

Autonomie en Sociale Steun op het Werk in Relatie tot Gezondheid bij Hoog Opgeleide Werknemers

Joke Tacoma

10 oktober 2004
Werkstuk voor leeronderzoek
Faculteit Psychologie
Afstudeerrichting Gezondheidspsychologie
Open Universiteit Nederland
2693 woorden

Joke Tacoma
Hoge Filterweg 180
3063 KC Rotterdam
tacoma@worldonline.nl

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Summary	4
Inleiding	5
Hypothesen	6
Methode	7
Onderzoeksgroep	7
Meetinstrumenten	7
Procedure	9
Analysemethoden	9
Resultaten	11
Discussie	15
Literatuur	18
Bijlagen	20
Bijlage 1: vragenlijst	20
Bijlage 2: begeleidende brief bij de vragenlijst	23

Samenvatting

In opdracht van het onderzoekspracticum psychologische surveys van de Open Universiteit Nederland is bij werknemers de relatie tussen autonomie en sociale steun enerzijds en gezondheid anderzijds onderzocht. Het theoretisch kader is het Job Demand Control Support model.

De vragenlijsten, gebaseerd op de Maastrichtse Autonomielijst, de Vragenlijst Organisatiestress-D en de Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid, zijn ingevuld door 52 werknemers uit de sociale omgeving van de auteur. De deelgroep van 44 hoog opgeleide werknemers is ook onderzocht.

Correlatie-analyse en lineaire regressie laten zien dat voor beide groepen geen significante relatie is tussen autonomie en sociale steun enerzijds en gezondheid van werknemers anderzijds.

De discussie richt zich op de subjectieve meting, de homogeniteit van de onderzoeksgroep en de meetmiddelen.

Summary

By order of the 'onderzoekspracticum psychologische surveys' of the Open University The Netherlands, autonomy and social support in relation to health of employees is investigated. The theoretical framework is the Job Demand Control Support model.

Questionnaire data, based on the 'Maastrichtse Autonomielijst', the 'Vragenlijst Organisatiestress-D' and the 'Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid', of 52 employees of the social environment of the author are collected. The subgroup of 44 high educated people is also studied.

Correlation analysis and linear regression show for both groups no significant relation between autonomy and social support on the one side and health of employees on the other side.

The discussion focuses on the subjective measurement, the homogeneity of the sample and the measuring methods.

Inleiding

Veel onderzoek naar de relatie tussen psychosociale aspecten van de werkomgeving en de gezondheid van werknemers wordt tegenwoordig verricht met behulp van het Job Demand Control Support (JDACS) model (Van der Doef & Maes, 1998). Het JDACS model is gebaseerd op het Job Demand Control model (Karasek, 1979) dat postuleert dat werkeisen en regelmogelijkheden de primaire bron van stress op het werk zijn. Dit model is door Johnson & Hall (1988) uitgebreid met sociale steun op het werk (De Jonge, 1995).

Uit het JDACS model kunnen twee hypothesen worden afgeleid (Van der Doef & Maes, 1998). De isostrain hypothese stelt dat het hoogste ziekteniveau wordt verwacht als het werk gekarakteriseerd wordt door hoge werkeisen met weinig regelmogelijkheden en weinig sociale steun. De buffer hypothese stelt dat regelmogelijkheden en sociale steun de potentieel negatieve effecten van hoge werkeisen op de gezondheid kunnen bufferen. Hoewel deze hypothesen gevoelsmatig juist zijn, blijkt het verband empirisch niet altijd aantoonbaar (Janssen, Bakker & De Jong, 2001). Om het JDACS model te toetsen is daarom gezocht naar meer homogene groepen, bijvoorbeeld door te kijken naar man/vrouw (Muhonen & Torkelson, 2003), verpleegkundigen (o.a. VanYperen & Baving, 1999; De Jonge, 1995) en *white/blue collar workers* (Van der Doef, 2000). Alleen bij het laatste onderzoek werd een significante relatie gevonden: een hoge spanning heeft een negatief effect op de gezondheid van de mannelijke *blue collar worker*.

Het maatschappelijk belang van onderzoek naar de oorzaken van gezondheidsklachten in relatie tot werkkenmerken is groot. Onderzoek van Gründemann & Schellaart (1993) toonde aan dat circa 42% van de ziekten die tot arbeidsongeschiktheid hebben geleid, direct veroorzaakt zijn door het werk. Als de oorzaken van deze ziekten bekend zijn is er meer kans op reductie van gezondheidsklachten en daardoor op minder ziekteverzuim, wao, enz..

In het kader van het onderzoekspracticum psychologische surveys van de Open Universiteit Nederland levert dit onderzoek een bijdrage aan de zoektocht naar de relatie werkkenmerken – gezondheid. Zoals uit het bovenstaande blijkt, is er meestal voor een bepaalde beroepsgroep gekozen. Binnen een beroepsgroep is echter een grote variatie in opleiding mogelijk. Muhonen & Torkelson (2003) namen daarom opleiding als criterium om meer homogene groepen te vormen. Hoewel ze geen significante relatie hebben gevonden, rechtvaardigt het idee van een opleidingshomogene onderzoeksgroep verdere studie. Dit onderzoek is daarop doorgegaan: het is gericht op hoger opgeleide werknemers, onafhankelijk van het soort werk dat ze verrichten.

De relatie werkkenmerken – gezondheid is getoetst met het JDCA model met als vraagstelling of er een verband is tussen enerzijds autonomie in het werk en sociale steun op het werk, en anderzijds gezondheid bij werknemers. Bij deze drie variabelen gaat het om wat de werknemers zelf ervaren.

Hypothesen

H1: hoe minder autonomie werknemers in hun werk ervaren, hoe slechter de ervaren gezondheid van de werknemers.

H2: hoe minder sociale steun werknemers van collega's en leidinggevenden ervaren, hoe slechter de ervaren gezondheid van de werknemers.

H3: sociale steun van collega's en leidinggevenden modereert het effect van autonomie op gezondheid.

Concretisering van H3: bij veel ervaren sociale steun leidt minder autonomie niet tot een slechtere ervaren gezondheid. Bij weinig ervaren sociale steun is het negatieve effect van weinig autonomie op ervaren gezondheid juist sterker.

Methode

Onderzoeksgroep

Er werd een vragenlijst (zie bijlage 1) gestuurd aan 48 werknemers (mensen met een betaalde baan) met het verzoek om deze zo mogelijk ook door hun collega's en/of partner te laten beantwoorden (zie bijlage 2). Er werden 52 volledig ingevulde vragenlijsten geretourneerd. Van de respondenten was tweederde (65.4%) vrouw, de werkweek liep op van 12 tot 50 uur ($M = 32.3$, $SD = 8.0$) en de leeftijd varieerde van 24 tot 57 jaar ($M = 42.3$, $SD = 9.3$). Tabel 1 geeft een overzicht van de opleiding van de respondenten.

Tabel 1

Opleiding van de respondenten

Opleiding	Aantal	Percentage
lbo/mavo	5	9.6
mbo/havo	3	5.8
hbo/vwo	20	38.5
wo	24	46.2
Totaal	52	100

Een ruime meerderheid (85%) van de respondenten was, zo blijkt uit tabel 1, hoog opgeleid.

Meetinstrumenten

De opzet was eenmalig, cross-sectioneel. De vragenlijst bevatte vragen over autonomie en sociale steun op het werk en gezondheidsklachten. Daarnaast werden algemene gegevens gevraagd: geslacht, leeftijd, hoogst voltooide opleiding en het aantal werkuren per week.

De onafhankelijke variabele autonomie werd gemeten met de Maastrichtse Autonomie-lijst (MAL), (De Jonge, Landeweerd & Van Breukelen, 1994). Deze lijst bevat 10 items met een 5-punts Likertantwoordschaal. De MAL hanteert als definitie van autonomie: 'de mogelijkheid (vrijheid) die de werknemer feitelijk in het werk heeft ten aanzien van het bepalen van verschillende werkaspecten, zoals het werktempo, de werkmethode, de volgorde van de werkzaamheden en de werkdoelen'. De scores van de 10 items werden bij elkaar opgeteld, zodat de totaalscore kon variëren van 10 tot 50. Een hoge score betekent meer autonomie. De psychometrische kwaliteit van de MAL is redelijk: De Jonge *et al.* (1994) rapporteerden voor drie groepen zorgverleners een Cronbach's α die varieerde van .75 tot .86 en een test-hertest betrouwbaarheid van .58 tot .66. Ze vonden de MAL geschikt voor verschillende beroepsgroepen. Een voorbeeldvraag is: in welke mate biedt het werk u de mogelijkheid zelf een manier van werken te kiezen?

De modererende variabele sociale steun werd gemeten met de module 'steun van leiding en collega's' uit de Vragenlijst Organisatiestress-D (VOS-D), (Bergers, Marcellissen & De Wolff, 1986). De VOS-D is gebaseerd op het Michigan organisatie-rolstress model van Caplan, Cobb, French, Harrison & Pinneau (1975). De module bestaat uit tien items: vijf vragen over de steun van chefs en vijf dezelfde vragen over de steun van collega's. De score werd bepaald op een vierpuntsschaal van 1 'zeer goed' of 'altijd' tot 4 'slecht' of 'nooit'. Vraag 12 van de vragenlijst (bijlage 1) werd gehercodeerd zodat deze in lijn bleef met de andere vragen van deze module. De totale score werd berekend door de scores van de items op te tellen en kon derhalve variëren van 10 tot 40. Een hoge score betekent weinig sociale steun. De VOS-D definieert sociale steun als: 'de totale hoeveelheid ervaren hulpbereidheid van collega's en chefs'. Bergers *et al.* (1986) vonden een Cronbach's α voor gebrek aan steun chefs van .83 en voor gebrek aan steun collega's van .75. Verder toonden ze aan dat de begripsvaliditeit op de items van sociale ondersteuning via factoranalyse 11 factoren opleverde met een eigenwaarde groter

dan 1.00 en met een totaal verklaarde variantie van de factoren van 60.3%. De interpretatie van de factoren viel bijna geheel samen met de beschrijving van de afzonderlijke schalen. De test-hertest betrouwbaarheid was .64 (De Jonge, 1995). Een voorbeeldvraag is: voelt u zich gewaardeerd in uw werk door uw chefs?

De afhankelijke variabele gezondheid werd gemeten met de korte Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid (VOEG), (Joosten & Drop, 1987). De korte VOEG bestaat uit 21 items met de dichotome antwoordmogelijkheden ja en nee. Elke 'ja' werd geteld, zodat de totaal-score kon variëren van 0 tot 21. Een hoge score betekent veel gezondheidsklachten. Joosten & Drop (1987) gaven voor de korte VOEG een interne consistentie Cronbach's α van .85 (norm-groep Nederlandse bevolking) en een principale componenten analyse van vier componenten die tezamen 47% van de variantie verklaarden. De test-hertest betrouwbaarheid werd niet gemeten. Een voorbeeldvraag is: hebt u in de afgelopen maand rugpijn gehad?

Procedure

Aangezien de begrippen gedefinieerd waren als subjectieve inschattingen van de onderzoekseenheden, werd gebruik gemaakt van vragenlijstonderzoek. Op 3 november 2003 werden 48 vragenlijsten met een begeleidende brief per e-mail verstuurd aan de sociale omgeving van de auteur. Op 13 november 2003 waren 58 vragenlijsten geretourneerd.

Analysemethoden

De data werden ingevoerd in SPSS 11.5. Van de 58 vragenlijsten waren 52 volledig ingevuld. Het onderzoek was gebaseerd op de volledig ingevulde vragenlijsten.

Eerst werden analyses uitgevoerd ter bepaling van de betrouwbaarheid (Cronbach's α), het gemiddelde, de standaardafwijking, en de hoogste en laagste itemscore. Vervolgens werden de correlaties tussen de variabelen autonomie, sociale steun en gezondheid en het daarbij

behorende significantieniveau bepaald. Omdat de overschrijdingskans te hoog was ($p > .05$) voor een significante correlatie werd een tweede analyse uitgevoerd met de deelgroep hoger opgeleiden (hbo/wo). Hoewel de homogeniteit van de groep hierdoor werd vergroot, nam de overschrijdingskans voor een significante correlatie toe.

Vervolgens werd een regressie-analyse uitgevoerd met de onafhankelijke variabelen autonomie en sociale steun alsmede de afhankelijke variabele gezondheid om te bepalen of er voldoende samenhang was tussen deze variabelen en of de samenhang significant was. Er werd gekeken naar een lineair verband middels de 'enter'-methode, zowel voor de hele groep respondenten als voor de deelgroep hbo/wo. Hiermee was zowel hypothese 1 als 2 te toetsen. Voor hypothese 3 werd een nieuwe regressie-analyse gedaan met de extra onafhankelijke variabele autonomie x sociale steun. Ook hier werden beide groepen geanalyseerd.

Resultaten

In tabel 2 staat voor de afhankelijke (gezondheid), onafhankelijke (autonomie) en modererende variabele (sociale steun) een overzicht van de interne consistentie (betrouwbaarheid) van de schaal, aantal items, gemiddelde, standaardafwijking, laagste en hoogste itemscore.

Tabel 2

Betrouwbaarheidsanalyse: aantal items (N), gemiddelde (M), standaardafwijking (SD), gemiddelde laagste (L) en hoogste (H) itemscore en Cronbach's α (α)

Variabele	N	M	SD	L	H	α
Gezondheid	21	4.9	3.1	.04	.71	.72
Autonomie	10	35.9	7.1	3.2	4.0	.91
Sociale steun	10	17.4	3.3	1.4	2.0	.78

Vermoeidheid komt als gezondheidsklacht het meest voor (71%), gevolgd door het gevoel van 's ochtends niet uitgerust zijn (63%). Pijn in de hartstreek en een zoetige smaak in de mond scoren het laagst: beide 4%. Cronbach's α (in feite KR 20) is in dit onderzoek voor gezondheid .72 en de gemiddelde score is 4.9. In de literatuur varieert KR 20 van .85 (Joosten & Drop, 1987) tot .88 (Janssen *et al.*, 2001) en het gemiddelde van 2.53 voor de Nederlandse bevolking (Joosten & Drop, 1987) tot 6.9 voor (niet flexibel) werkenden (Martens, Nijhuis, Van Boxtel & Knottnerus, 1995). Cronbach's α is in dit onderzoek lager dan in de literatuur, maar hoger dan de ondergrens van 0.60.

Bij de vragen over autonomie is in 41% van de gevallen 'veel mogelijkheden' en in 27% van de gevallen 'enige mogelijkheid' aangekruist. Cronbach's α is .91, het gemiddelde 35.9. In de literatuur varieert Cronbach's α van .75 (De Jonge, 1995) tot .86 (De Jonge *et al.*, 1994). De hoge homogeniteit van de schaal komt waarschijnlijk omdat tweederde van de responden-

ten voor twee van de vier items heeft gekozen. In de literatuur (De Jonge *et al.*, 1994) varieert het gemiddelde van 2.70 (omgerekend 27.0) voor de functie ziekenverzorgende in de gezondheidszorg tot 3.77 (omgerekend 37.7) voor de functie hoofd in de gezondheidszorg. Cronbach's α voor autonomie is dus hoger dan in de literatuur wordt vermeld, het gemiddelde ligt tussen beide uitersten in.

Bij sociale steun is de antwoordmogelijkheid 'goed/meestal wel' in 48% van de gevallen aangekruist, gevolgd door 'zeer goed/altijd' in 24% van de gevallen. Cronbach's α is .78, het gemiddelde is 17.4. Tummers, Landeweerd & Merode (2002) gaven een Cronbach's α van .81 en een gemiddelde van 3.23 (omgerekend 32.3) voor verpleegkundigen. De sociale steun in dit onderzoek is dus hoog t.o.v. Tummers *et al.* (2002).

Tabel 3

Correlaties tussen de variabelen (N = 52)

Variabele		Autonomie	Sociale steun	Gezondheid
Autonomie	Pearsoncorr.	1		
	Sign. (2-zijdig)	.		
Sociale steun	Pearsoncorr.	-.155	1	
	Sign. (2-zijdig)	.272	.	
Gezondheid	Pearsoncorr.	-.145	.036	1
	Sign. (2-zijdig)	.304	.798	.

Uit tabel 3 blijkt dat er geen significante ($p < .05$) correlatie is tussen autonomie en gezondheid, noch tussen sociale steun en gezondheid. H1 en H2 worden niet ondersteund.

Omdat 85% van de respondenten een hbo/wo opleiding heeft, is deze deelgroep apart onderzocht. De verdeling van de seksen is ongeveer gelijk, in de leeftijdsopbouw is de groep 41-

50 jaar wat groter (36.4%), ten koste van de groep 31-40 jaar (27.3%). De gegevens over de variabelen en hun correlaties zijn te vinden in tabel 7 en 8.

Tabel 4

Betrouwbaarheidsanalyse van de deelgroep hbo/wo: aantal items (N), gemiddelde (M), standaardafwijking (SD), gemiddelde hoogste (H) en laagste (L) itemscore en Cronbach's α

Variabele	N	M	SD	L	H	α
Gezondheid	21	4.6	3.2	.05	.66	.76
Autonomie	10	35.8	7.0	3.1	3.9	.91
Sociale steun	10	17.6	2.7	1.5	2.0	.69

Cronbach's α voor sociale steun daalt t.o.v. de hele groep voor hbo/wo met .09.

Tabel 5

Correlaties tussen de variabelen voor de deelgroep hbo/wo (N = 44)

Variabele		Autonomie	Sociale steun	Gezondheid
Autonomie	Pearsoncorr.	1		
	Sign. (2-zijdig)	.		
Sociale steun	Pearsoncorr.	.000	1	
	Sign. (2-zijdig)	.999	.	
Gezondheid	Pearsoncorr.	-.124	.022	1
	Sign. (2-zijdig)	.423	.885	.

Tabel 5 laat in vergelijking met tabel 3 zien dat de overschrijdingskans toeneemt, zodat de correlaties tussen de variabelen minder significant worden. Het aantal respondenten weegt dus zwaarder dan de 'opleidings-homogeniteit' van de groep.

Tabel 6

Lineaire regressie voor Autonomie en Sociale steun in relatie tot Gezondheid voor de hele groep respondenten (N = 52) en de deelgroep hbo/wo (N = 44)

Onafh. Variabele	Adjusted R Square		St. Beta Coefficient		Significance	
	allen	hbo/wo	allen	hbo/wo	allen	hbo/wo
	-.019	-.032				
Autonomie			-.143	-.124	.322	.429
Sociale steun			.014	.022	.921	.886

Lineaire regressie (zie tabel 6) toont aan dat er zowel voor de hele groep als voor de deelgroep hbo/wo geen significant ($p < .05$) verband is tussen autonomie op het werk en gezondheid, noch tussen ervaren sociale steun op het werk en gezondheid.

Tabel 7

Lineaire regressie voor Autonomie en Sociale steun en de interactie daartussen in relatie tot Gezondheid voor de hele groep respondenten (N = 52) en de deelgroep hbo/wo (N = 44)

Onafh. Variabele	Adjusted R Square		St. Beta Coefficient		Significance	
	allen	hbo/wo	allen	hbo/wo	allen	hbo/wo
	-.019	-.048				
Autonomie			.784	.641	.406	.619
Sociale steun			.936	.625	.319	.540
Autonomie x Sociale steun			-1.210	-.978	.321	.550

Tabel 7 laat zien dat sociale steun het effect van autonomie op de ervaren gezondheid niet significant modereert. Hooguit 5% van de ervaren gezondheid, zo blijkt uit de adjusted R², wordt verklaard door autonomie x sociale steun.

Discussie

Dit onderzoek behandelt de relatie tussen autonomie en sociale steun enerzijds en gezondheid anderzijds bij hoog opgeleide werknemers. Het Job Demand Control Support (JDACS) model is het theoretisch kader, de gegevens zijn verzameld met vragenlijsten en de opzet is eenmalig, cross-sectioneel.

Er zijn drie hypothesen getoetst: hoe minder autonomie werknemers in hun werk ervaren, hoe slechter de ervaren gezondheid van de werknemer (H1), hoe minder sociale steun werknemers van collega's en leidinggevenden ervaren, hoe slechter de ervaren gezondheid van de werknemers (H2) en sociale steun van collega's en leidinggevenden modereert het effect van autonomie op gezondheid (H3). Voor geen van de drie hypothesen is een significante ($p < .05$) ondersteuning gevonden, noch voor de hele groep van 52 respondenten, noch voor de deelgroep van 44 respondenten die een hbo/wo opleiding hebben.

Dit komt deels overeen met resultaten uit de literatuur: De Jonge *et al.* (1994) vonden in hun onderzoek ook geen ondersteuning voor de hypothese 'hoe lager de autonomie in het werk, hoe lager de gezondheid van de werknemers'. Bij H2 is in de literatuur meestal wel een significante relatie gevonden (Janssen *et al.*, 2001; Muhonen & Torkelson, 2003; Tummers *et al.*, 2002), maar ook wel eens niet (Bradley & Cartwright, 2002; Hogan, Carlson & Dua, 2002). De meetmiddelen om sociale steun op het werk en gezondheid van werknemers te meten verschillen echter in deze onderzoeken, zodat een goede vergelijking van resultaten niet mogelijk is. Hetzelfde geldt voor H3: met dezelfde meetmiddelen als die in dit onderzoek gebruikt zijn vonden Tummers *et al.* (2002) geen significant verband ($p < .05$) voor de term autonomie x sociale steun bij verpleegkundigen. Met andere meetmiddelen is soms wel (De Jonge *et al.*, 1999; Furda *et al.*, 1994) en soms niet (Bradley & Cartwright, 2002; Hogan *et al.*, 2002) een significant modererend verband gevonden. Van der Doef (2000) concludeerde

in haar proefschrift dat 16 van de 63 studies het modererende effect van sociale steun niet ondersteunen.

Afgezien van de meetmiddelen is het grootste verschil tussen dit onderzoek en de publicaties in de literatuur de hoeveelheid onderzoekseenheden. Meestal ligt dat aantal rond of boven de 1000, in plaats van de 52 die hier gebruikt zijn. Hoe groot de invloed van weinig onderzoekseenheden op het significantieniveau is, blijkt uit de resultaten als naar de deelgroep hbo/wo wordt gekeken. De onderzoeksgroep is daarmee homogener geworden, maar de overschrijdingskans is aanzienlijk gestegen, bijvoorbeeld bij de correlaties tussen de variabelen (tabel 3 en 5) en bij de lineaire regressie (tabel 6 en 7). Een aanbeveling voor volgend onderzoek is dus dat het veel meer onderzoekseenheden moet bevatten.

De conclusie van dit onderzoek is dat voor hoog opgeleide werknemers geen aantoonbare relatie is tussen autonomie en sociale steun op het werk enerzijds en gezondheid anderzijds.

Dat betekent niet dat er geen relatie is. De meting, de homogeniteit van de onderzochte groep en de meetmiddelen kunnen verbeterd worden. Bij de meting vullen de werknemers zelf de vragenlijst in. Aan deze subjectieve methode kleven volgens De Jonge, Van Breukelen, Landeweerd & Nijhuis (1999) veel bezwaren, bijvoorbeeld dat de informatie van dezelfde bron komt (tendens naar het midden), dat de invloed van een derde variabele superieur is (bijvoorbeeld persoonlijke inschatting) en dat een gegeven als zo normaal wordt ervaren dat het door de werknemer niet wordt gerapporteerd. Het verdient aanbeveling om bij een volgend onderzoek de homogeniteit van de onderzoeksgroep te vergroten, bijvoorbeeld door binnen de groep hoger opgeleiden alleen werknemers te onderzoeken die een soortgelijke functie hebben. Ook het *healthy worker effect* verstoort de homogeniteit: zieke werknemers zijn ondervertegenwoordigd in de onderzoeksgroep. Dat geeft een onderschatting van de gezondheid van werknemers. Bij de meetmiddelen valt op dat verschillende meetmiddelen werden ontwikkeld om hetzelfde te meten, bijvoorbeeld de MAL voor autonomie, maar ook de Vragen-

lijst Arbeid en Gezondheid (VAG), (Janssen *et al.*, 2001) en een vragenlijst gebaseerd op Dalner (Muhonen & Torkelson, 2002); de VOS-D voor sociale steun op het werk, maar ook een afgeleide van de VAG (Janssen *et al.*, 2001) of een vragenlijst gebaseerd op Dalner (Muhonen & Torkelson, 2002) en de VOEG voor gezondheidsklachten, maar ook burnout (De Jonge *et al.*, 1999; Tummers *et al.*, 2002) of de VAG (Janssen *et al.*, 2001).

De belangrijkste aanbeveling voor vervolgonderzoek is standaardisatie, vergroting van de betrouwbaarheid en de validiteit van de meetmiddelen. Dit in combinatie met een zo homogeen mogelijke onderzoeksgroep. De kans om een verband tussen variabelen te vinden en daarmee betrouwbare modellen te ontwikkelen wordt dan sterk vergroot.

Literatuur

- Bergers, G.P.A., Marcellissen, F.H.G., & Wolff, Ch.J. de (1986). *VOS-D Vragenlijst organisatiestress-D*. Nijmegen: Psychologisch laboratorium Katholieke Universiteit.
- Bradley, J.R., & Cartwright, S. (2002). Social Support, Job Stress, Health, and Job Satisfaction Among Nurses in the United Kingdom. *International Journal of Stress Management*, 9, 163-182.
- Caplan, R.D., S. Cobb, J.R.P. French, Harrison, R. van, & Pinneau, S.R. (1975). *Job demands and worker health: main effects and occupational difference*. Washington D.C., U.S. Department of Health, Education and Welfare, National Institute for Occupational Safety and Health.
- Doef, M. van der (2000). *The Job Demand-Control(-Support) model: from the past to the future*. Enschede: Printpartners Ipskamp.
- Doef, M. van der, & Maes, S. (1998). The Job demand-control(-support) model and physical health outcomes: A review of the strain and buffer hypothesis. *Psychology and Health*, 13, 909-936.
- Gründemann, R.W.M., & Schellaart, A.M.J. (1993). *Arbeidsgebondenheid van WAO-intrede. Deelrapport 3: Enquête en dossier vergeleken*. Den Haag: Ministerie van SoZaWe.
- Hogan, J.M., Carlson, J.G., & Dua, J. (2002). Stressors and Stress Reactions Among University Personnel. *International Journal of Stress Management*. 9, 289-310.
- Janssen, P.P.M., Bakker, A.B., & Jong, A. de (2001). A Test and Refinement of the Demand-Control-Support Model in the Construction Industry. *International Journal of Stress Management*, 8, 315-332.

- Johnson, J.V., & Hall, E.M. (1988). Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular Disease: A Cross Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342.
- Jonge, J. de (1995). *Job Autonomy, Well-being, and Health: a study among Dutch health care workers*. Maastricht: Universitaire Pers.
- Jonge, J. de, Breukelen, G.J.P. van, Landeweerd, J.A., & Nijhuis, F.J.N. (1999). Comparing Group and Individual Level Assessments of Job Characteristics in Testing the Job Demand-Control Model: A Multilevel Approach. *Human Relations*, 52, 95-122.
- Jonge, J. de, Landeweerd, J.A., & Breukelen, G.J.P. van (1994). De Maastrichtse Autonomie Lijst: achtergrond, constructie en validering. *Gedrag en organisatie*, 7, 27-41.
- Joosten, J., & Drop, M.J. (1987). De betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van drie versies van de VOEG. *Gezondheid & Samenleving*, 8, 255-265
- Karasek, R.A. Jr. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Martens, M.F.J., Nijhuis, F.J.N., Boxtel, M.P.J. van, & Knottnerus, J.A. (1995). Flexibele arbeidsomstandigheden en gezondheidsklachten: een onderzoek in een flexibel werkende werknemerspopulatie. *Gedrag en Organisatie*, 8, 50-59.
- Muhonen, T., & Torkelson, E. (2003). The Demand-Control-Support Model and Health Among Women and Men in Simular Occupations. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 601-613.
- Tummers, G.E.R., Landeweerd, J.A., & Merode, G.G. (2002). Work Organization, Work Characteristics, and Their Psychological Effects on Nurses in the Netherlands. *International Journal of Stress Management*, 9, 183-206.
- VanYperen, N.W., & Baving, H.H. (1999). Burnoutsymptomen bij verpleegkundigen: de relatie met werklust, regelruimte en sociale steun. *Gedrag & Gezondheid*, 27, 343-356.

Bijlagen

Bijlage 1: vragenlijst

VRAGENLIJST

Aanwijzing voor het invullen van de vragenlijst

Bij de vragen staan een aantal nummers, die behoren bij bepaalde antwoorden. Uit die mogelijke antwoorden moet u er telkens één kiezen, die het meest op uw werk of op u zelf van toepassing is. Het nummer dat boven het gekozen antwoord staat moet u omcirkelen. Hieronder staat een voorbeeld:

1	2	3	4
nooit	soms	regelmatig	zeer vaak

op deze manier geeft u aan dat u kiest voor het antwoord 'soms'

Als u de vragenlijst digitaal invult, is omcirkelen lastig. Dan is onderstrepen (ctrl u of het icoontje gebruiken) een alternatief. Bijvoorbeeld:

1	2	3	4
nooit	soms	regelmatig	zeer vaak

Het gaat om uw mening, er is dus geen goed of fout antwoord. Wanneer u geen enkele antwoordmogelijkheid helemaal goed vindt, kiest u dan degene, die het meest in de buurt komt. Gebruikt u volop de mogelijkheid opmerkingen, commentaar, of verduidelijkingen te geven. Het is van groot belang dat u, als het enigszins mogelijk is, alle vragen invult. Als u een vraag echt niet kunt beantwoorden, schrijft u er dan bij, waarom niet.

De volgende vragen gaan over uw werk en de mogelijkheden die u in uw werk hebt.

De mate waarin het werk de mogelijkheid biedt:

1	zelf een manier van werken te kiezen	1	2	3	4	5
2	de plaats waar men op een bepaald moment werkt, te verlaten wanneer men dat wil	1	2	3	4	5
3	zelf de werkdoelen te bepalen	1	2	3	4	5
4	zelf de volgorde van de werkzaamheden te bepalen	1	2	3	4	5
5	zelf te beoordelen of men het werk goed of slecht heeft gedaan	1	2	3	4	5
6	het werk te onderbreken wanneer men dat wil	1	2	3	4	5
7	zelf te bepalen hoeveel werk men gedurende een bepaalde periode verricht	1	2	3	4	5
8	zelf het werktempo te verhogen of te verlagen	1	2	3	4	5
9	zelf de werktijden te bepalen	1	2	3	4	5
10	zelf te bepalen welke werkzaamheden men verricht	1	2	3	4	5

- 1 = zeer weinig mogelijkheid
- 2 = weinig mogelijkheid
- 3 = enige mogelijkheid
- 4 = veel mogelijkheid
- 5 = zeer veel mogelijkheid

De volgende vragen hebben betrekking op personen waar u in uw werk mee te maken heeft.

- | | | | | | |
|----|---|-----------|-------------|-----------|--------|
| 11 | Hoe is de verstandhouding | | | | |
| | a. met uw chefs? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | zeer goed | goed | matig | slecht |
| | b. met uw collega's? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | zeer goed | goed | matig | slecht |
| 12 | Hoe vaak doen er zich conflicten voor | | | | |
| | a. met uw chefs? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | zeer vaak | vaak | af en toe | nooit |
| | b. met uw collega's? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | zeer vaak | vaak | af en toe | nooit |
| 13 | Wanneer er problemen op het werk zijn, kunt u er dan over praten | | | | |
| | a. met uw chefs? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | altijd | meestal wel | vaak niet | nooit |
| | b. met uw collega's? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | altijd | meestal wel | vaak niet | nooit |
| 14 | In hoeverre kunt u op de volgende personen rekenen, wanneer u het in uw werk wat moeilijk krijgt? | | | | |
| | a. op uw chefs? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | altijd | meestal wel | vaak niet | nooit |
| | b. op uw collega's? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | altijd | meestal wel | vaak niet | nooit |
| 15 | Voelt u zich gewaardeerd in uw werk? | | | | |
| | a. door uw chefs? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | altijd | meestal wel | vaak niet | nooit |
| | b. door uw collega's? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | altijd | meestal wel | vaak niet | nooit |

De volgende vragen hebben betrekking op uw gezondheid.

Hebt u in de afgelopen maand de volgende klachten gehad?

- | | | | |
|----|----------------------------|----|-----|
| 16 | minder eetlust | ja | nee |
| 17 | drukkend gevoel op de maag | ja | nee |
| 18 | kortademigheid | ja | nee |
| 19 | pijn in de hartstreek | ja | nee |
| 20 | pijn in de maagstreek | ja | nee |
| 21 | zoetige smaak in de mond | ja | nee |
| 22 | hartkloppingen | ja | nee |
| 23 | benauwd | ja | nee |
| 24 | pijn in botten en spieren | ja | nee |
| 25 | gevoel van moeheid | ja | nee |
| 26 | hoofdpijn | ja | nee |
| 27 | buik van streek | ja | nee |
| 28 | rugpijn | ja | nee |
| 29 | maag van streek | ja | nee |

vervolg

Hebt u in de afgelopen maand de volgende klachten gehad?

- | | | | |
|----|---------------------------------|----|-----|
| 30 | verdoofd gevoel in de ledematen | ja | nee |
| 31 | sneller moe dan normaal | ja | nee |
| 32 | duizeligheid | ja | nee |
| 33 | lusteloosheid | ja | nee |
| 34 | vage maagklachten | ja | nee |
| 35 | slaperig of suffig | ja | nee |
| 36 | 's ochtends niet uitgerust | ja | nee |

De volgende vragen hebben betrekking op algemene gegevens

- | | | | | | |
|----|----------------------------|----------------|---------------|--------------|---------|
| 37 | geslacht | 1
man | 2
vrouw | | |
| 38 | leeftijd | jaar | | | |
| 39 | hoogst voltooide opleiding | 1
lbo/mavo | 2
mbo/havo | 3
hbo/vwo | 4
wo |
| 40 | aantal werkuren per week | uur/week | | | |

Ruimte voor opmerkingen:

Bedankt voor uw medewerking.

retouradres: tacoma@worldonline.nl

of:

Joke Tacoma
Hoge Filterweg 180
3063 KC Rotterdam

Bijlage 2: begeleidende brief bij de vragenlijst

Beste [naam]

Voor mijn studie psychologie doe ik een onderzoek bij werknemers. Het doel van het onderzoek is om te kijken of er een verband is tussen enerzijds autonomie/beslissingsruimte in het werk en sociale steun van collega's en chefs, en anderzijds de ervaren gezondheid. Daartoe heb ik een vragenlijst opgesteld die ik verspreid onder mijn werkende sociale omgeving.

Ik zou het op prijs stellen als je de vragenlijst wilt invullen (als je dat anoniem wilt doen, laat het dan even weten, dan stuur ik je een retourenvelop toe). Omdat ik minimaal 40 ingevulde vragenlijsten moet hebben is het nog fijner als je meerdere ingevulde vragenlijsten terugstuurt, die bijvoorbeeld zijn ingevuld door collega's en/of partners.

Het liefst wil ik de vragenlijsten voor aanstaande vrijdag (7 november) terug hebben. Mailen is handig (tacoma@worldonline.nl), maar de uitdraai opsturen kan ook. Mijn adres is:

Joke Tacoma

Hoge Filterweg 180

3063 KC Rotterdam

Alvast bedankt voor je medewerking.

Met vriendelijke groet,

Joke Tacoma