inspanningen om met de consequenties van de ziekte om te gaan of algemene dagelijkse levensactiviteiten uit te voeren. Uiteindelijk zal de subjectief ervaren gezondheidstoestand van de patiënt verder verslechteren (Taal et al., 1996).

Dat pijnbeleving en functioneringsproblemen bij mensen met RA mede verklaard worden door zelf-effectiviteit wordt eveneens door onderzoek van Somers et al. (2010) bekrachtigd. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de relatie tussen de ernst van de ziekte en de ervaren pijn gedeeltelijk (32%) wordt verklaard door zelf-effectiviteit voor omgaan met pijn. Het verband tussen de ernst van de ziekte en het fysiek functioneren van de patiënt wordt gedeeltelijk (42%) verklaard door zelf-effectiviteit voor het uitvoeren van algemene dagelijkse levensactiviteiten. Het onderzoek laat bovendien zien dat de ernst van de ziekte noch aan het affectief noch aan het sociaal functioneren van een patiënt gerelateerd is. Ter voorkoming van verwarring moet opgemerkt worden dat affectief en sociaal functioneren inhoudelijk vergelijkbaar zijn met geestelijke gezondheid en sociale participatie. Het blijkt dus dat problemen op het gebied van affectief en sociaal functioneren niet te wijten zijn aan de ernst van de ziekte. Het ligt voor de hand dat het functioneren op deze twee gebieden voor een groot deel door zelf-effectiviteit wordt bepaald (Somers et al., 2010).

Dat zelf-effectiviteit in belangrijke mate gerelateerd is aan de impact van RA op de ervaren gezondheidstoestand van de patiënt blijkt eveneens uit onderzoek van Taal et al. (1993). Dientengevolge is het geloof in de eigen bekwaamheid om met de ziekte om te kunnen gaan positief gerelateerd aan de subjectief ervaren gezondheidstoestand van patiënten

met RA. Zelf-effectiviteit blijkt dus alleen gerelateerd te zijn aan de subjectief ervaren gezondheidstoestand. Meer objectieve gezondheidsindicatoren, zoals de beoordeling door een reumatoloog of de resultaten van laboratoriumtests, laten daarentegen geen samenhang met zelf-effectiviteit zien (Taal et al., 1993).

Op basis van dergelijke onderzoeksresultaten kan worden geconcludeerd dat de mate van zelf-effectiviteit mede bepaald hoe iemand zijn gezondheids- ofwel ziekte-toestand ervaart. Dat wil zeggen dat de subjectieve ziektebeleving ten dele onafhankelijk is van de onderliggende fysieke toestand van de persoon (Taal et al., 1993). In principe weerspiegelen deze onderzoeksresultaten hetgeen Bandura (1986) al in de jaren tachtig met zijn sociale leertheorie heeft aangetoond, namelijk dat de mate van zelf-effectiviteit mede bepaalt hoe iemand presteert, ongeacht van de onderliggende vaardigheden. Hoe belemmerend RA patiënten hun ziekte ervaren, hangt dus samen met het geloof in de eigen bekwaamheid om met de ziekte om te kunnen gaan. De daadwerkelijke ziekte activiteit blijkt daaromtrent van secundair belang te zijn.

Wat betreft de invloed van sociale netwerken op het gezondheidsbevorderend gedrag van het individu werd onderzocht dat zelf-effectiviteit hieromtrent een mediërende rol vervult (Duncan & McAuley, 1993). Er zijn bovendien aanwijzingen dat een aanhoudende netwerkparticipatie van essentieel belang is voor de instandhouding van zelf-effectiviteitsverwachtingen bij mensen op latere leeftijd (McAvey, Seeman & Rodin, 1996). Doordat patiënten met RA, net als ouderen, last hebben van functioneringsproblemen kan worden verondersteld dat het voor hen eveneens van belang is dat ze zo goed mogelijk aan het maatschappelijke leven blijven deelnemen om zodoende een bepaalde mate van zelf-effectiviteit te handhaven.

Samenvattend zijn tot dusver drie onderwerpen ter sprake gekomen: het menselijk functioneren in verband met de fysieke en geestelijke gezondheidstoestand, participatie en zelf-effectiviteit. Zoals is gebleken, werd tot nu toe óf alleen de relatie tussen telkens twee van deze constructen onderzocht óf heeft het betreffend onderzoek geen betrekking tot patiënten met polyartritis. Kuhlow et al. (2010) bijvoorbeeld hebben onderzocht door welke variabelen restricties in participatie bij patiënten met RA kunnen worden verklaard. Hoewel ze rekening hebben gehouden met zowel het fysiek en geestelijk welbevinden van de patiënt als met demografische factoren werden psychologische factoren, zoals de mate van zelf-effectiviteit van de patiënt, buiten beschouwing gelaten. Verder hebben Berkman et al. (2000) met behulp van een theoretisch model reeds laten zien dat sociale netwerken onder andere via zelf-effectiviteit invloed hebben op de gezondheid van het individu. Het is echter de vraag in hoeverre dit model ook op mensen met RA van toepassing is en of het model door onderzoeksresultaten daadwerkelijk wordt bevestigd. Verder beschrijven Reinhardt en Stucki

(2007) in hun editorial het verband tussen fysieke gezondheid, participatie, geestelijke gezondheid, en zelf-effectiviteit als een cirkel, die zichzelf in stand houdt. Hierbij gaat het echter enkel om een theoretische verklaringsaanzet diens validiteit niet verder door wetenschappelijk onderzoek werd getoetst. Dit heeft te maken met het feit dat editorials alleen worden gebruikt “om een bepaalde invalshoek of visie rond een actualiteit uitvoerig te kunnen belichten” (Editorial, z.d.). Misschien zal op basis van dit onderzoek bepaald kunnen worden in hoeverre de verklaringsaanzet van Reinhardt en Stucki (2007) door wetenschappelijk onderzoek bevestigd wordt. Hoewel alle bovenstaande constructen in het model van Somers et al. (2010) worden behartigd, is de aandacht echter alleen gericht op het effect van zowel de ernst van de ziekte als zelf-effectiviteit op een viertal (gezondheids)aspecten, waaronder affectief functioneren (d.w.z. geestelijke gezondheid) en sociaal functioneren (d.w.z. sociale participatie). In hoeverre het sociaal functioneren mogelijk invloed heeft op het affectief functioneren werd derhalve niet duidelijk.

Tot nu toe is weinig bekend over het langdurig effect van participatie op de geestelijke gezondheid van patiënt daarom werd voor een longitudinaal onderzoeksopzet gekozen.

De vragen waarop dit onderzoek antwoord wil geven zijn:

1. In hoeverre voorspellen veranderingen in de mate van sociale participatie (familierol, autonomie buitenshuis en sociale relaties) veranderingen in de mate van telkens angst, depressie, purpose in life en positief affect bij patiënten met RA?
2. In hoeverre wordt de samenhang tussen veranderingen in sociale participatie en veranderingen in de vier aspecten van geestelijke gezondheid door veranderingen in de mate van zelf-effectiviteit gemedieerd?

Methode

Deelnemers

Voor deze studie werd gebruik gemaakt van eerder verzamelde data door Arends et al. (2013). Bij hun onderzoek ging het om een longitudinaal survey onderzoek. De deelnemers waren allemaal onder behandeling in een polikliniek voor reumatologie. Op basis van de volgende inclusiecriteria werden uit een elektronisch diagnose registratiesysteem aselect 803 patiënten gekozen: (1) bij de patiënt werd polyartritis gediagnosticeerd en (2) de patiënt is onder behandeling voor polyartritis. Vervolgens hebben reumatologen het dossier van elke patiënt op de volgende verdere inclusiecriteria gecontroleerd: (3) de patiënt is 18 jaar of ouder

Tabel 1 Demografische en Klinische Kenmerken van de Patiënten (N = 331)

<i>Demografische kenmerken</i>	
Geslacht, n (%)	
Mannelijk	129 (39.00)
Vrouwelijk	202 (61.00)
Leeftijd (jaren), gemiddeld (SD), range	61.60 (12.72), 24-91
Burgerlijke staat, n (%)	
Ongehuwd/niet samenwonend	20 (6.20)
Ongehuwd/samenwonend	22 (6.80)
Gehuwd	219 (67.60)
Weduwe/weduwnaar	43 (13.30)
Gescheiden	20 (6.20)
missend	7
Opleiding n (%)	
Geen opleiding	5 (1.50)
Basisonderwijs (lager onderwijs)	22 (6.80)
Lager beroepsonderwijs (LBO, huishoudschool, LEAO, LTS, etc.)	101 (31.30)
MAVO, (M)ULO, 3-jarige HBS, VMBO	61 (18.90)
Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO)	62 (19.20)
5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium	14 (4.30)
Hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS, HEAO)	48 (14.90)
Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	10 (3.10)
Missend	8
Werk n (%)	
Fulltime werk	49 (15.10)
Parttime werk	47 (14.50)
Huishouden	45 (13.80)
Werkloos	10 (3.10)
Arbeidsongeschikt (WOA/WIA)	45 (13.80)
Gepensioneerd (AOW, VUT)	129 (39.70)
Missend	6
<i>Klinische Kenmerken</i>	
Diagnose n (%)	
Reumatoïde artritis	137 (41.40)
Osteoporose	4 (1.20)
Ziekte van Bechterew	16 (4.80)
Anders, namelijk	13 (3.90)
Artrose	16 (4.80)
SLE	2 (0.60)
Sclerodermie	8 (2.40)
Artritis Psoriatica	18 (5.40)
Jicht	15 (4.50)
Weet ik niet	9 (2.70)
Duur van de ziekte (jaren), gemiddeld (SD), marge	14.67 (12.26), 1-71

en (4) de patiënt is in staat de Nederlandstalige vragenlijst, óf zelfstandig óf met hulp, in te vullen. Van de 803 patiënten werden 164 patiënten niet gecontacteerd, omdat ze niet aan alle

inclusiecriteria voldeden. De Commissie Ethiek binnen de faculteit gedragswetenschappen van de Universiteit Twente keurde het onderzoek goed. Uiteindelijk hebben 239 patiënten de vragenlijst drie keer ingevuld.

Procedure

De patiënten hebben over een periode van een jaar drie keer dezelfde vragenlijst ingevuld. In totaal hebben 639 patiënten een uitnodigingsbrief ontvangen, samen met de toestemmingsverklaring en de eerste vragenlijst, waarvan 331 ingevulde vragenlijsten en toestemmingsverklaringen werden terug gestuurd; dit is gelijk aan een percentage van 48%. Na een jaar hadden 239 patiënten de vragenlijst drie keer ingevuld.

Materialen

De vragenlijsten, die de patiënten hebben ingevuld, waren allemaal samengesteld uit dezelfde reeds bestaande vragenlijsten en subschalen. In de eerste vragenlijst werd bovendien een gedeelte over de demografische en klinische kenmerken van de patiënt opgenomen. Wat betreft de demografische kenmerken werd gevraagd naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau en werkstatus. Omtrent de klinische kenmerken hadden de vragen betrekking op de diagnose en de duur van de ziekte.

De mate van pijn werd door middel van een numerieke beoordelingsschaal (Arends et al., 2013), bestaande uit slechts één item, bepaald. De patiënt werd gevraagd om op een elfpuntsschaal, lopend van (0) 'helemaal geen pijn' tot (10) 'ondraaglijke pijn', aan te geven in hoeverre hij of zij de afgelopen zeven dagen last heeft gehad van pijn. Dientengevolge kon de patiënt een score tussen 0 en 10 bereiken. Hoe hoger deze score, hoe meer pijn de patiënt de afgelopen zeven dagen heeft gehad. Zoals uit tabel 2 blijkt, zijn de gemiddelde scores per vragenlijst gelijk aan 4.12 (respectievelijk 4.01 respectievelijk 4.11). Doordat deze scores allemaal rond het midden van de hierboven vermelde schaalrange liggen, kan worden geconcludeerd dat de patiënten in de week voorafgaand aan de enkele enquêtes best last hebben gehad van pijn.

Een 100 mm visueel analoge schaal (Arends et al., 2013), bestaande uit slechts één item, werd gebruikt om de mate van vermoeidheid te meten. De patiënt werd gevraagd om op een schaal lopend van (0) 'geen vermoeidheid' tot (100) 'totaal uitgeput', aan te geven hoe vermoeid hij of zij in de afgelopen zeven dagen gemiddeld is geweest. Dientengevolge kon de patiënt een score tussen 0 en 100 bereiken. Hoe hoger deze score, hoe vermoeider de patiënt tijdens de zeven dagen voorafgaand aan de enkele enquêtes is geweest. Zoals aan tabel 2 kan worden ontleend, liggen de gemiddelde scores allemaal in het 42^{ste} respectievelijk 43^{ste}

percentiel van de schaalrange. In de week voorafgaand aan de enkele enquêtes waren de patiënten dus matig vermoeid.

De mate van zelf-effectiviteit van de patiënt werd door middel van twee subschalen van de *Arthritis Self-Efficacy Scale* (ASES; Lorig et al., 1989) in kaart gebracht: (1) zelf-effectiviteit voor omgaan met pijn, bestaande uit vijf items, en (2) zelf-effectiviteit voor omgaan met andere symptomen, bestaande uit zes items. De patiënt diende op een vijfpuntsschaal, lopend van (1) ‘geheel mee oneens’ tot (5) ‘geheel mee eens’, aan te geven in hoeverre hij het eens is met uitspraken, zoals: “Ik ben er zeker van dat ik kan slapen ondanks de pijn van mijn reumatische aandoening” of: “Ik ben er zeker van dat ik mijn vermoeidheid kan beheersen.” De schaalscores waren gelijk aan het gemiddelde van de bijbehorende itemscores. Dientengevolge kon de patiënt een schaalscore tussen 1 en 5 bereiken. Hoe hoger deze score, hoe hoger de mate van het desbetreffende type zelf-effectiviteit. Omtrent de zelf-effectiviteitsschaal voor omgaan met andere symptomen liggen de gemiddelde schaalscores allemaal in het middelste derde deel van de schaalrange (zie tabel 2). De gemiddelden van de subschaal zelf-effectiviteit voor omgaan met pijn zijn slechts minimaal kleiner. De patiënten beschikken over het algemeen dus over een gemiddelde mate van zelf-effectiviteit. De maat voor de betrouwbaarheid (Cronbach’s alfa) van elke schaal verschilt per vragenlijst en is aan tabel 2 te ontleen. Alle zes de alfa’s nemen een waarde aan boven .80 en liggen hiermee in het door Kline (1999) aangegeven gebied. Beide subschalen kunnen dus als betrouwbaar worden beschouwd.

De *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983) werd gebruikt om de mate van zowel angst als depressie te meten. Beide constructen werden door middel van telkens zeven items gemeten. Een voorbeelduitspraak met betrekking tot angst is: “Ik voel me gespannen”. Ten opzichte van depressie werden uitspraken gedaan zoals: “Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk”. De patiënt diende op een vierpuntsschaal, lopend van 0 tot 3, aan te geven in hoeverre de uitspraken op hem of haar van toepassing zijn. De schaalscores werden bepaald door de bijbehorende itemscores bij elkaar op te tellen. Elke patiënt kon zo een totaalscore tussen 0 en 21 bereiken. Hoe hoger deze score, hoe angstiger (respectievelijk depressiever) de patiënt was. De gemiddelde depressiescores liggen allemaal in het eerste kwart van de scale range. Hoewel de angstscores gemiddeld 0.56 hoger zijn dan de depressiescores zijn ze niettemin eveneens relatief laag te noemen. Gezien hun ziekte hadden de patiënten in de week voorafgaand aan de enkele enquêtes dus weinig last van angst of depressie. De Cronbach’s alfa van elk van de twee subschalen verschilt per vragenlijst (zie tabel 2). De alfa’s nemen echter allemaal een waarde rond .80 aan en getuigen dus van de betrouwbaarheid van de twee HADS-subschalen.

Of en in hoeverre de patiënt een diepere betekenis toekent aan het leven werd met de *Purpose in Life scale* (PIL; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995), bestaande uit zes items,

bepaald. De patiënt diende op een vijfpuntsschaal, lopend van (1) ‘geheel mee oneens’ tot (5) ‘geheel mee eens’ aan te geven in hoeverre hij het eens is met uitspraken, zoals: “Mijn dagelijkse activiteiten lijken mij vaak triviaal en onbelangrijk”. De score werd bepaald door de enkele itemscores bij elkaar op te tellen. De enkele totaalscores namen dus een waarde tussen 6 en 30 aan. Hoe hoger de score, hoe meer betekenis de patiënt aan zijn of haar leven toekent. De gemiddelden van de Purpose in Life schaal liggen voor alle drie meetmomenten in het midden van de schaalrange. Gemiddeld gezien kennen de patiënten dus geen diepere betekenis toe aan hun leven. Zoals uit tabel 2 blijkt nemen de Cronbach’s alfa’s allemaal een waarde tussen .78 en .82 aan. De betrouwbaarheid van de Purpose in Life Scale is dus goed te noemen.

Met behulp van de *Positive scale*, bestaande uit 10 items, van de *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988) trachtte men de stemming van de patiënt in kaart te brengen. De patiënt diende met behulp van een vijfpuntsschaal, lopend van (1) ‘nauwelijks of helemaal niet’ tot (5) ‘in sterke mate’ aan te geven in hoeverre hij of zij de afgelopen week bijvoorbeeld aandachtig of geïnteresseerd is geweest. De score werd bepaald door de enkele itemscores bij elkaar op te tellen. De patiënt kon dus een totaalscore tussen 10 en 50 bereiken. Hoe hoger de score, hoe positiever de gevoelens en emoties van de patiënt in de week voorafgaand aan de enquêtes zijn geweest. Voor elk meetmoment ligt het gemiddelde in het derde kwart van de schaalrange. Gemiddeld waren de patiënten dus meer positief dan negatief gestemd. De Cronbach’s alfa van de positieve schaal is voor elk van de drie vragenlijsten minimaal verschillend. Alle drie de alfa’s nemen een waarde van gemiddeld .92 aan (zie tabel 2). De betrouwbaarheid van deze schaal is dus in ieder geval uitstekend.

De mate van participatie werd met de subschalen familierol, autonomie buitenshuis en sociale relaties, bestaande uit in totaal 19 items, van de *Impact on Participation and Autonomy Questionnaire* (IPA; Cardol et al., 2001) bepaald. Wat betreft bijvoorbeeld het domein autonomie buitenshuis diende de patiënt zinnen af te maken, zoals: “De mogelijkheid om mijn vrije tijd te besteden zoals ik het wil, is...”. De patiënt kon kiezen uit vijf antwoordmogelijkheden lopend van ‘zeer goed’ (0) tot ‘slecht’ (4). De score was gelijk aan het gemiddelde van alle itemscores. Dientengevolge namen de totaalscores een waarde tussen 0 en 4 aan. Hoe hoger de score, hoe meer belemmeringen in participatie en autonomie de patiënt ervaart of hoe problematischer de patiënt mogelijke belemmeringen ervaart. Alle drie de gemiddelden liggen in het tweede kwart van de schaalrange, wat betekent dat de patiënten of relatief weinig belemmeringen in participatie en autonomie hebben ervaren of mogelijke belemmeringen als weinig problematisch ondervonden. De Cronbach’s alfa is voor elk van de drie schalen gemiddeld .94, wat dus van een uitstekende betrouwbaarheid van de IPA vragenlijst getuigt (zie tabel 2).

Tabel 2 Kenmerken van de Vragenlijsten die in dit Onderzoek Werden Gebruikt

Variabele	Schaal	Auteur	Voorbeeld	Items	Antwoordopties	N	Nb	Nc	α_a	α_b	α_c	Scale range	Ma (SD)	Mb (SD)	Mc (SD)
Pijn	1 item numerical rating scale		Mate van pijn in de afgelopen 7 dagen als gevolg van de aandoening	1	Helemaal geen pijn (0) – ondraagelijke pijn (10)	322	286	255	-	-	-	0-10	4.12 (2.47)	4.01 (2.38)	4.11 (2.38)
Vermoeidheid	100mm visual analogue scale		Mate van vermoeidheid, gemiddeld genomen over de afgelopen 7 dagen	1	Geen vermoeidheid (0) – totaal uitgeput (100)	322	274	249	-	-	-	0-100	42.17 (26.28)	43.06 (27.14)	43.25 (25.91)
Zelf-effectiviteit voor omgaan met pijn	Arthritis Self-Efficacy Scale	Lorig et al., 1989	Ik ben er zeker van dat ik kan slapen ondanks de pijn van mijn reumatische aandoening	5	Geheel mee oneens (1) – Geheel mee eens (5)	324	285	258	.82	.83	.81	1-5	3.21 (0.79)	3.28 (0.75)	3.29 (0.73)
Zelf-effectiviteit voor omgaan met andere symptomen	Arthritis Self-Efficacy Scale	Lorig et al., 1989	Ik ben er zeker van dat ik mijn vermoeidheid kan beheersen	6	Geheel mee oneens (1) – geheel mee eens (5)	317	288	255	.82	.84	.82	1-5	3.49 (0.65)	3.52 (0.67)	3.51 (0.63)
Angst	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Zigmond & Snaith, 1983	Ik voel me gespannen	7	Various response format (0-3)	324	282	250	.83	.85	.84	0-21	5.31 (3.74)	5.32 (3.59)	5.05 (3.61)
Depressie	HADS	Zigmond & Snaith, 1983	Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk	7	Various response format (0-3)	323	286	251	.80	.80	.81	0-21	4.75 (3.55)	4.74 (3.59)	4.49 (3.52)
Purpose in life	Purpose in Life Scale (PIL)	Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995	Mijn dagelijkse activiteiten lijken me vaak triviaal en onbelangrijk	6	Geheel mee oneens (1) – geheel mee eens (5)	321	286	255	.82	.78	.78	6-30	21.81 (3.81)	18.15 (2.97)	18.08 (2.87)
Positief affect	Positive scale of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	Watson, Clark & Tellegen, 1988	Kleur alstublieft het vakje in wat weergeeft in hoeverre u zich zo gevoeld hebt in de afgelopen week: bijv. aandachtig, geïnteresseerd	10	Nauwelijks of helemaal niet (1) – in sterke mate (5)	322	280	254	.92	.91	.92	10-50	34.21 (7.03)	34.71 (6.69)	34.56 (6.79)
Participatie	De subschalen ‘familierol’, ‘autonomie buitenshuis’ en ‘sociale relaties’ van de Impact on Participation and Autonomy (IPA) vragenlijst	Cardol, De Haan, De Jong, Van den Bos, & De Groot, 2001	Domein autonomie buitenshuis: De mogelijkheid om mijn vrije tijd te besteden zoals ik het wil, is...	19	Zeer goed (0) – slecht (4)	305	269	249	.94	.94	.94	0-4	1.33 (0.66)	1.36 (0.65)	1.32 (0.63)

Analyse

Voor de zelf-effectiviteit schalen, de geestelijke gezondheid schalen (angst, depressie, purpose in life en positief affect) en de participatie schalen waren maximaal 25% missende antwoorden per schaal toegestaan. Voor geen van de zojuist genoemde schalen werd deze grens overschreden. Voor de statistische analyses werd de twintigste versie van het Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) gebruikt. Voor alle variabelen werd per vragenlijst de Cronbach's alfa, de range van de scores, het gemiddelde en de standaarddeviatie berekend (zie tabel 2). De data voldeed aan de voorwaarden van normaliteit, lineariteit, multicollineariteit en homoscedastiteit. De drie IPA subschalen 'familierol', 'autonomie buitenshuis' en 'sociale relaties' werden per vragenlijst bij elkaar opgeteld en door drie gedeeld met als bedoeling één enkele indicator voor de waargenomen mate van participatie te creëren. Arends et al. (2013) hebben op basis van de 19 items van de eerste vragenlijst een restricted-to-one-factor hoofdcomponentenanalyse uitgevoerd om de één-factor-structuur van de IPA te onderzoeken. Uit het artikel komt naar voren dat zowel de screeplot als de eigenvalues een één-factor-oplossing bevestigden (eigenvalue 9.13, 48.03% van de totale variantie wordt verklaard). De IPA subschaal 'werk en opleiding' werd tijdens de drie meetmomenten door slechts 38.67% respectievelijk 38.37% respectievelijk 34.14% van de deelnemers ingevuld. Om deze reden werd ze niet bij de overige IPA schalen opgeteld. Om de statistische analyses met maar één mediatorvariabele uit te kunnen voeren, werden per vragenlijst de scores van de twee zelf-effectiviteit schalen bij elkaar opgeteld en door 11 gedeeld. Van tevoren werd eveneens de één-factor-structuur van de zelf-effectiviteit schalen getest. Onderzoek van de screeplot en de eigenvalues bevestigden een één-factor-oplossing (eigenvalue 5.44, 49.46% van de totale variantie wordt verklaard).

Om de eerste en tweede onderzoeksvraag te testen, werd onderzocht in hoeverre tijdgerelateerde veranderingen in de mate van sociale participatie veranderingen in de geestelijke gezondheid (angst, depressie, purpose in life en positief affect) van de patiënt voorspellen en of en in hoeverre deze relatie door veranderingen in de mate van zelf-effectiviteit wordt gemedieerd. Daarvoor werden allereerst voor alle vijf variabelen de verschilcores tussen telkens de eerste en tweede en de tweede en derde vragenlijst berekend. Vervolgens werden op basis van de twee typen verschilcores in totaal acht hiërarchische regressie analyses uitgevoerd, met als afhankelijke variabele de verschilcores van telkens angst, depressie, purpose in life en positief affect. In het eerste model werden de baselinescores van de afhankelijke variabele, participatie en zelf-effectiviteit opgenomen. Bovendien werden zowel de baselinescores als de verschilcores van pijn en vermoeidheid in het eerste model opgenomen. De verschilscore van participatie werd in het tweede model opgenomen, gevolgd door de verschilscore van zelf-effectiviteit in het derde model. Op basis

van de resultaten werd gecontroleerd of aan de onderstaande voorwaarden van mediatie werd voldaan: (1) de verschillscore van participatie is een significante voorspeller van de verschillscore van het desbetreffende aspect van geestelijke gezondheid; (2) de verschillscore van participatie is een significante voorspeller van de verschillscore van zelf-effectiviteit; (3) de verschillscore van zelf-effectiviteit is een significante voorspeller van de verschillscore van het desbetreffende aspect van geestelijke gezondheid, wanneer voor de verschillscore van participatie wordt gecontroleerd en (4) het effect van de verschillscore van participatie op de verschillscore van het desbetreffende aspect van geestelijke gezondheid verdwijnt (volledige mediatie) of wordt kleiner (partiële mediatie), wanneer voor de verschillscore van zelf-effectiviteit wordt gecontroleerd (Baron & Kenny, 1986). Wanneer aan alle vier bovenstaande voorwaarden werd voldaan, werd met behulp van het *PROCESS*-tool van Hayes (2014) een mediatie analyse uitgevoerd om het indirect effect van veranderingen in participatie via veranderingen in zelf-effectiviteit op veranderingen in het desbetreffende aspect van geestelijke gezondheid te bepalen.

Tabel 3 Pearson Correlaties voor de Onderzoeksvariabelen

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.
1. Angst A	1,00																							
2. Angst B	,73**	1,00																						
3. Angst C	,70**	,77**	1,00																					
4. Depressie A	,68**	,59**	,59**	1,00																				
5. Depressie B	,59**	,71**	,62**	,79**	1,00																			
6. Depressie C	,58**	,61**	,69**	,72**	,80**	1,00																		
7. Purpose in life A	-,47**	-,38**	-,38**	-,60**	-,50**	-,52**	1,00																	
8. Purpose in life B	-,39**	-,48**	-,43**	-,56**	-,62**	-,56**	,68**	1,00																
9. Purpose in life C	-,36**	-,44**	-,47**	-,52**	-,58**	-,63**	,64**	,69**	1,00															
10. Positief affect A	-,47**	-,45**	-,43**	-,65**	-,62**	-,58**	,62**	,53**	,51**	1,00														
11. Positief affect B	-,33**	-,46**	-,43**	-,53**	-,65**	-,59**	,50**	,62**	,57**	,69**	1,00													
12. Positief affect C	-,28**	-,45**	-,49**	-,44**	-,55**	-,60**	,43**	,51**	,66**	,60**	,71**	1,00												
13. Pijn A	,42**	,35**	,38**	,36**	,31**	,33**	-,19**	-,23**	-,23**	-,24**	-,22**	-,18**	1,00											
14. Pijn B	,44**	,48**	,46**	,33**	,39**	,39**	-,23**	-,29**	-,25**	-,24**	-,29**	-,31**	,59**	1,00										
15. Pijn C	,32**	,37**	,39**	,31**	,36**	,40**	-,24**	-,33**	-,26**	-,24**	-,26**	-,27**	,62**	,64**	1,00									
16. Vermoeidheid A	,51**	,50**	,43**	,46**	,43**	,38**	-,29**	-,32**	-,23**	-,37**	-,31**	-,25**	,66**	,59**	,56**	1,00								
17. Vermoeidheid B	,47**	,56**	,51**	,41**	,50**	,42**	-,26**	-,37**	-,26**	-,31**	-,40**	-,36**	,52**	,72**	,60**	,71**	1,00							
18. Vermoeidheid C	,44**	,46**	,43**	,37**	,42**	,40**	-,25**	-,32**	-,28**	-,31**	-,33**	-,33**	,50**	,60**	,58**	,67**	,71**	1,00						
19. Zelf-effectiviteit A	-,47**	-,38**	-,36**	-,48**	-,41**	-,40**	,46**	,35**	,30**	,48**	,37**	,33**	-,53**	-,50**	-,46**	-,54**	-,40**	-,45**	1,00					
20. Zelf-effectiviteit B	-,43**	-,52**	-,49**	-,44**	-,51**	-,49**	,34**	,45**	,39**	,41**	,47**	,44**	-,49**	-,63**	-,50**	-,56**	-,54**	-,55**	,68**	1,00				
21. Zelf-effectiviteit C	-,44**	-,48**	-,52**	-,46**	-,46**	-,54**	,41**	,41**	,46**	,39**	,37**	,47**	-,42**	-,57**	-,60**	-,50**	-,52**	-,54**	,70**	,75**	1,00			
22. Participatie A	,53**	,49**	,43**	,63**	,58**	,57**	-,51**	-,46**	-,44**	-,55**	-,48**	-,45**	,49**	,48**	,45**	,55**	,48**	,45**	-,58**	-,58**	-,56**	1,00		
23. Participatie B	,48**	,53**	,45**	,59**	,64**	,59**	-,49**	-,57**	-,52**	-,52**	-,60**	-,52**	,43**	,51**	,50**	,55**	,57**	,50**	-,55**	-,66**	-,60**	,81**	1,00	
24. Participatie C	,48**	,50**	,52**	,56**	,59**	,67**	-,43**	-,49**	-,54**	-,52**	-,53**	-,60**	,47**	,48**	,53**	,53**	,50**	,56**	-,51**	-,59**	-,67**	,77**	,80**	1,00

Note. N = 233-328 voor alle variabelen. A = eerste meting; B = tweede meting; C = derde meting

* De correlatie is significant als een significantieniveau van .05 (twee-zijdig) wordt gehanteerd

** De correlatie is significant als een significantieniveau van .01 (twee-zijdig) wordt gehanteerd

Tabel 4 Pearson Correlaties voor de Verschilcores (Δ AB) van de Onderzoeksvariabelen

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Angst Δ AB	1,00							
2. Depressie Δ AB	,45**	1,00						
3. Purpose in life Δ AB	-,34**	-,30**	1,00					
4. Positief affect Δ AB	-,24**	-,30**	,32**	1,00				
5. Pijn Δ AB	,13*	,19**	-,07	-,10	1,00			
6. Vermoeidheid Δ AB	,21**	,28**	-,12*	-,27**	,41**	1,00		
7. Zelf-effectiviteit Δ AB	-,25**	-,30**	,38**	,27**	-,21**	-,14*	1,00	
8. Participatie Δ AB	,28**	,33**	-,23**	-,29**	,13*	,20**	-,26**	1,00

Note. N = 256-284 voor alle variabelen. A = eerste meting; B = tweede meting

* De correlatie is significant als een significantieniveau van .05 (twee-zijdig) wordt gehanteerd

** De correlatie is significant als een significantieniveau van .01 (twee-zijdig) wordt gehanteerd

Tabel 5 Pearson Correlaties voor de Verschilcores (Δ BC) van de Onderzoeksvariabelen

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Angst Δ BC	1,00							
2. Depressie Δ BC	,36**	1,00						
3. Purpose in life Δ BC	-,17**	-,21**	1,00					
4. Positief affect Δ BC	-,09	-,19**	,33**	1,00				
5. Pijn Δ BC	-,01	,03	-,01	,06	1,00			
6. Vermoeidheid Δ BC	,06	,08	-,20**	-,18**	,17*	1,00		
7. Zelf-effectiviteit Δ BC	-,12	-,22**	,26**	,17*	-,24**	-,02	1,00	
8. Participatie Δ BC	,10	,31**	-,23**	-,32**	,05	,20**	-,33**	1,00

Note. N = 222-249 voor alle variabelen. B = tweede meting; C = derde meting

* De correlatie is significant als een significantieniveau van .05 (twee-zijdig) wordt gehanteerd

** De correlatie is significant als een significantieniveau van .01 (twee-zijdig) wordt gehanteerd

Resultaten

Voorafgaande analyses

Voor elk van de drie meetmomenten kunnen de Cronbach's alfa, de range van de scores, de gemiddelden en de standaarddeviaties van de schalen aan tabel 2 worden ontleend.

Wat betreft veranderingen in participatie over de twee tijdsperiodes heen, blijkt dat de patiënten na afloop van de eerste tijdsperiode meer belemmeringen in participatie ervaren dan in het begin en aan het eind van het onderzoek. Bijna hetzelfde geldt voor veranderingen in de mate van angst. Na afloop van de tweede tijdsperiode zijn de patiënten gemiddeld minder angstig dan op het eerste en tweede meetmoment. Ook de mate van depressie daalt tijdens de tweede tijdsperiode. Verder blijkt uit tabel 2 dat de patiënten in de loop van het onderzoek een minder diepe betekenis aan hun leven hechten, want de gemiddelde score wordt over de twee tijdsperiodes heen kleiner. Wat betreft de stemming van de patiënten blijkt dat ze tijdens de eerste tijdsperiode tot een maximum stijgt en vervolgens weer iets daalt.

Correlaties

Uit de resultaten van de correlatie analyse, weergegeven in tabel 3, blijkt dat participatie significant sterk gerelateerd is aan elk van de vier aspecten van geestelijke gezondheid. Meer in het bijzonder is er tussen participatie en telkens angst en depressie een positieve lineaire samenhang en tussen participatie en telkens purpose in life en positief affect een negatieve lineaire samenhang. Verder is participatie significant sterk negatief gerelateerd aan zelf-effectiviteit. Vergelijkt men de correlatiecoëfficiënten van alle drie meetmomenten met elkaar, wordt duidelijk dat de relatie tussen participatie en zelf-effectiviteit in de loop van het onderzoek sterker wordt. Zelf-effectiviteit is significant matig tot sterk gerelateerd aan elk van de vier aspecten van geestelijke gezondheid. Voor de relaties tussen zelf-effectiviteit en telkens angst en depressie geldt dat ze over de drie meetmomenten heen sterker worden. De relatie tussen zelf-effectiviteit en positief affect daarentegen wordt zwakker naarmate de tijd voorbijgaat. Verder blijkt uit tabel 3 dat pijn en telkens angst en depressie significant matig aan elkaar gerelateerd zijn en dat er een zwakke maar significante relatie is tussen pijn en telkens purpose in life en positief affect. Vermoeidheid is in de eerste tijdsperiode significant sterk gerelateerd aan telkens angst en depressie, na afloop van de tweede tijdsperiode zijn de relaties echter nog maar matig van aard. Verder is vermoeidheid significant matig gerelateerd aan purpose in life en positief affect.

Met betrekking tot veranderingen in de onderzoeksvariabelen tussen de eerste en tweede meting blijkt uit tabel 4 dat veranderingen in participatie matig maar significant gerelateerd zijn aan veranderingen in angst, depressie en positief affect. De correlatie tussen veranderingen in telkens

participatie en purpose in life is zwak maar toch significant. Verder blijkt dat veranderingen in participatie binnen de eerste tijdsperiode matig maar significant gerelateerd zijn aan veranderingen in zelf-effectiviteit. Veranderingen in zelf-effectiviteit zijn bovendien matig gerelateerd aan veranderingen in depressie, purpose in life en positief affect. De correlatie tussen veranderingen in zelf-effectiviteit en angst is zwak maar toch significant. Veranderingen in pijn binnen de eerste tijdsperiode zijn zwak tot helemaal niet gerelateerd aan veranderingen in de vier aspecten van geestelijke gezondheid. In tegenstelling daarmee zijn veranderingen in de vier aspecten van geestelijke gezondheid zwak tot matig maar in ieder geval significant gerelateerd aan veranderingen in vermoeidheid.

Met betrekking tot de tweede tijdsperiode blijkt dat veranderingen in participatie niet gerelateerd zijn aan veranderingen in angst. Daarentegen zijn veranderingen in depressie en positief affect matig en veranderingen in purpose in life zwak maar toch significant gerelateerd aan veranderingen in participatie. Verder blijkt dat veranderingen in participatie binnen de tweede tijdsperiode matig gerelateerd zijn aan veranderingen in zelf-effectiviteit. Veranderingen in zelf-effectiviteit zijn eveneens matig gerelateerd aan veranderingen in purpose in life. De correlatie tussen veranderingen in zelf-effectiviteit en veranderingen in de overige aspecten van geestelijke gezondheid is zwak of bestaat helemaal niet. Veranderingen in pijn binnen de tweede tijdsperiode zijn niet gerelateerd aan veranderingen in de geestelijke gezondheid van de patiënten. Veranderingen in vermoeidheid zijn zwak maar toch significant gerelateerd aan veranderingen in purpose in life en positief affect.

Multivariate relaties tussen participatie en geestelijke gezondheid

Om een antwoord te kunnen geven op de in het begin vermelde onderzoeksvragen, werden per tijdsperiode vier hiërarchische regressie analyses uitgevoerd. Wanneer aan alle vier voorwaarden van mediatie werd voldaan, werd met behulp van *PROCESS* van Hayes (2014) bovendien het indirecte effect van de verschilscore van participatie op de verschilscore van het desbetreffende aspect van geestelijke gezondheid via de verschilscore van zelf-effectiviteit bepaald.

In tabel 6 zijn de resultaten van de hiërarchische regressie analyse, met als afhankelijke variabele de verschilscore van angst, weergegeven. Met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag blijkt dat veranderingen in participatie een significante voorspeller van veranderingen in angst zijn, $b = 1.48, p = .001$. De positieve b -waarde laat zien dat de patiënt angstiger wordt naarmate de ervaren belemmeringen in participatie toenemen. Verder blijkt dat de verschilscore van participatie 4% van de verklaarde variantie aan het model toevoegt, $\Delta R^2 = .04, p = .001$.

Wat betreft de tweede onderzoeksvraag wordt aan alle vier voorwaarden van mediatie voldaan. Wanneer de verschilscore van zelf-effectiviteit bij de regressie analyse wordt betrokken, wordt de regressiecoëfficiënt van de verschilscore van participatie kleiner. De relatie tussen

Tabel 6 Resultaten Hiërarchische Regressie Analyse voor Veranderingen in Angst tussen de Eerste en Tweede Meting (ΔAB) ($n = 247$)

	b	β	p	R^2	$\Delta R^2 (p)$
<i>Model 1</i>				.28	.28 (< .001)
Angst A	0.43	0.58	.000		
Participatie A	-0.06	-0.02	.844		
Zelf-effectiviteit A	0.01	0.00	.964		
Pijn A	0.05	0.05	.652		
Vermoeidheid A	-0.04	-0.38	.000		
Pijn ΔAB	0.06	0.05	.585		
Vermoeidheid ΔAB	0.04	0.28	.000		
<i>Model 2</i>				.32	.04 (.001)
Angst A	0.42	0.56	.000		
Participatie A	-0.55	-0.13	.114		
Zelf-effectiviteit A	-0.06	-0.03	.706		
Pijn A	0.04	0.04	.704		
Vermoeidheid A	-0.03	-0.29	.003		
Pijn ΔAB	0.06	0.05	.568		
Vermoeidheid ΔAB	0.03	0.22	.004		
Participatie ΔAB	1.48	0.22	.001		
<i>Model 3</i>				.34	.02 (.011)
Angst A	0.42	0.56	.000		
Participatie A	-0.26	-0.06	.471		
Zelf-effectiviteit A	0.24	0.11	.205		
Pijn A	0.11	0.10	.347		
Vermoeidheid A	-0.03	-0.28	.004		
Pijn ΔAB	-0.02	-0.02	.854		
Vermoeidheid ΔAB	0.03	0.23	.002		
Participatie ΔAB	1.08	0.16	.015		
Zelf-effectiviteit ΔAB	-0.48	-0.18	.011		

Note. afhankelijke variabele: verschilscore van angst tussen de eerste en tweede meting (ΔAB); A = eerste meting, B = tweede meting, ΔAB = verschilscore tussen de eerste en tweede meting

veranderingen in participatie en veranderingen in angst wordt dus gedeeltelijk door veranderingen in zelf-effectiviteit gemedieerd. De verschilscore van zelf-effectiviteit voegt 2% van de verklaarde variantie aan het model toe, $\Delta R^2 = .02$, $p = .011$. De bovenstaande bevindingen worden door de mediatieanalyse, die met behulp van *PROCESS* (Hayes, 2014) werd uitgevoerd, bevestigd.

Dientengevolge hebben veranderingen in participatie via veranderingen in zelf-effectiviteit een indirect effect op veranderingen in angst, $b = 0.40$, BCa BI [0.11, 0.89]. Zoals reeds vermeld, is er sprake van een partiële mediatie. Dat wil zeggen dat veranderingen in participatie naast een indirect effect ook een direct effect op veranderingen in angst hebben, $b = 1.08$, $p = .015$. In dit geval is het directe effect zelfs groter dan het indirecte effect.

Tabel 7 Resultaten Hiërarchische Regressie Analyse voor Veranderingen Angst tussen de Tweede en Derde Meting (ΔBC) ($n = 215$)

	<i>b</i>	β	<i>p</i>	R^2	ΔR^2 (<i>p</i>)
<i>Model 1</i>				.19	.19 (< .001)
Angst B	0.38	.52	.000		
Participatie B	-0.40	-,10	.262		
Zelf-effectiviteit B	0.04	,02	.841		
Pijn B	-0.19	-,18	.117		
Vermoeidheid B	-0.01	-0.08	.437		
Pijn ΔBC	0.01	0.00	.951		
Vermoeidheid ΔBC	0.01	0.06	.387		
<i>Model 2</i>				.23	.04 (.002)
Angst B	0.42	0.59	.000		
Participatie B	-0.89	-0.22	.021		
Zelf-effectiviteit B	0.03	0.01	.883		
Pijn B	-0.14	-0.13	.237		
Vermoeidheid B	-0.01	-0.09	.421		
Pijn ΔBC	-0.03	-0.02	.760		
Vermoeidheid ΔBC	0.00	0.01	.838		
Participatie ΔBC	1.39	0.22	.002		
<i>Model 3</i>				.25	.02 (.048)
Angst B	0.43	0.60	.000		
Participatie B	-0.68	-0.17	.085		
Zelf-effectiviteit B	0.25	0.13	.251		
Pijn B	-0.10	-0.09	.418		
Vermoeidheid B	-0.01	-0.08	.430		
Pijn ΔBC	-0.07	-0.06	.458		
Vermoeidheid ΔBC	0.00	0.01	.849		
Participatie ΔBC	1.07	0.17	.024		
Zelf-effectiviteit ΔBC	-0.41	-0.15	.048		

Note. afhankelijke variabele: verschilscore van angst tussen de tweede en derde meting (ΔBC); B = tweede meting, C = derde meting, ΔBC = verschilscore tussen de tweede en derde meting

Bovendien blijkt uit de resultaten van de regressie analyse dat veranderingen in angst niet alleen door veranderingen in participatie en zelf-effectiviteit worden voorspeld, maar eveneens significant worden voorspeld door veranderingen in vermoeidheid, $b = 0.03$, $p = .002$.

Nadat hierboven werd ingegaan op de voorspelling veranderingen in angst die binnen de eerste tijdsperiode hebben plaatsgevonden, zal de focus nu liggen op veranderingen in angst die binnen de tweede tijdsperiode hebben plaatsgevonden, en in hoeverre deze door veranderingen in participatie worden voorspeld.

Ook met betrekking tot de tweede tijdsperiode blijkt uit tabel 7 dat veranderingen in angst significant worden voorspeld door veranderingen in participatie, $b = 1.39$, $p = .002$. Opnieuw laat de positieve b -waarde zien dat de patiënt steeds angstiger wordt naarmate de ervaren belemmeringen in

participatie toenemen. Net als in de eerste tijdsperiode voegt de verschilscore van participatie 4% van de verklaarde variantie aan het model toe, $\Delta R^2 = .04$, $p = .002$.

Wat betreft de tweede onderzoeksvraag wordt aan alle vier voorwaarden van mediatie voldaan. Wanneer de verschilscore van zelf-effectiviteit bij de regressie analyse wordt betrokken, wordt de regressiecoëfficiënt van de verschilscore van participatie kleiner. De relatie tussen veranderingen in participatie en veranderingen in angst wordt dus, net als in de eerste tijdsperiode, gedeeltelijk door veranderingen in zelf-effectiviteit gemedieerd. Ook het percentage dat door veranderingen in zelf-effectiviteit aan de verklaarde variantie wordt toegevoegd is hetzelfde als in de

Tabel 8 Resultaten Hiërarchische Regressie Analyse voor Veranderingen in Depressie tussen de Eerste en Tweede Meting (ΔAB) ($n = 247$)

	<i>b</i>	β	<i>P</i>	R^2	ΔR^2 (<i>p</i>)
<i>Model 1</i>				.21	0.21 (< .001)
Depressie A	0.27	0.42	.000		
Participatie A	-0.27	-0.08	.388		
Zelf-effectiviteit A	-0.08	-0.05	.557		
Pijn A	0.02	0.02	.858		
Vermoeidheid A	-0.02	-0.25	.014		
Pijn ΔAB	0.07	0.07	.417		
Vermoeidheid ΔAB	0.03	0.30	.000		
<i>Model 2</i>				.30	0.09 (< .001)
Depressie A	0.29	0.44	.000		
Participatie A	-0.96	-0.27	.003		
Zelf-effectiviteit A	-0.15	-0.09	.243		
Pijn A	0.01	0.01	.920		
Vermoeidheid A	-0.01	-0.12	.225		
Pijn ΔAB	0.07	0.07	.397		
Vermoeidheid ΔAB	0.02	0.20	.008		
Participatie ΔAB	1.90	0.33	.000		
<i>Model 3</i>				.32	0.02 (.009)
Depressie A	0.28	0.43	.000		
Participatie A	-0.71	-0.20	.032		
Zelf-effectiviteit A	0.11	0.06	.502		
Pijn A	0.07	0.07	.502		
Vermoeidheid A	-0.01	-0.11	.255		
Pijn ΔAB	0.01	0.01	.937		
Vermoeidheid ΔAB	0.02	0.21	.005		
Participatie ΔAB	1.56	0.27	.000		
Zelf-effectiviteit ΔAB	-0.41	-0.19	.009		

Note. afhankelijke variabele: verschilscore van depressie tussen de eerste en tweede meting (ΔAB); A = eerste meting, B = tweede meting, ΔAB = verschilscore tussen de eerste en tweede meting

eerste tijdsperiode, $\Delta R^2 = .02$, $p = .048$.

De bovenstaande bevindingen worden door de mediatieanalyse, die met behulp van *PROCESS* (Hayes, 2014) werd uitgevoerd, bevestigd. Dientengevolge hebben veranderingen in participatie via veranderingen in zelf-effectiviteit een indirect effect op veranderingen in angst, $b = 0.32$, BCa BI [0.02, 0.78]. Weer is het directe effect van veranderingen in participatie op veranderingen in angst groter dan het indirecte effect, $b = 1.07$, $p = .024$.

Het enige verschil tussen de eerste en tweede tijdsperiode voor wat betreft de voorspelling van veranderingen in angst is dat de laatstgenoemde in de tweede tijdsperiode niet door veranderingen in vermoeidheid voorspeld worden.

In tabel 8 zijn de resultaten van de hiërarchische regressie analyse, met als afhankelijke variabele de verschilscore van depressie, weergegeven. Met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag blijkt dat veranderingen in participatie een significante voorspeller van veranderingen in depressie zijn, $b = 1.90$, $p < .001$. De positieve b -waarde laat zien dat de patiënt depressiever wordt naarmate de ervaren belemmeringen in participatie toenemen. Verder blijkt dat de verschilscore van participatie 9% van de verklaarde variantie aan het model toevoegt, $\Delta R^2 = .09$, $p < .001$.

Wat betreft de tweede onderzoeksvraag wordt aan alle vier voorwaarden van mediatie voldaan. Wanneer de verschilscore van zelf-effectiviteit bij de regressie analyse wordt betrokken, wordt de regressiecoëfficiënt van de verschilscore van participatie kleiner. De relatie tussen veranderingen in participatie en veranderingen in depressie wordt dus gedeeltelijk door veranderingen in zelf-effectiviteit gemedieerd. De verschilscore van zelf-effectiviteit voegt, net als bij veranderingen in angst, 2% van de verklaarde variantie aan het model toe, $\Delta R^2 = .02$, $p = .009$. De bovenstaande bevindingen worden door de mediatieanalyse, die met behulp van *PROCESS* (Hayes, 2014) werd uitgevoerd, bevestigd. Dientengevolge hebben veranderingen in participatie via veranderingen in zelf-effectiviteit een indirect effect op veranderingen in depressie, $b = 0.34$, BCa BI [0.05, 0.79]. Zoals reeds vermeld, is er sprake van een partiële mediatie. Dat wil zeggen dat veranderingen in participatie naast een indirect effect ook een direct effect op veranderingen in depressie hebben, $b = 1.56$, $p < .001$. Net als bij veranderingen in angst is het directe effect van veranderingen in participatie zelfs groter dan het indirecte effect.

Bovendien blijkt uit de resultaten van de regressie analyse dat veranderingen in depressie niet alleen door veranderingen in participatie en zelf-effectiviteit worden voorspeld, maar eveneens significant worden voorspeld door veranderingen in vermoeidheid, $b = 0.02$, $p = .005$.

Nadat hierboven werd ingegaan op de voorspelling van veranderingen in depressie, die binnen de eerste tijdsperiode hebben plaatsgevonden, zal de focus nu liggen op veranderingen in depressie die binnen de tweede tijdsperiode hebben plaatsgevonden, en in hoeverre deze door veranderingen in participatie worden voorspeld.

Ook met betrekking tot de tweede tijdsperiode blijkt uit tabel 9 dat veranderingen in depressie

Tabel 9 Resultaten Hiërarchische Regressie Analyse voor Veranderingen in Depressie tussen de Tweede en Derde Meting (ΔBC) ($n = 215$)

	<i>b</i>	β	<i>p</i>	R^2	ΔR^2 (<i>p</i>)
<i>Model 1</i>				0.17	0.17 (< .001)
Depressie B	0.30	0.46	.000		
Participatie B	-0.81	-0.22	.026		
Zelf-effectiviteit B	-0.14	-0.08	.430		
Pijn B	-0.30	-0.30	.009		
Vermoeidheid B	0.01	0.14	.206		
Pijn ΔBC	0.10	0.09	.259		
Vermoeidheid ΔBC	0.00	0.02	.802		
<i>Model 2</i>				0.31	0.13 (< .001)
Depressie B	0.37	0.57	.000		
Participatie B	-1.76	-0.48	.000		
Zelf-effectiviteit B	-0.17	-0.10	.299		
Pijn B	-0.20	-0.20	.063		
Vermoeidheid B	0.01	0.15	.132		
Pijn ΔBC	0.04	0.03	.650		
Vermoeidheid ΔBC	-0.01	-0.07	.277		
Participatie ΔBC	2.40	0.41	.000		
<i>Model 3</i>				0.32	0.01 (.040)
Depressie B	0.37	0.58	.000		
Participatie B	-1.57	-0.43	.000		
Zelf-effectiviteit B	0.03	0.02	.876		
Pijn B	-0.16	-0.16	.143		
Vermoeidheid B	0.01	0.15	.120		
Pijn ΔBC	0.00	0.00	.990		
Vermoeidheid ΔBC	-0.01	-0.07	.268		
Participatie ΔBC	2.11	0.36	.000		
Zelf-effectiviteit ΔBC	-0.38	-0.15	.040		

Note. afhankelijke variabele: verschilscore van depressie tussen de tweede en derde meting (ΔBC); B = tweede meting, C = derde meting, ΔBC = verschilscore tussen de tweede en derde meting

significant worden voorspeld door veranderingen in participatie, $b = 2.40$, $p < .001$. Opnieuw laat de positieve b -waarde zien dat de patiënt steeds depressiever wordt naarmate de ervaren belemmeringen in participatie toenemen. Het percentage van de verklaarde variantie dat door veranderingen in participatie aan het model wordt toegevoegd is 4% groter dan hetgeen in de eerste tijdsperiode door veranderingen in participatie aan het model wordt toegevoegd, $\Delta R^2 = .13$, $p < .001$.

Wat betreft de tweede onderzoeksvraag wordt aan alle vier voorwaarden van mediatie voldaan. Wanneer de verschilscore van zelf-effectiviteit bij de regressie analyse wordt betrokken, wordt de regressiecoëfficiënt van de verschilscore van participatie kleiner. De relatie tussen veranderingen in participatie en veranderingen in depressie wordt dus, net als in de eerste tijdsperiode, gedeeltelijk door veranderingen in zelf-effectiviteit gemedieerd. Het percentage van de verklaarde variantie dat door veranderingen in zelf-effectiviteit aan het model wordt toegevoegd, is slechts

minimaal kleiner dan hetgeen in de eerste tijdsperiode door veranderingen in zelf-effectiviteit wordt toegevoegd, $\Delta R^2 = .01$, $p = .040$.

De bovenstaande bevindingen worden door de mediatieanalyse, die met behulp van *PROCESS* (Hayes, 2014) werd uitgevoerd, bevestigd. Dientengevolge hebben veranderingen in participatie via veranderingen in zelf-effectiviteit een indirect effect op veranderingen in depressie, $b = 0.30$, BCa BI [0.0027, 0.70]. Weer is het directe effect van veranderingen in participatie op veranderingen in depressie groter dan het indirecte effect, $b = 2.11$, $p < .001$.

Het enige verschil tussen de eerste en tweede tijdsperiode wat betreft de voorspelling van

Tabel 10 Resultaten Hiërarchische Regressie Analyse voor Veranderingen in Purpose in Life tussen de Eerste en Tweede Meting (ΔAB) ($n = 244$)

	<i>b</i>	β	<i>p</i>	R^2	ΔR^2 (<i>p</i>)
<i>Model 1</i>				.42	.42 (<.001)
Purpose in life A	0.51	0.68	.000		
Participatie A	0.38	0.09	.221		
Zelf-effectiviteit A	0.07	0.03	.625		
Pijn A	-0.05	-0.04	.634		
Vermoeidheid A	0.02	0.22	.011		
Pijn ΔAB	-0.02	-0.01	.864		
Vermoeidheid ΔAB	-0.03	-0.19	.005		
<i>Model 2</i>				.47	.05 (< .001)
Purpose in life A	0.54	0.72	.000		
Participatie A	1.08	0.25	.001		
Zelf-effectiviteit A	0.13	0.06	.368		
Pijn A	-0.05	-0.04	.666		
Vermoeidheid A	0.01	0.12	.165		
Pijn ΔAB	-0.01	-0.01	.885		
Vermoeidheid ΔAB	-0.02	-0.11	.091		
Participatie ΔAB	-1.78	-0.26	.000		
<i>Model 3</i>				.52	.05 (< .001)
Purpose in life A	0.51	0.69	.000		
Participatie A	0.52	0.12	.129		
Zelf-effectiviteit A	-0.37	-0.17	.031		
Pijn A	-0.15	-0.13	.138		
Vermoeidheid A	0.01	0.10	.197		
Pijn ΔAB	0.11	0.09	.219		
Vermoeidheid ΔAB	-0.02	-0.13	.039		
Participatie ΔAB	-1.07	-0.15	.007		
Zelf-effectiviteit ΔAB	0.81	0.30	.000		

Note. afhankelijke variabele: verschilscore van purpose in life tussen de eerste en tweede meting (ΔAB); A = eerste meting, B = tweede meting, ΔAB = verschilscore tussen de eerste en tweede meting

veranderingen in depressie is dat de laatste in de tweede tijdsperiode niet door veranderingen in vermoeidheid voorspeld worden.

In tabel 10 zijn de resultaten van de hiërarchische regressie analyse, met als afhankelijke variabele de verschilscore van purpose in life, weergegeven. Met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag blijkt dat veranderingen in participatie een significante voorspeller van veranderingen in purpose in life zijn, $b = -1.78$, $p < .001$. De negatieve b -waarde laat zien dat de patiënt minder betekenis aan het leven toekent naarmate de ervaren belemmeringen in participatie toenemen. Verder blijkt dat de verschilscore van participatie 5% van de verklaarde variantie aan het model toevoegt, $\Delta R^2 = .05$, $p < .001$.

Wat betreft de tweede onderzoeksvraag wordt aan alle vier voorwaarden van mediatie voldaan. Wanneer de verschilscore van zelf-effectiviteit bij de regressie analyse wordt betrokken, wordt de regressiecoëfficiënt van de verschilscore van participatie kleiner. De relatie tussen veranderingen in participatie en veranderingen in purpose in life wordt dus gedeeltelijk door veranderingen in zelf-effectiviteit gemedieerd. De verschilscore van zelf-effectiviteit voegt evenveel van de verklaarde variantie aan het model toe als de verschilscore van participatie, $\Delta R^2 = .05$, $p < .001$. De bovenstaande bevindingen worden door de mediatieanalyse, die met behulp van *PROCESS* (Hayes, 2014) werd uitgevoerd, bevestigd. Dientengevolge hebben veranderingen in participatie via veranderingen in zelf-effectiviteit een indirect effect op veranderingen in purpose in life, $b = -0.72$, BCa BI [-1.27, -0.35]. Zoals reeds vermeld, is er sprake van een partiële mediatie. Dat wil zeggen dat veranderingen in participatie naast een indirect effect ook een direct effect op veranderingen in purpose in life hebben, $b = -1.07$, $p = .007$. Net als bij veranderingen in angst en depressie is het direct effect van veranderingen in participatie zelfs groter dan het indirect effect.

Bovendien blijkt uit de resultaten van de regressie analyse dat veranderingen in purpose in life niet alleen door veranderingen in participatie en zelf-effectiviteit worden voorspeld, maar eveneens significant worden voorspeld door veranderingen in vermoeidheid, $b = -0.02$, $p = .039$.

Nadat van tevoren werd ingegaan op de voorspelling van veranderingen in purpose in life die binnen de eerste tijdsperiode hebben plaatsgevonden, zal de focus nu liggen op veranderingen in purpose in life die binnen de tweede tijdsperiode hebben plaatsgevonden en in hoeverre deze door veranderingen in participatie worden voorspeld.

Ook met betrekking tot de tweede tijdsperiode blijkt uit tabel 11 dat veranderingen in purpose in life significant worden voorspeld door veranderingen in participatie, $b = -1.54$, $p < .001$. Opnieuw laat de negatieve b -waarde zien dat de patiënt minder betekenis aan het leven toekent naarmate de ervaren belemmeringen in participatie toenemen. Het percentage van de verklaarde variantie dat door veranderingen participatie aan het model wordt toegevoegd, is slechts minimaal groter dan hetgeen in de eerste tijdsperiode door veranderingen in participatie aan het model wordt gevoegd, $\Delta R^2 = .06$, $p < .001$.

Wat betreft de tweede onderzoeksvraag wordt aan alle vier voorwaarden van mediatie

Tabel 11 Resultaten Hiërarchische Regressie Analyse voor Veranderingen in Purpose in Life tussen de Tweede en Derde meting (ΔBC) ($n = 217$)

	<i>b</i>	β	<i>p</i>	R^2	ΔR^2 (<i>p</i>)
<i>Model 1</i>				.24	.24 (< .001)
Purpose in life B	0.39	0.51	.000		
Participatie B	0.96	0.27	.004		
Zelf-effectiviteit B	0.19	0.11	.244		
Pijn B	0.08	0.08	.465		
Vermoeidheid B	0.00	-0.02	.877		
Pijn ΔBC	0.00	0.00	.967		
Vermoeidheid ΔBC	-0.02	-0.18	.011		
<i>Model 2</i>				.30	.06 (< .001)
Purpose in life B	0.41	0.55	.000		
Participatie B	1.51	0.42	.000		
Zelf-effectiviteit B	0.21	0.12	.191		
Pijn B	0.02	0.02	.831		
Vermoeidheid B	0.00	-0.04	.677		
Pijn ΔBC	0.03	0.03	.710		
Vermoeidheid ΔBC	-0.01	-0.11	.096		
Participatie ΔBC	-1.54	-0.27	.000		
<i>Model 3</i>				.34	.04 (.001)
Purpose in life B	0.42	0.55	.000		
Participatie B	1.22	0.34	.001		
Zelf-effectiviteit B	-0.10	-0.06	.577		
Pijn B	-0.04	-0.04	.683		
Vermoeidheid B	0.00	-0.05	.615		
Pijn ΔBC	0.09	0.08	.269		
Vermoeidheid ΔBC	-0.01	-0.11	.094		
Participatie ΔBC	-1.09	-0.19	.005		
Zelf-effectiviteit ΔBC	0.58	0.24	.001		

Note. afhankelijke variabele: verschilscore van purpose in life tussen de tweede en derde meting (ΔBC); B = tweede meting, C = derde meting, ΔBC = verschilscore tussen de tweede en derde meting

voldaan. Wanneer de verschilscore van zelf-effectiviteit bij de regressie analyse wordt betrokken, wordt de regressiecoëfficiënt van de verschilscore van participatie kleiner. De relatie tussen veranderingen in participatie en veranderingen in purpose in life wordt dus, net als in de eerste tijdsperiode, gedeeltelijk door veranderingen in zelf-effectiviteit gemedieerd. Het percentage van de verklaarde variantie dat door veranderingen in zelf-effectiviteit aan het model wordt toegevoegd, is slechts minimaal kleiner dan hetgeen in de eerste tijdsperiode door veranderingen in zelf-effectiviteit wordt toegevoegd, $\Delta R^2 = .04$, $p = .001$.

De bovenstaande bevindingen worden door de mediatieanalyse, die met behulp van *PROCESS* (Hayes, 2014) werd uitgevoerd, bevestigd. Dientengevolge hebben veranderingen in participatie via veranderingen in zelf-effectiviteit een indirect effect op veranderingen in purpose in

life, $b = -0.46$, BCa BI $[-0.91, -0.16]$. Weer is het directe effect van veranderingen in participatie op veranderingen in purpose in life groter dan het indirecte effect, $b = -1.09$, $p = .005$.

Het enige verschil tussen de eerste en tweede tijdsperiode voor wat betreft de voorspelling van veranderingen in purpose in life is dat de laatste in de tweede tijdsperiode niet meer door veranderingen in vermoeidheid worden voorspeld, wanneer de verschillcores van participatie en zelf-effectiviteit in het model worden opgenomen.

In tabel 12 zijn de resultaten van de hiërarchische regressie analyse weergegeven, met als afhankelijke variabele de verschillscore van positief affect tussen de eerste en tweede meting. Met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag blijkt dat veranderingen in participatie een significante voorspeller van veranderingen in positief affect zijn, $b = -4.43$, $p < .001$. De negatieve b -waarde laat

Tabel 12 Resultaten Hiërarchische Regressie Analyse voor Veranderingen in Positief Affect tussen de Eerste en Tweede Meting (ΔAB) ($n = 239$)

	b	β	p	R^2	$\Delta R^2 (p)$
<i>Model 1</i>				.31	.31 (< .001)
Positief affect A	0.46	0.58	.000		
Participatie A	1.45	0.17	.034		
Zelf-effectiviteit A	-0.09	-0.02	.772		
Pijn A	-0.16	-0.07	.498		
Vermoeidheid A	0.03	0.16	.096		
Pijn ΔAB	0.15	0.06	.464		
Vermoeidheid ΔAB	-0.09	-0.33	.000		
<i>Model 2</i>				.39	.08 (< .001)
Positief affect A	0.47	0.61	.000		
Participatie A	3.02	0.35	.000		
Zelf-effectiviteit A	0.03	0.01	.921		
Pijn A	-0.15	-0.06	.506		
Vermoeidheid A	0.01	0.03	.753		
Pijn ΔAB	0.16	0.06	.422		
Vermoeidheid ΔAB	-0.06	-0.23	.001		
Participatie ΔAB	-4.43	-0.32	.000		
<i>Model 3</i>				.42	.03 (.001)
Positief affect A	0.48	0.61	.000		
Participatie A	2.31	0.27	.002		
Zelf-effectiviteit A	-0.72	-0.17	.054		
Pijn A	-0.31	-0.13	.180		
Vermoeidheid A	0.00	0.02	.826		
Pijn ΔAB	0.35	0.14	.086		
Vermoeidheid ΔAB	-0.06	-0.24	.001		
Participatie ΔAB	-3.39	-0.24	.000		
Zelf-effectiviteit ΔAB	1.21	0.23	.001		

Note. afhankelijke variabele: verschillscore van positief affect tussen de eerste en tweede meting (ΔAB); A = eerste meting, B = tweede meting, ΔAB = verschillscore tussen de eerste en tweede meting

zien dat de patiënt minder positief gestemd is naarmate de ervaren belemmeringen in participatie toenemen. Verder blijkt dat de verschilscore van participatie 8% van de verklaarde variantie aan het model toevoegt, $\Delta R^2 = .08$, $p < .001$.

Wat betreft de tweede onderzoeksvraag wordt aan alle vier voorwaarden van mediatie voldaan. Wanneer de verschilscore van zelf-effectiviteit bij de regressie analyse wordt betrokken, wordt de regressiecoëfficiënt van de verschilscore van participatie kleiner. De relatie tussen veranderingen in participatie en veranderingen in positief affect wordt dus gedeeltelijk door veranderingen in zelf-effectiviteit gemedieerd. De verschilscore van zelf-effectiviteit voegt 3% van de verklaarde variantie aan het model toe, $\Delta R^2 = .03$, $p = .001$. De bovenstaande bevindingen worden door de mediatieanalyse, die met behulp van *PROCESS* (Hayes, 2014) werd uitgevoerd, bevestigd.

Tabel 13 Resultaten Hiërarchische Regressie Analyse voor Veranderingen in Positief Affect tussen de Tweede en Derde Meting (ΔBC) ($n = 210$)

	<i>b</i>	β	<i>p</i>	R^2	ΔR^2 (<i>p</i>)
<i>Model 1</i>				.16	.16 (< .001)
Positief affect B	0.31	0.41	.000		
Participatie B	0.90	0.11	.279		
Zelf-effectiviteit B	-0.31	-0.08	.445		
Pijn B	0.15	0.07	.583		
Vermoeidheid B	0.01	0.04	.756		
Pijn ΔBC	0.12	0.05	.546		
Vermoeidheid ΔBC	-0.04	-0.17	.023		
<i>Model 2</i>				.29	.13 (< .001)
Positief affect B	0.38	0.50	.000		
Participatie B	2.90	0.35	.001		
Zelf-effectiviteit B	-0.31	-0.08	.396		
Pijn B	-0.07	-0.03	.769		
Vermoeidheid B	0.00	0.01	.929		
Pijn ΔBC	0.24	0.09	.188		
Vermoeidheid ΔBC	-0.02	-0.07	.283		
Participatie ΔBC	-5.27	-0.40	.000		
<i>Model 3</i>				.30	.01 (.136)
Positief affect B	0.38	0.49	.000		
Participatie B	2.51	0.31	.005		
Zelf-effectiviteit B	-0.64	-0.17	.135		
Pijn B	-0.14	-0.06	.585		
Vermoeidheid B	0.00	0.00	.977		
Pijn ΔBC	0.30	0.12	.103		
Vermoeidheid ΔBC	-0.02	-0.07	.292		
Participatie ΔBC	-4.73	-0.36	.000		
Zelf-effectiviteit ΔBC	0.65	0.11	.136		

Note. afhankelijke variabele: verschilscore van positief affect tussen de tweede en derde meting (ΔBC); B = tweede meting, C = derde meting, ΔBC = verschilscore tussen de tweede en derde meting

Dientengevolge hebben veranderingen in participatie via veranderingen in zelf-effectiviteit een indirect effect op veranderingen in positief affect, $b = -1.05$, BCa BI [-2.27, -0.37]. Zoals reeds vermeld, is er sprake van een partiële mediatie. Dat wil zeggen dat veranderingen in participatie naast een indirect effect ook een direct effect op veranderingen in positief affect hebben, $b = -3.39$, $p < .001$. Net als bij veranderingen in angst, depressie en purpose in life is het directe effect van veranderingen in participatie zelfs groter dan het indirecte effect.

Bovendien blijkt uit de resultaten van de regressie analyse dat veranderingen in positief affect niet alleen door veranderingen in participatie en zelf-effectiviteit worden voorspeld, maar eveneens significant worden voorspeld door veranderingen in vermoeidheid, $b = -0.06$, $p = .001$.

Nadat van tevoren werd ingegaan op de voorspelling van veranderingen in positief affect, die binnen de eerste tijdsperiode hebben plaatsgevonden, zal de focus nu liggen op veranderingen in positief affect die binnen de tweede tijdsperiode hebben plaatsgevonden en in hoeverre deze door veranderingen in participatie worden voorspeld.

Ook met betrekking tot de tweede tijdsperiode blijkt uit tabel 13 dat veranderingen in positief affect significant worden voorspeld door veranderingen in participatie, $b = -5.27$, $p < .001$. Opnieuw laat de negatieve b -waarde zien dat de patiënt minder positief gestemd is naarmate de ervaren belemmeringen in participatie toenemen. Het percentage van de verklaarde variantie dat door veranderingen participatie aan het model wordt toegevoegd, is 5% groter dan hetgeen in de eerste tijdsperiode door veranderingen in participatie aan het model wordt gevoegd, $\Delta R^2 = 0.13$, $p < .001$.

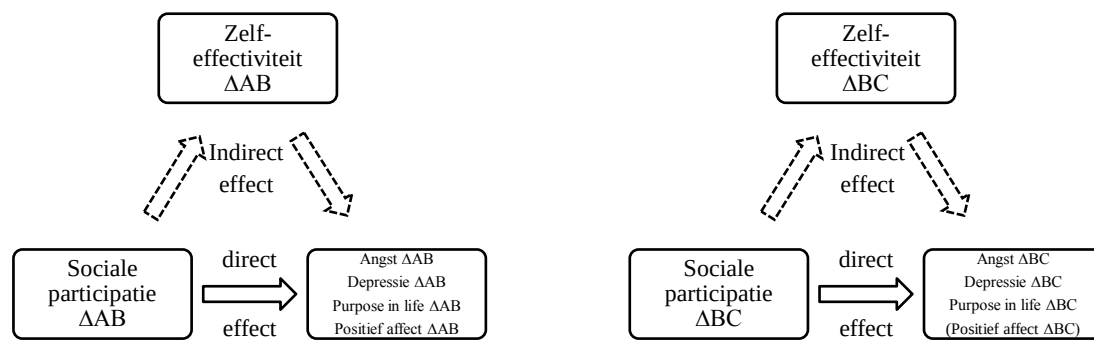
Echter blijkt dat niet aan de tweede voorwaarde van mediatie wordt voldaan, omdat veranderingen in positief affect niet significant worden voorspeld door veranderingen in zelf-effectiviteit, $b = 0.65$, $p = .136$. De relatie tussen veranderingen in participatie en veranderingen in positief affect wordt dus niet door veranderingen in zelf-effectiviteit gemedieerd.

In tegenstelling tot de eerste tijdsperiode worden veranderingen in positief affect, die binnen de tweede tijdsperiode hebben plaatsgevonden niet meer door veranderingen in vermoeidheid voorspeld, wanneer de verschilcores van participatie en zelf-effectiviteit in het model worden opgenomen.

In figuur 3 zijn de belangrijkste resultaten van dit onderzoek schematisch samengevat. Voor beide tijdsperiodes geldt dus dat veranderingen in alle vier aspecten van geestelijke gezondheid door veranderingen in participatie worden voorspeld. Op een uitzondering na worden deze relaties in beide tijdsperiodes door veranderingen in zelf-effectiviteit gemedieerd. De resultaten hebben bovendien laten zien dat het indirecte effect van veranderingen in participatie op veranderingen in geestelijke gezondheid via veranderingen in zelf-effectiviteit altijd kleiner is dan het directe effect, vandaar de gestippelde pijlen voor wat betreft het indirecte effect.

Tijdperiode tussen de eerste en tweede meting

Tijdperiode tussen de tweede en derde meting



Figuur 3 Schematische samenvatting van de onderzoeksresultaten

Discussie en Conclusie

Discussie

Het doel van dit onderzoek was het om te achterhalen in hoeverre veranderingen in de geestelijke gezondheid van patiënten met RA binnen een jaar voorspeld worden door veranderingen in de mate waarin en de manier waarop de patiënt deelneemt aan het maatschappelijke leven. Daarnaast werd onderzocht in hoeverre deze relatie door tijdgerelateerde veranderingen in de mate van zelf-effectiviteit wordt gemedieerd.

Met betrekking tot beide tijdperiodes is gebleken dat veranderingen in angst, depressie, purpose in life en positief affect telkens door veranderingen in participatie worden voorspeld. Veranderingen in de geestelijke gezondheidstoestand van RA patiënten kunnen dus op relatief lange termijn toegeschreven worden aan veranderingen in de mate waarin of de manier waarop ze deelnemen aan het maatschappelijke leven. De patiënt wordt dus angstiger, depressiever, kent minder betekenis toe aan het leven en is minder positief gestemd naarmate hij of zij minder in staat is om bijvoorbeeld verantwoordelijkheid binnen het gezin te nemen, naar eigen inzicht zijn of haar vrije tijd te besteden of een liefdeleven te leiden zoals hij of zij het graag zou willen (Cardol, 2005). Deze bevinding komt zowel met het ICF-model in figuur 1 als met het conceptueel model van Berkman et al. (2000) in figuur 2 overeen, die allebei op de veronderstelling berusten dat iemands deelnamen aan het maatschappelijke leven invloed kan hebben op diens geestelijk welbevinden. De resultaten bevestigen eveneens hetgeen Schih et al. in 2006 onderzocht hebben, namelijk dat ziektegerelateerde participatieproblemen bij patiënten met RA een verslechtering van hun geestelijke gezondheidstoestand tot gevolg hebben.

Met betrekking tot de tweede onderzoeksvraag werd gevonden dat de relatie tussen veranderingen in het participatieniveau van de patiënt en veranderingen in zijn of haar geestelijke

gezondheid ten dele door veranderingen in de mate van zelf-effectiviteit wordt gemedieerd. Dit komt overeen met eerder onderzoek, waaruit eveneens het mediërende effect van zelf-effectiviteit is gebleken (Somers et al. 2010). Verandert dus de mate waarin RA patiënten belemmeringen in of problemen met de deelname aan het maatschappelijke leven ervaren, verandert op lange termijn ook hun vertrouwen in de eigen bekwaamheid om met de gevolgen van de ziekte om te kunnen gaan. Dit heeft dan weer invloed op de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt. Er is echter een uitzondering voor wat betreft het mediërend effect van zelf-effectiviteit. De relatie tussen veranderingen in participatie en veranderingen in positief affect wordt binnen de tweede tijdsperiode niet door veranderingen in zelf-effectiviteit gemedieerd. Meer in het bijzonder bieden veranderingen in zelf-effectiviteit die binnen de tweede tijdsperiode hebben plaatsgevonden bijna geen verklaring (1%) voor veranderingen in positief affect. Dit zou mogelijk ermee te maken kunnen hebben dat iemands stemming door meerdere factoren, waaronder het seizoen (Harmatz et al., 2000), en soms in tegenovergestelde richtingen wordt beïnvloed. Sommige factoren, zoals invloeden uit de omgeving, kunnen over een periode van een jaar niet constant gehouden worden.

Al met al hebben de resultaten echter laten zien dat het direct effect van veranderingen in participatie groter is dan het indirect effect via veranderingen in zelf-effectiviteit. Veranderingen in de geestelijke gezondheid van patiënten met RA blijken voor een groter deel verklaard te worden door veranderingen in de mate waarin en de manier waarop de patiënt deelneemt aan het maatschappelijke leven (4-13%) dan door veranderingen in hun mate van zelf-effectiviteit (1-5%). Eerdere onderzoeksresultaten, die hebben laten zien dat zelf-effectiviteit in belangrijke mate gerelateerd is aan de geestelijke gezondheidstoestand van patiënten met RA (Taal et al., 1993; Lorig et al., 1989), worden door dit onderzoek dus niet helemaal bevestigd.

Bovendien blijken veranderingen in de geestelijke gezondheidstoestand van patiënten met RA binnen de eerste tijdsperiode voorspeld te worden door veranderingen in de mate van vermoeidheid. Veranderingen in pijn bieden daarentegen helemaal geen verklaring voor veranderingen in de geestelijke gezondheid van patiënten met polyartritis. Dit komt in grote lijnen overeen met eerder Nederlands en Engels onderzoek, dat heeft laten zien dat pijn een minder groot probleem voor patiënten met artritis blijkt te zijn dan de overige gevolgen van de ziekte (Chamberlain et al., 1979; Cornelissen et al., 1988; Rasker et al., 1984). De voorspellende waarde van veranderingen in vermoeidheid voor veranderingen in de geestelijke gezondheid blijkt binnen de tweede tijdsperiode echter kleiner te worden. Toch valt daaruit nog niet te concluderen dat de mate van vermoeidheid binnen de tweede tijdsperiode geen invloed meer heeft op de geestelijke gezondheid van de patiënt. Aangezien de regressie analyse gebaseerd is op veranderingen in de betrokken variabelen, is het mogelijk dat de regressiecoëfficiënt binnen de tweede tijdsperiode kleiner wordt als de mate van vermoeidheid over beide tijdsperiodes heen relatief stabiel blijft en er dus weinig tot niets is veranderd. Met andere woorden, als er geen veranderingen zijn kunnen ze ook niets voorspellen.

Ten opzichte van dit onderzoek dienen er een aantal opmerkingen te worden gemaakt. Onderzoek met mensen die op een of andere wijze benadeeld zijn, moet rekening houden met het risico van selectie bias, dat wil zeggen dat de steekproef van dit onderzoek mogelijk niet helemaal representatief is, omdat er mogelijk patiënten zijn, die op grond van de ernst van hun belemmeringen, niet aan het onderzoek deel konden nemen. Verder dient te worden opgemerkt, dat de statistische analyses op variënde steekproefgroottes gebaseerd zijn, wat mogelijk invloed zou kunnen hebben gehad op de resultaten. Echter, op de voorgrond stond dat elke analyse met de grootst mogelijke steekproef is uitgevoerd. Er dient eveneens een opmerking te worden gemaakt voor wat betreft de meting van de constructen pijn en vermoeidheid. Deze twee variabelen werden elk door een visueel analoge-schaal (VAS) of door een numerieke rating-schaal (NRS) gemeten, die allebei ééndimensionaal van aard zijn en maar één item bevatten. Arends et al. (2013) beargumenteren hun keuze met de intentie de vragenlijst tot een minimum te beperken en verwijzen daarbij naar het regelmatige gebruik van dergelijke schalen in reumatologisch onderzoek (Hewlett, 2011). Verder dient opgemerkt te worden dat er geen puur biologische gezondheidsindicatoren, zoals de hemoglobinewaarde (Hb) of de erytrocytbezinkingssnelheid, bij de regressieanalyse werden betrokken, die misschien ook voorspellende waarde zouden kunnen hebben gehad voor de ontwikkeling van de geestelijke gezondheid van de patiënten. De ernst van de ziekte, in de zin van ziekte activiteit, werd dus volledig buiten beschouwing gelaten.

Zoals zowel uit het ICF-model in figuur 1 als uit de redenering van Reinhardt en Stucki (2007) blijkt, is de relatie tussen participatie en geestelijke gezondheid wederkerig van aard. In verband met dit onderzoek werden veranderingen in participatie als uitgangspunt gekozen. Het zou echter eveneens mogelijk kunnen zijn dat veranderingen in de geestelijke gezondheidstoestand van patiënten met polyartritis veranderingen in het participatieniveau teweeg brengen.

Het onderzoek blinkt uit door de vrij grote steekproef. Vanwege de centrale limietstelling kan er bij grote steekproeven vanuit worden gegaan worden dat aan de regressie coëfficiënten een normaal verdeelde steekproefverdeling ten grondslag ligt (Lumley et al., 2002). Of en in hoeverre de steekproefverdeling daadwerkelijk normaal verdeeld is, is bij grote steekproeven dus minder doorslaggevend. Een ander sterk punt van het onderzoek is de longitudinale onderzoeksopzet. Derhalve was het mogelijk om veranderingen in participatie, geestelijke gezondheid en zelf-effectiviteit over een vrij lange periode van meer dan een jaar te bestuderen.

Conclusie

Tenslotte kan worden geconcludeerd dat veranderingen in de geestelijke gezondheidstoestand van patiënten met polyartritis op relatief lange termijn verklaard worden door veranderingen in de mate waarin en de manier waarop ze deelnemen aan het maatschappelijke leven. Vooral veranderingen in depressie en positief affect kunnen worden toegeschreven aan veranderingen in

participatie. Weliswaar wordt de relatie tussen veranderingen in geestelijke gezondheid en veranderingen in participatie gedeeltelijk door veranderingen in zelf-effectiviteit gemedieerd, maar toch blijken veranderingen in zelf-effectiviteit relatief weinig verklaring te bieden voor veranderingen in de geestelijke gezondheidstoestand van patiënten met polyartritis.

Implicaties voor vervolg/praktijk

Uit dit onderzoek blijkt het belang van sociale participatie voor de geestelijke gezondheidstoestand van mensen die last hebben van een of ander vorm van polyartritis. Auteurs van eerder onderzoek pleiten voor educatieve of psychosociale interventies die gericht zijn op het verhogen van zelf-effectiviteitsverwachtingen bij patiënten met polyartritis (o.a. Somers et al., 2010). Volgens dit onderzoek blijkt de deelname aan het maatschappelijke leven meer invloed te hebben op de geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt dan de mate van zelf-effectiviteit. Om te voorkomen dat de geestelijke gezondheid van patiënten met polyartritis verslechterd, is het dus belangrijk dat ze in staat worden gesteld om zo goed mogelijk aan het maatschappelijke leven te kunnen blijven deelnemen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door de verzorging daarop af te stemmen.

Literatuur

- Arends, R.Y., Bode, C., & Taal, E. (2013) The role of goal management for successful adaptation to arthritis. *Patient Education and Counseling*, 93, 130-138.
- Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1991) Self-efficacy mechanisms in physiological activation and health-promoting behavior. In J. Madden IV, *Neurobiology of Learning, Emotion and Affect*. New York: Raven.
- Bandura, A. (1992) Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer, *Self-Efficacy: Thought Control of Action*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- Baron, R., & Kenny, D.A. (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T.E. (2000) From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Bradley, L.A., Young, L.D., Anderson, K.O., McDaniel, L.K., Turner, R.A., & Agudelo, C.A. (1984) Psychological approaches to the management of arthritis pain. *Social Science and Medicine*, 19, 1353-1360.
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002) The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117-150.
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990) Tenacious goal pursuit and flexible goals adjustment – explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5(1), 58-67.
- Calman, K.C (1984) Quality of life in cancer patients – An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10(3), 124-127.

- Cardol, M., De Haan, R.J., De Jong, B.A., Van den Bos, G.A.M., & De Groot, I.J.M. (2001) Psychometric properties of the impact on participation and autonomy questionnaire. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, 210-216.
- Cardol, M. (2005) *Vragenlijst 'Impact op Participatie en Autonomie' (IPA) – Handleiding*.
- Chamberlain, M.A., Buchanan, J.M. & Hanks, H. (1979) The arthritic in an urban environment. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 38, 51-56.
- Cornelissen, P.G., Rasker, J.J., & Valkenburg, H.A. (1988) The arthritis sufferer and the community: a comparison of arthritis sufferers in rural and urban areas. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 47, 150-156.
- Duncan, T., & McAuley, E. (1993) Social support and efficacy cognitions in exercise adherence: a latent growth curve analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 199-218.
- Editorial (z.d.) Verkregen op 15 maart 2015, van <http://www.marketingtermen.nl/begrip/editorial>.
- Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Field, A. (2013) *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics – And Sex Drugs and Rock 'n' Roll*. London: Sage Publications Ltd.
- Harmatz, M.G., Well, A.D., Overtree, C.E., Kawamura, K.Y., Rosal, M. & Ockene, I.S. (2000) Seasonal Variation of Depression and Other Moods: A Longitudinal Approach. *Journal of Biological Rhythms*, 15(4), 344-350.
- Hayes, A.F. (2014) *PROCESS for SPSS*. Versie 2.13. Verkregen op 29 april 2015, van: <http://www.processmacro.org/download.html>.
- Hewlett, S., Dures E., & Almeida, C. (2011) Measures of fatigue. *Arthritis Care & Research*, 63, 86-263.
- Kline, P. (1999) *The Handbook of Psychological Testing* (2^e ed.). London: Routledge.

- Kuhlow, H., Fransen, J., Ewert, T., Stucki, G., Forster, A., Langenegger, A., & Beat, M. (2010) Factors explaining limitations in activities and restrictions in participation in rheumatoid arthritis. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 46(2), 169-178.
- Kvien, T.K. (2004) Epidemiology and burden of illness of rheumatoid arthritis. *Pharmacoeconomics*, 22(1), 1-12.
- Lorig, K., Chastain, R. L., Ung, E., Shoor, S., & Holman, H. R. (1989) Development en evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis & Reumatology*, 32, 37-44.
- Lumley, T., Diehr, P., Emerson, S., & Chen, L. (2002) The importance of the normality assumption in large public health data sets. *Annual Review of Public Health*, 23, 151-169.
- McAvay G., Seeman T. & Rodin, J. (1996) A longitudinal study of change in domain-specific self efficacy among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51, 243-253.
- Morrison, V. & Bennet, P. (2013) Gezondheidspsychologie (2^e editie). Pearson Benelux: Amsterdam.
- Neuberger, G.B. (2003) Measures of Fatigue. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 49(5), 175-183.
- Parker, J.C., Bradley, L.A., DeVellis, R.M., Gerber, L.H., Holman, H.R., Keefe, F.J., Lawrence, T.S., Liang, M.H., Lorig, K.R., Nicasso, P.M., Revenson, T.A., Rogers, M.P., Wallston, K.A., Wilson, M.G., & Wolfe, F. (1993) Biopsychosocial contributions to the management of arthritis disability: blueprints from an NIDRR-sponsored conference. *Arthritis Rheum* 36, 885-889.
- Rapkin, B.D., & Schwartz, C.E. (2004) Towards a theoretical model of quality-of-life appraisal: implications of findings from studies of response shift. *Health & Quality Life Outcomes*, 2, 14.
- Rasker, J.J., Bronner, A.E. & Verzijden, D. (1984) *Reuma hebben. Wat het betekent Reumatoïde Arthritis Patiënt te zijn*. Etten Leur: Lederle Nederland B.V.
- Reinhardt, J.D., & Stucki, G. (2007) Rheumatoid arthritis and participation – The social animal revisited. *The Journal of Rheumatology*, 34(6), 1214-1216.

- Ruderman, E., & Tambar, S. (2012) Rheumatoid arthritis. *American College of Rheumatology*. Verkregen op 22 maart 2015, via https://www.rheumatology.org/practice/clinical/patients/diseases_and_conditions/ra.asp.
- Rochette, A., Korner-Bitensky, N., & Levasseur, M. (2006) 'Optimal' participation: a reflective look. *Disability and Rehabilitation*, 28(9), 1231-1235.
- Ryff, C.D. (1989) In the eye of the beholder – views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4, 195-210.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995) The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Schwartz, C.E., & Sprangers, M.A.G. (2000) *Adaptation to Changing Health: Response Shift in Quality of Life Research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Scott, D. L., Smith, C. & Kingsley, G. (2005) What are the consequences of early rheumatoid arthritis for the individual? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 19(1), 117-136.
- Shih, M., Hootman, J.M., Strine, T.W., Chapman, D.P., & Brady, T.J. (2006) Serious psychological distress in U.S. adults with arthritis. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 1160-1166.
- Somers, T.J., Shelby, R.A., Keefe, F.J., Godiwala, N., Lumley, M.A., Mosley-Williams, A., Rice, J.R., & Caldwell, D. (2010) Disease severity and domain-specific arthritis self-efficacy: relationships to pain and functioning in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 62(6), 848-856.
- Strating, M.M., Stuurmeijer, T.P., & van Schur, W.H. (2006) Disability, social support, and distress in rheumatoid arthritis: results from a thirteen-year prospective study. *Arthritis & Rheumatology*, 55, 736-744.
- Taal, E., Rasker, J.J., Seydel, E.R., & Wiegman, O. (1993) Health status, adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 20, 63-67.
- Taal, E., Rasker, J.J., & Wiegman, O. (1996) Patient education and self-management in the rheumatic diseases: a self-efficacy approach. *Arthritis Care and Research*, 9(3), 229-238.

Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect – the panas scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, The National Institute for Public Health and the Environment (2002) *Nederlandse Vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability, and Health'*. Bilthoven. Verkregen op 15 mei 2015 via: <http://www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf> .

World Health Organization (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Genève: WHO.

World Health Organization (2012) *International Classification of Diseases*. Genève: WHO.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Bijlage

Vragenlijst: Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen, Roos Arends, 2013

Vragenlijst Universiteit Twente & polikliniek Reumatologie

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

Vragenlijst nummer 1
Najaar 2010

Contactpersoon:

Roos Arends
Universiteit Twente
Afdeling PCGR
Citadel T400

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

56086

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

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

[illegible][illegible]

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

1. Op welke datum vult u deze vragenlijst in?

- -

2. Wat is uw geboortedatum?

- -

3. Wat is uw geslacht?

☐ man

☐ vrouw

4. Wat is uw burgerlijke staat?

☐ ongehuwd / niet samenwonend

☐ ongehuwd/ samenwonend

☐ gehuwd

☐ weduwe/ weduwnaar

☐ gescheiden

5. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

☐ Geen opleiding

☐ Basisonderwijs (lager onderwijs)

☐ Lager beroepsonderwijs (LBO, huishoudschool, LEAO, LTS, etc.)

☐ MAVO, (M)ULO, 3-jarige HBS, VMBO

☐ Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO)

☐ 5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium

☐ Hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS, HEAO)

☐ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)

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

☐ fulltime werk

☐ werkloos

☐ parttime werk

☐ arbeidsongeschikt (WAO/WIA)

☐ huishouden

☐ gepensioneerd (AOW, VUT)

☐ school of studie



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

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

--	--	--	--

56086



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

56086



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.	☐	☐	☐	☐	☐

56086



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

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

56086



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.	☐	☐	☐	☐	☐

56086



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.	☐	☐	☐	☐	☐

56086



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

56086



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

56086



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

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

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Bezigheden en taken in en om het huis

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

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

Geldebesteding

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

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Ze er goed
7) De mogelijkheid om mijn geld te besteden <i>zoals</i> ik het wil, is:	☐	☐	☐	☐	☐

56086



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 <i>gelijkwaardig</i> 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:	☐	☐	☐	☐	☐

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Betaald werk of vrijwilligerswerk

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

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Ze er goed
15) De mogelijkheid om het betaalde werk of vrijwilligerswerk te doen dat ik wil, is:	☐	☐	☐	☐	☐

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

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

56086



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

Mobiliteit: gaan en staan waar en wanneer u wilt

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

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

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Samenvattend

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

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Zeergoed
25) Mijn mogelijkheid om te leven op de manier zoals ik het wil, is:	☐	☐	☐	☐	☐



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

AANKLEDEN & VERZORGING	zonder enige moeite	met enige moeite	met veel moeite	onmogelijk uit te voeren
1) Kunt u zichzelf aankleden, inclusief veters strikken en knopen dichtmaken?	☐	☐	☐	☐
2) Kunt u uw haren wassen?	☐	☐	☐	☐
OPSTAAN				
3) Kunt u opstaan vanuit een rechte stoel?	☐	☐	☐	☐
4) Kunt u in en uit bed komen?	☐	☐	☐	☐
ETEN				
5) Kunt u vlees snijden?	☐	☐	☐	☐
6) Kunt u een vol kopje of glas naar de mond brengen?	☐	☐	☐	☐
7) Kunt u een nieuw pak melk openen?	☐	☐	☐	☐
LOPEN				
8) Kunt u buitenshuis op een vlakke grond wandelen?	☐	☐	☐	☐
9) Kunt u vijf traptreden opklimmen?	☐	☐	☐	☐

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

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

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

☐ Aankleden / verzorging	☐ Eten
☐ Opstaan	☐ Lopen

56086



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

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

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

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

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

56086



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

helemaal ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ondraaglijke
geen pijn 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 pijn

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

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

geen _____ totaal uitgeput
vermoeid-
heid

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

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

geen effect _____ heel veel effect

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

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

helemaal _____ zeer goed
niet goed

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

Wilt u de ingevulde vragenlijst samen met het ondertekende toestemmingsformulier terugsturen in de antwoordenvelop?

Vriendelijke groet,

Roos Arends

56086

