1.  
  
FIESLER, W., LECHNER., L., BOS., A., “Als je niet kunt zien, dan bekijk je het maar…”, Psychologie en gezondheid jg. 36, 2008  
  
2.  
  
Het artikel komt uit het tijdschrift ‘psychologie en gezondheid’. Dit tijdschrift heeft als doel het bevorderen van de ontwikkeling en het gebruik van psychologische kennis en methoden op het gebied van de psychische en lichamelijke gezondheid. Het tijdschrift richt zich vooral op psychologen werkzaam in de gezondheidszorg en op onderzoekers, docenten en studenten op het gebied van de gezondheidszorg.  
  
3.  
  
Er zijn drie auteurs van dit artikel: Wilma Fiesler, Lilian Lechneren Arjan Bos. In het artikel wordt een klein stukje informatie gegeven over waaraan de auteurs verbonden zijn of waar ze werkzaam zijn:  
- Wilma Fiesler en Lilian Lechner zijn verbonden aan de Open Universiteit.  
- Nederland Arjan E. R. Bos is werkzaam bij de Open Universiteit Nederland en de Erasmus Universiteit Rotterdam.  
  
Verdere informatie:  
Wilma Fiesler   
geen verdere informatie gevonden

Lilian Lechner  
hoogleraar gezondheidspsychologie. Lilian Lechner heeft verder ook meegewerkt aan tal van onderwijsproducten zoals:  
- Bolman, C., & Lechner, L. (2006). Inleiding in de gezondheidspsychologie. Open Universiteit Nederland.  
- Lechner, L., Van Hooren, S., Horselenberg, R., Mayer, B., Steenhuis, I., Van Staalduinen, E., & De Craene, B. (2005). Inleiding in de seksuologie. Open Universiteit Nederland.  
- Bolman, C., Steenhuis, I., Lechner, L., Bos, A., Daniëls, A., Huisman, R. (2003). Patiëntenvoorlichting en chronische ziekten. Open Universiteit Nederland.  
- …  
  
Arjan E.R. Bos  
Assistant professor

- Huijding, J., Bos, A. E. R., & Muris, P. (in press). Enhancing implicit self-esteem in children: Can a smile make you feel worthwhile? *Netherlands Journal of Psychology.*

- Van der Heiden, C., Melchior, K., Muris, P., Bouwmeester, S., Bos, A.E.R. & Van der Molen, H.T. (in press). A hierarchical model for the relationship between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders.  
-* Bos, A.E.R., Huijding, J., Muris, P., Vogel, L.R.R. & Biesheuvel, J. (2010). Global, Contingent and Implicit Self-Esteem and Psychopathological Symptoms in Adolescents. *Personality and Individual Differences, 48,* 311-316*.  
-..*

4.

a. tussentitels:

Inhoud  
Inleiding  
Stigmatisering  
Modellen van stigmatisering  
Een model voor stigmatisering van mensen die blind of slechtzien zijn  
Methode  
 proefpersonen en design  
 Vignetten  
 Vragenlijst  
Resultaten  
 Manipulatiechecks  
 Emoties  
 Stigmatisering en sociale steun  
Discussie  
Kanttekeningen bij het onderzoek  
Aanbevelingen  
Noten  
Literatuur

b. Kent het een duidelijke structuur, is die logisch?

Ik vind dat het artikel een duidelijke structuur heeft, er wordt stap voor stap uitgelegd alles goed uitgelegd. Er wordt een duidelijke inleiding gegeven waarover het experiment gaat en de begrippen worden goed uitgelegd. Daarna wordt de structuur van het experiment ook duidelijk weergegeven.  
  
c. Worden de voetnoten onderaan, achteraan of in de tekst opgenomen? Is dit handig?

De voetnoten worden achteraan het artikel opgenomen, waar er een titel is voor voorzien. Ik vind het niet zo makkelijk dat die achteraan het artikel staan, het namelijk een artikel van 10 pagina’s, en dan moet je altijd bladeren tot achteraan. Ik zou het veel makkelijker vinden moesten de voetnoten onderaan de pagina’s zouden opgenomen worden.

5.   
Verwijzingen naar geschreven bronnen en websites onderlijn je  
specialisten kleur je rood  
essentiële begrippen, definities en moeilijke woorden kleur je geel  
namen van instellingen of organisaties kleur je groen

**Als je niet kunt zien dan bekijk je het maar…**

**Experimenteel onderzoek naar de effecten van ernst, persoonlijke verantwoordelijkheid en openheid op stigmatisering van mensen met een visuele beperking**

Wilma Fiesler, Lilian Lechner[\*](http://vb23.bsl.nl/frontend/redir.asp?product=1873%2D1791&page=1873%2D1791/09014f3c801f676b%2Ehtml&highlight=slechtziendheid&phrase=#ain1) en Arjan Bos[\*\*](http://vb23.bsl.nl/frontend/redir.asp?product=1873%2D1791&page=1873%2D1791/09014f3c801f676b%2Ehtml&highlight=slechtziendheid&phrase=#ain2)

*Psychologie en Gezondheid* jaargang 36, nummer 1 (2008) p. 23-31

**If you can’t see – see if I care… An experimental study on the effects of seriousness, personal responsibility and openness on stigmatization of visually impaired persons**

**This study investigates the impact of seriousness of impairment, personal responsibility for the onset of the handicap, and openness about the impairment on perceivers’ emotional and behavioral reactions towards people with a visual impairment. Students (*N* = 176; response 100%) read a vignette in which seriousness, personal responsibility and openness were manipulated. After reading they had to answer questions about their emotions and behaviour. Results revealed that blindness is related to stronger feelings of pity and fear, stronger stigmatizing reactions and less social support than partially sightedness. High personal responsibility was related to stronger feelings of anger, less pity, more stigmatization and less social support than low personal responsibility. Openness about the visual impairment had an effect on perceivers’ pity and leads to more supportive and less stigmatizing reactions.**

**Inhoud**

* [Inleiding](http://vb23.bsl.nl/frontend/redir.asp?product=1873%2D1791&page=1873%2D1791/09014f3c801f676b%2Ehtml&highlight=slechtziendheid&phrase=#N10064)
* [Stigmatisering](http://vb23.bsl.nl/frontend/redir.asp?product=1873%2D1791&page=1873%2D1791/09014f3c801f676b%2Ehtml&highlight=slechtziendheid&phrase=#N10073)
* [Modellen van stigmatisering](http://vb23.bsl.nl/frontend/redir.asp?product=1873%2D1791&page=1873%2D1791/09014f3c801f676b%2Ehtml&highlight=slechtziendheid&phrase=#N1007B)
* [Een model voor stigmatisering van mensen die blind of slechtziend zijn](http://vb23.bsl.nl/frontend/redir.asp?product=1873%2D1791&page=1873%2D1791/09014f3c801f676b%2Ehtml&highlight=slechtziendheid&phrase=#N100A5)
* [Methode](http://vb23.bsl.nl/frontend/redir.asp?product=1873%2D1791&page=1873%2D1791/09014f3c801f676b%2Ehtml&highlight=slechtziendheid&phrase=#N100CF)
* [Resultaten](http://vb23.bsl.nl/frontend/redir.asp?product=1873%2D1791&page=1873%2D1791/09014f3c801f676b%2Ehtml&highlight=slechtziendheid&phrase=#N1025B)
* [Discussie](http://vb23.bsl.nl/frontend/redir.asp?product=1873%2D1791&page=1873%2D1791/09014f3c801f676b%2Ehtml&highlight=slechtziendheid&phrase=#N10352)
* [Literatuur](http://vb23.bsl.nl/frontend/redir.asp?product=1873%2D1791&page=1873%2D1791/09014f3c801f676b%2Ehtml&highlight=slechtziendheid&phrase=#N1038E)

**Inleiding**

Er zijn in Nederland naar schatting ongeveer 360.000 mensen met een ernstige visuele beperking; 16.000 van hen zijn blind, de overigen zijn slechtziend. [1](http://vb23.bsl.nl/frontend/redir.asp?product=1873%2D1791&page=1873%2D1791/09014f3c801f676b%2Ehtml&highlight=slechtziendheid&phrase=#vn1) Ongeveer een kwart van de gezichtsbeperkingen is al bij de geboorte aanwezig. Met het ouder worden neemt de kans op het krijgen van een visuele beperking sterk toe. Bij een leeftijd boven de 65 jaar hebben drie van de tien ouderen zodanige visuele problemen dat hun dagelijks leven ernstig bemoeilijkt wordt (Diepeveen, Teurlings & Verstraten, 2000).

Het welzijn van deze groep mensen wordt in belangrijke mate bepaald door de manier waarop anderen in alledaagse contactsituaties (thuis, op school, op de werkplek) reageren op hun handicap (Allen & Bellstedt, 1996). Helaas blijkt uit sociaal-psychologisch onderzoek dat mensen met een ernstige visuele beperking - naast de praktische en emotionele problemen die zij door hun beperking ervaren - regelmatig te maken krijgen met stigmatiserende reacties. Uitsluiting, vermijding, onbegrip, vooroordelen, ongepaste nieuwsgierigheid en onderschatting van fysieke en mentale mogelijkheden komen nog steeds veel voor (Allen & Bellsted, 1996; Almon, 2001; Kalksma, 2005). Deze stigmatiserende reacties kunnen ernstige consequenties hebben op het interpersoonlijk vlak en hebben vaak ook negatieve gevolgen voor het zelfbeeld en de kwaliteit van leven (Allen & Bellstedt, 1996; Crocker, Major & Steele, 1998). Onderzoek toont verder aan dat blinde en slechtziende adolescenten een significant kleiner sociaal netwerk hebben dan hun leeftijdgenoten (Kef, 1999: Kef, 2002). Uit Fins onderzoek blijkt dat mensen die blind of slechtziend zijn zich vaker alleen voelen en een lager zelfbeeld hebben dan andere volwassenen (Huure & Aro, 1998).

In de huidige studie is onderzocht welke factoren stigmatisering van blinde en slechtziende mensen beïnvloeden. Een beter inzicht in de cognitieve, emotionele en gedragsmatige reacties van ziende mensen bij contact met blinde en slechtziende mensen, kan aanknopingspunten bieden voor de ontwikkeling van trainingsprogramma’s voor hulpverleners en ondersteuningsprogramma’s voor mensen met een visuele beperking.

**Stigmatisering**

Een stigma is een afwijkend en ongewenst kenmerk van een persoon of groep dat negatieve reacties bij anderen oproept. Dit kenmerk maakt de persoon tot iemand die afwijkend, besmet, beperkt of ongewenst is (Jones et al., 1984). Openlijke stigmatisering komt tot uiting in gedrag als bedreiging, verwerping, vermijding of afkeer van de gestigmatiseerde persoon (Bos, 2001). Een meer subtiele non-verbale vorm van stigmatisering is bijvoorbeeld een gezichtsuitdrukking die blijk geeft van minachting of ongemak tijdens het contact met iemand met een stigma (Hebl, Tickle & Heatherton, 2000).

Ziekten en handicaps, zoals blindheid en slechtziendheid kunnen als stigma’s worden beschouwd. Vaak wordt de handicap als een centraal en wezenlijk attribuut van de persoon gezien dat de waarneming van andere kenmerken overschaduwt (Goffman, 1963). In het algemeen zal een ziekte of handicap zowel negatieve als prosociale reacties bij waarnemers oproepen (Dijker & Koomen, 1996; 2003). Enerzijds voelt men de behoefte om de zieke of gehandicapte persoon te helpen, anderzijds heeft men de neiging om hem te vermijden of af te wijzen. Juist deze ambivalentie leidt vaak tot negatief gedrag of een toestand van gespannenheid die duidt op onvermogen tot gedragskeuze (Dijker & Koomen, 1996).

**Modellen van stigmatisering**

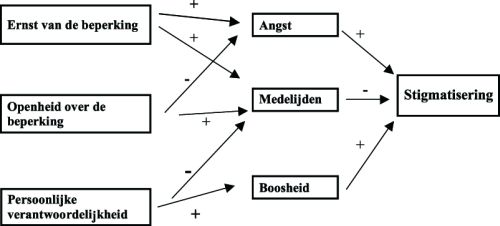
Weiner heeft als eerste het proces van stigmatisering van zieken en gehandicapten beschreven in termen van causale relaties tussen cognities en specifieke emotionele reacties (Dijker & Koomen, 1996; Weiner, Perry & Magnusson, 1988). In Weiners model van stigmatisering bepaalt de veronderstelde oorzaak van het stigma de gevoelsreacties ten opzichte van individuen met een stigma. Weiner onderscheidt twee emotionele reacties op individuen met een stigma: *medelijden* en *boosheid*. Deze reacties worden veroorzaakt door de mate waarin de gestigmatiseerde als *persoonlijk verantwoordelijk* wordt gezien voor zijn situatie. Hoe meer een waarnemer de deviante conditie als persoonlijk controleerbaar ziet, hoe meer boosheid en hoe minder medelijden hij ervaart. Boosheid motiveert vervolgens de waarnemer tot negatieve bejegening en stigmatisering. Medelijden zet de waarnemer aan tot prosociaal gedrag zoals het geven van hulp (Dijker & Koomen, 1996; Dijker & Koomen, 2003; Weiner et al., 1988).

Uit latere studies blijkt echter dat het model van Weiner te beperkt is om het proces van stigmatisering volledig te verklaren. Onderzoek door Bishop toont aan dat waarnemers ziekten en handicaps ook beoordelen op grond van *ernst* en *besmettelijkheid* en dat deze dimensies positief samenhangen met de emotie *angst* en met sociale afwijzing (Bishop 1991a; 1991b). Ernst is hier de mate van waargenomen leed door de ziekte/beperking, besmettelijkheid is de mate van aanstekelijkheid. Angst is het gevoel van vrees of onzekerheid dat de waarnemer ervaart. Uit onderzoek door Dijker en Koomen (1996; 2003) komt naar voren dat ook de dimensie *normovertreding* (de mate waarin de persoon normen overtreedt) en de emotie *leedvermaak* (vreugde over het leed van een ander) een rol kunnen spelen in het proces van stigmatisering.

Op basis van de bovenstaande onderzoeksbevindingen breidden Dijker en Koomen (1996; 2003) het model van Weiner uit met de cognitieve dimensies ernst, besmettelijkheid en normovertreding en met de emoties angst en leedvermaak. Deze uitbreiding resulteerde in het cognitief-emotionele model van stigmatisering van zieken en gehandicapten dat beschrijft hoe de verschillende cognitieve en emotionele factoren stigmatiserende reacties bepalen en hoe deze factoren onderling gerelateerd zijn (Dijker & Koomen, 1996; 2003). Het model werd met behulp van een SEM analyse geanalyseerd en goed bevonden (Dijker & Koomen, 2003). Deze SEM-analyse laat onder neer zien dat de ernst van een aandoening positief gerelateerd is aan de emoties angst en medelijden. Persoonlijke verantwoordelijkheid voor het ontstaan van de aandoening was positief gerelateerd aan woede en negatief gerelateerd aan medelijden. Beide cognitieve factoren bleken via de hierboven genoemde emotionele reacties invloed te hebben op stigmatisering.

**Een model voor stigmatisering van mensen die blind of slechtziend zijn**

Het huidige onderzoek neemt het model van Dijker en Koomen (1996; 2003) als uitgangspunt. De bruikbaarheid van dit model is al aangetoond in eerdere studies (Dijker & Koomen, 1996; 2003). Het model dat is aangepast voor de doelgroep, staat weergegeven in Figuur 1. Doel van de huidige studie is te onderzoeken wat de impact is van de mate van ernst van de beperking, persoonlijk verantwoordelijkheid voor de beperking en openheid over de beperking op de mate van stigmatisering van mensen met een visuele beperking.



**Figuur 1. Model van stigmatisering van mensen die blind of slechtziend zijn.**

Evenals in het model van Dijker en Koomen is *ernst van de beperking* gerelateerd aan meer angst en meer medelijden. Confrontatie met iemand met een ernstige visuele beperking roept bij waarnemers een toestand van emotionele ambivalentie op (Almon, 2001). Enerzijds ervaart de waarnemer negatieve emoties (angst) en wil hij de gehandicapte persoon vermijden. Anderzijds ervaart hij positieve emoties (medelijden) en wil hij de blinde persoon helpen. Juist deze ambivalentie leidt vaak tot stigmatiserende reacties of een toestand van gespannenheid (Dijker & Koomen, 1996; 2003). Dat de ernst van de visuele beperking van invloed is op de reactie van waarnemers lijkt ondersteund te worden door de onderzoeksresultaten van Kef (2002) waaruit blijkt dat blinde adolescenten een kleiner sociaal netwerk hebben en minder sociale steun ontvangen dan hun leeftijdgenoten die slechtziend zijn. In het huidige onderzoek wordt verwacht dat de ernst van de visuele beperking invloed heeft op angst en medelijden. Waarnemers zullen in sterkere mate angst en medelijden ervaren bij confrontatie met een blinde persoon dan bij confrontatie met een slechtziende persoon (hypothese 1a). Ook wordt verwacht dat de interactie met iemand die blind is tot meer stigmatiserende reacties en minder sociale steun leidt dan de confrontatie met een slechtziende persoon (hypothese1b).

Ook het concept *persoonlijke verantwoordelijkheid* dat gerelateerd is aan de emoties medelijden en boosheid, speelt een rol bij stigmatisering van blinden en slechtzienden. Confrontatie met iemand die door eigen schuld, bijvoorbeeld door het stunten met vuurwerk, blind of slechtziend is geworden, zal bij waarnemers meer boosheid en minder medelijden oproepen dan de confrontatie met iemand die al vanaf zijn geboorte blind of slechtziend is. Weinig medelijden leidt tot weinig sociale steun. Boosheid zet de waarnemer aan tot stigmatisering. Op grond van het model wordt verwacht dat persoonlijke verantwoordelijkheid voor het ontstaan van de visuele beperking invloed heeft op de emoties boosheid en medelijden. Er wordt verwacht dat waarnemers meer boosheid en minder medelijden ervaren bij hoge persoonlijke verantwoordelijkheid dan bij lage persoonlijke verantwoordelijkheid (hypothese 2a) en dat hoge persoonlijke verantwoordelijkheid meer stigmatisering en minder sociale steun tot gevolg heeft (hypothese 2b).

Het concept *openheid over de beperking* komt niet voor in het model van Dijker en Koomen. Openheid lijkt echter een belangrijke factor te zijn bij de beoordeling door anderen. Verschillende studies tonen aan dat waarnemers een blinde of slechtziende persoon die openheid uitstraalt positiever beoordelen dan een persoon die gesloten is over zijn beperking (Kef, 2006; Verplanken, Meijnders & Van de Wege, 1994). Er wordt verwacht dat openheid in het huidige onderzoek effect heeft op medelijden en angst. De verwachting is dat openheid over de blind- of slechtziendheid leidt tot meer medelijden en minder angst bij waarnemers (hypothese 3a). Eveneens wordt verwacht dat een open houding tot minder stigmatisering en meer sociale steun leidt (hypothese 3b).

**Methode**

**Proefpersonen en design**

Om de emoties en het gedrag van waarnemers te meten, werden 176 mbo-studenten (87 mannen en 89 vrouwen) at random toegewezen aan een 2 (persoonlijke verantwoordelijkheid: laag versus hoog) × 2 (ernst van de beperking: blind versus slechtziend) × 2 (openheid: geen versus wel) tussen proefpersonen factorieel ontwerp. De gemiddelde leeftijd van de studenten was 18,9 jaar (*SD* = 1,52).

Na het lezen van een vignet over een nieuwe blinde of slechtziende collega met wie ze zouden gaan samenwerken, kregen de studenten een vragenlijst voorgelegd met vragen over hun emoties en gedrag ten aanzien van deze collega. De vragenlijst werd voorafgegaan door een instructie waarin onder meer de anonimiteit werd benadrukt. Er waren acht verschillende vignetten, die correspondeerden met de acht condities in het ontwerp. Het onderzoek werd in aanwezigheid van een docent gelijktijdig in zes klassen afgenomen (respons = 100%). Na afloop werd door de docent uitleg gegeven over het doel van het onderzoek.

**Vignetten**

Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de vignetten die ontwikkeld waren voor een eerdere studie naar stigmatisering van patiënten met HIV (Bos, Dijker & Koomen, 2007). Elke proefpersoon werd verzocht zich in te leven in een verhaal over een denkbeeldige nieuwe collega Peter. Deze collega zou hetzelfde werk gaan doen als de proefpersoon en men zou intensief met Peter gaan samenwerken. Vandaag zou Peter beginnen. Vooraf was er al wat informatie over Peter bekend geworden. Later maakte de proefpersoon zelf kennis met Peter.

De algemene informatie over Peter en de afdeling was in alle vignetten gelijk. Peter was 24 jaar, dit was zijn tweede baan en een andere collega wist te vertellen dat Peter ‘iets aan zijn ogen had’. De werkplek was gesitueerd op het informatiecentrum van een middelgroot verzekeringskantoor waar alle binnenkomende vragen van klanten telefonisch of per e-mail beantwoord worden.

Daarna volgde de gemanipuleerde informatie. In elk vignet werd informatie gegeven over de persoonlijke verantwoordelijkheid ten aanzien van het ontstaan van de visuele beperking van Peter, over de ernst van zijn beperking en over het feit of Peter al dan niet open was over zijn handicap.

In de *hoge persoonlijke verantwoordelijkheid* conditie was de beperking van Peter ontstaan door het stunten met vuurwerk. In de *lage persoonlijke verantwoordelijkheid* conditie werd aangegeven dat het om een erfelijke geboorteafwijking ging. In de conditie *hoge ernst* stond dat Peter totaal blind was en dat hij gebruik maakte van een blindenstok en het brailleschrift. Tijdens het werk zou hij een koptelefoon en een speciaal toetsenbord voor de computer gebruiken. In de conditie *lage ernst* stond dat Peter slechtziend was. Verteld werd dat hij een bril droeg, dat hij nog gewoon kon lezen en dat hij bij het werk gebruik zou maken van een groot computerbeeldscherm.

Tot slot werd openheid gemanipuleerd. In de *open* conditie werd verteld dat Peter, nadat hij zich had voorgesteld, meteen vertelde dat hij een visuele beperking had. Hij legde uit wat dat in de praktijk betekende en vertelde over de hulpmiddelen die hij gebruikte. In de *gesloten* conditie *s*telde Peter zich bij binnenkomst voor, maar bracht hij de visuele beperking niet ter sprake.

**Vragenlijst**

De vragenlijst begon met de drie manipulatiechecks. Eerst werd gevraagd in hoeverre men Peter zelf verantwoordelijk vond voor het ontstaan van zijn handicap, vervolgens in welke mate men zijn beperking ernstig vond en tot slot in hoeverre men hem open vond over zijn handicap.

De concepten angst, medelijden, boosheid, stigmatisering en sociale steun die de studenten na lezing van het vignet moesten invullen, waren eerder ontwikkeld en gebruikt in onderzoek naar stigmatisering (Bos, Dijker & Koomen, 2007; De Graaff-Wijnberg, Bos & Lodewijkx, 2006). De genoemde concepten hadden een hoge betrouwbaarheid en bleken ook duidelijk gerelateerd aan de relevante constructen (Bos, Dijker & Koomen, 2007; De Graaff-Wijnberg, Bos & Lodewijkx, 2006).

De variabelen *angst, medelijden* en *boosheid* werden daarna gemeten. Gevraagd werd in welke mate de proefpersonen bepaalde emotionele reacties zouden ervaren wanneer zij met Peter zouden samenwerken. Voorbeelden van items waren: ‘Als je aan Peter denkt dan voel je betrokkenheid’ en ‘Als je aan Peter denkt dan voel je irritatie’. Vier items (zenuwachtigheid, angst, gespannenheid en onzekerheid) hadden betrekking op de emotie angst (alfa = .85). Met vier items (sympathie, medelijden, medeleven en betrokkenheid) werd medelijden gemeten (alfa = .67). Met vier items (irritatie, ergernis, boosheid en woede) werd boosheid gemeten (alfa = .94). De gemiddelden, standaarddeviaties en betrouwbaarheden van de schalen zijn weergegeven in Tabel 1.

**Tabel 1. Beschrijvende statistische gegevens van de afhankelijke variabelen.**

|  | ***Aantal*** | ***Range*** | ***M*** | ***SD*** | ***Gemiddelde itemscore*** | ***Alfa*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Angst | 4 | 4-28 | 13,95 | 5,27 | 3,47 | .85 |
| Medelijden | 4 | 4-28 | 19,99 | 4,10 | 5,00 | .67 |
| Boosheid | 4 | 4-28 | 14,35 | 7,38 | 3,59 | .94 |
| Stigmatisering | 7 | 7-49 | 28,93 | 12,56 | 4,13 | .95 |
| Sociale steun | 7 | 7-49 | 26,77 | 7,91 | 3,82 | .85 |

*Stigmatisering* en *sociale steun* werden vervolgens elk met zeven items gemeten. Aan de proefpersonen werd gevraagd in hoeverre ze het eens waren met stigmatiserende stellingen zoals ‘Ik denk dat Peter niet geschikt is voor zijn werk’ of met prosociale stellingen als ‘Ik zal Peter vragen om mee te gaan lunchen’. Deze items werden op een 7-puntsschaal gemeten (1 = helemaal niet mee eens; 7 = zeer mee eens). Voor de schaal stigmatisering was alfa .95 en voor de schaal sociale steun .85.

**Resultaten**

**Manipulatiechecks**

Om na te gaan of de manipulaties de beoogde effecten hadden, werden ANOVA’s uitgevoerd op de manipulatiechecks. De ANOVA uitgevoerd op de manipulatiecheck van ernst toonde aan dat proefpersonen in de conditie *blind* de klachten van Peter ernstiger vonden (M = 5,98) dan de proefpersonen in de conditie *slechtziend* (M = 4,71; *f* (1,174) = 73.24; *p* < .001). De ANOVA uitgevoerd op de manipulatiecheck van persoonlijke verantwoordelijkheid liet zien dat proefpersonen in de conditie *persoonlijke verantwoordelijkheid* Peter meer verantwoordelijk vonden voor het ontstaan van de visuele beperking (M = 6,08) dan in de conditie *geen persoonlijke verantwoordelijkheid* (M = 2,12; F (1,174) = 268.68; *p* < .001). De ANOVA uitgevoerd op de manipulatiecheck van openheid toonde aan dat de proefpersonen in de *open* conditie vonden dat Peter meer open was over zijn beperking (M = 5,96) dan in de *gesloten* conditie (M = 3,05; F (1,741) = 206.47; *p* < .001). De manipulaties werden door de proefpersonen dus op de gewenste manier waargenomen.

**Emoties**

Om na te gaan wat het effect van de drie condities op de emoties was, werd een 2 (ernst van de beperking) × 2 (persoonlijke verantwoordelijkheid) × 2 (openheid) Manova uitgevoerd op ernst, medelijden en boosheid. Deze multivariate analyse toonde aan dat persoonlijke verantwoordelijkheid het meeste effect had op de emoties van waarnemers, F (3,166) = 132.24; *p* < .001. Ook het effect van ernst, F (3,166) = 59.86; *p* < .001 en van openheid, F (3,166) = 28.84; *p* < .001 op de emotionele reacties bleek significant te zijn.

Een significant effect van persoonlijke verantwoordelijkheid werd gevonden op angst (F (1,176) = 9.98; *p* < .01), op medelijden (F (1,176) = 19.56; *p* < .001) en op boosheid (F (1,176) = 354.20; *p* < .001). Proefpersonen in de *lage persoonlijk verantwoordelijk* conditie rapporteerden minder gevoelens van angst (M = 13,07) dan in de *hoge persoonlijk verantwoordelijk* conditie (M = 14,86). Zij rapporteerden in de *lage persoonlijk verantwoordelijk* conditie ook meer medelijden (M = 21,09) dan in de *hoge persoonlijk verantwoordelijk* conditie (M = 18,87). Verder gaven zij aan meer gevoelens van boosheid te ervaren bij *hoge persoonlijke verantwoordelijkheid* (M = 20,63) dan bij *lage persoonlijke verantwoordelijkheid* (M = 8,57).

De ernst van de visuele beperking had effect op de emoties angst en medelijden. In de conditie *blind* bleek men significant meer angst (M = 17,61) te ervaren dan in de conditie *slechtziend* (M = 10,38; F (1,176) = 160.27; *p* < .001). Ook had men in de conditie *blind* (M = 21,14) significant meer medelijden met Peter dan in de conditie *slechtziend* (M = 18,88; F (1,176) = 21.75; *p* < .001). Ernst had geen significant effect op boosheid.

Openheid bleek een significant effect te hebben op medelijden. Proefpersonen die geconfronteerd werden met een collega die open was over zijn visuele beperking rapporteerden significant meer medelijden (M = 22,06) dan proefpersonen die te maken hadden met een collega die niets over zijn beperking vertelde (M = 17,84; F (1,176) = 77.18; *p* < .001). Proefpersonen rapporteerden minder angst in de *open* conditie (M = 13.82) dan in de *gesloten* conditie (M = 14,09; F (1,176) = .27; *p* = .61), maar dit verschil was niet significant. De score op boosheid was bij *openheid* lager (M =13,97) dan bij *geslotenheid* (M = 15,13; F (1,176) = 1.37; *p* = .244), maar niet significant.

**Stigmatisering en sociale steun**

Om het effect van de drie condities op stigmatisering te toetsen, werd een 2 (ernst van de beperking) × 2 (persoonlijke verantwoordelijkheid) × 2 (openheid) anova uitgevoerd. Deze univariate analyse toonde aan dat persoonlijke verantwoordelijkheid invloed had op stigmatisering (F (1,176) = 107.20; *p* < .001). Proefpersonen in de *hoge persoonlijke verantwoordelijkheid* conditie waren het significant vaker eens met stigmatiserende stellingen over Peter (M = 35,26) dan proefpersonen in de *lage persoonlijke verantwoordelijkheid* conditie (M = 22,73).

Uit de analyse kwam eveneens een significant effect van ernst op stigmatisering naar voren (F (1,176) = 55.68; *p* < .001). Proefpersonen in de conditie *blind* (M = 33,26) waren het significant vaker eens met stigmatiserende stellingen over Peter dan in de conditie *slechtziend* (M = 24,69). Ook het effect van openheid op stigmatisering was significant (F (1,176) = 84.99; *p* < .001. Proefpersonen in de *open* conditie gaven minder stigmatiserende reacties (M = 23,54) dan in de *gesloten* conditie (M = 34,56).

Het effect van de drie condities op sociale steun werd eveneens getoetst met eenzelfde 2 × 2 × 2 anova. Openheid bleek een effect te hebben op sociale steun (F (1,176) = 74.34; *p* < .001). In de *open* conditie *(m* = 30,19) waren de scores op sociale steun significant hoger dan in de *gesloten* conditie (M = 23,19). Ook de ernst van de beperking had invloed op sociale steun (F (1,176) = 33.94; *p* < .001). In de conditie *blind* (M = 24,46) waren de scores op de prosociale stellingen significant lager dan in de conditie *slechtziend* (M = 29,02). Tot slot bleek ook persoonlijke verantwoordelijkheid invloed te hebben op sociale steun (F (1,176) = 72.87; *p* < .001). In de *lage persoonlijke verantwoordelijkheid* conditie (M = 30,27) werd meer sociale steun gerapporteerd dan in de *hoge persoonlijke verantwoordelijkheid* conditie (M = 23,18).

**Discussie**

Uit de resultaten volgt dat hypothese 1a kan worden aanvaard. Waarnemers ervoeren meer angst en meer medelijden bij blindheid dan bij slechtziendheid. Deze resultaten sluiten aan bij eerder onderzoek waarin eveneens gevonden werd dat de ernst van een ziekte of handicap gerelateerd is aan angst en medelijden (Bos, Dijker & Koomen, 1999; Dijker & Koomen, 2003). Ook hypothese 1b kan worden aanvaard. Blindheid leidde tot meer stigmatisering en minder sociale steun dan slechtziendheid. Zoals werd verwacht, riep de confrontatie met een blinde persoon bij waarnemers een toestand van emotionele ambivalentie op. Enerzijds ervoeren zij angst, anderzijds medelijden. Deze emoties waren in overeenstemming met eerder onderzoek (Almon, 2001; Bos, Dijker & Koomen, 1999; Dijker & Koomen, 1996) gerelateerd aan de mate waarin de respondenten stigmatiserende reacties gaven. Blinde mensen zijn hierdoor in een extra nadelige positie. Doordat hun visuele beperking ernstiger is, hebben zij meer praktische steun nodig dan hun slechtziende lotgenoten terwijl de steun van waarnemers juist minder is.

Hypothese 2a kan eveneens worden aanvaard. Bij persoonlijke verantwoordelijkheid voor het ontstaan van de blind- of slechtziendheid ervoeren waarnemers meer boosheid en minder medelijden dan wanneer er geen sprake was van persoonlijke verantwoordelijkheid. Dit komt overeen met eerdere onderzoeksresultaten die stellen dat persoonlijke verantwoordelijkheid effect heeft op boosheid en medelijden (Dijker & Koomen, 2003; Weiner et al., 1988). Uit de onderhavige studie blijkt echter dat persoonlijke verantwoordelijkheid ook gerelateerd is aan meer angst. In de literatuur is hiervoor geen verklaring gevonden. Op grond van de analyseresultaten kan ook hypothese 2b worden bevestigd. Persoonlijke verantwoordelijkheid motiveerde tot meer stigmatiserende reacties en minder sociale steun dan geen persoonlijke verantwoordelijkheid.

Hypothese 3a moet gedeeltelijk worden verworpen. Bij openheid over de blind- of slechtziendheid bleken waarnemers meer medelijden te ervaren dan bij geen openheid. De verwachte vermindering van angst is hier echter marginaal en niet significant. Deze resultaten zijn niet geheel in overeenstemming met het werk van Goffman (1963) die stelt dat angst en onzekerheid bij waarnemers vermindert door een open houding van de gestigmatiseerde persoon. Mogelijk gaat het bij waarnemers van blinde en slechtziende mensen meer om een gevoel van ongemak dan om daadwerkelijke angst. Hypothese 3b wordt ondersteund door de onderzoeksresultaten. Openheid leidde tot minder stigmatiserende reacties en meer sociale steun dan geen openheid.

Geconcludeerd kan worden dat ernst, persoonlijke verantwoordelijkheid en openheid effect hebben op de mate van angst, medelijden en boosheid bij waarnemers van blinde of slechtziende mensen en op de mate waarin zij deze mensen sociale steun geven en stigmatiseren. Uit de resultaten blijkt ondersteuning voor het gepresenteerde model, alleen de verwachte relatie tussen openheid en angst werd niet gevonden. Bij blindheid of slechtziendheid is er sprake van een zichtbare beperking. Het model is eerder op twee niet zichtbare diagnoses (HIV en depressie) toegepast en heeft daar vergelijkbare resultaten opgeleverd voor ernst en persoonlijke verantwoordelijkheid (Bos, Dijker & Koomen, 1999; Graaff-Wijnberg, Bos & Lodewijkx., 2006). Daarmee lijkt het model en de bevindingen meer algemeen te zijn en niet diagnose specifiek.

**Kanttekeningen bij het onderzoek**

Er kunnen enige kanttekeningen worden geplaatst bij de hier gevolgde onderzoeksstrategie. In de huidige studie is de ernst van de beperking geoperationaliseerd als *blind* of *slechtziend.* Waarnemers beoordelen de ernst van een visuele beperking echter niet alleen op basis van het gezichtsvermogen, maar ook aan de hand van andere factoren zoals de mate van afhankelijkheid (Weiner et al., 1988) Volgens Kalksma (2005) spelen ook uiterlijke aspecten zoals zichtbaarheid van de oogafwijking, lichaamshouding, motoriek en de aanwezigheid van blindismen (stereotiepe bewegingen die onbewust herhaald worden) een belangrijke rol bij de beoordeling van ernst door anderen. De sociale vaardigheden van een persoon met een visuele beperking zijn eveneens van belang. Communicatie met een blinde of slechtziende persoon verloopt anders en het niet kunnen zien van de reacties van de waarnemer kan soms leiden tot inadequaat gedrag (Kef, 2006). De variabele ernst zou dus breder geoperationaliseerd kunnen worden.

Een tweede punt is de plaats van openheid in het model. Openheid over de beperking is in de huidige studie gedefinieerd als de mate van waargenomen oprechtheid bij de blinde of slechtziende persoon. Openheid kan echter ook worden beschouwd als een *bewust gehanteerde* interactiestrategie van de gehandicapte persoon om invloed uit te oefenen op de gevoelens en het gedrag van waarnemers. Deze strategie die ook wel *acknowledgement* wordt genoemd, blijkt een bruikbare techniek te zijn om ongemak bij waarnemers te verminderen en sociale steun te bevorderen (Belgrave, 1984 in Hebl, Tickle & Heatherton, 2000; Hastorf & Wildfogel, 1979). In deze betekenis zou openheid als een modererende factor in het model moeten worden geplaatst.

De derde kanttekening betreft de samenstelling van de steekproef. Het onderzoek is uitgevoerd bij mbo-studenten, een homogene groep waarbij de respons zeer hoog is (100%). Door gebruik te maken van de klassesituatie zijn de condities van het experiment ook voor alle respondenten nagenoeg gelijk. Of deze steekproef representatief is voor alle Nederlandse volwassenen valt echter te betwijfelen, wat mogelijk gevolgen heeft voor de generaliseerbaarheid van de resultaten.

In deze studie is gebruik gemaakt van vignetten. Deze methode heeft als nadeel dat er geen daadwerkelijke interactie plaatsvindt tussen de stimuluspersoon en de proefpersonen, zoals Hebl en Dovidio (2005) aanbevelen bij onderzoek naar stigmatisering. Het is mogelijk dat proefpersonen bij daadwerkelijk contact met een blinde of slechtziende persoon anders reageren. Bij het gebruik van vignetten blijven uiterlijke aspecten en het niet kunnen maken van oogcontact buiten beschouwing. Een voordeel van de methode met vignetten is dat de informatie op een heldere, precies gelijke en systematische manier gemanipuleerd kan worden.

De afhankelijke variabelen in deze studie zijn gemeten door middel van zelfrapportage. Sociaal wenselijke antwoorden kunnen de onderzoeksresultaten beïnvloed hebben. Door anonimiteit te garanderen en door bij de instructie te benadrukken dat het ging om ieders persoonlijke mening en dat er geen goede of foute antwoorden waren, werd dit nadeel enigszins ondervangen.

Aan de proefpersonen werd niet gevraagd of zij persoonlijk ervaring hadden met mensen met een visuele beperking in hun sociale netwerk. Onderzoek door Pettigrew & Tropp (2006) toont echter dat contact met leden van gestigmatiseerde groepen leidt tot minder vooroordelen. Persoonlijke ervaring met mensen met een visuele beperking zou dus van invloed kunnen zijn op de gevonden verschillen.

**Aanbevelingen**

Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar determinanten van stigmatisering van mensen die blind of slechtziend zijn. Om stigmatisering daadwerkelijk te reduceren is onderzoek op grotere schaal gewenst. Onderzocht zou moeten worden of er nog andere determinanten van invloed zijn en welke preventieve maatregelen en interventies mogelijk zijn.

In het huidige onderzoek is ondermeer gekeken naar de rol van door de waarnemer ervaren openheid. Naar het effect van openheid als interactiestrategie om stigmatisering te beperken (*acknowledgement*) is nog geen onderzoek gedaan. Uit recent onderzoek door Kef (2006) komt naar voren dat mensen met een visuele beperking hun handicap niet graag op de voorgrond plaatsen. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de vraag of meer openheid daadwerkelijk stigmatisering kan reduceren en op de vraag wat het juiste moment is voor het ter sprake brengen van de handicap.

Het ontwikkelen van strategieën voor blinde en slechtziende mensen om zelf stigmatisering te reduceren is echter niet voldoende. Aannames en vooronderstellingen hebben ook een collectieve dimensie. Uit de huidige studie blijkt dat een visuele beperking nog vaak negatieve reacties oproept. Afkeer en uitsluiting van blinde of slechtziende mensen, kan hiervan het gevolg zijn (Allen & Bellstedt, 1996). Publieksvoorlichting over visuele beperkingen en de consequenties daarvan is daarom eveneens van essentieel belang om stigmatisering te reduceren. Iemand is immers meer dan alleen zijn ogen.

\* Wilma Fiesler en Lilian Lechner zijn verbonden aan de Open Universiteit Nederland.

\*\* Arjan E. R. Bos is werkzaam bij de Open Universiteit Nederland en de Erasmus Universiteit Rotterdam.

*Correspondentieadres*: Prof. dr. Lilian Lechner, Faculteit psychologie, Open Universiteit Nederland, Postbus 2960, 6401 DL Heerlen.

*E-mailadres*: lilian.lechner@ou.nl

**Noten**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Volgens de definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie is iemand blind als de gezichtsscherpte minder is dan 1/20 of het gezichtsveld beperkt is tot 10 graden of minder. Iemand wordt geclassificeerd als slechtziend als de gezichtsscherpte op afstand van het beste oog of van beide ogen minder is dan 3/10 of als het gezichtsveld is beperkt tot minder dan 30 graden. |

**Literatuur**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Allen, M. & Bellstedt, J. (1996). Attitudes toward blindness and blind people: What do we believe? *ABNF Journal 7,* 72-77. |
| 2. | Almon, P.A. (2001). Mass transportation operators' beliefs about visual impairment. *Journal of* *Visual Impairment & Blindness, 95,* 5-13. |
| 3. | Bishop, G. D. (1991a). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness* (pp. 32-59). New York: Springer. |
| 4. | Bishop, G. D. (1991b). Lay disease representations and responses to victims of disease. *Basic and Applied Social Psychology*, *12*, 115-132. |
| 5. | Bos, A.E.R., (2001). *HIV stigma and social interaction, examining strategies to influence* *perceivers’ emotional and behavioral reactions in initial encounters*. Maastricht: Unigraphic. |
| 6. | Bos, A. E. R., Dijker,A. J., & Koomen,W. (1999).The influence of seriousness of disease symptoms and patients’ sexual orientation on emotional and behavioral reactions to ill persons. *Gedrag & Gezondheid, 27,* 29-35. |
| 7. | Bos, A. E. R., Dijker, A. J., & Koomen, W. (2007). Sex differences in emotional and behavioral responses to HIV+ individuals’ expression of distress. *Psychology and Health, 22*, 493-511. |
| 8. | Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill. |
| 9. | Diepeveen, C., Teurlings, L., & Verstraten, P. (2000). *Ooit gezien, maar nog niet uitgekeken, werken en omgaan met slechtziende en blinde ouderen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum. |
| 10. | Dijker A. J., & Koomen W. (1996). Stigmatisering van zieken en gehandicapten: een integratie van cognitieve en emotionele componenten*. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 51*, 252-260. |
| 11. | Dijker, A.J., & Koomen, W. (2003). Extending Weiners Attribution-Emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and Applied Social Psychology, 25*, 51-68. |
| 12. | Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. |
| 13. | Graaff-Wijnberg, C.M. de, Bos, A.E.R., & Lodewijkx, H.F.M. (2006). Stigmatisering als barrière voor arbeidsreïntegratie van depressieve werknemers. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 61*, 65-73. |
| 14. | Hastorf, A.H., & Wildfogel, J. (1979). Acknowledgement of handicap as a tactic in social situations. *Journal of Personality and Social Psychology, 37,* 1790-1797*.* |
| 15. | Hebl, M.R., Tickle, J., & Heatherton, T.F. (2000). Awkward moments in interactions between nonstigmatized and stigmatized individuals. In T.F. Heatherton, R.I. Kleck, M.R. Hebl & J.G. Hull, *The social psychology of stigma* (pp. 275-306). New York: The Guilford Press. |
| 16. | Hebl, M.R., & Dovidio, J.F. (2005). Promoting the ‘social’ in the examination of social stigmas. *Personality and Social Psychology Review, 9,* 156-182. |
| 17. | Huure T.M., & Aro H.M. (1998). Psychosocial development among adolescents with visual impairment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *7,* 73-78. |
| 18. | Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman. |
| 19. | Kalksma, S. (2005). *Oog voor elkaar, onderzoeksscriptie naar vriendschapsrelaties van jongeren met een visuele beperking.* Amsterdam: Vrije Universiteit. |
| 20. | Kef, S. (1999). *Outlook on relations: personal networks and psychosocial characteristics of visually impaired adolescents.* Amsterdam: Thela Thesis. |
| 21. | Kef, S. (2002). Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 96*, 22-37. |
| 22. | Kef, S. (2006). *Verder kijken dan de beperking, longitudinaal onderzoek naar de psychosociale ontwikkeling en sociale netwerken van adolescenten en jongvolwassenen met een visuele beperking.* Amsterdam: Vrije Universiteit. |
| 23. | Pettigrew, T.F., & Tropp, L.R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 90,* 751-783. |
| 24. | Verplanken, B., Meijnders, A., & Wege, A. van de (1994). Emotion and cognition: attitudes toward persons who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 88,* 504-511. |
| 25. | Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 738-748. |
| 26. | Website WHO http://www.who.int. Binnengehaald op 24 oktober 2006 van [www.link.nl](http://www.link.nl). |

6. Lijst

Organisaties  
Open Universiteit Nederland  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Wereld Gezondheidsorganisatie  
  
Specialisten  
Weiner  
Bishop  
Dijker  
Koomen  
Kef  
Goffman  
Kalksma  
Hebl  
Dovidio  
Pettigrew  
Topp  
  
Moeilijke woorden  
**visueel**het zien betreffend

**stigma**een afwijkend en ongewenst kenmerk van een person of groep dat negatieve reacties bij anderen oproept

**consequentie**gevolg

**significant**niet aan toeval toe te schrijven en dus betekenisvol

**attribuut**- symbolisch kenmerk  
- benodigdheden, gereedschappen

**prosociale**omvat gedragingen die bedoeld zijn om anderen voordeel te geven

**ambivalentie**twee tegenovergestelde gedachten of gevoelens ervaren

**causaal**oorzakelijk, verband tussen oorzaak en gevolg

**bejegening**de manier waarop iemand zich tegenover iemand anders gedraagt; onder meer wijze van benadering door zorgverlener van zorgvrager

**deviant**afwijkend

**relateren**in verband brengen met

**analyseren**ontleden, ontbinden

**SEM analyse**Scanning Elektronen Microscopy (SEM) is een microscopische techniek waarmee asbestvezels in longweefsel kunnen worden geteld en geanalyseerd

**Adolescent**iemand die bijna volwassen is

**at random**willekeurig

**vignet**herkenningsplaatje

**corresponderen** - briefwisseling houden  
- overeenkomen

**manipuleren**beïnvloeden, bewerken

**variabelen**grootheden die elke willekeurig waarde, al dan niet gelegen op een interval, kan aannemen

**univariate**De uitkomsten, of de kansverdeling van die uitkomsten, van een enkele kansvariabele. Bivariaat zijn de paren uitkomsten van twee kansvariabelen, waarbij de waarnemingen op dezelfde eenheid zijn gedaan.

**inadequaat**niet passen, ongeschikt

**reduceren**beperken  
herleiden, omrekenen