



Universiteit Utrecht

De invloed van humor en *monitoring-blunting* op welbevinden bij gezonde ouderen en hartpatiënten

Universiteit Utrecht

Masterthesis Klinische- en Gezondheidspsychologie

September 2009 - Februari 2010

Student: I. Boon

Studentnummer: 3158640

Supervisor: drs. S. Doosje

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis over de invloed van humor en *monitoring-blunting* op de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden. Het was enerverend om naast de vaak heftige en negatieve onderwerpen uit de klinische psychologie, een onderzoek naar een positief onderwerp uit de gezondheidspsychologie te mogen doen.

Het uitvoeren van het onderzoek bij gezonde ouderen bij stichting SWOH was zeer inspirerend door de verscheidene activiteiten en de directe contacten met de ouderen. De samenwerking met de medewerkers van stichting SWOH is zeer prettig verlopen. Hiervoor wil ik dan ook speciaal mevr. W. Lageveen, directeur, en mevr. C. Bransen, sociaal-cultureel werkster, bedanken.

In de begeleiding bij het schrijven van mijn masterthesis wil ik drs. Sibe Doosje bedanken. Zijn feedback gericht op het ontwikkelen van mijn onderzoeksvaardigheden heb ik als zeer leerzaam ervaren. Mijn vertrouwen in mijzelf als onderzoekster is vergroot door zijn opbouwende feedback.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van data die Rozemarijn Bijlsma eerder bij hartpatiënten heeft verzameld. Ik ben haar dankbaar voor de bijdrage aan het tot stand komen van dit onderzoek. Verder wil ik Nancy Bos bedanken voor de intensieve en prettige samenwerking bij het uitvoeren van het onderzoek.

Ten slotte wil ik graag de ouderen die hebben deelgenomen bedanken voor hun inspanningen en medewerking aan dit onderzoek.

Abstract

Cardiac disease is an important cause of death and has the effect of cardiac patients show a decrease in wellbeing compared to healthy elderly. Waiting for a cardiac surgery leads to stress, which affects wellbeing. Person variables affect the degree of perceived stress. In the present study two person variables were studied, namely humor and monitoring-blunting. The study involved 178 participants ($M = 66.4$, $SD = 10.9$). Five questionnaires were used; HADS, HSQ, HCL, relaxation questionnaire and the TMSI. It was hypothesized that cardiac patients would show a decrease in wellbeing compared to healthy people. Furthermore, a self-defeating humor style would be associated with a lower wellbeing and self-enhancing or affiliative style of humor with a higher wellbeing. It was expected that monitoring would lead to a lower wellbeing and blunting to a higher wellbeing. Finally, it was expected that both person variables might play a role in the relationship between health status and wellbeing. It can be concluded that cardiac patients show a lower wellbeing compared to healthy elderly. The humor styles and blunting were of influence on wellbeing. In the relationship between health status and wellbeing, humor styles as well as blunting coping style play a role.

Samenvatting

Hartziekten zijn belangrijke doodsoorzaken en hebben tot gevolg dat hartpatiënten een lager welbevinden ervaren dan gezonde ouderen. Het wachten op een hartoperatie leidt tot stress, wat van invloed is op het welbevinden. Persoonsvariabelen hebben invloed op de mate van ervaren stress. In het huidige onderzoek is gekeken naar twee persoonsvariabelen, namelijk humor en *monitoring-blunting*. Aan het onderzoek namen 178 participanten ($M = 66,4$, $SD = 10,9$) deel. Vijf vragenlijsten werden afgenomen, namelijk de HADS, HSQ, HCL, Ontspanningsvragenlijst en de TMSI. Er werd verwacht dat hartpatiënten een lager welbevinden zouden hebben dan gezonde mensen. Verder zou een zelfdestructieve humorstijl geassocieerd zijn met een lager welbevinden en een verbindende of zelfbevestigende humorstijl met een hoger welbevinden. Ook werd verwacht dat *monitoring* zou leiden tot een lager welbevinden en *blunting* tot een hoger welbevinden. Ten slotte werd verwacht dat beide persoonsvariabelen een rol zouden spelen bij de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden. Geconcludeerd kan worden dat hartpatiënten een lager welbevinden hebben dan gezonde ouderen. De humorstijlen en *blunting* zijn van invloed op het welbevinden. In de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden spelen zowel de humorstijlen als de *blunting* copingstijl een rol.

Inleiding

Hartziekten behoren tot de belangrijkste doodsoorzaken in Nederland, één op de drie mensen overlijdt aan deze ziekte. Van de meest voorkomende chronische ziekten hebben hartziekten de grootste impact op het welbevinden (Stewart et al., 1989).

Naast gezondheidsstatus is de mate van ervaren stress van invloed op het welbevinden (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). Er is gevonden dat hartpatiënten die op een wachtlijst staan voor een hartoperatie, een lager welbevinden hebben door de invloed van stress. Zo blijkt de hartoperatie zelf zeer stressvol te zijn (Hackett & Cassem, 1975; Pancheri et al., 1978). Ook ontstaat er stress door de attributies die patiënten toekennen aan de operatie, namelijk dat deze van levensbelang is (Fontana, Kerns, Rosenberg & Colonese, 1989; Hackett & Cassem, 1975).

Persoonsvariabelen hebben op hun beurt weer invloed op de hoeveelheid stress die ervaren wordt bij een stressvolle gebeurtenis, zoals een hartoperatie. Er is bijvoorbeeld veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen type D persoonlijkheid en de hoeveelheid ervaren stress en welbevinden (Pelle, 2009). Zo is bekend dat type D persoonlijkheid een voorspeller is van een lager welbevinden (Denollet, Vaes & Brutsaert, 2000). Er is minder onderzoek gedaan naar andere persoonsvariabelen die de hoeveelheid ervaren stress en het welbevinden beïnvloeden. In deze studie wordt gekeken of bepaalde persoonsvariabelen van invloed zijn op de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden.

De eerste persoonsvariabele waarnaar gekeken wordt in deze studie is humor. Uit onderzoek is gebleken dat humor een positieve invloed heeft op de hoeveelheid ervaren stress (Martin, 2001). Zo is bewezen dat meer gevoel voor humor zorgt voor meer positieve cognitieve evaluaties van stressvolle gebeurtenissen (Kuiper, Grimshaw, Leite & Kirsh, 2004) en voor versterking van het sociale netwerk. Deze zorgen vervolgens voor lagere stressniveaus, wat een positief effect heeft op het welbevinden (Martin, 2001).

Humor is vanuit psychologisch perspectief een breed concept, dat theoretisch en operationeel op verschillende manieren gedefinieerd kan worden. De definitie van humor bevat zowel cognitieve, emotionele, gedragsmatige, psychofysiologische als sociale aspecten. Verder kan de term gebruikt worden om te refereren naar een stimulus, een mentaal proces of een respons (Martin, 2001). Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray & Weir (2003) hebben onderzoek gedaan naar individuele verschillen in humor. Deze auteurs beschrijven vier verschillende humorstijlen. Zelfbevestigende humor houdt een humoristische kijk op de wereld in, zelfs onder bedreigende omstandigheden. Deze humorstijl wordt gebruikt om stress te reguleren op

een manier die het individu zelf en anderen niet beschadigt. Verbindende humor wordt gebruikt om relaties met anderen te faciliteren. Individuen die gebruik maken van deze humorstijl vertellen grappige dingen om anderen te amuseren, om verhoudingen te vergemakkelijken en intermenselijke spanningen te verminderen. Zelfdestructieve humor bevat kleinerende en cynische humor. Deze humorstijl wordt gebruikt om banden te versterken ten koste van het eigen individu. Agressieve humor heeft betrekking op het gebruik van sarcasme, spot en geplaag. Deze humorstijl is bedoeld om anderen te manipuleren, bekritisieren of kleineren ten gunste van het eigen individu (Martin et al., 2003). Het is belangrijk om een expliciet onderscheid te maken tussen de verschillende humorstijlen vanwege de uiteenlopende effecten op het welbevinden. De studies van Kuiper en collega's (2004) en Martin en collega's (2003) laten zien dat de verbindende humorstijl en zelfbevestigende humorstijl gerelateerd zijn aan een hoog welbevinden. In tegenstelling hiermee wordt de zelfdestructieve humorstijl geassocieerd met een laag welbevinden. Voor de agressieve humorstijl is geen relatie met welbevinden gevonden. Clark, Seidler en Miller (2001) hebben een onderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen gevoel voor humor en welbevinden bij hartpatiënten en hun gezonde familieleden. In dit onderzoek zijn de reacties van hartpatiënten en hun familieleden gemeten op vragenlijsten voor situationele humor. De uitkomst van het onderzoek was dat mensen met een hartziekte minder geneigd zijn om te lachen in reactie op alledaagse situaties in het dagelijks leven.

Als tweede persoonsvariabele wordt er gekeken naar *monitoring-blunting* copingstijl. Coping verwijst naar cognitieve- en gedragstechnieken om een stressvolle situatie te beheersen, verminderen of tolereren (Folkman & Lazarus, 1980). *Monitoring-blunting* is een copingstijl die individuen categoriseert in *monitors* en *blunters*. Dit wordt gedaan op basis van de omgang met informatie die gerelateerd is aan een bedreigende situatie (Miller, 1987). *Monitors* zijn personen die in een bedreigende situatie erg alert en gevoelig zijn voor de negatieve, mogelijk pijnvolle of gevaarlijke aspecten van informatie. *Blunters* zijn personen die in een bedreigende situatie deze informatie negeren en zichzelf afleiden (Miller, 1995). Er zijn een aantal studies die onderzoek hebben gedaan naar de invloed van *monitoring* en *blunting* op het welbevinden. Het is gebleken dat de manier waarop individuen selectief aandacht geven aan en informatie verwerken over een bedreigende situatie, bepalend is voor hoe gestrest en angstig de individuen worden (Miller, 1987). Zo is er een studie naar deze copingstijl uitgevoerd bij patiënten die preventief gescreend werden op kanker. Hieruit bleek dat individuen met een hoge mate van *monitoring* significant meer zorgen over de ernst van

hun probleem rapporteren. Ook bleek deze groep tijdens de ingreep meer fysiek, gedragsmatig en subjectief geagiteerd zijn dan *blunters* (Miller, 1995). Verder is gevonden dat *monitoring* gedurende een medische bedreiging tot meer emotionele stress, depressie en angst leidt dan *blunting* (Miller & Mangan, 1983). Dit werd ook gevonden in een onderzoek onder individuen die HIV seropositief waren bevonden (Warburton, Fishman & Perry, 1997). Wat betreft hartpatiënten zijn dezelfde resultaten gevonden. Na een hartaanval was *monitoring* geassocieerd met een lager welbevinden dan *blunting* (Van Elderen, Maes and Dusseldorp, 1999).

Vanwege het gebrek aan onderzoek naar de relatie tussen gezondheidsstatus, persoonsvariabelen en welbevinden, wordt er in deze studie gekeken of humor en *monitoring-blunting* van invloed zijn op de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden. Dit wordt gedaan aan de hand van een vergelijking tussen hartpatiënten die wachten op een bypass- of hartklepoperatie en gezonde mensen. Er zal getracht worden een antwoord te geven op zes onderzoeksvragen.

Ten eerste wordt gekeken naar de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden. Hierbij is de verwachting dat hartpatiënten een lager welbevinden zullen hebben dan de gezonde mensen, doordat zij een levensbedreigende aandoening hebben en hiervoor een stressvolle operatie moeten ondergaan. De tweede onderzoeksvraag sluit hierbij aan en kijkt specifiek naar welbevinden op verschillende momenten rond de operatie. Er wordt onderzocht in hoeverre er verschillen bestaan tussen de hartpatiënten en de gezonde mensen wat betreft welbevinden op verschillende momenten. De verwachting is dat de beide groepen vlak voor de operatie het meest van elkaar zullen verschillen. De hartpatiënten zullen op dat moment de meeste stress ervaren en hierdoor een lager welbevinden hebben dan de gezonde mensen. Na de operatie zal bij de hartpatiënten de stress gezakt zijn en zal deze groep wat betreft welbevinden meer overeenkomen met de gezonde mensen.

Vervolgens wordt gekeken naar de relatie tussen de humorstijlen en welbevinden. De hypothese is dat in beide groepen een zelfdestructieve humorstijl geassocieerd zal zijn met een lager welbevinden en een verbindende of zelfbevestigende humorstijl met een hoger welbevinden. De vierde onderzoeksvraag gaat over de relatie tussen *monitoring-blunting* en welbevinden. Er wordt verwacht dat voor beide groepen zal gelden dat *monitoring* zorgt voor lager welbevinden en *blunting* voor een hoger welbevinden.

De laatste twee onderzoeksvragen zijn exploratief van aard. De vijfde vraag kijkt naar de humorstijlen en de beide groepen. Deze gaat na of de humorstijlen van invloed zijn op de

relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden. Ten slotte is er een exploratieve onderzoeksvraag over de invloed van *monitoring-blunting* op de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden.

Methoden

Participanten

Binnen dit onderzoek is gezocht naar een gezonde groep ouderen die te vergelijken is met de groep hartpatiënten uit het masteronderzoek van Bijlsma (2010). In Tabel 1 zijn de participantgegevens van de gezonde groep, de hartpatiëntengroep en de gehele groep te zien.

Tabel 1: Participantgegevens uitgesplitst naar groep, sekse en leeftijd.

	Sekse		Totaal	Leeftijd
	M	V		Gem (SD)
Hartpatiënten	78	15	93	68,0 (10,4)
Gezonde groep	68	17	85	66,6 (11,5)
Totaal	146	32	178	66,4 (10,9)

In dit onderzoek is een gestratificeerde zoekstrategie gebruikt. Dit is gedaan om de groep gezonde ouderen zo goed mogelijk op leeftijd en sekse te matchen met de groep hartpatiënten. Omdat de groep hartpatiënten voornamelijk bestond uit oudere mannen, is een soortgelijke groep van gezonde ouderen geworven binnen de instelling: Stichting Welzijns Ontwikkeling Houten (SWOH). Verder zijn er participanten geworven binnen de eigen kennissenkring. De exclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek waren een leeftijd van onder de 40 jaar en hartklachten. Onder hartklachten wordt verstaan dat mensen medicijnen innemen voor het hart, onder controle staan van een cardioloog of recent last hebben gehad van hartklachten. Het onderzoek betrof een vragenlijstonderzoek van rond de 100 vragen die gingen over gevoel voor humor, welbevinden en de houding van mensen ten opzichte van hun gezondheid. Participanten werden gevraagd om gedurende ongeveer een half uur vragenlijsten in te vullen. Het onderzoek werd volgens de geldende ethische normen uitgevoerd, dat wil zeggen dat deelnemers op de hoogte werden gebracht van de doelen van het onderzoek, dat hun privacy werd gegarandeerd en dat ze achteraf kennis konden nemen van de uitkomsten van het

onderzoek. Als beloning voor deelname ontvingen de participanten een attentie als bedankje voor hun inspanningen en tijd.

Meetinstrumenten

De benodigde gegevens zijn geregistreerd door het vormen van een reeks van vijf verschillende vragenlijsten.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Voor het meten van de emoties angst en depressie is er gebruik gemaakt van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). De HADS wordt in niet-psychiatrische ziekenhuizen veel gebruikt om patiënten te screenen op het niveau van angst en depressie, met zeven items per subschaal. Een voorbeeldvraag van deze vragenlijst is: 'Ik voel me gespannen'. In een eerdere literatuurstudie toonden beide subschalen een voldoende interne consistentie met een Cronbach's alpha van 0.68-0.93 (gemiddeld 0.83) voor angst en 0.67-0.90 (gemiddeld 0.82) voor depressie (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002). Spinhoven en collega's (1997) bevestigden de betrouwbaarheid voor de Nederlandse vertaling. In het huidige onderzoek werd een Cronbach's alpha van 0.94 voor de schalen angst en depressie gevonden.

Bij het invoeren van de data is gebruik gemaakt van een scoring die loopt van 1 tot en met 4 in plaats van een scoring die loopt van 0 tot en met 3. Gevolg hiervan is dat gezonde mensen volgens Strik, Honig, Lousberg & Denollet (2001) ook al tot klinisch depressieven en angstigen worden gerekend. In deze studie is het echter niet van belang vast te stellen of de participanten klinisch depressief of angstig zijn, het gaat enkel om de verschillen tussen de groepen. Om deze reden is de scoring niet veranderd en is de eerste scoring (1 tot en met 4) gebruikt voor de analyses.

Humor Styles Questionnaire (HSQ)

Voor het vaststellen van de verschillende humorstijlen van de participanten is gebruik gemaakt van een Nederlandse vertaling van de Humor Styles Questionnaire (Martin et al., 2003). De HSQ is een vragenlijst die op basis van zelfrapportage meet welke humorstijl wordt toegepast door de participant. De vragenlijst bestaat uit 32 vragen die vier verschillende stijlen van humor meten. Per humorstijl zijn er acht items. Een voorbeeld van een item van de zelfbevestigende humorstijl is: 'Als ik me gedeprimeerd voel, kan ik mezelf meestal opvrolijken met humor.' Een voorbeeld van de verbindende humorstijl is: 'Lachen of grappen maken met andere mensen doe ik meestal niet'. Een voorbeeld van de zelfdestructieve

humorstijl is: 'Ik sta te vaak toe dat mensen om mij lachen of me bespotten'. En een voorbeeld van de agressieve humorstijl is: 'Als iemand een fout maakt, zal ik deze persoon daar vaak mee plagen'. De participant kan een keuze maken uit antwoordopties 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens' op een 7-punts Likert Schaal. Hogere scores indiceren frequenter gebruik van een bepaalde stijl van humor. De interne consistentie is zeer goed, de constructvaliditeit voldoende en de convergente validiteit goed (Martin et al., 2003). Voor de schalen van de HSQ zijn in het huidige onderzoek de volgende Cronbach's alpha coëfficiënten gemeten: 0.60 voor de verbindende humorstijl en agressieve humorstijl, 0.73 voor de zelfbevestigende humorstijl en 0.74 voor de zelfdestructieve humorstijl. De Cronbach's alpha's van de verbindende humorstijl en de agressieve humorstijl is laag voor praktische toepassingen maar is voldoende voor onderzoeksgebruik (Hui & Lee, 2000; Pierce, Gardner, Dunham & Cummings, 1993; in Epitropaki & Martin, 2005).

Humor Check List (HCL)

Voor het meten van het humoristisch gedrag is gebruik gemaakt van de Humor Check List. Dit is een Nederlandse vragenlijst over het gebruik van humor in de afgelopen twee weken door de participant zelf. De vragenlijst bestaat uit 20 items die meten in hoeverre er de afgelopen twee weken gebruik is gemaakt van verschillende humorgedragingen. Een voorbeelditem is: 'De afgelopen twee weken heb ik genoten van humoristische films of televisieseries'. De HCL bevat de schalen humorwaardering, humorproductie, humorreproductie, humoristische coping en humorexpressie. Respondenten geven aan in welke mate ze in de afgelopen twee weken gebruik hebben gemaakt van iedere gedraging, door middel van een vijf-punts Likert Schaal variërend van '(bijna) nooit' tot '(bijna) altijd'. De test-hertest betrouwbaarheid is per schaal als volgt: voor humorwaardering 0.75, voor humorreproductie 0.73, voor humorproductie 0.80, voor humoristische coping 0.73 en voor humorexpressie 0.81. De schalen worden momenteel verder onderzocht, de eerste analyses laten zien dat de schalen als valide mogen worden beschouwd (Doosje, 2010). In het huidige onderzoek naar de betrouwbaarheid zijn de volgende Cronbach's alpha coëfficiënten gevonden: 0.79 voor humoristische coping, 0.87 voor humorexpressie, 0.82 voor humorwaardering, 0.66 voor humorreproductie en 0.77 voor humorproductie.

Ontspanningsvragenlijst

De graad van ontspanning is gemeten met behulp van een schaal lopend van 0 tot en met 10. Hiervoor is gekozen omdat er geen bestaande korte vragenlijst gevonden is die voldoende voldeed aan de empirische voorwaarden van een betrouwbaar en valide meetinstrument. De

schaal loopt van ‘ik heb mij de afgelopen dagen in het algemeen helemaal niet ontspannen gevoeld’ tot ‘ik heb mij in de afgelopen dagen in het algemeen zeer ontspannen gevoeld’. In de testbatterij werd een lijn van 10 cm opgenomen waarop de participanten konden aangeven waar ze zich op deze figuurlijke lijn van ontspannenheid bevonden.

Threatening Medical Situations Inventory (TMSI)

Voor het meten van *monitoring-blunting* in medisch bedreigende situaties is gebruik gemaakt van de Threatening Medical Situation Inventory (van Zuuren, 1992; van Zuuren & Hanewald, 1993). Deze vragenlijst bevat vier omschrijvingen van bedreigende medische situaties, welke gevolgd worden door drie *monitoring* en drie *blunting* uitspraken. De uitspraken betreffen gedachten en ideeën die mensen in een dergelijke situatie kunnen hebben. Een voorbeeld hiervan is: ‘Ik neem me voor de specialist zoveel mogelijk vragen te stellen’. De items kunnen beantwoord worden op een vijf-punts Likert Schaal, lopend van ‘helemaal niet op mij van toepassing’ tot ‘zeer op mij van toepassing’. Om te zorgen dat er een groot gebied van medisch bedreigende situaties wordt gedekt, verschillen de situaties met betrekking tot twee stressparameters, namelijk voorspelbaarheid en controleerbaarheid. Er is een Nederlandse vertaling van deze vragenlijst afgenomen. Psychometrische karakteristieken van de TMSI zoals interne consistentie, factor structuur, test-hertest betrouwbaarheid en construct validiteit zijn als goed beoordeeld (Van Zuuren, De Groot, Mulder & Muris, 1996). In een studie van Van Zuuren & Dooper (1999) is een Cronbach’s alpha van 0.87 voor de *monitoring* schaal en 0.81 voor de *blunting* schaal gevonden. In het huidige onderzoek en het onderzoek van Bijlsma (2010) is een aangepaste versie van deze vragenlijst gebruikt. Zo is de vraag over een hartoperatie vervangen door een vraag over een nieroperatie. Dit is gedaan omdat de vraag over een hartoperatie voor de hartpatiënten geen imaginatievraag zou zijn maar een beschrijving van de daadwerkelijke situatie waarin de hartpatiënten verkeren. In het huidige onderzoek is een Cronbach’s alpha van 0.87 gevonden voor de schaal *monitoring* en een Cronbach’s alpha van 0.83 voor de schaal *blunting*.

Procedure en design

Gedurende drie weken hebben de onderzoekers locaties bezocht waar mensen kwamen via de stichting SWOH. Aan deze bezoekers werd uitgelegd waar het onderzoek over ging en werd gevraagd of zij hartpatiënt waren. Als mensen hier ontkennend op antwoordden, werd gevraagd of zij interesse hadden in deelname aan het onderzoek. Als de participant ‘nee’ antwoordde, werd gevraagd naar de reden. Mensen die wel mee wilden doen werd gevraagd

om een vragenlijst mee te nemen, deze thuis in te vullen en later weer in te leveren op dezelfde locatie bij de onderzoekers. Na afloop van het onderzoek werd gevraagd wat mensen van het onderzoek vonden. Wanneer participanten extra informatie op prijs stelden, kregen zij een brief mee over het onderzoek. Ook ontvingen zij een presentje als dank voor deelname. Bij de mensen die uit de eigen omgeving van de onderzoekers zijn geworven is dezelfde procedure gevolgd. Voor het uitvoeren van de analyses werden de data uit het masteronderzoek van Bijlsma (2010) en het huidige onderzoek samengevoegd. Het masteronderzoek van Bijlsma (2010) bevatte drie meetmomenten, het huidige onderzoek één meetmoment. In deze studie is gekozen voor één meetmoment om de participanten zo min mogelijk te belasten. Verder was het verschil dat bij het onderzoek van Bijlsma (2010) het van belang was de hartpatiënten langer te volgen in verband met het effect van een ontspannings-cd. Het is mogelijk dat deze cd invloed heeft gehad op het welbevinden van deze groep. Om deze reden zijn de hartpatiënten met interventie achterwege gelaten in de analyse van de verschillen tussen de verschillende meetmomenten. Uiteindelijk is in deze analyse dus de controlegroep van de hartpatiënten vergeleken met de gezonde groep ouderen. Verder zijn bij de gezonde groep de HADS, de HCL en de ontspanningsvragenlijst één keer afgenomen. Om de vergelijking te kunnen maken tussen de scores op de verschillende meetmomenten, zijn de scores van het enige meetmoment van de gezonde groep ook ingevuld voor het tweede en derde meetmoment.

Resultaten

De eerste onderzoeksvraag was in hoeverre er een relatie bestaat tussen gezondheidsstatus en welbevinden. Er bestaat geen relatie tussen gezondheidsstatus en de variabele lachen. Wel is er sprake van een relatie tussen gezondheidsstatus en de variabele angst ($F(1,173) = 454.187$, $p = .000$, partial $\eta^2 = .724$). Tevens is er sprake van een relatie tussen gezondheidsstatus en de variabele depressie ($F(1,173) = 630.784$, $p = .000$, partial $\eta^2 = .785$). Ook bestaat er een relatie tussen gezondheidsstatus en de variabele graad van ontspanning ($F(1,166) = 9.424$, $p = .036$, partial $\eta^2 = .054$). De aard van deze relaties wordt besproken bij onderstaande onderzoeksvraag.

De tweede onderzoeksvraag ging over de verschillen tussen de hartpatiënten en de gezonde mensen wat betreft welbevinden op verschillende meetmomenten. De uitkomsten van de

analyse van de verschillen tussen de groepen op de variabelen die welbevinden operationaliseren staan vermeld in tabel 2.

Tabel 2: De verschillen tussen de hartpatiënten en gezonde mensen per meetmoment op de variabelen lachen, angst, depressie en ontspanning.

		T1	T2	T3
Lachen	Hartpatiënten	$M = 10.32 (SD = 3.75)$	$M = 10.23 (SD = 3.48)$	$M = 9.36 (SD = 3.47)$
	Gezonde mensen	$M = 11.07 (SD = 4.39)$	$M = 11.07 (SD = 4.39)$	$M = 11.07 (SD = 4.39)$
	T-toetsen	$t = -0.968, df = 127,$ $p = .335$	$t = -1.106, df = 127,$ $p = .271$	$t = -2.241, df = 127,$ $p = .027^*$
Angst	Hartpatiënten	$M = 22.17 (SD = 4.27)$	$M = 22.53 (SD = 3.23)$	$M = 22.36 (SD = 4.12)$
	Gezonde mensen	$M = 10.86 (SD = 3.15)$	$M = 10.86 (SD = 3.15)$	$M = 10.86 (SD = 3.15)$
	T-toetsen	$t = 17.183, df = 127,$ $p = .000^*$	$t = 19.858, df = 126,$ $p = .000^*$	$t = 17.663, df = 126,$ $p = .000^*$
Depressie	Hartpatiënten	$M = 23.09 (SD = 3.75)$	$M = 23.73 (SD = 3.82)$	$M = 23.00 (SD = 3.77)$
	Gezonde mensen	$M = 10.89 (SD = 3.16)$	$M = 10.89 (SD = 3.16)$	$M = 10.89 (SD = 3.16)$
	T-toetsen	$t = 19.651, df = 128,$ $p = .000^*$	$t = 20.475, df = 128,$ $p = .000^*$	$t = 18.536, df = 129,$ $p = .000^*$
Ontspanning	Hartpatiënten	$M = 6.29 (SD = 2.20)$	$M = 5.96 (SD = 2.43)$	$M = 5.92 (SD = 2.18)$
	Gezonde mensen	$M = 7.11 (SD = 1.95)$	$M = 7.11 (SD = 1.95)$	$M = 7.11 (SD = 1.95)$
	T-toetsen	$t = -2.120, df = 122,$ $p = .036^*$	$t = -2.886, df = 123,$ $p = .005^*$	$t = -3.131, df = 124,$ $p = .002^*$

* Significante correlatie $p < 0.05$

Zoals te zien in de tabel scoren de hartpatiënten op alle meetmomenten hoger op de schalen angst en depressie dan de gezonde ouderen. Verder scoren de hartpatiënten op alle meetmomenten lager op graad van ontspanning dan de gezonde groep ouderen. Daarnaast is gevonden dat de hartpatiënten op het derde meetmoment lager scoren op de variabele lachen dan de gezonde mensen. Op het eerste en tweede meetmoment bestaat er geen verschil tussen de groepen voor deze variabele.

Vervolgens is gekeken naar in hoeverre er een relatie bestaat tussen de humorstijlen en welbevinden. Er zijn correlaties berekend van de schalen van de HSQ met de variabelen die welbevinden operationaliseren. Deze correlaties zijn te zien in Tabel 3.

Tabel 3: De correlaties van de schalen van de HSQ en de schalen van de TMSI met de variabelen die welbevinden operationaliseren.

	Lachen	Angst	Depressie	Ontspanning
Zelfbevestigend	.358*	.014	-.007	.253*
Verbindend	.542*	-.040	-.017	.285*
Zelfdestructief	.158*	.078	.125	-.048
Agressief	.114	.135*	.106	-.025
<i>Monitoring</i>	.094	.126	.064	-.117
<i>Blunting</i>	-.331*	-.005	-.027	-.251*

* Significante correlatie $p < 0.05$

Uit bovenstaande tabel is af te lezen dat de zelfbevestigende, de verbindende en de zelfdestructieve humorstijl een verband hebben met de variabele lachen. De verklaarde variantie is respectievelijk; 12.8%, 29.4% en 2.5%. De agressieve humorstijl correleert niet met lachen. Er bestaat wel een verband tussen deze laatste humorstijl en angst, de verklaarde variantie is 18.2%. De overige humorstijlen zijn niet gecorreleerd met angst. Geen enkele humorstijl correleert met de variabele depressie. De twee positieve humorstijlen, zelfbevestigend en verbindend, correleren ieder met de variabele graad van ontspanning, de verklaarde variantie is respectievelijk; 6.4% en 8.1%. De twee negatieve humorstijlen, zelfdestructief en agressief, correleren niet met graad van ontspanning.

De vierde onderzoeksvraag was in hoeverre er een relatie bestaat tussen *monitoring-blunting* en welbevinden. In Tabel 3 staan de correlaties tussen *monitoring* en *blunting* met de variabelen die welbevinden operationaliseren. Alleen *blunting* laat significante correlaties zien met lachen en ontspanning, de verklaarde variantie is respectievelijk; 11% en 6.3%. *Blunting* correleert niet met angst en depressie. *Monitoring* correleert met geen van de variabelen die welbevinden operationaliseren.

De vijfde onderzoeksvraag ging over in hoeverre de humorstijlen van invloed zijn op de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden. De relatie tussen gezondheidsstatus en lachen is, zoals genoemd bij de eerste onderzoeksvraag, niet significant. De verbindende humorstijl is van invloed op deze relatie ($F(1,161) = 66.836, p = .000, \text{partial } \eta^2 = .293$). Echter de relatie tussen gezondheidsstatus en lachen was zonder covariaat niet significant en

blijft dat na toevoegen van de verbindende humorstijl nog steeds ($p > .05$). Ditzelfde geldt voor de zelfbevestigende humorstijl ($F(1,162) = 25.173, p = .000, \text{partial } \eta^2 = .134$) en de zelfdestructieve humorstijl ($F(1,162) = 4.429, p = .037, \text{partial } \eta^2 = .027$). Zij hebben wel een invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus en lachen, maar laatstgenoemde relatie blijft niet significant ($p > .05$) na toevoegen van de zelfbevestigende en zelfdestructieve humorstijl. De agressieve humorstijl blijkt geen invloed te hebben op de relatie tussen gezondheidsstatus en lachen. Zoals eerder genoemd bestaat er een relatie tussen gezondheidsstatus en angst. De agressieve humorstijl blijkt van invloed te zijn op deze relatie ($F(1,163) = 5.185, p = .024, \text{partial } \eta^2 = .031$). De relatie tussen gezondheidsstatus en angst blijft na toevoeging van agressieve humorstijl significant ($F(1,163) = 477.609, p = .000, \text{partial } \eta^2 = .746$). De verklaarde variantie stijgt van 72,4% naar 74,6%. De andere humorstijlen hebben geen invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus en angst. Geen van de humorstijlen is van invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus en depressie. Eerder is er ook een relatie gevonden tussen gezondheidsstatus en graad van ontspanning. De verbindende humorstijl is van invloed op deze relatie ($F(1,157) = 14.283, p = .000, \text{partial } \eta^2 = .083$). De relatie tussen gezondheidsstatus en graad van ontspanning blijft na toevoeging van de verbindende humorstijl significant ($F(1,157) = 9.468, p = .002, \text{partial } \eta^2 = .057$). De verklaarde variantie neemt toe van 5,4% naar 5,7%. Ook de zelfbevestigende humorstijl is van invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus en graad van ontspanning ($F(1,157) = 13.141, p = .000, \text{partial } \eta^2 = .077$). De relatie tussen gezondheidsstatus en graad van ontspanning blijft na toevoeging van de zelfbevestigende humorstijl significant ($F(1,157) = 11.329, p = .001, \text{partial } \eta^2 = .067$). De verklaarde variantie gaat van 5,4% naar 6,7%. De negatieve humorstijlen, zelfdestructief en agressief, hebben geen invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus en graad van ontspanning.

Ten slotte is gekeken naar in hoeverre *monitoring-blunting* van invloed is op de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden. Eerder is gevonden dat er geen relatie bestaat tussen gezondheidsstatus en lachen. De variabele *blunting* levert een bijdrage aan de relatie tussen gezondheidsstatus en de variabele lachen ($F(1,160) = 20.207, p = .000, \text{partial } \eta^2 = .112$). Echter, de relatie tussen gezondheidsstatus en lachen blijft niet significant ($p > .05$) na het toevoegen van *blunting*. De variabele *monitoring* heeft geen invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus en lachen. De variabelen *monitoring* en *blunting* blijken beide niet van invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus met variabelen depressie en angst. Zoals

eerdergenoemd bleek er een relatie te bestaan tussen gezondheidsstatus en de variabele graad van ontspanning. De variabele *blunting* blijkt van invloed op deze relatie ($F(1,154) = 12.171$, $p = .001$, partial $\eta^2 = .073$). De relatie tussen gezondheidsstatus en graad van ontspanning was zonder covariaat significant en blijft dat ook na toevoeging van de covariaat *blunting* ($F(1,154) = 11.849$, $p = .001$, partial $\eta^2 = .071$). De verklaarde variantie gaat van 5,4% naar 7,1%. De variabele *monitoring* heeft geen invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus en graad van ontspanning.

Discussie

Conclusie

In het huidige onderzoek stond de invloed van persoonsvariabelen op de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden centraal. Er is gekeken naar twee persoonsvariabelen, namelijk humorstijl en *monitoring-blunting*. In overeenstemming met de hypothese is er gevonden dat hartpatiënten minder ontspannen zijn en meer symptomen van depressie en angst hebben dan gezonde ouderen. Er is niet gevonden dat hartpatiënten minder lachen dan gezonde mensen. Echter, uit de analyse van de verschillende meetmomenten blijkt dat de hartpatiënten en gezonde mensen wel van elkaar verschillen op lachen na de operatie. Hartpatiënten blijken op dit moment minder te lachen dan de gezonde ouderen. Verder is gevonden dat hartpatiënten vlak voor de operatie het meest van de gezonde mensen verschillen wat betreft angst. Ruim voor de operatie verschillen de hartpatiënten het minst van de gezonde ouderen. Dit laatste is strijdig met de opgestelde hypothese. Voor alle momenten geldt dat hartpatiënten meer angstsymptomen rapporteren dan de gezonde mensen. Ook laten de hartpatiënten een hogere score op depressieve symptomen zien dan de gezonde mensen. Hierbij geldt dat vlak voor de operatie de hartpatiënten het meeste verschillen van de gezonde groep, na de operatie is dit verschil het kleinst. Tevens geven de hartpatiënten aan zich minder ontspannen te voelen dan de gezonde ouderen. Na de operatie is dit verschil het grootst, ruim voor de operatie verschillen de groepen het minst van elkaar. Dit resultaat is tegenstrijdig met de opgestelde hypothese. Over de relatie tussen humorstijlen en welbevinden is gevonden dat de zelfbevestigende, de verbindende en de zelfdestructieve humorstijl een positief verband hebben met lachen. De agressieve humorstijl is niet gerelateerd aan lachen. Er bestaat echter wel een positief verband tussen de agressieve humorstijl en angst. De overige humorstijlen zijn niet gecorreleerd met angst. Er is geen

verband gevonden tussen de humorstijlen en depressie, wat strijdig is met de opgestelde hypothese. De twee positieve humorstijlen, zelfbevestigend en verbindend, correleren ieder positief met ontspanning. De twee negatieve humorstijlen, zelfdestructief en agressief, correleren niet met ontspanning. Over de relatie tussen *monitoring-blunting* en welbevinden geven de resultaten aan dat er een negatieve correlatie bestaat tussen *blunting* en lachen. Dit geldt ook voor ontspanning. Echter, *blunting* is niet gerelateerd aan angst of depressie. In tegenspraak met de hypothese is gevonden dat er ook geen relatie bestaat tussen *monitoring* en de genoemde variabelen die welbevinden operationaliseren. Wat betreft de invloed van de humorstijlen op de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden is gevonden dat geen van de humorstijlen een invloed heeft op de relatie tussen gezondheidsstatus en lachen. Ditzelfde geldt voor de relatie tussen gezondheidsstatus en depressie. De agressieve humorstijl heeft wel een zwakke positieve invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus en angst. De zelfbevestigende, verbindende en zelfdestructieve humorstijl hebben geen invloed op deze relatie. Voor ontspanning geldt dat de verbindende humorstijl en de zelfbevestigende humorstijl een zwakke positieve invloed hebben op de relatie met gezondheidsstatus. De negatieve humorstijlen, zelfdestructief en agressief, hebben geen invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus en ontspanning. Ten slotte is gekeken naar de invloed van *monitoring-blunting* op de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden. Het blijkt dat *blunting* geen invloed heeft op de relatie tussen gezondheidsstatus en lachen. *Blunting* heeft echter wel een kleine invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus en ontspanning. *Monitoring* heeft geen invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus met ontspanning en lachen. *Monitoring* en *blunting* blijken beide niet van invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus met depressie en angst.

Interpretatie

Er is niet gevonden dat hartpatiënten minder lachen dan gezonde mensen ruim voor en vlak voor de operatie. Na de operatie blijken de hartpatiënten wel minder te lachen dan de gezonde ouderen. Dit laatste is in overeenstemming met het onderzoek van Clark en collega's (2001). Deze auteurs vonden dat hartpatiënten minder geneigd zijn te lachen in reactie op alledaagse situaties in het dagelijks leven. De bevindingen wat betreft depressie waren in overeenstemming met de opgestelde hypothese. Vlak voor de operatie verschillen de hartpatiënten het meest van de gezonde groep op depressie, na de operatie is dit verschil het kleinst. Dit is een mooie bevinding, omdat dit betekent dat hartpatiënten, wat betreft de depressieve symptomen, na de operatie zich weer net zo voelen als de gezonde ouderen.

De groepen verschillen ruim voor de operatie het minst van elkaar op angstsymptomen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de hartpatiënten na de operatie een hoger niveau van angst hebben dan ruim voor de operatie, doordat zij nog in spanning zitten over het resultaat van de operatie en de verdere behandeling. Ook wat betreft ontspanning zijn de resultaten tegenstrijdig met de opgestelde hypothese. Dit zou verklaard kunnen worden door de eerder genoemde mogelijkheid dat de hartpatiënten na de operatie nog in spanning zitten over het resultaat. Deze verklaring zou ook kunnen gelden voor het gegeven dat hartpatiënten ruim voor de operatie het minst van de gezonde mensen verschillen op angst en ontspanning in plaats van na de operatie. Verder is gevonden dat de zelfbevestigende, zelfdestructieve en verbindende humorstijl niet gerelateerd zijn aan angst. Ook zijn de humorstijlen niet gerelateerd aan depressie. Dit kan toe te schrijven zijn aan de mogelijkheid dat de humorstijlen niet van invloed zijn op de negatieve aspecten van welbevinden. Martin en collega's (2003) vonden een dergelijk verband wel. Echter de auteurs hebben het in het artikel over de schadelijkheid van excessief gebruik van deze negatieve humorstijlen. Het is mogelijk dat in het huidige onderzoek het gebruik van de humorstijlen door de participanten minder excessief was dan in het artikel van Martin en collega's (2003) bedoeld wordt. Dat er geen relatie bestaat tussen *monitoring* en de genoemde variabelen die welbevinden operationaliseren, is een verrassend resultaat. Uit eerdere literatuur (Miller, 1987) komt naar voren komt dat *monitoring* en *blunting* complementair zouden zijn. Een mogelijke verklaring is dat *blunting* er wel voor zorgt dat de positieve aspecten van welbevinden toenemen, maar geen invloed heeft op de negatieve aspecten van welbevinden. Verder kan er gesteld worden dat de humorstijlen niet van invloed zijn op de relatie tussen gezondheidsstatus en lachen. Het is mogelijk dat het gebruik van de ene humorstijl niet leidt tot een mindere mate van lachen dan het gebruik van de andere humorstijlen. Het zou kunnen zijn dat elke humorstijl voor een even grote mate van lachen zorgt, alleen dat de aard van het lachen per humorstijl verschilt. Zo is het voor te stellen dat gebruikers van de agressieve humorstijl anderen uitlachen en gebruikers van de verbindende humorstijl anderen toelachen. Ook hebben geen van de humorstijlen invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus en depressie, dit zou kunnen komen doordat humorstijlen geen invloed hebben op dit negatief aspect van welbevinden. Ten slotte zijn de zelfbevestigende en de verbindende humorstijl van belang in de relatie tussen gezondheidsstatus en ontspanning. De zelfdestructieve en agressieve humorstijl hebben geen effect op de relatie tussen gezondheidsstatus en ontspanning. Dit zou verklaard kunnen worden door de mogelijkheid dat de positieve humorstijlen positieve effecten hebben op

ontspanning, terwijl de negatieve humorstijlen geen of geen negatieve effecten hebben. Echter, er is gekeken naar correlatieve relaties. Causale relaties zullen eerst moeten worden onderzocht, voordat er een plausibele verklaring gegeven kan worden. Een mogelijkheid zou kunnen zijn dat positieve humorstijlen zorgen voor minder stress wat een afname van het risico op hartproblemen zou kunnen betekenen. *Monitoring* en *blunting* blijken beide niet van invloed op de relatie tussen gezondheidsstatus met depressie en angst. Dit kan verklaard worden door de mogelijkheid dat de copingstijlen niet van invloed zijn op de negatieve aspecten van welbevinden.

De bovengenoemde resultaten zijn van maatschappelijk belang. Er kan geconcludeerd worden dat er veel aandacht moet komen voor de psychosociale gevolgen van een hartoperatie. Zo hebben hartpatiënten duidelijk een lager welbevinden dan gezonde mensen. Een verandering in de manier van begeleiden van hartpatiënten zou kunnen worden bewerkstelligd door de verpleging ervan op de hoogte te stellen dat de hartpatiënten meer angst en depressieve symptomen laten zien en minder ontspannen zijn dan gezonde mensen. Ook zouden patiënten die een hartoperatie moeten ondergaan, geïnformeerd moeten worden over de invloed van een dergelijk operatie op het welbevinden.

Vervolgonderzoek

In het huidige onderzoek is een grote groep hartpatiënten en gezonde ouderen gebruikt, die goed met elkaar te vergelijken zijn door een overeenkomstige leeftijds- en sekseverdeling. Er zijn echter ook een aantal beperkingen aan het huidige onderzoek. Zo zijn er in deze studie alleen zelfrapportage vragenlijsten gebruikt. Dit heeft als voordeel dat er in relatief weinig tijd veel informatie verzameld kan worden, maar de nadelen zijn dat er geen conclusies over causaliteit getrokken kunnen worden (Baarda, De Goede en Kalmijn, 2007).

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op longitudinale en experimentele designs die een verscheidenheid aan meetinstrumenten bevatten (Martin, 2001). Verder bracht de zelfrapportage in dit onderzoek als nadeel mee dat er onder enkele ouderen verwarring over items ontstond. Zo vonden veel ouderen de HSQ moeilijk om in te vullen door de dubbele ontkenningen en de negatieve vraagstelling. Vervolgonderzoek zou naar mogelijkheden kunnen kijken om een andere manier van vraagstelling of een HSQ speciaal voor ouderen te ontwikkelen. Ook bracht de TMSI moeilijkheden met zich mee. Participanten gaven bij deze vragenlijst aan het moeilijk te vinden om zich de situaties voor te stellen. Daarnaast dachten sommige participanten dat de vraag voor hen niet zou gelden omdat zij de situaties niet meegemaakt hadden. Voor vervolgonderzoek wordt tevens aangeraden om voor het meten

van de graad van ontspanning meerdere items te gebruiken. Het gebruik van slechts één schaalvraag is wellicht van onvoldoende betrouwbaarheid om een gegeneraliseerde uitspraak over de mate van ontspannenheid te kunnen doen. Voorbeelden van items zouden vragen kunnen zijn over activiteiten die zorgen voor ontspanning en hoe vaak deze de afgelopen tijd zijn uitgevoerd. Bovendien zou de spierspanning gemeten kunnen worden. Verder gaven veel mensen aan de vragenlijst erg lang te vinden, sommige participanten vielen hierdoor uit en andere wilden om deze reden al niet beginnen aan het onderzoek. Verder zijn niet alle data van de hartpatiënten op het tweede en derde tijdstip meegenomen in het onderzoek. Dit kwam doordat een deel van de hartpatiënten een interventie met een ontspannings-cd had ondergaan. Er is dus een kleinere groep hartpatiënten vergeleken met de gezonde ouderen, wat wellicht bezwaarlijk zou kunnen zijn voor de power van de analyse. Dit geldt echter alleen bij de onderzoeksvraag over de verschillende meetmomenten. Op het eerste meetmoment, welke gegevens voor de rest van de onderzoeksvragen gebruikt zijn, was er nog geen sprake van een interventie- en een controlegroep. Vervolgonderzoek zou aan de hand van de gevonden resultaten kunnen onderzoeken of het tot positieve resultaten leidt wanneer er tijdens de behandeling meer aandacht besteed wordt aan de psychosociale gevolgen van het hebben van hartproblemen. Zo zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden of het bespreekbaar maken van het verhoogde angst- en depressieniveau zorgt voor een toename van het welbevinden van de hartpatiënt. Ook kan gekeken worden hoe zit met de nu gevonden verschillen tussen hartpatiënten en gezonde mensen ruim na de operatie, enkele jaren verder bijvoorbeeld. Uit het huidige onderzoek is ook gebleken dat het gebruik van de humorstijlen en copingstijl van belang kan zijn tijdens het ziekenhuisproces. Deze variabelen zouden mogelijk de houding van hartpatiënten kunnen beïnvloeden, welke weer van invloed zou kunnen zijn op het behandelverloop. Vervolgonderzoek naar deze relaties is van belang om het gebruik van humor en copingstijl mee te nemen in de behandeling en verzorging van hartpatiënten en eventueel andersoortige patiënten. Het is bijvoorbeeld interessant of onderzoek naar andere ziekten dan hartziekten dezelfde uitkomsten zal vinden. Dit omdat beweerd wordt dat hartziekten de grootste impact op het welbevinden hebben (Stewart et al., 1989). Naast deze specifieke suggesties voor vervolgonderzoek, zijn er een aantal andere aanbevelingen te doen om het kennisveld uit te breiden. Zo zou er gekeken kunnen worden naar andere persoonsvariabelen die wellicht de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden beïnvloeden. Er is bijvoorbeeld bekend dat *problem-focused* coping leidt tot een hoger welbevinden na een hartoperatie, dit in tegenstelling tot *emotion-focused* coping (Tung,

Hunter & Wei, 2007). Wellicht speelt deze vorm van coping ook voor de operatie al een rol. Ook verschil in leeftijd zou van interesse kunnen zijn. In dit onderzoek zijn participanten tussen de 40 en 90 jaar onderzocht, participanten van middelbare en oudere leeftijd. Het komt minder vaak voor dat jonge mensen last hebben van hartproblemen, maar het bestaat wel. Het zou interessant kunnen zijn te onderzoeken of de verschillen in welbevinden ook bestaan voor hartpatiënten en gezonde mensen rond de 20 -25 jaar. Het zou mogelijk kunnen zijn dat jongere mensen veerkrachtiger zijn dan de oudere mensen en hierdoor minder gevoelig zijn voor een afname in het welbevinden. Ten slotte zou een prospectief onderzoek van belang kunnen zijn, in dit geval kunnen participanten gedurende langere tijd onderzocht worden. Zo kan gekeken worden of bepaalde persoonsvariabelen een voorspellende factor zijn voor hartfalen of in ieder geval voor stress dat kan leiden tot hartfalen. De uitkomsten van een dergelijke studie kunnen gebruikt worden voor het behandelen en voor preventie van hartziekten.

Concluderend kan worden gesteld dat er een sterke relatie bestaat tussen gezondheidsstatus en welbevinden. Het hebben van hartproblemen is dus, zoals verwacht, van negatieve invloed op het welbevinden. De verschillende humorstijlen vertonen enkele relaties met welbevinden, dit zelfde geldt voor *blunting*. Door dit onderzoek is het kennisveld over de invloed van persoonsvariabelen op de relatie tussen gezondheidsstatus en welbevinden uitgebreid. Er is nog heel weinig bekend over dit veld en dit onderzoek heeft daar een bijdrage aan geleverd.

Referentielijst

Baarda, D.B., De Goede M.P.M. & Kalmijn, M. (2007). *Basisboek enquêteren*.

Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Bijlsma, R.E. (2010). *Gezonde Verbeelding: Het effect van geleide verbeelding op de mentale gezondheid bij voorbereiding op CABG en hartklepvervangingsoperaties*. Niet-gepubliceerde masterthesis, Universiteit Utrecht, Utrecht, Nederland.

Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the hospital anxiety and depression scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.

Clark, A., Seidler, A. & Miller, M. (2001). Inverse association between sense of humor and coronary heart disease. *International Journal of Cardiology*, 80, 87-88.

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 386-396.
- Denollet, J., Vaes, J. & Brutsaert, D.L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: Adverse effects of Type D Personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation, 102*, 630-635.
- Doosje, S. (2010). *State and trait humor and its associations with the burnout syndrome*. Submitted for publication, Universiteit Utrecht, Utrecht, Nederland.
- Elderen, T. van, Maes, S. & Dusseldorp, E. (1999). Coping with coronary heart disease: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research, 47*(2), 175-183.
- Epitropaki, O. & Martin, R. (2005). The moderating role of individual differences in the relation between transformational/transactional leadership perceptions and organizational identification. *The Leadership Quarterly, 16*, 569-589.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3), 219-239.
- Fontana, A.F., Kerns, R.D., Rosenberg, R.L. & Colonese, K.L. (1989). Support, stress, and recovery from coronary heart disease: A longitudinal causal model. *Health psychology, 8*(2), 175-193.
- Hackett, T.P. & Cassem, N.H. (1975). Psychological management of the myocardial infarction patient. *Journal of human stress, 1*(3), 25-38.
- Kuiper, N.A., Grimshaw, M., Leite, C. & Kirsh, G. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor, 17*, 135-168.
- Martin, R.A. (2001). Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin, 127*(4), 504-519.
- Martin, R.A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J. & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality, 37*, 48-75.
- Miller, S.M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(2), 345-353.
- Miller, S.M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer, 76*(2), 167-177.

- Miller, S.M. & Mangan, C.E. (1983). Interacting Effects of Information and Coping Style in Adapting to Gynecologic Stress: Should the Doctor Tell All? *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(1), 223-236.
- Pancheri, P., Bellaterra, M., Matteoli, S., Christofari, M., Polizzi, C. & Puletti, M. (1978). Infarct as a stress agent: Life history and personality characteristics in improved versus not-improved patients after severe heart attack. *Journal of human stress*, 4(1), 16-22.
- Pelle, A.J. (2009). *The complexity of psychological factors in cardiac disease*. Ridderkerk: Ridderprint.
- Spinhoven, P.H., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., Speckens, A.E.M. & Van Hemert, A.M. (1997). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Stewart, A.L., Greenfield, S., Hays, R.D., Wells, K., Rogers, W.H., Berry, S.D., McGlynn, E.A. & Ware, J.E. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions: Results from the medical outcomes study. *Jama*, 262(7), 907-913.
- Strik, J.J.M.H., Honig, A., Lousberg, R. & Denollet, J. (2001). Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*, 42, 423-428.
- Tung, H.-H., Hunter, A. & Wei, J. (2007) Coping, anxiety and quality of life after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 651–663.
- Warburton, L.A., Fishman, B. & Perry, S.W. (1997). Coping with the possibility of testing HIV-positive. *Personality and Individual Differences*, 22(4), 459-464.
- Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zuuren, F.J. van (1992). *Het meten van monitoring en blunting in een medische setting*. [The measurement of monitoring and blunting in a medical setting]. Unpublished Report. Amsterdam: University of Amsterdam, Dept. of Clinical Psychology.
- Zuuren, F.J. van & Dooper, R. (1999). Coping style and self-reported health promotion and disease detection behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 4, 81–89.
- Zuuren, F.J. van, Groot, K.I. de, Mulder, N. & Muris, P. (1996). Coping with medical threat: An evaluation of the Threatening Medical Situations Inventory (TMSI). *Personality and Individual Differences*, 21(1), 21–31.

Zuuren, F.J. van & Hanewald, G.J.F.P. (1993). Cognitieve toenadering en vermijding in medisch bedreigende situaties [Cognitive confrontation and avoidance in threatening medical situations: The development of an inventory]. *Gedragstherapie*, 26(1), 3348.