

Doelmanagement, depressie en lichaamsbeleving in het leven van hartpatiënten

*Een kwantitatief onderzoek naar de verschillende vormen van doelmanagement, in relatie met
depressie en lichaamsbeleving bij hartpatiënten*

Bachelorthese

Oktober 2010

Enschede

Universiteit Twente

Gedragswetenschappen

Psychologie

Auteur Kelcy Mooijweer

Studentnummer 0151521

Begeleiding Universiteit Twente

dr. C. Bode

R. Y. Arends MSc



Doelmanagement, depressie en lichaamsbeleving in het leven van hartpatiënten

Samenvatting

Het hebben van doelen is belangrijk voor mensen. Een doel is hetgeen gedrag motiveert, structureert en stuurt. Dit maakt het relevant doelmanagement te onderzoeken. Uit onderzoeken is gebleken dat doelmanagement speelt in het leven van verschillende groepen mensen, zo ook in die van hartpatiënten. Daarnaast bleek uit onderzoeken dat er een relatie is tussen het hebben van een hartaandoening en depressie. Over lichaamsbeleving was nog vrij weinig bekend bij hartpatiënten. Daar er verder nog vrij weinig bekend was over de relatie tussen doelmanagement, depressie en lichaamsbeleving bij deze groep, was het relevant dit te onderzoeken.

Doel

Onder doelmanagement werd binnen dit onderzoek het vasthouden, het aanpassen, het loslaten van doelen en het opstellen van nieuwe doelen verstaan. Hoe deze verdeling onder hartpatiënten is, is allereerst onderzocht in deze scriptie. Ten tweede is aan de relatie tussen doelmanagement en depressieve symptomen aandacht besteed. Als laatste is lichaamsbeleving bij hartpatiënten onderzocht. Een slechte lichaamsbeleving wordt ervaren, wanneer er geen eenheid meer bestaat tussen het lichaam en het gevoel van het eigen unieke bestaan. Dit is vervolgens weer gerelateerd aan doelmanagement en depressie.

Methoden

Onderzocht zijn 77 mensen met hartziekten. Verschillende manieren van doelmanagement, depressie en lichaamsbeleving zijn gemeten door middel van vragenlijsten. De hoofdzakelijk gebruikte statistische methodes zijn Pearsons correlations en Spearman's rho.

Resultaten

Hartpatiënten bleken inderdaad verschillende vormen van doelmanagement te gebruiken. Er zijn correlaties gevonden tussen depressie en lichaamsbeleving, evenals tussen verschillende vormen van doelmanagement en deze twee factoren.

Conclusie

Hartpatiënten die last hadden van depressieve symptomen, ervoeren eerder een slechte lichaamsbeleving. Hartpatiënten die een goede lichaamsbeleving hadden, hadden juist minder last van depressieve symptomen. De hartpatiënten die hun doelen aanpasten of zichzelf nieuwe doelen stelden hadden minder last van depressieve symptomen, evenals dat ze minder last hadden van een slechte lichaamsbeleving.

Summary

Having goals is important to people. A goal motivates, structures and controls behaviour. That's why it is relevant to study goal management. Studies have examined goal management plays a part in the lives of several groups of people, like people with heart diseases. Further, studies have also examined a relations between having a heart disease and depressive symptoms. There hasn't been much information about body-perception at heart patients.

This gave cause to study the relations between goal management, depression and body-perception.

Goal

In this study goal management means goal engagement, goal adjustment, goal disengagement and formulating new goals.

There has been paid attention to the relation between goal management and symptoms of depression. The study also investigated body-perception at heart patients, wich means the relationship between body and the self. This is related to goal management strategies and depressive symptoms.

Goal is to investigate the relations between goal management, symptoms of depression and body-self unity in heart patients

Participants and methods

77 people with a heart disease are investigated. Several strategies of goal management, depression and body-perception are measured through questionnaires. The main used statistical methods are Pearsons Correlations and Spearman's rho.

Results

The study showed that people with a heart disease indeed used several strategies of goal management. There was a relation between depressive symptoms and body-perception. Further, it turned out that some strategies of goal management were related to depression and body-perception.

Conclusion

Heart patients who showed depressive symptoms, did have a bigger chance to experience no unity between the body and the self. Those who had felt a unity between the body and the self, had a smaller change of depressive symptoms. The heart patients who did acclimate their goals, or gave themselves new goals, had a smaller chance for having depressive symptoms or having no unity between the body and the self.

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Summary	2
Inhoudsopgave	3
Voorwoord	5
1. Inleiding en theoretisch kader	6
1.1. Aanleiding en doel van het onderzoek	6
1.2. Theoretisch kader	6
1.2.1. Hartpatiënten	6
1.2.2. Hartaandoeningen	8
1.2.3. Doelmanagement	8
1.2.3.1. Doelen vasthouden	9
1.2.3.2. Doelen aanpassen	10
1.2.3.3. Doelen loslaten	10
1.2.3.4. Nieuwe doelen vinden	11
1.2.4. Depressie	12
1.2.5. Lichaamsbeleving	14
1.2.6. Onderzoeksvragen & hypotheses	15
2. Methode	17
2.1. Respondenten & werving	17
2.2. Enquête	18
2.3. Vragenlijsten	19
2.3.1. Kwaliteit van leven	19
2.3.2. Bedreigde doelen	19
2.3.3. Doelmanagement	20
2.3.4. Depressieve symptomen	21
2.3.5. Lichaamsbeleving	21
2.4. Analyse van de data	21
3. Resultaten	22
3.1. Resultaten per vraagstelling	22
3.1.1. Hoe ervaren hartpatiënten zelf hun gezondheid, in vergelijking met voordat ze een hartaandoening hadden?	22
3.1.2. Op welke gebieden ervaren hartpatiënten problemen?	23
3.1.3. Speelt het vasthouden van doelen, doelaanpassing, het loslaten van doelen en	24

<i>respectievelijk het opstellen van nieuwe doelen een rol bij hartpatiënten, wanneer zij wensen, doelen of plannen niet kunnen realiseren?</i>	
<i>3.1.4. In welke mate ervaren hartpatiënten depressieve gevoelens? En hoe verhoudt zich dat tot doelmanagement?</i>	25
<i>3.1.5. Hoe is de relatie tussen lichaamsbeleving en doelmanagement strategieën? En hoe is de relatie tussen lichaamsbeleving en depressieve symptomen?</i>	26
4. Conclusies en discussie	27
<i>4.1.1. Gezondheid</i>	27
<i>4.1.2. Bedreigde doelen</i>	28
<i>4.1.3. Doelmanagement</i>	30
<i>4.1.4. Depressie & Doelmanagement</i>	30
<i>4.1.5. Lichaamsbeleving, Doelmanagement & Depressie</i>	34
4.2. Eindconclusie en aanbevelingen vervolgonderzoek	36
Referenties	38
Bijlage	41

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van mijn bacheloropdracht voor de opleiding Psychologie aan de Universiteit Twente. In de maanden dat ik mij heb bezig gehouden met het schrijven van deze scriptie heb ik ontzettend veel geleerd over hoe mensen met onrealiseerbare doelen omgaan, hoe hartpatiënten en depressie met elkaar verbonden zijn en heb ik me verdiept in lichaamsbeleving.

Doordat mijn vader hartpatiënt is geworden twee jaren geleden was het voor mij erg interessant om mijn onderzoek over hartpatiënten te doen en me te verdiepen in de oorzaken, aantallen en soorten aandoeningen. Daarnaast heb ik me altijd meer willen verdiepen in depressie, mede doordat in mijn omgeving veel mensen te kampen krijgen met deze ziekte. Het toevoegen van het begrip lichaamsbeleving was na aanleiding van een gesprek met dr. Christina Bode, waardoor mijn onderzoek uitgebreider zou worden en meer diepgang zou krijgen.

Dit onderzoek heb ik echter niet alleen hoeven doen. Mijn nadrukkelijke dank gaat uit naar dr. Christina Bode, omdat door haar enthousiasme, haar professionele visie op het doen van onderzoek, haar vele adviezen en haar engelengeduld met mijn af en toe chaotische manier van doen ervoor hebben gezorgd dat ik uiteindelijk dit onderzoeksverslag kan afleveren. Daarnaast wil ik graag Roos Y. Arends bedanken voor haar kritische blik op mijn onderzoek, wat uiteindelijk geholpen heeft met het scheppen van een rode draad in mijn scriptie.

Met dit onderzoek hoop ik iets toe te voegen aan de reeds bestaande onderzoeken en literatuur. Ik hoop dat de resultaten van mijn onderzoek een basis mogen zijn voor mogelijk vervolgonderzoek, zodat meer informatie verschaft kan worden over doelmanagement, depressie en/of lichaamsbeleving, dan wel bij hartpatiënten, dan wel bij patiënten met een andere chronische aandoening.

Enschede, 1 november 2010

Kelcy Mooijweer

1. Inleiding en theoretisch kader

In dit onderdeel is de aanleiding voor het onderzoek beschreven. Er is ingegaan op hartaandoeningen, doelmanagement, depressie en lichaamsbeleving.

1.1. Aanleiding en doel van het onderzoek

Mensen hebben doelen nodig in hun leven. Volgens Wrosch, Scheier, Carver, & Schulz (2003a) leiden mensen hun leven door doelen op te stellen voor zichzelf en hieraan te werken.

Maar wat gebeurt er met deze doelen, wanneer iemand hartpatiënt wordt en deze doelen niet meer haalbaar zijn? Passen ze de doelen aan, stellen ze zichzelf nieuwe doelen, laten ze de gestelde doelen los of houden ze zich juist vast aan de doelen? En wat voor invloed heeft dat op depressiviteit en lichaamsbeleving?

Er zijn meerdere onderzoeken verricht die aantonen dat het loslaten van doelen en het opstellen van nieuwe doelen een rol spelen en positief gerelateerd kunnen worden aan subjectief welbevinden.

Volgens Wrosch et al (2003b) kan het opgeven van niet haalbare doelen mensen beter in staat stellen om nieuwe doelen te maken. De capaciteit om te kunnen aanpassen, is ook gerelateerd aan het welbevinden en de gezondheid van mensen. Het lijkt erop dat vooral mensen die gemakkelijk onrealiseerbare doelen opgeven, hier vooral voordeel uit halen (Wrosch, Scheier, Miller et al., 2003b)

Het doel van dit onderzoek was inzicht te krijgen in doelmanagement, depressie en lichaamsbeleving bij hartpatiënten, en wat de relaties zijn tussen deze drie factoren.

1.2. Theoretisch kader

1.2.1. Hartpatiënten

Hart-en vaatziekten zijn doodsoorzaak nummer één bij volwassenen in de Verenigde Staten en in andere geïndustrialiseerde landen (Sans, Kesteloot en Kromhout, 1997. Watson, 2000). Na het overleven van een infarct is het risico op sterven nog steeds hoog, met meer dan een half miljoen doden in de United States (National Heart Lung and Blood Institute, 2002). In procenten is hierna nog steeds 10% tot 30% kans dat hij of zij zal sterven in de komende twee jaren; het aantal mensen dat sterft toont een hoge correlatie met leeftijd, in de zin dat eerder oudere mensen zullen sterven dan jongere (Vaccarino et al, 2001).

Nederland telt hedendaags naar schatting ongeveer een miljoen patiënten met hartziekten. Men verwacht dat dit aantal in 2012 zal toenemen naar 1,3 miljoen patiënten.

De eerste vereniging in Nederland voor hartpatiënten, de Nederlandse Hartpatiënten Vereniging, werd opgericht in 1970 als reactie op zowel het schrikbarend hoge aantal hartpatiënten, als op de zeer lange wachttijden voor de hartpatiënten. Lange wachttijden waren echter niet het enige probleem dat het leven als hartpatiënt met zich meebracht. Gedurende lange tijd boden gespecialiseerde ziekenhuizen te weinig capaciteit, bleef uitbreiding van het aantal hartoperaties uit, kwamen er geen nieuwe hartchirurgische centra bij en bleven ziektekostenverzekeraars een obstakel vormen, in de zin dat niet alle kosten gedekt werden(Nederlandse Hartstichting, 2010).

Deze problemen bestaan tegenwoordig nog steeds, maar treden minder sterk op de voorgrond voor hartpatiënten, doordat de omstandigheden in de ziekenhuizen verbeterd zijn en de obstakels bij de ziektekostenverzekeraars verminderd. Daarentegen moet een hartpatiënt met nieuwe problemen leren omgaan. Doordat het fenotype van hartpatiënten niet afwijkt van dat van gezonde mensen, wordt vaak geen rekening gehouden met hun beperkingen, waardoor ze in een veeleisende maatschappij veelal te maken krijgen met onbegrip van de omgeving.

Hartpatiënten stuiten ook op onbegrip van henzelf. Doordat het moeilijker is om doelen los te laten die door anderen in de groep of cultuur als norm worden gezien(Wrosch et al, 2003a), houden sommige hartpatiënten vast aan doelen, terwijl ze deze veelal niet meer kunnen realiseren.

Ondanks dat het aantal hartpatiënten toeneemt, neemt sinds 1970 de sterfte aan hartziekten af. De oorzaak hiervan is niet precies bekend. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de vooruitgang van de medische behandelingen van invloed is geweest op de afname van de sterfte aan hartziekten. Daarnaast is het mogelijk dat een veranderde levensstijl met minder gebruik van dierlijke vetten in het voedsel hierop invloed gehad. Dit zorgt voor een lager cholesterol gehalte, wat gezonder is voor het hart. Deze daling betreft grotendeels het aantal mannen dat aan hartziekten lijdt; bij vrouwen neemt het aantal sterfgevallen door ziekten toe. De oorzaak van deze toename is volgens de Medische Encyclopedie van Aalders(2002), waarschijnlijk gelegen in het feit dat vrouwen meer zijn gaan roken. Vooral roken gecombineerd met het gebruik van hormonale anticonceptiemiddelen geeft meer kans op het ontstaan van hartziekten. Het feit dat vrouwen normaliter minder aan deze ziekten lijden, wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de beschermende werking van het hormoon oestrogeen, dat bij vruchtbare vrouwen geproduceerd wordt.

Hartziekten komen weliswaar op alle leeftijden voor, maar bij kinderen en jongeren zijn zij betrekkelijk zeldzaam. Bij mensen van middelbare leeftijd ziet men ze vaker en verreweg het talrijkst zijn ze bij ouderen(vrouwen vanaf 65 jaren, mannen vanaf 60). Bij kinderen gaat het voornamelijk om aangeboren hartafwijkingen, bij ouderen meer om tijdens het leven ontstane hartafwijkingen(Aalders, 2002).

Nadat een hartpatiënt geholpen is in het ziekenhuis, ondergaat hij een revalidatieproces en moet hij daarna proberen de draad van het leven weer op te pakken. Dit is echter niet gemakkelijk. Het infarct heeft

duidelijk gemaakt dat het leven kwetsbaar is, waardoor de patiënt eerst weer vertrouwen in het leven moet krijgen en in zijn eigen lichaam.

Daarnaast staan hartpatiënten de rest van hun leven onder controle bij de cardioloog en moeten ze levenslang medicijnen innemen. Deze medicijnen zorgen voor milde tot zware bijwerkingen, en doordat ze die medicijnen op gezette tijden moeten innemen, worden ze ook op die manier beperkt in hun leven.

Uit onderzoek van Tasneem en collega's(2005) is gebleken dat één op de vijf hartpatiënten een klinische depressie krijgt, een ziekte die moeilijk overgaat en die zich uit in niet kunnen slapen, eten niet lekker vinden, je moe voelen, gevoelens niet onder controle kunnen houden, zichzelf niet kunnen concentreren, lusteloosheid, wanhoop en slecht voor zichzelf kunnen zorgen.

1.2.2. Hartaandoeningen

Om het begrip 'hartpatiënt' duidelijker te maken, worden hieronder de verschillende vormen van hartaandoeningen beschreven.

Het hart zorgt ervoor dat het bloed constant door ons lichaam stroomt en alle stoffen aan-en afvoert die overal nodig zijn of die het lichaam kwijt moet. Het hart is een spier die werkt als een pomp en die zuurstof nodig heeft. Die krijgt het uit de kransslagaders: zolang die slagaders van binnen gladde wanden hebben, ontstaan er geen problemen en kunnen ze genoeg bloed en zuurstof aan het hart afgeven. Problemen ontstaan echter wel als de kransslagaders van binnen dichtslibben, waardoor een opeenhoping van bloedplaatjes, cholesterol en kalk ontstaat(plaque).

Langs een plaque kan minder bloed stromen, waardoor het hart minder zuurstof krijgt dan dat het op een gegeven moment nodig heeft, waardoor een hartinfarct kan ontstaan.

Er bestaan verschillende soorten hartaandoeningen, die ieder een eigen behandeling vereisen. Een aangeboren hartafwijking vereist een andere aanpak dan hartfalen, hartklepaandoeningen, hartritmestoornissen, hartspierziekte(cardiomyopathie) of ontstekingen aan het hart.

De impact van een operatie hangt weer onder meer samen met het soort operatie. Het maakt verschil of de patiënt een dotter-en stentbehandeling moet ondergaan(heft vernauwingen op van de kransslagaders door middel van stent(s)), een bypass-of omleidingsoperatie(de zwaardere variant van dotteren), een hartklepoperatie, ablatie(weefsel beschadigen om hartritmestoornissen te voorkomen), ICD(geeft elektrische schok aan het hart bij een levensbedreigende situatie) of een pacemaker moet laten plaatsen(apparaat wat het hartritme regelt)(Nederlandse Hartstichting, 2010).

1.2.3. Doelmanagement

Tijdens het onderzoek zal onder een doel verstaan worden hetgeen gedrag motiveert, structureert en

stuurt en wat men bewust beoogt te bereiken.

Wrosch & Scheier (2003) gaven aan dat doelen gezien kunnen worden als centrale bouwstenen van de menselijke ontwikkeling, omdat ze gedrag structureren en in een bepaalde richting sturen. Doelen zijn ook belangrijke factoren bij het omgaan met belangrijke levensgebeurtenissen. Ze geven structuur aan menselijk gedrag na ervaringen van verlies en problemen en helpen zo bij een positieve aanpassing aan negatieve gebeurtenissen (Wrosch & Scheier, 2003).

De manier waarop individuen omgaan met doelen, blijkt een belangrijke rol te spelen in de ontwikkeling van emotionele problemen na een medische gebeurtenis. Persoonlijke doelen hebben en het nastreven hiervan is enorm belangrijk voor het psychologisch welzijn (Emmons, 2003; Lazarus 1993)

Het kiezen van persoonlijke doelen blijkt afhankelijk te zijn van meerdere factoren. Eerdere studies van Nurmi et al (1991; 1992) die verschillende leeftijdsgroepen vergeleken met elkaar, toonden aan dat individuele doelen verschillen. Deze verschillen zijn gebaseerd op de ontwikkelde vaardigheden, leeftijd, mogelijkheden en het type persoon.

Volgens Nurmi (1993) en Salmela-Aro (2001) zijn, wanneer aan adolescenten en jong volwassenen naar hun persoonlijke doelen wordt gevraagd, hun antwoorden gebaseerd op hun toekomstige educatie, familie, activiteiten, beroep, vrije tijd en zelf-gerelateerde topics.

Ten eerste, wanneer jonge mensen volwassen worden, geven ze doelen aan die zijn gerelateerd aan het leven van hun kinderen, eigendommen en reizen; naast dat wat gerelateerd is aan hun beroep en werkende leven, terwijl de ouderen zich juist meer focussen op gezondheid en hechte relaties.

Ten tweede mag aangenomen worden dat de persoonlijke doelen van mensen een belangrijke rol spelen in de manier waarop ze keuzes maken en verschillende richtingen kiezen voor hun toekomst. Mensen kiezen doelen op basis van individuele motivaties en beschikbare mogelijkheden. Deze doelen bevredigen hun persoonlijke behoeftes en vormen een basis voor hun gedrag (Nurmi, 1993; Salmela-Aro, 2001).

De verschillende vormen van doelmanagement zullen hieronder uitgelegd worden.

1.2.3.1 Doelen vasthouden

Één van de mogelijkheden van doelmanagement, is het vasthouden van doelen. Volgens Wrosch et al. (2003a) is het goed te streven naar het behalen van realiseerbare doelen. Men moet deze doelen proberen vast te houden zolang deze nog redelijk haalbaar zijn.

Deze opvatting steunden Brandtstädter & Rothmund (2002). Zij stelden dat zolang een persoon kans ziet om een doel te bereiken, deze ervoor moet zorgen zo weinig mogelijk van dit doel af te moeten wijken.

Wanneer een doel niet haalbaar lijkt, kan men proberen op een andere manier het doel te bereiken. Soms is het mogelijk het doel alsnog te bereiken als men de handelwijze aanpast.

Wrosch et al (2003a) noemden een voorbeeld van iemand die zich wou inzetten voor het goede doel, maar dit door middel van ziekte niet meer optimaal kon bereiken. Wel was hij in staat in geld te doneren, zodat het hogere doel, het goede doel helpen, alsnog gehaald wordt.

Ditzelfde geldt voor hartpatiënten. Voordat de persoon hartpatiënt werd, had hij bijvoorbeeld als doel om nooit een auto te gebruiken, aangezien hij dit slecht vond voor het milieu. Door zijn ziekte is hij echter niet meer in staat om alles per fiets af te leggen, maar hij kan nu bijvoorbeeld ook met het openbaar vervoer gaan, zodat het hogere doel(het milieu helpen) nog steeds gehaald wordt.

1.2.3.2 Doelen aanpassen

Volgens Brandtstädter & Rothermund (2002) hebben mensen het van nature in zich om doelen te kunnen aanpassen als deze bedreigd lijken. Men kan doelen aanpassen door ze lager te stellen of door ze te compenseren.

Het geheel opgeven van eigen doelen zorgt juist eerder voor een slechtere gemoedstoestand, waardoor het beter is om je oude doelen dan maar aan te passen aan de omstandigheden(Brandtstädter & Rothermund, 2002)

Wanneer men andere, haalbare doelen opstelt binnen hetzelfde domein geeft men niet het totale doel op(Wrosch et al, 2003a). Als voorbeeld noemden Wrosch et al. (2003a) dat men als doel heeft om een nieuwe auto aan te schaffen. Dit blijkt te duur te zijn, dus gaat men op zoek naar een goedkopere auto, een tweedehands auto.

Een hartpatiënt zou bijvoorbeeld als doel kunnen hebben om topsport te blijven beoefenen. Dit blijkt door de ziekte niet haalbaar te zijn, maar hij zou wel kunnen proberen om op landelijk of lokaal niveau te presteren.

1.2.3.3. Doelen loslaten

Volgens Wrosch et al.(2003b) is het beter om de oude doelen los te laten en nieuwe doelen te stellen. Uit hun onderzoek is gebleken dat het opgeven van niet haalbare doelen geassocieerd wordt met een beter eigen welzijn. Vasthouden van oude doelen was daarentegen niet gerelateerd aan psychische gezondheid, maar had wel de negatieve consequentie dat de patiënt meer stress zal ervaren.(Wrosch et al, 2003b).

Daarnaast is volgens onderzoek van de psychologen Miller en Wrosch(2003)het zo, dat mensen die moeilijk bereikbare doelen loslaten, een lager niveau van CPR hadden. CPR is een indicator voor ontstekingsreacties in het lichaam. Deze ontstekingsreacties zijn weer gerelateerd aan verschillende ernstige ziektes, zoals diabetes en hartziektes. Het is gezonder, volgens Miller & Wrosch, om je verlies te nemen als je met een obstakel wordt geconfronteerd, zodat het CPR gehalte laag blijft.

Om deze hypothese te onderzoeken, hebben onderzoekers verschillende groepen mensen vergeleken. Het loslaten van doelen toonde bij mensen met AIDS aan dat het positief gecorreleerd is met een hoog niveau van subjectief welzijn, evenals bij mensen die gehandicapte kinderen hadden, die een scheiding ervoeren op latere leeftijd, en voor vrouwen die ongewild kinderloos waren (Wrosch et al, 2003b).

Onrealistische pogingen om vast te houden aan doelen die niet haalbaar zijn, zijn gerelateerd aan periodes van stress en depressie (Wrosch et al, 2003a). Hartpatiënten die het niet kunnen loslaten dat ze bijvoorbeeld bepaalde sporten niet meer kunnen beoefenen, waarbij druk op het hart wordt uitgeoefend, zullen dus eerder stress en depressieve symptomen ondervinden, dan hartpatiënten die dat wel doen.

1.2.3.4. Nieuwe doelen vinden

Een andere manier van doelmanagement is het opstellen van nieuwe doelen. Het kan ook zo zijn dat men al een nieuw doel opstelt terwijl men een bedreigd doel nog niet heeft losgelaten (Wrosch et al., 2003b).

Er is een onderzoek gedaan door Schroevers, Kraaij en Garnefski (2008) naar de rol van doelmanagement en verschillende strategieën voor het reguleren van cognitieve emoties, in verband met het psychologische welzijn van kanker patiënten. De uitslag is hieronder geplaatst.

Tabel 1: *Doelmanagement, reguleren Cognitieve Emoties & Psychologisch Welzijn bij Kankerpatiënten*

	Goal adjustment		Cognitive emotion-regulation strategies			Affect	
	Goal disengagement	Goal reengagement	Rumination	Catastrophizing	Positive refocusing	Positive affect	Negative affect
Goal adjustment							
Goal disengagement	–						
Goal reengagement	.34***	–					
Cognitive emotion-regulation strategies							
Rumination	–.21*	–.16*	–				
Catastrophizing	–.33***	–.27**	.51***	–			
Positive refocusing	.09	.18*	–.10	–.17*	–		
Affect							
Positive affect	.20*	.38***	–.17*	–.23**	.42***	–	
Negative affect	–.24**	–.24**	.37***	.40***	–.29**	–.36***	–

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Deze resultaten suggereren dat het stellen van nieuwe doelen belangrijker is voor het welzijn van kankerpatiënten dan het loslaten van doelen, wat wellicht inhoudt dat dat voor hartpatiënten ook zo is.

Een persoon kan zich losmaken van een onhaalbaar doel, voordat hij een nieuw doel opstelt; of hij kan voor een alternatief gaan, zoals een nieuw doel zoeken en dit vermengen met zijn oude doel, zonder zijn oude doel op te geven. Of een persoon nou wel of niet zijn oude doelen opgeeft, het effect van andere betekenisvolle doelen wordt gezien als cruciaal voor het welzijn van de mens, waardoor minder stress

ervaren wordt(Wrosch et al, 2003b).

Deze bevindingen suggereren dat gezondheidsdeskundigen die met hartpatiënten werken, patiënten kunnen helpen bij het identificeren en opstellen van nieuwe betekenisvolle en haalbare doelen. Het helpen van de patiënt met het zoeken van nieuwe belangrijke doelen geeft de patiënt de mogelijkheid een beter welzijn en meer betekenis in zijn leven te ervaren.

1.2.4. Depressie

Uit onderzoek van Eimers(2008), blijkt dat het hebben van een depressie kan leiden tot nieuwe hartziekten. Depressieve hartpatiënten houden zich minder vaak aan behandeladviezen en komen drie keer zo vaak niet opdagen op afspraken met hun cardioloog. Ze missen de motivatie om hun leven weer op te pakken en hun leefstijl te verbeteren. Toch blijkt uit datzelfde onderzoek, dat behandeling van depressie door antidepressiva bij hartpatiënten nauwelijks effect heeft op het voorkomen van nieuwe hartinfarcten. Er kan geconcludeerd worden dat het slikken van antidepressiva door depressieve hartpatiënten geen enkel effect heeft op het verloop van hun hartkwaal, omdat het slikken van antidepressiva vaak geen invloed heeft op het verloop van de depressie. De effecten van antidepressiva worden zwaar overschat, niet alleen bij hartpatiënten, maar bij alle depressieve mensen.

Daarnaast hebben hartpatiënten zeven keer zoveel kans op een depressie dan gemiddeld. Bovendien overlijden depressieve hartpatiënten eerder dan niet- depressieve hartpatiënten(Eimers, 2008).

Onderzoekers hebben op een andere manier ook vastgesteld dat een depressie kan leiden tot een hartinfarct en andersom. (Glassman et al, 1998)

Er is aangetoond dat de doorbloedingsstoornissen die bij een hartinfarct in de kransslagader ontstaan, kunnen leiden tot psychische problemen. Andersom kan het zenuwstelsel van depressieve patiënten die klinisch gezond zijn, verstoord raken en tot een hogere bloeddruk leiden, wat de kans op een hartinfarct weer vergroot. Volgens Glassmann heeft 17 tot 27 procent van de ziekenhuispatiënten met hartziekten tegelijkertijd een zware depressie.

Daarnaast hebben verschillende studies bij depressieve mensen de voorspellende rol van depressie of depressieve symptomen gedemonstreerd bij de ontwikkeling van een hartaandoening. De resultaten van twee recente meta-analyses steunen de hypothese dat depressie een risicofactor is voor het verkrijgen van een hartaandoening(Rugulies, 2002; Wulsin & Singal, 2003) Het risico om een aandoening te krijgen is 60% hoger bij depressieve patiënten dan bij niet-depressieve patiënten.

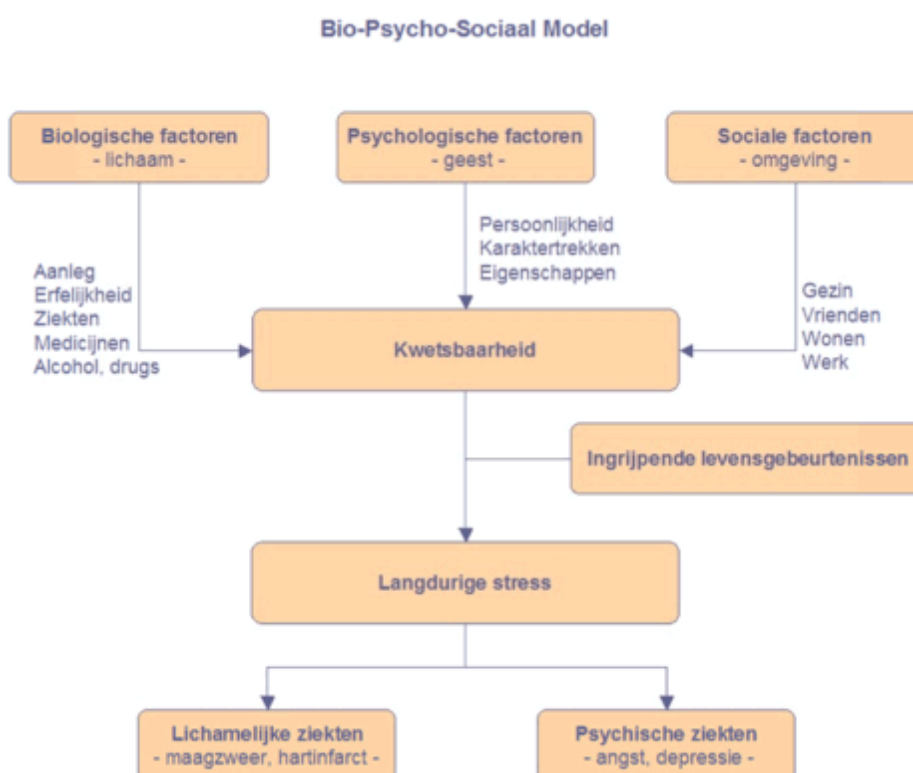
Mogelijk speelt ook risicogedrag bij de relatie tussen depressieve symptomen en hartproblemen een grote rol.

Risicogedrag bij hartpatiënten is gedrag dat gepaard gaat met een verhoogd risico op cardiovasculaire morbiditeit. Voorbeelden hiervan zijn roken, gebrek aan lichaamsbeweging en het zich niet houden aan medicatievoorschriften. In de groep hartpatiënten met depressieve symptomen komt dit soort risicogedrag meer voor, waardoor de kans op (meer)hartproblemen ontstaat. Bij een depressie lijkt het leven minder waardevol, waarbij soms doelen gekozen worden die minder gunstig zijn voor de lichamelijke gezondheid, zoals roken.

Zo stoppen depressieve hartpatiënten minder met roken dan niet-depressieve hartpatiënten(Thorndike et al, 2008). Daarnaast heeft een systematische review aangetoond dat stoppen met roken bij hartpatiënten kan leiden tot een reductie van het aantal sterfgevallen met 36%(Critchley en Capewell, 2003). Met intensieve counseling gedurende een periode van minimaal zes maanden, is het percentage hartpatiënten dat na een infarct stopt met roken 60% hoger, zo blijkt uit een meta-analyse. (Barth J, Critchley J, Bengel J, 2008).

Depressies hebben niet één duidelijke oorzaak, maar ontstaan door een combinatie van biologische, sociale, en psychische factoren. Dit wordt door het Fonds Psychische Gezondheid(2010) het bio-psycho-sociale model genoemd. De belangrijkste biologische factor is erfelijkheid, de belangrijkste sociale factor is een schokkende of verdrietige gebeurtenis en de belangrijkste psychische factor, die tot een depressie kan leiden, zijn iemands persoonlijke eigenschappen(Fonds Psychische Gezondheid, 2010). Zie Figuur 1 voor nadere uitleg.

Figuur 1: *Bio-Psycho-Sociaal Model*



Al eerder werd gevonden dat er een relatie bestaat tussen onrealiseerbare doelen en depressie, waaruit geconcludeerd werd dat acceptatie van het niet kunnen realiseren van de doelen, het risico op depressiviteit kon verminderen (Schroevers, Kraaij & Garnefski, 2007).

Om een relatie te vinden tussen doelmanagement en depressie bij hartpatiënten, is het logisch om het begrip 'hartpatiënt' in dit onderzoek goed te definiëren.

De verwachting is dat een patiënt die nog maar vrij recent heeft gehoord dat hij de rest van zijn leven hartpatiënt blijft, daar anders mee zal omgaan, dan iemand die al tien jaren lang hartpatiënt is. Een jong iemand zal hoogst waarschijnlijk anders reageren op noodgedwongen aanpassingen dan een ouder iemand. Daarnaast wordt verwacht dat de mate van ernst sterk samenhangt met de manier waarop iemand reageert/zich aanpast; iemand met een ernstige aandoening, waardoor hij meer beperkt is in zijn leven dan iemand met een minder aanwezige aandoening, zal waarschijnlijk anders met zijn doelen omgaan.

De respondentengroep zal echter niet worden geselecteerd op bovengenoemde factoren. Aangezien de kans aanwezig is dat deze factoren uiteindelijk wel zullen meespelen in de resultaten, zullen de mogelijke consequenties hiervan wel besproken worden in de conclusie. In deze scriptie wordt een hartpatiënt beschouwd als iemand die ooit hartklachten heeft gehad en de rest van zijn leven onder controle moet staan bij de cardioloog, ongeacht leeftijd, mate van ernst, jaar van aandoening etc. Deze mensen moeten de rest van hun leven verschillende medicijnen slikken, als cholesterolverlagers, medicijnen voor een hoge bloeddruk, bloedverdunners en bètablokkers; die stuk voor stuk bijwerkingen met zich meebrengen.

1.2.5. Lichaamsbeleving

In de gezondheidspsychologie wordt aangenomen dat lichaam en geest onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en niet betekenisvol van elkaar gescheiden kunnen worden. Het lichaam is voorspelbaar, vertrouwd en tot op zekere hoogte controleerbaar. Verder wordt het lichaam gezien als deel van de identiteit: het helpt doelen te bereiken en behoeftes te bevredigen.

Uit onderzoek van Van der Heij (2007) blijkt dat zolang het lichaam gezond is, stelt het lichaam ons in staat die dingen te doen, die we graag willen doen. Het maakt het mogelijk de wereld om ons heen te verkennen, contact te maken met anderen en activiteiten te ondernemen.

Verder blijkt dat door jarenlange ervaring, bekend is, wat het eigen lichaam wel en niet kan, hoe het eruitziet en wat bepaalde lichaamssignalen betekenen. Er is vertrouwen in het lichaam, wat veelal onbewust aanwezig is. De relatie tussen het lichaam en het gevoel van het eigen unieke bestaan, kan beschouwd worden als die van partners: er wordt geluisterd naar elkaar, er wordt samengewerkt en de eenheid tussen beide leidt tot een eigen identiteit en positieve zelfwaardering. Men zal harmonie ervaren

tussen lichaam en het gevoel van het eigen unieke bestaan.

Op het moment dat een chronische aandoening haar intrede doet, zoals een hartaandoening, geeft het lichaam signalen af die het individu niet herkent en waarvoor een arts nodig is om ze duidelijk te maken. Het vertrouwde lichaam is opeens niet meer vertrouwd en men kan zich bedrogen voelen door het eigen lichaam, omdat het niet meer reageert als voorheen. Het lichaam vormt nu een belemmering om te doen wat het individu graag zou willen doen: het stelt eisen aan het voedings- en bewegingspatroon en het zorgt voor onaangename sensaties in de vorm van pijn en ander ongemak. Het lichaam vraagt dingen die niet passen bij het (gewenste) zelfbeeld, waardoor er een intern conflict kan ontstaan en het individu zich bewust wordt van het onderscheid tussen lichaam en het gevoel van het eigen unieke bestaan, wat de lichaam-zelf split genoemd wordt. In dit onderzoek zal dat omschreven worden als het ervaren van strijd. Vaak verafschuwt de patiënt zijn lichaam en voelt het lichaam niet meer als van hemzelf (Van der Heij, 2007).

Mogelijk is er een relatie tussen het ervaren van strijd en depressie. Wanneer iemand niet lekker in zijn vel zit, wat bij een depressie het geval is, kan dat het gevoel versterken dat het lichaam en het eigen unieke bestaan geen goede eenheid meer zijn, wat tot een slechte lichaamsbeleving kan leiden. Iemand die niet positief over het leven kan nadenken, zal ook geneigd zijn minder positief na te denken over de relatie tussen het lichaam en het gevoel van het eigen unieke bestaan.

Daarnaast wordt de relatie tussen doelmanagement en lichaamsbeleving ook onderzocht. Kan het zijn dat, doordat hartpatiënten vasthouden aan onrealiseerbare doelen of deze niet loslaten, dit in verband staat met een slechte lichaamsbeleving, omdat dat wijst op een inflexibele houding? Of geldt het juist dat, wanneer hartpatiënten zichzelf nieuwe doelen stellen of deze aanpassen, dit in verband staat met een goede lichaamsbeleving, doordat deze mensen beter in staat zijn zich aan te passen aan veranderende situaties, dus ook aan een lichaam wat niet meer functioneert als voorheen?

1.2.6. Onderzoeksvragen en hypotheses

Het blijkt dat er dus al redelijk veel onderzoek is gedaan naar depressie bij hartpatiënten. Echter, het begrip 'doelmanagement' is hier nog vrij weinig bij betrokken, evenals dat er nog vrij weinig bekend is over lichaamsbeleving bij hartpatiënten.

De onderzoeksvragen waar deze scriptie over zal gaan op basis van deze kennis zijn als volgt geformuleerd:

1. Hoe ervaren hartpatiënten zelf hun gezondheid, in vergelijking met voordat ze een hartaandoening hadden?
2. Op welke gebieden ervaren hartpatiënten problemen?
3. Speelt het vasthouden van doelen, doelaanpassing, het loslaten van doelen en respectievelijk het

opstellen van nieuwe doelen een rol bij hartpatiënten, wanneer zij wensen, doelen of plannen niet kunnen realiseren?

4a) In welke mate ervaren hartpatiënten depressieve gevoelens?

b) Hoe verhouden deze depressieve gevoelens zich tot doelmanagement?

5a) Hoe is de relatie tussen lichaamsbeleving bij hartpatiënten en doelmanagement strategieën?

b) Hoe is de relatie tussen lichaamsbeleving bij hartpatiënten en depressieve symptomen?

Op basis van de besproken literatuur zijn de volgende hypothesen gesteld:

Hypothese 1: Hartpatiënten zullen hun gezondheid als slechter beoordelen, dan voordat ze een hartaandoening kregen, aangezien hun veelal (lichamelijke) beperkingen worden opgelegd.

Hypothese 2: Hartpatiënten zullen problemen ondervinden op gebieden als werk, huishoudelijke taken, sociale relaties en hobby's/vrijtijdsbesteding.

Hypothese 3: Hartpatiënten zullen, mocht een doel niet haalbaar zijn, de verschillende vormen van doelmanagement gebruiken. Deze zijn doelen vasthouden, doelen aanpassen, doelen loslaten en nieuwe doelen stellen.

Hypothese 4a: Hartpatiënten zullen verschillende dimensies van depressie ervaren, aangezien het hebben van een hartaandoening kan leiden tot een depressie.

Hypothese 4b: Hartpatiënten die vasthouden aan onhaalbare doelen, zullen eerder depressieve symptomen vertonen dan hartpatiënten die niet te realiseren doelen loslaten of aanpassen, of zichzelf geheel nieuwe doelen stellen, aangezien de andere strategieën volgens onderzoeken beter zijn voor het welzijn.

Hypothese 5a: Hartpatiënten die vasthouden aan onhaalbare doelen, zullen eerder strijd ervaren in hun lichaamsbeleving, dan hartpatiënten die niet te realiseren doelen loslaten of aanpassen, of zichzelf geheel nieuwe doelen stellen, aangezien de andere strategieën volgens onderzoeken beter zijn voor het welzijn.

Hypothese 5b: Hartpatiënten die strijd ervaren in hun lichaamsbeleving, zullen eerder last van depressieve symptomen hebben; daarnaast zullen hartpatiënten die harmonie ervaren in hun lichaamsbeleving, minder last hebben van depressieve symptomen.

2. Methode

In dit onderdeel is de respondentengroep, de enquête, de onderzoeksmethode en de analyse beschreven.

2.1. Respondenten & werving

Aangezien er binnen dit onderzoek niet persé gekeken diende te worden naar een gemengde groep qua geslacht en leeftijd zijn de respondenten random verkregen. De enquête is op verschillende sites van hartpatiëntenverenigingen geplaatst, waardoor de hartpatiënten die aangemeld waren op deze sites de enquête konden invullen. Daarnaast is de enquête aan kennissen doorgestuurd, waarvan bekend was, dat ze aan een hartaandoening leden. Aan dit onderzoek hebben zowel mannen als vrouwen meegedaan.

In dit onderzoek zijn de interviews afgenomen bij volwassenen die gemiddeld tien jaren een hartaandoening hadden, variërend van twee weken tot maximaal 50 jaren. De leeftijd van de respondenten was minimaal 22 jaren en maximaal 77 jaren, met een gemiddelde leeftijd van 49 jaren. Een voorwaarde om aan het onderzoek deel te kunnen nemen, was dat men een hartaandoening had, ongeacht duur of aard van de hartaandoening.

Voor het invullen van de enquête was er ruime tijd beschikbaar. De enquête heeft drie maanden online gestaan, waarna 77 mensen de vragenlijsten hadden ingevuld.

Van de 77 enquêtes was er één niet bruikbaar voor de analyse, aangezien zijn gegevens onbetrouwbaar leken. Deze respondent is niet meegenomen in de uiteindelijke resultaten.

De gemiddelde score op de vraag 'Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid beoordelen?' is 3.18 met een standaardafwijking van .83, wat inhoudt dat de meeste antwoorden van de respondenten variëren van 'matig' tot 'zeer goed', en een gemiddelde van 'goed'

De kenmerken van de respondenten staan in Tabel 2 weergegeven.

Tabel 2 : Verdeling Respondenten qua leeftijd en sekse, Algemene Kenmerken en Ziektekenmerken

	Man 20-34	Man 35-49	Man 50-64	Man 65+	Vrouw 20-34	Vrouw 35-49	Vrouw 50-64	Vrouw 65+	Totaal
Aantal	2	3	23	7	8	11	19	3	76
Leeftijd (gemiddeld in jaren)	31	43	55	71	27	42	55	67	49
Hoogst genoten opleiding									
Geen opleiding	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Basisonderwijs(lager onderwijs)	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Lager beroeps- onderwijs(LBO,huishoud-school, LEAO, LTS etc.)	0	0	2	1	0	1	4	0	8
MAVO, (M)ULO, 3-jarige HBS, VMBO	0	1	3	1	0	0	4	1	10
Middelbaar beroeps- onderwijs(MTS, MEAO, etc.)	1	0	6	2	0	2	6	1	18
Hoger beroeps- onderwijs(HTS, HEAO, etc.)	0	1	11	1	2	7	4	1	27
Wetenschappelijk onderwijs(universiteit)	1	0	1	2	6	1	1	0	12
Burgelijke stand									
Ongehuwd/ niet samenwonend	1	1	0	0	4	2	1	0	9
Ongehuwd/ samenwonend	1	1	0	0	4	2	3	0	11
Gehuwd	0	1	20	4	0	5	12	1	43
Weduwe/ weduwnaar	0	0	1	2	0	0	0	1	4
Gescheiden	0	0	2	1	0	2	3	1	9
Huidige situatie									
Fulltime werk	2	1	13	0	6	7	5	0	34
Parttime werk	0	1	5	0	1	4	4	0	15
Huishouden	0	0	0	1	0	0	8	1	10
School of studie	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Werkloos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arbeidsongeschikt(WAO, WIA)	0	1	5	0	0	0	2	0	8
Gepensioneerd(AOW, VUT)	0	0	0	6	0	0	0	2	8
Hartziekte									
Hartfalen	0	0	3	1	0	1	3	0	8
Hartritestoornissen	1	0	2	0	1	1	5	0	10
Hartspierziekte(cardiomy opathie)	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Ontstekingen aan het hart	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hartinfarct	1	2	13	2	1	5	7	1	32
Hartklepaandoening	0	0	1	1	2	1	2	1	8
Aangeboren hartafwijking	0	0	1	0	4	1	0	0	6
Angina Pectoris	0	1	3	1	0	0	2	0	7
Anders	0	0	0	2	0	1	0	0	3
Weet ik niet	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aantal jaren geconfronteerd met hartziekte (gemiddeld in jaren)	2,0	3,0	8,2	11,6	23,3	6,2	5,3	17,0	10

2.2.Enquête

Bij het opstellen van de vragen voor de enquête is uitgegaan van de probleemstelling en het theoretisch kader. Aan de hand hiervan is een lijst opgesteld met onderwerpen die aan de orde dienden te komen. Deze onderwerpen zijn geoperationaliseerd en vervolgens zijn er per onderwerp gestandaardiseerde

vragenlijsten ingezet. Deze vragenlijsten zijn in een logische volgorde gezet en zowel inhoudelijk als op formulering gecheckt. De antwoorden op de vragen hebben uiteindelijk geleid tot een beantwoording van de vraagstellingen van dit onderzoek.

De enquête bestaat uit zes delen. Te weten een inleiding waarin het doel van het interview en de opbouw van het interview is uitgelegd en waarin aangegeven is dat er vertrouwelijk met de gegevens zal worden omgegaan. Dan volgen algemene vragen zoals de vraag naar leeftijd. Het derde onderdeel bevat inleidende vragen over hoe de respondent zijn gezondheid en welzijn beoordeelt. Dan volgen de vragen met betrekking tot de hartaandoening en de invloed van het hebben van een hartaandoening op het leven van de patiënt. In dit gedeelte is er gevraagd naar de doelen en hoe de patiënt omgaat met het stellen en niet kunnen nastreven van doelen. Het vijfde onderdeel bevat vragen betreffende gevoel. Hier zijn de vragen met name gericht op het meten van depressieve gevoelens en hoe de patiënt zijn lichaam beleeft.

Ten slotte is de enquête afgesloten door te vragen of de persoon nog bepaalde dingen kwijt zou willen over het onderwerp, of dat hij op de hoogte gehouden wil worden van de vorderingen van het onderzoek per email en de persoon nogmaals te bedanken voor de medewerking. De uiteindelijke versie van de enquête is opgenomen in de bijlage.

2.3. Vragenlijsten

2.3.1. Kwaliteit van leven

De SF-36v2 van Kaplan & Saccuzzo(2001) meet de kwaliteit van leven zoals die door de persoon wordt ervaren. In het bijzonder wordt het functioneren van personen op het fysieke, psychische en sociale gebied en de subjectieve evaluatie daarvan beschreven.

Het is een multidimensioneel instrument, bestaande uit acht dimensies, waarvan de twee dimensies 'fysiek functioneren' en 'algemene gezondheidsbeleving' gebruikt zijn. Daarnaast wordt gevraagd naar veranderingen in gezondheid. Per dimensie worden de scores op de items gesommeerd en getransformeerd naar een schaal van 0 tot 100. Een hogere score betekent een betere gezondheidstoestand.

Wij gebruikten deze items om te meten hoe erg hartpatiënten belemmerd worden door hun aandoening.

De betrouwbaarheid van de dimensies zijn respectievelijk .91 en .90.

2.3.2. Bedreigde doelen

Bedreigde doelen zijn gemeten door een deel van de Goal Obstruction Questionnaire (GOQ; V. Kraaij, N. Garnefski, 2008) te gebruiken. De GOQ meet wat mensen doen wanneer belangrijke levensdoelen op

verschillende domeinen niet langer haalbaar zijn, door een stressor, in dit geval het hebben van een hartaandoening.

De subschalen bestaan uit vier items met vragen over doelen, op vier specifieke domeinen: werk, huishoudelijke of verzorgende taken, sociale relaties en vrijetijdsbesteding. De items hebben een vijfpuntsschaal van Likert. De subschaal score kan verkregen worden door de vier items op te tellen.

Deze vragenlijst heeft in deze studie een betrouwbaarheid van .80.

2.3.3. Doelmanagement

In het onderzoek werden vier vormen van doelmanagement gemeten. Voor het meten van het gebruik van de strategieën 'nieuwe doelen stellen' en 'doelen loslaten', is gebruik gemaakt van de vragenlijst van Wrosch et al. (2003), de Goal Attainment Scaling, oftewel GAS. De vragenlijst bestaat uit een aantal stellingen, die alle starten met 'Als ik moet stoppen met het nastreven van een belangrijk doel in mijn leven...'. Er kan gekozen worden op een vijfpuntsschaal die loopt van 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'. De stellingen hebben te maken met nieuwe doelen stellen (vb. overtuig ik mijzelf ervan dat ik andere belangrijke doelen heb om na te streven) of met het loslaten van bedreigde doelen (vb. verlaag ik gemakkelijk mijn inspanningen om het doel te bereiken). De verdeling van de verschillende strategieën zijn als volgt; bedreigde doelen loslaten (items 1, 3r, 6r en 8), met een maximaal te behalen score van 20, minimaal 4, en nieuwe doelen stellen (items 2,4,5,7,9 en 10), met een maximaal te behalen score van 30, minimaal 6. De betrouwbaarheid van de twee delen van de vragenlijst zijn $\alpha = .72$ voor doelen loslaten en $\alpha = .90$ voor nieuwe doelen stellen

Om de doelmanagement strategieën 'doelen vasthouden' en 'doelen aanpassen' te meten, is gebruik gemaakt van de Goal Pursuit Scale en de Flexible Goal Adjustment Scale (Flexten) van Brändtstadter (1990). De Flexten bestaat uit een aantal stellingen, die beantwoord kunnen worden door midden van een vijfpuntsschaal, die loopt van 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'. De stellingen hebben betrekking op doelen vasthouden (vb. Hoe moeilijker een doel te bereiken is, hoe aantrekkelijker ik het vind.) en op doelen aanpassen (vb. Zelfs in de grootste tegenslagen zie ik vaak nog iets positiefs.). Deze vragenlijst bevat 30 items, die onderverdeeld zijn in items die betrekking hebben op doelen vasthouden (items 2,3,5,6r,7,9r,10r,11r,12r,14r,18r,20r,22r,27 en 28) en doelen aanpassen items (1r,4,8,13r,15,16,17,18,21,23,24,25,26r,29 en 30r), beide met een maximaal te behalen score van 75 en minimaal 15. De betrouwbaarheid van deze twee onderdelen is $\alpha = .91$ voor doelen vasthouden en $\alpha = .83$ voor doelen aanpassen.

2.3.4. Depressieve symptomen

De Zung Self-rating Depression scale(SDS) kan voor drie doeleinden ingezet worden: het meten van veranderingen gedurende behandeling, het onderscheiden van patiënten met depressie van patiënten met andere diagnoses en het meten van depressieve symptomen. De schaal bevat 20 items die op een vier-puntsschaal (1-4) door de patiënt zelf beantwoord worden. Nadat alle uitspraken doorlopen zijn en de items 2,5,6,11,12,14,16,17,18 en 20 zijn gerecodeerd, worden de punten opgeteld en gedeeld door 0.8. Een score van 50 is normaal, tussen de 50 en 59 duidt op een lichte depressie, tussen de 60 en 69 op een matige depressie en meer dan 70 duidt op een ernstige depressie.

De betrouwbaarheid van deze vragenlijst is .86.

2.3.5. Lichaamsbeleving

Van der Heij(2007) ontwikkelde de Body Experience Questionnaire om de eenheid tussen het lichaam en het gevoel van het eigen unieke bestaan bij patiënten te meten, die aan een chronische ziekte leiden.

De BEQ bevat tien items die een goede eenheid laten zien('Mijn lichaam laat me weten wat goed voor me is') en die een minder goede eenheid laten zien('Mijn lichaam is een last voor me'). De items scoren op een Likert-schaal van 1('Helemaal mee oneens') tot 4('Helemaal eens').

In een verklarende factor analyse onthult de BEQ een twee factor structuur met goede betrouwbaarheid(subschaal strijd, items 2, 3, 4, 6, 7, 8; subschaal harmonie, items 1, 5, 9 en 10). De subschaal 'strijd' toont de items voor een body-self split, de situatie waarbij lichaam en geest gescheiden zijn van elkaar. De subschaal 'harmonie' toont meer eenheid tussen deze twee en is een indicator voor de mate waarin het lichaam gezien wordt als partner van de geest.

De betrouwbaarheid voor deze vragenlijst, is voor strijd. 72 en voor harmonie .67.

2.4. Analyse van de data

Allereerst is er berekend met SPSS welke scores normaal verdeeld zijn en welke niet. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de scores van depressie en de verschillende vormen van doelmanagement, normaal verdeeld zijn. Bij het berekenen van correlaties is gebruik gemaakt van een parametrische toets, oftewel Pearsons Correlation. Daarnaast bleek, dat de scores voor lichaamsbeleving, zowel voor strijd als voor harmonie, niet normaal verdeeld zijn. Hierbij is dan ook voor het berekenen van correlaties gebruik gemaakt van een niet-parametrische toets, oftewel de Spearman's rho.

Bij de eerste vraagstelling is onderzocht hoe hartpatiënten zelf hun gezondheid ervaren. Op de vraag 'Hoe beoordeeld u nu uw gezondheid over het algemeen, vergeleken met voordat u een hartaandoening

kreeg?’ konden de respondenten antwoorden van ‘Veel beter nu’ tot ‘Veel slechter nu’. De antwoorden van de respondenten zijn verwerkt in percentages over de verschillende kolommen.

Bij de tweede vraagstelling is gekeken welke doelen bedreigd. Er werd gevraagd in welke mate de hartpatiënten problemen ondervonden op gebieden als werk, huishoudelijke en/of verzorgende taken, sociale relaties en hobby’s en vrijetijdsbesteding. Per domein zijn hier aantallen respondenten en de bijbehorende percentages aangegeven.

Voor de derde onderzoeksvraag zijn voor de verschillende vormen van doelmanagement de gemiddeldes en standaardafwijkingen uitgerekend, en zijn deze vergeleken met elkaar. Daarnaast is een minimum en een maximum aangegeven om een globaal beeld te schetsen van de antwoorden van de respondenten.

Voor de vierde vraagstelling is allereerst de gemiddelde score uitgerekend met de bijbehorende standaardafwijking, om aan te tonen hoeveel depressieve symptomen de gemiddelde respondent ervoer. Vervolgens zijn de scores onderverdeeld tussen de aangegeven grenzen, om duidelijk te maken hoeveel respondenten welke mate van depressie ervaren. Daarna is gekeken hoe de relatie zich verhoudt tussen doelmanagement en depressie, door correlaties te berekenen tussen de verschillende vormen van doelmanagement en depressieve symptomen, door middel van Pearsons Correlation.

Tot slot is bij vraagstelling 5a gekeken hoe de relatie zich verhoudt tussen lichaamsbeleving en doelmanagement strategieën door wederom correlaties te berekenen, dit maal met een niet-parametrische toets, oftewel Spearman’s rho. Ditzelfde wordt gedaan bij vraagstelling 5b, om de relatie tussen lichaamsbeleving en depressieve symptomen te onderzoeken.

3. Resultaten

Per vraag zijn de resultaten hieronder beschreven. De antwoorden zullen in de tekst verduidelijkt worden.

3.1. Resultaten per vraagstelling

3.1.1. Hoe ervaren hartpatiënten zelf hun gezondheid, in vergelijking met voordat ze een hartaandoening hadden?

De antwoorden van de respondenten op deze vraag zijn verdeeld in Tabel 3.

Tabel 3: *Gezondheid Respondenten, Na Hartaandoening*

Aantal	Procenten
--------	-----------

Veel beter nu, dan voordat ik een hartaandoening kreeg.	3	3.95%
Wat beter nu, dan voordat ik een hartaandoening kreeg.	5	6.58%
Ongeveer hetzelfde nu, dan voordat ik een hartaandoening kreeg.	31	40.79%
Wat slechter nu, dan voordat ik een hartaandoening kreeg.	23	30.26%
Veel slechter nu, dan voordat ik een hartaandoening kreeg.	14	18.42%
N=76		

Uit deze tabel valt af te lezen dat de grootste groep van 40.79% aangeeft, dat hun gezond ongeveer hetzelfde is gebleven, nadat ze een hartaandoening kregen. Daarnaast geeft een grote groep van 30.26% aan, dat hun gezondheid wat slechter is geworden.

3.1.2. Op welke gebieden ervaren hartpatiënten problemen?

Alvorens te kunnen kijken of doelmanagement speelde bij hartpatiënten, was het van belang te onderzoeken op welke gebieden hartpatiënten problemen ondervonden, en in welke mate. Hieronder zijn de verschillende gebieden en de daarop gegeven antwoorden beschreven in Tabel 4.

Tabel 4: *Probleemgebieden*

	Werk(betaald of vrijwilligerswerk)	Huishoudelijk en/of verzorgende taken	Sociale relaties(partner, gezin, familie, vrienden)	Hobby's en vrijetijdsbesteding
Helemaal geen problemen	38.96%	33.77%	23.68%	15.58%
Nauwelijks problemen	27.27%	31.17%	31.58%	24.68%
Een beetje problemen	12.99%	22.08%	32.89%	40.26%

Nogal problemen	11.69%	9.09%	3.95%	12.99%
Zeer zeker problemen	9.09%	3.9%	7.89%	6.49%

N=76

Er kan dus geconcludeerd worden dat de ondervraagde hartpatiënten de meeste problemen ondervinden op het gebied van hobby's en vrijetijdsbesteding, vervolgens op het gebied van sociale relaties, dan op het gebied van huishoudelijke en/of verzorgende taken en het minst op het gebied van werk. Dit is verrassend, aangezien 64,47% aangaf parttime of fulltime te werken.

Aangezien het merendeel van de respondenten aangaf dat het hebben van een hartaandoening op elk gebied wel enige invloed heeft, kon er gekeken worden op wat voor manier hartpatiënten met hun doelen omgaan. Per vraagstelling zijn hieronder de resultaten beschreven.

3.1.3. Speelt het vasthouden van doelen, doelaanpassing, het loslaten van doelen en respectievelijk het opstellen van nieuwe doelen een rol bij hartpatiënten, wanneer zij wensen, doelen of plannen niet kunnen realiseren?

Zoals eerder aangegeven is een doel hetgeen gedrag motiveert, structureert en stuurt en het is hetgeen wat men bewust beoogt te bereiken. In onderstaande tabel is een overzicht van de respondenten die aangaven hoe zij met hun doelen om gaan, mochten deze niet realiseerbaar zijn.

De gemiddelde scores en standaardafwijkingen van de subschalen zijn gegeven in Tabel 5.

Tabel 5: *Scores Doelmanagement*

	Vasthouden	Aanpassen	Loslaten	Nieuw doel
Minimum	1.73	1.80	1.00	1.00
Maximum	4.53	5.00	5.00	5.00
Mean	3.20	3.47	2.79	3.76
Std. Deviation	.65	.54	.84	.73

N=76

Uit de tabel valt af te lezen dat de respondenten het hoogst scoorden op nieuwe doelen. Daarna waren de scores het hoogst voor respectievelijk doelen aanpassen en doelen vasthouden, en het minst hoog werd gescoord op doelen loslaten. Alle vormen van doelmanagement werden in deze respondentengroep gebruikt.

3.1.4. In welke mate ervaren hartpatiënten depressieve gevoelens? En hoe verhoudt zich dat tot doelmanagement?

Een score van minder dan 50 wordt gezien als 'normaal', hierboven worden de scores omschreven van 'lichte depressie' tot 'ernstige depressie'.

De gemiddelde score per respondent is 45,25 met een standaardafwijking van 10,01. Dit is minder dan 50 punten, wat inhoudt dat het merendeel van de hartpatiënten geen depressieve gevoelens ervaart. De hoogste score is 80, wat een ernstige depressie weergeeft.

Drie mensen gaven aan dat ze dachten dat het beter was voor anderen, als ze dood zouden zijn. Twee hiervan hebben een lichte depressie, en één heeft een matige depressie. De verdeling is hieronder weergegeven.

Tabel 6: *Verdeling Depressieve Symptomen*

	Binnen normale grenzen	Lichte depressie	Matige depressie	Ernstige depressie
Aantal respondenten	57	8	10	1

N=76

Om de samenhang tussen de verschillende vormen van doelmanagement beter te begrijpen, zijn onderlinge correlaties tussen deze vormen berekend. Daarnaast zijn er correlaties berekend tussen de verschillende vormen van doelmanagement en depressie, om een beeld te krijgen van welke vormen van doelmanagement samenhangen met depressieve symptomen. De overige correlaties worden bij de volgende vraagstelling uitgelegd.

Tabel 7: *Correlaties Doelmanagement & Depressieve Symptomen & Lichaamsbeleving*

	Vasthouden	Aanpassen	Loslaten	Nieuw Doel	Depressie
Vasthouden	1	-.25*	-.67**	.31	-.13
Aanpassen		1	.46**	.67**	-.38***
Loslaten			1	.31**	.06
Nieuw Doel				1	-.44***
Strijd	-.08	-.39***	.21	-.36**	.63***

Harmonie	.02	.31**	.02	.40***	-.30**
----------	-----	-------	-----	--------	--------

N=76

* p< .05

**p< .01

***p< .001

Het vasthouden van doelen correleert sterk met doelen aanpassen en doelen loslaten, maar niet met nieuwe doelen stellen. Dit houdt in, dat mensen die hun doelen vasthouden, minder snel hun doelen aanpassen en helemaal niet snel hun doelen loslaten.

Het aanpassen van doelen gaat gepaard met een hoge correlatie voor doelen loslaten en het stellen van nieuwe doelen. Dit houdt in, dat mensen die hun doelen aanpassen, ook eerder hun doelen loslaten en nieuwe doelen stellen.

Het loslaten van doelen correleert met het stellen van nieuwe doelen. Dit geeft aan dat mensen die hun doelen loslaten, ook eerder nieuwe doelen stellen.

Er zijn tamelijk hoge correlaties gevonden tussen doelen aanpassen en depressie, en nieuwe doelen stellen en depressie. Deze getallen houden in dat, naarmate iemand meer in staat is om onrealiseerbare doelen aan te passen of om zichzelf nieuwe doelen te stellen, deze persoon minder last heeft van depressieve symptomen.

3.1.5. Hoe is de relatie tussen lichaamsbeleving en doelmanagement strategieën? En hoe is de relatie tussen lichaamsbeleving en depressieve symptomen?

Tabel 8: *Gemiddelde Scores Strijd & Harmonie*

	Strijd	Harmonie
Gemiddelde score	1.67	3.62
Standaardafwijking	.58	.47

N=76

Uit Tabel 8 valt af te lezen dat het merendeel van de respondenten aangaf harmonie te voelen tussen het lichaam en het gevoel van het eigen unieke bestaan.

Er zijn correlaties uitgerekend tussen de verschillende vormen van doelmanagement en strijd & harmonie, en tussen depressie en strijd & harmonie, die af te lezen zijn in Tabel 7.

Er is een vrij hoge correlatie gevonden tussen strijd, en doelen aanpassen en nieuwe doelen stellen. Dit

houdt in, dat wanneer iemand onhaalbare doelen aanpast of zichzelf nieuwe doelen stelt, hij minder strijd zal ervaren.

Soortgelijke correlaties zijn gevonden voor harmonie. Hier houden ze het omgekeerde in. Wanneer iemand onhaalbare doelen aanpast of zichzelf nieuwe doelen stelt, zal hij meer harmonie zal ervaren.

Uit Tabel 7 valt verder af te lezen, dat er een hoge correlatie bestaat tussen strijd en depressie. Deze houdt in dat, wanneer iemand een slechte lichaamsbeleving heeft, deze persoon ook eerder depressieve symptomen ervaart.

Daarnaast valt af te lezen dat er een correlatie bestaat tussen harmonie en depressie, alhoewel deze wel beduidend lager is. Iemand die een goede lichaamsbeleving heeft, ervaart minder snel depressieve gevoelens.

4. Conclusie en discussie

Uit onderzoeken is gebleken dat verschillende vormen van doelmanagement gebruikt worden door verschillende groepen mensen, zo ook in die van hartpatiënten. Daarnaast bleek uit eerdere onderzoeken dat er een relatie is tussen het hebben van een hartaandoening en depressie. Over lichaamsbeleving was nog vrij weinig bekend bij hartpatiënten. Daar er verder nog vrij weinig bekend was over de relatie tussen doelmanagement, depressie en lichaamsbeleving bij deze groep, was het relevant dit te onderzoeken. Verschillende vormen van doelmanagement werden inderdaad gebruikt door de onderzochte hartpatiënten. Doelmanagement is op te delen in doelen vasthouden, doelen aanpassen, doelen loslaten en nieuwe doelen stellen. Verder bleek er een relatie te zijn tussen doelmanagement en depressie, en tussen depressie en lichaamsbeleving. De conclusies en discussies zijn hier per onderdeel beschreven voor de onderzochte mensen met een hartaandoening.

4.1.1. Gezondheid

Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat de grootste groep hun gezondheid ongeveer hetzelfde beschreef, als voordat ze een hartaandoening kregen(40.79%). Daarnaast gaf ongeveer 50% aan dat het slechter ging met de gezondheid, tegenover ongeveer 10% die aangaf dat beter ging met de gezondheid, dan voordat ze een hartaandoening kregen.

Het kan als normaal worden beschouwd dat een aantal respondenten aangaf dat hun gezondheid slechter was geworden, aangezien bij het hebben van een hartaandoening veelal lichamelijke beperkingen optreden.

Het aantal hartpatiënten die aangaf dat hun gezondheid ongeveer hetzelfde is gebleven, kan verklaard

worden doordat ze óf geen lichamelijke beperkingen ondervinden door hun hartaandoening, óf wel lichamelijke beperkingen ondervinden, maar een gezondere manier van leven hebben aangenomen, wat tegen elkaar opweegt.

Daarnaast is er nog tien procent van de respondenten die aangaf dat het beter met de gezondheid gaat, dan voordat ze een hartaandoening kregen. Wellicht zijn deze mensen gezonder gaan leven, waardoor ze hun gezondheid nu als beter beschouwen, ongeacht of ze lichamelijke beperkingen hebben door de hartaandoening of niet. Het kan zijn dat ze zo geschrokken zijn, dat ze hun leefstijl hebben veranderd, of dat ze bewuster zijn gaan leven om verergering van de hartkwaal te voorkomen, bijvoorbeeld door risicofactoren als roken uit de weg te gaan.

Volgens de Medische Encyclopedie van Aalders(2002)neemt het aantal hartpatiënten toe, waarbij sinds 1970 de sterfte aan hartziekte juist afneemt. Deze daling betreft echter grotendeels het aantal mannen dat aan hartziekten lijdt; bij vrouwen neemt het aantal sterfgevallen door ziekten toe. De oorzaak van deze toename is volgens Aalders gelegen in het feit dat vrouwen ongezonder zijn gaan leven door meer te roken. In dit onderzoek zijn 35 mannen en 41 vrouwen onderzocht, wat een bevestiging kan zijn van de toename van het aantal vrouwelijke hartpatiënten dat ongezonder is gaan leven, of wat gelegen kan zijn aan onbekende factoren. Het kan bijvoorbeeld zijn dat meer vrouwen zich aansluiten bij online patiëntenverenigingen om over hun gevoelens te praten dan mannen, waardoor bij het plaatsen van de online enquête meer vrouwelijke hartpatiënten geworven zijn dan mannelijke hartpatiënten.

Mocht het wel zo zijn dat de verdeling tussen mannen en vrouwen ongeveer gelijk is in dit onderzoek, doordat de vrouwen meer zijn gaan roken, zou dat betekenen dat een aantal van de respondenten een hartaandoening heeft gekregen door ongezonder te zijn gaan leven.

Op basis van deze gegevens zal hypothese 1 *‘Hartpatiënten zullen hun gezondheid als slechter beoordelen, dan voordat ze een hartaandoening kregen, aangezien hun veelal (lichamelijke) beperkingen worden opgelegd’* worden verworpen, aangezien slechts de helft aangaf hun gezondheid als slechter te beoordelen, wat niet voldoende respondenten zijn om de hypothese aan te nemen.

4.1.2. Bedreigde doelen

Uit de resultaten bleek dat de ondervraagde hartpatiënten de meeste problemen ondervonden op het gebied van hobby's en vrijetijdsbesteding, daarna op het gebied van sociale relaties, huishoudelijke en/of verzorgende taken en het minst op het gebied van werk.

Dat de meeste problemen ondervonden worden op het gebied van hobby's en vrijetijdsbesteding, kan betekenen dat deze respondentengroep in hun vrije tijd graag dingen deden, waarvoor ze een gezond

lichaam nodig hadden, zoals op hoog niveau sporten en/of risicovolle sporten beoefenen, maar dit door hun hartaandoening niet meer kunnen uitvoeren. Het kan ook zijn dat ze een brede interesse op het gebied van hobby's en vrijetijdsbesteding hadden, maar dit door hun hartaandoening niet meer allemaal kunnen volbrengen, waardoor ze op dit gebied de meeste problemen ondervinden.

Het laatste gegeven is vrij opmerkelijk, aangezien meer dan de helft van de respondenten aangaf fulltime dan wel parttime te werken, met daarbij slechts 10.53% die arbeidsongeschikt was verklaard. Wellicht dat deze respondenten geen zwaar lichamelijk werk hoefden doen, waardoor ze hier geen problemen ondervonden.

Slechts een klein percentage gaf aan 'nogal problemen' tot 'zeer zeker problemen' te ervaren op de gebieden van werk, huishoudelijke en/of verzorgende taken, sociale relaties en hobby's en vrijetijdsbesteding. Deze percentages varieerden van 11.84% tot 20.78% , wat inhoudt dat slechts een klein aantal van de onderzochte respondentengroep ernstige problemen ervoer op de genoemde gebieden. Een verklaring kan zijn dat mate van ernst van de hartaandoeningen, bij het grootste gedeelte niet dusdanig was, dat ze ernstige problemen ondervonden. Het grootste gedeelte van de onderzochte hartpatiënten noemde daarbij zijn/haar gezondheid op zijn minst goed(zie 2.1.1 Respondenten & werving)

Doordat het voor een hartpatiënt niet gemakkelijk is om de draad van het leven weer op te pakken na het ziekenhuis, werd verwacht dat de respondentengroep op meerdere gebieden problemen zouden ondervinden. De patiënt moet weer vertrouwen in het leven en in zijn lichaam krijgen. Daarnaast staan ze de rest van hun leven onder controle bij de cardioloog en moeten ze levenslang medicijnen innemen, die voor bijwerkingen zorgen. Ze hebben een verhoogde kans op een depressie(Eimers, 2008), waardoor ze op die manier ook beperkingen kunnen ondervinden op de genoemde gebieden. Op het moment dat een chronische aandoening, zoals een hartaandoening, zijn intrede doet, vormt het lichaam een belemmering om te doen wat het individu graag zou willen doen(Van der Heij, 2007). Het is inderdaad gebleken dat de meerderheid van de hartpatiënten op alle gebieden problemen ondervonden, alhoewel ook sommige hartpatiënten aangaven op sommige gebieden helemaal geen problemen te ervaren. Het bleek dat het hebben van een hartaandoening voor de meerderheid van de onderzochte hartpatiënten een belemmering vormde op de genoemde gebieden, alhoewel slechts een klein aantal aangaf ernstige problemen te ervaren.

Op basis van deze gegevens zal hypothese 2 '*Hartpatiënten zullen problemen ondervinden op gebieden als werk, huishoudelijke taken, sociale relaties en hobby's/vrijetijdsbesteding*', worden aangenomen, aangezien op alle gebieden problemen ondervonden werden.

4.1.3. Doelmanagement

Uit de resultaten bleek dat alle vormen van doelmanagement gebruikt werden door de respondentengroep. Het hoogste gemiddelde was voor nieuwe doelen stellen, wat inhoudt dat de meeste respondenten het eens waren met de gestelde vragen over deze vorm van doelmanagement. Dit waren vragen als 'Als ik moet stoppen met het nastreven van een belangrijk doel in mijn leven, overtuig ik mijzelf ervan dat ik andere belangrijke doelen heb om na te streven'. Daarna waren de scores het hoogst voor respectievelijk doelen aanpassen en doelen vasthouden, en het laagst werd gescoord op doelen loslaten.

Volgens Wrosch, Scheier, Carver en Schulz(2003a) leiden mensen hun leven door doelen op te stellen voor zichzelf en hieraan te werken. Uit dit onderzoek bleek dat ook het geval te zijn; alle ondervraagde hartpatiënten gebruikten wel een vorm van doelmanagement en werkten op hun eigen manier aan hun doelen.

Daarnaast bleek uit onderzoek van Wrosch et al(2003a), dat het moeilijker is om doelen los te laten, die door anderen in de groep of cultuur als norm worden gezien, waardoor sommige hartpatiënten doelen blijven nastreven, terwijl deze veelal niet meer te realiseren zijn. Uit de gegevens is gebleken dat het laagst gescoord werd op doelen loslaten, wat in kan houden dat de onderzochte hartpatiënten inderdaad in een groep of cultuur leefden waarbij bepaalde doelen als norm werden gesteld. Dit kan te maken hebben met het feit dat meer dan de helft van de onderzochte respondentengroep nog parttime of fulltime werkte; wellicht hebben ze een prestigieuze baan of leven ze in een veeleisende omgeving.

Op basis van deze gegevens zal hypothese 3 *'Hartpatiënten zullen, mocht een doel niet haalbaar zijn, de verschillende vormen van doelmanagement gebruiken. Deze zijn doelen vasthouden, doelen aanpassen, doelen loslaten en nieuwe doelen stellen'* worden aangenomen, omdat bleek dat al deze strategieën gebruikt werden.

4.1.4. Depressie & Doelmanagement

Slechts 19 respondenten gaven aan depressieve symptomen te ervaren. Dit is 25% van de respondentengroep, wat inhoudt dat het merendeel geen depressieve symptomen ervoer. Slechts één persoon gaf aan symptomen van een ernstige depressie te ervaren. Dit kan verklaard worden doordat de respondenten aangaven gemiddeld tien jaren geconfronteerd te zijn met de ziekte, wat betrekkelijk lang is (zie Tabel 2: *Verdeling Respondenten qua leeftijd en sekse, algemene kenmerken en ziektekenmerken*). Wellicht hebben ze in deze periode wel een depressie gehad, maar daar is in dit onderzoek niet naar geïnformeerd. Het kan zijn dat het merendeel van de onderzochte hartpatiënten al dusdanige tijd

geconfronteerd werd met de hartziekte, dat ze vrede hebben gesloten met het feit dat ze hartpatiënt zijn geworden, met alle mogelijke bijkomende belemmeringen.

Op de meeste gebieden als werk, huishoudelijke en/of verzorgende taken, sociale relaties en hobby's en vrijetijdsbesteding werd slechts door een klein percentage 'nogal problemen' tot 'zeer zeker problemen' ondervonden (zie 4.1.2). Het kan dus ook zijn dat, door het feit dat de respondentengroep bijna geen ernstige problemen ondervond op de genoemde gebieden, deze ook minder geconfronteerd werd met hun hartziekte, waardoor de groep minder depressieve symptomen ervoer.

Uit onderzoek van Tasneem en collega's (2005) bleek dat één op de vijf hartpatiënten een klinische depressie krijgt, een ziekte die moeilijk overgaat. Ervan uitgaande dat deze gegevens kloppen, zouden van de 76 onderzochte hartpatiënten ongeveer 15 hartpatiënten een klinische depressie moeten hebben (gehad). Aangezien in dit onderzoek niet gevraagd is naar de geschiedenis van de hartpatiënten wat betreft het hebben van een (klinische) depressie en er niet specifiek is gevraagd naar symptomen van een klinische depressie, valt niet vast te stellen of de theorie van Tasneem en collega's in dit onderzoek van kracht is. Het kan zijn dat ze al een klinische depressie hebben gehad en hiermee hebben leren omgaan. Opvallend is echter wel, dat slechts één hartpatiënt aangaf ernstige depressieve symptomen te ervaren. Er van uitgaande dat een klinische depressie een ziekte is, die moeilijk overgaat, zou verwacht worden dat van de hypothetische 15 hartpatiënten met een klinische depressie, er meerdere hartpatiënten nog last van ernstige depressieve symptomen zouden hebben, in plaats van één hartpatiënt.

Uit verschillende onderzoeken sprak een verband tussen het hebben van een hartaandoening en depressie. Eimers (2008) stelde dat hartpatiënten zeven keer zoveel meer kans op een depressie hebben dan gemiddeld. Op basis van deze gegevens zou ook verwacht worden dat er meer hartpatiënten in dit onderzoek depressieve symptomen ervoeren, in welke mate dan ook. Slechts een kwart van de respondentengroep ondervond enige vorm van depressie, waarbij wellicht de verklaringen wat betreft de confrontatie met de ziekte en het ondervinden van problemen meespelen. Daarbij bleek uit onderzoek van Glassman et al (1998) dat een depressie kan leiden tot een hartinfarct en andersom. Er wordt aangetoond dat de doorbloedingsstoornissen die bij een hartinfarct in de kransslagader ontstaan, kunnen leiden tot psychische problemen. Van de 76 onderzochte hartpatiënten hadden 32 respondenten te maken met een hartinfarct. Ook op basis van deze gegevens zou verwacht worden dat meer respondenten depressieve symptomen ervoeren. Een mogelijke verklaring hiervoor is wellicht dat de onderzochte hartpatiënten andere psychische problemen ervoeren, wat niet onderzocht is.

Uit een onderzoek van Schroevers, Kraaij en Garnefski (2007) bleek er een relatie te bestaan tussen onrealiseerbare doelen en depressie, waaruit geconcludeerd werd dat acceptatie van het niet kunnen realiseren van de doelen, het risico op depressiviteit kon verminderen. Deze theorie kan ook verklaren, waarom er niet veel depressieve symptomen bij de hartpatiënten aanwezig waren; wellicht hadden de

onderzochte hartpatiënten geaccepteerd dat sommige doelen niet realiseerbaar zijn, waardoor ze weinig depressie ervoeren.

Hypothese 4a *‘Hartpatiënten zullen verschillende vormen van depressie ervaren, aangezien het hebben van een hartaandoening kan leiden tot een depressie’*, zal op basis van deze gegevens verworpen worden, omdat slecht een klein percentage aangaf depressieve symptomen te ervaren.

Om een beter beeld te krijgen van de doelmanagement strategieën, zijn de onderlinge relaties tussen de vormen van doelmanagement in kaart gebracht. Hieruit bleek, dat mensen die hun doelen vasthielden, minder snel hun doelen aanpasten en helemaal niet snel hun doelen loslieten. Dit is een logische redenatie. Wanneer een persoon vasthoudt aan een doel, kan deze het doel daarnaast niet loslaten, dan wel aanpassen.

Daarnaast bleek, dat mensen die hun doelen aanpasten, ook eerder hun doelen loslieten en nieuwe doelen stelden. Wanneer een persoon bereid is om een doel aan te passen, getuigt dat van flexibiliteit. Deze eigenschap maakt het ook makkelijker het doel eventueel los te laten of om een nieuw doel te stellen. Het geeft aan dat de persoon zich aanpast aan de situatie.

Tenslotte bleek, dat mensen die hun doelen loslieten, ook eerder nieuwe doelen stelden. Wanneer iemand een doel loslaat, is de kans groot dat daarnaast een nieuw doel gesteld wordt, aangezien de persoon anders geen doel meer heeft om na te streven.

Wrosch & Scheier(2003) gaven aan dat doelen gezien kunnen worden als centrale bouwstenen van de menselijke ontwikkeling, omdat ze gedrag structureren en in een bepaalde richting sturen. In de gevonden relaties tussen de verschillende vormen van doelmanagement is een structuur terug te vinden, in de manier waarop mensen met hun doelen omgaan.

Uit de gevonden relaties tussen de twee vormen van doelmanagement en depressie bleek dat wanneer iemand onrealiseerbare doelen aanpast of zichzelf nieuwe doelen stelt, deze persoon minder last had van depressieve symptomen, dan iemand die dit niet deed.

Wanneer iemand in staat is om zich aan te passen aan de situatie, door middel van het aanpassen van onrealiseerbare doelen of het stellen van nieuwe doelen, geeft dat mogelijk minder stress voor de persoon, waardoor hij minder last heeft van depressieve symptomen. Het getuigt van flexibiliteit en het vermogen van een persoon om zich aan de situatie aan te passen.

Tussen het vasthouden van doelen en depressie en het loslaten van doelen is geen significante relatie gevonden. Uit dit onderzoek is niet gebleken dat de hartpatiënten die vasthielden aan doelen of deze loslieten, eerder depressieve symptomen vertoonden of juist niet.

Wrosch et al(2003b) schreven dat onrealistische pogingen om vast te houden aan doelen die niet haalbaar zijn, gerelateerd zijn aan periodes van stress en depressie. In dit onderzoek is niet bevonden dat de onderzochte hartpatiënten die vasthielden aan doelen, meer depressie ervoeren. Wellicht dat het vasthouden van doelen niet in alle gevallen tot depressieve symptomen leidt, en hebben Wrosch et al hier een te voorbarige conclusie getrokken. Brandstädter & Rothermund(2002) stellen dat, zolang een persoon kans ziet om een doel te bereiken, deze ervoor moet zorgen zo weinig mogelijk van dit doel af te wijken. Er is echter ook geen significante relatie gevonden tussen het vasthouden van doelen en het minder ervaren van depressieve symptomen gevonden, waarbij deze opvatting kan ook niet bevestigd worden.

Volgens Brandstädter & Rothermund(2002) hebben mensen het van nature in zich om doelen aan te passen als deze bedreigd lijken; het is beter voor je gemoedstoestand om je oude doelen dan aan te passen aan de omstandigheden. Wrosch et al(2003b) vonden een soortgelijke relatie met het aanpassen van doelen. Volgens hen is de capaciteit om doelen te kunnen aanpassen aan de veranderde omstandigheden, gerelateerd aan het welbevinden en de gezondheid van mensen. Er is inderdaad bevonden dat mensen die hun doelen aanpasten, minder depressieve symptomen ervoeren, wat de relatie tussen het aanpassen van doelen en een beter welbevinden bevestigd.

Miller en Wrosch(2003) gaven aan dat het beter voor het subjectief welzijn is, als mensen onrealiseerbare doelen loslaten. Uit onderzoek van Wrosch et al(2003b) bleek dat het loslaten van doelen bij mensen met AIDS positief gecorreleerd is met een hoog niveau van subjectief welzijn, evenals bij mensen die gehandicapte kinderen hadden, die een scheiding ervoeren op latere leeftijd en bij vrouwen die ongewild kinderloos waren. Een persoon die een hoog niveau van subjectief welzijn ervaart, zal geen depressieve symptomen ervaren. In dit onderzoek is echter geen significante relatie gevonden tussen het loslaten van doelen en een lagere kans op depressie. Wellicht hebben Miller en Wrosch en Wrosch et al een te snelle conclusie getrokken, en geldt deze opvatting alleen, wanneer er naast het loslaten ook nieuwe doelen worden gesteld, wat uit een onderzoek van Wrosch et al(2003b) naar voren kwam. Brandstädter & Rothermund(2002) vinden juist dat het geheel opgeven van eigen doelen eerder zorgt voor een slechtere gemoedstoestand. Zoals hierboven genoemd, is er echter geen significante relatie gevonden in dit onderzoek tussen doelen loslaten en het ervaren van depressieve symptomen. Aangezien het volgens hen beter is om doelen vast te houden, hebben ze wellicht te snel geconcludeerd dat het dan wel voor een slechtere gemoedstoestand zou zorgen, als de mensen het tegenovergestelde zouden doen; doelen loslaten.

Uit dit onderzoek van Wrosch et al(2003b) bleek verder, dat het effect van andere, betekenisvolle doelen wordt gezien als cruciaal voor het welzijn van de mens, waardoor er minder stress wordt ervaren. Volgens hen is het beter om oude doelen los te laten en nieuwe doelen te stellen. Uit onderzoek van Schroevers, Kraaij en Garnefski(2008) bleek dat het stellen van nieuwe doelen belangrijker voor het welzijn van

kankerpatiënten is, dan het loslaten van doelen. De resultaten van dit onderzoek zijn ook voor hartpatiënten van toepassing. De gevonden resultaten ondersteunen de theorie dat het stellen van nieuwe doelen beter is voor het welzijn van een mens, aangezien de hartpatiënten die zichzelf nieuwe doelen stelden, minder last van depressieve symptomen ervoeren.

Op basis van deze gegevens zal hypothese 4b *‘Hartpatiënten die vasthouden aan onhaalbare doelen, zullen eerder depressieve symptomen vertonen dan hartpatiënten die niet te realiseren doelen loslaten of aanpassen, of zichzelf geheel nieuwe doelen stellen, aangezien de andere strategieën volgens onderzoeken beter zijn voor het welzijn’* verworpen worden, aangezien uit de gegevens geen significante relatie sprak tussen doelen vasthouden en depressie, of doelen loslaten en depressie.

4.1.5. Lichaamsbeleving , Doelmanagement & Depressie

Het merendeel van de respondenten gaf aan harmonie te voelen tussen het lichaam en het eigen unieke bestaan. De meeste respondenten waren het niet eens met uitspraken als ‘Het voelt alsof mijn lichaam niet van mij is’.

Een verklaring hiervoor kan zijn, dat de gemiddelde leeftijd dat de ondervraagde hartpatiënten een aandoening hebben, tien jaren zijn (zie Tabel 3). De respondenten hebben in deze periode veel tijd gehad om aan hun lichaam met hun eventuele beperkingen te wennen, waardoor ze een betere eenheid voelen tussen het lichaam en het eigen unieke bestaan. Het individu is bekend met wat het lichaam wel en niet kan, wat een band van vertrouwen schept.

Een andere verklaring is, dat hun lichaam niet veel beperkingen heeft, aangezien er bij slechts een klein aantal ernstige problemen ondervonden werden op gebieden als werk, huishoudelijke en/of verzorgende taken, sociale relaties en hobby's en vrijetijdsbesteding(zie 4.1.2). Het lichaam vormde geen belemmering voor het individu, waardoor er weinig strijd werd ervaren.

Van der Heij(2007) stelt, dat wanneer het lichaam een belemmering wordt voor het individu, dit kan leiden tot een intern conflict, waarbij het lichaam en het gevoel van het eigen unieke bestaan geen eenheid meer vormen. Wanneer het individu vertrouwd is met wat het lichaam wel of niet kan, zal er daarentegen harmonie ervaren worden. Met de gevonden resultaten werd dat aangetoond. Doordat er vrij weinig belemmeringen ondervonden werden door de onderzochte hartpatiënten, zijn ze vertrouwd met het lichaam, waardoor geen strijd ondervonden werd.

Daarnaast stelt Van der Heij(2007) echter, dat wanneer een chronische aandoening haar intrede doet, zoals een hartaandoening, het lichaam signalen afgeeft die het individu niet herkent. Hierdoor kan er een intern conflict ontstaan tussen het lichaam en het gevoel van het eigen unieke bestaan; de hartpatiënt zal

strijd ervaren in zijn lichaamsbeleving. In dit onderzoek ervoeren echter vrij weinig hartpatiënten strijd in hun lichaamsbeleving. De meeste respondenten hadden echter de enquête niet ingevuld op het moment dat de hartaandoening zijn intrede deed, wat een verklaring kan zijn voor het feit dat er zo weinig strijd ervaren werd door de onderzochte hartpatiënten; slechts twee respondenten gaven aan korter dan een half jaar geconfronteerd te worden met hun hartaandoening, daarnaast varieerden het aantal jaren dat de respondenten geconfronteerd werden met hun hartaandoening van één jaar tot vijftig jaren, met een gemiddelde van tien jaren.

Vervolgens konden uit de gevonden relaties tussen de verschillende vormen van doelmanagement en de verschillende vormen van lichaamsbeleving soortgelijke conclusies getrokken worden, als tussen de verschillende vormen van doelmanagement en depressie. Wederom bleken het aanpassen van doelen en het stellen van nieuwe doelen de enige strategieën te zijn, die relateerden, ditmaal met strijd en harmonie.

De hartpatiënten die hun onrealiseerbare doelen aanpasten of nieuwe doelen stelden, ervoeren minder strijd en meer harmonie. Het gebruik van deze strategieën getuigt, zoals eerder aangegeven, van flexibiliteit. De respondenten passen zich gemakkelijker aan de situatie aan, en accepteren ook eerder hun tekortkomingen van hun lichaam, mochten deze aanwezig zijn. Hoe beter de acceptatie van het lichaam, hoe minder strijd de hartpatiënt ervaart tussen lichaam en het eigen unieke bestaan.

De manier waarop individuen omgaan met doelen, blijkt een belangrijke rol te spelen in de ontwikkeling van emotionele problemen na een medische gebeurtenis, zoals na het krijgen van een hartaandoening. Persoonlijke doelen hebben en het nastreven hiervan is enorm belangrijk voor het psychologisch welzijn (Emmons, 2003; Lazarus 1993). Het blijkt inderdaad dat de manier waarop de hartpatiënten met hun doelen omgaan, van invloed is op het psychologisch welzijn, en daarmee ook op de lichaamsbeleving van de onderzochte hartpatiënten.

Op basis van deze gegevens zal hypothese 5a *‘Hartpatiënten die vasthouden aan onhaalbare doelen, zullen eerder strijd ervaren in hun lichaamsbeleving dan hartpatiënten die niet te realiseren doelen loslaten of aanpassen, of zichzelf geheel nieuwe doelen stellen, aangezien de andere strategieën volgens onderzoeken beter zijn voor het welzijn’* verworpen worden, aangezien er geen correlaties gevonden zijn tussen doelen vasthouden, doelen loslaten en lichaamsbeleving.

Ten slotte zijn er relaties gevonden tussen de verschillende vormen van lichaamsbeleving en depressie. Hoe meer strijd iemand ervoer, hoe groter de kans dat de persoon depressieve symptomen ervoer. Daarentegen, hoe meer harmonie iemand ervoer, hoe kleiner de kans dat degene depressieve symptomen ervoer. Echter, harmonie had een minder sterke significante relatie met depressie, dan dat strijd had met

depressie. Tussen het ervaren van strijd en het hebben van depressieve symptomen is een sterke, significante relatie gevonden.

Het kan zijn dat harmonie een minder sterke factor om ergens aan te relateren is, dan strijd. Een verklaring hiervoor kan het uitgangspunt zijn. Als het uitgangspunt een gezonde toestand met een goede eenheid tussen het lichaam en het eigen unieke bestaan is, is harmonie reeds aanwezig. Harmonie zorgt in die toestand niet voor een verandering van lichaamsbeleving, terwijl strijd ontstaat door het krijgen van een hartaandoening, en het niet kunnen accepteren van het nieuwe lichaam.

Strijd voegt in dit geval iets toe aan de uitgangpositie, en heeft daardoor meer potentie voor verandering in de lichaamsbeleving, dan harmonie.

Soortgelijke relaties zijn er gevonden in een onderzoek van Van der Heij(2007). Hierin werd onder meer onderzoek gedaan naar lichaamsbeleving bij reumapatiënten, en bleek ook strijd beter te relateren met zelf-esteem dan dat harmonie deed.

Hypothese 5b 'Hartpatiënten die strijd ervaren in hun lichaamsbeleving, zullen eerder last van depressieve symptomen hebben; daarnaast zullen hartpatiënten die harmonie ervaren in hun lichaamsbeleving, minder last hebben van depressieve symptomen', zal op basis van deze resultaten aangenomen worden.

4.2. Eindconclusie en aanbevelingen vervolgonderzoek

Duidelijk is geworden dat de verschillende vormen van doelmanagement gebruikt werden door de onderzochte hartpatiënten. Er bleek een relatie te zijn tussen doelen aanpassen, nieuwe doelen stellen en depressie. Er bleek echter geen relatie te zijn tussen doelen loslaten en depressie, en doelen vasthouden en depressie. Dezelfde resultaten zijn gevonden voor lichaamsbeleving en doelmanagement, waarbij strijd sterkere relaties liet zien dan het ervaren van harmonie. Tenslotte is er nog een relatie tussen depressieve symptomen en lichaamsbeleving gevonden.

De redelijk lage mate van depressieve symptomen van de respondenten met een hartaandoening kan een goede afspiegeling zijn van de werkelijkheid, maar kan ook te maken hebben met onbekende factoren. Aangezien de enquête online en anoniem is afgenomen, is het lastig de antwoorden van de respondenten te controleren op waarheid. Wellicht zijn de respondenten over hun huidige toestand wat betreft depressieve symptomen ook positiever dan daadwerkelijk het geval is, om voor henzelf hoop te houden. Ook kan het duiden op ontkenning. Hetzelfde geldt voor de resultaten van lichaamsbeleving. Daarnaast de manier van werving meespelen. Doordat de enquête online is gezet, kan het zijn dat onbedoeld een groep hartpatiënten is geworven die minder depressief zijn. De meerderheid van depressieve hartpatiënten zullen

minder snel online actief op zoek gaan naar enquêtes, of, mochten ze per toeval een enquête tegenkomen, de aandrang voelen deze in te vullen.

Wanneer men meer zicht zou willen krijgen op de relatie tussen doelmanagement, depressie en lichaamsbeleving bij hartpatiënten, zou men dit moeten onderzoeken bij een grotere groep mensen met een hartaandoening, die wellicht meer problemen ondervinden op verschillende gebieden.

Daarnaast valt aan te bevelen de respondenten te selecteren op de duur van hun aandoening. Respondenten die nog maar korte periode hartpatiënt zijn, hebben volgens de theorie van Glassman et al(1998) meer kans op het hebben van een depressie. Daarnaast is de kans groter dat de acceptatie van de belemmeringen van het lichaam, in het begin moeilijker is, dan wanneer de respondent langere tijd hartpatiënt is. Wellicht dat onder deze respondenten zich ook meer hartpatiënten met een slechte lichaamsbeleving vinden, waardoor er andere of sterker correlerende relaties gevonden kunnen worden.

Verder valt het niet met zekerheid te zeggen of de respondenten die aangeven depressieve symptomen te ervaren, deze ook werkelijk ervaren. Het kan zijn dat de onderzochte hartpatiënt in een tijdelijk dipje zat, of dat hij zojuist slecht nieuws had vernomen. Dit probleem kan verholpen worden door de betrouwbaarheid te versterken met bijvoorbeeld een test-hertest.

Dit onderzoek kan gebruikt worden als basis voor nader onderzoek over dit onderwerp. De resultaten die zijn gevonden kunnen bijvoorbeeld vergeleken worden met een groep patiënten met een andere chronische ziekte, waardoor er meer inzicht kan worden verkregen op de gevonden relaties tussen doelmanagement, depressie en lichaamsbeleving.

Referenties

Aalders, H(2002). *Medische Encyclopedie*. Amsterdam: Elseviers.

Barth J, Critchley J, Bengel J. (2008). Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*.(1) CD006886.

Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002). The life course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 177-150.

Bode, C., Van der Heij, A., Taal, E., Van de Laar, M.A.F.J. (in press). Body-self unity and self-esteem in patients with rheumatic diseases. *Psychology, Health & Medicine*.

Critchley JA, Capewell S. (2003). Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*. 290:86-97.

Eimers, D. (2008). Depressieve hartpatiënt meer gebaat bij lichaamsbeweging dan bij antidepressiva. *Psy, december*.

Emmons, R.A., (2003). The psychology of ultimate concerns: motivation and spirituality in personality. *The Guilford Press, New York*.

Fonds Psychische Gezondheid(2010). Depressie Centrum. Amersfoort: Eveline Nonhebel.

Glassman A., M.D., and Peter A. Shapiro, M.D.(1998). Depression and the Course of Coronary Artery Disease. *Am J Psychiatry* 155: 4-11.

Kaplan, R.M. & Saccuzo, D.P. (2001). *Psychological Testing: Principles, Applications and Issues*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present and future, *Psychosom Med* 55 , pp. 234–247.

National Heart Lung and Blood Institute (2002). NHLBI Morbidity & Mortality Chart Book. Bethesda: Eveline

G. Nabel.

Nederlandse Hartstichting (2010). *Hartziekten & Behandeling hart*. Den Haag: Anneke Geerts.

Nurmi, J.E. (1991). How do adolescents see their future? A review of the development of future orientation and planning, *Developmental Review* 11 , pp. 1–59.

Nurmi, J.E (1992). Age differences in adult life goals, concerns, and their temporal extension: A life course approach to future-oriented motivation, *International Journal of Behavioral Development* 15 , pp. 487–508.

Nurmi, J.-E (1993). Adolescents' development in an age-graded context: The role of personal beliefs, goals and strategies in the tackling of developmental tasks and standards, *International Journal of Behavioral Development* 16 (1993), pp. 169–189.

Rugulies R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 23:51–61.

Salmela-Aro, K. (2001). Personal goals during a transition to adulthood. In: J.-E. Nurmi, Editor, *Navigation through adolescence*, RoutledgeFalmer, NY, pp. 59–84.

Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. (1997). The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe: Task force of the European Society of Cardiology on cardiovascular mortality and morbidity statistics in Europe. *Eur Heart J* 18:1231–48.

Schroevers, M., Vivian Kraaij, V., and Garnefski, N. (2007). Goal disturbance, cognitive coping strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Personality and Individual Differences*, 43, 413–423.

Schroevers, M., Kraaij, V., and Garnefski, N. (2008). How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions? *British Journal of Health Psychology*, 13, 551–562.

Vaccarino V, Krumholz HM, Yarzebski J, Gore JM, Goldberg RJ. (2001). Sex differences in 2 year mortality after hospital discharge for myocardial infarction. *Ann Intern Med* 134:239–41.

Tasneem Z. Naqvi, Syed S.A. Naqvi en Noel Bairey Merz. (2005). Gender differences in the link between depression and cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine* 67, Supplement 1: S15-S18.

Thorndike AN, Regan S, McKool K, Pasternak RC, Swartz S, Torres-Finnerty N, et al.(2008). Depressive symptoms and smoking cessation after hospitalization for cardiovascular disease. *Arch Intern Med* 168:186-91.

Van der Heij, A. (2007). Reuma: een strijd met of een strijd tegen het eigen lichaam? Lichaam-Zelf eenheid en betekenisverlening bij reumapatiënten. *Verkregen op 10 juni, 2010, via* http://essay.utwente.nl/58939/1/scriptie_A_van_der_Heij.pdf.

Watson R. (2000). Heart disease rising in central and eastern Europe. *BMJ*;320:467.

Wrosch, C., Scheier, M.F., Carver, C.S., & Schulz, R.(2003a). The importance of goal disengagement in adaptive self-regulation: When giving up is beneficial. *Self and Identity*, 2, 1-20.

Wrosch, C., Scheier, M.F., Miller, G.E., Schulz, R., & Carver, C.S. (2003b). Adaptive selfregulation of unattainable goals: goal disengagement, goal reengagement and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12, 1494-1508.

Wrosch, C., & Scheier, M.F., (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of life research*, 12(1), 59-72.

Wulsin LR, Singal BM(2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med* 65:201–10.

Zung WW. (1965). A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat.* 12: 63-70.

Bijlage 1: Enquête

Inleiding

Allereerst hartelijk bedankt voor het feit dat u deel wilt nemen aan dit onderzoek. Ik doe dit onderzoek in het kader van mijn Bachelorthese aan de opleiding psychologie van de Universiteit Twente.

Met deze these wil ik onderzoeken hoe hartpatiënten omgaan met hun aandoening. Verandert er veel, nadat er een hartaandoening is geconstateerd? Kijkt u als hartpatiënt anders tegen uw leven aan? Heeft u uw levensdoelen aangepast of misschien helemaal opgegeven?

Het doel is inzicht krijgen in hoe iemand dit ervaart en hiermee omgaat.

Er zal vertrouwelijk met de gegeven informatie worden omgegaan.

1. Algemene vragen

Vul het rondje in van het antwoord wat het beste bij u past. Bij vraag 2 en 4 kunt u zelf een getal invullen.

1. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

2. Wat is uw geboortedatum (dd-mm-jjjj)?

....-....-.....

3. 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 (MTS, MEAO etc.)
- ☐ 5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (HTS, HEAO etc.)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)

4. Wat is uw burgerlijke stand?

- ☐ Ongehuwd/ niet samenwonend

- ☐ Ongehuwd/ samenwonend
- ☐ Gehuwd
- ☐ Weduwe/weduwnaar
- ☐ Gescheiden

5. Wat is de beste omschrijving van uw huidige situatie?

- ☐ Fulltime werk
- ☐ Parttime werk
- ☐ Huishouden
- ☐ School of studie
- ☐ Werkloos
- ☐ Arbeidsongeschikt (WAO, WIA)
- ☐ Gepensioneerd (AOW, VUT)

6. Welke hartziekte heeft u?

- | | |
|--|--|
| ☐ Hartfalen | ☐ Aangeboren hartafwijking |
| ☐ Hartritmestoornissen | ☐ Angina Pectoris |
| ☐ Hartspierziekte(cardiomyopathie) | ☐ Anders |
| ☐ Ontstekingen aan het hart | ☐ Weet ik niet |
| ☐ Hartinfarct | |
| ☐ Hartklepaandoening | |

7. Hoelang heeft u al een hartziekte?

..... Jaar

2. Gezondheid en Welzijn

Vraag 1

Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- ☐ uitstekend
- ☐ zeer goed
- ☐ goed
- ☐ matig
- ☐ slecht

Vraag 2

Hoe beoordeeld u **nu** uw gezondheid over het algemeen, **vergeleken met voordat u een hartaandoening kreeg?**

- ☐ veel beter nu dan voordat ik een hartaandoening kreeg
- ☐ wat beter nu dan voordat ik een hartaandoening kreeg
- ☐ ongeveer hetzelfde nu voordat ik een hartaandoening kreeg
- ☐ wat slechter nu dan voordat ik een hartaandoening kreeg
- ☐ veel slechter nu dan voordat ik een hartaandoening kreeg

Vraag 3

De volgende vragen gaan over bezigheden die u misschien doet op een doorsnee dag. Wordt u door **uw gezondheid op dit moment** beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

- a) Forse inspanning, zoals hardoplopen, tillen van zware voorwerpen, en veeleisende sport beoefenen.

Ja, ernstig beperkt ☐ Ja, een beetje beperkt ☐ Nee, helemaal niet beperkt ☐

- b) Matige inspanning, zoals een tafel verplaatsen, stofzuigen, zwemmen of fietsen.

Ja, ernstig beperkt ☐ Ja, een beetje beperkt ☐ Nee, helemaal niet beperkt ☐

- c) Boodschappen tillen of dragen.

Ja, ernstig beperkt ☐ Ja, een beetje beperkt ☐ Nee, helemaal niet beperkt ☐

- d) Een paar trappen oplopen.

Ja, ernstig beperkt ☐ Ja, een beetje beperkt ☐ Nee, helemaal niet beperkt ☐

- e) Eén trap oplopen.

Ja, ernstig beperkt ☐ Ja, een beetje beperkt ☐ Nee, helemaal niet beperkt ☐

- f) Bukken, knielen of hurken.

Ja, ernstig beperkt ☐ Ja, een beetje beperkt ☐ Nee, helemaal niet beperkt ☐

- g) Meer dan een kilometer lopen.

Ja, ernstig beperkt ☐ Ja, een beetje beperkt ☐ Nee, helemaal niet beperkt ☐

h) Een paar honderd meter lopen.

Ja, ernstig beperkt ☐ Ja, een beetje beperkt ☐ Nee, helemaal niet beperkt ☐

i) Ongeveer honderd meter lopen.

Ja, ernstig beperkt ☐ Ja, een beetje beperkt ☐ Nee, helemaal niet beperkt ☐

j) Uzelf wassen of aankleden.

Ja, ernstig beperkt ☐ Ja, een beetje beperkt ☐ Nee, helemaal niet beperkt ☐

Vraag 4

Deze vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u ging in de afgelopen 4 weken. Wilt u alstublieft bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe u zich voelde?

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken...

a) Voelde u zich levenslustig?

Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Zelden ☐ Nooit ☐

b) Was u erg zenuwachtig?

Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Zelden ☐ Nooit ☐

c) Zat u zo in de put dat niets u kon opvrolijken?

Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Zelden ☐ Nooit ☐

d) Voelde u zich rustig en tevreden?

Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Zelden ☐ Nooit ☐

e) Had u veel energie?

Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Zelden ☐ Nooit ☐

f) Voelde u zich somber en neerslachtig?

Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Zelden ☐ Nooit ☐

g) Voelde u zich uitgeput?

Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Zelden ☐ Nooit ☐

h) Voelde u zich gelukkig?

Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Zelden ☐ Nooit ☐

i) Voelde u zich moe?

Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Zelden ☐ Nooit ☐

Vraag 5

Hoe vaak hebben uw **lichamelijke gezondheid of emotionele problemen** u gedurende de **afgelopen 4 weken** gehinderd bij uw sociale activiteiten (zoals vrienden of familie bezoeken, etc.)?

☐ altijd

☐ meestal

☐ soms

☐ zelden

☐ nooit

6. Doelen stellen

GAS

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 graag weten hoe u normaalgesproken zou reageren als dit u zou overkomen. Geef aan in welke mate u het eens of oneens bent met de onderstaande stellingen. Vul het rondje in dat het beste bij uw antwoord past.

Als ik moet stoppen met het nastreven van een belangrijk doel in mijn leven:

	Helemaal mee oneens	Mee eens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
...verlaag ik gemakkelijk mijn inspanningen om het te bereiken.	0	0	0	0	0
... overtuig ik mijzelf ervan dat ik andere belangrijke doelen hem om na te streven.	0	0	0	0	0
... houd ik toch nog lang aan dat doel vast; ik kan niet loslaten.	0	0	0	0	0
... ga ik aan andere doelen werken.	0	0	0	0	0
... bedenk ik andere nieuwe doelen die ik kan nastreven.	0	0	0	0	0
... vind ik het moeilijk om dit doel niet meer na te streven.	0	0	0	0	0
... zoek ik andere betekenisvolle doelen.	0	0	0	0	0
... vind ik het makkelijk om dit doel los te laten en er neit meer aan te denken.	0	0	0	0	0
... zeg ik tegen mezelf dat ik nog genoeg andere nieuwe doelen heb, waarop ik me kan richten.	0	0	0	0	0
... zet ik me in voor andere betekenisvolle doelen.	0	0	0	0	0

Flex Ten

De volgende uitspraken hebben betrekking op situaties, waarin men wensen, doelen of plannen niet zo kan realiseren, zoals men dat graag zou willen. Vul het rondje 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.

	Helemaal mee oneens	Mee eens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Wanneer ik ergens op vastloop, vind ik het moeilijk een andere aanpak te kiezen.	0	0	0	0	0
Hoe moeilijker een doel te bereiken is, hoe aantrekkelijker ik het vind.	0	0	0	0	0
Ik kan erg halsstarrig zijn in het nastreven van mijn doelen.	0	0	0	0	0
Zelfs in de grootste tegenslagen zie ik vaak nog iets positiefs.	0	0	0	0	0
Wanneer ik tegen problemen aanloop, span ik me gewoonlijk meer in.	0	0	0	0	0
Om teleurstellingen te voorkomen stel ik mijn doelen niet te hoog.	0	0	0	0	0
Ook in schijnbaar uitzichtloze situaties blijf ik vechten om mijn doel te bereiken.	0	0	0	0	0
Zelfs wanneer iets behoorlijk fout loopt, zie ik toch ergens een lichtpuntje.	0	0	0	0	0
Ik verlies meestal mijn interesses voor zaken waar anderen beter in zijn.	0	0	0	0	0
Ik vind het makkelijk om van een wens af te zien als deze moeilijk te vervullen lijkt.	0	0	0	0	0
Wanneer ik tegen grote problemen aanloop, zoe ik liever een nieuw doel.	0	0	0	0	0
Het leven is veel aangenamer, als ik er niet teveel van verwacht.	0	0	0	0	0

Ik breng mijzelf in problemen, doordat ik hoge eisen stel.	0	0	0	0	0
Als ik lang vergeefs met een probleem bezig geweest ben, merk ik vaak, dat ik eigenlijk ook zonder oplossing goed kan leven.	0	0	0	0	0
Over het algemeen ben ik niet erg lang van slag over een gemiste kans.	0	0	0	0	0
Ik kan mij vrij goed aan veranderende omstandigheden of plannen aanpassen.	0	0	0	0	0
Ik kan bijna overal iets positiefs in zien, zelfs wanneer ik iets wat me dierbaar is moet opgeven.	0	0	0	0	0
Ik vermijd het om mij met problemen bezig te houden waarvoor ik geen oplossing heb.	0	0	0	0	0
Over het algemeen ken ik mijn eigen grenzen.	0	0	0	0	0
Wanneer ik een doel niet kan bereiken, verander ik liever mijn doel dan maar te blijven proberen.	0	0	0	0	0
Na een grote tegenslag richt ik me snel op nieuwe taken.	0	0	0	0	0
Ik sluit wel eens mijn ogen voor grote problemen.	0	0	0	0	0
Als ik niet gemakkelijk krijg wat ik wil, blijf ik het geduldig proberen.	0	0	0	0	0
Bij een teleurstelling herinner ik mijzelf eraan dat andere dingen in het leven net zo belangrijk zijn.	0	0	0	0	0
Ook als alles mis lijkt te gaan, blijf ik meestal positief.	0	0	0	0	0
Nederlagen kan ik moeilijk accepteren.	0	0	0	0	0
Zelfs als alles uitzichtloos lijkt, probeer ik nog de situatie onder controle te krijgen.	0	0	0	0	0
Wanneer ik eenmaal iets in mijn hoofd heb gezet, laat ik me daar zelfs niet door grote moeilijkheden van afbrengen.	0	0	0	0	0
Wanneer ik in ernstige problemen zit, vraag ik me meteen af hoe ik het beste van de situatie kan maken.	0	0	0	0	0
Ik zal alleen dan echt tevreden zijn, wanneer alles precies is zoals ik het wil.	0	0	0	0	0

Ik ervaar problemen:	Helemaal niet	Nauwelijks	Een beetje	Nogal	Ze zeer
..op het gebied van werk(betaald of vrijwilligerswerk)	1	2	3	4	5
..op het gebied van huishoudelijke en/of verzorgende taken	1	2	3	4	5
..op het gebied van sociale relaties(partner, gezin, familie, vrienden)	1	2	3	4	5
..op het gebied van hobby's/ vrijetijdsbesteding	1	2	3	4	5

7. Gevoel

Onderstaande vragenlijsten zullen voornamelijk over uw gevoelens en gedachtes gaan, en over hoe uw verhouding lichaam/geest is. Ook hierbij geldt: denk niet te lang na, maar ga voor het antwoord wat het eerste in u opkomt.

	Zelden of nooit	Soms	Vaak	(bijna) Altijd
1. Ik voel me somber en neerslachtig	1	2	3	4
2. 's Morgens voel ik me het best	4	3	2	1
3. Ik heb huilbuien of zou wel willen huilen	1	2	3	4
4. Ik slaap slecht	1	2	3	4
5. Ik eet net zoveel als vroeger	4	3	2	1
6. Ik vind het kijken naar, samenzijn of praten met een aantrekkelijke man of vrouw leuk	4	3	2	1
7. Ik heb het gevoel dat ik magerder word	1	2	3	4
8. Ik heb last van verstopping	1	2	3	4
9. Mijn hart klopt sneller dan normaal	1	2	3	4
10. Ik word moe van niets	1	2	3	4
11. Mijn gedachten zijn nog net zo helder als vroeger	4	3	2	1

12. Ik heb het gevoel dat alles me even makkelijk afgaat als vroeger	4	3	2	1
13. Ik ben rusteloos en kan niet stil zitten	1	2	3	4
14. Ik zie de toekomst met vertrouwen tegemoet	4	3	2	1
15. Ik raak sneller geërgerd of geprikkeld dan vroeger	1	2	3	4
16. Ik vind het gemakkelijk om beslissingen te nemen	4	3	2	1
17. Ik voel dat ik nuttig en nodig ben	4	3	2	1
18. Mijn leven is aardig gevuld	4	3	2	1
19. Ik heb het gevoel dat het voor anderen beter zou zijn als ik dood was	1	2	3	4
20. Ik heb net zoveel plezier in de dingen als vroeger	4	3	2	1

BEQ

	Helemaal oneens	Mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Ik denk na over wat goed is voor mijn lichaam	1	2	3	4
2. Mijn lichaam is me tot last	1	2	3	4
3. Het voelt alsof mijn lichaam niet van mij is	1	2	3	4
4. Ik voel me niet heel	1	2	3	4
5. Mijn lichaam laat me weten wat goed is voor mij	1	2	3	4
6. Ik voel me verraden door mijn lichaam	1	2	3	4
7. Mijn lichaam is onvoorspelbaar	1	2	3	4
8. Ik zou graag een ander lichaam willen	1	2	3	4
9. Ik voel mijn lichaam goed aan	1	2	3	4
10. Mijn lichaam voelt vertrouwd	1	2	3	4

Afsluiting

Zijn er nog bepaalde dingen die u nog graag kwijt zou willen over dit onderwerp?

.....

.....

.....

Zou u op de hoogte willen worden gehouden van het onderzoek? (adres/e-mail)

.....

Hartelijk dank voor uw medewerking