

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The version of the following full text has not yet been defined or was untraceable and may differ from the publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/73117>

Please be advised that this information was generated on 2019-10-18 and may be subject to change.

# Emotieregulatie en burnout bij ziekenverzorgenden

Lilian Lechner<sup>1</sup>, Thea Steinvooete<sup>1</sup>, Gérard Näring<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Open Universiteit Nederland, Faculteit Psychologie

<sup>2</sup>Radboud Universiteit Nijmegen, Behavioral Science Institute

Preprint van een artikel dat verscheen als

Lechner, L., Steinvooete, T., & Näring, G. (2008). Emotieregulatie en burnout bij ziekenverzorgenden. *Gedrag en Organisatie*, 21(2), 137-149.

Correspondentie:

Prof. dr. Lilian Lechner

Faculteit Psychologie

Postbus 2960

6401 DL Heerlen

[lilian.lechner@ou.nl](mailto:lilian.lechner@ou.nl)

## Samenvatting

In dit onderzoek werd nagegaan of er een verband bestaat tussen enerzijds werkeisen, autonomie, gebrek aan sociale steun en emotieregulatie en anderzijds verschijnselen van burnout bij ziekenverzorgenden. Daarnaast werd onderzocht of de dimensies van emotieregulatie (emotional labor) meerwaarde hebben in het verklaren van variantie van dimensies van burnout ten opzichte van de concepten van het Demand-Control-Support model. Het onderzoek vond plaats onder 130 ziekenverzorgenden (respons 75%). De verzorgenden vulden een schriftelijke vragenlijst in waarin de Demand-Control-Support concepten autonomie, gebrek aan sociale steun en werkeisen en vier dimensies van emotieregulatie werden gemeten. Burnout werd gemeten in drie dimensies, te weten emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid. De resultaten toonden een samenhang tussen werkeisen, sociale steun, meerdere emotieregulatie aspecten en burnout, terwijl er tussen autonomie en burnout geen samenhang gevonden werd. De verschillende concepten konden gezamenlijk 28 tot 30% van de variantie in burnout verklaren. Ook bleek dat emotieregulatie een duidelijke toegevoegde waarde had in de samenhang met burnout, in aanvulling op de elementen van het Demand-Control-Support model. De resultaten bevestigen hiermee gedeeltelijk de uitkomsten uit eerder onderzoek bij andere beroepsgroepen en laten zien dat zeker bij beroepen waarbij er veel contact plaatsvindt met patiënten, emotieregulatie een potentieel belangrijke, aan gezondheid gerelateerde factor kan vormen.

## Summary

This study analysed whether, amongst health care providers in a nursing homes setting, there is a relationship between, on the hand, work demands, autonomy, lack of social support and emotional labor; and on the other hand, symptoms of burnout. It also analysed whether the concept of emotional labor was an additional factor that helped explain variance in burnout over and above the concepts found in the Demand-Control-Support model. The study was based on 130 health care providers (response rate of 75%). Participants filled in a questionnaire that measured the Demand-Control-Support concepts of autonomy, lack of social support and work demands, as well as four dimensions of emotional labor. It assessed burnout in three dimensions, namely emotional exhaustion, depersonalisation and personal accomplishment. The results showed a relationship between work demands, social support, several aspects of emotional labor and burnout, whereas no relationship was found between autonomy and burnout. The various concepts, taken together, explained 28 to 30% of the variance in burnout. Emotional labor appeared to be a distinct additional factor in relation to burnout, supplementing the elements found in the Demand-Control-Support model. These results confirm the findings from previous studies in other professions. They demonstrate that, in professions involving a lot of contact with patients, emotional labor may represent a potentially important factor related to health.

## Inleiding

Ziekenverzorgenden komen tijdens hun werk onder steeds grotere druk te staan door de toenemende zorgvraag ten gevolge van het groeiend aantal ouderen dat verzorging behoeft. Bovendien is er een toename van bewoners met gedragsproblemen, zijn er bezuinigingen in de zorg en ook nog een negatieve beeldvorming van de verzorging in verpleeghuizen in de media. Door deze veranderingen ontstaat er mogelijk een verhoogd risico op overbelasting en gezondheidsklachten. Inzicht in de factoren die de gezondheid van ziekenverzorgenden beïnvloeden is dan ook van groot belang. De huidige studie onderzoekt of de manier van omgaan met emoties een bijdrage levert aan het verklaren van burnout bij verzorgenden.

Het onderzoek naar factoren die samenhangen met gezondheidsaspecten van mensen werkzaam in de gezondheidszorg is in recente jaren verder ontwikkeld. Gezondheidsklachten werden traditioneel vooral verklaard met het gevestigde Demand-Control-Support-model (Johnson & Hall, 1988), dat ervan uit gaat dat gezondheidsklachten door het werk veroorzaakt worden door de invloed van de werkkenmerken taakeisen, autonomie, en ervaren sociale steun. Dit model gaat uit van een interactie tussen taakeisen (Demand), autonomie (Control) en sociale steun (Support). Op grond van dit model worden de meeste gezondheidsklachten verwacht bij een combinatie van hoge werkeisen, weinig autonomie en weinig sociale steun: de iso-strain situatie. Verschillende studies bij verzorgenden en verpleegkundigen vonden inderdaad dat het aantal psychosomatische klachten deels voorspeld kan worden door hoge werkeisen, lage sociale steun, rolconflict en lage autonomie (Van der Doef & Maes, 1998; Gelsema, 2007; De Lange, Kompier, De Jonge, Taris & Houtman; 2002; Kerkstra, Van Bilsen, Otten, De Gruijter & De Weide, 1999; Tummers, Van Merode & Landeweerd, 2002).

Recente studies laten echter zien dat naast deze traditionele factoren ook het hanteren van emoties kan samenhangen met gezondheidsklachten zoals burnout (Briët, Näring, Brouwers & Van Droffelaar, 2005; De Jonge, Peeters & Le Blanc, 2006; Gelsema, 2007; Näring, Briët & Brouwers, 2006). Zo richtten De Jonge, Dormann en Van Veghel

(2004) zich aan de hand van het Demand Induced Strain Compensation model onder meer op emotionele taakeisen, zoals het moeten omgaan met dood, ziekte en ander menselijk lijden. Naast deze emotionele belasting is er ook een ander emotioneel aspect dat de gezondheid van werknemers kan beïnvloeden. Zeker bij uitvoerende werknemers in de gezondheidszorg, die in hun dagelijkse werk veel in contact komen met patiënten, vormt het tonen en reguleren van emoties een belangrijk aspect van hun dagelijks werk. In hun werk wordt immers van hen verwacht dat ze te allen tijde empatisch zijn ten aanzien van patiënten, dat ze meevoelen met problemen en gedragsuitingen en dat ze open staan voor alle wensen en emoties van patiënten, ook als die wellicht niet altijd even redelijk zijn. Het werken met patiënten in de zorg is emotioneel veeleisend en vergroot het risico op het ontstaan van klachten van burnout; een toestand die zich kenmerkt door emotionele uitputting, depersonalisatie en gebrek aan persoonlijke bekwaamheid (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Maslach, 1993; Schaufeli & van Dierendonck, 2000). Uit onderzoek van Mettendaf (2002) en Ybema en Smulders (2002) in verpleeghuizen blijkt dat, naast emotionele belasting, het moeten verbergen van emoties de kans op burnout vergroot.

Hochschild (1983) introduceerde het 'emotional labor concept', dat staat voor emotieregulatie of het reguleren van emoties in het werk. Met behulp van verschillende studies (Brotheridge & Grandey, 2002; Brotheridge & Lee, 2003; Kruml & Geddes, 2002) naar relaties tussen het werken in de zorg en gezondheidsklachten bij verzorgenden en verpleegkundigen, werd het emotional labor concept verder ontwikkeld (Briët, Näring, Brouwers & Van Droffelaar, 2005). Binnen emotieregulatie zijn vier dimensies te onderscheiden: 1) *Emotionele Consonantie*; het afwezig zijn van bewuste emotieregulatie, een situatie waarin eigen gevoelens in overeenstemming zijn met verwachtingen van het werk. 2) *Emoties voorwenden (Surface Acting)*; het reguleren van emoties waarbij een verzorgende het uiterlijke gedrag, de emotionele expressie wil controleren. 3) *Emoties verbergen (Surface Acting Hiding)* is een vorm van emotieregulatie waarbij negatieve emoties niet worden getoond. 4) *Emoties oproepen (Deep Acting)* is een vorm van emotieregulatie, waarbij emoties ook intern worden opgeroepen om te voldoen aan de

verwachtingen van buitenaf. Uit voorgaand onderzoek onder leraren is gebleken dat emotieregulatie een belangrijke unieke relatie heeft met burnout, die additioneel is aan het traditionele DCS-model (Näring, Briët & Brouwers, 2006). De dimensies emoties voorwenden en emotionele consonantie bleken sterk gerelateerd aan verschillende dimensies van burnout. De huidige studie is opgezet om te zien of deze relaties repliceerbaar zijn bij een andere beroepsgroep, namelijk de ziekenverzorgenden.

Doel van de huidige studie is te onderzoeken of bij verzorgenden emotieregulatie een toegevoegde waarde heeft in het verklaren van de verschillende dimensies van burnout in aanvulling op het veelgebruikte Demand- Control- Support model van Johnson en Hall (1988). Ten eerste wordt onderzocht in hoeverre de concepten autonomie, sociale steun, werkeisen en emotieregulatie gerelateerd zijn aan de verschillende dimensies van burnout bij verzorgenden in een verpleeghuis. Een tweede onderzoeksvraag is of de dimensies van emotieregulatie een relevante additionele waarde hebben in het verklaren van de variantie in burnout, bovenop de centrale concepten van het Demand-Control-Support model. Een verbeterd inzicht in de factoren die samenhangen met de verschillende dimensies van burnout kan bijdragen aan het ontwikkelen van effectieve maatregelen om de gezondheid van ziekenverzorgenden te optimaliseren en ziekteverzuim te voorkomen en terug te dringen.

## **Methode**

### *Onderzoeksgroep en procedure*

Er is een cross-sectioneel survey-onderzoek verricht bij alle afdelingen van een Nederlands verpleeghuis. De onderzoekspopulatie bestond uit alle gediplomeerde ziekenverzorgenden met een vast dienstverband ( $N = 175$ ), werkzaam in zowel dag-, avond- als nachtdienst en met een parttime- of een fulltime aanstelling. Werknemers die ziek thuis waren zijn niet benaderd. De vragenlijsten werden op alle afdelingen verspreid met een informatiebrief voor de verzorgenden. Er zijn 130 vragenlijsten volledig geretourneerd door 126 vrouwen en 4

mannen (respons 75%). De meeste respondenten waren jonger dan 40 jaar (72%), waarbij ongeveer de helft (54%) een aanstelling had van minder dan 25 uur, terwijl 46% een aanstellingsomvang had van 26 uur of meer. Van de respondenten had 63% een standaard ziekenverzorgende functie, terwijl 37% een aanstelling had als eerstverantwoordelijke ziekenverzorger (ziekenverzorgende met meer verantwoordelijkheid en coördinerende taken).

### *Meetinstrumenten*

De vragenlijst bestond uit een aantal vragen naar persoonlijke kenmerken van de ziekenverzorgenden: geslacht, leeftijd (in 4 categorieën: 20-30 jaar; 31-40 jaar; 41-50 jaar; 50 jaar en ouder), omvang van het dienstverband (in 3 categorieën: tot 12 uur; 23 – 25 uur; 26 uur of meer), functie (standaard ziekenverzorgende of eerstverantwoordelijke verzorgende). Daarnaast werden in de vragenlijst via schalen de concepten werkeisen, autonomie, gebrek aan sociale steun, emotieregulatie en burnout gemeten. Tabel 1 presenteert de belangrijkste kenmerken van de verschillende schalen uit het huidige onderzoek, zoals het aantal items per schaal met het bereik, de gemiddelde score per schaal met de standaarddeviatie en de spreiding van de schalen.

Tabel 1 ongeveer hier

Het begrip burnout (Maslach, 1993) is gemeten met de Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI), de Utrechtse BurnOut Schaal (UBOS) (Schaufeli & van Dierendonck, 2000; 2001). De vragenlijst bestaat uit 20 items op 7 puntschalen (met antwoordopties *nooit* (0) tot *altijd* (6)). De vragenlijst meet de dimensies emotionele uitputting (8 items; Cronbach's  $\alpha = .74$ ), depersonalisatie (5 items;  $\alpha = .69$ ) en verminderde persoonlijke bekwaamheid (7 items;  $\alpha = .65$ ). Vragen zijn bijvoorbeeld: 'Ik voel me mentaal uitgeput door het werk' (emotionele uitputting) en 'Ik heb het gevoel dat ik sommige



bewoners te onpersoonlijk behandel' (depersonalisatie) en 'Ik heb het gevoel dat ik in mijn baan veel waardevolle dingen bereik' (persoonlijke bekwaamheid).

Het begrip werkeisen is gemeten met behulp van de Vragenlijst Organisatie-Stress-Doetinchem (VOS-D) (Bergers, Marcelissen & De Wolf, 1986;  $\alpha = .70$ ). De 9 items inventariseren met behulp van 5 puntschalen de aanwezigheid van verschillende potentiële werkstressoren zoals tempo, moeilijkheidsgraad en hoeveelheid werk. Een voorbeeldvraag: 'Hoe hoog ligt het tempo dat van je wordt verlangd?' (met antwoordopties *zeer laag* (1) tot *zeer hoog* (5)).

Het begrip autonomie in het werk is gemeten met de Maastrichtse Autonomielijst (MAL) (De Jonge, Landeweerd & Van Breukelen, 1994;  $\alpha = .80$ ). De 10 items meten met behulp van 5 puntschalen de mogelijkheid (vrijheid) die de werknemer feitelijk heeft ten aanzien van het bepalen van verschillende werkaspecten. Een voorbeeldvraag: 'In welke mate biedt het werk de mogelijkheid zelf een manier van werken te kiezen?' (met antwoordopties *zeer weinig* (1) tot *zeer veel* (5)).

Het begrip (gebrek aan) sociale steun is gemeten met 5 items op 4 puntschalen die zijn afgeleid van de Vragenlijst Organisatie-Stress-Doetinchem (VOS-D) (Bergers et al., 1986;  $\alpha = .83$ ). De vragen gaan over de werkrelatie met collega's en leidinggevende(n). Een voorbeeldvraag: 'Hoe is de verstandhouding met je leidinggevende/collega's?' (met antwoordopties *zeer goed* (1) tot *slecht* (4)).

Het begrip emotieregulatie is gemeten met Dutch Questionnaire on Emotional Labor (D-QEL) (Briët et al., 2005). Deze vragenlijst van het 'emotional labor' concept is gebaseerd op zowel Brotheridge et al. (2002) en Kruml et al. (2000). De vragenlijst bestaat uit 20 items op 5 puntschalen met antwoordopties *nooit* (1) tot *altijd* (5). De vragenlijst operationaliseert daarmee vier dimensies voor het hanteren van emoties: 1) *Emotionele consonantie* (CO, 3 items,  $\alpha = .16$ ) is een indicator voor het afwezig zijn van bewuste emotieregulatie, een situatie waarin een evenwicht bestaat tussen eigen gevoelens en verwachtingen van het werk. Voorbeeldvraag: 'In de omgang met patiënten voel ik me als een vis in het water'. 2) *Emoties voorwenden* (VW, 5 items,  $\alpha = .54$ ) is het reguleren van emoties waarbij de

ziekenverzorgende zijn/ haar uiterlijke gedrag, de emotionele expressie wil controleren. Een voorbeeldvraag: 'Ik speel toneel tijdens mijn werk'. 3) *Emoties verbergen* (VB, 3 items,  $\alpha = .50$ ) is een vorm van emotieregulatie waarbij negatieve emoties niet worden getoond. Een voorbeeldvraag: 'Ik laat mijn afkeer voor iets wat iemand heeft gedaan niet zien'. 4) *Emoties oproepen* (OP, 4 items,  $\alpha = .72$ ) is een actievere vorm van emotieregulatie, waarbij emoties worden opgeroepen en gecontroleerd om te voldoen aan de verwachtingen van buitenaf. Een voorbeeldvraag: 'Ik probeer de emoties die ik moet vertonen, echt te voelen'.

De betrouwbaarheden van de verschillende concepten in het huidige onderzoek zijn voldoende tot hoog voor alle schalen, behalve voor een deel van de schalen van het concept emotieregulatie. Näring en collega's (2007) vonden in onderzoek naar emotieregulatie bij wiskundeleraren en verpleegkundigen een hoge betrouwbaarheid voor de schalen *Emoties voorwenden*, *Emoties verbergen* en *Emoties oproepen* (Cronbach's  $\alpha \geq .83$ ). Bernts (2005) vond in haar onderzoek bij verpleegkundigen voor de verschillende emotieregulatie-schalen op *Emotionele consonantie* na, een betrouwbaarheid van  $\geq .60$ . In het huidige onderzoek had de schaal *Emoties oproepen* een betrouwbaarheid van  $.72$ . Omdat de schaal *Emotionele consonance* in de huidige studie een zeer lage betrouwbaarheid had van  $.16$ , en omdat deze alpha niet kon worden verhoogd door het weglaten van een van de drie items, werd besloten om het concept *Emotionele consonance* met slechts 1 item te operationaliseren, en wel het item 'In de omgang met patiënten voel ik me als een vis in het water', omdat dit item het meest omvattend weergeeft dat de expressie in overeenstemming is met de ervaren emotie. Ondanks dat de betrouwbaarheid van de schalen *Emoties voorwenden* ( $.54$ ) en *Emoties verbergen* ( $.50$ ) laag was zijn deze in het onderzoek meegenomen omdat deze aspecten essentieel voor het onderzoek waren, en omdat het weglaten van 1 of meer items uit de schaal niet leidde tot een hogere betrouwbaarheid.

### *Data-analyse*

Om de relaties tussen enerzijds de concepten werkeisen, autonomie, (gebrek aan) sociale steun en emotieregulatie, en anderzijds verschijnselen van burnout bij ziekenverzorgenden

te toetsen, zijn de correlaties (Tabel 1) berekend en werden regressie-analyses uitgevoerd met de drie deelaspecten van burnout als afhankelijke variabelen (Tabel 2). Om te onderzoeken in hoeverre de onafhankelijke concepten van emotieregulatie een additionele bijdrage konden leveren aan de verklaring van de variantie van burnout, in aanvulling op de variabelen werkeisen, autonomie en (gebrek aan) sociale steun, werd gebruik gemaakt van hiërarchische regressie-analyse in drie deelstappen (methode enter) (Tabel 2). In een eerste stap werden achtergrondvariabelen in de regressies geïnccludeerd, gevolgd door de variabelen werkeisen, autonomie en (gebrek aan) sociale steun in stap 2 van de regressies. In de derde stap van de regressies werden de concepten van emotieregulatie in het model geïnccludeerd.

## **Resultaten**

### *Relaties tussen DCS, emotieregulatie en burnout*

De correlaties tussen de centrale concepten van het onderzoek worden in Tabel 1 weergegeven. Autonomie bleek met geen van de burnout dimensies samen te hangen. Hogere werkeisen was gerelateerd aan meer emotionele uitputting, terwijl er een negatief verband was met de persoonlijke bekwaamheid van verzorgenden. Naarmate verzorgenden meer gebrek aan sociale steun rapporteerden, rapporteerden ze ook meer emotionele uitputting en depersonalisatie, en minder ervaren persoonlijke bekwaamheid.

Bij de aspecten van emotieregulatie bleek emoties verbergen met geen van de burnout dimensies samen te hangen, terwijl emoties oproepen met alleen de dimensie persoonlijke bekwaamheid een negatief verband had. Emoties voorwenden hing positief samen met de burnout dimensies emotionele uitputting en depersonalisatie terwijl emoties voorwenden weer negatief samenhang met persoonlijke bekwaamheid. Emotionele consonantie tot slot hing positief samen met de persoonlijke bekwaamheid die verzorgenden rapporteerden, terwijl er een negatieve samenhang werd gevonden met emotionele uitputting en depersonalisatie.

- Tabel 2 ongeveer hier -

### *Verklaring van burnout door emotieregulatie en DCS*

De hiërarchische regressieanalyses om de verschillende dimensies van burnout te kunnen verklaren werden in 3 stappen uitgevoerd, zoals in Tabel 2 staat weergegeven. In de eerste stap werden achtergrondvariabelen in het regressiemodel gevoegd. Uit de analyses bleek dat leeftijd ( $\beta = -.18$ ;  $p < .05$ ) en functie ( $\beta = .20$ ;  $p < .05$ ) gezamenlijk 10% van de variantie in emotionele uitputting konden verklaren; ouderen voelden minder emotionele uitputting terwijl verzorgenden met een extra verantwoordelijkheid (eerstverantwoordelijke verzorger) meer emotionele uitputting ervoeren. Bij de vervolgstappen bleken leeftijd en functie echter geen significante bijdrage meer te hebben in de verklaring van emotionele uitputting. Voor de overige twee dimensies van burnout hadden leeftijd, geslacht en soort functie geen verklarende waarde.

In de tweede stap van de regressies werden de variabelen autonomie, gebrek aan sociale steun en werkeisen toegevoegd. Uit de resultaten bleek dat gebrek aan sociale steun een belangrijke variabele was die aan alle drie de dimensies van burnout is gerelateerd. Er was een positieve samenhang met emotionele uitputting ( $\beta = .28$ ;  $p < .01$ ) en depersonalisatie ( $\beta = .35$ ;  $p < .001$ ) en een negatieve relatie met persoonlijke bekwaamheid ( $\beta = -.25$ ;  $p < .01$ ). Zoals op basis van de correlatiematrix kon worden verwacht had autonomie geen verklarende waarde voor de burnout dimensies, terwijl de ervaren werkeisen alleen met de dimensie emotionele uitputting ( $\beta = .23$ ;  $p < .05$ ) een significante relatie had. Additionele verklaarde variantie na deze tweede stap varieerde van 12% bij depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid tot 16% bij emotionele uitputting.

In de derde stap werden de emotieregulatie dimensies toegevoegd aan de drie regressiemodellen (zie Tabel 2). Voor emotionele uitputting bleek de variabele emotionele consonantie een significante bijdrage te leveren aan de verklaarde variantie; hoe meer consonantie verzorgenden aangeven, hoe minder emotionele uitputting ze rapporteren. Voor

de burnout dimensie depersonalisatie had emoties voorwenden een belangrijke aanvullende relatie met burnout; verpleegkundigen die vaker emoties voorwenden rapporteren ook vaker symptomen van depersonalisatie. Bij de dimensie persoonlijke bekwaamheid bleken tot slot twee aanvullende concepten belangrijk in het verklaren van de variantie; emoties oproepen hing negatief samen met persoonlijke bekwaamheid terwijl emotionele consonantie positief gerelateerd was aan persoonlijk bekwaamheid. Door toevoeging van de emotieregulatie concepten steeg de verklaarde variantie met 4% voor emotionele uitputting, met 13% voor persoonlijke bekwaamheid en met 16% voor depersonalisatie, resulterend in een totaal verklaarde variantie van 28% voor persoonlijk bekwaamheid en 30% voor depersonalisatie en emotionele uitputting.

## **Conclusie en discussie**

In deze studie werd onderzocht in hoeverre de concepten autonomie, sociale steun, werkeisen en emotieregulatie gerelateerd waren aan de verschillende dimensies van burnout bij verzorgenden in een verpleeghuis. Verder werd nagegaan of emotieregulatie een relevante additionele waarde had in het verklaren van de variantie in burnout, ten opzichte van de centrale concepten van het Demand-Control-Support model. Op basis van de resultaten kunnen we concluderen dat er voor verzorgenden een samenhang bestaat tussen werkeisen, sociale steun, emotieregulatie en burnout. Binnen emotieregulatie bleken zowel emoties voorwenden, emoties oproepen en emotionele consonantie duidelijk samen te hangen met de burnout dimensies. Deze studie bevestigt daarmee resultaten uit voorgaand onderzoek onder leraren waaruit bleek dat emotieregulatie een belangrijke unieke relatie heeft met burnout, die additioneel is aan het traditionele DCS-model (Näring et al., 2006). De dimensies emoties voorwenden en emotionele consonantie waren ook in deze eerdere studie sterk gerelateerd aan verschillende dimensies van burnout. De huidige studie repliceert deze resultaten en laat zien dat emotieregulatie een relevant additioneel perspectief vormt dat relevant kan zijn in het begrijpen en verklaren van burnout. Zowel het

DCS-model als emotieregulatie laten een duidelijke unieke relatie zien met burnout. De studie toont daarmee aan dat ook voor verzorgenden emotieregulatie naast werkeisen en sociale steun een belangrijk aspect is van hun gezond functioneren, een bevinding die bij verzorgenden in Nederland nog niet eerder was vastgesteld.

De resultaten bevestigen hiermee deels de uitkomsten uit eerder onderzoek die ook de relevantie van emotieregulatie konden aantonen (Bernts, 2005; Brotheridge et al., 2002; De Jonge et al., 2006; Kerkstra et al., 1999; Näring et al., 2006; Tummers et al., 2002; Van Yperen & Baving, 1999). De Jonge en collega's (2004) toonden met het Demand Induced Strain Compensation model al aan dat emotionele taakeisen gerelateerd zijn aan gezondheidsklachten. Zij richtten zich daarbij vooral op emotionele belasting, zoals het moeten omgaan met dood, ziekte en ander menselijk lijden (De Jonge et al., 2004; De Jonge, Le Blanc, Peeters & Noordam, 2008). Emotieregulatie kan als meer servicegericht worden gezien en richt zich op de emoties die van mensen verwacht worden in het kader van hun functie, ook als ze die emoties zelf wellicht niet altijd ook zo ervaren. Juist in onderzoek bij verplegenden en verzorgenden lijkt het zinvol om in toekomstig onderzoek het relatieve belang van beide emotionele aspecten te onderzoeken.

#### *Emotieregulatie en de verschillende dimensies van burnout*

Het hanteren van emoties heeft zowel in het huidige onderzoek als ook in eerder onderzoek (Briët et al, 2005; Brotheridge & Grandy, 2002; Kruml & Geddes 2002; Näring et al., 2006) een relatie met burnout. Wel waren er verschillen tussen de vier aspecten van emotieregulatie en hun relaties met de verschillende dimensies van burnout. Emoties oproepen bleek alleen gerelateerd te zijn aan persoonlijke bekwaamheid. Emotionele consonantie vertoonde in de regressie-analyses de sterkste samenhang met persoonlijke bekwaamheid, maar was ook gerelateerd aan emotionele uitputting. Emoties voorwenden bleek het sterkst gerelateerd aan depersonalisatie, terwijl emoties voorwenden bij de andere dimensies van burnout in de regressie geen rol speelde. Näring en collega's (2006) vonden in voorgaand onderzoek bij leraren ook dat emoties voorwenden vooral bij depersonalisatie

belangrijk was, terwijl emotionele consonantie vooral aan persoonlijke bekwaamheid was gerelateerd. Het voorwenden van emoties lijkt logischerwijs vooral gerelateerd te zijn aan depersonalisatie, een dimensie van burnout die zich kenmerkt door een afgenomen betrokkenheid bij collega's, werkzaamheden en cliënten, resulterend in onder meer een afstandelijke en cynische houding ten opzichte van werk. Er lijkt hier mogelijk sprake van wederzijdse beïnvloeding; het regelmatig voorwenden van emoties die men niet echt voelt kan het gevoel van afstandelijkheid vergroten, terwijl gevoelens van afstandelijkheid en lage betrokkenheid weer kunnen resulteren in het nog meer voorwenden van emoties die men niet echt ervaart.

De factoren emoties voorwenden, emoties oproepen en emoties verbergen meten volgens Briët en collega's (2005) een actieve inspanning om te kunnen omgaan met de ervaring of het uitdrukken van emoties, waardoor deze mogelijk bijdragen aan stress en spanning. Emotionele consonantie, dat de afwezigheid van een inspanning meet, kan juist een positieve bijdrage aan de gezondheid leveren. Deze afwezigheid van inspanning vormt een verklaring daarvoor dat juist emotionele consonantie sterk negatief gerelateerd was aan emotionele uitputting, aangezien emotionele uitputting eerder het resultaat is van teveel (emotionele) inspanning. Deze afwezigheid van inspanning verklaart mogelijk ook waarom juist emotionele consonantie het sterkst gerelateerd was aan persoonlijke bekwaamheid, aangezien beide concepten een duidelijke positieve bijdrage aan gezondheid representeren. Daarnaast is het concept emotionele consonantie in de huidige studie geoperationaliseerd met het item 'In de omgang met patiënten voel ik me als een vis in het water', een item dat ook inhoudelijk overlap lijkt te hebben met het concept persoonlijke bekwaamheid.

#### *Beperkingen van het huidige onderzoek*

De schalen van emoties voorwenden, emoties verbergen en emotionele consonantie, vertoonden in tegenstelling tot eerder onderzoek bij wiskundeleraren (Briët et al., 2005) en verpleegkundigen in een ziekenhuisomgeving (Bernts, 2005), in het huidige onderzoek een erg lage betrouwbaarheid, waardoor het concept emotieregulatie en daarbij met name de

dimensie emotionele consonantie niet volledig bruikbaar was. Ook emoties voorwenden en emoties verbergen vertoonden een lage betrouwbaarheid. Een mogelijke verklaring hiervoor zou de invloed van het type werknemer kunnen zijn. Verzorgenden (niveau 3) hebben een lager opleidingsniveau dan verpleegkundigen (niveau 4-5) en leraren, waardoor de vragen mogelijk te complex waren. Dat bleek ook uit de reacties van de verzorgenden, zij typeerden met name de vragen van de emotieregulatieschaal vaker als moeilijk te begrijpen en moeilijk te interpreteren. Ondanks dat emotieregulatie niet optimaal geoperationaliseerd is in de huidige studie laten de resultaten wel duidelijk de meerwaarde zien van emotieregulatie als additionele factor aan het DCS-model voor het verklaren van gezondheidsaspecten.

Vanwege het cross-sectioneel design van het survey-onderzoek konden geen oorzaak-gevolg relaties aangetoond worden. We kunnen daardoor niet stellen dat de onderzochte factoren de burnout symptomen hebben veroorzaakt, wel weten we dat er sprake is van een duidelijke samenhang. De onderzoeksgroep was tot slot relatief klein en de resultaten waren afkomstig uit slechts één verpleeghuis. Dit maakt het moeilijk om de resultaten te generaliseren naar een grotere setting.

### *Aanbevelingen*

Voor vervolgonderzoek lijkt het zinvol een aangepaste versie van de Dutch Questionnaire on Emotional labor (D-QEL) te ontwikkelen voor ziekenverzorgenden en meer in het algemeen voor mensen met een lagere opleiding, om zo alle aspecten van emotieregulatie zo volledig mogelijk te kunnen meten. Op basis van de huidige studie weten we dat emotieregulatie een belangrijke relatie heeft met burnout van ziekenverzorgenden. Een verder inzicht in deze relatie door sterkere meetinstrumenten kan mogelijk zinvolle aangrijpingspunten leveren die het ontstaan van burnout kunnen helpen voorkomen.

Daarnaast zou dit vervolgonderzoek moeten plaatsvinden in een longitudinale setting, waardoor ook expliciet de causale relaties bestudeerd kunnen worden tussen werkfactoren, persoonlijke factoren en het ontstaan van burnout. Deze verbeterde resultaten zouden moeten leiden tot een verbeterd inzicht in hoe het hanteren van emoties de klachten van



burnout precies beïnvloedt. Met dit inzicht kan wellicht een interventie ontwikkeld worden om ziekenverzorgenden beter om te leren gaan met de eigen emoties.

Het huidige onderzoek laat zien dat emotieregulatie gerelateerd is aan burnout en er moet dan ook gezocht worden naar opties om verzorgenden te leren omgaan met hun (verwachte) emoties in verschillende werksituaties. Kerkstra en collega's (1999) geven bijvoorbeeld aan dat 50% van de verzorgenden in verpleeghuizen veel moeite heeft met bewoners met gedragsproblemen zoals agressie naar het personeel; het roept veel negatieve emoties op waar verzorgenden moeilijk mee om kunnen gaan.

Intervisiebijeenkomsten van collega's, waarbij zowel negatieve ervaringen met patiënten en de daarmee gepaard gaande emoties alsook mogelijke oplossingen in het omgaan met problemen worden gedeeld, vormen mogelijk een geschikte methode om emotieregulatie verder bespreekbaar te maken. Dit soort bijeenkomsten, kunnen naast het versterken van de ervaren sociale steun– immers ook een belangrijke aan burnout gerelateerde factor - tevens een instrument vormen om van elkaar te leren hoe de ervaren en de verwachte emoties, en de eventuele verschillen daartussen, het beste kunnen worden gehanteerd.

## Literatuur

- Bergers, G.P.A., Marcelissen, F.H.G., & De Wolff, C.J. (1986). *Vragenlijst organisatiestress-Doetinchem: Handleiding (No. 36)*. Nijmegen: University of Nijmegen.
- Bernts, F. (2005). *De invloed van emotieregulatie, thuissituatie en life-events op burnout*. Ongepubliceerde doctoraalscriptie. Heerlen: Open Universiteit Nederland.
- Briët, M., Näring, G.W.B., Brouwers, A., & Van Droffelaar (2005). Emotional labor: ontwikkeling en validering van de Dutch Questionnaire on Emotional Labor (D-Qel). *Gedrag en Gezondheid*, 33, 318-330.
- Brotheridge, C.M., & Grandey, A.A. (2002). Emotional Labor and Burnout: Comparing Two perspectives of 'People Work'. *Journal of Vocational Behaviour*, 60, 17-39.
- Brotheridge, C., & Lee, R. T. (2003). Development and validation of the emotional labor scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76, 365-379.
- De Jonge, J., Dormann, C., & Van Veghel, N. (2004). Taakeisen, Hulpbronnen en Psychische gezondheid: Het Demand-Induced Strain Compensation (DISC)-Model. *Gedrag en Organisatie*, 17, 59-79.
- De Jonge, J., Landeweerd, J.A., & Van Breukelen, G.J.P. (1994). De Maastrichtse Autonomielijst: achtergrond, constructie en validering. *Gedrag en Organisatie*, 7, 27-41.
- De Jonge, J., Le Blanc, P.M. Peeters, M.C.W., & Noordam, H. (2008). Emotional job demands and the role of matching job resources: A cross-sectional survey study among health care workers. *International Journal of Nursing Studies*, doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.11.002.
- De Jonge, J., Peeters, M.C.W., & Le Blanc, P. (2006). Emotionele arbeid en positieve werkuitkomsten: de rol van specifieke hulpbronnen in het werk. *Gedrag en Organisatie*, 19, 345-367.
- De Lange, A., Kompier, J., De Jonge, J., Taris, T., & Houtman, L. (2002). Hoogwaardig longitudinaal vragenlijstonderzoek en het Demand-Control-Support Model. *Gedrag en Organisatie*, 5, 254-272.

- Gelsema, T.I. (2007). *Job Stress in the Nursing Profession*, Academisch proefschrift. Leiden: Universiteit van Leiden.
- Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart: The commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- 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.
- Kerkstra, A., Van Bilsen, P.M.A., Otten, D.D., De Gruijter, I.M., & Weide, M.G. (1999). *Omgaan met dementerende bewoners door verzorgenden in het verpleeghuis*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL).
- Kruml, S.M., & Geddes, D. (2002). Exploring the Dimensions of Emotional Labor. The Heart of Hochschild's work. *Management Communication Quarterly*, 14, 8-49.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In Schaufeli, W.B., Maslach, C., & Marek, T. (Eds), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC.: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
- Mettendaf, A. (2002). *Werk in beeld, brancherapport 2002; Medewerkersraadpleging CAO arbeid en gezondheid verpleeg- en verzorgingshuizen*. Utrecht: Prismant.
- Näring, G., Briët, M., & Brouwers, A. (2006). Beyond demand-control: Emotional labour and symptoms of burnout in teachers. *Work and Stress*, 20, 303-315.
- Näring, G., Briët, M., & Brouwers, A. (2007). Validation of the Dutch questionnaire on emotional labor (D-QEL) in nurses and teachers. In P. Richter, J. M. Peiro & W. B. Schaufeli (Eds.), *Psychosocial resources in human services work* (pp. 135-145). München: Hampp Publishers.
- Nauta, M., Hensen, M., Van Zoelen-Nederlof, M., & Schaufeli, W. (1996) Burnout bij verpleegkundigen. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 23, 696-699.

- Schaufeli, W., & Van Dierendonck, D. (2000). *Handleiding van de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (2001). Utrechtse Burnout Schaal; Psychodiagnostisch gereedschap. *De psycholoog*, 1, 9-11.
- Ybema, J.F., & Smulders, P. (2002). Emotionele belasting en de noodzaak tot het verbergen van emoties op het werk. *Gedrag en Organisatie*, 3, 129-146.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1998). The Job Demand- Control- Support model and Physical health outcomes: a review of the strain and buffer hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 909-936.
- Van Yperen, N.W., & Baving, H.H. (1999). Burnoutklachten op het werk: De relatie met werklast, regelruimte en sociale steun. *Gedrag en Gezondheid*, 27, 174-187.
- Tummers, G.E.R., Van Merode, G.G., & Landeweerd, J.A. (2002). *Organisatie werk en werk- reacties in de verpleging en verzorging*. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA).

Tabel 1

Beschrijving van de variabelen en correlaties tussen de variabelen ( $N = 130$ ).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Aantal items (bereik)	$M$ ( $SD$ )	Spreiding
1 autonomie										10 (10-50)	26.54 (4.84)	13-38
2 gebrek aan sociale steun	-.15									5 (5-20)	8.36 (1.70)	5-13
3 werkeisen	-.33**	.22*								9 (9-45)	27.06 (4.00)	18-36
4 emoties voorwenden (VW)	-.08	.17	.13							5 (5-25)	7.70 (2.25)	5-15
5 emoties verbergen (VB)	.00	-.15	.00	.29**						3 (3-15)	7.10 (2.21)	3-15
6 emoties oproepen (OP)	-.04	-.09	.08	.37**	.17**					4 (4-20)	7.66 (2.78)	4-17
7 emotionele consonantie (CO)	.08	-.21*	-.04	-.18*	.21*	.04				3 (3-15)	9.64 (1.42)	6-15
8 emotionele uitputting (EU)	-.15	.35**	.36**	.18*	-.05	.09	-.27**			8 (0-48)	11.32 (4.94)	1-27
9 depersonalisatie (D)	-.07	.35**	.02	.44**	.04	.12	-.24**	.25**		5 (0-30)	4.70 (2.90)	0-12
10 persoonlijke bekwaamheid (PB)	.18*	-.31**	-.24**	-.23**	.04	-.18*	.38**	-.32*	-.42**	7 (0-42)	26.30 (2.85)	19-33

\*\* $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Tabel 2

*Hiërarchische regressieanalyses van de verklarende variabelen op burnout (N = 130).*

	Dimensies van burnout								
	Emotionele uitputting			Depersonalisatie			Persoonlijke bekwaamheid		
	Bèta	F Change	R <sup>2</sup> -change	Bèta	F Change	R <sup>2</sup> -change	Bèta	F Change	R <sup>2</sup> -change
Stap1		4.65**	0.10		0.85	0.02		1.22	0.03
Geslacht	-0.01			-0.01			0.01		
Leeftijd	-0.09			-0.03			0.04		
Functie	0.15			0.07			0.02		
Stap 2		8.52***	0.16		5.72**	0.12		5.78**	0.12
Autonomie	-0.02			-0.03			0.07		
Gebrek sociale steun	0.25**			0.28**			-0.21**		
Werkeisen	0.22*			-0.14			-0.14		
Stap 3		1.80	0.04		6.71***	0.16		5.27***	0.13
Emoties voorwenden (VW)	0.03			0.37***			-0.04		
Emoties verbergen (VB)	-0.01			-0.01			-0.01		
Emoties oproepen (OP)	0.09			0.02			-0.18*		
Emotionele consonantie (CO)	-0.19*			-0.11			0.32***		

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

*Noot: In de tabel worden de bèta's van het eindmodel (stap 3) gepresenteerd*