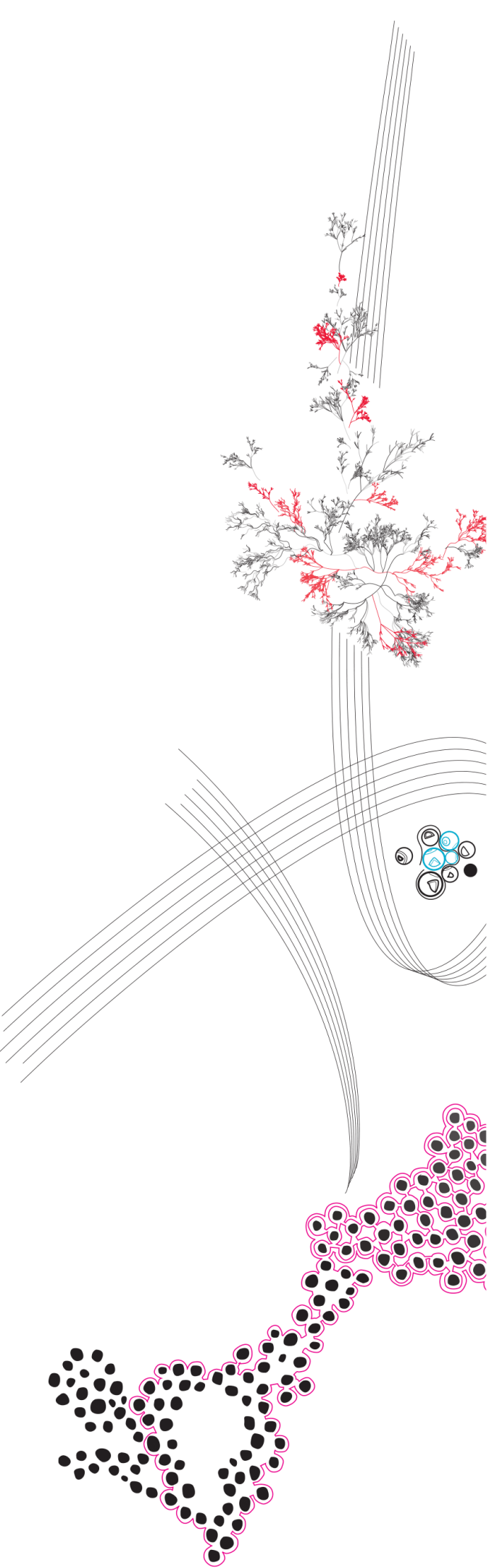




DE ROL VAN POSITIEVE EMOTIES BIJ DE PARTICIPATIE VAN PATIËNTEN MET VERMOEIDHEID ALS GEVOLG VAN ONTSTEKINGSREUMA

Masterthese
Positieve Psychologie en Technologie
10EC

Juli 2018

A. v.d. Veen

Universiteit Twente
Faculteit Behavioral, Management and Social Sciences
Opleiding Psychologie

Eerste begeleider: Dr. E. Taal
Tweede begeleider: Dr. C. Bode

UNIVERSITY OF TWENTE.

SAMENVATTING

Achtergrond en doel: Positieve emoties zijn waardevol vanwege diens positieve effecten, zoals bijvoorbeeld op een verbeterde adaptatie aan een chronische ziekte. Het doel van dit onderzoek was om de eventuele beschermende functie van positieve emoties te onderzoeken op de negatieve invloed van vermoeidheid op participatie bij patiënten met ontstekingsreuma. Het onderzoek heeft een longitudinaal karakter, opdat is onderzocht of veranderingen in positieve emoties effect hebben op de negatieve invloed van veranderingen in vermoeidheid op veranderingen in participatie. Verwacht werd dat de negatieve invloed van veranderingen in vermoeidheid op veranderingen in participatie afneemt, naarmate er meer sprake is van positieve emoties. Het onderzoek heeft een bijdrage kunnen leveren aan inzicht en theorievorming betreffende de rol van positieve emoties door de tijd heen bij chronische ziektes, waarbij patiënten kampen met vermoeidheid of andere langdurige klachten, wat op den duur kan bijdragen aan de ontwikkeling van interventies.

Methode: Er is gebruik gemaakt van een reeds bestaande longitudinale dataset vanuit een PhD-thesis van Arends et al. (2013). De participanten zijn patiënten met ontstekingsreuma die een behandeling hebben ondergaan bij een polikliniek voor reumatologie. Er zijn in totaal drie metingen gedaan, die om het halve jaar plaatvonden. Vermoeidheid is gemeten middels de vragenlijst 'Visueel analoge schaal' voor vermoeidheid (VAS), positieve emoties middels 'Positive and Negative Affect Schedule' (PANAS) en participatie middels 'Impact on Participation and Autonomy' (IPA). De eventuele beschermende functie van positieve emoties is onderzocht middels moderatieanalyse. In totaal hebben 331 patiënten met ontstekingsreuma deelgenomen aan het onderzoek.

Resultaten: Tegen vooropgestelde verwachting in is geen modererende functie gevonden van veranderingen in positieve emoties bij het negatieve verband tussen veranderingen in vermoeidheid en participatie door de tijd heen bij patiënten met ontstekingsreuma. Wel is, overeenkomstig met vooropgestelde verwachtingen, een relatie gevonden tussen veranderingen in vermoeidheid en participatie door de tijd heen, wat inhoudt dat, naarmate de vermoeidheid toeneemt, de participatie afneemt. Tevens is, zoals werd verwacht, een relatie gevonden tussen veranderingen in positieve emoties en participatie door de tijd heen, wat inhoudt dat de participatie toeneemt naarmate de positieve emoties tevens toenemen.

Conclusie en aanbevelingen: Concluderend kan gesteld worden dat veranderingen in positieve emoties geen beschermende functie lijken te hebben op de negatieve invloed die veranderingen in vermoeidheid hebben op veranderingen in participatie. Echter, aangezien het huidige onderzoek geen experiment betreft, wordt aanbevolen om in vervolgonderzoek gebruik te maken van een experimentele setting met emotie-inductie-methoden, waarbij het schrijven van een toekomstbrief wordt aanbevolen. Zodoende kunnen meer betrouwbare uitspraken worden gedaan over de invloed van positieve emoties bij het negatieve verband tussen vermoeidheid en participatie.

Sleutelwoorden: positieve emoties, vermoeidheid, participatie, ontstekingsreuma, moderatie

ABSTRACT

Background and goal: Positive emotions are valuable because of their positive effects, such as an improved adaptation to a chronic disease. The aim of this study was to investigate the possible protective function of positive emotions on the negative influence of fatigue on participation in patients with inflammatory rheumatism. This research has a longitudinal character, to investigate whether changes in positive emotions have an effect on the negative influence of changes in fatigue on changes in participation. It was expected that the negative influence of changes in fatigue on changes in participation decreases as more positive emotions become apparent. This research contributed to insight and theory about the role of positive emotions over time in chronic diseases, in which patients suffer from fatigue or other long-term complaints, which in the long term can contribute to the development of interventions.

Method: An existing longitudinal dataset was used from a PhD thesis by Arends et al. (2013). The participants are patients with inflammatory rheumatism who have undergone treatment at an outpatient clinic for rheumatology. A total of three measurements were taken, which took place every half year. Fatigue was measured using the questionnaire 'Visual analogue scale' for fatigue (VAS), positive emotions through 'Positive and Negative Affect Schedule' (PANAS) and participation through 'Impact on Participation and Autonomy' (IPA). The possible protective function of positive emotions has been investigated through moderation analysis. A total of 331 patients with inflammatory rheumatism participated in the study.

Results: Against predefined expectations, no moderating function was found of changes in positive emotions in the negative relationship between changes in fatigue and participation over time in patients with inflammatory rheumatism. However, in accordance with predetermined expectations, a relationship has been found between changes in fatigue and participation over time, which means that, as fatigue increases, participation decreases. Also, as expected, a relationship was found between changes in positive emotions and participation over time, which means that participation increases as positive emotions also increase.

Conclusion and recommendations: In conclusion, it can be stated that changes in positive emotions do not appear to have a protective function on the negative influence that changes in fatigue have on changes in participation. However, since the current research is not an experiment, it is recommended to use an experimental setting with emotion-induction methods in follow-up research, in which writing a letter from the future is recommended. This way, more reliable statements can be made about the influence of positive emotions on the negative relation between fatigue and participation.

Keywords: Positive emotions, fatigue, participation, inflammatory rheumatism, moderation

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	5
Positieve psychologie.....	5
Positieve emoties.....	5
De invloed van positieve emoties	6
Positieve emoties en de adaptatie aan ontstekingsreuma	6
Positieve emoties en vermoeidheid bij ontstekingsreuma.....	6
Emoties en participatie	7
Positieve emoties als beschermende factor	8
Huidig onderzoek.....	9
METHODE.....	10
Participanten en procedure.....	10
Meetinstrumenten	11
Visueel analoge schaal (VAS) voor vermoeidheid	12
Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	12
Impact on Participation and Autonomy (IPA)	12
Statistische analyses	13
RESULTATEN	14
Beschrijvende karakteristieken	14
Moderatieanalyses.....	15
Conclusie.....	17
DISCUSSIE	18
Belangrijkste bevindingen	18
Vermoeidheid en participatie	18
Invloed van positieve emoties	19
Modererende functie van emoties	19
Sterktes, zwaktes en aanbevelingen	21
Conclusie.....	24
REFERENTIES	25
BIJLAGEN	31
Bijlage 1: gehele vragenlijst.....	31

INLEIDING

Positieve emoties zijn waardevol, vanwege de positieve effecten op zowel korte als lange termijn (Fredrickson, 2001). Zo is uit voorgaand onderzoek reeds gebleken dat positieve emoties bij mensen met een chronische aandoening een positief effect hebben op de ervaren vermoeidheid (Parrish, Zautra, & Davis, 2008) en de adaptatie (Arends et al., 2013; Tugade, Fredrickson, & Barrett, 2004). In dit huidige longitudinale onderzoek zal nader worden ingegaan op het effect dat positieve emoties mogelijk hebben op de relatie tussen vermoeidheid als gevolg van ontstekingsreuma, en de ervaring die patiënten hebben betreffende het participeren in de maatschappij.

Positieve psychologie

Traditioneel stond binnen de geestelijke gezondheidszorg een klachtgerichte aanpak centraal. Sinds de opkomst van de positieve psychologie is hierin een verandering zichtbaar, en wordt nu tevens gekeken naar de positieve aspecten van de gezondheid, zoals welbevinden en positieve emoties (Fredrickson, 2003; Garland & Fredrickson, 2010; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Walker, Jackson, & Littlejohn, 2004).

Positieve emoties

Er zijn verschillende, deels overlappende, definities van ‘emoties’. Smith en Kosslyn (2007) beschrijven emoties als een korte evaluatie van interne of externe belangrijke gebeurtenissen. Gleitman, Gross en Reisberg (2011) beschrijven emoties als een kortdurend fenomeen, durend van seconden tot minuten, die beschreven kunnen worden als gevoelens die samengaan met de huidige stemming, gedachten en gedragingen van een persoon. Seidel en Krapp (2014) stellen dat emoties informatie geven over de kwaliteit van de huidige interactie tussen de persoon en diens omgeving. Tot slot beschrijft Fredrickson (2001) emoties als een subset van een bredere groep affectieve fenomenen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen positieve en negatieve emoties.

Daarnaast stelt Fredrickson (2001) in de Broaden-and-Build theorie dat positieve emoties tijdelijke en langdurige, positieve effecten hebben. Positieve emoties verruimen het repertoire van mogelijke gedachten en handelingen die in gedachten komen. Dit tijdelijke effect wordt het ‘Broaden-effect’ genoemd. Het langdurige effect, oftewel het ‘Build-effect’, houdt in dat blijvende persoonlijke bronnen worden opgebouwd (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel, 2008; Fredrickson, 1998), waaronder psychische, intellectuele, fysieke en sociale bronnen (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel, 2008; Fredrickson, 2001). Positieve emoties zijn dus niet enkel een signaal van optimaal functioneren, maar producén tevens optimaal functioneren, zowel in het hier-en-nu als op de lange termijn (Fredrickson, 2004). Zo faciliteren positieve emoties onder andere sociale interacties (Waugh & Fredrickson, 2006).

De invloed van positieve emoties

Positieve emoties en de adaptatie aan ontstekingsreuma

Het huidige onderzoek focust op patiënten met ontstekingsreuma, waaronder aandoeningen vallen waarbij ontstekingsreacties in het lichaam onder meer gewrichten beschadigen. In Nederland hebben ongeveer 420.00 mensen een vorm van ontstekingsreuma (Reumafonds, 2017). Ontstekingsreuma is onder te verdelen in onder andere reumatoïde artritis (RA), de ziekte van Bechterew en artritis psoriatica (Ursum et al., 2013).

Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat er een verband is tussen emoties en de adaptatie aan ontstekingsreuma. Zo noemen Arends et al. (2013) de aanwezigheid van weinig negatieve emoties en veel positieve emoties als één van de vijf sleutelementen voor succesvolle aanpassing aan een chronische ziekte zoals ontstekingsreuma. Uit onderzoek van Zautra et al. (1995) blijkt tevens dat zowel positieve als negatieve emoties van invloed zijn op de adaptatie aan RA. Ook blijkt dat positieve en negatieve emoties gerelateerd zijn aan de adaptatie aan het ziekteproces, zoals meer negatieve emoties bij het ervaren van pijn. Pressman en Cohen (2005) schrijven echter dat mensen die aan een chronische ziekte lijden, waaronder ook reuma, meestal aangeven minder positieve emoties te ervaren vergeleken met een gezonde populatie. Uit onderzoek van Gruszczynska en Knoll (2015) blijkt tevens dat dagelijkse pijn als gevolg van ontstekingsreuma, geassocieerd kan worden met meer negatieve emoties en minder positieve emoties. Wanneer er sprake is van een grotere handicap als gevolg van de ontstekingsreuma, is er ook sprake van minder positieve emoties en meer negatieve emoties. Uit longitudinaal onderzoek van Hawker et al. (2011) is gebleken dat bij patiënten met osteoartritis pijn vaak leidt tot vermoeidheid en beperkingen, wat leidt tot een meer depressieve stemming, wat weer meer pijn en beperkingen als gevolg heeft.

Positieve emoties en vermoeidheid bij ontstekingsreuma

Mensen met ontstekingsreuma noemen vermoeidheid als een van de meest impact hebbende symptomen van deze ziekte (Nikolaus et al., 2013; Repping-Wuts et al., 2008; Zautra et al., 2007). Zo'n 80 tot 93% van de volwassen reumapatiënten heeft last van vermoeidheid (Pollard, Choy, Gonzalez, Khoshaba, & Scott, 2006). Volgens Nikolaus et al. (2010) bestaat er geen internationaal geaccepteerde definitie van vermoeidheid bij ontstekingsreuma. Zautra et al. (2007) beschrijven vermoeidheid als een subjectief gevoel van lage vitaliteit dat het dagelijks functioneren verstoort. Er zijn verschillende soorten vermoeidheidsklachten, welke zijn te onderscheiden in mentale of lichamelijke vermoeidheid, of al dan niet een duidelijke oorzaak voor de vermoeidheid kan worden aangewezen, of al dan niet sprake is van duizeligheid, en of al dan niet sprake is van de behoefte om te gaan slapen. Ook kan er onderscheid gemaakt worden tussen de ernst, frequentie en duur van de vermoeidheid (Nikolaus et al., 2010). Daarnaast onderscheiden Hewlett et al. (2018) fysieke vermoeidheid, vermoeidheid in dagelijks en sociaal leven, cognitieve vermoeidheid en emotionele vermoeidheid. Er is nog weinig bekend over de oorzaak van vermoeidheid bij ontstekingsreuma (Nikolaus et al., 2013; Reumafonds, 2017). Volgens Bode en Taal (2015) zijn pijn, fysiek functioneren en depressiviteit als meest waarschijnlijke factoren betrokken bij

vermoeidheidsklachten bij RA. Nikolaus et al. (2013) onderscheiden ziekte-gerelateerde aspecten, fysiek functioneren, cognitief en emotioneel functioneren, sociale en omgevingsaspecten, en demografische aspecten.

Nikolaus et al. (2013) stellen dat er nog weinig bekend is over de behandelmogelijkheden van vermoeidheid bij ontstekingsreuma, wat kan worden verklaard door de beperkte kennis over de etiologie van vermoeidheidssymptomen (Bode & Taal, 2015). Uit recent onderzoek van Bernard et al. (2018) blijkt wel dat Cognitieve Gedragstherapie (CGT) effectief is in het leren omgaan met vermoeidheid bij chronische ziekten, zoals kanker, COPD en chronische vermoeidheid. In onderzoek van Dures et al. (2012) komt naar voren dat patiënten met RA door CGT het gevoel hebben over betere coping te beschikken en meer emotionele controle verkrijgen. Daarnaast wordt in onderzoek van Geenen, Van Middendorp en Bossema (2008) 'positief blijven denken' genoemd als één van de drie meest behulpzame technieken bij het omgaan met de negatieve gevolgen van ontstekingsreuma, zoals vermoeidheid. Uit onderzoek van Dures et al. (2012) komt tevens naar voren dat psychosociale factoren, waaronder positieve emoties, een rol lijken te spelen bij het omgaan met vermoeidheid.

Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat er een verband is tussen emoties en vermoeidheid bij reuma. Zo is gebleken dat vermoeidheid negatief geassocieerd is met positieve emoties (Davis et al., 2010; Hegarty, Conner, Stebbings & Treharne, 2015; Hegarty et al., 2016; Zautra et al., 2007). Ook in onderzoek van Hewlett et al. (2011) komt naar voren dat er een relatie is tussen vermoeidheid en stemming, namelijk dat vermoeidheid invloed heeft op de stemming en vice versa. Tevens komt in een onderzoek van Parrish et al. (2008) naar voren dat een toename van positieve emoties vaak leidt tot minder vermoeidheid bij vrouwen met reuma, en dat het beleven van positieve dan wel negatieve emoties van invloed is op het ervaren van vermoeidheid.

Emoties en participatie

De vermoeidheid waar patiënten met ontstekingsreuma last van hebben, heeft een negatief effect op de kwaliteit van leven (Pollard, Choy, & Scott, 2005) en kan veel invloed hebben op de dagelijkse participatie (Bode & Taal, 2015; De Croon et al., 2005). Onder participatie wordt een actieve en zinvolle betrokkenheid verstaan, een deel voelen van, keuze en controle, overal toegang tot hebben, kansen, stemrecht, persoonlijke en maatschappelijke verantwoordelijkheden, impact hebben, anderen ondersteunen, en sociale connectie, inclusie en lidmaatschap (Hammel et al., 2008). De ervaren mate van participatie is een essentiële indicator van aanpassing aan ontstekingsreuma (Arends et al., 2013).

Reumapatiënten hebben vaak moeite met het hebben of handhaven van doelen in verschillende levensdomeinen, inclusief werk, sociale relaties, rolvulling, vrijetijdsactiviteiten en huishoudelijke taken. Een relatief groot aantal mensen met ontstekingsreuma verliest, vooral door vermoeidheid, werk en inkomen (Zoer et al., 2013), met als consequentie verminderde financiële middelen en daardoor meer beperking in sociale participatie. Onderzoek van Benka et al. (2015) toont tevens aan dat er een relatie is tussen vermoeidheid en verminderde sociale participatie. Dit heeft tot gevolg dat mensen vaker een depressieve stemming hebben (Arends et

al., 2013; Hegarty, Treharne, Stebbings, & Conner, 2016; Reumafonds, 2017) en/of een verhoogde mate van angst (Arends et al., 2013). De patiënten die aan het woord komen in een kwalitatief onderzoek van Repping-Wuts et al. (2008) beschrijven vermoeidheid dan ook als fysiek uitputtend, frustrerend, met grote gevolgen voor rollen, relaties, vrije tijd, en met emotionele gevolgen, en een dagelijks aanpassen aan de mogelijkheden.

Kijkend naar de participatie van patiënten met vergelijkbare aandoeningen, blijkt uit longitudinaal onderzoek van Koch et al. (2013) naar vrouwen met borstkanker dat er beperkingen zijn in de participatie en dat deze met de tijd kunnen toenemen. Dergelijke veranderingen onderschrijven het belang van longitudinaal onderzoek, om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de mate van participatie en factoren die daarbij een rol spelen.

Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat er een verband lijkt te bestaan tussen emoties en participatie. Zo onderzocht Lucas (geciteerd in Lyubomirsky, King, & Diener, 2005) tijdelijke prettige gemoedstoestanden als mogelijke stimulans voor betrokkenheid bij sociale activiteiten, waaruit naar voren kwam dat positieve emoties voorspellers zijn voor de hoeveelheid tijd die wordt besteed aan activiteiten met vrienden en familieleden. Ook uit onderzoek van Pressman en Cohen (2005) komt naar voren dat positieve emoties het sociaal functioneren bevorderen. Onderzoek van Berges, Seale en Ostir (2012) bij patiënten die een beroerte hebben gehad, laat tevens een positief verband zien tussen positieve emoties en sociaal functioneren, waarbij patiënten met meer positieve emoties een grotere mate van sociaal functioneren na de rehabilitatie bereikten, dan patiënten met minder positieve emoties. Positieve emoties lijken dus, zoals de Broaden-and-Build Theorie tevens stelt, een beschermende factor te zijn.

Positieve emoties als beschermende factor

Positieve emoties kunnen op verschillende manieren fungeren als beschermende factor. Tugade et al. (2004) geven aan dat positieve emoties op de korte termijn kunnen leiden tot gezondheidsverbetering, zoals een versterking van het immuunsysteem en het beter herstellen na ziekte, en op de lange termijn kunnen leiden tot betere coping en adaptatie. Onderzoek van Lamers (2012) laat tevens zien dat positieve emoties kunnen zorgen voor sneller herstel van psychische en lichamelijke aandoeningen. Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels en Conway (2009) schrijven dat, wanneer men veel positieve emoties ervaart, men beter in staat zal zijn om met stressvolle gebeurtenissen om te gaan. In onderzoek van Strand et al. (2006) komt tevens naar voren dat positieve emoties mogelijk leiden tot veerkracht, waardoor reumapatiënten de pijn als minder vervelend ervaren en dus beter met de ziekte om kunnen gaan. Verder komt uit onderzoek van White et al. (2012) naar voren dat positieve emoties geassocieerd zijn met meer beweging bij osteoartritis-patiënten met pijn, in tegenstelling tot patiënten met minder of geen pijn. Deze bevindingen laten zien dat positieve emoties een beschermende functie kunnen hebben, en zodoende een modererende rol kan spelen bij de relatie tussen pijn en beweging. Gezien de cross-sectionele aard van de studie, kan echter geen uitspraak kan worden gedaan over de temporele aard van de gevonden relaties, opdat longitudinale studie nodig is.

Kijkend naar voorgaand onderzoek waarbij positieve emoties als moderator is onderzocht, is echter geen onderzoek te vinden waarbinnen het eventuele modererende effect van positieve emoties is onderzocht bij het verband tussen vermoeidheid en participatie, of andere vergelijkbare constructen. Wel is het modererende effect onderzocht betreffende andere constructen. Zo blijkt uit onderzoek van Van Kessel (2014) dat positieve emoties een modererende rol spelen bij de positieve samenhang tussen een negatieve houding ten opzichte van het eigen verleden en depressieve symptomen, waarbij deze positieve samenhang afneemt bij mensen met een hogere mate van positieve emoties. Daarnaast laat onderzoek van Kleijn (2015) een modererende functie van positieve emoties zien bij het verband tussen cliëntgerichte speltherapie en internaliserende problematiek bij kinderen, waarbij het effect van de therapie beter was naarmate er meer sprake was van positieve emoties. Deze onderzoeken laten zien dat positieve emoties een modererende functie kunnen hebben.

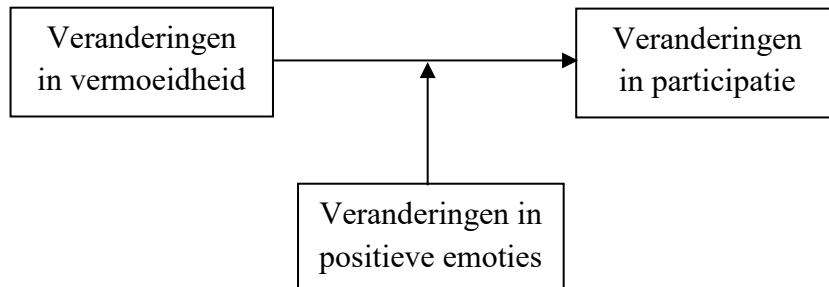
Huidig onderzoek

Hoewel de elementen en onderlinge verbanden tussen ‘ontstekingsreuma’, ‘vermoeidheid’, ‘participatie’ en ‘positieve emoties’ reeds zijn onderzocht, is echter geen onderzoek gedaan naar de verbanden tussen al deze elementen tezamen. Binnen dit huidige onderzoek zal dit worden onderzocht in een longitudinaal karakter, opdat inzicht worden verkregen in de verbanden door de tijd heen. Het doel van dit huidige onderzoek is om te onderzoeken wat de rol is van veranderingen in positieve emoties bij de relatie tussen veranderingen in vermoeidheid en participatie bij patiënten met ontstekingsreuma.

Dit longitudinale onderzoek kan bijdragen aan inzicht en theorievorming. Zo kan middels het huidige onderzoek meer inzicht worden verkregen in de eventuele beschermende functie van positieve emoties door de tijd heen, zoals beschreven in de Broaden-and-Build theorie, voor mensen met vermoeidheid bij ontstekingsreuma. Op basis hiervan kan onder andere vervolgonderzoek plaatsvinden betreffende de rol van positieve emoties bij andere chronische ziektes waarbij patiënten kampen met vermoeidheid of andere langdurige klachten. Dit kan op den duur bijdragen aan het ontwikkelen van interventies of behandelingen die gericht zijn op het omgaan met klachten voortkomend uit een chronisch ziekte, zoals het omgaan met vermoeidheid bij ontstekingsreuma.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *“In hoeverre is er sprake van een modererend effect van positieve emoties op de relatie tussen vermoeidheid en participatie door de tijd heen bij patiënten met ontstekingsreuma?”* Zoals reeds beschreven, komt uit eerder onderzoek naar voren dat er een negatieve relatie is tussen vermoeidheid en participatie. Zodoende wordt verwacht deze relatie tevens binnen dit huidige onderzoek te vinden. Tevens komt uit voorgaand onderzoek naar voren dat er een positief verband is tussen positieve emoties en participatie. Zodoende wordt verwacht dat dit verband tevens binnen dit huidige onderzoek gevonden zal worden. Hoewel nog geen eerder onderzoek is gedaan naar de rol van positieve emoties bij het verband tussen vermoeidheid en participatie, wordt binnen dit huidige onderzoek verondersteld dat positieve emoties hierbij een modererende rol hebben. Deze verwachting is gebaseerd op eerdere

onderzoeken welke reeds zijn beschreven, waaruit naar voren is gekomen dat positieve emoties een beschermende, oftewel modererende, functie hebben. In het huidige onderzoek wordt deze veronderstelde moderatie longitudinaal onderzocht, waarbij wordt verwacht dat veranderingen in positieve emoties een modererende functie hebben bij de invloed van veranderingen in vermoeidheid op de veranderingen in participatie (zie figuur 1). Dit houdt in dat de negatieve invloed van veranderingen in vermoeidheid op veranderingen in participatie afneemt, naarmate er sprake is van meer positieve emoties, waarbij wordt verwacht dat dit door de tijd heen standhoudt.



Figuur 1. Hypothetisch figuur van verwachte relaties tussen de veranderingen in vermoeidheid, participatie en positieve emoties door de tijd heen.

METHODE

Participanten en procedure

De participanten die deel uitmaken van dit onderzoek zijn patiënten met ontstekingsreuma die een behandeling hebben ondergaan bij een polikliniek voor reumatologie. In het onderzoek waren er drie metingen, die om het half jaar plaatsvonden. Bij elke meting werd een vragenlijst afgenomen. De participanten hebben een ‘informed consent’ ingevuld. Om de privacy van de onderzochte patiënten te waarborgen, is de data volledig geanonimiseerd.

Er is gebruik gemaakt van een reeds bestaande dataset vanuit een PhD-thesis van Arends et al. (2013). De originele dataset is verkregen middels een willekeurige selectie van 803 patiënten uit het elektronische diagnose registratiesysteem, gebaseerd op de volgende vier inclusiecriteria; de patiënt is gediagnosticeerd met polyartritis, de patiënt is onder behandeling voor polyartritis, de patiënt is 18 jaar of ouder, en de patiënt kan de vragenlijst in het Nederlands invullen, hetzij zelfstandig of met hulp. Van de geselecteerde 803 patiënten, werden er 164 niet benaderd omdat ze niet voldeden aan de inclusiecriteria, wat maakt dat 639 patiënten een uitnodigingsbrief ontvingen om deel te nemen aan het onderzoek. Uiteindelijk hebben 331 patiënten deelgenomen aan het onderzoek (Arends et al., 2013). Zie Tabel 1 voor de demografische karakteristieken van de participanten.

Tabel 1 *Demografische Karakteristieken van de Participanten (N=331)*

Geslacht, n (%)	
Man	129 (39)
Vrouw	202 (61)
Leeftijd	
Gemiddelde (SD), range	62.5 (.70), 24-92
Burgerlijke staat, n (%)	
Ongehuwd	42 (12.6)
Gehuwd	219 (66.2)
Weduwe/weduwenaar	43 (13)
Gescheiden	20 (6)
Ontbrekend	7 (2.1)
Opleidingsniveau, n (%)	
Geen opleiding	5 (1.5)
Lager (beroeps)onderwijs	123 (37.1)
Middelbaar (beroeps)onderwijs	123 (37.1)
Hoger (beroeps)onderwijs	62 (18.7)
Wetenschappelijk onderwijs	10 (3)
Ontbrekend	8 (2.4)
Werkstatus, n (%)	
Werk (parttime/fulltime)	96 (29)
Huishouden	45 (13.6)
Werkloos	10 (3)
Arbeidsongeschikt (WAO/WIA)	45 (13.6)
Gepensioneerd (AOW, VUT)	129 (39)
Reumavorm*, n (%)	
Reumatoïde artritis (RA)	181 (54.7)
Ziekte van Bechterew	26 (7.9)
Artritis psoriatica	25 (7.6)
Overig	140 (42.3)
Ziekte duur	
Gemiddelde (jaren), (SD)	21.7 (12.3)
Range (jaren)	8 - 78

* *Noot.* Het totale percentage ligt hoger dan 100%, aangezien patiënten meerdere vormen van reuma kunnen hebben. De categorie ‘overig’ betreft de volgende reumavormen: artrose, fibromyalgie, jicht, lage rugpijn, osteoporose, sclerodermie, S.L.E., syndroom van Reiter en tendinitis/bursitis

Meetinstrumenten

De participanten hebben drie keer een vragenlijst ingevuld, die een samenstelling is van meerdere soorten vragen en vragenlijsten, waarbij onder andere is gevraagd naar demografische en ziektegerelateerde kenmerken (zie tabel 2 in Arends et al., 2013). De gehele vragenlijst is te vinden in bijlage 1. In het huidige onderzoek is gebruikgemaakt van de uitkomst van de ‘Visueel analoge schaal’ voor vermoeidheid (VAS), ‘Positive and Negative Affect Schedule’ (PANAS) en ‘Impact on Participation and Autonomy’ (IPA), welke hieronder zullen worden beschreven.

Visueel analoge schaal (VAS) voor vermoeidheid

De mate van ervaren vermoeidheid is gemeten aan de hand van een visueel analoge schaal (VAS), waarin werd gevraagd wat voor de patiënt gemiddeld genomen de mate van vermoeidheid was over de afgelopen zeven dagen. Dit kon worden aangegeven door een streepje te zetten op een lijn, lopende van “geen vermoeidheid” (0) tot “totaal uitgeput” (100). De VAS is geschikt gebleken om de mate van vermoeidheid te meten (Nicklin, Cramp, Kirwan, Greenwood, Urban, & Hewletti, 2010; Wolfe, 2004). Volgens Nicklin et al. (2010) en Pollard et al. (2006) is de ernst van de vermoeidheid in te delen in de volgende categorieën middels de volgende grensscores: niet-klinisch relevante vermoeidheid (<20), klinisch relevante vermoeidheid (≥ 20 <50) en klinisch ernstige vermoeidheid (≥ 50).

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

De ‘Positive and Negative Affect Schedule’ (PANAS) is een vragenlijst die positieve en negatieve emoties meet. Positieve emoties betreffen de mate waarin iemand zich enthousiast, actief en alert voelt. Een hoge mate van positieve emoties wordt gekenmerkt door veel energie, volledige concentratie en plezierige betrokkenheid. Kenmerkend voor een lage mate van positieve emoties is droefheid en lethargie. Negatieve emoties, daarentegen, betreft de mate van ervaren distress en onplezierige betrokkenheid, wat onder andere woede, minachting, walging, schuldgevoel, angst en nervositeit met zich meebrengt. Een lage mate van negatieve emoties wordt gekenmerkt door kalmte en sereniteit (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). In het huidige onderzoek is enkel de schaal ‘positief affect’ afgenomen.

Positieve emoties is gemeten aan de hand van 10 items die gevoelens en emoties beschrijven, zoals ‘enthousiast’, ‘uitgelaten’ en ‘geïnteresseerd’. De participant dient aan te geven in hoeverre deze gevoelens en emoties te hebben ervaren in de afgelopen week op een vijf-punts Likert schaal (1=nauwelijks of helemaal niet, 2=een beetje, 3=matig, 4=best veel, 5=in sterke mate). De gemiddelde score kan minimaal 1 en maximaal 5 zijn. Een hogere score duidt op een grotere aanwezigheid van positieve emoties (Watson et al., 1988).

Watson et al. (1988) beschrijven de PANAS als een goede vragenlijst die positieve en negatieve emoties meet, ongeacht de onderzochte populatie of het gebruikte tijdsframe. De interne consistentie voor de schaal ‘positief affect’ is zeer hoog, met Cronbach's alpha variërend van .86 tot .90 (Watson et al., 1988). Ook in recenter onderzoek van Crawford en Henry (2004) kwam naar voren dat de PANAS beschikt over goede psychometrische eigenschappen, te weten een Cronbach's alpha van .89 en goede constructvaliditeit. Tot slot beschrijft ook Thompson (2007) de PANAS als een betrouwbare, valide en efficiënte vragenlijst, met een Cronbach's alpha van .78 voor de schaal ‘positief affect’. In het huidige onderzoek is een Cronbach's alpha van .92 gevonden, wat zeer hoog is.

Impact on Participation and Autonomy (IPA)

De ‘Impact on Participation and Autonomy’ (IPA) vragenlijst focust op de autonomie en participatie van mensen met een chronische ziekte, zoals reuma. Er wordt hierbij niet zozeer

gefocusd op algemene verantwoordelijkheden, taken en rollen, maar op de perceptie van de participant betreffende de mate van participatie (Cardol, De Haan, De Jong, Van den Bos, & De Groot, 2001).

In totaal bestaat de vragenlijst uit 32 items, verdeeld over 5 domeinen. Elk item is een stelling waarbij de participant kan aangeven op een 5-punts Likert schaal (0=zeer slecht, 1=matig, 2=matig, 3=goed, 4=zeer goed) in hoeverre dat van toepassing is. Het domein 'autonomie buitenshuis' betreft 5 items, waaronder: *'De mogelijkheid om mijn vrije tijd te besteden zoals ik dat wil, is ...'*. Het domein 'familierol' telt 7 items, zoals: *'De mogelijkheid om mensen te helpen of steunen die me nodig hebben is ...'*. Het domein 'sociale relaties' bevat 7 items, waaronder: *'De omgang met de mensen die me dierbaar zijn is ...'*. Het domein 'werk en opleiding' bevat 6 items, waaronder: *'De mogelijkheid om mijn werk uit te voeren zoals ik het wil is ...'*. Tot slot bevat het domein 'autonomie binnenshuis' 7 items, waaronder de stelling: *'Gaan en staan in mijn eigen woning waar ik wil gaat ...'* (Cardol, 2005). In dit huidige onderzoek is het laatste domein echter niet afgenomen, dus zodoende telt de vragenlijst zoals deze binnen huidig onderzoek is afgenomen 25 items. Daarnaast is de subschaal 'werk en opleiding' niet van toepassing op 55.6% van de participanten, en is zodoende niet meegenomen in het huidige onderzoek.

Binnen dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de gemiddelde score van de domeinen, net zoals is gedaan in onderzoek van Arends et al. (2013). Per domein dient minstens 75% van de items beantwoord te zijn om tot een betrouwbare domeinscore te kunnen komen (Cardol, et al., 2001).

Cardol et al. (2001) beschrijven dat de IPA vragenlijst over goede psychometrische eigenschappen beschikt en kan worden beschouwd als een betrouwbare en valide vragenlijst, met een hoge interne consistentie, met een Cronbachs alfa variërend van .81 tot .91. In ander onderzoek kwam een Cronbachs alfa variërend van .84 tot .87 naar voren (Cardol, De Haan, Van den Bos, De Jong, & De Groot, 1999). In het huidige onderzoek is een Cronbachs alfa van .94 gevonden, wat zeer hoog is.

Statistische analyses

Ten behoeve van het uitvoeren van de statistische analyses, is gebruikt gemaakt van het computerprogramma IBM SPSS versie 23 en model 1 van de Process Macro versie 2.16 van Hayes (Field, 2013). Er is gebruik gemaakt van een alpha-waarde van .05.

Allereerst zijn de beschrijvende statistieken weergegeven voor de verschillende meetmomenten van de verschillende variabelen. Om vervolgens te onderzoeken in hoeverre er sprake is van een modererend effect van positieve emoties op de relatie tussen vermoeidheid en participatie door de tijd heen, zijn drie moderatie-analyses uitgevoerd. Om de verandering door de tijd heen te onderzoeken, zijn allereerst verschillcores berekend tussen de eerste en de tweede meting, de tweede en de derde meting, en de eerste en de derde meting van de vermoeidheid, participatie en positieve emoties. Bij alle analyses was de vermoeidheid (VAS) de onafhankelijke variabele, de participatie (IPA) de afhankelijke variabele, en de positieve emoties (PANAS) de moderator.

Ten eerste is een moderatieanalyse uitgevoerd met de verschillscore op de VAS tussen meting 1 en 2 (totaalscore meting 2 - totaalscore meting 1), de verschillscore op de IPA (gemiddelde score meting 2 - gemiddelde score meting 1), en de verschillscore op de PANAS (totaalscore meting 2 - totaalscore meting 1).

Vervolgens is een tweede moderatieanalyse tussen meting 2 en 3 met de verschillscore op de VAS tussen meting 2 en 3 (totaalscore meting 3 - totaalscore meting 2), de verschillscore op de IPA (gemiddelde score meting 3 - gemiddelde score meting 2), en de verschillscore op de PANAS (totaalscore meting 3 - totaalscore meting 2).

Tot slot is een moderatieanalyse uitgevoerd met de verschillscore op de VAS tussen meting 1 en 3 (totaalscore meting 3 - totaalscore meting 1), de verschillscore op de IPA (gemiddelde score meting 3 - gemiddelde score meting 1), en de verschillscore op de PANAS (totaalscore meting 3 - totaalscore meting 1).

Bij alle drie moderatieanalyses zijn tevens de voormetingsscores als covariaten meegenomen, om te corrigeren voor deze mogelijke invloed.

RESULTATEN

Beschrijvende karakteristieken

Tabel 2 geeft de gemiddeldes, standaardafwijkingen, range en aantal participanten van de verschillende metingen en verschillen tussen deze metingen weer, van de variabelen ‘vermoeidheid’, ‘participatie’ en ‘positieve emoties’.

Zichtbaar is dat de scores op de verschillende metingen van de verschillende variabelen relatief hetzelfde blijven door de tijd heen. Verder laten de scores op vermoeidheid een wijde range zien, reikend van ‘geen vermoeidheid’ tot ‘totaal uitgeput. Kijkend naar de te hanteren grensscores, is gemiddeld genomen sprake van ‘klinisch relevante vermoeidheid’ (≥ 20 < 50). De scores op participatie laten tevens een wijde range zien, reikend van ‘zeer slecht’ tot ‘goed’/‘zeer goed’. De scores op positieve emoties laten tevens een wijde range zien, reikend van ‘nauwelijks’/‘een beetje’ tot ‘in sterke mate’. De gemiddelde scores op positieve emoties komen overeen met de oorspronkelijke normgegevens van Crawford en Henry (2004), bij een steekproef bestaande uit de niet-klinische algemene volwassen bevolking uit Engeland, waarbij een gemiddelde werd gevonden van 3.13 ($SD=0.77$).

Tabel 2 *Weergave van Gemiddeldes, Standaarddeviaties, Range en Aantal Participanten van de Verschillende Metingen en Verschillen tussen de Metingen*

	Gemiddelde	Standaarddeviatie	Range	<i>n</i>
Vermoeidheid				
Meting 1	42.17	26.28	0 – 100	322
Meting 2	43.06	27.14	0 – 100	274
Meting 3	43.25	25.91	0 – 99	249
Vershil Meting 2-1	0.86	20.21	-64 – 65	269
Vershil Meting 3-2	1.16	16.95	-52 – 69	233
Vershil Meting 3-1	1.54	19.33	-66 – 78	246
Participatie				
Meting 1	2.67	0.64	0.74 – 4.00	329
Meting 2	2.65	0.63	0.47 – 4.00	285
Meting 3	2.67	0.61	0.68 – 4.00	260
Vershil Meting 2-1	-0.04	0.39	-1.32 – 1.16	284
Vershil Meting 3-2	-0.00	0.38	-1.37 – 1.05	251
Vershil Meting 3-1	-0.03	0.42	-1.42 – 1.32	260
Positieve emoties				
Meting 1	3.42	0.70	1.00 – 5.00	328
Meting 2	3.46	0.67	1.40 – 5.00	286
Meting 3	3.46	0.68	1.30 – 5.00	254
Vershil Meting 2-1	0.02	0.53	-2.00 – 2.40	285
Vershil Meting 3-2	-0.02	0.52	-1.80 – 1.60	246
Vershil Meting 3-1	-0.01	0.62	-2.80 – 2.70	254

Moderatieanalyses

Ten behoeve van de beantwoording van de onderzoeksvraag, zijn drie moderatieanalyses gedaan, waarbij tevens de voormetingen van de variabelen als covariaten zijn meegenomen in de analyses.

Tabel 3 geeft de resultaten weer van de eerste moderatieanalyse, waarbij is gekeken naar de eerste zes maanden. Hieruit is gebleken dat er sprake is van een hoofdeffect van veranderingen in vermoeidheid op veranderingen in participatie ($p=.005$), waarbij de participatie afneemt naarmate de vermoeidheid toeneemt. Tevens is een hoofdeffect gevonden van veranderingen in positieve emoties op veranderingen in participatie ($p<.001$), waarbij de participatie toeneemt naarmate positieve emoties toenemen. Er is echter geen interactie-effect gevonden ($p=.449$), oftewel de relatie tussen veranderingen in vermoeidheid en participatie lijkt niet te worden gemodereerd door veranderingen in positieve emoties. Tot slot zijn de voormetingen als covariaten significante voorspellers gebleken in het model.

Tabel 4 geeft de resultaten weer van de tweede moderatieanalyse, waarbij is gekeken naar de laatste zes maanden. Hieruit is tevens een hoofdeffect naar voren gekomen van veranderingen in vermoeidheid op veranderingen in participatie ($p<.001$), waarbij de participatie afneemt naarmate de vermoeidheid toeneemt. Tevens is een hoofdeffect gevonden van veranderingen in positieve emoties op veranderingen in participatie ($p<.001$), waarbij de participatie toeneemt naarmate positieve emoties toenemen. Wederom is echter geen interactie-effect gevonden ($p=.902$), oftewel de relatie tussen veranderingen in vermoeidheid en participatie lijkt niet te

worden gemodereerd door veranderingen in positieve emoties. Tot slot zijn de voormetingen als covariaten wederom significante voorspellers gebleken in het model.

Tabel 3 *Moderatie van Veranderingen in Positieve Emoties op de Relatie tussen Veranderingen in Vermoeidheid op Veranderingen in Participatie betreffende het Eerste Halve Jaar*

	b [95% BI]	SE B	t	p
Constant	0.619 [0.284, 0.953]	0.170	3.639	<.001
Δ1-2 Positieve emoties	0.256 [0.155, 0.357]	0.051	5.002	<.001**
Δ1-2 Vermoeidheid	-0.004 [-0.006, -0.001]	0.001	-2.815	.005*
Δ1-2 Positieve emoties x Vermoeidheid	0.002 [-0.003, 0.006]	0.002	0.758	.449
Voormeting Positieve emoties	0.179 [0.095, 0.263]	0.050	4.208	<.001**
Voormeting Vermoeidheid	-0.005 [-0.007, -0.003]	0.001	-5.189	<.001**
Voormeting Participatie	-0.389 [-0.488, -0.290]	0.050	-7.764	<.001**

Noot. $R^2 = .314$

* $p < .05$

** $p < .001$

Tabel 4 *Moderatie van Veranderingen in Positieve Emoties op de Relatie tussen Veranderingen in Vermoeidheid op Veranderingen in Participatie betreffende het Tweede Halve Jaar*

	b [95% BI]	SE B	t	p
Constant	0.459 [0.059, 0.859]	0.203	2.264	.025
Δ2-3 Positieve emoties	0.295 [0.191, 0.400]	0.053	5.569	<.001**
Δ2-3 Vermoeidheid	-0.005 [-0.008, -0.002]	0.001	-3.646	<.001**
Δ2-3 Positieve emoties x Vermoeidheid	0.000 [-0.005, 0.006]	0.003	0.123	.902
Voormeting Positieve emoties	0.203 [0.107, 0.299]	0.049	4.150	<.001**
Voormeting Vermoeidheid	-0.003 [-0.005, 0.000]	0.001	-2.203	.029*
Voormeting Participatie	-0.394 [-0.503, -0.284]	0.056	-7.082	<.001**

Noot. $R^2 = .310$

* $p < .05$

** $p < .001$

Tabel 5 geeft de resultaten weer van de derde moderatieanalyse, waarbij is gekeken naar het gehele jaar. Hieruit is tevens een hoofdeffect naar voren gekomen van veranderingen in vermoeidheid op veranderingen in participatie ($p=.002$), waarbij de participatie afneemt naarmate de vermoeidheid

toeneemt. Tevens is een hoofdeffect gevonden van veranderingen in positieve emoties op veranderingen in participatie ($p < .001$), waarbij de participatie toeneemt naarmate positieve emoties toenemen. Wederom is echter geen interactie-effect gevonden ($p = .983$), oftewel de relatie tussen veranderingen in vermoeidheid en participatie lijkt niet te worden gemodereerd door veranderingen in positieve emoties. Tot slot zijn de voormetingen als covariaten wederom significante voorspellers gebleken in het model.

Tabel 5 *Moderatie van Veranderingen in Positieve Emoties op de Relatie tussen Veranderingen in Vermoeidheid op Veranderingen in Participatie betreffende het Gehele Jaar*

	b [95% BI]	SE B	t	p
Constant	0.552 [0.198, 0.906]	0.180	3.075	.002
$\Delta 1$ -3 Positieve emoties	0.304 [0.206, 0.402]	0.050	6.094	<.001**
$\Delta 2$ -3 Vermoeidheid	-0.004 [-0.007, -0.002]	0.001	-3.151	.002*
$\Delta 2$ -3 Positieve emoties x Vermoeidheid	0.000 [-0.008, 0.008]	0.004	0.021	.983
Voormeting Positieve emoties	0.235 [0.141, 0.328]	0.047	4.942	<.001**
Voormeting Vermoeidheid	-0.005 [-0.007, -0.003]	0.001	-4.390	<.001**
Voormeting Participatie	-0.440 [-0.542, -0.339]	0.052	-8.538	<.001**

Noot. $R^2 = .378$

* $p < .05$

** $p < .001$

Conclusie

Samenvattend is te concluderen dat er geen modererend effect van veranderingen in positieve emoties is gevonden op het verband tussen veranderingen in vermoeidheid en participatie door de tijd heen, zowel over het eerste halve jaar ($p = .449$), het tweede halve jaar ($p = .902$) als over het gehele jaar ($p = .983$).

Wel lijkt sprake te zijn van een significante relatie tussen veranderingen in vermoeidheid en veranderingen in participatie, waarbij dit verband significant is gebleken door de tijd heen bij de veranderingen in het eerste halve jaar ($p = .005$), tweede halve jaar ($p = .002$) en het gehele jaar ($p < .001$). Deze regressie is negatief, wat inhoudt dat, naarmate de vermoeidheid toeneemt, de participatie afneemt.

Tevens lijkt sprake te zijn van een significante relatie tussen veranderingen in positieve emoties en veranderingen in participatie bij zowel de veranderingen over het eerste halve jaar, tweede halve jaar en over het gehele jaar ($p < .001$). Deze regressie is positief, wat inhoudt dat de participatie toeneemt naarmate de positieve emoties toenemen.

DISCUSSIE

Het doel van dit longitudinale onderzoek was om de veronderstelde modererende rol van veranderingen in positieve emoties te onderzoeken bij de relatie tussen veranderingen in vermoeidheid en participatie bij patiënten met ontstekingsreuma.

Belangrijkste bevindingen

Overeenkomstig met vooropgestelde verwachtingen is een relatie gevonden tussen veranderingen in vermoeidheid en participatie door de tijd heen bij patiënten met ontstekingsreuma, wat inhoudt dat, naarmate de vermoeidheid toeneemt, de participatie afneemt. Tevens is een relatie gevonden tussen veranderingen in positieve emoties en participatie door de tijd heen, wat inhoudt dat de participatie toeneemt naarmate de positieve emoties tevens toenemen. Echter, tegen vooropgestelde verwachting in is geen modererende functie gevonden van veranderingen in positieve emoties bij het verband tussen veranderingen in vermoeidheid en participatie door de tijd heen.

De gemiddelde scores van vermoeidheid (VAS) over het eerste en tweede halve jaar, alsook over het gehele jaar, komen overeen met een studie van Khanna et al. (2011), waar bij patiënten met RA een gemiddelde score van vermoeidheid is gevonden van 42 bij de eerste meting en een gemiddelde score van 34 is gevonden bij de follow up na 6 maanden. Tevens komen de gemiddelde scores op positieve emoties (PANAS) overeen met een studie van Ostir, Smith, Smith en Ottenbacher (2005), waarbij een gemiddelde score van positieve emoties werd gevonden van 3,55 na 90 dagen na ontslag uit klinische revalidatie, en een score van 3,69 na 100 dagen na ontslag uit klinische revalidatie. De scores betreffende participatie (IPA) zijn echter niet vergelijkbaar met scores uit voorgaand onderzoek, aangezien binnen het huidige onderzoek niet alle domeinen zijn afgenomen, wat zodoende een limitatie van het huidige onderzoek betreft.

Vermoeidheid en participatie

Zoals beschreven is, overeenkomstig met de vooropgestelde verwachting, naar voren gekomen dat een toename in vermoeidheid een afname in participatie tot gevolg heeft. Dit houdt in dat een toename in vermoeidheid leidt tot een afname in sociale relaties, autonomie buitenshuis en het kunnen uitvoeren van de familierol. Dit is in overeenstemming met voorgaand onderzoek. Zo komt uit onderzoek van Benka et al. (2015) en Repping-Wuts et al. (2008), naar voren dat vermoeidheid samengaat met een afname in sociale participatie. Tevens blijkt uit onderzoek van Repping-Wuts et al. (2008) dat vermoeidheid een aanpassing vereist voor het uitvoeren van de familierol, aangezien deze vanwege de fysieke uitputting niet meer geheel uitvoerbaar is. De mate van autonomie buitenshuis betreft de mate waarin de patiënt in staat is uitstapjes te maken in de vrije tijd. Hierbij blijkt ook uit onderzoek van Repping-Wuts et al. (2008) dat vermoeidheid een beperking geeft in het naar behoefte invullen van de vrije tijd.

Invloed van positieve emoties

Daarnaast is naar voren gekomen dat een toename in positieve emoties samengaat met een toename in participatie. Dit komt overeen met de vooropgestelde verwachting die gebaseerd was op voorgaand onderzoek. In onderzoek van Pressman en Cohen (2005) komt namelijk naar voren dat positieve emoties de mate van sociale interactie bevorderen. Overeenkomstig blijkt uit onderzoek van Berges et al. (2012) bij patiënten die een beroerte hebben gehad, dat een hoge mate van positieve emoties leidt tot meer sociale participatie dan een lage mate van positieve emoties. Lucas (geciteerd in Lyubomirsky et al. 2005) geeft hiervoor als mogelijk verklaring dat positieve gemoedstoestanden een stimulans kunnen zijn voor betrokkenheid in sociale relaties, aangezien de mate van positieve gemoedstoestanden een voorspeller is voor de hoeveelheid tijd die wordt besteed aan sociale relaties. De huidige uitkomsten sluiten tevens aan bij onderzoek van Arends et al. (2013) en Tugade et al. (2004), welke stellen dat positieve emoties bij mensen met een chronische aandoening een positief effect hebben op de adaptatie. Tot slot sluiten huidige resultaten tevens aan bij de visie vanuit de positieve psychologie, welke stelt dat positieve emoties positieve effecten hebben, zoals tevens wordt gesteld in de Broaden-and-Build theorie (Fredrickson, 2001), waarbij positieve emoties onder andere sociale interacties faciliteren (Waugh & Fredrickson, 2006).

Modererende functie van emoties

Tegen verwachting in, is echter geen modererend effect van veranderingen in positieve emoties gevonden op de relatie tussen veranderingen in vermoeidheid en participatie. Dit is in contradictie met eerder onderzoek, waaruit naar voren komt dat positieve emoties een modererende functie hebben. Aangezien echter geen eerder onderzoek is gedaan waarbinnen het eventuele modererende effect van positieve emoties is onderzocht bij het verband tussen vermoeidheid en participatie, of andere vergelijkbare constructen, kan het huidige onderzoek enkel worden vergeleken met studies die om die reden wellicht niet geheel goed vergelijkbaar zijn.

Zo komt uit onderzoek van White et al. (2012) naar voren dat positieve emoties bij osteoartritis-patiënten met pijn een beschermende functie hebben, en zodoende een modererende rol kunnen spelen bij de relatie tussen pijn en beweging. In dit onderzoek zijn echter andere voorspellende constructen gemeten dan in het huidige onderzoek, waarbij ‘pijn’ wellicht niet zonder meer kan worden vergeleken met ‘vermoeidheid’. Toch zijn de constructen op bepaalde manieren wel vergelijkbaar. Zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek van Suurmeijer, Waltz, Moum, Guillemin, Van Sonderen en Briancon (2001) en Rupp, Boshuize, Jacobi, Dinant en Van den Bos (2004) dat RA-patiënten de vermoeidheid als zijnde net zo ernstig ervaren als de pijn, waarbij pijn en vermoeidheid een vergelijkbare impact hebben op de kwaliteit van leven. Daarnaast komt uit een systematische review van Nickolaus et al. (2013) naar voren dat toegenomen niveaus van pijn bij patiënten met RA veelal geassocieerd zijn met toegenomen niveaus van vermoeidheid, wat tevens een samenhang laat zien van deze twee constructen. Tevens zijn de uitkomstmaten ‘beweging’ uit onderzoek van White et al. (2012) en ‘participatie’ vanuit huidig onderzoek verschillende uitkomstmaten, welke wellicht niet zonder meer vergeleken kunnen worden. De

mate van beweging werd gemeten aan de hand van de hoeveelheid dagelijks wandelen, wat objectief meetbaar gedrag betreft. Participatie betreft echter een meer subjectief construct, omdat er niet gevraagd werd naar de feitelijke mate van participatie, maar naar de perceptie van de participant omtrent diens mate van participatie (Cardol et al., 2001) en de ervaren (belemmeringen in) participatie en autonomie onderzoekt vanuit patiëntperspectief (Bernges, Bertrand, Patelski, & Grondal, 2013). Het verschil in objectiviteit en subjectiviteit bemoeilijkt de vergelijking tussen beide uitkomstmaten. Desalniettemin bestaat er wel enige samenhang tussen 'beweging' en 'participatie'. Beweging leidt namelijk tot een toename van de fysieke conditie, wat de participatie bevordert (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015).

De huidige onderzoeksresultaten verschillen tevens van de uitkomsten uit onderzoek van Van Kessel (2014), waaruit naar voren komt dat positieve emoties een modererende functie hebben bij de positieve samenhang tussen een negatieve houding ten opzichte van het eigen verleden en depressieve symptomen, waarbij deze positieve samenhang afneemt bij mensen met een hogere mate van positieve emoties. De gemeten constructen zijn wederom verschillend van de constructen welke zijn gemeten binnen huidig onderzoek, wat een goede vergelijking bemoeilijkt.

Naast reeds beschreven verschillen tussen bovengenoemde onderzoeken van White et al. (2012), Van Kessel (2014) en het huidige onderzoek, bestaat tevens een methodologisch verschil. De eerstgenoemde onderzoeken zijn namelijk cross sectioneel van aard, en het huidige onderzoek longitudinaal. Het zou mogelijk zijn dat er binnen dit huidige onderzoek tevens een modererend effect van positieve emoties zou zijn gevonden, wanneer slechts op één moment in de tijd zou zijn gemeten, en dat dit effect zou zijn verdwenen wanneer er zou worden gekeken naar veranderingen door de tijd heen. Dit zou kunnen verklaren waarom er binnen eerstgenoemde onderzoeken wél een modererend effect is gevonden, en binnen het huidige onderzoek niet. Gesteld kan worden dat het cross sectionele karakter van de voorgaande onderzoeken een minder betrouwbaar beeld weergeeft, omdat de uitkomsten gebaseerd zijn op een momentopname waarin eventuele fluctuaties door de tijd heen niet zijn meegenomen. Het longitudinale karakter van het huidige onderzoek betreft dan ook een sterkte, aangezien de uitkomsten een meer stabiel en betrouwbaar beeld weergeven dan een cross sectionele studie, aangezien er gekeken is naar een langer verloop in de tijd, en er zodoende rekening is gehouden met eventuele fluctuaties door de tijd heen.

Het laatste onderzoek waarmee het huidige onderzoek enigszins kan worden vergeleken, is de studie van Kleijn (2015). Uit dit onderzoek komt naar voren dat positieve emoties een modererende functie hebben bij het verband tussen cliëntgerichte speltherapie en internaliserende problematiek bij kinderen, waarbij het effect van de therapie beter was naarmate er meer sprake was van positieve emoties. De onderzochte constructen zijn echter wederom zeer verschillend van de constructen uit het huidige onderzoek, wat een goede vergelijking bemoeilijkt.

Samenvattend zijn de huidige uitkomsten vergeleken met uitkomsten uit voorgaande onderzoeken, maar zijn de uitkomsten verschillend. Zo is in huidig onderzoek geen moderatie gevonden, maar in voorgaande onderzoeken wel. Dit zou verklaard kunnen worden door de inhoudelijke en methodologische verschillen tussen het huidige onderzoek en de voorgaande

onderzoeken, wat zou maken dat ze onderling slecht te vergelijken zijn. De vergelijkingen lijken in ieder geval niet te kunnen verklaren waarom er binnen dit huidige onderzoek geen moderatie is gevonden. Het zou kunnen zijn dat er werkelijk geen sprake is van moderatie, opdat dit niet is gevonden. Het longitudinale karakter van het huidige onderzoek, wat het huidige onderzoek beter en meer betrouwbaar maakt dan de andere onderzoeken, lijkt deze interpretatie te ondersteunen. Echter, de mogelijkheid kan niet worden uitgesloten dat er wellicht wél sprake is van moderatie. Om hier waarlijk uitspraak over te kunnen doen, wordt vervolgonderzoek aanbevolen.

Sterktes, zwaktes en aanbevelingen

Een discutabel punt van dit huidige onderzoek betreft, zoals reeds kort beschreven, de subjectieve aard van de onderzochte constructen. Zo betreft, zoals reeds beschreven, ‘participatie’ een subjectief construct, omdat het niet de daadwerkelijke participatie weergeeft, maar de perceptie van de participant omtrent diens mate van participatie (Cardol et al., 2001) en de ervaren (belemmeringen in) participatie en autonomie vanuit patiëntperspectief (Bernges et al., 2013). Binnen eerder onderzoek, waarmee huidig onderzoek is vergeleken, is participatie echter tevens als subjectief construct gemeten. Zo is de participatie binnen onderzoek van Repping-Wuts et al. (2008) gemeten middels de vragenlijst ‘Short-Form Health Survey (SF-36)’, waarin is gevraagd naar waargenomen belemmeringen in sociale participatie en sociale activiteiten, zoals contacten met familie en invulling van vrijetijdsbesteding. De sociale participatie in onderzoek van Benka et al. (2015) is gemeten middels de ‘Participation Scale’ voor patiënten met chronische aandoeningen, waarin moet worden aangegeven in welke mate een beperking betreffende participatie wordt ervaren, en of de patiënt in vergelijking met een gezonde populatie in diens beleving dezelfde mogelijkheden waarneemt om deel te nemen aan verschillende levenssituaties. ‘Vermoeidheid’ betreft tevens een subjectief construct, omdat het een waargenomen ervaring betreft (Franssen, Bültmann, Kant, & Van Amelsvoort, 2003; Morrison & Bennett, 2010). ‘Positieve emoties’ zijn tevens subjectief, daar deze een beleving van een individu betreffen (Fredrickson, 2001).

De subjectieve aard van de constructen brengt een uitdaging met zich mee betreffende de meetbaarheid. De gebruikte dataverzamelmethode, namelijk zelfrapportage, lijkt een discutabele methode aangezien het een hoog niveau van subjectiviteit in zich draagt, wat zodoende een methodologische zwakte uit het huidige onderzoek betreft. Vragenlijsten voor zelfrapportage kunnen leiden tot vertekening van de uitslagen, oftewel bias, waarbij de gemeten waarden een onzuivere afspiegeling van de realiteit vormen. Deze vertekening kan voortkomen vanuit een neiging tot sociale wenselijkheid of over- of onderrapportage, daar men in sommige situaties een beter dan wel slechter beeld van zichzelf wil geven (Pouwer, Van der Ploeg en Bramsen, 1998). Het zou mogelijk dus kunnen zijn dat de patiënten geen zuivere afspiegeling van hun werkelijke ervaringen hebben gegeven, wat verschillende oorzaken kan hebben. Zo komt onderzoek van Choi & Koo (2003) naar voren dat patiënten met artritis psoriatica kampen met gevoelens zoals schaamte, wat bijvoorbeeld zou kunnen leiden tot een bepaalde mate van onderrapportage van klachten. Aan de andere kant blijkt uit onderzoek van Kool, Van Middendorp,

Boeije en Geenen (2009) dat patiënten met een reumatische aandoening onbegrip kunnen ervaren vanuit onder andere hun sociale omgeving en de medische wereld, waarbij bijvoorbeeld de conditie van de patiënt niet wordt erkend, de patiënt niet serieus wordt genomen en de patiënt niet wordt gesteund. Dit zou juist kunnen leiden tot een bepaalde mate van overrapportage van klachten. Er zijn dus mogelijk verschillende factoren welke de rapportage negatief kunnen beïnvloeden.

Nog een andere mogelijke vertekening van de werkelijkheid kan komen door de mate waarin belevingen bewust toegankelijk zijn, daar mensen niet alleen datgene zullen vertellen wat zij willen vertellen, maar ook enkel datgene wat zij kunnen vertellen (Nisbett & Wilson, 1977). Zo schrijven Schaufeli en Houtman (2000) dat zelfrapportage misschien niet de juiste manier is om vermoeidheid te meten, omdat vermoeidheid niet per sé direct geheel voor de betrokkene toegankelijk is. Een ander probleem omtrent de vertekening van de werkelijkheid betreft de invloed van ziektebeleving. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld meer aandacht gaat besteden aan diens aandoening, kan een vertekend beeld ontstaan, wat ertoe kan leiden dat klachten zoals vermoeidheid vaker en als zijnde ernstiger kunnen worden ervaren (Morrison & Bennett, 2010). Verder schrijven Ferrer, Grenen en Taber (2015) betreffende het identificeren en labelen van emotionele staten, dat individuen hierbij moeilijkheden ervaren. Zelfgerapporteerde emotionele staten corresponderen hierbij niet altijd met andere indicaties van emotie, zoals fysiologische opwindings- en gezichtsuitdrukkingen. Mogelijkerwijs komen de zelfgerapporteerde niveaus van positieve emoties dus niet overeen met de waarlijke niveaus. Onduidelijk is wat de meest betrouwbare manier is om de waarlijke niveaus van positieve emoties te kunnen meten.

Hoewel het meten van subjectieve constructen door verschillende redenen voor problemen kan zorgen, zijn deze constructen wel degelijk van belang om te meten. De gemeten constructen sluiten namelijk aan bij verschillende componenten van welbevinden, te weten emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden, waaraan vanuit de positieve psychologie veel belang wordt gehecht aangezien dit onderdeel uitmaakt van de geestelijke gezondheid (Bohlmeijer, Westerhof, Bolier, Steeneveld, Geurts, & Walburg, 2013). Zo sluit het construct ‘participatie’ bijvoorbeeld onder andere aan bij verschillende facetten van het domein ‘sociaal welbevinden’, zoals ‘sociale integratie’, ‘sociale contributie’, ‘sociale participatie’ en ‘sociale contacten’. Tevens sluit het aan bij verschillende facetten van het domein ‘psychologisch welbevinden’, zoals ‘positieve relaties’, ‘autonomie’, ‘zelfacceptatie’ en ‘omgevingsbeheersing’. Daarnaast sluit het construct ‘positieve emoties’ aan bij het facet ‘de aanwezigheid van positieve gevoelens’ behorende bij het construct ‘emotioneel welbevinden’. Tot slot sluit het construct ‘vermoeidheid’ aan bij het facet ‘zelfacceptatie’ van het domein ‘psychologisch welbevinden’, en bij het facet ‘gevoelens van tevredenheid met het eigen leven’ van het domein ‘emotioneel welbevinden’. De subjectieve constructen, alsook het meten ervan, zijn dus wel degelijk van belang, waarbij het een uitdaging is om dit op een zo goed mogelijke manier te meten.

Hoewel zelfrapportage een discutabele meetmethode is gebleken, laat voorgaand onderzoek zien dat de gebruikte vragenlijsten over goede psychometrische eigenschappen beschikken. Zo is de vragenlijst voor vermoeidheid (VAS) geschikt gebleken om de mate van

vermoeidheid te meten, waarbij deze vragenlijst bestaande uit slechts een item even goed presteert als langere vragenlijsten en patiënten bovendien de voorkeur geven aan deze kortheid (Nicklin, Cramp, Kirwan, Greenwood, Urban, & Hewletti, 2010; Wolfe, 2004). De vragenlijst voor positieve emoties (PANAS) wordt tevens beschouwd als een betrouwbare, valide, nauwkeurige en efficiënte vragenlijst, met een goede constructvaliditeit (Watson et al., 1988; Crawford en Henry, 2004; Thompson, 2007). Ook de vragenlijst voor participatie (IPA) beschikt over goede psychometrische eigenschappen en kan worden beschouwd als een betrouwbare en valide vragenlijst (Cardol et al., 2001). Tevens is de IPA zeer geschikt voor deze doelgroep, aangezien de vragenlijst zich focust op autonomie en participatie bij mensen met chronische ziektes (Cardol et al. 2001) en is gevalideerd voor personen vanaf 18 jaar met verschillende chronische gezondheidsproblemen, zoals reuma (Bernges et al., 2013).

Een ander sterk punt van huidig onderzoek betreft de wijd gescoorde range betreffende alle drie de variabelen, wat differentiatie goed mogelijk maakt. Zo hebben participanten betreffende zowel vermoeidheid, participatie als positieve emoties vrijwel geheel tussen het minimum en maximum gescoord, wat aangeeft dat er veel verscheidenheid binnen de steekproef aanwezig is. Dit komt de moderatieanalyse dan ook zeer ten goede, aangezien op deze manier het eventuele modererende effect, welke intreedt bij hogere waarden van vermoeidheid, zichtbaar kan worden gemaakt. Dit punt in ogenschouw nemend zou gesteld kunnen worden dat, aangezien er geen modererend effect is gevonden, deze waarschijnlijk ook niet aanwezig is.

Een laatste discussiepunt betreft het gegeven dat er getracht is om uitspraak te doen over de invloed van emoties, terwijl binnen het huidige onderzoek geen sprake is van een experiment waarin emoties zijn geïnduceerd, wat maakt dat eventuele uitspraken betreffende de invloed van emoties met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Zodoende wordt aanbevolen om in vervolgonderzoek gebruik te maken van een experimentele setting met emotie-inductiemethoden. Middels gebruikmaking van een voormeting en nametingen kan een meer betrouwbare uitspraak worden gedaan over de beschermende functie van positieve emoties bij het negatieve verband tussen vermoeidheid en participatie. Vanwege validiteitsbedreigingen ten aanzien van de veelgebruikte methode ‘the International Affective Picture System (IAPS)’ (Colden, Bruder, & Manstead, 2008; Schneider, Veenstra, Van Harreveld, Schwarz, & Koole, 2016) en gebruikmaking van video (Ferrer, Grenen en Taber, 2015), wordt aanbevolen om emoties te induceren middels het schrijven van een toekomstbrief. Bij deze methode, die vanuit de narratieve psychologie komt, verbeeldt men zich een positieve toekomst en schrijft hierover. Onderzoek laat zien dat, door het verbeelden en beschrijven van een positieve gebeurtenis in de toekomst, positieve emoties worden opgeroepen (Holmes & Mathews, 2010; Berntsen & Bohn, 2010; Meevissen, Peters & Alberts, 2011). Voordelig aan deze methode is dat er rekening gehouden wordt met de individualiteit van alle participanten, aangezien participanten zich niet binnen bestaande kaders hoeven te voegen. Daarnaast verhoogt deze methode de ecologische validiteit, aangezien emoties tijdens het schrijven op een hele natuurlijke manier ontstaan, waardoor de emoties die binnen het onderzoek worden ervaren waarschijnlijk in grote mate overeen zullen komen met de emoties in het dagelijkse leven. Een kanttekening bij deze methode is echter dat, aangezien bij ontstekingsreuma

veel klachten en een verminderde kwaliteit van leven voor veel patiënten blijvend zijn (Arends et al., 2013), sommige patiënten wellicht moeilijk in staat zijn om een positief toekomstbeeld te kunnen oproepen. Om hier meer uitspraak over te kunnen doen, is echter nader onderzoek nodig.

Conclusie

Alle reeds beschreven punten in ogenschouw nemend, kan concluderend gesteld worden dat er geen sprake lijkt te zijn van een modererende functie van veranderingen in positieve emoties bij het negatieve verband tussen veranderingen in vermoeidheid en participatie. Echter, aangezien het huidige onderzoek geen experiment betreft, wordt aanbevolen om in vervolgonderzoek gebruik te maken van een experimentele setting met emotie-inductie-methoden, waarbij het schrijven van een toekomstbrief wordt aanbevolen. Zodoende kunnen meer betrouwbare uitspraken worden gedaan over de waarlijke invloed van positieve emoties bij het negatieve verband tussen vermoeidheid en participatie. Desalniettemin heeft het huidige onderzoek reeds een bijdrage geleverd aan inzicht en theorievorming.

REFERENTIES

- Arends, R. Y., Bode, C., Taal, E., & Van de Laar, M. J. (2013). The role of goal management for successful adaptation to arthritis. *Patient Education And Counseling*, 93(1), 130-138. doi:10.1016/j.pec.2013.04.022
- Benka, J., Naggyova, I., Rosenberger, J., Macejova, Z., Lazurova, I., Van der Klink, J. L. L., Groothoff, J. W., & Van dijk, J. P. (2015). Social participation in early and established rheumatoid arthritis patients. *Disability and Rehabilitation*, 38(12), 1172-1179.
- Berges, I. M., Seale, G. S., & Ostir, G. V. (2012). The role of positive affect on social participation following stroke. *Disability and rehabilitation*, 34(25), 2119-2123. doi:10.3109/09638288.2012.673684
- Bernard, P., Romain, A.J., Caudroit, J., Chevance, G., Carayol, M., Gurlan, M., Dancause, K., & Moullec, G. (2018). Cognitive Behavioral Therapy combined with physical exercise for depression, anxiety, fatigue and pain in adults with chronic diseases: systematic review and meta-analysis. *Health Psychology*, 37(5), 433-450. doi:10.1037/hea0000578
- Bernges, E., Bertrand, M., Patelski, L., & Grondal, J. (2013). *Impact op Participatie en Autonomie (IPA): uitgebreide toelichting van het meetinstrument*. Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- Bijlsma, J. W. J., Geusens, P. P. M. M., Kallenberg, C. G. M., & Tak, P. P. (2004). *Reumatologie en klinische immunologie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bode, C., & Taal, E. (2015). Rheumatoid Arthritis: Psychosocial Aspects. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (pp. 655-659). Elsevier. doi:10.1016/B978-0-08-097086-8.14122-4
- Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M., & Walburg, J. A. (2013). Over de betekenis van de positieve psychologie: Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? *Psycholoog*, 2013(nov 2013), 49-59.
- Cardol (2005). Vragenlijst 'Impact op Participatie en Autonomie' (IPA) Handleiding. Verkregen op 3 april 2018 via file:///C:/Users/Downloads/handleiding_vragenlijstIPA.pdf
- 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. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(2), 210-216. doi:10.1053/apmr.2001.18218
- Cardol, M., De Haan, R. J., Van den Bos, G. A. M., De Jong, B. A., & De Groot, I. J. M. (1999). The development of a handicap assessment questionnaire: the Impact on Participation and Autonomy (IPA). *Clinical Rehabilitation*, 13(5), 411-419. doi:10.1191/026921599668601325
- Cardol, M., de Jong, B. A., van den Bos, G. A., Beelen, A., de Groot, I. J., & de Haan, R. J. (2002). Beyond disability: Perceived participation in people with a chronic disabling condition. *Clinical Rehabilitation*, 16(1), 27-35. doi:10.1191/0269215502cr464oa
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A. & Conway, A. M. (2009). Happiness Unpacked: Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resilience. *American Psychology Association*. 9(3), 361-368.

- Conijn, N. F. L. (2017). De behandeling & diagnose van artritis psoriatica: een samenwerking tussen de reumatoloog en de dermatoloog. *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie*, 27(1), 4-6.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 245-265.
doi:10.1348/0144665031752934
- Choi, J., & Koo, J.Y.M. (2003). Quality of life issues in psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*; 49(2); 57-61.
- Davis, M. C., Okun, M. A., Kruszewski, D., Zautra, A. J., & Tennen, H. (2010). Sex Differences in the Relations of Positive and Negative Daily Events and Fatigue in Adults With Rheumatoid Arthritis. *The Journal of Pain*, 11(12), 1338-1347.
- De Croon, E.M., Sluiter, J.K., Nijssen, T.F., Kammeijer, M., et al., 2005. Work ability of Dutch employees with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 34(4), 277–283.
- DeLuca (2005). *Fatigue as a window to the brain*. Cambridge: MIT Press.
- Dures, E., Kitchen, K., Almeida, C., Ambler, N., Cliss, A., Hammond, A., Knops, B., Morris, M., Swinkels, A., & Hewlett, S. (2012). “They Didn’t Tell Us, They Made Us Work It Out Ourselves”: Patient Perspectives of a Cognitive–Behavioral Program for Rheumatoid Arthritis Fatigue. *Arthritis Care & Research*, 64(4), 494–501.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- Franssen, P. M. L., Bültmann, U., Kant, I., Van Amelsvoort, L. G. P. M. (2003). The association between chronic diseases and fatigue in the working population. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 339-344. doi:10.1016/S0022-3999(02)00395-1
- Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319. doi:10.1037/1089-2680.2.3.300
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. doi:10.1037/0003-066X.56.3.218
- Fredrickson, B. L. (2003). The Value of Positive Emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it’s good to feel good. *American scientist*, 91(4), 330-335.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367–1378.
<http://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512>
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 95(5), 1045-1062. doi:10.1037/a0013262
- Fredrickson, B. L. (2013). Positive Emotions Broaden and Build. *Advances in Experimental Social Psychology*, 47, 1-53.
- Garland, E., & Fredrickson, B. (2010). Upward spirals of positive emotions counter

- downward spirals of negativity: Insights from the Broaden-Build Theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 849-864.
- Geenen, R., Van Middendorp, H. & Bossema, E. R. (2008). De psychische kant van reuma. *Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie*, 4, 53-55.
- Gleitman, H., Gross, J. & Reisberg, D. (2011). *Psychology*. New York/London: W.W. Norton & Company.
- Gris, G., Merlos, M., Vela, J. M., Zamanillo, D., & Portillo-Salido, E. (2014). S1RA, a selective sigma-1 receptor antagonist, inhibits inflammatory pain in the carrageenan and complete Freund's adjuvant models in mice. *Behavioural Pharmacology*, 25, 226–235.
- Gruszczyńska, E. & Knoll, N. (2015). Meaning-focused coping, pain, and affect: a diary study of hospitalized women with rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, 24(12), 2873–2883.
- Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Whiteneck, G., Bogner, J., & Rodriguez, E. (2008). What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 30(19), 1445–1460.
- Hawker, G. A., Gignac, M. A. M., Badley, E., Davis, A. M., French, M. R., Li, Y., Perruccio, A. V., Power, J. D., Sale, J., & Lou, W. (2011). A Longitudinal Study to Explain the Pain-Depression Link in Older Adults With Osteoarthritis. *Arthritis Care & Research* 63(10), 1382-1390. doi:10.1002/acr.20298
- Hegarty, R. S. M., Conner, T. S., Stebbings, S., & Treharne, G. J. (2015). Feel the fatigue and be active anyway: Physical activity on high-fatigue days protects adults with arthritis from decrements in same-day positive mood. *Arthritis Care and Research*, 67(9), 1230–1236. doi:10.1002/acr.22582
- Hegarty, R. S. M., Treharne, G. J., Stebbings, S., & Conner, T. S. (2016). Fatigue and Mood Among People With Arthritis: Carry-Over Across the Day. *Health Psychology*, 35(5), 492-499. doi:10.1037/hea0000321
- Hewlett, S., Kirwan, J., Bode, C., Cramp, F., Carmna, L., Dures, E., Englbrecht, M., Fransen, J., Greenwood, R., Hagel, S., Van de Laar, M., Molto, A., Nicklin, J., Peterson, I. F., Redondo, M., Schett, G., & Gossec, L. (2018). The revised Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue measures and the Rheumatoid Arthritis Impact of Disease scale: validation in six countries. *Rheumatology*, 57(2), 300–308. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kex370>
- Hewlett, S., Chalder, T., Choy, E., Cramp, F., Davis, B., Dures, E., Nicholls, C., & Kirwan, J. (2011). Fatigue in rheumatoid arthritis: Time for a conceptual model. *Rheumatology*, 50(6), 1004 –1006. doi:10.1093/rheumatology/keq282
- Kessel, van, F. (2014). *De Relatie tussen een Negatief Verleden Tijdspectief en Depressieve symptomen: het Modererende Effect van Positief Affect*. Gevonden op 19 juni 2018 via https://www.researchgate.net/publication/270506436_De_Relatie_tussen_een_Negatief_Verleden_Tijdspectief_en_Depressieve_symptomen_het_Modererende_Effect_van_Positief_Affect.
- Khanna, D., Pope, J., Khanna, P. P., Maloney, M., Samedi, N., Norrie, D., Ouimet, G., & Hays, R. D. (2011). The Minimally Important Difference for the Fatigue Visual Analog Scale in Patients with Rheumatoid Arthritis followed in an Academic Clinical Practice. *Journal of Rheumatology*, 35(12), 2339-2343. doi:10.3899/jrheum.080375

- Kleijn T., S., D. (2015). *Het Effect van Cliëntgerichte Speltherapie op Internaliserende Problematiek bij Kinderen: Affect als Moderator*. Gevonden op 20 juni 2018 via https://dspace.ou.nl/bitstream/1820/6729/1/KLIN_Kleijn.pdf
- Koch, L., Jansen, L., Herrmann, A., Stegmaier, C., Holleczer, B., Singer, S., Brenner, H., & Arndt, V. (2013). Quality of life in long-term breast cancer survivors - a 10-year longitudinal population-based study. *Acta Oncologica*, 52(6), 1119-1128. doi:10.3109/0284186X.2013.774461
- Kool, M. B., Middendorp, H. van, Boeije, H. R., & Geenen, R. (2009). Understanding the lack of understanding: Invalidation from the perspective of the patient with fibromyalgia. *Arthritis Care and Research*, 61(12), 1650-1656.
- Krol, B., Sanderma, R., & Suurmeijer, T. P. (1993). Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concepts, measurement and research. *Patient Education and Counseling*, 20(2), 101- 120.
- Lamers, S. M. A. (2012). *Positive mental health: Measurement, Relevance and Implications*. Enschede, the Netherlands: University of Twente.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2010). *Gezondheidspsychologie*. Groningen: Pearson.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2015). *Reumatoïde artritis en participatie in arbeid – Richtlijn*. Gevonden op 1 juni 2018 via <https://www.nhg.org/gsearch/Reumato%25C3%25AFde%2Bartritis%2Ben%2Bparticipatie%2Bin%2Barbeid%2B>
- Nicklin, J., Cramp, F., Kirwan, J., Greenwood, R., Urban, M., & Hewletti, S. (2010). Measuring Fatigue in Rheumatoid Arthritis: A Cross-Sectional Study to Evaluate the Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Multi-Dimensional Questionnaire, Visual Analog Scales, and Numerical Rating Scales. *Arthritis Care & Research. American College of Rheumatology*, 62(11), 1559-1568.
- Nikolaus, S., Bode, C., & Taal, E., & Van de Laar, M. A. F. J. (2010). New insights into the experience of fatigue among patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69, 895-897.
- Nikolaus, S., Bode, C., & Taal, E., & Van de Laar, M. A. F. J. (2013). Fatigue and Factors Related to Fatigue in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. *Arthritis Care & Research*, 65(7), 1019-1206.
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on Mental processes. *Psychological Review*, 84, 231-259.
- Nivel (2016). *Reumatische aandoeningen in Nederland*. Verkregen op 17 maart 2018 via https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_Reumatische_aandoeningen_nederland.pdf
- Ostir, G. V., Smith, P. M., Smith, D., & Ottenbacher, K. J. (2005). Reliability of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) in medical rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 19(7), 767-769. doi:10.1191/0269215505cr894oa
- Parrish, B. P., Zautra, A. J., & Davis, M. C. (2008). The role of positive and negative interpersonal events on daily fatigue in women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and osteoarthritis. *Health Psychology*, 27(6), 694-702.
- Pollard, L. C., Choy, E. H., Gonzalez, J., Khoshaba, B., & Scott, D. L. (2006). Fatigue in

- rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. *Rheumatology*, 45(7), 885-889. doi:10.1093/rheumatology/kel021
- Pollard, L., Choy, E. H., & Scott, D. L. (2005). The consequences of rheumatoid arthritis: quality of life measures in the individual patient. *Clinical and experimental rheumatology*, 23(5), 43.
- Pouwer, F., van der Ploeg, H. M., & Bramsen, I. (1998). Dwalingen in de methodologie. II. Bias door vragenlijsten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142(27), 1556-1558.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological bulletin*, 131(6), 925-971. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.925>
- Reumafonds (2017). *Omgaan met klachten*. Verkregen op 26 februari 2018 via <http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/patienten/dagelijks-leven/omgaan-met/omgaan-met-klachten/omgaan-met-vermoeidheid/aandacht-vragen-voor-vermoeidheid>
- Repping-Wuts, H., Uitterhoeve, R., Van Riel, P., & Van Achterberg, T. (2008). Fatigue as experienced by patients with rheumatoid arthritis (RA): A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 995-1002
- Rupp, I., Boshuize, H.C., Jacobi, C.E., Dinant, H.J., & Van den Bos, G.A. (2004). Impact of fatigue on health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 51, 578-85.
- Suurmeijer, T.P., Waltz, M., Moum, T., Guillemin, F., Van Sonderen, F.L., & Briancon, S., (2001). Quality of life profiles in the first years of rheumatoid arthritis: results from the EURIDISS longitudinal study. *Arthritis Rheum*, 45, 111-21.
- Seidel, T. & Krapp, A. (2014). *Pedagogische Psychologie*. 6^e edition, Beltz Verlag: Weinheim, p. 196
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14
- Siahpush, M., Spittal, M., & Singh, G. K. (2008). Happiness and Life Satisfaction Prospectively Predict Self-Rated Health, Physical Health, and the Presence of Limiting, Long-Term Health Conditions. *American Journal of Health Promotion*, 23(1), 18-26.
- Smith, E. E., & Kosslyn S. M., (2007). *Cognitive psychology: mind and brain*. Amsterdam: Pearson.
- Strand, E. B., Zautra, A. J., Thoresen, M., Ødegård, S., Uhlig, T., & Finset, A. (2006). Positive affect as a factor of resilience in the pain - negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(5), 477-484. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.08.010
- Thompson, E. R. (2007). Development and Validation of an Internationally Reliable Short-Form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38(2), 227-242. doi:10.1177/0022022106297301
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Barrett, L. F. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal Of Personality*, 72(6), 1161-1190. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x
- UMC Utrecht. (2018). *Reuma*. Verkregen op 28 februari 2018 via <http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Ziekte/Reuma>
- Ursum, J., Korevaar, J. C., Twisk, J. W. R., Peters, M. J. L., Schellevis, F. G., Nurmohamed,

- M. T., & Nielen, M. M. J. (2013). Prevalence of chronic diseases at the onset of inflammatory arthritis: a population-based study. *Family Practice*, 30(6), 615-620. doi:10.1093/fampra/cmt037
- Van Baardewijk, L. & Rutten, M. (2017). Radiologische evaluatie van artritis. *MemoRad*, 22(1), 34-37.
- Walker, J., Jackson, H., & Littlejohn, G. (2004). Models of adjustment to chronic illness: using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Review* 24, 461-488.
- Watson, D. W., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Waugh, C. E., Fredrickson, B. L., & Taylor, S. F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of Research in Personality*, 42(4), 1031–1046.
- White, D. K., Keysor, J. J., Neogi, T., Felson, D. T., LaValley, M., Gross, K. D., Niu, J., Nevitt, M., Lewis, C. E., Torner, J., & Fredman, L. (2012). When it hurts, a positive attitude may help: The association of positive affect with daily walking in knee OA: the MOST Study. *Arthritis Care & Research*, 64(9), 1312-1319. doi:10.1002/acr.21694
- Wolfe, F. (2004). Fatigue assessments in rheumatoid arthritis: comparative performance of visual analog scales and longer fatigue questionnaires in 7760 patients. *The Journal of Rheumatology*, 31(10), 1896-1902.
- Zautra, A. J., Fasman, R., Parish, B. P., & Davis, M. C. (2007). Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Pain*, 128(1-2), 128-135. doi:10.1016/j.pain.2006.09.004
- Zautra, A. J., Burleson, M. H., Smith, C. A., Blalock, S. J., Wallston, K. A., De Vellis, R. F., DeVellis, B. M., & Smith, T. W. (1995). Arthritis and perceptions of quality of life: An examination of positive and negative affect in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 14(5), 399-408.
- Zoer, I., Hoving, J., Van der Meer, M., Van der Straaten, Y, Logtenberg, C., Kraak-Put, S., De Vries, N., Tak, P. P., Sluiter, J., & Frings-Dresen, M. (2013). Reuma@work. Haalbaarheid van e-healthinterventie om werkfunctioneren te verbeteren. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 21(3), 111-116.

BIJLAGEN

Bijlage 1: gehele vragenlijst

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/



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Anonimiteit

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

Wat is uw patiëntnummer?

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

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

Wat is uw emailadres?

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

Wat is uw telefoonnummer?

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

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

1. Op welke datum vult u deze vragenlijst in?

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

2. Wat is uw geboortedatum?

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

3. Wat is uw geslacht?

- ☐ man
☐ vrouw

4. Wat is uw burgerlijke staat?

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

5. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

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

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

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

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

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

--	--	--	--

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Bezigheden en taken in en om het huis

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

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

Geldebesteding

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Sociale contacten en relaties

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

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

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

Anderen helpen of steunen

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Betaald werk of vrijwilligerswerk

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

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

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Onderwijs, cursussen en opleiding

De volgende vraag gaat over de invloed van uw gezondheid of beperking op de mogelijkheid om de opleiding of cursus van uw keuze te (blijven) volgen. Wanneer u niet de wens heeft om een opleiding of cursus te volgen, vult u 'niet van toepassing' in.

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	Zeer goed
20) De mogelijkheid om de opleiding of cursus van mijn keuze te (blijven) volgen, is:	☐	☐	☐	☐	☐
Niet van toepassing:	☐				

Mobiliteit: gaan en staan waar en wanneer u wilt

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

Samenvattend

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

	Slecht	Matig	Redelijk	Goed	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 |



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

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

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

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

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



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

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

- 2) Geef op onderstaande lijn uw mate van vermoeidheid aan, gemiddeld genomen over de afgelopen 7 dagen.
Wilt u dit aangeven door een verticaal streepje (|) te zetten op onderstaande lijn?

geen
vermoeid- _____ **totaal uitgeput**
heid

- 3) Geef op onderstaande lijn aan hoeveel effect vermoeidheid de afgelopen 7 dagen op uw leven heeft gehad.
Wilt u dit aangeven door een verticaal streepje (|) te zetten op onderstaande lijn?

geen effect _____ **heel veel effect**

- 4) Geef op onderstaande lijn aan hoe goed u de laatste 7 dagen met vermoeidheid bent omgegaan.
Wilt u dit aangeven door een verticaal streepje (|) te zetten op onderstaande lijn?

helemaal _____ **zeer goed**
niet goed



Leven met reuma en het aanpassen van belangrijke persoonlijke doelen

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

- ☐ Infectieziekten (bijv. ziekte van lyme, malaria, hepatitis, AIDS/HIV)
- ☐ Kwaadaardige aandoening of kanker
- ☐ Bloedziekte of aandoening afweersysteem (bijv. stollingsstoornis, sikkelcelanemie)
- ☐ Stofwisselingsaandoening (bijv. diabetes, aandoening aan de (bij)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 antwoordenvolp?

Vriendelijke groet,

Roos Arends

