

Mindfulness-Based Stress Reductie

voor algemeen publiek



Fleur Beening

In opdracht van Radboud Universitair Medisch Centrum voor Mindfulness

Mindfulness Based Stress Reductie (MBSR) Bachelorscriptie

Onderwerp: Bachelorscriptie
Auteur: Fleur Beening (335602)
Opleiding: Toegepaste Psychologie
Hoofdstroom: Klinische Psychologie
Hogeschool: Saxion te Deventer
Organisatie: Radboud Universitair Medisch Centrum voor Mindfulness
Begeleiders Wendy Kersemaekers, senior onderzoeker
Radboudumc: Hanne Verweij, onderzoeker in opleiding
Begeleiders Wim Huismans, docent Toegepaste Psychologie
hogeschool: Simone van Sweden, docent Toegepaste Psychologie en sportpsycholoog
Datum: 8 januari 2018

Voorwoord

De scriptie die voor u ligt is gemaakt gedurende een onderzoeksstage bij het Radboud Universitair Centrum voor Mindfulness te Nijmegen en is een bachelor afstudeertraject van de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Saxion Hogeschool te Deventer. Dit onderzoek geeft inzicht in Mindfulness-Based Stress Reduction die gegeven wordt binnen het Centrum voor Mindfulness. Naast het voeren van onderzoek heb ik deel mogen nemen aan de training MBSR en de effecten en inzichten zelf mogen zien en ervaren.

Tijdens dit afstudeerproces ben ik enthousiast geworden over het doen van onderzoek en heb ik mijzelf ontwikkeld op dit gebied. Ik ben dankbaar dat ik de mogelijkheid heb gekregen mijzelf te verrijken binnen een onderzoeksstage in een academisch ziekenhuis met de daarbij horende bijkomstigheden en verdiepingen. Wendy Kersemaekers wil ik bedanken voor het overbrengen van haar expertise en kennis in onderzoek en de ruimte die zij heeft vrijgemaakt mij te begeleiden en ondersteunen gedurende het leerproces. Ook Hanne Verweij wil ik hiervoor bedanken en voor de begeleiding tijdens de opstart van het onderzoek en de nodige ondersteuning tijdens de rest van het proces. Vanuit school bedank ik graag Wim Huismans voor zijn continue paraatheid en feedback op de verschillende hoofdstukken van de scriptie. Simone van Sweden wil ik bedanken voor de definitieve feedback waarop de laatste aanpassingen van het onderzoek zijn gebaseerd.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Verklarende woordenlijst

Radboudumc	Radboud Universitair Medisch Centrum.
MBSR	Mindfulness-based Stress Reduction voor algemeen publiek en medewerkers van het Radboudumc.
Stiltedag Mindfulness	Een stiltedag van 6 uur lang tussen zesde en zevende sessie van de training MBSR waarbij er verschillende mindfulnessoefeningen worden gedaan en er tussendoor niet gepraat en/of gecommuniceerd wordt met elkaar.
T0	Nulmeting voorafgaand de MBSR training.
T1	Meting 1 week na de afronding van de MBSR training.
Beschrijvende analyse	Het letterlijk beschrijven van de resultaten die naar voren komen. In dit geval een beschrijving van de gegevens van de populatie.
Baseline	De resultaten van de nulmeting voorafgaand de MBSR training.
ROM data	Routine Outcome Monitoring: dataverzameling van de MBSR trainingen bestaande uit intakeformulieren, presentielijsten en vijf diagnostische vragenlijsten verzameld in de periode van maart 2015 tot en met mei 2017.
UBOS-C	Utrechtse Burn-out Schaal voor contactuele beroepen voor het meten van emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid.
SFS-SF	Self-Compassion Scale Short Form voor het meten van de mate van zelfcompassie.
PSWQ	Penn State Worry Questionnaire voor het meten van piekergedrag.
FFMQ	Five Facet Mindfulness Questionnaire voor het meten van de mate van mindfulness.
UBES	Utrechtse Bevoegenheidsschaal voor het meten van de mate van werkbevoegenheid.
MBCT	Mindfulness-based Cognitieve Therapie voor mensen met klinische aandachtspunten. Hier worden meditatietechnieken gecombineerd met aspecten van cognitieve gedragstherapie.
Compassie training	Vervoltraining op de Mindfulness-based Cognitieve Therapie.

Samenvatting

Achtergrond:

Stress- en burn-outklachten komen veel voor in de moderne maatschappij en is een wereldwijd gezondheidsprobleem geworden. Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) is een interventie die invloed heeft op het verminderen van stress- en burn-outklachten en de kwaliteit van het leven vergroot. Veel onderzoek is gedaan naar de effecten van MBSR bij de algemene populatie en andere doelgroepen. Er is weinig bekend over wie deelnemen aan de interventie, wie het afmaken en wie het meest effect ervaren.

Doelstelling:

Dit onderzoek geeft inzicht en praktische informatie over de training MBSR. Er wordt onderzocht wat het profiel van de populatie is die deelneemt aan de training MBSR binnen het Centrum voor Mindfulness in het Radboud Universitair Medisch Centrum en wat de effecten van de training zijn. Verder wordt gekeken welke mensen de training afmaken en wie het meest profijt hebben van de training.

Ontwerp:

Er is kwantitatief onderzoek gedaan met betrekking van de Routine Outcome Monitoring (ROM data) van de MBSR training (N = 347) die gegeven is binnen het Centrum voor Mindfulness in de periode van maart 2015 tot en met mei 2017.

Participanten:

MBSR is bedoeld voor algemeen publiek, medewerkers van het Radboudumc en hulpverleners binnen de gezondheidszorg. Medisch specialisten, PhD's en AIO's zijn niet meegenomen in het onderzoek.

Interventie:

De MBSR training bestaat uit 8 wekelijkse sessies van 2,5 uur lang en een stiltedag van 6 uur lang tussen de zesde en zevende sessie in. De training is gericht op het vergroten van zelfcompassie en mindfulness en het verminderen van piekeren. Dit heeft invloed op het verminderen van burn-outklachten en de toename van de werkbevoegdheid.

Uitkomstmaten:

De intakeformulieren die zijn ingevuld door de participanten geven informatie over de demografische gegevens, motivatie voor deelname en psychische klachten van de populatie. Door middel van de presentielijsten van de MBSR trainingen is er gekeken naar de participatie en voltooiing van de training. De effecten van de training zijn gemeten aan de hand van de Utrechtse Burnout Schaal (gedefinieerd door subschalen: emotionele uitputting, persoonlijke bekwaamheid en depersonalisatie), Penn State Worry Questionnaire, Self-Compassion Scale Short Form, Five Facet Mindfulness Questionnaire en de Utrechtse Bevoegdheidsschaal.

Resultaten:

Van 295 participanten is de deelname bekend waarbij 256 (87%) de training voltooid hebben. Kenmerken profiel: het blijkt dat meer vrouwen deelnamen (75%), veel participanten waren destijds werkende binnen de zorg en welzijn beroepen (40%), de gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 41.7 ($s_d = 11.5$), 72% van de participanten heeft deelgenomen om zich persoonlijk te ontwikkelen, psychische klachten die veel werden ervaren waren onrust, piekeren en onzekerheid en bij 15% van de participanten was er sprake van burn-out op baseline. De training MBSR heeft een statistisch significant effect op de toename van mindfulness ($p = 0.00$), zelfcompassie ($p = 0.00$) en afname van piekeren ($p = 0.00$). Een kleiner statistisch significant effect is gevonden bij burn-out: toename van persoonlijke bekwaamheid ($p = 0.04$) en afname van emotionele uitputting ($p = 0.04$). Er is weinig tot geen effect gevonden bij de toename van de werkbevoegdheid en afname van depersonalisatie (burn-out). De variatie in het verschil in de afname van emotionele uitputting wordt voor 16.5% verklaard door het effect van piekeren en mindfulness. Het effect van zelfcompassie verklaard voor 3.5% de variatie in het verschil in de toename van persoonlijke bekwaamheid, 4.0% de variatie in het verschil in de afname van depersonalisatie en 3.4% de variatie in het verschil in de toename van werkbevoegdheid. Wanneer er globaal wordt gekeken naar de effecten van de training bij de verschillende kenmerken behorend bij de deelnemers, valt op dat de grootste effecten worden gevonden bij de deelnemers waarbij sprake was van burn-out op baseline. Bij de deelnemers die meededen voor hun professionele ontwikkeling (en soms uit interesse) worden eerder tegenovergestelde resultaten gevonden. De gevonden effecten worden vaak gemodereerd door de hoeveelheid klachten op baseline en door de motivatie voor deelname.

Conclusie:

De deelnemers die de training Mindfulness-based Stress Reduction hebben gevolgd binnen het Centrum voor Mindfulness in het Radboud Universitair Medisch Centrum hebben een statistisch significante toename van

zelfcompassie en mindfulness en een statistisch significante afname van piekeren. De effecten op burn-out, de afname van emotionele uitputting en de toename van de persoonlijke bekwaamheid, worden gemodereerd door de hoeveelheid klachten op baseline bij de participanten. De training heeft weinig tot geen effect op de werkbevlogenheid en afname van depersonalisatie (burn-out).

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Verklarende woordenlijst	4
Samenvatting	5
Hoofdstuk 1 Inleiding van het onderzoek	9
1.1 <i>Aanleiding</i>	9
1.2 <i>Onderzoeksvraag</i>	10
1.3 <i>Doelstelling van het onderzoek</i>	11
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	12
2.1 <i>Literatuuronderzoek</i>	12
2.1.1 Probleem: stress en burn-out	12
2.1.2 Mindfulness	13
2.1.3 Effecten van mindfulness training	13
2.2 <i>Conceptueel model</i>	14
Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign	15
3.1 <i>Onderzoeksmethode</i>	15
3.2 <i>Onderzoeksdoelgroep</i>	15
3.3 <i>Onderzoeksinstrumenten</i>	16
3.4 <i>Procedure</i>	17
3.5 <i>Analyse</i>	17
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten	19
4.1 <i>Uitvoering</i>	19
4.2 <i>Respons</i>	20
4.3 <i>Resultaten</i>	20
4.3.1 Profiel deelnemers	20
4.3.2 Participatie en voltooiing training MBSR	22
4.3.3 Verschil in profiel bij het voltooien van de training	23
4.3.4. Effecten training	25
4.3.5. De relatie tussen de gevonden effecten van de training	32
Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen	34
5.1 <i>Conclusie en discussie</i>	34
5.2 <i>Aanbevelingen</i>	39
Bibliografie	41
Bijlage 1 Vragenlijst LimeSurvey	45
Bijlage 2 Hypothesen	51
Bijlage 3 Aantekening beroepen	52

Bijlage 4	Beroepsgroepen	53
Bijlage 5	Overzicht databestanden 1, 2 en 3	56
Bijlage 6	Resultaten – figuren en tabellen	58
Bijlage 7	Plan van aanpak	63
Bijlage 8	Eigenwerkverklaring	65

Hoofdstuk 1

Inleiding van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt toegelicht waarom dit onderzoek wordt uitgevoerd.

1.1 Aanleiding

Binnen het Radboud Universitair Medisch Centrum (Radboudumc) voor Mindfulness wordt voortdurend wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd naar de effecten van mindfulness. Daarnaast verzorgt het expertisecentrum diverse mindfulnessstrainingen zoals de MBCT (Mindfulness-based Cognitive Therapy), MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction) en Mindful Leidinggeven. De training MBSR is bedoeld voor medewerkers van het Radboudumc, hulpverleners binnen de gezondheidszorg en algemeen publiek (Radboud Universitair Medisch Centrum voor Mindfulness, 2017). Binnen het expertisecentrum ligt de vraag om de ROM (Routine Outcome Monitoring) van de MBSR trainingen in kaart te brengen. Op basis van literatuuronderzoek blijkt dat er veel onderzoek gedaan is naar de effecten van MBSR bij diverse doelgroepen. Echter blijkt dat er weinig bekend is over welke doelgroepen binnen de gezonde populatie gebruik maken van MBSR en wat hun motivatie hiervoor is. Naast het in kaart brengen van de populatie, is het belangrijk om te kijken wat de effecten zijn van de training MBSR dat gegeven wordt op het Radboudumc voor Mindfulness. Dit zodat er gekeken kan worden naar de werkelijke effecten en resultaten van de training en de gewenste uitkomsten.

Stress komt veel voor in de moderne maatschappij en is een wereldwijd gezondheidsprobleem geworden. Diverse onderzoeken tonen aan dat stress invloed heeft op de gezondheid. Een hoog niveau van stress kan leiden tot psychische- en lichamelijke klachten. Er is gekeken naar de mate van stress binnen verschillende beroepsgroepen (Khoury, Sharma en Rush, & Fournier, 2015). Het is gebleken dat werknemers binnen de gezondheidszorg kwetsbaar zijn voor stress en overbelasting. Werknemers hebben intensief contact met andere mensen en hebben te maken met emotioneel beladen omstandigheden. Hierdoor zijn zij onderhevig aan hoge niveaus van stress (Flamentc, Raab, Soggeb en Parkerc, 2015). Hupkens (2004) meldt dat mensen met veel stress op het werk, vaker last hebben van angstgevoelens of depressiviteit. Wanneer bijvoorbeeld de werkdruk hoger is, is er meer sprake van somberheid en depressiviteit. Veel voorkomende oorzaken van stress zijn een hoge werkdruk, slechte werksfeer en weinig ontplooiingsmogelijkheden.

Uit onderzoek is gebleken dat burn-out toeneemt binnen de Nederlandse werkende populatie tussen de twintig en zestig jaar oud (Lindblom, Linton, Fedeli en Bryngelsson, 2006). Burn-out is vaak het resultaat van veel stress, hoge werkdruk en een lage werktevredenheid. Werkbevlogenheid daarentegen is een bevredigende en positieve werkhouding (Schaufeli & Bakker, 2006). Gekeken naar de verschillende beroepsgroepen komen binnen het onderwijs, de industrie en de gezondheids- en welzijnszorg de meeste burn-outklachten voor (Driessen & Hooftman, 2011). Bij medisch specialisten en huisartsen zijn burn-out- en stress gerelateerde klachten de afgelopen jaren extreem toegenomen. De prevalentie burn-out binnen deze populatie is hoger dan de algemene werkbevolking in Nederland. Daarnaast blijkt dat onder medisch studenten 14.5% voldoet aan de criteria voor burn-out (Visser, Smets, Oort, & Haes, 2003; Houkes, Winants, Twellaar, & Verdonk, 2011; Conijn, Boersma, & van Rhenen, 2015).

Mindfulness en zelfcompassie hebben de laatste jaren veel aandacht gekregen als hulpmiddel tegen stress, emotionele uitputting en burn-out. Mindfulness-based interventies hebben effectiviteit getoond voor het behandelen van diverse psychische aandoeningen en het omgaan met lichamelijke- en medische aandoeningen (Flamentc et al., 2015). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) is een gestandaardiseerd meditatie programma ontwikkeld in 1979 om mindfulness te integreren binnen de klinische psychologie (Chiesa & Serretti, 2009). Als werkingsmechanisme wordt vaak beschreven dat MBSR direct invloed heeft op het verminderen van rumineren en piekeren en het vergroten van de zelfcompassie en mindfulness. Via deze effecten heeft MBSR invloed op het verminderen van stress- en burn-outklachten en het vergroten van de kwaliteit van het leven (Baer, 2003). MBSR laat een positief resultaat zien op het verminderen van stress gerelateerde klachten bij professionals binnen de gezondheidszorg (Asuero & Banda, 2010; Flamentc et al., 2015; Gu, Strauss, Bond, & Cavanagh, 2015; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004). Uit twee meta-analyses blijkt dat MBSR een matig effect heeft op het verminderen van stress bij de gezonde populatie. Onder de gezonde populatie wordt verstaan niet binnen de klinische setting: niet per definitie abnormaal en geen indicatie voor een ziekte. Meer onderzoek is nodig om de meest effectieve elementen uit MBSR vast te stellen (Khoury et al., 2015; Chiesa & Serretti, 2009). Uit literatuuronderzoek komen geen bronnen naar voren die

beschrijven wat de kenmerken zijn van de mensen binnen de gezonde populatie, die geprikkeld worden om deel te nemen aan Mindfulness-based Stress Reduction en wie er het meest profijt van de interventie heeft.

Routine outcome monitoring (ROM) is een methode om systematische gegevens te verzamelen over een behandeling of training. Het Radboudumc Centrum voor Mindfulness past de ROM toe bij alle trainingen waaronder de MBSR trainingen voor medewerkers van het Radboudumc en publiek in het algemeen binnen de niet-klinische setting. Dit wordt gedaan omdat aan de hand hiervan feedback gegeven kan worden over de training. Binnen de monitoring wordt gebruik gemaakt van gevalideerde en gestandaardiseerde diagnostische instrumenten namelijk: 'Utrechtse Burnout Schaal', 'Penn State Worry Questionnaire', 'Self-Compassion Scale Short Form', 'Five Facet Mindfulness Questionnaire', 'Utrechtse Bevoegenheidsschaal'. Daarnaast worden persoonlijke gegevens verzameld door middel van het intakeformulier en de presentielijst. De uitkomsten van de dataverzameling worden geëvalueerd en richten zich op het daadwerkelijke resultaat en het gewenste resultaat van zorg (Hutschemaekers, van Sonsbeek, Veerman, & Tiemens, 2014; Verhoeven, 2011; Giltay et al., 2010; Radboudumc Centrum voor Mindfulness, 2017).

1.2 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag is:

Wat is het profiel van de populatie die deelneemt aan Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) training binnen het Radboudumc Centrum voor Mindfulness en wat zijn de effecten van de training?

Met de 'populatie' in de onderzoeksvraag wordt verwezen naar de medewerkers van het Radboudumc en het algemeen publiek die hebben deelgenomen aan de training MBSR. Met algemeen publiek wordt gerefereerd naar werkende van buiten het Radboudumc of niet werkende. Het is van belang om te weten welke groep mensen op de trainingen af komen en wat de effecten van de training zijn.

De volgende deelvragen zijn opgesteld om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden:

1. Wat is het profiel¹ van de deelnemers die deelnemen aan de training Mindfulness-based Stress Reduction?
2. Wat is de participatie² van de deelnemers aan de training Mindfulness-based Stress Reduction?
3. Wat is het verschil tussen het profiel van de deelnemers die de training voltooien en de deelnemers die de training niet voltooien?
4. Wat is het effect³ van de training Mindfulness-based Stress Reduction op burn-out bij de deelnemers?
5. Wat is het effect³ van de training Mindfulness-based Stress Reduction op het piekergedrag bij de deelnemers?
6. Wat is het effect³ van de training Mindfulness-based Stress Reduction op zelfcompassie bij de deelnemers?
7. Wat is het effect³ van de training Mindfulness-based Stress Reduction op mindfulness bij de deelnemers?
8. Wat is het effect³ van de training Mindfulness-based Stress Reduction op de werkbevoegenheid van de deelnemers?
9. Wordt de variatie in het verschil in burn-out en de werkbevoegenheid verklaard door het verschil in zelfcompassie, piekeren en mindfulness?

¹Bij het 'profiel' van de deelnemers worden de volgende kenmerken benoemd: leeftijd van de deelnemers, geslacht van de deelnemers, percentage medewerkers van het Radboudumc, percentage algemeen publiek, welke soorten beroepen beoefenen de deelnemers, motivatie van de deelnemers, psychische klachten van de deelnemers en burn-out op baseline.

²Met 'de participatie' wordt gerefereerd naar de deelname van de deelnemers gedurende de training, aan de hand van de presentielijst per sessie. Er wordt gekeken in hoeverre de deelnemers de training voltooid hebben.

³De effecten van de training MBSR op de verschillende variabelen, worden gemeten aan de hand van diagnostische vragenlijsten. De vragenlijsten bij de variabelen zijn: Utrechtse Burnout Schaal voor burn-out, Penn State Worry Questionnaire voor piekeren, Self-Compassion Scale Short Form voor zelfcompassie, Five Facet Mindfulness Questionnaire voor mindfulness en de Utrechtse Bevoegenheidsschaal voor de

werkbevlogenheid. Ook wordt er gekeken of deze effecten verschillen voor mannen en vrouwen, de motivaties voor deelname, de voltooiing van de training, de aanwezigheid van de stiltedag, burn-out op baseline en psychische klachten (≥ 4). Daarnaast is er gekeken of effecten op burn-outklachten en werkbevlogenheid verklaard kunnen worden door verschillen in piekeren, zelfcompassie en mindfulness. De vragenlijsten worden één week voor de start van de training (T0) en één week na afloop (T1) ingevuld. De diagnostische vragenlijsten worden toegelicht in hoofdstuk 2, paragraaf '2.3 Onderzoeksinstrumenten'.

1.3 Doelstelling van het onderzoek

"Het Radboud Universitair Medisch Centrum voor Mindfulness is een nationaal expertisecentrum voor de toepassing en wetenschappelijke evaluatie van mindfulness-based interventies in de gezondheidszorg en daarbuiten. Binnen het expertisecentrum vindt een diversiteit aan wetenschappelijk onderzoek plaats naar de effecten van mindfulness" (Radboudumc Centrum voor Mindfulness, 2017).

De training Mindfulness-based Stress Reduction richt zich op mensen met stress gerelateerde klachten. Het is de bedoeling dat de deelnemers leren effectiever om te gaan met stress zodat hun welzijn vergroot wordt. Op het moment dat er geen sprake is van acute stress, leren de deelnemers vaardigheden die zij mee kunnen nemen in de toekomst.

De doelstelling van het onderzoek is inzicht krijgen in de training Mindfulness-based Stress Reduction door het profiel van de populatie helder te krijgen en te kijken naar de effecten van de training. Voor meer details zie paragraaf '1.2 Onderzoeksvraag'. Door middel van dit onderzoek wordt een bijdrage geleverd aan de kennis en wetenschap van mindfulness-based interventies. De omvang van het onderzoek is groot waardoor het relevant is om de populatie die deelneemt aan de training in kaart te brengen, om te kijken naar de effecten en te onderzoeken of deze effecten worden gemodereerd door bepaalde kenmerken. In eerste instantie zal de populatie deelnemers en hun motivatie duidelijk worden. Daarnaast wordt onderzocht hoeveel deelnemers de training voltooien en wat het profiel is van de deelnemers die de training wel of niet afmaken. Tot slot worden de effecten van de training onderzocht. Hieruit komen eventuele verbeterpunten en aandachtspunten naar voren op basis waarvan praktische aanpassingen kunnen plaatsvinden.

Hoofdstuk 2

Theoretisch kader

In dit hoofdstuk komt het theoretisch kader aan bod.

2.1 Literatuuronderzoek

De literatuur belicht logischerwijs meerdere onderwerpen binnen het onderzoek.

2.1.1 Probleem: stress en burn-out

Stress is niet meer weg te denken in de moderne maatschappij. Het effect van stress op ons mentaal en lichamelijk welzijn is uitgebreid onderzocht. Naast grote gebeurtenissen of veranderingen beïnvloeden ook de kleine dagelijkse stressoren onze gezondheid (Véronique, 2010). Stress vergt veel energie van een persoon. Een bepaalde hoeveelheid stress kan resulteren in verbeterde prestaties. Echter blijkt dat te veel stress een negatieve invloed heeft (Chiesa en Serretti, 2009). Stress uit zich in het denken, het zelfbeeld, de emotie, het gedrag en in relaties. Ongezonde stress kan leiden tot continu piekeren over problemen en kan zorgen voor een laag zelfbeeld waarbij machteloosheid en onzekerheid wordt ervaren. Dit zorgt weer voor een toename aan stress en kan leiden tot overspanning, burn-out en depressie (Verkuil & van Emmerik, 2007; Klok, 2017). Onderzoek van Hupkens (2004) heeft gekeken naar de ervaring van problemen bij medewerkers die minstens twee aaneengesloten weken aanwezig zijn. Hieruit blijkt dat veel stress op het werk kan leiden tot depressiviteit en angstgevoelens. In 2002 was één op de tien werkende somber of depressief en één op de acht werkenden angstig of bezorgd. Wanneer de werkdruk hoger is, is er meer sprake van somberheid, depressiviteit, bezorgdheid en angst. Er is een sterk verband tussen het aanwezig zijn van weinig ontplooiingsmogelijkheden en een hoge werkdruk en het ervaren van veel angstgevoelens. Ten slotte is er een samenhang tussen malaiseklachten en stress. Ruim zeven van de tien werkenden geven aan last te hebben van één of meer malaiseklachten. Een hoog niveau van stress kan leiden tot hoofdpijn, migraine, obesitas, hoog cholesterol, auto-immuunziekten, spierpijn en rugpijn, vermoeidheid en slapeloosheid, hartziekten, hoge bloeddruk en een beroerte (Hupkens, 2004; Fournier et al., 2015). Werknemers in de zorgsector zijn kwetsbaar voor overbelasting en stress. Het is van belang dat gezondheidsprofessionals leren werkgerelateerde stress symptomen te voorkomen of reduceren. De effectiviteit van de werknemers kan namelijk beïnvloed worden. Door stress kan de concentratie, aandacht, besluitvorming en communicatie verminderen (Khoury et al., 2015; Driskell & Salas, 1996; Patel, Marmot, Carruthers, Hunt, & Patel, 1985).

Werkgerelateerde psychische aandoeningen komen veel voor binnen de beroepsziekten in Nederland. De meest gemelde psychische beroepsziekte is burn-out, daarnaast komen ook depressie en posttraumatische stresstoornis voor (Nieuwenhuijsen, 2009). Met de term burn-out wordt een psychische uitputtingstoestand aangeduid, ook wel opgebrand zijn (Schaufeli & Bakker, 2006). Er is sprake van een verstoord evenwicht tussen de persoonlijke behoeften en de eisen die het werk stelt (Karsten, 2003). In 2009 blijkt het aantal meldingen van beroepsziekten sterk gestegen te zijn. Van alle meldingen over werkgebonden psychische aandoeningen was er bij 78% sprake van een burn-out. Jongeren blijken relatief minder last te hebben van burn-outklachten dan 25-plussers. Daarnaast blijkt dat hoogopgeleiden vaker zijn opgebrand dan lager opgeleiden (Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, 2010; Driessen & Hooftman, 2011). Burn-out heeft invloed op de gezondheid en de werkhoudingen van werknemers. Gevolgen van burn-out zijn arbeidsontevredenheid, geringe organisatiebetrokkenheid en arbeidsprestaties, veel ziekteverzuim en een hoog personeelsverloop. Mogelijke bijkomende gezondheidseffecten van burn-out zijn depressie, slaapstoornissen, angst, psychosomatische klachten, cardiovasculaire aandoeningen en acute infecties (Schaufeli & Bakker, 2006). Uit onderzoek blijkt dat binnen de Nederlandse werkende populatie burn-out toeneemt. In 1997 is bij 7% van de populatie burn-out geconstateerd. In 2003 is dit toegenomen tot 13,7%. Een hoog niveau van stress wordt door 17,9% van de populatie ervaren (Lindblom, Linton, Fedeli, & Bryngelsson, 2006). Wanneer er gekeken wordt naar verschillende beroepsgroepen komen burn-outklachten het meest voor binnen het onderwijs (17%), de industrie (16%) en de gezondheids- en welzijnszorg (12,5%). Daarnaast blijkt dat binnen de gezondheidszorg en bouw en landbouw een verhoogd risico op suicide bestaat (Driessen & Hooftman, 2011; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, 2010). Onder medisch specialisten en huisartsen nemen stress gerelateerde klachten en burn-out extreem toe. Aan de hand van de MBI (Maslach Burnout Inventory) is geconstateerd dat 20% van de huisartsen een burn-out heeft. Binnen de medisch specialisten geeft 55% aan een hoog of zeer hoog niveau van stress te ervaren. Burn-out onder medici varieert tussen de 18% tot 82%. Aan de hand van de UBOS (Utrechtse

Burnoutschaal) is bij medisch studenten gekeken wie er te maken heeft met burn-out, hieruit blijkt dat 14.5% voldoet aan de criteria. Burn-out klachten komen meer voor binnen de (medische) sector gezondheidszorg dan bij de algemene Nederlandse werkbevolking (Visser, Smets, Oort, & de Haes, 2003; Houkes, Winants, Twellaar, & Verdonk, 2011; Conijn, Boersma, & van Rhenen, 2015). Niet alleen voor de medisch specialisten en huisartsen is dit een probleem, het beïnvloed ook het contact met de patiënten en de kwaliteit van zorg (Driskell & Salas, 1996; Patel et al., 1985).

2.1.2 Mindfulness

Interesse in mindfulness-based interventies neemt extreem toe (Crane et al., 2017). De professionele belangstelling in mindfulness is zo hoog dat onderzoek op dit gebied exponentieel uitbreidt. Wetenschappelijke bevindingen over het welzijn en de connectie tussen het lichaam en de geest wekt veel belangstelling, net zoals de wetenschappelijke interesse tussen stress en ziekten dagelijks toeneemt (Kabat-Zinn, 2013). Meditatie leidt tot meer aandacht, een beter bewustzijn en acceptatie. Mindfulness brengt het vermogen de aandacht te richten op het huidige moment zonder (zelf-)oordeel. Het gaat om het verkrijgen en behouden van rust, helderheid en een goede zelfattitude ongeacht de situatie. Beoefenaars leren reflectief op te treden in plaats van impulsief (Jeffrey & Greeson, 2009; Gold, 2016; Chiesa & Serretti, 2009). Mindfulness is een vorm van meditatie die oorspronkelijk is ontwikkeld uit de Theravada traditie van het Boeddhisme. Een van de meest gebruikte definities van mindfulness is beschreven door Jon Kabat-Zinn: 'Mindfulness kan omschreven worden als een moment van bewustzijn dat wordt gecultiveerd door doelbewust aandacht te besteden aan huidige ervaringen, met een niet-veroordelende houding.' (Kabat-Zinn, 2013). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) training bestaat uit een acht wekelijkse sessie van 2,5 uur en een stiltedag van 6 uur tussen de zesde en zevende sessie. Bovendien krijgen deelnemers de instructie om 6 dagen per week ongeveer 45 minuten per dag te oefenen (Kabat-Zinn & Hanh, 2009). MBSR is oorspronkelijk ontwikkeld voor patiënten met chronische pijnklachten. Binnen de huidige gezondheidszorg worden mindfulness-based interventies steeds meer ingezet om stress te verminderen en de werkbevolgenheid, zelfcompassie en zelfzorg toe te laten nemen. Zelfcompassie omvat een toestand waarin we onze ervaringen kunnen accepteren in moeilijke momenten van ons leven. Zelfcompassie bestaat uit drie kerncomponenten: een mindful bewustzijn, vriendelijkheid naar jezelf en een gevoel van gedeelde menselijkheid. MBSR heeft invloed op het denkvermogen waardoor ruminatie en piekeren verminderen en mindfulness en zelfcompassie toenemen. Via deze weg lijken stress en burn-outklachten te verminderen en de bevolgenheid te vergroten (Flamentc et al., 2015; Chiesa & Serretti, 2009; Neff, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004). Bevolgenheid wordt als volgt gedefinieerd: "bevolgenheid op het werk is een positieve, affectief-cognitieve toestand van opperste voldoening die wordt gekenmerkt door vitaliteit, toewijding en absorptie". Bevolgen werknemers kunnen moe zijn van werk, echter gaat deze vermoeidheid gepaard met een voldaan gevoel. Onderzoek doet sterk vermoeden dat burn-out en bevolgenheid bij werknemers elkaar kunnen afwisselen in de loop van de tijd (Schaufeli & Bakker, 2006; Bakker, 2003; Schaufeli & Bakker, 2004).

2.1.3 Effecten van mindfulness training

Mindfulness-based interventies (MBSR) zijn effectief gebleken bij het behandelen van diverse psychische, medische en lichamelijke aandoeningen. Een gezond mindful mechanisme heeft namelijk betrekking op de manier van denken en verbetert het (emotionele) welzijn. Dit heeft mogelijk invloed op het afnemen van stress, burn-out, piekeren, depressie, angst en het omgaan met woede. Ook chronische pijn, vermoeidheid, kanker, hartziekten, type 2-diabetes, psoriasis en slapeloosheid blijken te verminderen (Khoury et al., 2015; Jeffrey & Greeson 2009; Chiesa & Serretti, 2009). Diverse onderzoeken hebben gekeken naar de effecten van mindfulness-based stress reduction bij de algemene gezonde populatie en bij medewerkers binnen de gezondheidszorg. Meerdere onderzoeken naar de gezonde populatie laat een positief resultaat zien op het verminderen van psychologische stress. Individuen die meer tijd hebben besteed aan mindfulness laten een groter effect zien. Daarnaast blijkt dat MBSR een gematigd effect heeft op depressie, angst en de kwaliteit van het leven en kleine effecten op burn-out (Kabit-Zinn, 2013; Khoury et al., 2015). Voor werknemers binnen de gezondheidszorg biedt MBSR ook veel voordelen. Resultaten tonen dat 35% van de medewerkers minder stress ervaart, 30% minder piekert en 20% minder negatieve gevoelens ervaart. Een correlatieanalyse laat zien dat het minder piekeren en het ervaren van negatieve gevoelens, samenhangt met de vermindering van stress (Flamentc et al., 2015; Asuero & Banda, 2010).

2.2 Conceptueel model

De onderzoeksvraag met bijbehorende deelvragen en hypothesen (zie bijlage 2) heeft geleid tot drie conceptuele modellen. De drie modellen zijn een logisch vervolg op elkaar. De conceptuele modellen laten de verschillende effecten van de training MBSR en mogelijke andere invloeden zien. De conceptuele modellen zijn gebaseerd op de deelvragen 4 t/m 9. Bij de deelvragen 1 t/m 3 zijn geen conceptuele modellen aanwezig want deze zullen weergegeven worden in een beschrijvende analyse. De MBSR training heeft effect op de volgende aspecten bij de deelnemers: burn-out, piekeren, zelfcompassie, mindfulness en werkbevoegdheid, zie figuur 1.

Figuur 1

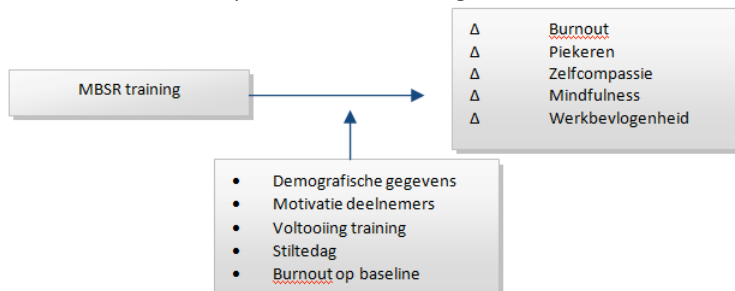
Effect training MBSR



Bij deelvragen 4 t/m 8 wordt er gekeken of de effecten mogelijk worden beïnvloed door de volgende kenmerken: de demografische gegevens (zoals het geslacht), de motivaties, de voltooiing van de training, de stilte dag en burn-out op baseline, zie figuur 2.

Figuur 2

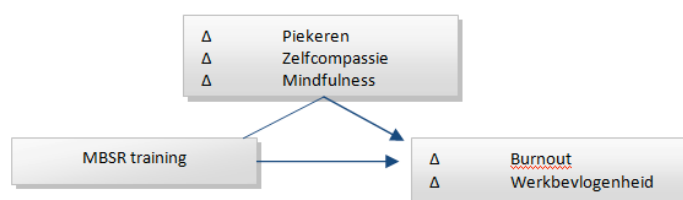
Invloed kenmerken op de effecten training MBSR



Bij deelvraag 9 wordt er gekeken wat de relatie is van de effecten piekeren, zelfcompassie en mindfulness bij burn-out en werkbevoegdheid, zie figuur 3.

Figuur 3

De relatie tussen de gevonden effecten van de training MBSR



Hoofdstuk 3

Onderzoeksdesign

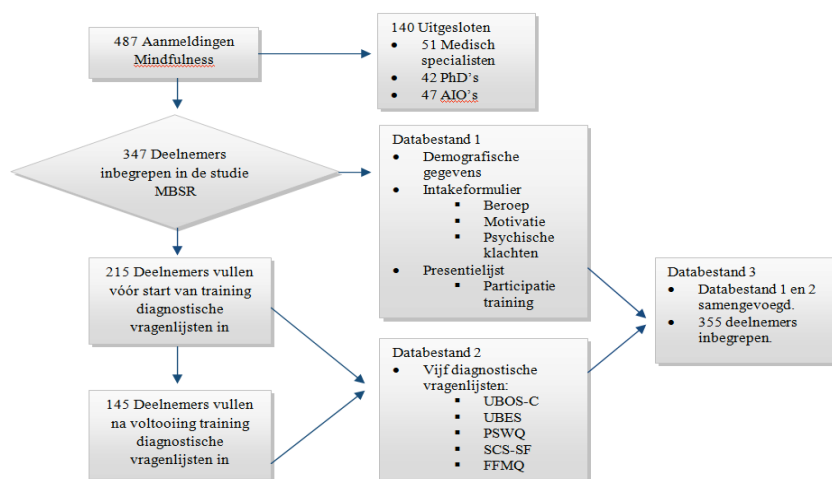
In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksdesign uiteengezet.

3.1 Onderzoeksmethode

Om de populatie en effecten van de MBSR training in kaart te brengen wordt er kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Hiervoor wordt de data van de routine outcome monitoring (ROM) gebruikt van de trainingen die in de periode van maart 2015 tot en met mei 2017 zijn gegeven. De populatie van het onderzoek bestaat uit werknemers van het Radboudumc en algemeen publiek. Bij de monitoring wordt er gebruik gemaakt van een voor-na meting (T0 en T1) met behulp van gevalideerde en gestandaardiseerde instrumenten namelijk: 'Utrechtse Burnout Schaal', 'Penn State Worry Questionnaire', 'Self-Compassion Scale Short Form', 'Five Facet Mindfulness Questionnaire' en de 'Utrechtse Bevoegenheidsschaal' (zie ook paragraaf '3.3 Onderzoeksinstrumenten') (Everaert & van Peet, 2006; Nieswiadomy, 2009; Verhoeven, 2011; Hutschemaekers et al., 2014). Deelnemers zijn per mail uitgenodigd om de vragenlijsten op T0 en T1 in te vullen via LimeSurvey. Deelname was geheel vrijwillig, er is sprake van zelfselectie. LimeSurvey is een open source software voor surveyonderzoek (LimeSurvey, 2017; Verhoeven, 2011). Op het moment dat deelnemers de vragenlijsten invulden gaven zij toestemming tot het gebruik van hun gegevens. De data uit LimeSurvey zijn ingelezen in SPSS. Daarnaast is er van elke respondent een intakeformulier en presentielijst aanwezig. Het intakeformulier bevat informatie over het beroep van de deelnemers, de motivatie voor deelname en eventuele psychische klachten. Het formulier bestaat grotendeels uit open vragen, waarvan de antwoorden worden gecategoriseerd. Deze data zal ingevoerd worden in SPSS zodat de onderzoeksgegevens geanalyseerd kunnen worden met als doel het beantwoorden van de onderzoeksvraag. De data analyse wordt gedaan met SPSS versie 22.0 (Baarda, de Goede, & van Dijkum, 2011).

3.2 Onderzoeksdoelgroep

De training MBSR wordt aangeboden aan algemeen publiek en medewerkers van het Radboudumc. De training is gericht op 'gezonde' mensen. De doelgroep bestaat uit medewerkers binnen de gezondheidszorg en de werkende populatie in het algemeen. De populatie van het onderzoek zijn de mensen die deel hebben genomen aan de training MBSR. Er is sprake van een zelfselectie steekproef. Voorafgaand de zelfselectie is er een selectie van de medisch specialisten en PhD's, zij volgen een training voor een ander onderzoek. Daarnaast nemen artsen in opleiding (AIO's) wel deel aan de training MBSR maar krijgen zij een andere vragenlijsten toegestuurd in verband met deelname aan een ander onderzoek. Omdat er meerdere onderzoeken binnen het expertisecentrum lopen is er dus besloten de medisch specialisten, PhD's en AIO's niet mee te nemen in dit onderzoek. In figuur 4 wordt het onderzoeksontwerp en procedures volledig weergegeven. De omvang van de populatie (deelnemers) is 347. Er zijn drie databestanden (zie ook bijlage 5). Het eerste databestand bestaat uit de gehele populatie. Van 347 respondenten is er een presentielijst en intakeformulier aanwezig. Deelvragen 1 tot en met 3 zullen aan de hand van deze informatie beantwoord worden. Het eerste en tweede databestand worden samengevoegd zodat er gekeken kan worden naar de effecten van de training in vergelijking met het profiel (kenmerken) van de deelnemers. Het derde databestand bestaat uit 355 respondenten. Deelvragen 4 tot en met 9 en de variabele 'burn-out op baseline' zullen daarmee beantwoord worden.



Figuur 4
Schematisch overzicht van de studie

3.3 Onderzoeksinstrumenten

Iedere deelnemer heeft voor de start van de training een verzoek via de mail gekregen om een intakeformulier in te vullen. Uit het intakeformulier wordt duidelijk: de reden van aanmelding, het beroep, eventuele psychische klachten en of de deelnemer wel of niet in behandeling is bij een psycholoog of psychiater. Daarnaast mogen de deelnemers één week voor het begin van de training MBSR (T0) via LimeSurvey de 'Utrechtse Burnout Schaal', 'Penn State Worry Questionnaire', 'Self-Compassion Scale Short Form', 'Five Facet Mindfulness Questionnaire' en de 'Utrechtse Bevlogenheidsschaal' invullen. Vervolgens hebben zij de vragenlijsten één week na afloop van de training opnieuw ingevuld (T1). Op deze manier kan er gekeken worden naar de effecten van de training MBSR bij de deelnemers op de gebieden: werkbevoegenheid, burn-out, zelfcompassie, mindfulness en piekeren. In bijlage 1 is het LimeSurvey bestand met de vragenlijsten toegevoegd.

De 'Utrechtse Burnout Schaal' (UBOS) meet de mate van burn-out. Burn-out kan binnen dit instrument gedefinieerd worden als werkgerelateerde psychische vermoeidheid. De UBOS is de Nederlandse versie van de 'Maslach Burnout Inventory' (MBI). De UBOS heeft drie versies beschikbaar: UBOS-C is een versie voor contactuele beroepen (welzijns- en gezondheidszorg), UBOS-L is een versie voor leerkrachten en UBOS-A is een versie voor algemeen gebruik (iedere beroepssetting). De deelnemers vullen de UBOS-C in. De UBOS-C bestaat uit 20 items die worden gescoord op een zevenpunts likertschaal (0 tot en met 6). De UBOS heeft drie subschalen, namelijk emotionele uitputting (8 items), depersonalisatie (5 items) en persoonlijke bekwaamheid (7 items). Een voorbeeldvraag uit het instrument is: 'ik voel mij mentaal uitgeput door mijn werk.' (Schaufeli & Dierendonck, 2001). Er is een negatieve samenhang geconstateerd tussen de schalen van de 'Utrechtse Burnout Schaal' en de 'Utrechtse Bevlogenheidsschaal'. Bij de scoring van de UBOS wordt de som op de subschalen emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid berekend. Wanneer er op emotionele uitputting hoog wordt gescoord en vervolgens ook op depersonalisatie en/of laag op persoonlijke bekwaamheid, dan is er sprake van burn-out. De range van de subschaal emotionele uitputting loopt tot en met 48, van depersonalisatie tot en met 30 en van de persoonlijke bekwaamheid tot en met 42. De cut off waarde van een hoge emotionele uitputting is bij een score vanaf 19.92 en hoger, bij een hoge depersonalisatie is dat voor de mannen vanaf 8.95 en hoger en bij de vrouwen vanaf 7.95 en hoger en bij een lage persoonlijke bekwaamheid is dat bij de laagste score tot en met 25.97 (Schaufeli & Bakker, 2004).

De 'Utrechtse Bevlogenheidsschaal' (UBES) is een zelfrapportage vragenlijst dat de bevoegenheid van medewerkers meet. De vragenlijst bevat drie dimensies van bevoegenheid: vitaliteit, toewijding en absorptie. Een voorbeeldvraag uit dit instrument is: 'op mijn werk bruis ik van de energie.' De oorspronkelijke versie bevat 15 items. De verkorte versie van de UBES bevat 9 items. Er is geconstateerd dat de verkorte versie een betrouwbare en valide zelfrapportage vragenlijst is. De items worden gescoord op een zevenpunts likertschaal (0 tot en met 6). Bij de scoring wordt het gemiddelde op de subschalen vitaliteit, toewijding en absorptie berekend. Daarnaast wordt er ook gekeken naar het totale gemiddelde van alle items. De range loopt van 0 tot en met 6. Een hoge bevoegenheid (totaalscore) is bij een score vanaf 4.67 en hoger (Schaufeli & Bakker, 2003; Schaufeli & Bakker, 2004).

De 'Penn State Worry Questionnaire' (PSWQ) is een zelfrapportagevragenlijst die de neiging tot piekeren meet. De vragenlijst bestaat uit 16 items die worden gescoord op een vijfpunts likertschaal (1 tot en met 5). Een voorbeeldvraag uit dit instrument is: 'als ik niet genoeg tijd heb om alles te doen, maak ik mij daar zorgen over.' Bij de scoring van de PSWQ wordt de totale som van alle items berekend met een range van 16 tot en met 80 (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990).

De 'Self-Compassion Scale Short Form' (SCS-SF) is een zelfrapportage vragenlijst waarmee zelfcompassie gemeten wordt. Dit is de verkorte versie van de 'Self-Compassion Scale' en bestaat uit 12 items in plaats van 26 items. De items worden gescoord met een zevenpunts likertschaal. Er zijn zes subschalen: self-kindness, self-judgement, common humanity, isolation, mindfulness en over-identification. Een voorbeeldvraag uit dit instrument is: 'als ik faal in iets wat belangrijk voor mij is, kan het gevoel van mislukking mij volledig beheersen.' Bij de scoring van de SCS-SF wordt het totale gemiddelde van alle items berekend. De range loopt van 1 tot en met 7 (Raes, Pommier, Neff, & van Gucht, 2011).

De 'Five Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form' (FFMQ-SF) is een zelfrapportage vragenlijst die mindfulness meet. Mindfulness kan binnen dit instrument gedefinieerd worden als; de aandacht richten op het huidige moment, op een accepterende en niet-oordelende wijze. De vragenlijst heeft vijf facetten: observeren, beschrijven, bewust handelen, niet-oordelen en non-reactief. De vragenlijst bestaat uit 24 items die worden gescoord op een vijfpunts likertschaal (1 tot en met 5). Een voorbeeldvraag uit dit instrument is: 'ik ben goed in het vinden van woorden om mijn gevoelens te beschrijven.' Bij de scoring van de FFMQ wordt de som van de subschalen observeren, beschrijven, bewust handelen, niet-oordelen en non-reactief berekend. Ook wordt er gekeken naar de totale som van alle items waarbij de range loopt van 24 tot en met 120 (Bohlmeijer, ten Klooster, Fledderus, Veehof, & Baer, 2011).

3.4 Procedure

De procedure van het onderzoek bestaat uit de dataverzameling van de presentielijst en intakeformulieren (347 respondenten) en de diagnostische vragenlijsten (T0: 215 en T1: 145 respondenten). Gedurende het hele proces wordt er een logboek bijgehouden met aantekeningen over (handmatige) correcties, aanpassingen en missing in het databestand. De presentielijst bestaat uit de aanwezigheid van sessie 1 t/m 8 en de stiltedag. Daarnaast komt het geslacht en de leeftijd van de deelnemers naar voren. De intakeformulieren bestaan uit open vragen. Kwalitatieve dataverzameling wordt omgezet naar kwantitatieve data zodat de gegevens ingevoerd kunnen worden in SPSS. Kwalitatieve data uit de intakeformulieren zijn: motivatie voor deelname training, beroepen van de deelnemers en eventueel dagelijkse psychische klachten. Hieronder zal helder worden beschreven welke stappen binnen de procedure worden ondernomen. Ten slotte zal beschreven worden hoe de gegevens van de diagnostische vragenlijsten worden verzameld.

Er zijn verschillende motivaties voor deelname aan de training en beroepen benoemd door de deelnemers. Zowel de motivaties als de beroepen moeten gecategoriseerd worden zodat er statische analyses uitgevoerd kan worden met de data. Het categoriseren zal in verschillende stappen gebeuren. De uitvoering zal verder besproken worden in paragraaf '4.1 Uitvoering'.

De deelnemers hebben op het intakeformulier mogen aankruisen of ze 'op dit moment psychische klachten ervaren die het dagelijks doen en laten beïnvloeden en als stressvol worden ervaren'. De klachten zijn: onrust, onzekerheid, angst en/of paniek, somberheid, burn-out, zelfveroordeling, gevoel van innerlijke chaos, piekeren, zorgelijkheid en anders. Deze variabelen worden apart in SPSS ingevoerd en er zal worden aangegeven of de deelnemer dit wel of niet ervaart.

De vijf diagnostische vragenlijsten 'Utrechtse Burnout Schaal', 'Penn State Worry Questionnaire', 'Self-Compassion Scale Short Form', 'Five Facet Mindfulness Questionnaire' en de 'Utrechtse Bevoegenheidsschaal' zijn via LimeSurvey op T0 door 215 respondenten ingevuld. Ten slotte hebben 145 respondenten de vragenlijsten opnieuw op T1 ingevuld. Via LimeSurvey worden de gegevens en variabelen van de diagnostische vragenlijsten automatisch in SPSS gezet. Voordat de data wordt geanalyseerd moet het bestand gecontroleerd worden. Het bestand wordt gescand en er wordt gekeken of de gegevens en variabelen normaal verdeeld zijn. Dit wordt gedaan aan de hand van histogrammen en het berekenen van de mediaan en gemiddelden. Verder wordt er gekeken of er uitschieters of andere opvallende waarden zijn. Als die er zijn wordt de data opnieuw gecheckt en zo nodig gecorrigeerd. Veranderingen in het databestand worden bijgehouden in het logboek. Vervolgens kan er gestart worden met de analyse. Tijdens de data-analyse is het belangrijk dat er continu gekeken wordt of het totaal en de missing klopt.

3.5 Analyse

De databestanden worden geanalyseerd met het Windows programma 'IBM SPSS Statistics 22'. Er komt een beschrijvende analyse van de deelvragen 1, 2 en 3. Bij elke deelvraag en gegeven (*variabele*) wordt het totaal aantal respondenten (*N*) en de missing beschreven.

Bij deelvraag 1 wordt er gekeken naar het profiel van de deelnemers aan de hand van de volgende gegevens (*variabelen*): geslacht, leeftijd, beroep, van binnen of buiten het Radboudumc, motivatie deelname, psychische klachten en burn-out op baseline. Bij de variabele leeftijd worden de gemiddelden (*M*), de standaarddeviatie, de mediaan (*m*) en het minimum en maximum beschreven. Van de variabelen geslacht, beroepen, motivatie, psychische klachten en burn-out op baseline worden frequentietabellen gemaakt en het aantal (*N*) en

percentages beschreven. Sommige resultaten worden grafisch weergegeven indien dit inzicht geeft in de uitkomst. Burn-out op baseline wordt berekend aan de hand van de resultaten uit de UBOS die vóór de start van de training is ingevuld. Bestaande syntaxen vanuit het expertisecentrum worden uitgevoerd in SPSS waardoor er gekeken wordt hoeveel deelnemers hoog scoren op emotionele uitputting (vanaf 19.92 en hoger) en vervolgens of hoog op depersonalisatie (mannen vanaf 8.95 en hoger, vrouwen vanaf 7.95 en hoger) en/of laag op persoonlijke bekwaamheid (het laagst tot en met 25.97). In dat geval is er een indicatie voor burn-out.

Bij deelvraag 2 wordt er gekeken naar de participatie van de deelnemers aan de training. Ten eerste zal het totaal aantal respondenten (N) en de missing beschreven worden aan de hand van de presentielijst. Per sessie wordt er gekeken naar de deelname en dit aantal wordt gepresenteerd. Aan de hand van een staafdiagram komt er een grafische weergave van de frequentieverdeling van sessies 1 tot en met 8. Omdat er meerdere variabelen op de horizontale as staan, zal dit gedaan worden met het Windows programma 'Microsoft Office Excel 2007'. De stiltedag wordt niet meegenomen in het staafdiagram. Ten slotte worden het aantal deelnemers die de training hebben voltooid gepresenteerd. Hiervoor wordt doorgaans aanwezigheid bij zes sessies of meer gehanteerd.

Bij deelvraag 3 worden de gegevens (*variabelen*) uit deelvraag 1 opnieuw gebruikt. Voor de categorische variabelen (bijvoorbeeld geslacht) wordt er gebruikt gemaakt van de procedure crosstabs en tables. Op deze manier kan er gekeken worden of er verschil is in het profiel van de deelnemers die de training voltooien en de deelnemers die de training niet voltooien. Indien er een statistisch significantie gevonden wordt, wordt Cramér's V gebruikt tijdens de procedure crosstabs en tables om te kijken of er een samenhang is tussen twee variabelen. Voor de continue variabelen (bijvoorbeeld leeftijd) wordt gebruik gemaakt van de toets Independent Sample T-test.

Bij de deelvragen 4, 5, 6, 7 en 8 worden de gemiddelden of de som van de subschalen en/of het totaal berekend. Dit is afhankelijk van wat gebruikelijk is bij de diagnostische vragenlijst. Zie paragraaf '3.3 Onderzoeksinstrumenten'. De score op T0 wordt vergeleken met de score op T1. Dit zijn variabelen op interval/ratio meetniveau. Hiervoor wordt de toets Paired Sample T-Test gebruikt. Op deze manier kan er gekeken worden of de training effect heeft op: burn-out, piekergedrag, zelfcompassie, mindfulness en werkbevlogenheid. Een p -waarde van ($p < .05$) wordt als significant beschouwd. Ook wordt er gekeken of de effecten verschillen voor het geslacht, het voltooien van de training, de stiltedag, burn-out op baseline, de ervaring van psychische klachten (≥ 4) en de motivaties: interesse, professionele ontwikkeling, persoonlijke ontwikkeling, psychische klachten en lichamelijke klachten. Voor de categorische variabelen wordt select cases gebruikt waarbij één van de twee variabelen wordt uitgesloten. Vervolgens wordt de toets Paired Sample T-Test uitgevoerd. Per persoon wordt het verschil tussen T0 en T1 berekend en wordt er met betrekking van de Independent Sample T-toets gekeken of deze verschillen tussen de groepen (bv. mannen en vrouwen). Bij de continue variabele is er gebruikt gemaakt van de Pearson's Productmoment- Correlatiecoëfficiënt en spreidingsdiagram.

Bij deelvraag 9 wordt er een stapsgewijs Multiple Correlatie- en Regressieanalyse uitgevoerd. Op deze manier wordt gekeken of de verschillen in burn-out en werkbevlogenheid (afhankelijke variabelen) verklaard kunnen worden door de onafhankelijke variabelen zelfcompassie, piekeren en mindfulness, zie paragraaf '2.3 conceptueel model', figuur 3. Voordat de stapsgewijze multiple regressieanalyse uitgevoerd wordt zal er per variabele globaal gekeken worden of er een correlatie ($p < .05$) is. Dit wordt gedaan door middel van de Pearson's Productmoment- Correlatiecoëfficiënt en spreidingsdiagram.

Hoofdstuk 4

Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten en resultaten van het onderzoek beschreven.

4.1 Uitvoering

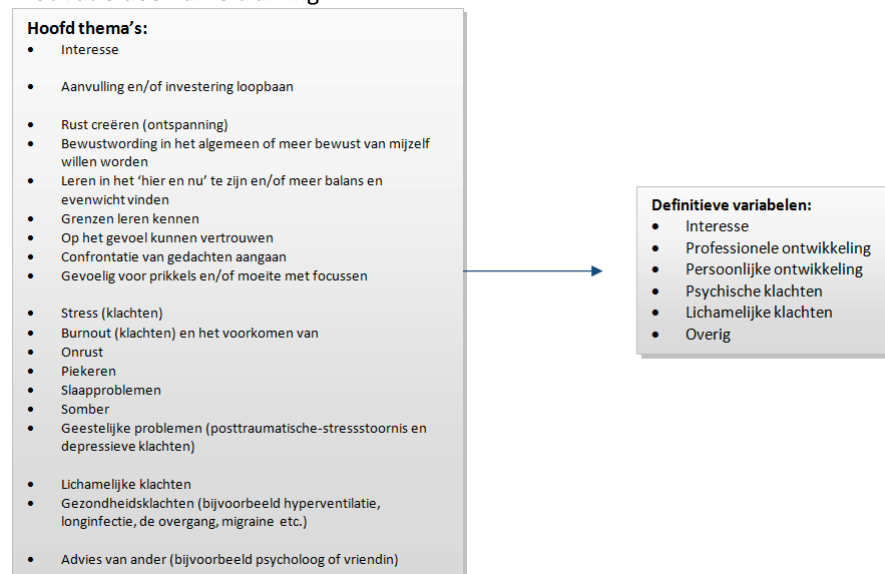
In paragraaf '3.4 Procedure' is beschreven dat kwalitatieve data omgezet wordt naar kwantitatieve data. Hier zullen de uitkomsten van de procedure beschreven worden. In eerste instantie zal het berekenen van de leeftijd worden toegelicht. Vervolgens wordt het categoriseren van de motivatie voor deelname beschreven. Ook zullen de stappen voor het categoriseren van de diverse beroepen benoemd worden. Ten slotte wordt toegelicht wanneer een MBSR training in dit onderzoek voltooid is.

Op de presentielijsten staan de geboortedatums van de deelnemers genoteerd. De leeftijd is handmatig berekend waarbij er rekening is gehouden met het jaar waarin de training gevolgd is namelijk 2015, 2016 of 2017. Vervolgens is de leeftijd ingevoerd in SPSS.

De deelnemers hebben hun motivaties voor deelname aan de training MBSR genoteerd op het intakeformulier. Door middel van meerdere stappen is hun reden van aanmelding gecategoriseerd. In eerste instantie is van vier trainingsgroepen hun reden van aanmelding in steekwoorden opgeschreven. Dit leidt tot een aantal hoofdthema's. De uitkomsten zijn besproken met meerdere partijen waaronder de begeleiders: Wendy Kersemaekers en Hanne Verweij. Vervolgens is besloten de motivatie per deelnemer volledig in SPSS te zetten waarbij direct gecontroleerd wordt of de reden binnen één van de hoofdthema's past. Indien dit niet het geval is wordt er een nieuw thema genoteerd. Gedurende dit proces worden opnieuw de uitkomsten gecontroleerd en bekritiseerd op verschillende momenten. Uiteindelijk zijn er negentien hoofdthema's naar voren gekomen. Deze thema's zijn vervolgens onderverdeeld in zes definitieve variabelen. De definitieve variabelen zijn apart in SPSS gezet. Per variabele is ingevuld of deze wel of niet van toepassing is op de deelnemer. Iemand kan meer dan één motivatie tot deelname hebben. In figuur 5 is een overzicht weergegeven van de hoofdthema's en de uiteindelijke variabelen.

Figuur 5

Motivatiedeelname training



Op het intakeformulier hebben de deelnemers genoteerd welk beroep ze uitoefenen. Diverse beroepen zijn naar voren gekomen en deze zijn voor elke deelnemer volledig ingevoerd in SPSS. Tijdens het invoeren zijn de beroepscategorieën globaal bijgehouden en genoteerd. Uiteindelijk zijn er een aantal beroepscategorieën duidelijk naar voren gekomen, deze aantekening zijn weergegeven in bijlage 3. Het Centraal Bureau voor de Statistiek & Research Centre for Education and the Labour Market (2014) beschrijven uitgebreid verschillende beroepsklassen, -segmenten en -groepen met codes. Aan de hand van deze bron is besloten de beroepen onder te verdelen in codes. Deze codes zijn ingevoerd in SPSS. In bijlage 4 is een overzicht toegevoegd met alle beroepsgroepen die aanwezig zijn in databestand 1.

Wanneer er wordt gekeken naar de voltooiing van de training wordt er vanuit het expertisecentrum voor Mindfulness vier sessies of meer gehanteerd. Echter is hierbij de groep deelnemers die de training niet hebben voltooid te klein (zie paragraaf '4.3.2 Participatie training MBSR') om iets te kunnen zeggen over verschillen in profiel tussen deelnemers die de training wel of niet afmaken en de relatie naar het effect van de training. Om deze reden is voor het voltooiën van de training zes sessies of meer gekozen.

4.2 Respons

In deze paragraaf wordt de respons van het onderzoek weergegeven. Omdat er gebruik wordt gemaakt van de Routine Outcome Monitoring, bestaat de data uit gegevens verzameld op verschillende momenten en manieren. Per databestand wordt toegelicht hoe de data verzameld zijn, het totaal aantal deelnemers waarvoor deze data verzameld zijn (*N*), het aantal respondenten (*n*) en het responspercentage (%). Zie bijlage 5 voor een duidelijk overzicht van de databestanden. Van 347 (100%) respondenten is er een presentielijst en intakeformulier aanwezig. Het tweede databestand bestaat uit 215 respondenten die op T0 de vijf diagnostische vragenlijsten hebben ingevuld, dit is een responspercentage van 62.0%. Vervolgens hebben van de 215 respondenten, 145 op T1 de vragenlijsten opnieuw ingevuld, dit is een responspercentage van 67.4%.

Databestand 1 (N = 347)

Dit databestand omvat de data van de screeningsformulieren en bestaat uit gegevens over: geslacht (*n* = 347; 100%), leeftijd (*n* = 326; 93.9%), beroepsgroepen (*n* = 293; 84.4%), werkende binnen het Radboudumc of daarbuiten (*n* = 347; 100%), motivatie ter deelname aan de training (*n* = 293; 84.4%), de ervaring van psychische klachten (*n* = 295; 85.0%) en de ervaring van de psychische klacht burn-out (*n* = 111; 32.0%) en de participatie (*n* = 295; 85.0%) en voltooiing van de training (*n* = 295; 85.0%). Enkele variabelen en gegevens missen, deze worden toegelicht in bijlage 5 bij databestand 1.

Databestand 2 (N = 215)

Dit databestand bestaat uit de gegevens uit Limesurvey op T0 (*N* = 215) en T1 (*N* = 145) waarbij het aantal (*n*) en het responspercentage (%) wordt beschreven. Het aantal missing en het responspercentage wordt zowel op T0 als op T1 berekend aan de hand van het totaal (*N* = 215): burn-out op T0 (*n* = 194; 90.2%) en op T1 (*n* = 126; 58.6%), werkbevoegdheid op T0 (*n* = 194; 90.2%) en op T1 (*n* = 125; 58.1%), piekeren op T0 (*n* = 212; 98.6%) en T1 (*n* = 140; 65.1%), zelfcompassie op T0 (*n* = 208; 96.7%) en T1 (*n* = 137; 63.7%) en mindfulness op T0 (*n* = 210; 97.7%) en T1 (*n* = 138; 64.2%). De missing van enkele gegevens worden toegelicht in bijlage 5 bij databestand 2.

Databestand 3 (N = 355): bestand 1 en 2 samengevoegd

Databestand 2 bevat acht respondenten die niet aanwezig zijn in databestand 1 (*N* = 347). Om deze reden is het totaal aantal respondenten in databestand 3 hoger (*N* = 355).

4.3 Resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten aan de hand van de deelvragen helder beschreven.

4.3.1 Profiel deelnemers

Deelvraag 1: Wat is het profiel van de deelnemers die deelnemen aan de training Mindfulness-based Stress Reduction?

Het profiel van de populatie die deelneemt aan de training MBSR wordt op een beschrijvende manier weergegeven. Er wordt ingezoomd op verschillende kenmerken van de populatie, namelijk: het geslacht, de leeftijd, werkende binnen of buiten het Radboudumc, motivatie deelname, psychische klachten en de beroepsgroepen. Hiervoor wordt databestand 1 (*N* = 347) gebruikt. Ook wordt er gekeken naar burn-out op baseline, hiervoor wordt databestand 3 (*N* = 355) gebruikt. Zie voor een grafische presentatie van de data bijlage 6. Tabel 1 geeft een algemeen overzicht van de kenmerken van de populatie weer. De beroepsgroepen worden apart beschreven.

Tabel 1

Profiel van de populatie: demografische en klinische kenmerken van de respondenten die deelnemen aan de training MBSR

Populatie (N = 347)		n (%)
Kenmerken		
Geslacht (n = 347)	Vrouw	264 (76.1%)
	Man	83 (23.9%)
Leeftijd (n = 326)	Gemiddeld (SD)	41.7 (11.5)
	Minimum - maximum	20 - 68
Radboudumc (n = 347)	Werkende binnen Radboudumc	108 (31.1%)
	Werkende buiten Radboudumc	239 (68.9%)
Motivatie ¹ (n = 293)	Interesse	52 (17.7%)
	Professionele ontwikkeling	35 (11.9%)
	Persoonlijke ontwikkeling	211 (72.0%)
	Psychische klachten	136 (46.4%)
	Lichamelijke klachten	28 (9.6%)
Psychische klachten ¹ (n = 295)	Overig	7 (2.4%)
	Onrust	155 (52.5%)
	Onzekerheid	133 (45.1%)
	Angst en paniek	65 (22.0%)
	Depressie	35 (11.9%)
	Somberheid	64 (21.7%)
	Zelfveroordeling	91 (30.8%)
	Chaos	85 (28.8%)
	Piekeren	139 (47.1%)
	Zorgelijkheid	102 (34.6%)
	Anders	47 (15.9%)
	Burn-out	10 (9.0%)
Populatie (N = 355) ³		n (%)
Kenmerk		
Burn-out op baseline ² (n = 194)	Burn-out	29 (14.9%)

¹ De deelnemers kunnen bij de 'motivatie' en 'psychische klachten' in meerdere categorieën voorkomen.

² 'Burn-out' als psychische klacht is alleen bekend van de deelnemers die ongeveer eind 2016 zijn begonnen.

³ Burn-out op baseline wordt gemeten aan de hand van de UBOS-C. Hiervoor wordt in tegenstelling tot de andere kenmerken van de populatie, databestand 3 (N = 355) gebruikt.

Kenmerken profiel: geslacht, leeftijd, Radboudumc, motivatie en psychische klachten

In totaal is van 347 (100%) respondenten het geslacht bekend. Uit de frequentieanalyse blijkt dat er meer vrouwen (76.1%) deelnemen aan de training dan mannen (23.9%). Van 326 (93.9%) respondenten is de leeftijd bekend. De leeftijd van de deelnemers varieerde tussen 20 en 68 jaar en was gemiddeld 41.7 jaar ($s_d = 11.5$). Van de 347 (100%) respondenten werkten er 108 (31.1%) binnen en 239 (68.9%) buiten het Radboudumc. De motivatie voor deelname hebben 293 (84.4%) respondenten opgegeven waarbij de meeste mensen als reden de persoonlijke ontwikkeling (72.0%) hebben. Ook het ervaren van psychische klachten is een veel voorkomende motivatie om deel te nemen (46.6%). In totaal hebben 295 (85.0%) respondenten aangegeven of zij op het moment dagelijks psychische klachten ervaren. Ongeveer de helft van de deelnemers gaf aan onrust te ervaren (52.5%) en te piekeren (47.1%), ook onzekerheid (45.1%) en zorgelijkheid (34.6%) komen veel voor. Zie ook figuur 1 en 2 in bijlage 6.

Beroepsgroepen

In totaal is van 293 (84.4%) respondenten bekend welk beroep zij uitoefenen. De medisch specialisten, AIO's en PhD's zijn niet opgenomen in deze databases. Aan de hand van de beroepsklassen en segmenten die beschreven zijn door het Centraal Bureau voor de Statistiek & Research Centre for Education and the Labour Market (2014) worden de beroepen gepresenteerd. Zorg en welzijn (39.9%) en bedrijfseconomische en administratieve beroepen (15.0%) representeren een groot deel van de populatie en om deze reden worden voor deze beroepen naast de beroepsklasse ook de beroepssegmenten gepresenteerd, zie tabel 2. De groep artsen, therapeuten, tandartsen en gespecialiseerde verpleegkundigen bestaat uit 46 (15.7%) respondenten waarvan 36 (12.3%) uit deze groep artsen zijn. De groep vakspecialisten gezondheidszorg bestaat uit 35 (11.9%) respondenten waarvan 24 (8.2%) verpleegkundigen zijn. In bijlage 4 is een overzicht toegevoegd van alle beroepsklasse en -segmenten met de codes. Zie ook figuur 3 in bijlage 6.

Tabel 2

Profiel populatie – Beroepsgroepen (n = 293)

Beroepsklasse	n (%)	Beroepssegment	n (%)
Pedagogische beroepen	28 (9.6%)		
Creatieve en taalkundige beroepen	5 (1.7%)		
Commerciële beroepen	16 (5.5%)		
Bedrijfseconomische en administratieve beroepen	44 (15.0%)	Specialisten bedrijfsbeheer en administratie	22 (7.5%)
		Vakspecialisten bedrijfsbeheer en administratie	3 (1.0%)
		Administratief personeel	19 (6.5%)
Managers	14 (4.8%)		
Openbaar bestuur, veiligheid en juridische beroepen	9 (3.1%)		
Technische beroepen	4 (1.4%)		
ICT beroepen	9 (3.1%)		
Agrarische beroepen	1 (0.3%)		
Zorg en welzijn beroepen	117 (39.9%)	Artsen, therapeuten, tandartsen en gespecialiseerde verpleegkundigen	46 (15.7%)
		Specialisten op maatschappelijk gebied	28 (9.6%)
		Vakspecialisten gezondheidszorg	35 (11.9%)
		Sociaal werkers, groeps- en woonbegeleiders	6 (2.0%)
		Verzorgenden	2 (0.7%)
Dienstverlenende beroepen	2 (0.7%)		
Transport en logistiek beroepen	2 (0.7%)		
Student	10 (3.4%)		
Zelfstandig	5 (1.7%)		
Onderzoekers	13 (4.4%)		
Anders	14 (4.8%)		

Burn-out op baseline (op basis van de UBOS-C)

Op basis van de UBOS-C is er gekeken hoeveel deelnemers burn-outklachten hebben op baseline. Hiervoor zijn de scores hergecodeerd, waarbij een hoge score op emotionele uitputting wordt gedefinieerd als een score van >19.92, een hoge depersonalisatie als een score van >8.95 bij de mannen en >7.95 bij de vrouwen en lage persoonlijke bekwaamheid als een score van <25.97. Databestand 3 (N = 355) is gebruikt. In totaal hebben 194 (54.6%) respondenten de UBOS-C op T0 ingevuld. Tabel 3 laat het aantal en percentage zien van de deelnemers die hoog scoorden op emotionele uitputting, depersonalisatie en/of laag scoorden op persoonlijke bekwaamheid. Vervolgens is op basis van deze scores bepaald hoeveel deelnemers voldoen aan burn-out op baseline. Zie ook figuur 4 in bijlage 6.

Tabel 3

Profiel populatie – UBOS-C subschalen en burn-out op baseline (n = 194)

Burn-out	Emotionele uitputting n (%)	Depersonalisatie n (%)	Persoonlijke bekwaamheid n (%)	Burn-out op baseline n (%)
Aanwezig	47 (24.2%)	28 (14.4%)	85 (43.8%)	29 (14.9%)
Afwezig	147 (75.8%)	166 (85.6%)	109 (56.2%)	165 (85.1%)
Totaal	194 (100%)	194 (100%)	194 (100%)	194 (100%)

4.3.2 Participatie en voltooiing training MBSR

Deelvraag 2: Wat is de participatie van de deelnemers aan de training Mindfulness-based Stress Reduction?

In tabel 4 wordt de participatie van de training weergegeven. Databestand 1 is gebruikt (N = 347).

Participatie en voltooiing van de training

In totaal is van 295 (85.0%) respondenten de aanwezigheid bij elke sessie bekend. De aanwezigheid neemt af van sessie 1 tot en met sessie 5, daarna blijft de deelname constant, zie tabel 4. Zie ook figuur 5 in bijlage 6.

Tabel 4

Participatie sessies en stiltedag training MBSR

Aanwezigheid	Sessie 1 n (%)	Sessie 2 n (%)	Sessie 3 n (%)	Sessie 4 n (%)	Sessie 5 n (%)	Sessie 6 n (%)	Stiltedag n (%)	Sessie 7 n (%)	Sessie 8 n (%)
Aanwezig	290 (98.3%)	270 (91.5%)	258 (87.5%)	256 (86.8%)	237 (80.3%)	234 (79.3%)	239 (81%)	240 (81.4%)	236 (80%)
Afwezig	5 (1.7%)	25 (8.5%)	37 (12.5%)	39 (13.2%)	58 (19.7%)	61 (20.7%)	56 (19%)	55 (18.6%)	59 (20%)
Totaal	295 (100%)	295 (100%)	295 (100%)	295 (100%)	295 (100%)	295 (100%)	295 (100%)	295 (100%)	295 (100%)

In totaal is van 295 (85.0%) respondenten de voltooiing van de training bekend waarbij er wordt gekeken naar de deelname van 4, 5 of 6 sessies en meer. Volgens al deze definities maakten verreweg de meeste deelnemers de training af. Wanneer er wordt gekeken naar het voltooiën van 6 sessies of meer hebben 256 (86.8%) deelnemers de training afgemaakt, zie tabel 5. Zie ook figuur 6 in bijlage 6.

Tabel 5

Voltooiing: percentage van de deelnemers die 4, 5 en 6 sessies of meer aanwezig waren (n = 295)

Voltooiing aantal sessies	≥ 4 n (%)	≥ 5 n (%)	≥ 6 n (%)
Voltooid	277 (93.9%)	266 (90.2%)	256 (86.8%)
Niet voltooid	18 (6.1%)	29 (9.8%)	39 (13.2%)
Totaal	295 (100%)	295 (100%)	295 (100%)

4.3.3 Verschil in profiel bij het voltooiën van de training

Deelvraag 3: Wat is het verschil tussen het profiel van de deelnemers die de training voltooiën en de deelnemers die de training niet voltooiën?

In deze analyses wordt voor het voltooiën van de training zes sessies of meer gehanteerd. Bij de categorische variabelen is gebruik gemaakt van de toets Crosstabs en Cramér's V. Wanneer er geen statistisch significant verschil is gevonden, wordt er geen Cramér's V berekend. Bij de continue variabelen is gebruikt gemaakt van de Independent Sample T-test. Om de beroepen te vergelijken met de voltooiing van de training wordt Custom Tables toegepast. Er is gebruikt gemaakt van databestand 1 (N = 347) behalve bij burn-out op baseline, hiervoor wordt databestand 3 (N = 355) gebruikt. Tabel 6 geeft een overzicht van de invloed van het geslacht, de leeftijd, werkende binnen of buiten het Radboudumc en burn-out op baseline op het voltooiën van de training. De invloed van de beroepen, motivaties en psychische klachten worden apart beschreven.

Tabel 6

Invloed van de kenmerken van het profiel op de voltooiing van de training

		Populatie (N = 347)		Chi-square	df	P-waarde
Kenmerken		Voltooid n (%)	Niet voltooid n (%)			
Geslacht (n = 295)	Vrouw	194 (87.0%)	29 (13.0%)	-	-	-
	Man	62 (86.1%)	10 (13.9%)	-	-	-
	Verskil vrouw/man	-	-	0.04	1	0.85
Leeftijd (n = 279)	Gemiddelde leeftijd (SD)	41.7 (11.7) ²	37.4 (10.5) ²	-2.11 ¹	277	0.04
	n (%)	243 (87.1%)	36 (12.9%)	-	-	-
Radboudumc (n = 295)	Binnen	74 (86.0%)	12 (14.0%)	-	-	-
	Buiten	182 (87.1%)	27 (12.9%)	-	-	-
	Verskil binnen of buiten	-	-	0.06	1	0.81
		Populatie (N = 355)		Chi-square	df	P-waarde
Burn-out op baseline (n = 194) ³	Aanwezig	27 (100%)	0 (0.0%)			
	Afwezig	108 (87.8%)	15 (12.2%)			
	Verskil aanwezigheid	-	-	3.66	1	0.06

¹ Bij de leeftijd is de independent sample T-test gebruikt en wordt de t-waarde gepresenteerd in plaats van de Chi-square.

² Hier wordt de gemiddelde leeftijd en standaarddeviatie beschreven.

³ Burn-out op baseline is bereken aan de hand van de UBOS-C.

Invloed van de kenmerken van het profiel op de voltooiing van de training

In totaal is van 295 (85.0%) respondenten het geslacht en de voltooiing van de training bekend. Uit de analyse blijkt dat er weinig verschil is in de voltooiing van de training tussen de vrouwen (87.0%) en mannen (86.1%). Dit verschil is niet significant: Chi-square = 0.04; df = 1, p = 0.85. Van 279 (80.4%) respondenten is de leeftijd en de voltooiing van de training bekend waarbij de gemiddelde leeftijd hoger ligt bij de deelnemers die de training hebben voltooid (gemiddelde = 41.7, s_d = 11.7) dan diegene die dat niet hebben (gemiddelde = 37.4, s_d = 10.5). Dit verschil is statistisch significant: t = -2.11; df = 277, p = 0.04. Van de 295 (85.0%) respondenten is er weinig verschil in de voltooiing van de training tussen diegene binnen het Radboudumc (86.0%) en daarbuiten (87.1%) (Chi-square = 0.06; df = 1, p = 0.81). In totaal is van 150 (42.3%) respondenten bekend aan de hand van de UBOS-C en databestand 3 (N = 355) of er sprake is van burn-out op baseline. Diegene maken de training vaker af (100%) dan de deelnemers waarbij geen sprake is van deze klachten (87.8%). Dit verschil is niet significant: Chi-square = 3.66; df = 1, p = 0.06. Voor een volledig overzicht van de kenmerken zie bijlage 6 tabel 1 t/m 4.

Voltooiing * Beroep

In totaal is van 246 (70.9%) respondenten bekend welk beroep zij uitoefenen en of zij de training hebben voltooid of niet. Over het algemeen is het aantal deelnemers per beroepsklasse te klein om conclusies aan te verbinden. Wat opvalt is dat de beroepsklasse 'openbaar bestuur, veiligheid en juridische beroepen' (n = 8) een hoog uitvalpercentage (37.5%) laat zien, maar de aantallen zijn klein. Daarnaast voltooien 22 (88.0%) medewerkers uit de pedagogische beroepen (n = 25) de training wel en 3 (12.0%) niet. De beroepsklasse 'zorg en welzijn' representeert een groot gedeelte van de populatie waarvan meer medewerkers de training wel voltooien (86.0%) dan niet (14.0%), zie tabel 9.

Tabel 9

Invloed van de beroepsklasse op het voltooien van de training (n = 246)

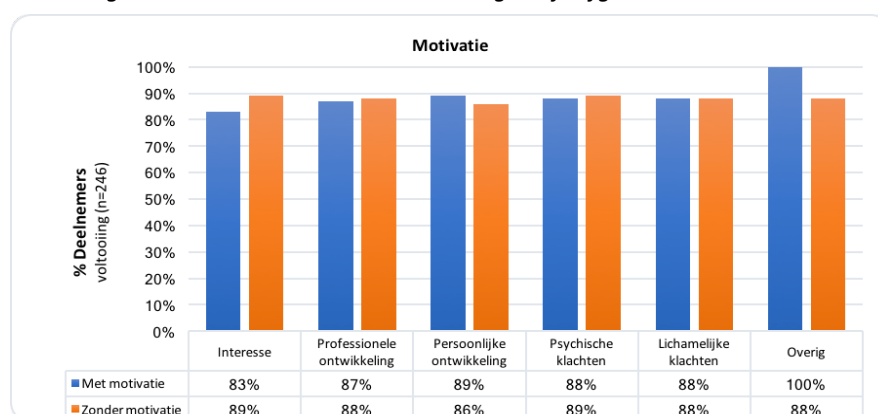
Beroepsklasse	Voltooid n (%)	Niet voltooid n (%)
Pedagogische beroepen	22 (88.0%)	3 (12.0%)
Creatieve en taalkundige beroepen	4 (100%)	0 (0.0%)
Commerciële beroepen	10 (83.3%)	2 (16.7%)
Bedrijfseconomische en administratieve beroepen	34 (94.4%)	2 (5.6%)
Managers	13 (100%)	0 (0.0%)
Openbaar bestuur, veiligheid en juridische beroepen	5 (62.5%)	3 (37.5%)
Technische beroepen	2 (100%)	0 (0.0%)
ICT beroepen	8 (100%)	0 (0.0%)
Agrarische beroepen	1 (100%)	0 (0.0%)
Zorg en welzijn beroepen	80 (86.0%)	13 (14.0%)
Dienstverlenende beroepen	2 (100%)	0 (0.0%)
Transport en logistiek beroepen	2 (100%)	0 (0.0%)
Student	8 (80.0%)	2 (20.0%)
Zelfstandig	4 (100%)	0 (0.0%)
Onderzoekers	10 (83.3%)	2 (16.7%)
Anders	13 (92.9%)	1 (7.1%)

Voltooiing * Motivatie

In totaal is van 246 (70.9%) respondenten de motivatie en voltooiing van de training bekend, zie figuur 10 en bijlage 6 tabel 5. Wat opvalt is dat er niet veel verschil is tussen de verschillende motivaties in het percentage deelnemers dat de training afmaakt. De deelnemers die aangaven uit interesse mee te doen maakten relatief weinig de training af (17.1%) in vergelijking tot de andere motivaties. Deelnemers met de motivatie overig (bijvoorbeeld op advies van de vrouw of huisarts) maakten de training juist altijd af (100%). Deze verschillen zijn niet significant (Chi-square = 1.32; df = 1, p = 0.25 voor interesse en Chi-square = 0.82; df = 1, p = 0.37 voor overig).

Figuur 10

Percentage van de deelnemers dat de training heeft afgemaakt voor de verschillende motivaties (n = 246)



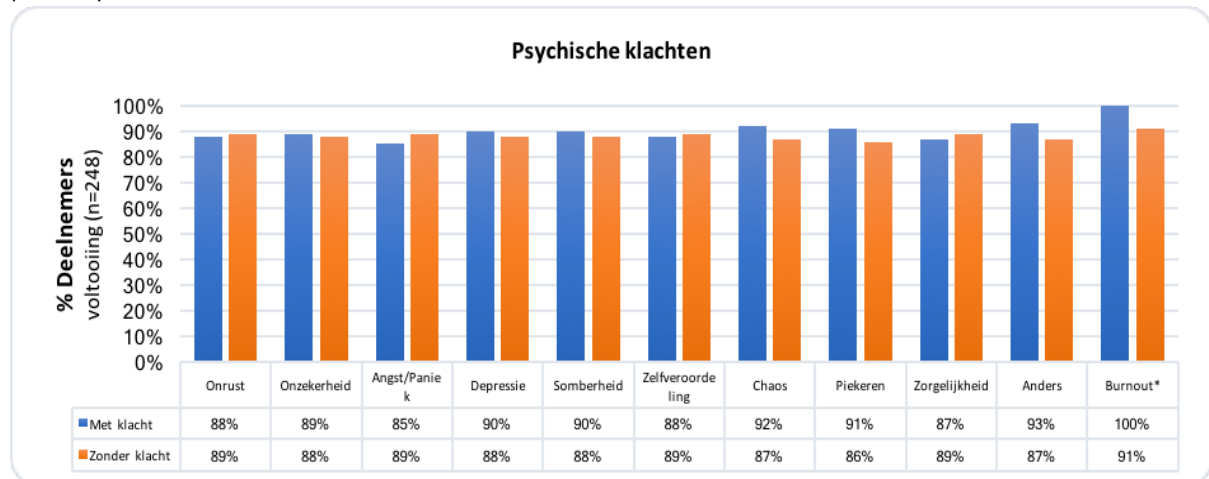
Voltooiing * Psychische klachten

In totaal is van 248 (71.5%) van de respondenten bekend of er sprake is van psychische klachten in vergelijking met de voltooiing van de training. Het blijkt dat er weinig verschil is tussen de deelnemers met verschillende zelfgerapporteerde psychische klachten op baseline in het afmaken van de training. De grootste verschillen zijn gevonden voor angst/paniek, chaos, piekeren en burn-out. De deelnemers die hebben aangegeven 'angst/paniek' als psychische klacht te ervaren, maakte de training iets minder vaak af (84.7%) dan deelnemers

die dat niet hebben aangegeven (89.4%) (Chi-square = 0.95; df = 1, p = 0.33). Deelnemers die 'chaos' en/of 'piekeren' als psychische klacht aangeven, hebben de training wat vaker voltooid dan degenen die dat niet hebben aangegeven (Chi-square = 1.44; df = 1, p = 0.23 voor chaos en Chi-square = 1.44; df = 1, p = 0.23 voor piekeren). In totaal is van 96 (27.7%) respondenten bekend of er sprake is van burn-out en of ze de training hebben afgemaakt. Diegene met burn-out maakte de training altijd af (100%) en degenen die dat niet hebben aangegeven (90.8%) niet. Dit verschil is niet significant (Chi-square = 0.90; df = 1, p = 0.34), zie figuur 11 en tabel 6 in bijlage 6.

Figuur 11

Percentage van de deelnemers dat de training heeft afgemaakt voor de verschillende psychische klachten (n = 248)



* In totaal is van 96 (27.7%) respondenten bekend of zij burn-out hebben en of zij de training hebben voltooid of niet.

4.3.4. Effecten training

In deze paragraaf worden deelvragen 4 tot en met 8 beantwoord. Aan de hand van databestand 3, met de voor-na meting (T0 en T1) van de vijf diagnostische vragenlijsten, is gekeken naar de effecten van de training MBSR bij de deelnemers op burn-out, piekeren, zelfcompassie, mindfulness en werkbevoegdheid. Aan de hand van de Paired Sample T-test worden de gemiddelde scores van de vragenlijsten op T0 en T1 met elkaar vergeleken. Vervolgens is gekeken of de effecten verschillen voor: mannen en vrouwen, verschillende motivaties voor deelname, de participatie en voltooiing van de training, de aanwezigheid van de stilte, burn-out op baseline en psychische klachten (≥ 4). Bij de categorische variabelen is dit gedaan door het gebruiken van de Paired Sample T-test waarbij één van de twee variabelen binnen een gegeven wordt uitgesloten door middel van select cases. De test wordt bijvoorbeeld gedaan bij alleen de vrouwen en alle mannen zijn uitgesloten. Om te kijken naar het verschil binnen de categorische variabelen zijn de verschillen (T1-T0) binnen de subcategorieën vergeleken (bv. mannen of vrouwen) met behulp van de Independent Sample T-test gebruikt. Bij de continue variabele is er gebruik gemaakt van de Pearson's Productmoment-correlatiecoëfficiënt.

4.3.4.1 Burnout

Deelvraag 4: Wat is het effect van de training Mindfulness-based Stress Reduction op burn-out bij de deelnemers.

Naast effect op emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid wordt er gekeken of effecten verschillen tussen deelnemers met verschillende kenmerken op baseline, motivaties om deel te nemen en deelname (wel of niet afmaken, deelname aan stilte). We spreken hierbij van subcategorieën.

Voor- en nameting op emotionele uitputting (range = 0 – 48)

In totaal is van 122 (34.4%) respondenten de score op emotionele uitputting van de UBOS-C voor T0 en T1 bekend. De gemiddelde score op emotionele uitputting neemt toe van T0 naar T1 (toename = 1.18; $s_d = 6.25$), dit verschil is statistisch significant: $t = 2.09$; $df = 121$, $p = 0.04$. Het blijkt dat emotionele uitputting bij de

mannen een wat hogere score op T0 (gemiddelde = 16.94; s_d = 8.56) heeft dan bij de vrouwen (gemiddelde = 14.87; s_d = 8.04). Het effect is bij de mannen dan ook groter (verschil = 1.70, s_d = 1.49) dan bij de vrouwen, alhoewel dit niet significant is (p = 0.08). Bij de deelnemers met burn-out op baseline wordt zowel op T0 (gemiddelde = 27.56; s_d = 6.78) als op T1 (gemiddelde = 19.94; s_d = 8.64) een relatief hoge score gevonden op emotionele uitputting, deze neemt significant af (afname = -7.61; s_d = 7.48, p = 0.00). Deelnemers met burn-out op baseline hebben significant meer afname in emotionele uitputting dan degenen zonder burn-out op baseline (gemiddelde verschil = 7.54; s_d = 1.84, p = 0.00). Deelnemers die hebben aangegeven dagelijks vier of meer psychische klachten te ervaren laten op T0 (gemiddelde = 18.63; s_d = 8.28) over het algemeen een hogere score zien dan degenen die dit niet aangeven (gemiddelde = 13.26; s_d = 7.83). Deelnemers met deze psychische klachten hebben een significante afname (p = 0.02) van emotionele uitputting, dit is niet gevonden bij de deelnemers zonder deze klachten. Deelnemers die de professionele ontwikkeling als motivatie hadden, laten op T0 een erg lage score zien in vergelijking met de rest (gemiddelde = 8.73; s_d = 4.59). Opvallend is dat zij een significante toename (toename = 1.80; s_d = 3.03, p = 0.04) rapporteerden in emotionele uitputting, terwijl de deelnemers die deze motivatie niet hadden juist een afname rapporteerden (afname = -1.71, s_d = 6.33, p = 0.01). Dit verschil bij deelnemers met en zonder de motivatie professionele ontwikkeling (gemiddelde = -3.51; s_d = 1.67) is statistisch significant (p = 0.04). Ook was het verschil in afname van emotionele uitputting tussen de deelnemers met en zonder lichamelijke klachten als motivatie (gemiddelde = -4.00; s_d = 1.91) statistisch significant (p = 0.04), waarbij deelnemers zonder deze motivatie een afname in emotionele uitputting rapporteerden en deelnemers met deze motivatie een toename, zie tabel 13.

Tabel 13
Effecten van de training op emotionele uitputting (n = 122)

Burn-out – Emotionele uitputting		T1-T0 n	T0 Gemiddeld (SD)	T1 Gemiddeld (SD)	Verschil T1-T0 Gemiddeld (SD)	P-waarde
Totaal		122	15.39 (8.19)	14.21 (7.26)	-1.18 (6.25)	0.04
Geslacht	Vrouw	91	14.87 (8.04)	14.12 (7.55)	-0.75 (5.71)	0.22
	Man	31	16.94 (8.56)	14.48 (6.47)	-2.45 (7.59)	0.08
	Verschil vrouw/man	-	-	-	1.70 (1.49) ¹	0.26
Voltooiing	Voltooid	89	15.93 (8.42)	14.80 (7.48)	-1.13 (6.80)	0.12
	Niet voltooid	7	10.57 (4.28)	10.43 (2.88)	-0.14 (3.29)	0.91
	Verschil voltooiing	-	-	-	0.99 (2.60) ¹	0.70
Stiltedag	Aanwezig	87	15.54 (8.23)	14.24 (7.24)	-1.30 (6.78)	0.08
	Afwezig	9	15.56 (9.49)	16.78 (8.24)	1.22 (4.06)	0.39
	Verschil aanwezigheid	-	-	-	2.52 (2.31) ¹	0.28
Burn-out op baseline	Aanwezig	18	27.56 (6.78)	19.94 (8.64)	-7.61 (7.48)	0.00
	Afwezig	104	13.29 (6.40)	13.22 (6.55)	-0.07 (5.31)	0.90
	Verschil aanwezigheid	-	-	-	7.54 (1.84) ¹	0.00
Psychische klachten ≥ 4	Aanwezig	43	18.63 (8.28)	16.49 (7.49)	-2.14 (5.67)	0.02
	Afwezig	69	13.26 (7.83)	12.58 (6.95)	-0.68 (6.33)	0.38
	Verschil aanwezigheid klachten	-	-	-	1.45 (1.18) ¹	0.22
Motivatatie Interesse	Aanwezig	19	11.11 (6.13)	10.42 (3.96)	-0.68 (4.94)	0.55
	Afwezig	93	16.18 (8.55)	14.82 (7.70)	-1.35 (6.33)	0.04
	Verschil aanwezigheid	-	-	-	0.67 (1.54) ¹	0.66
Motivatatie professionele ontwikkeling	Aanwezig	15	8.73 (4.59)	10.53 (4.73)	1.80 (3.03)	0.04
	Afwezig	97	16.34 (8.40)	14.62 (7.58)	-1.71 (6.33)	0.01
	Verschil aanwezigheid	-	-	-	3.51 (1.67) ¹	0.04
Motivatatie persoonlijke ontwikkeling	Aanwezig	83	15.24 (8.02)	13.52 (6.93)	-1.72 (5.88)	0.01
	Afwezig	29	15.55 (9.52)	15.69 (8.45)	0.14 (6.60)	0.91
	Verschil aanwezigheid	-	-	-	1.86 (1.31) ¹	0.16
Motivatatie psychische klachten	Aanwezig	52	17.71 (9.13)	17.06 (8.22)	-0.65 (7.14)	0.51
	Afwezig	60	13.25 (7.15)	11.50 (5.44)	-1.75 (5.04)	0.01
	Verschil aanwezigheid	-	-	-	1.10 (1.16) ¹	0.35
Motivatatie lichamelijke klachten	Aanwezig	11	15.45 (5.50)	17.82 (7.40)	2.36 (4.30)	0.10
	Afwezig	101	15.31 (8.67)	13.67 (7.30)	-1.63 (6.16)	0.01
	Verschil aanwezigheid	-	-	-	4.00 (1.91) ¹	0.04

¹ Standaardfout (SE)

Voor- en nameting op depersonalisatie (range = 0 – 30)

In totaal is van 122 (34.4%) respondenten de score op depersonalisatie van de UBOS-C bekend voor T0 en T1. Depersonalisatie is op T0 (gemiddelde = 4.30; s_d = 3.67) ongeveer gelijk bij de deelnemers in vergelijking met T1 (gemiddelde = 4.25; s_d = 3.17) (t = 0.21; df = 121, p = 0.84). Deelnemers met burn-out op baseline laten een hoge score van depersonalisatie zien op T0 (gemiddelde = 9.83; s_d = 4.93) en T1 (gemiddelde = 8.50; s_d = 4.00)

in vergelijking met de rest. Ook is er een afname van depersonalisatie bij deze deelnemers (afname = -1.33; s_d = 4.60), echter is dit niet significant (p = 0.24). Deelnemers met de professionele ontwikkeling als motivatie hebben over het algemeen een erg lage score op T0 (gemiddelde = 2.47; s_d = 1.88) en T1 (gemiddelde = 3.27; s_d = 2.09). Bij deelnemers met de motivatie professionele ontwikkeling neemt depersonalisatie iets toe (gemiddelde toename = 0.80; s_d = 1.86), alhoewel dit niet significant is (p = 0.12). Ook deelnemers met de motivatie persoonlijke ontwikkeling hebben een niet significante toename aan depersonalisatie (toename = 0.92; s_d = 0.55, p = 0.10), zie tabel 14.

Tabel 14

Effecten van de training op depersonalisatie (n = 122)

Burn-out – Depersonalisatie		T1-T0 n	T0 Gemiddeld (SD)	T1 Gemiddeld (SD)	Vershil T1-T0 Gemiddeld (SD)	P-waarde
Totaal		122	4.30 (3.67)	4.25 (3.17)	-0.05 (2.60)	0.84
Geslacht	Vrouw	91	3.73 (2.91)	3.81 (2.93)	0.09 (2.15)	0.70
	Man	31	5.97 (5.01)	5.52 (3.53)	-0.45 (3.63)	0.49
	Vershil vrouw/man	-	-	-	0.54 (0.69) ¹	0.44
Voltooiing	Voltooid	89	4.61 (3.96)	4.45 (3.36)	-0.16 (2.84)	0.60
	Niet voltooid	7	3.43 (2.15)	3.14 (0.69)	-0.29 (2.06)	0.73
	Vershil voltooiing	-	-	-	0.13 (1.10) ¹	0.91
Stiltedag	Aanwezig	87	4.69 (3.96)	4.44 (3.34)	-0.25 (2.84)	0.41
	Afwezig	9	2.89 (2.15)	3.56 (2.30)	0.67 (2.24)	0.40
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.92 (0.98) ¹	0.35
Burn-out op baseline	Aanwezig	18	9.83 (4.93)	8.50 (4.00)	-1.33 (4.60)	0.24
	Afwezig	104	3.34 (2.39)	3.51 (2.33)	0.17 (2.03)	0.39
	Vershil aanwezigheid burn-out op baseline	-	-	-	1.51 (1.10) ¹	0.19
Psychische klachten ≥ 4	Aanwezig	43	5.33 (4.39)	5.21 (3.91)	-0.12 (3.06)	0.80
	Afwezig	69	3.62 (3.10)	3.54 (2.40)	-0.09 (2.25)	0.75
	Vershil aanwezigheid klachten	-	-	-	0.03 (0.50) ¹	0.95
Motivatie Interesse	Aanwezig	19	3.21 (2.27)	2.95 (1.90)	-0.26 (2.47)	0.65
	Afwezig	93	4.49 (3.93)	4.43 (3.31)	-0.06 (2.61)	0.81
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.20 (0.65) ¹	0.76
Motivatie professionele ontwikkeling	Aanwezig	15	2.47 (1.88)	3.27 (2.09)	0.80 (1.86)	0.12
	Afwezig	97	4.56 (3.86)	4.32 (3.28)	-0.24 (2.65)	0.38
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	1.04 (0.71) ¹	0.15
Motivatie persoonlijke ontwikkeling	Aanwezig	83	4.48 (3.80)	4.14 (3.10)	-0.34 (2.31)	0.19
	Afwezig	29	3.70 (3.50)	4.28 (3.37)	0.59 (3.17)	0.33
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.92 (0.55) ¹	0.10
Motivatie psychische klachten	Aanwezig	52	4.92 (3.75)	4.94 (3.43)	0.02 (2.95)	0.96
	Afwezig	60	3.72 (3.64)	3.52 (2.76)	-0.20 (2.22)	0.49
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.22 (0.49) ¹	0.66
Motivatie lichamelijke klachten	Aanwezig	11	5.55 (2.98)	6.45 (4.20)	0.91 (3.14)	0.36
	Afwezig	101	4.14 (3.78)	3.93 (2.95)	-0.21 (2.50)	0.41
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	1.12 (0.81) ¹	0.17

¹ Standaardfout (SE)

Voor- en nameting op persoonlijke bekwaamheid (range = 0 – 42)

In totaal is van 122 (34.4%) respondenten de score op persoonlijke bekwaamheid van de UBOS-C voor T0 en T1 bekend. Gemiddeld genomen is er een toename van T0 naar T1 wat betreft de persoonlijke bekwaamheid (toename = 0.69; s_d = 3.65) deze is statistisch significant: t = 2.09; df = 121, p = 0.04. Wat op valt is dat juist de deelnemers die de training niet afmaakten een significante toename hadden in persoonlijke bekwaamheid (toename = 3.00; s_d = 3.06, p = 0.04), terwijl degenen die de training afmaakten nauwelijks een toename laten zien. Deelnemers met burn-out op baseline laten over het algemeen op T0 (gemiddelde = 21.67; s_d = 5.28) en T1 (gemiddelde = 22.28; s_d = 4.31) een relatief lage score zien in vergelijking met deelnemers zonder burn-out op baseline (gemiddelde = 27.35; s_d = 4.48). De toename in persoonlijke bekwaamheid (toename = 0.84; s_d = 3.49) bij deelnemers met burn-out op baseline is statistisch significant (p = 0.05). Deelnemers die dagelijks geen of minder dan vier psychische klachten ervaren laten een significante toename zien (toename = 0.84; s_d = 3.49, p = 0.05) van de persoonlijke bekwaamheid. De scores bij de deelnemers met de professionele ontwikkeling als motivatie is zowel op T0 (gemiddelde = 29.67; s_d = 4.05) als op T1 (gemiddelde = 30.87; s_d = 4.47) relatief hoog. In deze groep neemt de ervaren persoonlijke bekwaamheid wat meer toe, maar dit is niet statistisch significant (toename = 1.20; s_d = 2.46; p = 0.08), zie tabel 15.

Tabel 15

Effecten van de training op persoonlijke bekwaamheid (n = 122)

Burn-out – Persoonlijke bekwaamheid		T1-T0 n	T0 Gemiddeld (SD)	T1 Gemiddeld (SD)	Vershil T1-T0 Gemiddeld (SD)	P-waarde
Totaal		122	26.51 (5.01)	27.20 (5.36)	0.69 (3.65)	0.04
Geslacht	Vrouw	91	26.97 (4.66)	27.71 (5.04)	0.75 (3.71)	0.06
	Man	31	25.16 (5.77)	25.68 (6.04)	0.52 (3.52)	0.42
	Vershil vrouw/man	-	-	-	0.23 (0.76) ¹	0.76
Voltooiing	Voltooid	89	26.65 (5.07)	26.89 (5.46)	0.24 (3.73)	0.55
	Niet voltooid	7	24.86 (5.70)	27.86 (5.46)	3.00 (3.06)	0.04
	Vershil voltooiing	-	-	-	2.76 (1.45) ¹	0.06
Stiltedag	Aanwezig	87	26.52 (5.02)	26.90 (5.46)	0.38 (3.81)	0.36
	Afwezig	9	26.56 (6.21)	27.56 (5.53)	1.00 (3.12)	0.37
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.62 (1.31) ¹	0.64
Burn-out op baseline	Aanwezig	18	21.67 (5.28)	22.28 (4.31)	0.61 (4.10)	0.54
	Afwezig	104	27.35 (4.48)	28.05 (5.07)	0.70 (3.58)	0.05
	Vershil aanwezigheid burn-out op baseline	-	-	-	0.09 (0.94) ¹	0.92
Psychische klachten ≥4	Aanwezig	43	26.23 (5.75)	26.72 (5.55)	0.49 (3.79)	0.40
	Afwezig	69	26.96 (4.44)	27.80 (5.07)	0.84 (3.49)	0.05
	Vershil aanwezigheid klachten	-	-	-	0.35 (0.70) ¹	0.62
Motivatatie Interesse	Aanwezig	19	28.16 (4.59)	29.11 (5.64)	0.95 (3.73)	0.28
	Afwezig	93	26.38 (5.01)	27.03 (5.14)	0.66 (3.59)	0.08
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.29 (0.93) ¹	0.76
Motivatatie professionele ontwikkeling	Aanwezig	15	29.67 (4.05)	30.87 (4.47)	1.20 (2.46)	0.08
	Afwezig	97	26.22 (4.95)	26.85 (5.19)	0.63 (3.75)	0.10
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.57 (1.00) ¹	0.57
Motivatatie persoonlijke ontwikkeling	Aanwezig	83	26.53 (4.69)	27.28 (5.14)	0.75 (3.54)	0.06
	Afwezig	29	27.10 (5.76)	27.69 (5.69)	0.59 (3.80)	0.41
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.16 (0.78) ¹	0.84
Motivatatie psychische klachten	Aanwezig	52	25.83 (5.08)	26.31 (5.20)	0.48 (3.66)	0.35
	Afwezig	60	27.42 (4.79)	28.32 (5.17)	0.90 (3.55)	0.06
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.42 (0.68) ¹	0.54
Motivatatie lichamelijke klachten	Aanwezig	11	24.27 (5.53)	24.73 (3.23)	0.45 (3.98)	0.71
	Afwezig	101	26.94 (4.86)	27.67 (5.37)	0.73 (3.57)	0.04
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.28 (1.15) ¹	0.81

¹Standaardfout (SE)**4.3.4.2 Piekeren**

Deelvraag 5: Wat is het effect van de training Mindfulness-based Stress Reduction op het piekergedrag bij de deelnemers?

Naast het effect van de training op piekeren wordt er gekeken of het effect verschilt tussen deelnemers met verschillende kenmerken op baseline, motivaties om deel te nemen en deelname (wel of niet afmaken, deelname aan stiltedag).

Voor- en nameting op piekergedrag (range = 16 – 80)

In totaal is van 140 (39.4%) respondenten de score op piekeren van de PSWQ bekend voor T0 en T1. De gemiddelde scores op piekeren neemt af van T0 naar T1 (afname = -6.68; s_d = 8.65) en dit verschil is statistisch significant: $t = 9.13$; $df = 139$, $p = 0.00$. Over het algemeen zien we in de meeste subcategorieën een afname in piekeren van dezelfde orde van grootte. De grootste afname kwam voor bij deelnemers met burn-out op baseline (afname = -12.05, s_d = 8.17 $p = 0.00$). Deze deelnemers hadden ook een hoge score op T0 (gemiddelde = 61.45; s_d = 12.51). Het verschil tussen de deelnemers met en zonder burn-out op baseline is statistisch significant (verschil = 6.40; s_d = 1.99; $p = 0.00$). Ook diegene met de dagelijkse ervaring van 4 psychische klachten of meer, hebben gemiddeld een hoge score op T0 (gemiddelde = 56.10, s_d = 12.20). Deze neemt significant af naar T1 (gemiddelde = 47.69; s_d = 12.35). Deze afname van piekeren is groot en statistisch significant (gemiddelde = -8.42; s_d = 10.26, $p = 0.00$). Deelnemers met professionele ontwikkeling als motivatie ($n = 15$) laten een lage score op T0 (gemiddelde = 34.64; s_d = 7.75) en op T1 (gemiddelde = 31.65; s_d = 7.16) zien. Deelnemers die geen professionele ontwikkeling of interesse als motivatie rapporteren, hebben een wat grotere afname in piekeren dan degenen die dat wel hebben. Deze verschillen zijn echter niet significant, zie tabel 16.

Tabel 16

Effecten van de training en de invloed van verschillende kenmerken op piekeren (n = 140)

Piekeren		T1-T0 n	T0 Gemiddeld (SD)	T1 Gemiddeld (SD)	Vershil T1-T0 Gemiddeld (SD)	P-waarde
Totaal		140	47.99 (14.30)	41.31 (13.19)	-6.68 (8.65)	0.00
Geslacht	Vrouw	104	47.92 (14.29)	40.96 (13.53)	-6.96 (9.14)	0.00
	Man	36	48.19 (14.52)	42.33 (12.29)	-5.86 (7.12)	0.00
	Vershil vrouw/man	-	-	-	1.10 (1.68) ¹	0.51
Voltooiing	Voltooid	105	48.79 (14.30)	42.41 (13.18)	-6.38 (8.78)	0.00
	Niet voltooid	9	41.78 (12.00)	33.11 (12.71)	-8.67 (8.22)	0.01
	Vershil voltooiing	-	-	-	2.29 (3.04) ¹	0.45
Stiltedag	Aanwezig	99	48.61 (14.32)	41.97 (13.51)	-6.64 (8.84)	0.00
	Afwezig	15	45.80 (13.71)	39.73 (12.33)	-6.07 (8.19)	0.01
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.57 (2.43) ¹	0.82
Burn-out op baseline	Aanwezig	20	61.45 (12.51)	49.40 (11.46)	-12.05 (8.17)	0.00
	Afwezig	106	45.47 (13.60)	39.82 (12.89)	-5.65 (8.03)	0.00
	Vershil aanwezigheid burn-out op baseline	-	-	-	6.40 (1.99) ¹	0.00
Psychische klachten ≥4	Aanwezig	48	56.10 (12.20)	47.69 (12.35)	-8.42 (10.26)	0.00
	Afwezig	78	42.77 (13.13)	37.14 (12.02)	-5.63 (7.32)	0.00
	Vershil aanwezigheid klachten	-	-	-	2.79 (1.70) ¹	0.11
Motivatie Interesse	Aanwezig	25	40.84 (12.45)	36.24 (11.79)	-4.60 (6.51)	0.00
	Afwezig	101	49.58 (14.25)	42.38 (13.23)	-7.21 (9.03)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	2.61 (1.58) ¹	0.11
Motivatie professionele ontwikkeling	Aanwezig	17	34.65 (7.75)	31.65 (7.16)	-3.00 (6.16)	0.06
	Afwezig	109	49.91 (14.00)	42.64 (13.26)	-7.27 (8.84)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	4.27 (2.23) ¹	0.06
Motivatie persoonlijke ontwikkeling	Aanwezig	90	48.40 (13.56)	41.18 (13.26)	-7.22 (8.80)	0.00
	Afwezig	36	46.47 (16.11)	41.11 (13.05)	-5.36 (8.15)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	1.86 (1.70) ¹	0.28
Motivatie psychische klachten	Aanwezig	57	50.98 (14.03)	44.05 (12.68)	-6.93 (8.00)	0.00
	Afwezig	69	45.26 (14.09)	38.77 (13.13)	-6.49 (9.17)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.44 (1.55) ¹	0.78
Motivatie lichamelijke klachten	Aanwezig	14	51.14 (12.17)	44.21 (14.07)	-6.93 (9.91)	0.02
	Afwezig	112	47.44 (14.53)	40.78 (13.04)	-6.66 (8.50)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.27 (2.46) ¹	0.91

¹ Standaardfout (SE)

4.3.4.3 Zelfcompassie

Deelvraag 6: Wat is het effect van de training Mindfulness-based Stress Reduction op zelfcompassie bij de deelnemers?

Naast het effect van de training op zelfcompassie wordt er gekeken of het effect verschilt tussen deelnemers met verschillende kenmerken op baseline, motivaties om deel te nemen en deelname (wel of niet afmaken, deelname aan stiltedag).

Voor- en nameting op zelfcompassie (range = 1 – 7)

In totaal is van 137 (38.6%) respondenten hun score op zelfcompassie van de SCS-SF bekend voor T0 en T1. De gemiddelde score op zelfcompassie neemt toe van T0 naar T1 (toename = 0.55; s_d = 0.96), dit verschil is statistisch significant: $t = -9.13$; $df = 136$, $p = 0.00$. Er is weinig verschil gevonden in dit effect tussen de verschillende kenmerken, bij elk kenmerk wordt een statistisch significante toename gevonden. Deelnemers met burn-out op baseline hebben in vergelijking met de rest een lage zelfcompassie op T0 (gemiddelde = 2.94; s_d = 0.65) en deze deelnemers laten meer toename zien in zelfcompassie (toename = 1.02; s_d = 0.73) dan degenen zonder burn-out op baseline (toename = 0.58; s_d = 0.80). Dit verschil is statistisch significant (verschil = -0.44; s_d = 0.20, $p = 0.03$), zie tabel 17.

Tabel 17

Effecten van de training en de invloed van verschillende kenmerken op zelfcompassie (n = 137)

Zelfcompassie		T1-T0 n	T0 Gemiddeld (SD)	T1 Gemiddeld (SD)	Vershil T1-T0 Gemiddeld (SD)	P-waarde
Totaal		137	4.10 (1.05)	4.66 (0.98)	0.55 (0.96)	0.00
Geslacht	Vrouw	103	3.98 (1.05)	4.56 (1.03)	0.58 (0.78)	0.00
	Man	34	3.65 (1.00)	4.44 (0.90)	0.79 (0.87)	0.00
	Vershil vrouw/man	-	-	-	0.21 (0.16) ¹	0.19
Voltooiing	Voltooid	102	3.93 (1.09)	4.52 (1.00)	0.60 (0.80)	0.00
	Niet voltooid	9	4.22 (1.04)	5.00 (1.03)	0.78 (0.82)	0.02
	Vershil voltooiing	-	-	-	0.18 (0.28) ¹	0.52
Stiltedag	Aanwezig	96	3.93 (1.11)	4.53 (1.02)	0.60 (0.80)	0.00
	Afwezig	15	4.06 (0.96)	4.77 (0.91)	0.71 (0.84)	0.01
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.11 (0.22) ¹	0.62
Burn-out op baseline	Aanwezig	19	2.94 (0.65)	3.96 (0.71)	1.02 (0.73)	0.00
	Afwezig	104	4.04 (1.03)	4.63 (1.04)	0.58 (0.80)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.44 (0.20) ¹	0.03
Psychische klachten ≥4	Aanwezig	48	3.58 (1.03)	4.27 (1.11)	0.69 (0.74)	0.00
	Afwezig	75	4.14 (1.04)	4.69 (0.87)	0.55 (0.77)	0.00
	Vershil aanwezigheid klachten	-	-	-	0.14 (0.14) ¹	0.32
Motivatatie Interesse	Aanwezig	25	4.34 (1.11)	4.84 (0.82)	0.50 (0.74)	0.00
	Afwezig	98	3.82 (1.03)	4.45 (1.02)	0.63 (0.77)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.13 (0.17) ¹	0.44
Motivatatie professionele ontwikkeling	Aanwezig	17	4.47 (1.11)	4.99 (0.92)	0.52 (0.80)	0.02
	Afwezig	106	3.84 (1.04)	4.46 (0.98)	0.62 (0.76)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.10 (0.20) ¹	0.62
Motivatatie persoonlijke ontwikkeling	Aanwezig	87	3.93 (1.04)	4.56 (1.00)	0.62 (0.74)	0.00
	Afwezig	36	3.91 (1.14)	4.47 (0.97)	0.56 (0.81)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.07 (0.15) ¹	0.66
Motivatatie psychische klachten	Aanwezig	55	3.72 (1.05)	4.30 (1.03)	0.58 (0.82)	0.00
	Afwezig	68	4.09 (1.05)	4.71 (0.92)	0.63 (0.71)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.05 (0.14) ¹	0.73
Motivatatie lichamelijke klachten	Aanwezig	14	4.09 (0.75)	4.49 (1.10)	0.40 (0.87)	0.11
	Afwezig	109	3.90 (1.10)	4.53 (0.98)	0.63 (0.75)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.23 (0.22) ¹	0.28

¹ Standaardfout (SE)**4.3.4.4 Mindfulness**

Deelvraag 7: Wat is het effect van de training Mindfulness-based Stress Reduction op mindfulness bij de deelnemers?

Naast het effect van de training op mindfulness wordt er gekeken naar de subschalen van de FFMQ en of het effect verschilt tussen deelnemers met verschillende kenmerken op baseline, motivaties om deel te nemen, en deelname (wel of niet afmaken, deelname aan stiltedag).

Voor- en nameting op mindfulness (totaal range = 24 – 120)

In totaal is van 138 (38.9%) respondenten score op mindfulness van de FFMQ-SF voor T0 en T1 bekend. Gemiddeld genomen is er een toename van mindfulness van T0 naar T1 (toename = 4.64; $s_d = 7.58$) waarbij dit verschil statistisch significant is: $t = -7.19$; $df = 137$, $p = 0.00$. Kijkende naar de verschillende subschalen van de FFMQ, blijkt dat deze toename vooral toe te schrijven is aan de toename in de subschalen observeren en non-activiteit en draagt de subschaal bewust handelen het minst bij, zie tabel 18.

Tabel 18

Effect training MBSR op mindfulness (n = 138)

Mindfulness	Observeren	Beschrijven	Bewust handelen	Niet oordelen	Non reactief	Totaal
T0, Gemiddeld (SD)	13.51 (3.05)	17.76 (3.55)	15.75 (2.49)	14.59 (2.72)	14.24 (3.19)	75.85 (8.99)
T1, Gemiddeld (SD)	14.98 (2.47)	18.44 (3.41)	15.88 (2.17)	15.46 (2.46)	15.72 (2.77)	80.49 (8.69)
Vershil (p-waarde)	1.47 (2.48)	0.68 (2.41)	0.14 (2.56)	0.87 (2.78)	1.49 (2.80)	4.64 (7.58)

De toename in mindfulness wordt gezien in alle subcategorieën en kenmerken. Alleen bij de deelnemers met de motivatie lichamelijke klachten is deze toename klein en niet statistisch significant. Verschillen tussen de

subcategorieën zijn over het algemeen klein en niet significant. Wat opvalt is dat deelnemers met burn-out op baseline een relatief lage mindfulness score hebben op T0 (gemiddelde = 68.37; s_d = 4.32). Bij zowel deelnemers met als zonder burn-out op baseline neemt mindfulness significant toe, maar deze toename is groter bij deelnemers zonder burn-out op baseline (p = 0.02). Deelnemers met de professionele ontwikkeling als motivatie hebben over het algemeen een hoge mate van mindfulness op T0 (gemiddelde = 83.29; s_d = 9.52) en T1 (gemiddelde = 86.71; s_d = 8.33). Bij zowel deelnemers met als zonder deze motivatie, neemt de mindfulness score significant toe, zie tabel 19. Opvallend is ook dat degenen die de training niet voltooid hebben een relatief grote toename in mindfulness rapporteren (toename = 8.11; s_d = 7.61, p = 0.01).

Tabel 19

Effecten van de training en de invloed van verschillende kenmerken op mindfulness (n = 138)

Mindfulness		T1-T0 n	T0 Gemiddeld (SD)	T1 Gemiddeld (SD)	Vershil T1-T0 Gemiddeld (SD)	P-waarde
Totaal		138	75.85 (8.99)	80.49 (8.69)	4.64 (7.58)	0.00
Geslacht	Vrouw	104	75.88 (9.15)	80.72 (9.20)	4.84 (7.44)	0.00
	Man	34	75.74 (8.59)	79.79 (6.99)	4.06 (8.11)	0.01
	Vershil vrouw/man	-	-	-	0.78 (1.50) ¹	0.61
Voltooiing	Voltooid	103	76.03 (9.29)	80.32 (8.89)	4.29 (7.59)	0.00
	Niet voltooid	9	76.67 (7.55)	84.78 (6.41)	8.11 (7.61)	0.01
	Vershil voltooiing	-	-	-	3.82 (2.64) ¹	0.15
Stiltedag	Aanwezig	97	75.96 (9.01)	80.25 (8.86)	4.29 (7.68)	0.00
	Afwezig	15	76.87 (10.23)	83.47 (7.90)	6.60 (7.27)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	2.31 (2.12) ¹	0.84
Burn-out op baseline	Aanwezig	19	68.37 (4.32)	76.68 (5.44)	8.32 (6.16)	0.00
	Afwezig	105	77.09 (8.75)	81.02 (9.18)	3.93 (7.28)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	4.38 (1.78) ¹	0.02
Psychische klachten ≥ 4	Aanwezig	48	72.52 (8.35)	77.63 (7.71)	5.10 (7.88)	0.00
	Afwezig	76	77.61 (8.85)	82.01 (8.59)	4.41 (7.36)	0.00
	Vershil aanwezigheid klachten	-	-	-	0.70 (1.39) ¹	0.62
Motivatatie interesse	Aanwezig	25	79.52 (8.66)	84.72 (8.77)	5.20 (8.54)	0.01
	Afwezig	99	74.66 (8.83)	79.20 (8.11)	4.55 (7.31)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.65 (1.69) ¹	0.70
Motivatatie professionele ontwikkeling	Aanwezig	17	83.29 (9.52)	86.71 (8.33)	3.41 (6.37)	0.04
	Afwezig	107	74.42 (8.31)	79.30 (8.12)	4.88 (7.72)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	1.47 (1.97) ¹	0.46
Motivatatie persoonlijke ontwikkeling	Aanwezig	88	75.38 (7.77)	80.11 (7.76)	4.74 (6.62)	0.00
	Afwezig	36	76.28 (11.52)	80.81 (10.21)	4.53 (9.53)	0.01
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.21 (1.74) ¹	0.90
Motivatatie psychische klachten	Aanwezig	56	73.89 (8.92)	78.23 (8.23)	4.34 (8.37)	0.00
	Afwezig	68	77.07 (8.84)	82.03 (8.40)	4.96 (6.84)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.62 (1.37) ¹	0.65
Motivatatie lichamelijke klachten	Aanwezig	14	76.00 (10.80)	77.93 (9.59)	1.93 (8.04)	0.39
	Afwezig	110	75.59 (8.78)	80.62 (8.36)	5.03 (7.44)	0.00
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	3.10 (2.13) ¹	0.15

¹ Standaardfout (SE)

4.3.4.5 Werkbevlogenheid

Deelvraag 8: Wat is het effect van de training Mindfulness-based Stress Reduction op de werkbevlogenheid van de deelnemers?

Er wordt gekeken naar de effecten op de verschillende subschalen en of het effect verschilt tussen deelnemers met verschillende kenmerken op baseline, motivaties om deel te nemen en deelname (wel of niet afmaken, deelname aan stiltedag).

Voor- en nameting op werkbevlogenheid (range = 0 – 6)

In totaal is van 121 (34.1%) respondenten hun score op werkbevlogenheid van de UBES bekend voor T0 en T1. De gemiddelde score op de werkbevlogenheid blijft van T0 naar T1 ongeveer gelijk (verschil = -0.01; s_d = 0.59) (t = 0.21; df = 120, p = 0.84). Dit geldt ook wanneer gekeken wordt naar de verschillende subcategorieën, zie tabel 20.

Tabel 20

Effect training MBSR op werkbevlogenheid (n = 121)

Werkbevlogenheid	Vitaliteit	Toewijding	Absorptie	Totaal
T0, Gemiddeld (SD)	3.23 (1.14)	3.86 (1.19)	3.26 (1.13)	3.45 (0.98)
T1, Gemiddeld (SD)	3.22 (1.19)	3.78 (1.26)	3.32 (1.18)	3.44 (1.09)
Vershil (p-waarde)	-0.01 (0.70)	-0.08 (0.77)	0.05 (0.74)	-0.01 (0.59)

Ook binnen de verschillende subschalen worden nauwelijks verschillen gevonden tussen T0 en T1. Echter de deelnemers met de persoonlijke ontwikkeling als motivatie laten een kleine toename van de werkbevlogenheid zien (toename = 0.08; $s_d = 0.58$) en de deelnemers zonder hebben een afname (afname = -0.18; $s_d = 0.61$). Dit verschil is statistisch significant (verschil = -0.25; $s_d = 0.13$, $p = 0.05$), zie tabel 21.

Tabel 21

Effecten van de training en de invloed van verschillende kenmerken op de werkbevlogenheid (n = 121)

Werkbevlogenheid		T1-T0 n	T0 Gemiddeld (SD)	T1 Gemiddeld (SD)	Vershil T1-T0 Gemiddeld (SD)	P-waarde
Totaal		121	3.45 (0.98)	3.44 (1.09)	-0.01 (0.59)	0.84
Geslacht	Vrouw	90	3.52 (1.02)	3.52 (1.11)	-0.00 (0.55)	0.95
	Man	31	3.25 (0.86)	3.22 (1.02)	-0.03 (0.70)	0.80
	Vershil vrouw/man	-	-	-	0.03 (0.12) ¹	0.82
Voltooiing	Voltooid	88	3.37 (1.00)	3.32 (1.07)	-0.05 (0.59)	0.45
	Niet voltooid	7	3.57 (1.19)	3.75 (1.33)	0.17 (0.55)	0.43
	Vershil voltooiing	-	-	-	0.22 (0.23) ¹	
Stilte dag	Aanwezig	86	3.36 (1.02)	3.34 (1.10)	-0.02 (0.56)	0.72
	Afwezig	9	3.67 (0.91)	3.54 (1.01)	-0.12 (0.84)	0.67
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.10 (0.21) ¹	0.62
Burn-out op baseline	Aanwezig	18	2.70 (0.69)	2.61 (0.89)	-0.09 (0.53)	0.50
	Afwezig	103	3.58 (0.97)	3.58 (1.06)	0.00 (0.60)	0.97
	Vershil aanwezigheid burn-out op baseline	-	-	-	0.09 (0.15) ¹	0.56
Psychische klachten ≥ 4	Aanwezig	43	3.27 (0.92)	3.32 (1.02)	0.05 (0.61)	0.57
	Afwezig	68	3.53 (1.04)	3.52 (1.14)	-0.01 (0.59)	0.84
	Vershil aanwezigheid klachten	-	-	-	0.07 (0.12) ¹	0.56
Motivat. Interesse	Aanwezig	19	3.63 (1.00)	3.77 (1.02)	0.15 (0.60)	0.30
	Afwezig	92	3.39 (1.00)	3.37 (1.10)	-0.02 (0.59)	0.80
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	-0.16 (0.15) ¹	0.28
Motivat. professionele ontwikkeling	Aanwezig	15	3.87 (1.11)	4.07 (1.18)	0.19 (0.60)	0.23
	Afwezig	96	3.36 (0.97)	3.34 (1.06)	-0.02 (0.59)	0.79
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	-0.21 (0.16) ¹	0.21
Motivat. persoonlijke ontwikkeling	Aanwezig	82	3.37 (1.01)	3.45 (1.09)	0.08 (0.58)	0.22
	Afwezig	29	3.59 (0.97)	3.42 (1.13)	-0.18 (0.61)	0.13
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.25 (0.13) ¹	0.05
Motivat. psychische klachten	Aanwezig	52	3.30 (1.02)	3.19 (1.15)	-0.05 (0.59)	0.24
	Afwezig	59	3.54 (0.98)	3.66 (1.01)	0.17 (0.55)	0.11
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.22 (0.23) ¹	0.34
Motivat. lichamelijke klachten	Aanwezig	100	3.11 (0.48)	3.10 (0.82)	-0.01 (0.85)	0.97
	Afwezig	11	3.46 (1.03)	3.48 (1.12)	0.01 (0.57)	0.80
	Vershil aanwezigheid	-	-	-	0.02 (0.19) ¹	0.90

¹ Standaardfout (SE)

4.3.5. De relatie tussen de gevonden effecten van de training

Deelvraag 9: Wordt de variatie in het verschil in burn-out en de werkbevlogenheid verklaard door het verschil in zelfcompassie, piekeren en mindfulness?

Er wordt gekeken of het effect van burn-out en de werkbevlogenheid als afhankelijke variabele verklaard kan worden door het effect van piekeren, zelfcompassie en mindfulness als onafhankelijke variabele (zie paragraaf '2.3 Conceptueel model', figuur 3). Hiervoor is een stapsgewijze Multiple Regressieanalyse uitgevoerd.

Relatie van de effecten piekeren, zelfcompassie en mindfulness bij burn-out en werkbevlogenheid

Het effect van piekeren ($\beta = 0.21$; $p = 0.00$) en mindfulness ($\beta = -0.16$; $p = 0.03$) dragen significant bij aan het effect van emotionele uitputting waarbij het percentage verklaarde variatie gemiddeld is ($R^2 = 16.5\%$). Alleen het effect van zelfcompassie draagt significant bij aan het effect van depersonalisatie ($\beta = -0.22$; $p = 0.017$). Echter is dit percentage verklaarde variatie klein ($R^2 = 4.0\%$). Enkel het effect van zelfcompassie draagt

significant bij aan het effect van de persoonlijke bekwaamheid ($\beta = 0.91$; $p = 0.024$). Ook hierbij is het percentage verklaarde variantie klein ($R^2 = 3.5\%$). Ten slotte draagt alleen het effect van zelfcompassie significant bij aan het effect van de werkbevlogenheid ($\beta = 0.15$; $p = 0.03$), alhoewel dit percentage verklaarde variantie klein is ($R^2 = 3.4\%$), zie tabel 22.

Tabel 22

Relatie tussen de effecten piekeren, zelfcompassie en mindfulness bij burn-out en werkbevlogenheid

Emotionele uitputting	B	SE B	β	p-waarde
Intercept	0.87	0.65		0.18
Piekeren	0.21	0.06	0.30	0.001
Mindfulness	-0.16	0.07	-0.20	0.028
R^2	0.165			
F	12.55			
Depersonalisatie				
Intercept	0.43	0.30		0.16
Zelfcompassie	-0.72	0.30	-0.22	0.017
R^2	0.040			
F	5.85			
Persoonlijke bekwaamheid				
Intercept	0.16	0.41		0.699
Zelfcompassie	0.91	0.40	0.21	0.024
R^2	0.035			
F	5.22			
Werkbevlogenheid				
Intercept	-0.10	0.07		0.15
Zelfcompassie	0.15	0.07	0.21	0.025
R^2	0.034			
F	5.13			

Hoofdstuk 5

Conclusie, discussie en aanbevelingen

Dit onderzoek geeft antwoord op de volgende vraag: wat is het profiel van de populatie die deelneemt aan Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) training binnen het Radboudumc Centrum voor Mindfulness en wat zijn de effecten van de training? Hiervoor is kwantitatief onderzoek uitgevoerd met betrekking tot de ROM data (Routine Outcome Monitoring) van de training MBSR, verzameld in de periode van maart 2015 tot en met mei 2017. De conclusie en discussie van de resultaten worden beschreven en aan de hand hiervan worden er aanbevelingen gedaan.

5.1 *Conclusie en discussie*

De deelvragen met hypothesen worden beantwoord waarbij vervolgens met de gevonden informatie een algemene conclusie wordt getrokken en antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag. Ten slotte wordt het onderzoek met de bevindingen bediscussieerd. Zie voor de hypothesen bijlage 2.

Deelvragen

Deelvraag 1: wat is het profiel van de deelnemers die deelnemen aan de training Mindfulness-based Stress Reduction?

Gekeken naar de kenmerken van het profiel van de deelnemers blijkt dat voornamelijk vrouwen (76%) deelnemen aan de training. De gemiddelde leeftijd lag rond de veertig jaar oud. Meer deelnemers werkten buiten het Radboudumc (70%) dan hierbinnen (30%) waarbij de meeste werkten binnen de sector zorg en welzijn (40%), bedrijfseconomische en administratieve beroepen (15%) en pedagogische beroepen (10%). Onder de deelnemers, waren relatief veel artsen (12%) en verpleegkundigen (8%). Veel voorkomende motivaties voor deelname waren persoonlijke ontwikkeling (72%) en psychische klachten (46%). Het dagelijks ervaren van onrust (53%), piekeren (47%) en onzekerheid (45%) zijn voorbeelden van deze psychische klachten. Tenslotte blijkt dat 15% van de deelnemers voldoet aan de criteria voor burn-out op baseline.

Deelvraag 2: wat is de participatie van de deelnemers aan de training Mindfulness-based Stress Reduction?

De participatie van de training neemt af van sessie 1 (98% aanwezigheid) tot en met sessie 5 (80% aanwezigheid). Vervolgens blijft de deelname tot het eind van de training constant rond de 80%. Verreweg de meeste deelnemers maakten de training af 87% (6 sessies of meer) 94% en 90% van de deelnemers woonden 4 respectievelijk 5 of meer sessies bij.

Deelvraag 3: wat is het verschil tussen het profiel van de deelnemers die de training voltooien en de deelnemers die de training niet voltooien?

Wanneer er wordt gekeken naar het verschil in het profiel van de deelnemers die de training wel (6 of meer aanwezig) of niet (minder dan 6 sessies aanwezig) voltooien blijkt de gemiddelde leeftijd van de deelnemers die de training wel voltooien significant hoger te zijn dan die van personen die de training niet voltooien. Er is weinig verschil tussen de beroepsgroepen wat betreft het voltooien van de training, waarbij opvalt dat binnen het openbaar bestuur, veiligheid en juridische beroepen relatief weinig deelnemers (62%) de training niet afmaakten, maar het aantal deelnemers in deze groep is klein. Het blijkt dat de motivatie voor deelname en het ervaren van psychische klachten niet veel verschil maakt voor het voltooien van de training. Wat opvalt is dat degenen die deelnamen uit interesse de training iets minder vaak afmaakten (83%) en deelnemers met een overige motivatie (vaak op advies van een ander zoals de partner of psychiater) maakten de training altijd af (100%). Ook deelnemers die dagelijks angst en/of paniek ervaren maakten de training minder vaak af (85%) en deelnemers met een burn-out maakten de training altijd af (100%). Dit kan men ook verklaren door de kleine aantallen deelnemers en de verschillen zijn niet statistisch significant. Er is geen verschil gevonden in het voltooien van de training tussen mannen of vrouwen en of zij werkende zijn binnen of buiten het Radboudumc.

Deelvraag 4: wat is het effect van de training Mindfulness-based Stress Reduction op burn-out bij de deelnemers?

In totaal zorgt de training voor een significante afname van de emotionele uitputting en voor een significante toename van de persoonlijke bekwaamheid bij de deelnemers. Er is geen significant effect op depersonalisatie gevonden. Deelnemers met burn-out op baseline en deelnemers die 4 of meer psychische klachten rapporteerden laten een significant afname van emotionele uitputting zien terwijl degenen zonder deze

klachten dit effect niet hebben. Verder is er een significant verschil gevonden tussen de deelnemers met en zonder de motivatie 'professionele ontwikkeling' waarbij opvalt dat diegene met deze motivatie een significante toename van emotionele uitputting rapporteerden, echter blijft deze score laag in vergelijking met de rest. Ook is het verschil in afname van emotionele uitputting tussen de deelnemers met en zonder lichamelijke klachten als motivatie statistisch significant, waarbij deelnemers zonder deze motivatie een afname in emotionele uitputting rapporteerden en deelnemers met deze motivatie een toename. Daarbij hebben diegene met lichamelijke klachten na het volgen van de training een hogere score op emotionele uitputting in vergelijking met de rest. Verder valt op dat er veel variatie is in de scores op baseline bij de ervaring van emotionele uitputting, waarbij vooral de groep deelnemers met burn-out op baseline, lichamelijke klachten en meer dan 4 psychische klachten hoog scoren op emotionele uitputting en deelnemers met de motivatie 'professionele ontwikkeling' en 'interesse' laag. Voor persoonlijke bekwaamheid geldt dat er nauwelijks verschil is gevonden in effecten tussen de verschillende categorieën. Ook werden minder verschillen gevonden in de scores op baseline bij de ervaring van persoonlijke bekwaamheid. Echter springt de lage score bij de deelnemers met burn-out op baseline er op nieuw uit en ervaren de personen met de motivatie 'professionele ontwikkeling' de meeste persoonlijke bekwaamheid. Ten slotte heeft de training weinig tot geen effect bij de vermindering van depersonalisatie wat ook geldt wanneer naar de subcategorieën wordt gekeken. *Hypothese 1 wordt aangenomen voor de afname van emotionele uitputting en toename van persoonlijke bekwaamheid na het volgen van de training MBSR, echter verworpen voor de afname van depersonalisatie.*

Deelvraag 5: wat is het effect van de training Mindfulness-based Stress Reduction op het piekergedrag bij de deelnemers?

In totaal zorgt de training voor een statistisch significante afname van piekeren bij de deelnemers. Voor alle verschillende kenmerken en motivaties zijn significante afnames in piekeren te zien. De grootte van afname varieert wat tussen de verschillende categorieën, waarbij de grootste afname van piekeren is gevonden voor deelnemers met burn-out op baseline. Deze afname was significant groter dan die bij deelnemers zonder burn-out, hoewel zij ook een significante afname van piekeren lieten zien. Het valt op dat de deelnemers met burn-out op baseline erg hoog scoren en diegenen met de motivatie 'professionele ontwikkeling' erg laag scoren. Ook deelnemers met 4 of meer psychische klachten hebben een redelijk hoge score op baseline in vergelijking met de rest en een grote significante afname van piekeren.

Hypothese 2 wordt aangenomen voor de afname van piekeren na het volgen van de training MBSR.

Deelvraag 6: wat is het effect van de training Mindfulness-based Stress Reduction op zelfcompassie bij de deelnemers?

In totaal is er een statistisch significante toename van zelfcompassie na het volgen van de training. Wat opvalt is dat er weinig variatie wordt gevonden in de toename tussen de verschillende kenmerken en motivaties. Op baseline valt op dat degenen met burn-out relatief weinig zelfcompassie rapporteren, daarnaast hebben zij een grotere toename dan diegene zonder deze klachten.

Hypothese 3 wordt aangenomen voor de toename aan zelfcompassie na het volgen van de training MBSR.

Deelvraag 7: wat is het effect van de training Mindfulness-based Stress Reduction op mindfulness bij de deelnemers?

In totaal is er een statistisch significante toename van mindfulness bij de deelnemers na het volgen van de training. In alle subcategorieën wordt een significant effect gevonden dat varieert in grootte, met de grootste toename bij de deelnemers met burn-out op baseline. Dit effect is significant groter dan bij de deelnemers zonder burn-out, hoewel ook zij een significante toename in mindfulness rapporteerden. De scores op baseline variëren waarbij de deelnemers met burn-out een lage mindfulness score hebben, terwijl diegene met de motivatie 'professionele ontwikkeling' juist een hoge scoren op mindfulness rapporteren.

Hypothese 4 wordt aangenomen voor de toename van mindfulness na het volgen van de training MBSR.

Deelvraag 8: wat is het effect van de training Mindfulness-based Stress Reduction op de werkbevlogenheid van de deelnemers?

In totaal blijft de mate van werkbevlogenheid na het volgen van de training constant. Ook wanneer er naar verschillen tussen de subcategorieën wordt gekeken zijn deze er nauwelijks. Opvallend is dat de deelnemers met burn-out op baseline een lage werkbevlogenheidsscore hebben op baseline en vervolgens een afname

laten zien.

Hypothese 5 wordt verworpen voor de toename aan werkbevlogenheid na het volgen van de training MBSR.

Deelvraag 9: wordt de variatie in het verschil in burn-out en de werkbevlogenheid verklaard door het verschil in zelfcompassie, piekeren en mindfulness?

De variatie in het verschil in emotionele uitputting wordt verklaard (16.5%) door het effect van piekeren en mindfulness. Het effect van zelfcompassie verklaart de variatie in het verschil in de persoonlijke bekwaamheid (3.5%), depersonalisatie (4.0%) en de werkbevlogenheid (3.4%). De percentages verklaarde variatie zijn echter klein.

Hypothese 7 wordt voor de verklaarde variantie:

- *aangenomen voor piekeren en mindfulness op emotionele uitputting.*
- *verworpen voor zelfcompassie op emotionele uitputting.*
- *aangenomen voor zelfcompassie op persoonlijke bekwaamheid, depersonalisatie en de werkbevlogenheid.*
- *verworpen voor piekeren en mindfulness op persoonlijke bekwaamheid, depersonalisatie en de werkbevlogenheid.*

Bij de deelvragen 4 tot en met 8 wordt hypothese 6 aangenomen want er wordt een groter effect gevonden bij de deelnemers met burn-out op baseline in vergelijking met degenen zonder deze klachten.

Onderzoeksvraag

Mindfulness-based Stress Reduction is een interventie die ingezet wordt om stress- en burn-outklachten te verminderen en de werkbevlogenheid, zelfzorg en zelfcompassie te vergroten (Flament et al., 2015; Chiesa & Serretti, 2009). Het is dus logisch dat degenen die deelnemen aan de training te maken hebben met gerelateerde klachten. De helft van de populatie die deel heeft genomen aan de training geeft aan dat hun reden voor deelname psychische klachten zijn. Klachten die veel voorkomen zijn het ervaren van onrust, onzekerheid en het hebben van piekergedachten. Daarnaast blijkt dat 15% te maken heeft met een burn-out. Ongeveer 72% van de deelnemers geeft aan ook deel te nemen aan de training om zichzelf persoonlijk te willen ontwikkelen. Hierbij kan gedacht worden aan het voorkomen van of reduceren van de desbetreffende klachten door rust te creëren, eigen grenzen te leren kennen, confrontaties aan te gaan en te willen leren in het 'hier en nu' te zijn. Uit onderzoek blijkt dat 25-plussers vaker te maken hebben met burn-outklachten dan jongeren. Daarnaast zijn hoogopgeleiden vaker opgebrand dan lager opgeleiden (Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, 2010). Stressgerelateerde- en burn-outklachten komen het meest voor binnen het onderwijs, de industrie en gezondheids- en welzijnszorg. Bij huisartsen en medisch specialisten blijken deze klachten de afgelopen jaren extreem toe te zijn genomen waarbij de prevalentie binnen deze groep hoger blijkt te zijn dan de algemene Nederlandse werkbevolking. De verwachting is dat deze doelgroep deelneemt aan de training (Driessen & Hooftman, 2011; Visser, Smets, Oort, & Haes, 2003). Het onderzoek naar het profiel van de populatie bevestigt de bovenstaande informatie uit andere onderzoeken: de gemiddelde leeftijd die deelneemt aan de training is 41.7 ($s_d = 11.7$). Het bleek dat 40% werkende was binnen zorg en welzijn waarbij 12% van de populatie arts is en 8% verpleegkundigen. Dit is zeker hoog wanneer men bedenkt dat medisch specialisten die de leergang mindfulness leidinggeven volgden, PhD's en AIO's die deel uitmaakten van een RCT (Randomized Controlled Trial) binnen het centrum, niet meegenomen zijn in het onderzoek. Verder komt uit het onderzoek naar voren dat 10% van de populatie die deelneemt aan de training werkende is binnen pedagogische beroepen en 15% binnen bedrijfseconomische en administratieve beroepen. Globaal gekeken naar de beroepen lijkt het dat voornamelijk hoogopgeleiden deelnemen aan de training MBSR. Wanneer deze uitkomsten vergeleken worden met een recente studie van Verweij (2017) naar MBSR bij AIO's binnen het Radboudumc, zijn de resultaten voor een gedeelte vergelijkbaar. Binnen de totale populatie van deze gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) is merendeels vrouw (88%) en de gemiddelde leeftijd ligt iets lager namelijk 31.2 ($s_d = 4.6$). Binnen deze recente studie is een training voltooid bij de participatie van vier sessies of meer. Van de deelnemers die gestart zijn aan de training heeft 90% het voltooid. Dit onderzoek naar de participatie en voltooiing van de training heeft gekeken naar het afmaken van 4 sessies of meer (94%), 5 sessies of meer (90%) en 6 sessies of meer (87%) waarbij dit laatste als voltooid is genomen. Bij beide studies maakt merendeel van de populatie de training af. Dit onderzoek laat een statistisch significant verschil zien bij het voltooien van de training in vergelijking met de leeftijd, waarbij de leeftijd lager ligt voor degenen die de training niet voltooien. De studie van Verweij daarentegen toont aan dat de leeftijd hoger ligt voor degenen die

de training niet hebben afgemaakt. Belangrijk is dat er rekening mee wordt gehouden dat de studie (RCT) naar MBSR bij medische disciplines binnen het Radboudumc te maken heeft met een andere doelgroep, die voor een gedeelte overlapt met dit onderzoek. Ook heeft deze studie gekeken naar de invloed van andere kenmerken zoals huwelijksstaat, het hebben van kinderen en het aantal werkuren. Daarnaast zijn de deelnemers voor deze studie geworven en binnen dit onderzoek volgen de deelnemers MBSR voornamelijk uit eigen beweging (Verweij, 2017).

Een meta-analyse (29 studies) van Khoury et al. (2015) heeft gekeken naar de effectgrootte van MBSR op verschillende uitkomstmaten bij studenten, gezondheidsprofessionals en de algemene populatie. Uit deze meta-analyse blijkt dat MBSR een groot statistisch significant effect heeft op alle uitkomstmaten. Gekeken naar de verschillen in effectgrootte valt op dat er een groot effect is gevonden bij het verminderen van stress gevolgd door de vermindering van depressie en angst. MBSR heeft een gemiddeld effect op het vergroten van de kwaliteit van leven, zelfcompassie en mindfulness en een kleiner effect op burn-out (Khoury et al, 2015). Binnen dit onderzoek zijn er ook statistisch significante effecten van de training gevonden, alleen minder groot. Overeenkomsten zijn dat bij de afname van burn-out (emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid) ook kleinere effecten zijn gevonden en bij de toename van zelfcompassie en mindfulness en de afname van piekergedrag grote effecten. De toename van werkbevlogenheid en depersonalisatie (burn-out) laten weinig tot geen effect zien na het volgen van de training. Een review en meta-analyse (10 studies) van Chiesa et al. (2009) heeft gekeken naar stressreducering door MBSR bij de gezonde populatie waaronder: universiteitsstudenten, (studenten) verpleegkundigen, gezondheidsprofessionals, medische studenten, therapeuten, zwangere vrouwen en docenten en personeel binnen een universiteit. Er is een statistisch significante afname van rumineren en piekeren binnen deze populatie na het volgen van MBSR. Ook is er een statistisch significante toename van empathie en is er nog een groter effect gevonden bij de toename van zelfcompassie. De resultaten uit deze meta-analyse komen overeen met dit onderzoek (Chiesa et al., 2009). Een recente studie bij AIO's laat zien dat alleen deelnemers met klachten op baseline een afname van emotionele uitputting ervoeren na het volgen van de training MBSR in vergelijking met de controlegroep (Verweij, 2017). Deze resultaten uit de studie worden ook binnen dit onderzoek gevonden. Opmerkelijk is dat bij de bovengenoemde studies de populatie ook voornamelijk uit hoogopgeleiden bestaat. Daarnaast hebben deze studies een controlegroep waardoor de betrouwbaarheid van de resultaten groter is. Uniek aan dit onderzoek is dat de effecten van de training zijn vergeleken met verschillende subcategorieën (kenmerken van de populatie) wat bij de bovenstaande studies niet is gedaan. Opvallend is namelijk dat de deelnemers die de training niet hebben voltooid een groter effect laten zien bij de toename van persoonlijke bekwaamheid, zelfcompassie en mindfulness en bij de afname van piekeren in vergelijking met degenen die de training wel hebben voltooid. De omvang van de groep is echter klein waarbij mogelijk sprake is van selectiebias. Bij beide groepen (voltooid en niet voltooid) is er selectiebias te verwachten door non respons; deelnemers die het meest aan de training hebben gehad en gemotiveerd zijn, zijn geneigd na het volgen van de training te reageren op de diagnostische vragenlijsten. Dit kan een overschatting geven van het effect. Denkbaar is dat bij de groep deelnemers die de training niet heeft voltooid dit effect nog groter is, waardoor het lijkt alsof zij veel aan de training hebben gehad terwijl de personen die er minder aan gehad hebben niet meer in deze groep zitten (Smits, 1999). Wanneer er globaal wordt gekeken naar de effecten van de training bij de verschillende subcategorieën vallen een aantal dingen op. Zoals te verwachten hebben de deelnemers met burn-out op baseline voor de start van de training opvallend hoge scores bij burn-out en piekeren en opvallend lage scores bij zelfcompassie, mindfulness en werkbevlogenheid. Over het algemeen zijn de effecten in de groep met burn-outklachten het grootst. Deelnemers die meedoen voor hun professionele ontwikkeling (en in sommige gevallen uit interesse) laten eerder het tegenovergestelde van deze resultaten zien. Deze groep laat na het volgen van de training zelfs een toename aan emotionele uitputting zien, die overigens na de training nog steeds relatief laag is. Dit kan te maken hebben met hun lage score op baseline (en daardoor mogelijk regressie naar het gemiddelde) en doordat ze zich meer bewust zijn geworden door de training. Over het algemeen ervaren mannen net iets meer klachten op baseline dan vrouwen, maar hebben zij niet per se een groter effect van de training. Er kan geconcludeerd worden dat het onderzoek inzicht geeft in het profiel van de deelnemers die deelnemen aan de training MBSR in het Radboudumc, Centrum voor Mindfulness. De gevonden effecten op emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid worden gemodereerd door de hoeveelheid psychische klachten op baseline en motivatie. Verder worden er duidelijke en universele effecten gevonden op mindfulness, zelfcompassie en piekeren en geen effect op werkbevlogenheid en depersonalisatie (burn-out).

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Om de ROM data (Routine Outcome Monitoring) vanuit het Centrum voor Mindfulness over de MBSR training in kaart te brengen is er gekozen voor kwantitatief onderzoek. Everaert en van Peet (2006) melden dat kwantitatief onderzoek wordt ingezet bij grote steekproeven en gecompliceerde statistische analyses. De data van dit onderzoek bestaat uit diverse gegevens verzameld door verschillende methoden gedurende een periode van drie jaar waarbij de omvang van het onderzoek groot is, zij ook bijlage 3. De grote omvang van het onderzoek vergroot de betrouwbaarheid van de resultaten. De sterke en zwakke punten voor de verschillende onderzoeksvragen worden per type uitkomst (profiel, participatie en voltooiing, effect) besproken.

Profiel van de deelnemers (N = 347)

De dataverzameling van deze gegevens bestaat uit de presentielijsten van de trainingen MBSR en de intakeformulieren die vooraf zijn ingevuld door de deelnemers. De medisch specialisten die deelnamen aan de leergang mindful leidinggeven, PhD's en AIO's die deelnamen aan een gerandomiseerde gecontroleerde trial zaten niet in de database. Daarnaast is het expertisecentrum voor Mindfulness een uniek centrum binnen het Radboudumc en in Nederland voor de toepassing en wetenschappelijke evaluatie van mindfulness-based interventies. Het profiel dat naar voren komt uit dit onderzoek is dan ook alleen representatief voor het centrum en het ziekenhuis. De interne betrouwbaarheid is groot. Een herhaalde meting zal vergelijkbare resultaten geven, hoewel er mogelijk meer AIO's zullen deelnemen aangezien het onderzoek daarover inmiddels is afgerond. Wanneer er een soortgelijk onderzoek wordt gedaan binnen een ander centrum voor mindfulness komen er mogelijk andere resultaten naar voren. De externe betrouwbaarheid en validiteit is laag. Gegeven het unieke karakter en locatie (ziekenhuis) van het Centrum voor Mindfulness, zijn de resultaten niet generaliseerbaar naar buiten. Dat blijkt ook uit het relatief hoge aantal deelnemers uit de categorie zorg en welzijn, het Radboudumc zelf, gezien de gerapporteerde beroepen en de te verwachten hoge sociaaleconomische status in deze populatie. Echter is de doelstelling van het onderzoek het in kaart brengen van de populatie die deelneemt aan de training MBSR die gegeven wordt binnen het Centrum voor Mindfulness. De resultaten van het onderzoek geven duidelijk antwoord op deze vraag waardoor de constructvaliditeit hoog is. Een laatste kritiekpunt is dat een aantal vragen op het intakeformulier open gesteld zijn, namelijk: de motivatie voor deelname aan de training en het beroep dat beoefend wordt door de respondenten. Deze kwalitatieve data zijn gecategoriseerd zodat er binnen het kwantitatieve onderzoek mee gewerkt kon worden. Ondanks dat dit door verschillende partijen beoordeeld is en bij de categorisering gebruik is gemaakt van wetenschappelijke bronnen, beïnvloedt dit de betrouwbaarheid van deze gegevens (Radboud Universitair Medisch Centrum voor Mindfulness, 2017; Verhoeven, 2011).

Participatie en voltooiing van de training (N = 347)

De dataverzameling (N = 347) voor deze informatie is gedaan aan de hand van enkel de presentielijsten. Per sessie is aangekruist welke respondenten aanwezig zijn en welke niet. Op deze manier meet de presentielijst exact de participatie van de training en kan er gekeken worden wat de voltooiing van de training is, de constructvaliditeit is hoog. Door de grote aantallen is de interne validiteit groot. Het is te verwachten dat deze informatie vergelijkbaar zal zijn bij een vervolgonderzoek en daarmee is de betrouwbaarheid van deze gegevens hoog. Gezien de relatief selecte populatie, zijn de resultaten slechts voor een deel generaliseerbaar naar MBSR trainingen die op andere locaties worden gegeven en is de externe validiteit beperkt te noemen (Verhoeven, 2011).

Effecten training (N = 355: T0 n = 215, T1 n = 145)

De dataverzameling bestaat uit een voor- en nameting van vijf diagnostische vragenlijsten. Vóór de start van de training (T0) hebben 215 respondenten de vragenlijst ingevuld, vervolgens hebben 145 respondenten dit opnieuw gedaan na de afronding van de training (T1). Ondanks dat op T1 het responspercentage lager is blijft de omvang van de populatie groot waardoor de resultaten betrouwbaar zijn. Bij sommige subcategorieën op T1 is de respons laag (bijvoorbeeld bij de voltooiing van de training). Mogelijk is er sprake van selectiebias waarbij de meest gemotiveerde en enthousiaste mensen hebben gereageerd en daarmee kunnen de effecten worden overschat (interne validiteitsprobleem). Over het algemeen is de respons op de ROM data goed en worden er resultaten gevonden die overeenkomen met andere studies waardoor de validiteit goed lijkt te zijn. Een groot nadeel is dat er geen controlegroep is. Om een betrouwbare conclusie te kunnen trekken over de effectiviteiten van de training is een controlegroep nodig. Het is nu niet zeker dat de resultaten die naar voren komen volledig toe te schrijven zijn aan MBSR. Door het ontbreken van de controlegroep worden de

statistische analyses naar modererende en mediërende effecten geen moderatie- en mediatie analyse genoemd. Deze geven nu een eerste indruk van mogelijk mediërende en modererende factoren. Om de effecten van de training in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de volgende diagnostische vragenlijsten: UBOS-C, UBES, PSWQ, SCS-SF en de FFMQ. Door het gebruik van gevalideerde vragenlijsten waarbij binnen de persoon gekeken is wat het effect was, is de interne en externe betrouwbaarheid van het onderzoek hoog (Smits, 1999; Verhoeven, 2011; Emmelkamp, Emmelkamp, de Ruiter, & de Vogel, 2002).

5.2 Aanbevelingen

Aan de hand van de conclusie en discussie worden er aanbevelingen gedaan over de training en het proces daarvoor en over het (vervolg) onderzoek. De rol van de toegepast psycholoog wordt duidelijk.

Selectie voorafgaand de training en diagnostiek

Wat opvalt is dat een groep binnen de populatie deelneemt voor hun professionele ontwikkeling (n = 35) en/of uit interesse (n = 52). Deze doelgroep neemt deel aan de training MBSR met een andere insteek dan diegene die komen voor het verminderen van psychische en/of lichamelijke klachten en voor de persoonlijke ontwikkeling. Binnen het Centrum voor Mindfulness kan nagedacht worden of deelnemers met verschillende motivaties in dezelfde training horen. Daarnaast zijn de diagnostische vragenlijsten puur gericht op het meten van effect van de training op het psychische welzijn bij de deelnemers. Indien er binnen het Centrum voor Mindfulness interesse is naar de effecten van de training bij deze doelgroep wordt er aanbevolen een instrument toe te voegen dat de algemene positieve gezondheidsmaat opmeet. Gedacht kan worden aan de Mental Health Continuüm – Short Form (MHC-SF) die kijkt naar het emotioneel welbevinden, sociaal welbevinden en psychologisch welbevinden van de Nederlandse populatie. De Life Satisfaction Questionnaire (LSQ) meet de tevredenheid in het leven in bepaalde domeinen en in het algemeen. De BIP Werkgerelateerde Persoonlijkheidsvragenlijst brengt het functioneren in een werkomgeving in kaart, echter is deze lijst lang. En het DISC instrument geeft inzicht in het gedrag en communicatie van medewerkers, collega's en partners.

Training MBSR

Zoals eerder vermeld komt uit dit onderzoek naar voren dat er een groep binnen de populatie deelneemt voor hun professionele ontwikkeling. Ondanks dat zij wel effect van de training ervaren is deze groep minder gefocust op het verminderen van psychische klachten en meer op het vergroten en versterken van hun professionaliteit. Binnen de MBSR training wordt tijdens sessie 3 tot en met 6 aandacht geschonken aan respectievelijk prettige en onprettige gebeurtenissen, stressvolle situaties en lastige communicatie. Deze gebeurtenissen worden in de training gebruikt om automatische reactiepatronen te herkennen en een meer bewuste respons of reactie ervoor in de plaats te zetten en mindful te communiceren. Aanbevolen wordt om voor de deelnemers die hun professionele ontwikkeling willen versterken dit binnen de training toe te passen bij situaties op het werk.

ROM data en vervolg onderzoek

De dataverzameling waarmee de kenmerken van de populatie in kaart gebracht zijn is gericht op het screenen van de deelnemers. Daarmee is dit niet geschikt gemaakt voor onderzoek. Als deze gegevens ook voor vervolgonderzoek gebruikt gaan worden, worden een aantal aanpassingen aanbevolen. Er missen een aantal gegevens (bijvoorbeeld opleidingsniveau) die van toegevoegde waarde zijn voor verder onderzoek. Daarnaast bestaat het intakeformulier uit een aantal open vragen, om de betrouwbaarheid van de resultaten te verhogen en de efficiëntie om deze gegevens te kunnen gebruiken te vergroten, is het belangrijk dat dit meerkeuzevragen worden. Aan het eind van het intakeformulier kan eventueel ruimte gegeven worden voor overige opmerkingen van de deelnemers. Welke aanpassingen van belang zijn staat beschreven in het plan van aanpak in bijlage 7. Tot heden is er veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effecten van MBSR bij verschillende doelgroepen. Dit onderzoek is uniek omdat het praktische inzichten geeft over de training. Naast het kijken naar de effecten van de training wordt duidelijk wie er deelnemen, wie het afmaken en wie er het meest effect van hebben van de training. Binnen het Centrum voor Mindfulness wordt gekeken naar de mogelijkheden voor het publiceren van een artikel. Wanneer mogelijk dient dit onderzoek als een eerste aanzet, op basis waarvan verdere analyses gepland worden. Gedacht wordt om de praktische data te publiceren (profiel en voltooiing) en om bijvoorbeeld een voorspellend model te ontwikkelen voor wie vooral profijt lijken te hebben van de training. Dit wordt beschreven in het plan van aanpak in bijlage 7.

Aandacht negatieve effecten training

Het blijkt dat bij de meeste meditatiestudies (75%) weinig tot geen aandacht wordt geschonken aan de negatieve bijwerkingen van de interventie. Binnen de studies wordt er op vertrouwd dat cliënten of patiënten bij eventuele problemen uit zichzelf naar de hulpverlener of onderzoeker stappen om dit te melden. Het is echter onwaarschijnlijk dat cliënten informatie over negatieve reacties op de interventie vrijgeven wanneer daar niet direct naar gevraagd wordt. Enkele onderzoekers zijn begonnen met deze negatieve bijwerkingen te volgen en evalueren. Deze zijn echter gericht op ernstige bijwerkingen zoals levensbedreigende of fatale gebeurtenissen, denk hierbij aan verhoogde depressie of zelfmoordneigingen. Ondanks dat onderzoek naar mindfulness aantoonde dat het effectief is, is het belangrijk dat er een mogelijkheid is voor het evalueren van de negatieve bijwerkingen of klachten van de interventie (Lindahl, Fisher, Cooper, Rosen, & Britton, 2017). Ook uit dit onderzoek ervaren enkele deelnemers een toename aan klachten, deze groep is echter klein waardoor dit in het gemiddelde wegvalt. Wat wel naar voren komt is dat deelnemers met lichamelijke klachten als motivatie ter deelname, na het volgen van de training zowel op emotionele uitputting als depersonalisatie een toename laten zien. Het is belangrijk dat hier aandacht voor komt en dat er een open vraag over de negatieve effecten of ervaringen van de training MBSR geïntegreerd wordt in de ROM data.

Toegankelijkheid training

Uit het profiel van de populatie (afgeleid van beroepen) en andere gerelateerde studies lijkt het dat vooral hoogopgeleiden deelnemen aan de training. Zoals eerder benoemd beschrijft de literatuur dat stress- en burn-outklachten meer voorkomen bij hoogopgeleiden. Het kan zijn dat lager opgeleiden daarom minder in aanmerking komen of in het algemeen minder interesse hebben in MBSR. Echter kan het ook te maken hebben met de toegankelijkheid van de trainingen MBSR die gegeven worden binnen het Centrum voor Mindfulness. De kosten van de training bedragen €445,- en voor studenten is dit €320,-. Mogelijk zijn de kosten voor lager opgeleiden hoog waardoor het belangrijk is om te weten dat een grote doelgroep op deze manier niet bereikt wordt, en indien gewenst, na te denken over manieren om ook lager opgeleiden te bereiken (bijvoorbeeld door een fonds op te richten waaruit een deel van de training voor deze doelgroep gefinancierd kan worden).

Rol toegepast psycholoog

De kennis, vaardigheden en het inzicht van de toegepast psychologen kunnen op diverse manieren ingezet worden binnen het Centrum voor Mindfulness en dit onderzoek. Zij zijn opgeleid voor het uitvoeren van kwantitatief onderzoek en het analyseren van data waarbij gewerkt wordt met het programma SPSS. Hierdoor zijn toegepast psychologen betekenisvol bij het onderzoeken naar de effecten van een interventie binnen de zorg. Binnen dit onderzoek is dat het analyseren van de ROM data van de training MBSR binnen het Centrum voor Mindfulness. Ook hebben zij kennis van diagnostiek waardoor zij oog hebben voor het selecteren van (diagnostische) vragenlijsten die ingezet kunnen worden bij de verbetering van onderzoek en de uitkomsten van de interventie. Gedurende de jaren hebben de toegepast psychologen inzicht gekregen in het zien van ontwikkelingspunten binnen de zorg waardoor zij verbeteringen kunnen aandienen en aanbrengen voor de optimalisering hiervan. Binnen dit onderzoek wordt bijvoorbeeld aanbevolen om voor een specifieke doelgroep binnen de training MBSR een oefening te richten op een passende situatie voor hen. Daarnaast wordt aanbevolen om eventueel een instrument toe te voegen aan de ROM data zodat ook het effect van de training binnen deze groep gemeten kan worden. Het Centrum voor Mindfulness geeft MBSR, MBCT en Compassie trainingen waarbij ook sprake is van deelnemers met psychische klachten zoals bijvoorbeeld burn-out, depressie en/of angststoornissen. De toegepast psychologen zijn hiervoor opgeleid en heeft ervaring in de praktijk waardoor zij passend kunnen reageren op en kunnen aansluiten bij de beleving van de deelnemers. Toegepast psychologen kunnen een passende rol spelen in het geven van mindfulness interventies bij verschillende doelgroepen, wanneer zij zich verder willen specialiseren. Binnen dit centrum wordt het geven van trainingen vaak gecombineerd met het doen van onderzoek zodat het centrum zich continu blijft ontwikkelen op het gebied van mindfulness interventies. De competenties 'onderzoek' en 'coaching, counseling en training' die de toegepast psychologen tijdens de opleiding hebben voltooid zouden hier goed ingezet kunnen worden. Voor de start van de training is het de bedoeling dat deelnemers een intakeformulier invullen waarop hun klachten worden gescreend. Wanneer blijkt dat een deelnemer te veel klachten heeft voor het volgen van de MBSR training (voor algemeen publiek) wordt diegene gebeld voor een intakegesprek met een psycholoog om te kijken welke training het meest passend is. Toegepast psychologen kunnen perfect een rol spelen in het screeningsproces van de intakeformulieren.

Bibliografie

- Asuero, M.A., & Banda, G.G. (2010). The Mindfulness-based Stress Reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *The Spanish Journal Of Psychology*, 13, 897-905.
- Baarda, B., de Goede, M., & van Dijkum, C. (2011). *Basisboek Statistiek met SPSS*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 125-143. doi: 10.1093/clipsy.bpg015
- Bakker, A.B. (2003). Bevlogen aan het Werk: Hoe Nederland haar eigen energiebronnen kan creëren. In K. Verhaar (Red.), *Sociale Verkenningen 4: Waarden en normen* (pp. 119-141). Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Bohlmeijer, E., ten Klooster, P.M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Depressed Adults and Development of a Short Form. *Assessment*, 18, 308-320. <http://dx.doi.org.saxion.idm.oclc.org/10.1177/1073191111408231>
- Centraal Bureau voor de Statistiek., & Research Centre for Education and the Labour Market. (2014). *Beroepenindeling ROA-CBS 2014*. Gekregen op <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/FC7B0609-2C06-438C-A1B8-0AF3197664E0/0/beroepenindelingroacbs2014.pdf>
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction for Stress Management in Healthy People: A Review and Meta-Analysis. *The journal of alternative and complementary medicine*, 15, 593-600. doi: 10.1089/acm.2008.0495
- Conijn, M., Boersma, H.J., & van Rhenen, W. (2015). Burn-out bij Nederlandse geneeskundestudenten: Prevalentie en oorzaken. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 159, A8255.
- Crane, R.S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J.M.G., & Kuykens, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47, 990-999. doi:10.1017/S0033291716003317
- Driessen, M., & Hooftman, W. (2011). Meer werknemers met burn-outklachten [Centraal Bureau voor Statistiek]. Geraadpleegd op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2011/43/meer-werknemers-met-burn-outklachten>
- Driskell, J.E., & Salas, E. (1996). *Stress and human performance*. Mahwah, United States: Lawrence Erlbaum Associates, Inc Publisher.
- Emmelkamp, P., Emmelkamp, J., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2002). Effectiviteit van psychotherapeutische behandeling bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 97-104.
- Everaert, H., & van Peet, A. (2006). *KG-publicatie nr. 11 Kwalitatief en kwantitatief onderzoek*. Utrecht: Hogeschool Utrecht, Kenniskring Gedragsproblemen in de Onderwijspraktijk.

- Flamentc, M.F., Raab, K.B., Soggeb, K, & Parkerc, N. (2015). Mindfulness-based stress reduction and self-compassion among mental healthcare professionals: a pilot study. *Menthal Health, Religion & Culture*, 18, 503-512. <http://dx.doi.org.saxion.idm.oclc.org/10.1080/13674676.2015.1081588>
- Giltay, E.J., de Beurs, E., den Hollander-Gijsman, M.E., van Rood, Y.R., van der Wee, N.J.A., van Noorden, M.S., van der Lem, R., van Fenema, E., & Zitman, F.G. (2010). Routine outcome monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 1-12. doi: 10.1002/cpp.696
- Gold, A.S. (2016). The Art of Being Mindful in the Legal World: A Challenge for Our Times. *Florida Bar Journal*, 90, 16-23.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 49, 119. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M., & Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*. Advance online publication. doi: 10.1186/1471-2458-11-240
- Hupkens, C. (2004). Depressiviteit en stress op werk [Centraal Bureau voor Statistieken]. Geraadpleegd op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2004/04/depressiviteit-en-stress-op-het-werk>
- Hutschemaekers, G.J.M., van Sonsbeek, M.A.M.S., Veerman, J.W., & Tiemens, B.G. (2014). Effective components of feedback from Routine Outcome Monitoring (ROM) in youth mental health care: study protocol of a three-arm parallel-group randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14, 1-21. doi: 10.1186/1471-244X-14-3
- Jeffrey, M., & Greeson, M.S. (2009). Mindfulness Research Update: 2008. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 14, 10-18.
- Kabit-Zinn, J., & Hanh, T.N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. United States: Random House Usa Inc
- Kabit-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living, how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. Londen, England: Piatkus Publishing.
- Karsten, C.J. (2003). *Omgaan met burnout, preventie, hulp en reïntegratie*. Rijswijk: Uitgeverij Elmar.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S.E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 519-528. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.009
- Klok, I. (2017). *Afstand nemen ter bevordering van vergeving. De Invloed van perspectief nemen en neuroticisme op het vergevingsproces* (Master's thesis, Universiteit Utrecht). Geraadpleegd

- op <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/351423/Klok%2c%20I.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- LimeSurvey. (2017). *LimeSurvey - The No.1 of open source survey tools*. Geraadpleegd op <https://www.limesurvey.org/>
- Lindahl, J.R., Fisher, N.E., Cooper, D.J., Rosen, R.K., & Britton, W.B. (2017). The varieties of contemplative experience: A mixed-methods study of meditation-related challenges in Western Buddhists. *Public Library Of Science One*, 12(5), 1-38. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176239>
- Lindblom, K.M., Linton, S.J., Fedeli, C., & Bryngelsson, I.L. (2006). Burnout in the Working Population: Relations to Psychosocial Work Factors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13, 51-59. doi: 10.1207/s15327558ijbm1301_7
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. (2010). *Beroepsziekten in cijfers 2010*. Geraadpleegd op http://www.beroepsziekten.nl/sites/default/files/documents/NCvB_BIC2010.pdf
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2, 85-101.
- Nieswiadomy, R.M. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Nieuwenhuijsen, K. (2009). Wanneer is een psychische aandoening een beroepsziekte? *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 17, 85-87.
- Patel, C., Marmot, M.G., Carruthers, M., Hunt, B., & Patel, M. (1985). Trial of relaxation in reducing coronary risk: four year follow up. *British Medical Journal*, 290, 1103-1106.
- Radboud Universitair Medisch Centrum voor Mindfulness. (2017). *Het Radboud Universitair Medisch Centrum voor Mindfulness*. Geraadpleegd op <https://www.radboudcentrumvoormindfulness.nl/>
- Radboud Universitair Medisch Centrum voor Mindfulness. (2017). *Trainingen Mindfulness*. Geraadpleegd op <https://www.radboudcentrumvoormindfulness.nl/trainingen/>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250-255. doi: 10.1002/cpp.702
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2003). *Utrechtse Bevlogenheidsschaal, voorlopige handleiding* (1th ed.). Utrecht: Universiteit Utrecht, sectie Psychologie van Arbeid, Gezondheid en Organisatie.
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2004). Bevlogenheid: een begrip meten. *Gedrag & Organisatie*, 17, 89-112.
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2006). *Psychologie van arbeid en gezondheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schaufeli, W., & van Dierendonck, D. (2001). Utrechtse Burnout Schaal (UBOS), psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*. Geraadpleegd op <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/148.pdf>
- Smits, J. (1999). *Selectiebias en zelfselectie in sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Geraadpleegd van Universiteit van Amsterdam: <https://www.jeroensmits.info/selbias/selbias.pdf>

- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Verkuil, B., & van Emmerik, A. (2007). Omgaan met stress en burnout. *Psychopraxis*, 9, 243-247. Geraadpleegd op <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03072389>
- Véronique, B. (2010). *De Relatie tussen Dagelijkse Stress en Stemming met Modererende Invloed van Coping stijl* (Bachelorthese Open Universiteit Nederland). Geraadpleegd op http://dspace.ou.nl/bitstream/1820/3250/1/GZ_Bundervoet_2010.pdf
- Verweij, H. (2017). *Mindfulness-Based Stress Reduction for medical residents*. Nijmegen: Radboud Institute for Health Sciences.
- Visser, M.R.M., Smets, E.M.A., Oort, F.J., & de Haes, H.C.J.M. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 271-275. Geraadpleegd op <http://www.cmaj.ca/content/168/3/271.full.pdf+html>

Bijlage 1

Vragenlijst LimeSurvey

MBSR medewerkers / algemeen publiek



Vragenlijst MBSR training

Deze vragenlijst zal gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden. Alle gegevens worden vertrouwelijk verwerkt. Persoonsgegevens die tijdens dit onderzoek worden verzameld, zullen worden vervangen door een codenummer. Onderzoeksgegevens zullen worden gehanteerd met inachtneming van de Wet bescherming persoonsgegevens. De deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. Als u niet aan het onderzoek mee wilt doen, hoeft dat niet. Indien u wilt deelnemen kunt u hieronder klikken om door te gaan naar de vragenlijst.

Neemt u rustig de tijd voor het invullen van de vragenlijst. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 20 minuten duren. U kunt tussendoor de vragenlijst opslaan en later weer verder gaan.

Boven elke pagina staan specifieke instructies bij de betreffende vragen. Lees de instructies en de antwoordmogelijkheden telkens aandachtig door voordat u de vragen invult. Denk niet te lang na over een antwoord. Vaak is de eerste ingeving de beste. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Alvast hartelijk bedankt voor het invullen!
Er zijn 14 vragen in deze enquête.

Persoonskenmerken

Wat is uw geboortjaar? *

Vul uw antwoord hier in:

Wat is uw geslacht? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

☐ Vrouw

☐ Man

Verwachting van de MBSR training
Kunt u hieronder beschrijven wat u verwacht van de MBSR training, bijvoorbeeld wat betreft mogelijke effecten op uw persoonlijk functioneren en/of in uw werk? *

Vul uw antwoord hier in:

Wat is uw beroep? *

Vul uw antwoord hier in:

Heeft u momenteel een tijdelijk/vast dienstverband? *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

☐ Ja

☐ Nee / op dit moment werk ik niet

Hoeveel uren werkt u per week (volgens contract)? *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '5 [Dienstverband]' (Heeft u momenteel een tijdelijk/vast dienstverband?)

Vul hier uw antwoord in:

Hoeveel overuren maakt u gemiddeld per week?

Het gaat om zowel betaald als onbetaald overwerk. Reistijden niet meetellen, overwerk thuis wel meetellen. Wanneer u geen overuren maakt vult u 0 in. *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '5 [Dienstverband]' (Heeft u momenteel een tijdelijk/vast dienstverband?)

Vul uw antwoord hier in:

In hoeverre bent u, alles bij elkaar genomen, tevreden met uw werk? *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '5 [Dienstverband]' (Heeft u momenteel een tijdelijk/vast dienstverband?) Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ☐ Zeer ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Niet ontevreden / niet tevreden
- ☐ Tevreden
- ☐ Zeer tevreden

UBOS

De volgende vragen hebben betrekking op hoe u uw werk beleeft en hoe u zich daarbij voelt. Geef in onderstaande lijst voor elke uitspraak aan in welke mate deze voor u van toepassing is. *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '5 [Dienstverband]' (Heeft u momenteel een tijdelijk/vast dienstverband?)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Sporadisch	Af en toe	Regelmatig	Dikwijls	Heel vaak	Altijd
Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aan het eind van een werkdag voel ik me leeg.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik voel me vermoeid als ik 's morgens opsta en er weer een werkdag voor me ligt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kan me makkelijk inleven in de gevoelens van anderen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb het gevoel dat ik sommige mensen te onpersoonlijk behandel.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De hele dag met mensen werken vormt een zware belasting voor mij.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik weet de problemen van anderen adequaat op te lossen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik voel me 'opgebrand' door mijn werk.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb het gevoel dat ik het leven van andere mensen op een positieve manier beïnvloed door mijn werk.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb het idee dat ik onverschilliger ben geworden tegenover andere mensen sinds ik deze baan heb.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik maak me zorgen dat mijn werk me gevoelsmatig afstompt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik voel me gefrustreerd door mijn baan.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik denk dat ik me teveel inzet voor mijn werk.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het kan mij echt niet schelen wat er met sommige mensen gebeurt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Met mijn collega's kan ik gemakkelijk een ontspannen sfeer scheppen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het werken met anderen vrolijkt me op.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb in deze baan vele waardevolle dingen bereikt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik voel me aan het einde van mijn Latijn.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In mijn werk ga ik heel rustig om met emotionele problemen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb het gevoel dat anderen mij hun problemen verwijten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

UBES

De volgende vragen hebben betrekking op hoe u uw werk beleeft en hoe u zich daarbij voelt. Geef in onderstaande lijst voor elke uitspraak aan in welke mate deze voor u van toepassing is. *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '5 [Dienstverband]' (Heeft u momenteel een tijdelijk/vast dienstverband?)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Sporadisch	Af en toe	Regelmatig	Dikwijls	Heel vaak	Altijd
Op mijn werk bruis ik van energie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik werk voel ik me fit en sterk.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben enthousiast over mijn baan.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn werk inspireert mij.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik 's morgens opsta heb ik zin om aan het werk te gaan.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wanneer ik heel intensief aan het werk ben, voel ik mij gelukkig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben trots op het werk dat ik doe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ga helemaal op in mijn werk.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn werk brengt mij in vervoering.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PSWQ

Hieronder staan verschillende uitspraken. Geef voor elke uitspraak aan in hoeverre deze herkenbaar zijn. *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Helemaal niet kenmerkend	Klein beetje kenmerkend	Enigszins kenmerkend	Vrij kenmerkend	Erg kenmerkend
Als ik niet genoeg tijd heb om alles te doen, maak ik mij daar zorgen over	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn zorgen overweldigen mij	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb de neiging mij ergens zorgen over te maken	☐	☐	☐	☐	☐
Veel situaties zijn voor mij een aanleiding om te gaan piekeren	☐	☐	☐	☐	☐
Ik weet dat ik me niet zo'n zorgen zou moeten maken over dingen, maar ik kan er gewoon niets aan doen	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik onder druk sta, pieker ik teveel	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben altijd wel ergens over aan het piekeren	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kan zorgelijke gedachten makkelijk van me afzetten	☐	☐	☐	☐	☐
Zodra ik iets afheb, begin ik me zorgen te maken over al het andere dat ik nog moet doen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik maak me altijd ergens zorgen over	☐	☐	☐	☐	☐
Ook als ik ergens niets meer aan kan doen, pieker ik er nog over	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben mijn hele leven al een piekeraar geweest	☐	☐	☐	☐	☐
Ik merk dat ik me zorgen maak over dingen	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik eenmaal begin te piekeren, kan ik er ook niet meer mee ophouden	☐	☐	☐	☐	☐
Ik maak me voortdurend zorgen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik maak me zorgen over dingen die ik nog moet doen, totdat ze af zijn	☐	☐	☐	☐	☐

FFMQ

Beoordeel de onderstaande uitspraken. Vink het hokje aan dat het beste jouw mening geeft over wat in het algemeen waar is voor jou. *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	nooit of bijna nooit waar	zelden waar	soms waar	vaak waar	heel vaak of altijd waar
Ik ben goed in het vinden van woorden om mijn gevoelens te beschrijven.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kan makkelijk mijn overtuigingen, meningen en verwachtingen onder woorden brengen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik observeer mijn gevoelens zonder dat ik me er helemaal door laat meeslepen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik zeg tegen mezelf dat ik me niet zo zou moeten voelen als ik me voel.	☐	☐	☐	☐	☐
Het is moeilijk voor me om de woorden te vinden die mijn gedachten beschrijven.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik let op lichamelijke ervaringen, zoals de wind in mijn haar of de zon op mijn gezicht.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik oordeel of mijn gedachten goed of fout zijn.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind het moeilijk om mijn aandacht te houden bij wat er op dit moment gebeurt.	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik verontrustende gedachten heb of beelden zie, dan laat ik me daar niet door meevoeren.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik let in het algemeen op geluiden zoals het tikken van een klok, het fluiten van de vogels of het voorbijrijden van een auto.	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik iets in mijn lichaam voel, kost het me moeite om de juiste woorden te vinden om het te beschrijven.	☐	☐	☐	☐	☐
Het lijkt alsof ik op de 'automatische piloot' sta zonder dat ik me erg bewust ben van wat ik doe.	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik verontrustende gedachten heb of beelden zie, voel ik me kort daarna weer rustig.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik zeg tegen mezelf dat ik niet moet denken zoals ik denk.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik merk de geur en het aroma van dingen op.	☐	☐	☐	☐	☐
Zelfs als ik heel erg overstuur ben kan ik dit op een of andere manier onder woorden brengen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik doe activiteiten gehaast zonder dat ik er echt aandacht voor heb.	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik verontrustende gedachten heb of beelden zie, kan ik ze opmerken zonder iets te doen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik denk dat mijn emoties soms slecht of ongepast zijn en dat ik ze niet zou moeten voelen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik merk de visuele aspecten van kunst of de natuur op, zoals kleur, vorm, structuur of patronen van licht en donker.	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik verontrustende gedachten heb of beelden zie, merk ik ze op en laat ze los.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik doe mijn werk of taken automatisch zonder dat ik me bewust ben van wat ik doe.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik merk dat ik vaak dingen doe zonder er aandacht aan te besteden.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik keur mezelf af als ik onlogische gedachten heb.	☐	☐	☐	☐	☐

Wilt u bij elk van de onderstaande uitspraken aanvinken hoe vaak u zich op deze manier opstelt? Hoe hoger het getal dat u kiest, hoe meer de uitspraak op u van toepassing is: *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Zelden of nooit						Bijna altijd
	1	2	3	4	5	6	7
Als ik faal in iets wat belangrijk voor me is, kan het gevoel van mislukking mij volledig beheersen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik probeer begripvol en geduldig te zijn tegenover die aspecten van mijn persoonlijkheid die me niet bevallen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als er iets pijnlijks gebeurt, probeer ik een gebalanceerde kijk op de situatie in te nemen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik me rot voel, heb ik het idee dat de meeste andere mensen gelukkiger zijn dan ik.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik probeer mijn mislukkingen te zien als een gewoon onderdeel van het menselijk bestaan.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik een moeilijke tijd meemaak, geef ik mezelf de zorg die ik nodig heb.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik ergens door van streek ben, probeer ik mijn gevoelens in balans te houden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik faal in iets wat belangrijk voor me is, ben ik geneigd me alleen te voelen in mijn mislukking.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik me rot voel, ben ik geneigd me te fixeren op alles wat er mis is.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik mezelf op één of andere manier tekort voel schieten, herinner ik mezelf er aan dat de meeste mensen dit weleens hebben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben afkeurend en oordelend tegenover mijn eigen tekortkomingen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben intolerant en ongeduldig tegenover die kanten van mezelf die me niet bevallen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Opmerkingen

Hieronder is ruimte voor algemene opmerkingen en/of eventuele feedback op de vragenlijst. Alle suggesties en opmerkingen zijn welkom. Deze worden anoniem verwerkt.

Heeft u geen verdere opmerkingen, klik dan op 'versturen' om de vragenlijst af te ronden en de antwoorden naar ons op te sturen.

Vul uw antwoord hier in:

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst!

Mocht u nog vragen hebben dan kunt u contact opnemen met [redacted] (email: [redacted] of tel: [redacted])



Radboud Universitair Medisch Centrum
voor Mindfulness

Verstuur uw enquête

Bedankt voor uw deelname aan deze enquête.

Bijlage 2

Hypothesen

Hypothesen

Bij de onderzoeksvraag zijn acht deelvragen opgesteld. Deelvragen 1 t/m 3 zullen beantwoord worden aan de hand van een beschrijvende analyse. Bij de deelvragen 4 t/m 8 zijn hypothesen opgesteld aan de hand van het literatuuronderzoek en de verwachtingen vanuit het expertisecentrum voor mindfulness.

Hypothese 1 bij deelvraag 4

Na het voltooien van de training MBSR is sprake van een afname van burn-outklachten: emotionele uitputting en depersonalisatie nemen af en er is een toename van de persoonlijke bekwaamheid bij de deelnemers.

Hypothese 2 bij deelvraag 5

Na het voltooien van de training MBSR is er sprake van een afname van piekergedachten bij de deelnemers.

Hypothese 3 bij deelvraag 6

Na het voltooien van de training MBSR is er sprake van een toename van zelfcompassie bij de deelnemers.

Hypothese 4 bij deelvraag 7

Na het voltooien van de training MBSR is er sprake van een toename van mindfulness: het observeren, beschrijven, bewust handelen, niet-oordelen en non-reactief zijn toegenomen bij de deelnemers.

Hypothese 5 bij deelvraag 8

Na het voltooien van de training MBSR is er sprake van een toename van de werkbevlogenheid: de vitaliteit, toewijding en absorptie zijn toegenomen bij de deelnemers.

Hypothese 6 bij deelvragen 4 t/m 8

Na het voltooien van de training MBSR is er een groter effect te zien bij de deelnemers met burn-out op baseline dan bij de deelnemers zonder burn-out op baseline is.

Hypothese 7 bij deelvraag 9

De variatie in het verschil in burn-out en de werkbevlogenheid wordt verklaard door het verschil in piekeren en mindfulness.

Bijlage 3

Aantekening beroepen

Aantekeningen van de beroepen die tijdens de dataverzameling zijn genoteerd:

- *Zorg*: consultant (MEE), operationeel manager, stralingsdeskundige, promovendus, onderzoeker, casemanager polikliniek MKA, verpleegkundige, kinderintensivist, biomedische wetenschappen, orthopedagoog, arts, neuropsycholoog, psycholoog, maatschappelijk werker, klinisch patholoog, orthoptist poli oogheekunde, maatschappelijk werk en dienstverlening, AIOS, psychomotorische therapie, beleidsadviseur jeugd, medisch secretaresse en loopbaancoach.
- *Onderwijs*: leerkracht, hoogleraar, hoogleraar RU, directeur basisonderwijs, secretaris examencommissie en coach/trainer.
- *Informatie en communicatie*: adviseur online communicatie, coördinator communicatie, verzuim coördinator, product manager toerisme, planoloog, controller, programmanager, management assistent, management assistenten functioneel beheerder.
- *Financiële instelling*: subsidie adviseur.
- *ICT*: ICT en applicatie specialist.
- *Overheidsinstelling*: junior beleidsmedewerker gemeente, researchkunde en jurist.
- *Overig*: projectleider, directeur, monteur, secretaresse, senior secretaresse, student, beleidsmedewerker, coördinerend eindredacteur tijdschrift, HR-manager, functionaris, architect, beleidsmedewerker, zelfstandig ondernemer, huisvrouw, arbeidsongeschikt en gepensioneerd.

Bijlage 4

Beroepsgroepen

Tabel 1

Beroepsklassen, segmenten en groepen van de populatie die deelneemt aan de training MBSR

Respondenten N = 347							
Beroepsklasse	Code	n (%)	Beroepssegment	Code	n (%)		n (%)
Pedagogische beroepen	01	28 (9.6%)	Docenten	011	24 (8.2%)	Docenten hoger onderwijs en hoogleraren	10 (3.4%)
						Docenten beroepsgerichte vakken secundair onderwijs	2 (0.7%)
						Docenten algemene vakken secundair onderwijs	7 (2.4%)
						Leerkrachten basisonderwijs	3 (1.0%)
						Onderwijskundigen en overige docenten	2 (0.7%)
						Sportinstructeurs	1 (0.3%)
						Leidsters kinderopvang en onderwijsassistenten	3 (1.0%)
						Auteurs en kunstenaars	0 (0.0%)
						Bibliothecarissen en conservatoren	0 (0.0%)
						Auteurs en taalkundigen	3 (1.0%)
Creatieve en taalkundige beroepen	02	5 (1.7%)				Journalisten	1 (0.3%)
						Beeldend kunstenaars	0 (0.0%)
						Uitvoerend kunstenaars	0 (0.0%)
						Vakspecialisten op artistiek en cultureel gebied	1 (0.3%)
						Grafische vormgevers en productontwerpers	0 (0.0%)
						Fotografen en interieurontwerpers	0 (0.0%)
						Adviseurs marketing, public relations en sales	9 (3.0%)
						Vertegenwoordigers en inkopers	6 (2.1%)
						Verkopers	1 (0.3%)
						Winkeliers en teamleiders detailhandel	0 (0.0%)
Commerciële beroepen	03	16 (5.5%)				Verkoopmedewerkers detailhandel	0 (0.0%)
						Kassamedewerkers	0 (0.0%)
						Callcentermedewerkers outbound en overige verkopers	0 (0.0%)
						Accountants	7 (2.4%)
						Financieel specialisten en economen	2 (0.7%)
						Bedrijfskundigen en organisatieadviseurs	3 (1.0%)
						Beleidsadviseurs	5 (1.7%)
						Specialisten personeels- en loopbaanontwikkeling	5 (1.7%)
						Boekhouders	2 (0.7%)
						Zakelijke dienstverleners	0 (0.0%)
Bedrijfseconomische en administratieve beroepen	04	44 (15.0%)				Directiesecretaresses	1 (0.3%)
						Administratief medewerkers	6 (2.1%)
						Secretaresses	13 (4.4%)
						Receptionisten en telefonisten	0 (0.0%)
						Boekhoudkundig medewerkers	0 (0.0%)
						Transportplanners en logistiek medewerkers	0 (0.0%)
						Administratief personeel	19 (6.5%)
						Vakspecialisten bedrijfsbeheer en administratief	3 (1.0%)
						Specialisten bedrijfsbeheer en administratie	22 (7.5%)
						Bedrijfskundigen en organisatieadviseurs	3 (1.0%)

Managers	05	14 (4.8%)	Managers	05	2 (0.7%)	Managers	2 (0.7%)
			Algemeen directeuren	051	2 (0.7%)	Algemeen directeuren	2 (0.7%)
			Managers op administratief en commercieel gebied	052	3 (1.0%)	Managers zakelijke en administratieve dienstverlening	2 (0.7%)
			Managers productie en gespecialiseerde dienstverlening	053	4 (1.4%)	Managers verkoop en marketing	1 (0.3%)
						Managers productie	0 (0.0%)
						Managers logistiek	0 (0.0%)
						Managers ICT	0 (0.0%)
						Managers zorginstellingen	4 (1.4%)
						Managers onderwijs	0 (0.0%)
						Managers gespecialiseerde dienstverlening	0 (0.0%)
			Managers horeca, detailhandel en overige diensten	054	0 (0.0%)	Managers horeca detailhandel en overige diensten	0 (0.0%)
			Managers z.n.d.	055	3 (1.0%)	Managers z.n.d.	3 (1.0%)
Openbaar bestuur, veiligheid en juridische beroepen	06	9 (3.1%)	Overheidsambtenaren en -bestuurders	061	6 (2.0%)	Overheidsbestuurder	3 (1.0%)
						Overheidsambtenaren	3 (1.0%)
			Juristen	062	2 (0.7%)	Juristen	2 (0.7%)
			Beveiligingswerkers	063	1 (0.3%)	Politie-inspecteurs	0 (0.0%)
						Politie en brandweer	0 (0.0%)
						Beveiligingspersoneel	0 (0.0%)
						Militaire beroepen	0 (0.0%)
Technische beroepen	07	4 (1.4%)	Ingenieurs en onderzoekers wis-, natuur- en technische wetenschappen	071	3 (1.0%)	Ingenieurs en onderzoekers wis-, natuur- en technische wetenschappen	2 (0.7%)
						Architecten	1 (0.3%)
			Voedselverwerkende beroepen en overige ambachten	075	1 (0.3%)	Meubelmakers, kleermakers en stoffeerdere	1 (0.3%)
ICT beroepen	08	9 (3.1%)	ICT beroepen	08	2 (0.6%)	ICT beroepen	2 (0.7%)
			Specialisten ICT	081	7 (2.0%)	Specialisten ICT	6 (2.0%)
						Software- en applicatieontwikkelaars	1 (0.3%)
Agrarische beroepen	09	1 (0.3%)	Tuinders, akkerbouwers en veetelers	091	1 (0.3%)	Hoveniers, tuinders en kwekers	1 (0.3%)
Zorg en welzijn beroepen	10	117 (39.9%)	Artsen, therapeuten, gespecialiseerde verpleegkundigen en tandartsen	101	46 (15.7%)	Artsen	36 (12.3%)
						Gespecialiseerde verpleegkundige	3 (1.0%)
						Fysiotherapeuten	3 (1.0%)
			Specialisten op maatschappelijk gebied	102	28 (9.6%)	Specialisten op maatschappelijk gebied	8 (2.7%)
						Maatschappelijk werkers	4 (1.4%)
						Psychologen en sociologen	16 (5.5%)
			Vakspecialisten gezondheidszorg	103	35 (11.9%)	Laboranten	3 (1.0%)
						Verpleegkundigen	24 (8.2%)
						Medisch praktijkassistenten	2 (0.7%)
						Medisch vakspecialisten	6 (2.0%)
			Sociaal werkers, groeps- en woonbegeleiders	104	6 (2.0%)	Sociaal werkers, groep- en woonbegeleiders	6 (2.0%)
			Verzorgenden	105	2 (0.7%)	Verzorgenden	2 (0.7%)

Dienstverlenende beroepen	11	2 (0.7%)	Medewerkers persoonlijke dienstverlening	111	2 (0.7%)	Medewerkers persoonlijke dienstverlening Koks	1 (0.3%) 1 (0.3%)
Transport en logistiek beroepen	12	2 (0.7%)	Bestuurders voertuigen en bedieners mobiele machines	121	1 (0.3%)	Buschauffeurs en trambestuurders	1 (0.3%)
			Hulpkrachten transport en logistiek	122	1 (0.3%)	Laders, lossers en vakkenvullers	1 (0.3%)
Overig		42 (14.3%)	Student	896	10 (3.4%)	Student	10 (3.4%)
			Zelfstandig	897	5 (1.7%)	Zelfstandig	5 (1.7%)
			Onderzoekers	899	13 (4.4%)	Onderzoekers	13 (4.4%)
			Anders	898	14 (4.8%)	Bijvoorbeeld werkloos, huisvrouw etc.	14 (4.8%)
Totaal		293 (100%)			293 (100%)		293 (100%)
Missing		54 (15.6%)			54 (15.6%)		54 (15.6%)

Bijlage 5

Overzicht databestanden 1, 2 en 3

Tabel 1

Databestand 1

Respondenten N = 347				
Gegeven	Variabele	Waarde	Missing	Totaal (n)
Presentielijst	Geslacht	Dichotoom	0	347
Presentielijst	Leeftijd	Continue	21	326
Presentielijst + Microsoft Outlook van Radboudumc	Radboudumc (binnen/buiten)	Dichotoom	0	347
Intakeformulier	Beroepsgroepen	Categorie	54	293
Intakeformulier	Motivatie	Categorie	54	293
Intakeformulier	Psychische klachten		52	295
Intakeformulier	Psychische klacht – Burn-out (vanaf eind 2016)	Categorie	236	111
Presentielijst	Aanwezigheid sessies 1 t/m 8 + stiltedag	Dichotoom	52	295
Presentielijst	Totaal aantal aanwezige sessies	Som	52	295
Presentielijst	Voltooiing training	Dichotoom	52	295

Toelichting missing:

- Vijf respondenten zijn volledig uit het databestand verwijderd omdat daar geen enkele gegevens van zijn.
- De presentielijst van vier volledige trainingsgroepen missen. Daarnaast is de aanwezigheid van enkele deelnemers uit een trainingstroep niet genoteerd.
- Enkele respondenten hebben zich aangemeld voor de training, hebben het intakeformulier ingevuld en zijn vervolgens niet gestart waardoor de gegevens van de presentielijst missen.
- Van enkele respondenten is de geboortedatum op de presentielijst niet genoteerd waardoor de leeftijd niet berekend kan worden.
- Van verschillende trainingsgroepen en soms enkele deelnemers missen intakeformulieren.
- Enkele gegevens in de presentielijst of het intakeformulier missen omdat een bepaalde vraag hierbinnen niet is ingevuld door de respondent.
- ‘Burn-out’ als psychische klacht is eind 2016 toegevoegd aan het intakeformulier. Om deze reden is de missing bij deze klacht hoger dan bij de andere psychische klachten.
- Vierenveertig respondenten zijn niet opgenomen in het databestand waardoor een onderzoekscode mist. Voor deze respondenten is er een code bijgemaakt, dit betekend niet direct dat hier geen gegevens zijn. Wel valt op dat bij deze groep zestien intakeformulieren missen.

Tabel 2

Databestand 2

Respondenten N = 215				
Gegeven	Variabele	Waarde	Missing	Totaal (n)
UBOS-C	Burn-out: emotionele uitputting, depersonalisatie, persoonlijke bekwaamheid & burn-out op baseline	Som & dichotoom	T0: 21 T1: 89	T0: 194 T1: 126
UBES	Werkbevoegdheid: vitaliteit, toewijding, absorptie, totaal	Gemiddelde	T0: 21 T1: 90	T0: 194 T1: 125
PSWQ	Piekeren: totaal	Som	T0: 3 T1: 75	T0: 212 T1: 140
SCS-SF	Zelfcompassie: totaal	Gemiddelde	T0: 7 T1: 78	T0: 208 T1: 137
FFMQ	Mindfulness: observeren, beschrijven, bewust handelen, niet-oordelen, non-reactief zijn, totaal	Som	T0: 6 T1: 77	T0: 210 T1: 138

Redenen van missing zijn:

- Acht respondenten zijn volledig uit het databestand verwijderd omdat ze het verzoek tot deelname in LimeSurvey hebben opgestart maar het vervolgens niet hebben ingevuld.
- Vier respondenten hebben alleen hun persoonsgegevens ingevuld en de diagnostische vragenlijsten niet.
- Zeven respondenten hebben de vragenlijsten op T0 (N = 215) gedeeltelijk ingevuld waarvan drie respondenten de persoonsgegevens, UBOS-C, UBES en PSWQ hebben ingevuld en de FFMQ en SCS-SF niet, twee respondenten de persoonsgegevens, UBOS-C en de UBES hebben ingevuld en de PSWQ, FFMQ en de SCS-SF niet, een enkele respondent werkloos is waardoor diegene de UBOS en UBES niet

heeft in kunnen vullen en de SCS-SF is niet ingevuld door diegene en ten slotte heeft één respondent de persoonsgegevens, UBOS-C, UBES, PSWQ en de FFMQ ingevuld en de SCS-SF niet.

- Van het totale aantal op T1 (N = 145) hebben zes respondenten de vragenlijst gedeeltelijk ingevuld waarvan twee respondenten de persoonsgegevens, UBOS-C, UBES en PSWQ hebben ingevuld en de FFMQ en de SCS-SF niet, een enkele respondent de persoonsgegevens en de UBOS-C heeft ingevuld en de UBES, PSWQ, FFMQ en de SCS-SF niet en ten slotte drie respondenten de persoonsgegevens, UBOS-C, UBES, PSWQ en de FFMQ hebben ingevuld en de SCS-SF niet.

Tabel 3

Databestand 3 (bestand 1 en 2 samengevoegd)

Respondenten N = 355					
Gegeven	Variabele	Waarde	Missing	Totaal (n)	
Presentielijst	Geslacht	Dichotoom	8	347	
Presentielijst	Leeftijd	Continue	29	326	
Presentielijst + Microsoft Outlook Radboudumc	Radboudumc (binnen/buiten)	Dichotoom	8	347	
Intakeformulier	Beroepsgroepen	Categorie	62	293	
Intakeformulier	Motivatie	Categorie	62	293	
Intakeformulier	Psychische klachten	Dichotoom	60	295	
Intakeformulier	Psychische klacht – Burn-out (vanaf eind 2016)	Dichotoom	244	111	
Presentielijst	Aanwezigheid sessies 1 t/m 8 + stiltedag	Dichotoom	60	295	
Presentielijst	Totaal aantal aanwezige sessies	Som	60	295	
Presentielijst	Voltooiing training	Dichotoom	60	295	
UBOS-C	Burn-out: emotionele uitputting, depersonalisatie, persoonlijke bekwaamheid & burn-out op baseline	Som & dichotoom	T0: 161	T0: 194	
			T1: 229	T1: 126	
UBES	Werkbevlogenheid: vitaliteit, toewijding, absorptie, totaal	Gemiddelde	T0: 161	T0: 194	
			T1: 230	T1: 125	
PSWQ	Piekeren: totaal	Som	T0: 143	T0: 212	
			T1: 215	T1: 140	
SCS-SF	Zelfcompassie: totaal	Gemiddelde	T0: 147	T0: 208	
			T1: 218	T1: 137	
FFMQ	Mindfulness: observeren, beschrijven, bewust handelen, niet-oordelen, non-reactief zijn, totaal	Som	T0: 146	T0: 209	
			Na: 217	Na: 138	

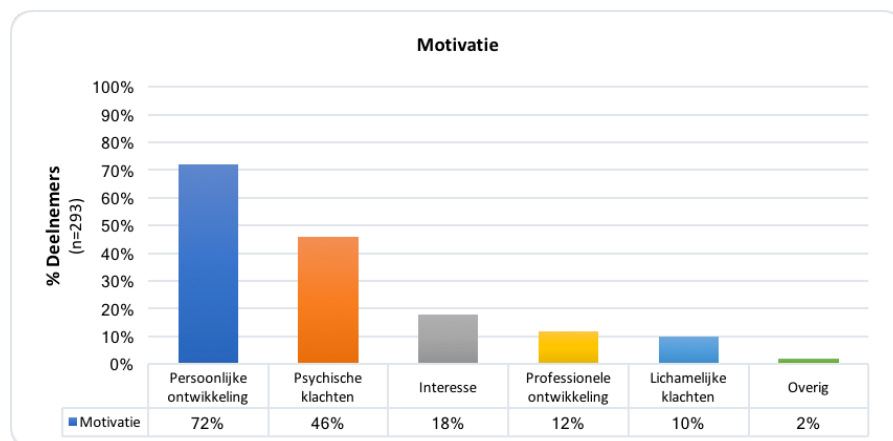
Bijlage 6 Resultaten – figuren en tabellen

Bij de deelvragen 1, 2 en 3 zijn figuren en tabellen weergegeven om inzicht in de resultaten te krijgen.

Deelvraag 1: wat is het profiel van de deelnemers die deelnemen aan de training Mindfulness-based Stress Reduction?

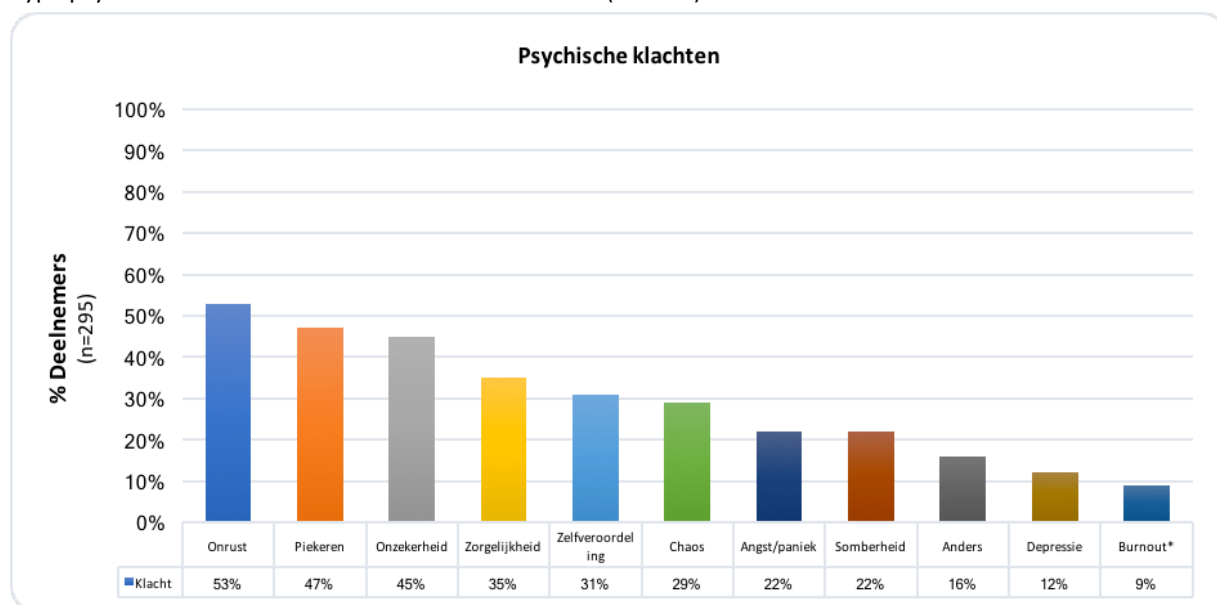
Figuur 1

Motivatatie bij de deelnemers (n = 293)



Figuur 2

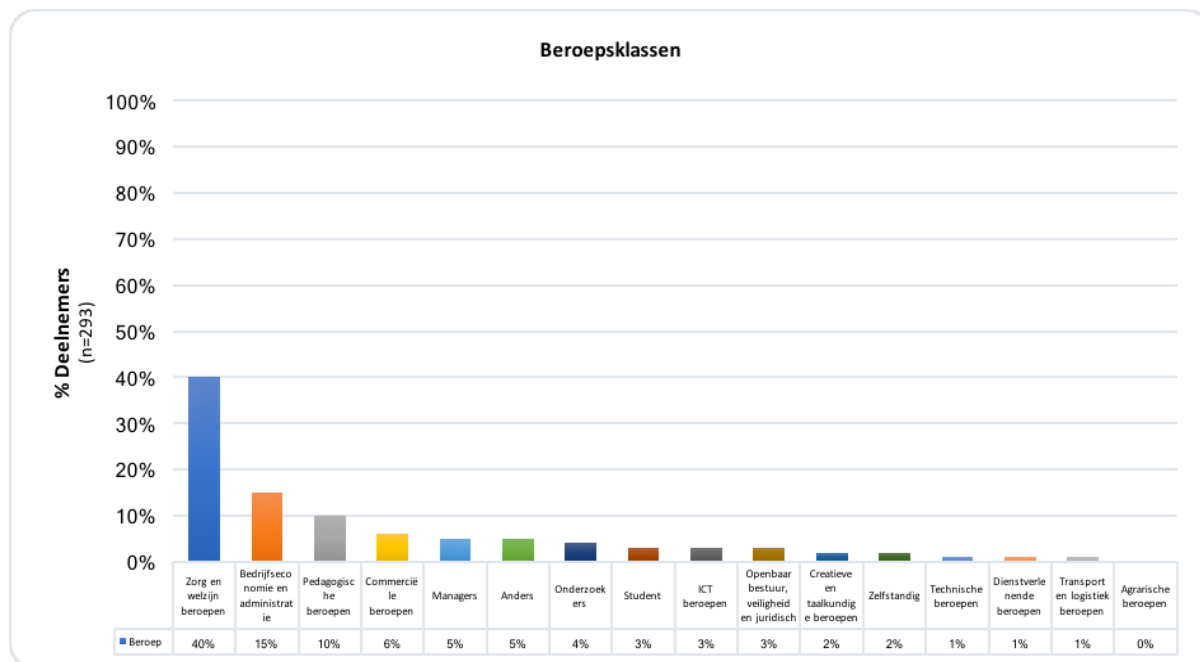
Type psychische klachten ervaren door de deelnemers (n = 295)



* Burn-out (n=111) heeft een groter aantal missing omdat het ongeveer eind 2016 toegevoegd is aan het intakeformulier.

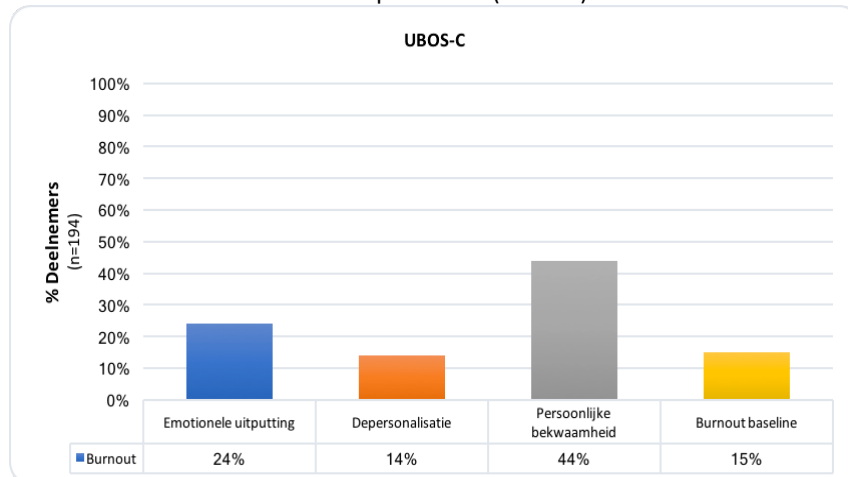
Figuur 3

Beroepsgroepen: percentage deelnemers per beroepsgroep (n = 293)



Figuur 4

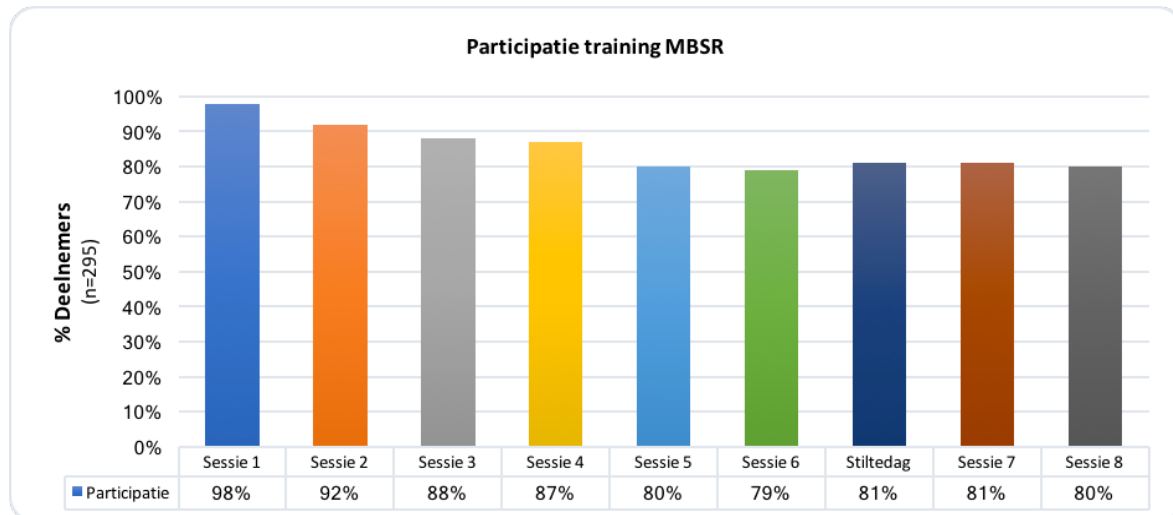
UBOS-C subschalen en burn-out op baseline (n = 194)



Deelvraag 2: wat is de participatie van de deelnemers aan de training Mindfulness-based Stress Reduction?

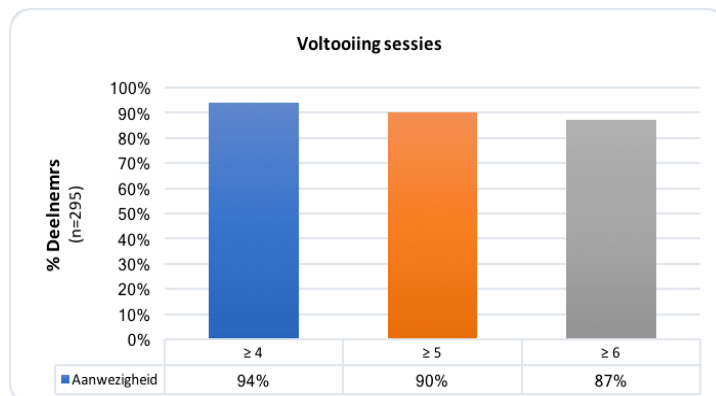
Figuur 5

Participatie aan de training MBSR: percentage van de deelnemers per sessie (n = 295)



Figuur 6

Voltooiing van de training MBSR bij de aanwezigheid van 4, 5 en 6 sessies of meer (n = 295)



Deelvraag 3: wat is het verschil tussen het profiel van de deelnemers die de training voltooien en de deelnemers die de training niet voltooien?

Tabel 1

De invloed van het geslacht op het voltooien van de training (n = 295)

Geslacht	Voltooid n (%)	Niet voltooid n (%)	Totaal n (%)
Vrouw	194 (87.0%)	29 (13.0%)	223 (100%)
Man	62 (86.1%)	10 (13.9%)	72 (100%)
Totaal voltooing	256	39	295

Tabel 2

De invloed van de leeftijd op het voltooien van de training (n = 279)

Leeftijd	Voltooid	Niet voltooid
n	243	36
Gemiddelde leeftijd (SD)	41.7 (11.7)	37.4 (10.5)

Tabel 3

De invloed van werkende binnen of buiten het Radboudumc op het voltooien van de training (n = 295)

Radboudumc	Voltooid n (%)	Niet voltooid n (%)	Totaal Radboudumc n (%)
Binnen Radboudumc	74 (86.0%)	12 (14.0%)	86 (100%)
Buiten Radboudumc	182 (87.1%)	27 (12.9%)	209 (100%)
Totaal voltooing	256	39	295

Tabel 4

De invloed van burn-out op baseline op het voltooien van de training (n = 150)

Burn-out baseline	Voltooid	Niet voltooid	Totaal
Ja	27 (100%)	0 (0.0%)	27 (100%)
Nee	108 (87.8%)	15 (12.2%)	123 (100%)
Totaal voltooing	135	15	150

Tabel 5

De invloed van verschillende motivaties op het voltooien van de training (n = 246)

Motivatie		Voltooid n (%)	Niet voltooid n (%)
Interesse	Aanwezig	34 (82.9%)	7 (17.1%)
	Afwezig	183 (89.3%)	22 (10.7%)
Professionele ontwikkeling	Aanwezig	26 (86.7%)	4 (13.3%)
	Afwezig	191 (88.4%)	25 (11.6%)
Persoonlijke ontwikkeling	Aanwezig	157 (89.2%)	19 (10.8%)
	Afwezig	60 (85.7%)	10 (14.3%)
Psychische klachten	Aanwezig	101 (87.8%)	14 (12.2%)
	Afwezig	116 (88.5%)	15 (11.5%)
Lichamelijke klachten	Aanwezig	21 (87.5%)	3 (12.5%)
	Afwezig	196 (88.3%)	26 (11.7%)
Overig	Aanwezig	6 (100%)	0 (0%)
	Afwezig	211 (87.9%)	29 (12.1%)

Tabel 6

De invloed van verschillende psychische klachten op het voltooien van de training (n = 248)

Psychische klachten		Voltooid n (%)	Niet voltooid n (%)
Onrust	Aanwezig	117 (88.0%)	16 (12.0%)
	Afwezig	102 (88.7%)	13 (11.3%)
Onzekerheid	Aanwezig	103 (88.8%)	13 (11.2%)
	Afwezig	116 (87.9%)	16 (12.1%)
Angst/paniek	Aanwezig	50 (84.7%)	9 (15.3%)
	Afwezig	169 (89.4%)	20 (10.6%)
Depressie	Aanwezig	26 (89.7%)	3 (10.3%)
	Afwezig	193 (88.1%)	26 (11.9%)
Somberheid	Aanwezig	52 (89.7%)	6 (10.3%)
	Afwezig	167 (87.9%)	23 (12.1%)
Zelfveroordeling	Aanwezig	71 (87.7%)	10 (12.3%)
	Afwezig	148 (88.6%)	19 (11.4%)
Chaos	Aanwezig	68 (91.9%)	6 (8.1%)
	Afwezig	151 (86.8%)	23 (13.2%)
Piekeren	Aanwezig	109 (90.8%)	11 (9.2%)
	Afwezig	110 (85.9%)	18 (14.1%)
Zorgelijkheid	Aanwezig	77 (86.5%)	12 (13.5%)
	Afwezig	142 (89.3%)	17 (10.7%)
Anders	Aanwezig	40 (93.0%)	3 (7.0%)
	Afwezig	179 (87.3%)	26 (12.7%)
Burn-out ¹	Aanwezig	9 (100%)	0 (0%)
	Afwezig	79 (90.8%)	8 (9.2%)

¹ In totaal is van 96 (27.7%) respondenten bekend of zij burn-out hebben en of zij de training hebben voltooid of niet.

Bijlage 7

Plan van aanpak

Intakeformulier toevoegingen

Om de ROM data voor onderzoek en het intakeformulieren volledig te maken zijn de volgende toevoegingen belangrijk:

- Wat is uw geslacht:
 - Man
 - Vrouw
 - Neutraal
- Wat is uw leeftijd: ...
- Wat is uw reden tot deelname (meerdere antwoorden zijn mogelijk):
 - Interesse
 - Professionele ontwikkeling
 - Persoonlijke ontwikkeling
 - Psychische klachten, namelijk: ...
 - Lichamelijke klachten, namelijk: ...
 - Overig, namelijk: ...
- Wat is uw laatst afgeronde opleiding:
 - VMBO
 - Mbo niveau 1
 - Mbo niveau 2
 - Mbo niveau 3
 - Mbo niveau 4
 - HBO
 - WO
 - Anders: ...
- Waar bent u werkend:
 - Binnen het Radboudumc
 - Buiten het Radboudumc
 - Anders: ...
- Binnen welk beroep(sgroep) bent u werkend:
 - Arts (in opleiding)
 - Psychiater
 - Psycholoog of socioloog
 - Maatschappelijk of sociaal werker
 - Verpleegkundige
 - Docent hoger onderwijs en/of hoogleraar
 - Docent/leerkracht secundair onderwijs
 - Secretaresse
 - Manager
 - Zelfstandig ondernemer
 - Onderzoeker
 - U bent student
 - Commerciële beroepen
 - Juridische beroepen
 - ICT beroepen
 - Administratieve beroepen
 - Anders: ...
- Wat is de naam van uw functie en afdeling (of opleiding): ...

Publicatie artikel over het onderzoek

Voor het schrijven van een artikel dienen er nog een aantal statistische analyses uitgevoerd te worden:

- Er wordt een clusteranalyse uitgevoerd. De dataset van het onderzoek is groot en bevat veel verschillende kenmerken. Door middel van een clusteranalyse wordt de dataset gereorganiseerd tot relatief homogene groepen. Kenmerken die tot één cluster behoren vertegenwoordigen één homogene groep.
- Er kan een voorspellend regressiemodel gebouwd worden van de kenmerken van het profiel van de populatie als onafhankelijke variabele en de effecten van de training als afhankelijke variabele. Zo kan er gekeken worden of de variatie in (het verschil in) burn-out, werkbevlogenheid, zelfcompassie, piekeren en mindfulness voorspeld kunnen worden door de verschillende kenmerken van het profiel.

Bijlage 8

Eigenwerkverklaring

Ondergetekende(n): (Naam student/en)

Fleur Beening

335602

verklaart/verklaren ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en derhalve geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander.
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding.
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Blackboard (SafeAssign).

Plaats: Nijmegen

Datum: 2 januari 2018

Handtekeningen:

Fleur Beening

N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werk verklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in **Art. 19 OER**.