

Illness Perception Questionnaire (IPQ-r) 'causes'

R. Moss-Morris, J. Weinman, K.J. Petrie, R. Horne, L.D. Cameron & D. Buick (Psychology and Health, 2002)

Aangepast voor gebruik in het kader van 'Grip op Klachten' (www.gripopklachten.nl, 2016)

Instructie

We willen graag weten wat **volgens u** de oorzaak van uw lichamelijke klachten zou kunnen zijn. Omdat mensen hier heel verschillend over denken, is er geen goed of fout antwoord te geven op deze vraag. Wij zijn meer geïnteresseerd in wat u **zelf** denkt dan in wat anderen (zoals artsen of familie) u misschien hebben verteld. Geef aan in hoeverre u de volgende 18 factoren als oorzaak van uw lichamelijke klachten ziet.

	helemaal niet van toepassing	een beetje van toepassing	enigszins van toepassing	behoorlijk van toepassing	heel erg van toepassing
1. Stress of zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erfelijk / zit in de familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Een bacil of virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dieet of eetgewoonten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Toeval of pech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Slechte medische behandeling in het verleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Milieuverontreiniging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mijn eigen gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mijn mentale instelling, bijvoorbeeld het feit dat ik negatief over mijn leven denk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Gezinsproblemen of zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Doordat ik te hard gewerkt heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mijn emotionele toestand, bijvoorbeeld het feit dat ik me depressief, eenzaam, bezorgd, leeg voel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Het ouder worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ongeval of verwonding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mijn persoonlijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Verminderde weerstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>