

Ziekteverzuim

Een onderzoek naar persoon- en werkgebonden factoren
binnen de quataire sector



'Google'

Linde Elise Breunis

Masterthesis Arbeids- en Organisationspsychologie

Erasmus Universiteit Rotterdam

September 2006

Instituutsbegeleider: Dr. Marise Ph. Born

Instellingsbegeleider: Dr. Alec W. Serlie

Omslag: 'Google', Elise Breunis, Rotterdam

Voorwoord

Graag wil ik de personen en organisaties die het huidige onderzoek mogelijk hebben gemaakt bedanken. Met veel plezier heb ik aan mijn onderzoek gewerkt.

Samenvatting

Het huidige onderzoek heeft zich geconcentreerd op copingstijlen en persoonlijkheids- en werkfactoren die gerelateerd zijn aan ziekteverzuim.

Het onderzoek is uitgevoerd in de quartaire sector (niet-commerciële dienstverlening), te weten de hulpverlening en het onderwijs (Dagevos, 2002). Vooral in deze sector ligt het ziekteverzuim hoog. In Nederland was het ziekteverzuim in 2004 in de gezondheids- en welzijnszorg 5,7% terwijl het verzuim onder de werkende beroepsbevolking in dat jaar gemiddeld 4,6% behelsde (CBS, 19 december 2005). Het ziekteverzuim binnen het onderwijs was 7,6% in 2001 terwijl het verzuim in het bedrijfsleven toen op 5,4% uitkwam (CBS, 24 februari 2003).

Er hebben totaal 206 mensen meegewerkt aan het onderzoek. De onderzoeksresultaten laten zien dat de werkvariabelen plezier in het werk en herstelbehoefte, en de persoonlijkheidsvariabelen vriendelijkheid en de core self-evaluations een belangrijke rol blijken te spelen in het voorspellen van het ziekteverzuimproces. Zo blijken werknemers die veel plezier in hun werk ervaren, weinig herstelbehoefte nodig hebben, vriendelijk zijn en een hoge score behalen op de schaal core self-evaluations niet of minder lang ziek te zijn (ziekteverzuimduur). Werknemers die hoog scoren op de schaal vriendelijkheid blijken zich niet of minder frequent ziek te melden dan werknemers die laag scoren op de schaal vriendelijkheid (ziekteverzuimfrequentie). De werkvariabelen zijn voor een deel beïnvloedbaar. Zo kan wellicht het opbouwen van fysieke conditie door het uitoefenen van een sport ervoor zorgen dat de werknemer zich minder moe voelt na het werk en dus minder herstelbehoefte ervaart. Plezier in het werk kan voor een deel beïnvloed worden door de werkgever en/of werknemer, maar indien men als hulpverlener te maken heeft met een ‘vervelende’ cliënt, kan dit ervoor zorgen dat men minder plezier ervaart. Er zijn dus niet regelbare factoren binnen de uitoefening van het vak die ten koste kunnen gaan van het plezier in het werk, maar mogelijk ook een bevorderende werking hebben.

Van persoonlijkheidstrekken is bekend dat deze diep geworteld zijn en niet of weinig veranderen (Judge, Van Vianen & De Pater, 2004; Costa & McCrae, 2006) en zullen dus

moeilijk te beïnvloeden zijn. Wel kan er wellicht in de werving van nieuwe werknemers gekeken worden naar genoemde persoonlijkheidstrekken.

Inleiding

Onder ziekteverzuim verstaat men het niet of niet geheel uitvoeren van de functie wegens ziekte of een ongeval (CBS, 5 oktober 2005). Ziekteverzuim is op dit moment in Nederland een veelbesproken onderwerp. Naast veranderingen in de wetgeving zoals de op 1 april 2002 ingevoerde Wet Verbetering Poortwachter die erop gericht is om mensen weer sneller aan het werk te krijgen, ziet men ook dat organisaties als gevolg van nieuwe wet- en regelgeving omtrent ziekteverzuim veel bewuster omgaan met verzuim. Zo wordt er tegenwoordig vooral gekeken naar wat de werknemer nog wel kan, en hanteert men benaderingen als: *'Ziekte overkomt je, verzuim is een keuze'* (Van der Mast, Falke & Verbaan, 2004). Ziekteverzuim kost de organisatie veel geld. Zo leverde het ziekteverzuim (11,8%) in 2001 alleen al binnen de gemeente Rotterdam een verlies op van 90 miljoen euro. Indien een werknemer zich ziek meldt heeft de werkgever immers te maken met directe en indirecte kosten. Onder directe kosten vallen bijvoorbeeld het doorbetalen van het loon, de loonkosten van een vervanger en kosten die gemaakt worden door de betrokken Arbo-dienst. Maar ook heeft de werkgever te maken met indirecte kosten (Kompier, Kruidenier & Van der Putte, 1992). Men kan hierbij onder andere denken aan de kosten die gemaakt worden bij het regelen en administreren van een vervanger. Naast financiële consequenties heeft een hoog ziekteverzuim natuurlijk ook effect op directe collega's die het werk moeten opvangen van de zieke collega.

Het huidige onderzoek zal zich concentreren op copingstijlen en persoonlijkheids- en werkfactoren die gerelateerd zijn aan ziekteverzuim. Iemands copingstijl geeft weer op welke manier de werknemer met invloeden uit bijvoorbeeld het werk omgaat. Bij persoonlijkheidsfactoren kan men denken aan karaktertrekken als emotionele stabiliteit en beheersingsoriëntatie. Werkfactoren omvatten ondermeer werkhoeveelheid, afwisseling in het werk en de kwaliteit van contact met collega's.

De wetenschappelijke betekenis van dit onderzoek ligt in de gelijktijdige bestudering van persoons- en werkgerelateerde factoren die een mogelijk effect op ziekteverzuim hebben. Het tot op heden uitgevoerde onderzoek richtte zich voornamelijk op werkfactoren (situationele variabelen; Judge, Martocchio & Thoresen, 1997).

Er is slechts beperkt onderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen persoonlijkheidsfactoren (dispositionele variabelen) en ziekteverzuim. Een mogelijke verklaring hiervoor is terug te vinden in het feit dat er lange tijd geen algemeen geaccepteerde structuur bestond voor persoonlijkheid (Judge et al., 1997).

De maatschappelijke betekenis van het onderzoek vloeit direct voort uit het opdoen van kennis betreffende factoren die van invloed zijn op verzuim. Met het inzichtelijk maken van specifieke copingstijlen en persoonlijkheids- en werkfactoren in relatie tot ziekteverzuim, wordt er relevante informatie verkregen over welke factoren in de onderzochte sector ziekteverzuim kunnen terugdringen. Middels deze inzichten kunnen er eventueel aanpassingen gemaakt worden om het ziekteverzuim en de kosten die ermee gepaard gaan te reduceren.

Het onderzoek is uitgevoerd in de quataire sector (niet-commerciële dienstverlening), te weten de hulpverlening en het onderwijs (Dagevos, 2002). Vooral in deze sector ligt het ziekteverzuim hoog. In Nederland was het ziekteverzuim in 2004 in de gezondheids- en welzijnszorg 5,7% terwijl het verzuim onder de werkende beroepsbevolking in dat jaar gemiddeld 4,6% behelsde (CBS, 19 december 2005). Het ziekteverzuim binnen het onderwijs was 7,6% in 2001 terwijl het verzuim in het bedrijfsleven toen op 5,4% uitkwam (CBS, 24 februari 2003).

Het huidige onderzoek tracht bij te dragen aan het beantwoorden van de vraag wat de reden is dat vooral in deze sector het ziekteverzuim hoog ligt. In hoeverre ligt het verzuim aan het soort werk in deze sector en in hoeverre speelt de persoonlijkheid van de werknemers in deze sector ook een rol?

In het onderstaande zal eerst meer uitleg worden gegeven over vermijdbaar en niet-vermijdbaar ziekteverzuim, ziekteverzuimmodellen, en duur en frequentie van verzuim. Vervolgens zal er een toelichting worden gegeven op de persoonlijkheids- en werkfactoren, en op copingstijlen die onderzocht zijn in dit onderzoek in relatie tot reeds uitgevoerde onderzoeken.

Iedere sectie besluit met één of meerdere onderzoeksvragen en/ of hypothesen.

Ziekteverzuim

Ziekteverzuim is op te splitsen in twee categorieën te weten vermijdbaar verzuim en niet-vermijdbaar verzuim. Onder vermijdbaar verzuim valt het grijze en zwarte verzuim. Zwart verzuim betreft frauduleus verzuim: Men is niet ziek maar meldt zich wel ziek (Kronenburg-Willems, 2002).

Grijs verzuim betreft verzuim waar men zich kan afvragen of de werknemer te ziek is om te werken (Kronenburg-Willems). Ongeveer 60% van het verzuim in Nederland valt onder het vermijdbare, grijze en zwarte, verzuim.

Zowel de werkgever als werknemer zijn in staat invloed uit te oefenen op dit vermijdbare verzuim en dit te reduceren, aldus Kronenburg-Willems. Aangezien zoals gezegd ziekteverzuim duur en voor een belangrijk deel vermijdbaar is, is het belangrijk om meer inzicht te krijgen in copingstijlen en persoonlijkheids- en werkfactoren die mogelijk ziekteverzuim kunnen voorspellen. Zoals uit de inleiding al naar voren kwam is de huidige opvatting in Nederland over ziekteverzuim dat deze voor een groot deel afhankelijk is van een keuze die gemaakt wordt: 'Blijf ik thuis of ga ik werken?'. Op de keuze tot verzuim zijn een aantal factoren van invloed. In Nederland worden vaak twee modellen gebruikt bij het verklaren van ziekteverzuim. Dit zijn het *beslissingsmodel* en het model *arbeidsbelasting* (Van Deursen & Smulders, 1995).

Het *beslissingsmodel* gaat er van uit dat de keuze om zich ziek te melden of niet, te maken heeft met de verzuimdrempel. De verzuimdrempel betreft het gemak waarmee men zich ziek kan melden en wordt beïnvloed door de verzuimgelegenheid en de verzuimbehoefte (Van Deursen & Smulders; Veerman, 1990). De verzuimdrempel kan bijvoorbeeld verhoogd worden door de ziekmelding te laten plaatsvinden bij de direct leidinggevende (Stadswerker, 2006). De verzuimgelegenheid heeft betrekking op wetgeving die er bestaat voor het reguleren van ziekteverzuim en omvat bijvoorbeeld controleprocedures en de mate waarin het werk van de zieke overgenomen dient te worden door directe collega's. De verzuimbehoefte heeft te maken met de binding met het bedrijf. Heeft de werknemer een lage binding dan zal hij zich eerder ziek melden wanneer hij zich niet zo lekker voelt (Van Deursen & Smulders; Veerman).

In het model *arbeidsbelasting* worden drie factoren gebruikt ter verklaring van ziekteverzuim. De eerste factor betreft belastende factoren in de arbeidssituatie, die zich bijvoorbeeld kunnen voordoen op het gebied van arbeidsinhoud en/of de arbeidsomstandigheden. De tweede factor betreft de regelmogelijkheden die de werknemer tot zijn beschikking heeft om de belastende factoren in zijn werk te kunnen regelen. De derde factor tot slot doet aanspraak op het verwerkingsvermogen van de werknemer, ofwel de mate waarin de werknemer in staat is de werkbelasting te kunnen reguleren (Van Deursen & Smulders). De modellen oefenen een aanvullende werking op elkaar uit.

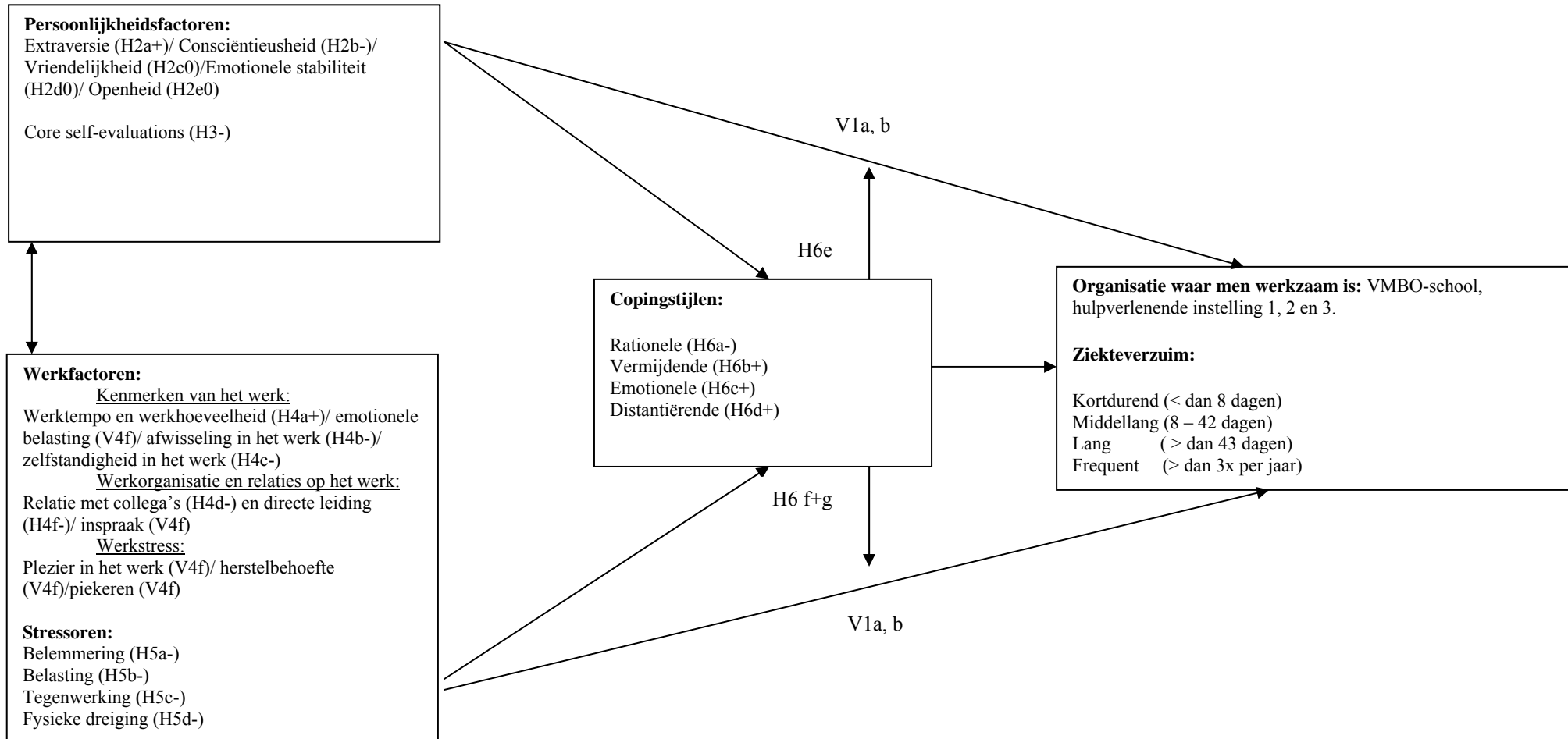
Voor het huidige onderzoek is er een ziekteverzuimmodel ontwikkeld dat aansluit op het arbeidsbelasting model. En dat de eerder genoemde factoren, te weten copingstijlen en persoonlijkheids- en werkfactoren, integreert.

In dit model worden de directe relaties tussen de verschillende variabelen en ziekteverzuim belicht.

Copingstijlen worden een mediërende rol toegekend, tussen zowel persoonlijkheid en ziekteverzuim als werkfactoren en ziekteverzuim (zie Figuur 1). De mediërende rol van copingstijl wordt op een later moment toegelicht. De verschillende variabelen vermeld in het model en de bijbehorende hypothesen zullen achtereenvolgens behandeld worden. Ten aanzien van het model zijn er de volgende centrale vragen opgesteld:

Vraag 1a. Zijn copingstijlen en persoonlijkheids- en werkfactoren gerelateerd aan ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie?

Vraag 1b. Welke van de copingstijlen, en persoonlijkheids- en werkfactoren vertonen de sterkste verbanden met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie?



Figuur 1. Voorgesteld ziekteverzuimmodel

Noot. In de verschillende blokken zijn de onderzochte variabelen vermeld en de verwachte relaties. H = Hypothese, V = Vraag, + = positief verband met ziekteverzuim, - = negatief verband met ziekteverzuim en 0= geen verband met ziekteverzuim. De nummers achter de variabelen verwijzen naar de geformuleerde hypothesen en vragen.

Persoonlijkheidsfactoren

Persoonlijkheidsfactoren zijn factoren die geworteld zijn in de persoon zelf. Het meest bekende model ter beschrijving van de persoonlijkheid is het zogeheten Five-Factor model (Costa & McCrae, 1988). De factoren die in dit model gebruikt worden zijn extraversie, consciëntieusheid, vriendelijkheid, emotionele stabiliteit en openheid. Extraverte personen zijn naar buiten gericht en sociaal en assertief. Consciëntieusheid verwijst naar een persoon die hard werkt en netjes, opgeruimd en betrouwbaar is. Vriendelijkheid geeft weer in welke mate de persoon vriendelijk, warm en meewerkend is. Emotionele stabiliteit geeft aan in hoeverre de persoon om kan gaan met stress en zelfverzekerd en ontspannen is. Tot slot verwijst openheid naar creativiteit en het openstaan voor nieuwe ervaringen (Costa & McCrae, 1992). Het Five-Factor model is onderzocht in veel verschillende contexten, bijvoorbeeld als voorspeller van werkprestaties (Salgado, 1997), maar ook van burnout (Schaufeli, Bakker & De Jonge, 2003). Uit het onderzoek van Salgado, waarin hij verschillende meta-analyses met elkaar vergelijkt, komt naar voren dat vooral consciëntieusheid en emotionele stabiliteit valide predictoren zijn van werkcriteria. Schaufeli et al. geven aan dat burn-out vooral veel voorkomt bij mensen met een lage emotionele stabiliteit en weinig bij mensen met een extraverte persoonlijkheid. Maar ook is het Five-Factor model gebruikt om ziekteverzuim te voorspellen. Onderzoek van Judge et al. (1997) laat zien dat er een nauw verband is tussen bepaalde persoonlijkheidsfactoren en ziekteverzuim. Zo zijn werknemers die één standaarddeviatie hoger scoren op de karaktertrek extraversie 9,9 uur meer ziek per half jaar dan werknemers die gemiddeld scoren op deze schaal. Werknemers die één standaarddeviatie hoger scoren op de karaktertrek consciëntieusheid zijn 8 uur minder ziek per half jaar dan werknemers die gemiddeld scoren op deze schaal. Ook werd er een positief effect verwacht van de karaktertrek neuroticisme op ziekteverzuim. Dit verband werd echter niet gevonden. Een mogelijk verklaring die Judge et al. hiervoor geven is dat werknemers die hoog scoren op de schaal neuroticisme tevens realistisch zijn en goed de gevolgen van hun actie in kunnen schatten en daarom geen significant hoger ziekteverzuim hebben. Voor een relatie tussen de persoonlijkheidstrekken openheid en vriendelijkheid en ziekteverzuim is geen theoretische basis terug te vinden in de literatuur (Judge et al.). Naast het onderzoek van Judge et al. is er weinig onderzoek gedaan naar mogelijke verbanden tussen de Five-Factor persoonlijkheidstrekken en ziekteverzuim. In lijn met het onderzoek van Judge et al. zijn de volgende hypothesen geformuleerd betreffende ziekteverzuim:

H2a. Extraversie heeft een positief verband met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

H2b. Consciëntieusheid heeft een negatief verband met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

H2c. Er is geen verband tussen vriendelijkheid en ziekteverzuimduur of ziekteverzuimfrequentie.

H2d. Er is geen verband tussen emotionele stabiliteit en ziekteverzuimduur of ziekteverzuimfrequentie.

H2e. Er is geen verband tussen openheid en ziekteverzuimduur of ziekteverzuimfrequentie.

Naast het veelgebruikte Five-Factor model is recent het core self-evaluations model ontwikkeld door Judge, Erez, Bono en Thoresen (2003). Core self-evaluations worden door Judge, Van Vianen en De Pater (2004) omschreven als een persoonlijkheidstrekk van een hogere orde die betrekking heeft op de evaluatie die mensen maken over zichzelf en hun functioneren. Core self-evaluations worden gemeten met een schaal die samengesteld is uit vier veel bestudeerde karaktertrekken, te weten self-esteem, gegeneraliseerde self-efficacy, neuroticisme en locus of control (Judge et al, 2003). Self-esteem betreft de waardering die een persoon voor zichzelf heeft (Judge, Locke, Durham & Kluger, 1998). Gegeneraliseerde self-efficacy betreft de overtuiging van een persoon dat hij/zij in staat is zaken in het algemeen met een positief resultaat af te ronden (Bandura, 1997). Neuroticisme geeft aan in hoeverre de persoon de neiging heeft een negatieve invulling te geven aan gebeurtenissen en zich te concentreren op de negatieve kant van zijn eigen persoon (Judge et al., 2003). Locus of control, tot slot, betreft het toeschrijven van gebeurtenissen. Deze kunnen intern toegeschreven worden. In dat geval voelt de persoon zich verantwoordelijk voor hetgeen er gebeurt. Bij een externe locus of control schrijft de persoon gebeurtenissen toe aan iets buiten zichzelf (Judge et al., 2003). Self-esteem, locus of control en neuroticisme zijn de meest onderzochte karaktertrekken in de psychologie (Judge et al., 2004). Uit onderzoek van Santos en De Nijs (2004) blijkt dat werknemers die een externe locus of control hebben vaker en langer ziek zijn dan werknemers met een interne locus of control. De vier karaktertrekken die deel uitmaken van de core self-evaluations zijn vaak apart van elkaar onderzocht en maar zelden als geheel. Om hier verandering in aan te brengen hebben Judge et al. (2004) de vier karaktertrekken samengevoegd in een schaal en veelvuldig getest, waaruit bleek dat de core self-evaluations schaal betrouwbaar is (gemiddelde $\alpha = .84$) en een stabiele test-hertest betrouwbaarheid oplevert ($r = .81$ over 3 maanden).

Verder laat onderzoek van Judge et al. (2003) zien dat core self-evaluations een incrementele validiteit heeft ten opzichte van het Five-Factor model bij het voorspellen van werktevredenheid, levenstevredenheid en arbeidsprestaties. Er zijn onder andere positieve significante relaties gevonden van core self-evaluations met werktevredenheid en levenstevredenheid (Judge et al., 1998), en arbeidsprestaties (Erez & Judge, 2001). Op basis van deze onderzoeken is de volgende hypothese geformuleerd:

H3. Core self-evaluations vertonen een negatief verband met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

Werkfactoren

Naast persoonlijkheidsfactoren zijn er ook werkfactoren te onderscheiden die bijdragen aan ziekteverzuim. Een samenvatting van empirische onderzoekspublicaties naar ziekteverzuim tussen 1950 en 1982 door Smulders (1984) laat zien dat er op het gebied van werkfactoren veel onderzoek verricht is, voor het overgrote deel afkomstig uit Amerika, Engeland, Australië en Nederland. De meest onderzochte werkfactoren zijn inhoud van het werk (136 onderzoeken), werktijden (82 onderzoeken) en verticale relaties (68 onderzoeken). De inhoud van het werk heeft betrekking op taakvariatie, autonomie en verantwoordelijkheid. Onder autonomie verstaat men de mate waarin de werknemer regelmogelijkheden tot zijn beschikking heeft en dus bijvoorbeeld zelf kan bepalen wanneer hij welke taken uitvoert (Schaufeli et al., 2003). Werktijd heeft betrekking op het verschil tussen dagdienst en ploegendienst, overwerk, en of de medewerker een parttime of een fulltime werkweek heeft. Leiderschapsvormen, tevredenheid met de leiding en participatie in beslissingen vallen onder de categorie verticale relaties (Smulders, 1984). Maar ook in meer recente onderzoeken is de relatie tussen werkfactoren en ziekteverzuim onderzocht. Door Rentsch en Steel (1998) is onderzoek gedaan naar de relatie tussen autonomie en ziekteverzuim. Er bleek een negatieve relatie te bestaan tussen de mate van regelmogelijkheden en ziekteverzuim: als een werknemer veel regelmogelijkheden tot zijn beschikking heeft bleek hij/zij minder ziek te zijn. Maar ook taakvariatie, dit wil zeggen de mate waarin het werk gevarieerd is en aanspraak maakt op verschillende vaardigheden van de werknemer, speelt een rol in ziekteverzuim (Schaufeli et al.). Zo laat het onderzoek van Rentsch en Steel zien dat er ook bij taakvariatie een negatieve correlatie bestaat met ziekteverzuim: met andere woorden, hoe hoger de taakvariatie hoe lager het ziekteverzuim is.

In de loop der tijd zijn er verschillende theorieën en modellen ontwikkeld om meer inzicht te verkrijgen in factoren die van invloed zijn op de arbeidsmotivatie, het welbevinden en de gezondheid van werknemers (Schaufeli et al.).

Een veel gebruikt model is het demand-control-support model (Karasek & Theorell, 1990). Het model is een uitbreiding van het demand-control model van Karasek (1979) en bevat drie psychologische werkkenmerken die een belangrijke rol spelen in het welbevinden en de gezondheid van werknemers. Dit zijn taakeisen, sturingsmogelijkheden en sociale steun (Karasek & Theorell). Onderzoek door Karasek en Theorell naar dit model laten zien dat hoge taakeisen, weinig sturingsmogelijkheden en weinig sociale steun een negatieve invloed uitoefenen op de gezondheid van de werknemer. Het model heeft de afgelopen jaren echter veel kritiek gehad. Onder andere is er kritiek op de conceptualisering en operationalisering van het model. De schalen die taakeisen, sturingsmogelijkheden en sociale steun zouden moeten meten zijn volgens verschillende auteurs niet homogeen, de vragen binnen elke schaal vertegenwoordigen meerdere werkkenmerken (Schaufeli et al., 2003; De Jonge & Kompier, 1997).

Schaufeli et al. hebben een overzicht gemaakt van de belangrijkste werkkenmerken die in de verschillende theorieën en modellen, zoals het job characteristics model van Hackman en Oldham (1980), het Michigan Model van Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek en Rosenthal (1964) en het Vitaminemodel van Warr (1987), gebruikt worden. Taakvariatie, taakeisen, sociale ondersteuning, feedback en beloning spelen een belangrijke rol. In het huidige onderzoek zal gebruik worden gemaakt van de Vragenlijst Beoordeling en Beleving van de Arbeid die is ontwikkeld in een samenwerkingsproject tussen de Arbodienst West-Brabant, de Rijksuniversiteit Groningen, het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden en de Universiteit van Amsterdam (Van Veldhoven, Meijman, Broersen & Fortuin, 1997). Deze vragenlijst wordt veelvuldig ingezet in Nederland en bevat naast de volledig vertaalde Job Content Questionnaire ontwikkeld door Karasek, ook de belangrijkste kenmerken voor het meten van psychosociale arbeidsbelasting en werkstress (Van Veldhoven & Meijman, 1994). De vragenlijst is bovendien gebruikt om ziekteverzuim te voorspellen. Er werden significante verbanden gevonden tussen de werkvariabelen gemeten in de VBBA en verzuimduur (8% verklaarde variantie) en verzuimfrequentie (6% verklaarde variantie). Deze percentages zijn hoog in vergelijking met verkregen resultaten uit vergelijkbare verzuimonderzoeken (Van Veldhoven & Meijman, 1994).

De volgende werkfactoren zullen gemeten worden in het huidige onderzoek: *kenmerken van het werk*: werktempo en werkhoeveelheid, emotionele belasting, afwisseling in het werk, zelfstandigheid in het werk, *werkorganisatie en relaties op het werk*: relatie met collega's, relatie met directe leiding, inspraak, en *werkstress*: plezier in het werk, herstelbehoefte en piekeren. Op basis van bovengenoemde theorieën, modellen en resultaten zijn de volgende hypothesen en vragen geformuleerd:

H4a. Werktempo en werkhoeveelheid hangen positief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

H4b. Afwisseling in het werk hangt negatief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

H4c. Zelfstandigheid in het werk hangt negatief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

H4d. Kwaliteit van contact met collega's hangt negatief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

H4e. Kwaliteit van contact met de directe leiding hangt negatief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

V4f. Hangen emotionele belasting, inspraak, plezier in het werk en herstelbehoefte samen met ziekteverzuimduur of ziekteverzuimfrequentie?

Om de oorzaken van ervaren werkstress te kunnen vaststellen zijn er naast bovengenoemde schalen tevens vier categorieën stressoren in dit onderzoek opgenomen. Stressoren zijn factoren die het uit te voeren werk bemoeilijken (Schabracq & Winnubst, 1995). Uit onderzoek van Van der Ploeg en Kleber (2001) komt naar voren dat chronische werkstressoren samenhangen met klachten als burn-out en vermoeidheid. Vergelijkbare resultaten worden ook verwacht op het vlak van ziekteverzuim. De opgenomen stressoren zijn 'belemmering', 'belasting', 'tegenwerking' en 'fysieke dreiging' (Serlie, 2004). Belemmering betreft de ervaren belemmering om het werk goed te kunnen uitvoeren. Belasting geeft weer in hoeverre de werknemer het werk als een (zware) belasting ervaart. Bij tegenwerking ervaart de werknemer tegenwerking, al dan niet openlijk, door anderen. Bij fysieke dreiging voelt de werknemer zich onveilig op het werk (Serlie, 2004). Stressoren komen deels overeen met werkfactoren. Werkfactoren kunnen immers ook als factoren ervaren worden die het uit te voeren werk bemoeilijken.

Op basis van bovengenoemd onderzoek zijn de volgende hypothesen opgesteld:

H5a. Belemmering hangt positief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

H5b. Belasting hangt positief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

H5c. Tegenwerking hangt positief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

H5d. Fysieke dreiging hangt positief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

Copingstijlen

Niet alleen persoonlijkheids- en werkfactoren hebben een directe invloed op ziekteverzuim, maar ook coping, de wijze waarop de werknemer in staat is om op een juiste manier met deze invloeden om te gaan, speelt een rol (Nauta & Van Sloten, 2004). Coping werd in vroeger onderzoek gecategoriseerd in twee verschillende stijlen te weten probleemgerichte versus emotiegerichte coping (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986; Koeske, Kirk & Koeske, 1993; Lazarus & Folkman, 1984; Terry, Tonge & Callan, 1995). Bij probleemgerichte coping benadert de werknemer het probleem actief. Bij emotiegerichte coping probeert de werknemer niet het probleem op te lossen maar is hij/zij gericht op het reduceren van de stress en emoties die voortkomen uit het probleem (Koeske et al.; Folkman et al.; Terry et al., 1995). Uit onderzoek van Van Yperen en Van Horn (1993) komt naar voren dat psychische klachten bij arbeidsongeschikten toenemen naarmate het probleem niet actief (dat wil zeggen niet probleemgericht) wordt benaderd.

Onderzoek van Koeske et al. laat zien dat een probleemgerichte coping tevens fungeert als een buffer om met werkstress om te gaan. De onderzochte groep werknemers die een probleemgerichte coping hanteerden bleek minder last te hebben van negatieve consequenties als bijvoorbeeld burnout en ontevredenheid in het werk (Koeske et al.). Onderzoek van Terry et al. laat tevens zien dat probleemgerichte coping een mediërende rol vervult tussen situationele factoren als stress en self-efficacy en psychologisch welzijn en werktevredenheid. Werknemers uit het onderzoek met een probleemgerichte copingstijl konden beter omgaan met stressvolle situaties dan werknemers die een emotiegerichte coping hanteerden (Terry et al.). Op basis van deze onderzoeken zal coping in het huidige onderzoek opgenomen worden als mediërende factor.

Later zijn deze twee copingstijlen door Roger, Jarvis en Najarian (1993) uitgebreid tot vier copingstijlen. De vier copingstijlen zijn rationele coping, vermijdende coping, emotionele coping en distantieerende coping. Bij rationele coping wordt het probleem door de werknemer actief benaderd. Bij vermijdende coping wordt het probleem passief benaderd. Bij emotionele coping richt de werknemer zich op de emotie die de stressor oproept.

Bij distanciërende coping neemt de werknemer afstand van het probleem en probeert deze de innerlijke beleving te bagatelliseren of kleiner te maken. In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de vier copingstijlen van Roger et al.

In aansluiting op bovenstaand onderzoek wordt voor het huidige onderzoek verwacht dat rationele coping een negatief verband heeft met ziekteverzuimduur omdat hier het probleem actief wordt benaderd. Vermijdende, emotionele en distanciërende coping zullen juist een positief verband hebben met ziekteverzuim, aangezien hier het probleem niet actief wordt benaderd.

Op basis van bovengenoemde bevindingen zijn de volgende hypothesen opgesteld:

H6a. Rationele coping hangt negatief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

H6b. Vermijdende coping hangt positief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

H6c. Emotionele coping hangt positief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

H6d. Distantiërende coping hangt positief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

H6e. Copingstijl fungeert als mediator in de relatie tussen persoonlijkheid en ziekteverzuim.

H6f. Copingstijl fungeert als mediator in de relatie tussen stressoren en ziekteverzuim.

H6g. Copingstijl fungeert als mediator in de relatie tussen werkfactoren en ziekteverzuim.

Methode

Participanten

Het onderzoek is uitgevoerd bij een VMBO-school en bij drie verschillende hulpverlenende instellingen in de regio Rotterdam/ Den Haag. Op de VMBO-school was er zowel de mogelijkheid de vragenlijst schriftelijk als via een site op de computer in te vullen. Van de 138 a-select benaderde werknemers zijn er 15 vragenlijsten ingevuld op de site en 45 schriftelijk. Dit leverde een responspercentage van 43.5% op.

Bij de eerste hulpverlenende instelling zijn a-select 124 werknemers benaderd voor deelname aan het onderzoek. En zijn er 59 vragenlijsten ingevuld en teruggestuurd. Dit leverde een responspercentage van 47.6% op. Bij de tweede hulpverlenende instelling zijn a-select 40 werknemers benaderd en hebben totaal 20 werknemers de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd. Dit leverde een responspercentage van 50% op.

Bij de derde hulpverlenende instelling zijn a-select 125 werknemers benaderd voor deelname aan het onderzoek en hebben 67 werknemers de vragenlijst ingevuld. Dit leverde een responspercentage op van 53.6%. (zie Tabel 1)

Tabel 1

Responspercentages participerende organisaties per organisatie en totaal

Organisatie	Respondenten/benaderd	Responspercentage
VMBO-school	60/138	43.5%
Hulpverlenende instelling (1)	59/124	47.6%
Hulpverlenende instelling (2)	20/40	50.0%
Hulpverlenende instelling (3)	67/125	53.6%
Totaal	206/427	48.2%

De leeftijd van de totale groep respondenten (N=206) varieerde van 20 jaar tot 63 jaar. Een overzicht van het gemiddelde en de standaarddeviatie van de leeftijd van de participerende onderzoeksgroepen is weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2

Verdeling van de respondenten naar leeftijd per organisatie en totaal

Organisatie	Gem.	S.D.
VMBO-school	45.45	10.14
Hulpverlenende instelling (1)	40.58	9.33
Hulpverlenende instelling (2)	40.30	12.64
Hulpverlenende instelling (3)	38.47	11.02
Totale groep	41.26	10.77

* 3 van de 206 respondenten hebben hun leeftijd niet ingevuld

De totale groep respondenten bestond uit 125 (60.7%) vrouwen en 80 (38.8%) mannen. Er was 1 (0.5%) respondent die zijn of haar geslacht niet heeft ingevuld. Een overzicht van het aantal vrouwen en mannen per participerende onderzoeksgroep is weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3

Verdeling van de respondenten naar sekse per organisatie en totaal

Organisatie	Man/percentage	Vrouw/percentage
VMBO-school	29/48.3%	30/50%
Hulpverlenende instelling (1)	16/27.1%	43/72.9%
Hulpverlenende instelling (2)	7/35%	13/65%
Hulpverlenende instelling (3)	28/41.8%	39/58.2%
Totale groep	80/38.8%	125/60.7%

* 1 van de 206 respondenten heeft zijn/haar sekse niet ingevuld

Van de 206 respondenten hebben 32 (15.5%) respondenten een MBO opleiding afgerond, 114 (55.3%) respondenten hebben een HBO opleiding afgerond, en 26 (12.6%) respondenten hebben een universitaire opleiding afgerond. Verdere informatie betreffende opleidingsniveau is terug te vinden in Tabel 4.

Tabel 4

Verdeling van de respondenten naar opleidingsniveau per organisatie en totaal

Opleidingsniveau	Percentage VMBO-school	Percentage Hulp. Ins. 1	Percentage Hulp. Ins. 2	Percentage Hulp. Ins. 3	Percentage Totaal
Lager onderwijs/basisschool	0%	0%	0%	0%	0%
Lager beroepsonderwijs (bv. LTS)	3.3%	5.1%	0%	0%	2.4%
MAVO of ULO/MULO	0%	5.1%	0%	13.4%	5.8%
Middelbaar beroepsonderwijs (bv. MTS)	8.3%	20.3%	0%	22.4%	15.5%
HAVO/VWO of MMW/HBS	0%	8.5%	0%	6%	4.4%
Hoger beroepsonderwijs	71.7%	47.5%	100%	34.3%	55.3%
Wetenschappelijk onderwijs	6.7%	10.2%	0%	23.9%	12.6%
Missende waarden	10%	3.4%	0%	0%	4%

Homogeniteit samenstelling groepen

De totale onderzoeksgroep bestaande uit één VMBO-school en drie hulpverlenende instanties is vooraf gecontroleerd op homogeniteit voor de variabelen leeftijd, sekse en opleidingsniveau.

Omdat de varianties van de groepen niet aan elkaar gelijk zijn op de variabele leeftijd (Levene statistic = 1.18; $df_1 = 37$; $df_2 = 162$; $p = 0.01$) en hiermee niet voldaan wordt aan de vooronderstellingen voor het gebruik van de variantie-analyse is er uitgeweken naar de Kruskal-Wallis toets. De Kruskal-Wallis toets laat zien dat er een verschil is in leeftijd van de respondenten afkomstig uit de verschillende organisaties ($\chi^2(3, N = 203) = 12.66$; $p = 0.01$). In Tabel 2 kan men een indruk krijgen van de verdeling van leeftijd tussen de verschillende organisaties. In verdere analyses zal er gecontroleerd worden op leeftijd.

Voor het controleren op homogeniteit voor de variabele sekse is de Chi-kwadraat toets gebruikt, omdat zowel de variabele organisatie als sekse nominale variabelen zijn (De Vocht, 2005). De Chi-kwadraat toets laat zien dat er geen verband bestaat tussen het geslacht van de respondenten en de organisatie waar men werkzaam is ($\chi^2 = 6.41$; $df = 3$; $p > 0.05$).

Voor de variabele opleidingsniveau is gebruik gemaakt van de Kruskal-Wallis toets, omdat het hier gaat om meer dan twee onafhankelijke groepen en de testvariabele opleidingsniveau op ordinaal niveau gemeten is. De Kruskal-Wallis toets laat zien dat er geen verschil is in het opleidingsniveau van de respondenten uit verschillende organisaties ($\chi^2(3, N = 198) = 6.98; p > 0.05$)

Procedure

De dataverzameling vond plaats in de periode van 28 april tot 26 juli 2006.

Na toestemming te hebben verkregen van de benaderde organisaties is er een introductiebrief gestuurd naar de werknemers binnen de betreffende organisatie. In de brief werd onder andere het doel van het onderzoek en vertrouwelijkheid van het onderzoek toegelicht. De werknemers bij de VMBO-school hebben de brief digitaal ontvangen. De werknemers bij hulpverlenende instelling (1) hebben de brief samen met hun loonstrook ontvangen. De overige hulpverlenende instellingen hebben deze brief in hun postvak ontvangen.

Enkele weken na de verspreiding van deze introductiebrief is vervolgens de vragenlijst verstuurd. Op de VMBO-school kon de vragenlijst zowel schriftelijk als via de computer worden ingevuld. Bij de hulpverlenende instellingen kon de vragenlijst alleen schriftelijk worden ingevuld. Dit omdat deze instellingen te kennen gaven dat het invullen van de vragenlijsten via de computer een belemmerende factor was, niet iedere werknemer heeft de beschikking over een computer.

Enkele weken na de verspreiding van de vragenlijst is er een reminder gestuurd.

Meetinstrumenten

Ziekteverzuim

Ziekteverzuim is op te splitsen in duur en frequentie (Kronenburg-Willems, 2002). In Nederland worden drie categorieën gebruikt om de verzuimduur vast te stellen, te weten: kort ziekteverzuim (1-7 dagen), middellang ziekteverzuim (8-43 dagen) en lang ziekteverzuim (43 dagen en langer) (Kronenburg-Willems). Verder spreekt men van frequent ziekteverzuim wanneer de werknemer zich drie keer of meer per jaar ziek meldt. In het huidige onderzoek is ziekteverzuim gemeten middels de volgende twee vragen:

1. Hoe vaak heeft u zich in het jaar 2005 ziek gemeld? (frequentie)
2. Hoeveel werkdagen bent u in het jaar 2005 (totaal) ziek geweest? (duur)

Persoonlijkheid

G5-R – verkort

Extraversie, consciëntieusheid, vriendelijkheid, emotionele stabiliteit en openheid zijn gemeten middels de verkorte G5-R vragenlijst, een door GITP ontwikkelde vragenlijst (Koch, 1998). Onderzoek uitgevoerd binnen GITP laat zien dat de schalen van de G5-R een hoge soortgenoot validiteit vertonen met de schalen van de NEO Personality Inventory (Koch, 2006).

De hieronder genoemde alfa betrouwbaarheden zijn afkomstig uit onderzoek uitgevoerd bij GITP (Koch, 1998). De alfa betrouwbaarheden van het huidige onderzoek zijn opgenomen in Bijlage 1.

De schaal *extraversie* bevat 8 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .88. Enkele voorbeelditems van de schaal extraversie zijn: Legt gemakkelijk contact; Maakt gemakkelijk nieuwe contacten.

De schaal *consciëntieusheid* bevat 8 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .81. Enkele voorbeelditems van de schaal consciëntieusheid zijn: Is vlijtig en secuur; Ruimt de rommel direct op.

De schaal *vriendelijkheid* bevat 8 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .68.

Vriendelijkheid wordt omschreven als iemand die behulpzaam is, begaan is met andere mensen, goedaardig, vertrouwen heeft in anderen en verdraagzaam is. Enkele voorbeelditems zijn: Gelooft in de goede bedoelingen van anderen; Heeft veel vertrouwen in anderen.

De schaal *stabiliteit* bevat 8 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .82. Stabiliteit staat voor een stevige persoonlijkheid, zelfverzekerd zijn, tegen spanningen en tegen kritiek kunnen. Evenwichtig, kalm en geduldig zijn. Enkele voorbeelditems zijn: Blijft kalm onder alle omstandigheden; Is snel in zijn/haar gevoelens gekwetst.

De schaal *openzinnigheid* bevat 8 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .78.

Openzinnigheid staat voor open staan voor meningen, gevoelens en nieuwe ervaringen. Een onderzoekend persoon zijn, verbeeldingskracht hebben, over dingen nadenken, zich een eigen mening kunnen vormen. Enkele voorbeelditems zijn: Staat open voor waarden van anderen; Interesseert zich voor de opvattingen van anderen.

De antwoordcategorieën op de Likert schaal lopen van 1=helemaal niet van toepassing tot 5=helemaal van toepassing.

Core self-evaluations

De Core self-evaluations-schaal is een samenstelling van vier schalen, te weten self-esteem, gegeneraliseerde self-efficacy, neuroticisme en locus of control (Judge et al., 2003).

De core self-evaluations schaal bevat in totaal 12 vragen (3 vragen per schaal) en heeft een interne consistentie van .84.

De antwoordcategorieën lopen van 1=volledig oneens tot 5= volledig eens. Enkele voorbeelditems zijn: Wanneer ik iets probeer slaag ik daar over het algemeen in; Ik volbreng taken succesvol; Over het algemeen ben ik tevreden over mezelf.

Werkfactoren

VBBA (Van Veldhoven et al., 1997)

De werkfactoren zijn gemeten met de Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid. De schaal kenmerken van het werk bevat de volgende subschalen: *werktempo en werkhoeveelheid, emotionele belasting, afwisseling in het werk en zelfstandigheid in het werk.*

De schaal *werktempo en werkhoeveelheid* bevat 11 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .89. Enkele voorbeelditems zijn: Moet u erg snel werken?; Heeft u te weinig werk?

Emotionele belasting betreft de mate waarin de werknemer geconfronteerd wordt met emotioneel belastende zaken in zijn dagelijkse werkzaamheden (Kompier, 1995). De schaal emotionele belasting bevat 7 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .85. Enkele voorbeelditems zijn: Is uw werk emotioneel zwaar?; Komt u door uw werk in aangrijpende situaties terecht?

De schaal *afwisseling in het werk* bevat 6 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .82.

Enkele voorbeelditems zijn: Is voor uw werk creativiteit vereist?; heeft u in uw werk voldoende afwisseling?

De schaal *zelfstandigheid in het werk* bevat 11 vragen en heeft een alfa betrouwbaarheid van .90. Enkele voorbeelditems zijn: Kunt u zelf bepalen hoeveel tijd u aan een bepaalde activiteit besteedt?; Heeft u invloed op het werktempo?

De antwoordcategorieën bij de subschalen kenmerken van het werk lopen van 0=nooit tot 3= altijd.

De schaal werkorganisatie en relaties op het werk bevat de volgende subschalen: *relatie met collega's, relatie met directe leiding en inspraak.*

De schaal *relatie met collega's* bevat 9 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .87.

Enkele voorbeelditems zijn: Kunt u als dat nodig is uw collega's om hulp vragen?; Heeft u te maken met agressie vanuit uw collega's?

De schaal *relatie met directe leiding* bevat 9 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .90.

Enkele voorbeelditems zijn: Is uw directe leiding vriendelijk tegen u?; Doen zich tussen u en uw directe leiding vervelende gebeurtenissen voor?

De schaal *inspraak* bevat 8 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .85. Enkele voorbeelditems zijn: Heeft u veel te zeggen over wat er gebeurt op uw werkplek?; Kunt u meebepalen wat wel en wat niet tot uw taak behoort?

De antwoordcategorieën bij de subschalen werkorganisatie en relaties op het werk lopen van 0=nooit tot 3=altijd.

De schaal werkstress bevat de volgende subschalen: *plezier in het werk*, *herstelbehoefte en piekeren*.

De schaal *plezier in het werk* bevat 9 vragen en heeft een alfa betrouwbaarheid .79. Enkele voorbeelditems zijn: Ik doe mijn werk omdat het moet, daarmee is alles wel gezegd; Meestal vind ik het wel prettig om aan de werkdag te beginnen.

De schaal *herstelbehoefte* bevat 11 vragen en heeft een alfa betrouwbaarheid van .87. Enkele voorbeelditems zijn: Ik vind het moeilijk om me te ontspannen aan het einde van een werkdag; Na het avondeten voel ik me meestal nog vrij fit.

De schaal *piekeren* bevat 4 vragen en heeft een alfa betrouwbaarheid van .80. Enkele voorbeelditems zijn: Ik kan mijn werk heel gemakkelijk van me afzetten; Ik maak me als ik vrij ben vaak zorgen over mijn werk.

De antwoordcategorieën bij de subschalen werkstress lopen van 0=NEE! tot 3=JA!.

Stressoren

De stressoren zijn gemeten met een verkorte GITP stress vragenlijst ontwikkeld door GITP International bv (Serlie, 2004). De vragenlijst bestaat uit vier schalen te weten *belemmering*, *belasting*, *tegenwerking* en *fysieke dreiging*.

De schaal *belemmering* bevat 6 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .81. Een voorbeelditem is: Er wordt bij ons veel beloofd maar weinig waar gemaakt.

De schaal *belasting* bevat 6 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .72. Een voorbeelditem is: Ik krijg mijn werk niet op tijd af.

De schaal *tegenwerking* bevat 6 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .72. Een voorbeelditem is: Ik krijg het gevoel dat mijn collega achter mijn rug om commentaar op mij heeft.

De schaal *fysieke dreiging* bevat 6 items en heeft een alfa betrouwbaarheid van .59. Een voorbeelditem is: Ik realiseer me dat mijn werk bepaalde gevaren met zich meebrengt.

De antwoordcategorieën lopen van 1=zelden tot 5=meestal.

Copingstijlen

Coping Styles Questionnaire

Copingstijlen zijn gemeten met de verkorte Coping Styles Questionnaire (CSQ; Roger et al., 1993). De originele vragenlijst is vertaald in het Nederlands. Op basis van data uit eerder uitgevoerd onderzoek bij GITP International bv is er een schaalbetrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd en is het aantal items gereduceerd van 48, met 12 items per copingstijl, naar 32 items, met 8 items per copingstijl.

De schaal *rationele coping* bevat 8 items. Een voorbeelditem is: Ik probeer meer informatie te verzamelen alvorens ik een beslissing neem.

De schaal *vermijdende coping* bevat 8 items. Een voorbeelditem is: Ik hoop dat dingen vanzelf zullen veranderen.

De schaal *emotionele coping* bevat 8 items. Een voorbeelditem is: Ik voel me ellendig of depressief.

De schaal *distantiërende coping* bevat 8 items. Een voorbeelditem is: Ik probeer mijn gevoel voor humor niet te verliezen, ik lach om mezelf of om de situatie.

De alfa betrouwbaarheden voor de nieuw samengestelde coping vragenlijst (8 items per schaal) zijn niet bekend en zullen aan de hand van de verkregen data vastgesteld worden.

De verkregen alfa betrouwbaarheden in het onderzoek van Roger et al. (1993) (12 items per schaal) betreffen voor rationele coping .85, voor vermijdende coping .69, voor emotionele coping .74 en voor distantiërende coping .90.

De antwoordcategorieën lopen van 1=nooit tot 4=altijd.

Alfa betrouwbaarheden

De in het huidige onderzoek berekende alfa betrouwbaarheden komen voor het overgrote deel overeen met eerder vastgestelde waarden (zie Bijlage 1). Alleen de schaal fysieke dreiging (.59) heeft na verwijdering van item 118 (in mijn omgeving hebben verschillende mensen verschillende verwachtingen van mij) een alfa betrouwbaarheid van .70.

Verder zijn de waarden van de copingstijlen vastgesteld. Deze zijn terug te vinden in Tabel 5. De schalen rationele, emotionele en distantiërende coping behaalden een alfa betrouwbaarheid van .70 of hoger. De alfa betrouwbaarheid van de schaal vermijdende coping betrof, na het verwijderen van item 142, .67.

Tabel 5

Alfa betrouwbaarheden copingstijlen

Factor	Betrouwbaarheid	Aantal items
Rationele coping	.70	8
Vermijdende coping	.67*	7
Emotionele coping	.72	8
Distantiërende coping	.72	8

* na verwijdering item 142-ik vertrouw erop dat alles goed komt

Analysemethoden

Discriminantanalyse

Voor het analyseren van vragen 1a en 1b is er gebruik gemaakt van een discriminantanalyse. Een discriminantanalyse heeft twee functies: ten eerste kan er worden bepaald welke variabelen de onderzochte groepen het best onderscheidt (descriptief), ten tweede kan de discriminantanalyse op basis van scores op de verschillende variabelen voorspellen voor niet-onderzochte personen tot welke ziekteverzuim groep ze behoren (predictief) (Slotboom, 2002).

ANCOVA

Bij het analyseren van de overige hypothesen en vragen is onder andere gebruik gemaakt van ANCOVA's, waarbij er gecontroleerd is voor leeftijd (covariaat). Een ANCOVA, mits er voldaan wordt aan onderstaande vooronderstellingen, is twee maal uitgevoerd. De eerste keer is er gekeken naar de combinatie van de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en de organisatie waar men werkzaam is op de onderzochte variabele. Bij het uitvoeren van de tweede ANCOVA is er gekeken naar de combinatie van de verschillende categorieën ziekteverzuimfrequentie en de organisatie waar men werkzaam is op de onderzochte variabele.

Om een ANCOVA te kunnen gebruiken moet er voldaan worden aan drie vooronderstellingen (De Vocht, 2005). Ten eerste moeten de steekproeven onafhankelijk en a-select zijn.

Dit is bij alle steekproeven in het huidige onderzoek het geval. Ten tweede moet elke categorie afkomstig zijn uit een normaal verdeelde populatie.

Deze vooronderstelling is getoetst middels de Kolmogorov-Smirnov toets (zie Bijlage 3). En ten derde moeten de varianties in de categorieën aan elkaar gelijk zijn. De derde vooronderstelling is getoetst middels de Levene's toets (zie Bijlage 4). Wordt er niet voldaan aan één van de drie bovenstaande vooronderstellingen dan wordt er uitgeweken naar de Kruskal-Wallis toets. Na het uitvoeren van de Kruskal-Wallis toets is er geen post-hoc toets mogelijk. Om toch een indruk te krijgen van de verschillen is een tabel opgenomen met daarin de gemiddelde scores op de betreffende onafhankelijke variabele per categorie. Bij de ANCOVA kan er wel gebruik worden gemaakt van een post-hoc toets om zo te kijken welke categorieën er significant van elkaar verschillen.

Er is een significantieniveau van $\alpha = .05$ gebruikt voor het toetsen van de hypothesen en vragen.

Resultaten

Allereerst volgen beschrijvende gegevens over ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie en de intercorrelaties van de afhankelijke en onafhankelijke variabelen. Vervolgens worden de resultaten aan de hand van hypothesen en vragen behandeld. Indien er significante verschillen worden gevonden voor de onderzochte organisaties zullen deze ook worden toegelicht.

Beschrijvende resultaten

Ziekteverzuim

Na het inventariseren van alle data is er voor gekozen om niet conform heersende conventies de categorieën kort, lang en middellang ziekteverzuim te hanteren maar geen, kort (1-7 dagen) en lang (8 dagen en langer) ziekteverzuim (zie Tabel 6). De reden hiervoor was dat vooral de categorie lang verzuim onvoldoende vertegenwoordigd was en de categorie respondenten die geen verzuim hebben op deze manier verloren gaat ($N = 61$). Tevens zouden er door de scheve verdeling van de categorieën onjuiste conclusies getrokken kunnen worden ten aanzien van de resultaten.

Tabel 6*Verdeling respondenten naar ziekteverzuimcategorieën duur*

Ziekteverzuimcategorieën Duur	Respondenten/ percentage	Ziekteverzuimcategorieën Duur	Respondenten/ percentage
Kort ziekteverzuim	94/45.6%	Geen ziekteverzuim	61/29.6%
Middellang ziekteverzuim	39/18.9%	Kort ziekteverzuim	96/46.6%
Lang ziekteverzuim	6/2.9%	Lang ziekteverzuim	46/22.3%
Missende waarden	3/1.5%	Missende waarden	3/1.5%

Ook de verdeling over categorieën ziekteverzuimfrequentie bleek niet optimaal. De categorie meer dan 3 maal ziekteverzuim in 2005 werd vertegenwoordigd door maar 17 respondenten. In de nieuwe verdeling zijn er drie categorieën gebruikt te weten geen ziekmeldingen (N = 61), 1 maal ziek gemeld (N = 71) en 2 of meerdere malen ziek gemeld (N = 71). Voor verdere informatie zie Tabel 7.

Tabel 7*Verdeling respondenten naar ziekteverzuimcategorieën frequentie*

Ziekteverzuimcategorieën Frequentie	Respondenten/ percentage	Ziekteverzuimcategorieën Frequentie	Respondenten/ percentage
Niet frequent ziekteverzuim	186/90.3%	Geen ziekmeldingen	61/29.6%
Frequent ziekteverzuim	17/8.3%	1 maal ziek gemeld	71/34.5%
		2 of meer maal ziek gemeld	71/34.5%
Missende waarden	3/1.5%	Missende waarden	3/1.5%

Tabel 8 geeft de gemiddelde ziekteverzuimduur en Tabel 9 de gemiddelde ziekteverzuimfrequentie van de onderzochte organisaties. Uit Tabel 8 kunnen we aflezen dat de werknemers werkzaam bij hulpverlenende instelling 1 gemiddeld het langst ziek zijn (8.72 dagen in 2005) en dat de werknemers werkzaam bij hulpverlenende instelling 3 gemiddeld het kortst ziek zijn (4.68 dagen in 2005) ten opzichte van de andere onderzochte organisaties.

Tabel 8*Gemiddelde ziekteverzuimduur en standaarddeviatie in dagen voor de onderzochte organisaties in 2005*

Organisatie	Gem. ziekteverzuimduur	S.D. ziekteverzuimduur
VMBO	8.20	24.52
Hulpv. Inst. 1	8.72	12.48
Hulpv. Inst. 2	5.65	5.59
Hulpv. Inst. 3	4.68	12.01
Totaal	6.97	16.47

Uit Tabel 9 valt af te lezen dat werknemers uit hulpverlenende instelling 2 zich gemiddeld het meest frequent ziek melden (2.45 keer per jaar), en dat werknemers uit de hulpverlenende instelling 3 en de VMBO-school zich gemiddeld het minst frequent ziek melden (1.18 keer per jaar) ten opzichte van de andere onderzochte organisaties.

Tabel 9

Gemiddelde ziekteverzuimfrequentie en standaarddeviatie voor de onderzochte organisaties in 2005

Organisatie	Gem. ziekteverzuimfrequentie	S.D. ziekteverzuimfrequentie
VMBO	1.18	1.26
Hulpv. Inst. 1	1.67	1.77
Hulpv. Inst. 2	2.45	2.31
Hulpv. Inst. 3	1.18	1.47
Totaal	1.45	1.64

Intercorrelaties tussen variabelen

De intercorrelaties, de gemiddelden en standaarddeviaties van de gebruikte afhankelijke en onafhankelijke variabelen in het huidige onderzoek zijn terug te vinden in Tabel 19, Bijlage 2. Uit deze Tabel is af te lezen dat er een positieve, niet al te hoge correlatie bestaat tussen ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie ($r = .34$). Dit betekent dat er een gemiddeld verband bestaat tussen de duur en frequentie van het ziekteverzuim; hoe langer men ziek is hoe frequenter men ziek is. Verder zijn er veel significante correlaties in Tabel 19 terug te vinden, maar deze zijn veelal niet hoog ($r < .30$). Er bestaat een hoge correlatie tussen de variabele werktempo en werkhoeveelheid en belasting ($r = .60$). Inspraak en zelfstandigheid in het werk correleren hoog met elkaar ($r = .57$). Tevens is er een hoge correlatie tussen piekeren en herstelbehoefte ($r = .62$). Er zijn nog enkele variabelen in Tabel 19 terug te vinden die hoog met elkaar correleren. De correlaties zijn over het algemeen te begrijpen. Een opvallend resultaat is echter dat vermijdende coping zowel sterk correleert met rationele coping ($r = .64$) als met emotionele coping ($r = .51$).

Persoonlijkheid, copingstijlen, werkfactoren, stressoren en ziekteverzuim

Om antwoord te kunnen geven op de centrale vraag 1a ‘Zijn copingstijlen en persoonlijkheids- en werkfactoren gerelateerd aan ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie?’ en de centrale vraag 1b ‘Welke van de copingstijlen, en persoonlijkheids- en werkfactoren vertonen de sterkste verbanden met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie?’, is er gebruik gemaakt van een discriminantanalyse.

Voor het uitvoeren van de discriminantanalyse is er eerst vastgesteld, middels een one-way ANOVA, op welke onafhankelijke variabelen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie van elkaar verschillen.

De one-way ANOVA is twee keer uitgevoerd. Eerst is bekeken of er verschillen op de onafhankelijke variabelen zijn tussen de verschillende ziekteverzuimduur categorieën. Er bleek een significant verschil te zijn tussen de ziekteverzuimduur categorieën op de variabelen core self-evaluations ($F(2,200) = 5.60, p < .01$), vriendelijkheid ($F(2,198) = 4.20, p = .02$), plezier in het werk ($F(2,198) = 5.82, p < .01$) en herstelbehoefte ($F(2,198) = 3.95, p = .02$). Vervolgens is bekeken of er verschillen op de onafhankelijke variabelen zijn tussen de verschillende ziekteverzuimfrequentie categorieën. Er bleek slechts een verschil te zijn tussen de ziekteverzuimfrequentie categorieën op de variabele vriendelijkheid ($F(2,198) = 4.23, p = .02$). Vervolgens zijn er twee discriminantanalyses uitgevoerd. Eerst is er een discriminantanalyse uitgevoerd naar de variabelen core self-evaluations, vriendelijkheid, plezier in het werk, herstelbehoefte en de mate waarin deze onderscheidend zijn voor de categorieën ziekteverzuimduur. De tweede discriminantanalyse is beperkter; hierin is slechts nagegaan in hoeverre de variabele vriendelijkheid de categorieën ziekteverzuimfrequentie weet te onderscheiden van elkaar.

Voor ziekteverzuimduur wordt er een significant resultaat gevonden voor discriminantfunctie 1 ($\chi^2(9) = 23.88, p < .01$) en discriminantfunctie 2 ($\chi^2(3) = 8.43, p = .04$).

Tabel 10

Structuur matrix discriminantanalyse voor ziekteverzuimduur

	Functie	
	1	2
plezier in het werk	.84(*)	.10
core self-evaluations	.77(*)	.49
herstelbehoefte	-.71(*)	.04
vriendelijkheid	.40	-.77(*)

* Grootste absolute correlatie tussen iedere variabele en iedere discriminantfunctie

Tabel 10 laat zien dat plezier in het werk ($r = .84$) het grootste onderscheidend vermogen heeft op discriminantfunctie 1. Bij discriminantfunctie 1 is verder te zien dat de core self-evaluations ($r = .77$) en herstelbehoefte ($r = -.71$) ook een aanzienlijke bijdrage leveren. Bij discriminantfunctie 2 heeft vriendelijkheid ($r = -.76$) een onderscheidend vermogen. Om deze resultaten te interpreteren zijn de gemiddelde scores op de verschillende variabelen vermeld voor elk van de categorieën (zie Tabel 11).

Tabel 11

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de onafhankelijke variabelen voor de categorieën ziekteverzuimduur

	geen ziekteverzuim	kort ziekteverzuim tot 8 dagen	lang ziekteverzuim vanaf 8 dagen
	Gem./S.D.	Gem./S.D.	Gem./S.D.
plezier in het werk	21.08/4.67	20.60/3.97	18.31/4.83
herstelbehoefte	10.77/6.26	11.65/5.60	14.02/6.18
core self-evaluations	45.57/5.92	46.05/5.08	42.81/4.99
vriendelijkheid	29.59/3.07	28.14/3.19	28.18/3.99

Uit Tabel 11 valt op te maken dat de categorie medewerker zonder ziekteverzuim meer plezier in het werk ervaart dan de andere twee categorieën, dat deze categorie minder herstelbehoefte heeft, iets lager scoort op de core self-evaluations dan de categorie kort verzuim maar hoger scoort dan de categorie lang verzuim en dat men vriendelijker is dan de overige twee categorieën.

Op basis van scores op bovengenoemde onafhankelijke variabelen kan men met een zekerheid van 51.8% classificeren tot welke categorie ziekteverzuimduur iemand behoort.

Discriminantanalyse 2 laat zien dat er een significant resultaat gevonden wordt voor discriminantfunctie 1 ($\chi^2(2) = 8.28, p = .02$). Dit houdt in dat vriendelijkheid een onderscheidend vermogen heeft op discriminantfunctie 1. De structuur matrix discriminantanalyse voor ziekteverzuimfrequentie heeft weinig betekenis aangezien er slechts één onafhankelijke variabele is opgenomen. Uit Tabel 12 kunnen we aflezen dat de categorie geen ziekmeldingen iets hoger scoort op vriendelijkheid dan de andere twee categorieën. Medewerkers die zich 1 maal ziek gemeld hebben scoren hoger op vriendelijkheid dan de categorie die zich 2 of meer maal ziek heeft gemeld.

Tabel 12

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de onafhankelijke variabele voor de groepen ziekteverzuimfrequentie

Ziekteverzuimfrequentie categorieën	Onafh. variabele	Gem.	S.D.
geen ziekmeldingen	vriendelijkheid	29.61	3.05
1x ziek gemeld	vriendelijkheid	28.20	2.87
2 of meer maal ziek gemeld	vriendelijkheid	28.06	3.96

Op basis van scores op bovengenoemde onafhankelijke variabelen kan men met een zekerheid van 38.8% classificeren tot welke categorie ziekteverzuimfrequentie iemand behoort.

Men kan dus stellen dat vraag 1a deels met ‘ja’ beantwoord kan worden, namelijk voor de persoonlijkheidsfactoren core self-evaluations en vriendelijkheid en de werkfactoren herstelbehoefte en plezier in het werk. Indien men over gegevens beschikt betreffende de bovengenoemde variabelen, kan er met een zekerheid van 51.8% geclassificeerd worden tot welke categorie ziekteverzuimduur iemand behoort. Aan ziekteverzuimfrequentie blijkt alleen de persoonlijkheidsfactor vriendelijkheid gerelateerd te zijn. En kan er op basis van gegevens over de mate van vriendelijkheid met een zekerheid van 38.8% geclassificeerd worden tot welke ziekteverzuimfrequentie categorie iemand behoort.

Voor het beantwoorden van vraag 1b kan er het beste gekeken worden naar Tabel 10. hieruit is af te lezen dat in discriminantfunctie 1 de werkvariabele plezier in het werk ($r = .84$) het sterkste verband vertoont met ziekteverzuimduur, vervolgens de variabelen core self-evaluations ($r = .77$) en herstelbehoefte ($r = -.71$). De variabele vriendelijkheid ($r = -.77$) vertoont het sterkste verband met ziekteverzuimduur.

Persoonlijkheid

G5-R

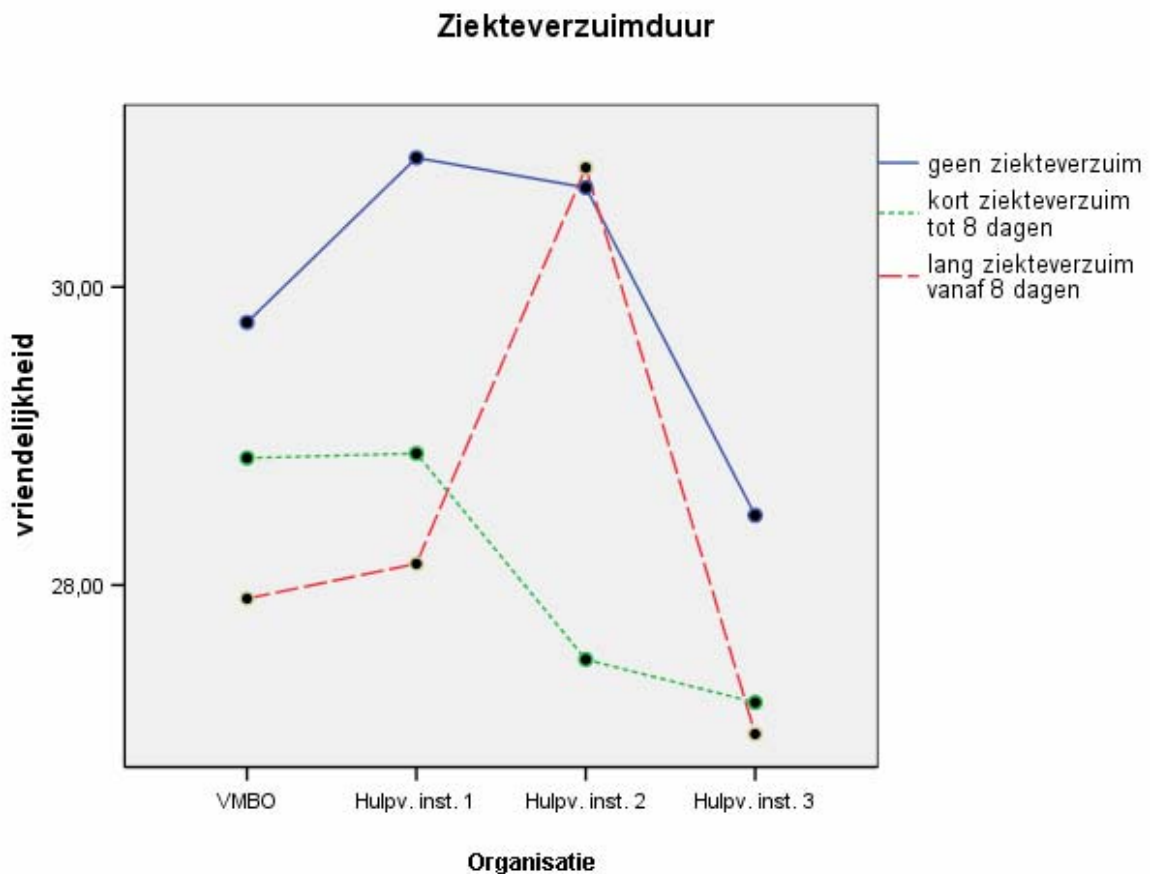
Hypothese 2a ‘Extraversie heeft een positief verband met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie’ wordt op grond van de resultaten verworpen. De Kruskal-Wallis toets wijst uit dat er geen significant verschil bestaat in *extraversie* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur ($\chi^2 (2, N = 202) = 4.10; p = .13$) en frequentie ($\chi^2 (2, N = 202) = .03; p = .99$). Overigens is er ook geen verschil tussen de organisaties ($\chi^2 (3, N = 205) = 3.86; p = .28$).

Hypothese 2b ‘Consciëntieusheid heeft een negatief verband met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie’ wordt ook op grond van de resultaten verworpen. Ook voor *consciëntieusheid* wijst de Kruskal-Wallis toets uit dat er geen significant verschil bestaat tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur ($\chi^2 (2, N = 201) = .36; p = .84$) en frequentie ($\chi^2 (2, N = 201) = .81; p = .67$). Er is ook geen significant verschil voor de organisatie waar men werkzaam is ($\chi^2 (3, N = 204) = 4.45; p = .22$).

Hypothese 2c ‘Er is geen verband tussen vriendelijkheid en ziekteverzuimduur of ziekteverzuimfrequentie’ wordt op grond van de resultaten verworpen.

Er bestaat een significant verschil in *vriendelijkheid* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en de organisatie waar men werkzaam is ($F(12,186) = 1.97, p = .03$).

Daarnaast wordt er een (enkelvoudig) significant effect gevonden voor de organisatie waar men werkzaam is ($F(3,186) = 2.92, p = .04$) en de verschillende ziekteverzuimduur categorieën ($F(2,186) = 3.20, p = .04$). Uit de Bonferonni post-hoc toets blijkt er een significant verschil te bestaan tussen de categorie geen ziekteverzuim en de categorie kort ziekteverzuim ($p = .02$). Hoe hoger men scoort op vriendelijkheid hoe minder men ziek is. De Bonferonni post-hoc toets laat geen significante verschillen zien voor de organisatie waar men werkzaam is.



Figuur 2. Relatie tussen ziekteverzuimduur en vriendelijkheid in de vier onderzochte organisaties.

Tevens wijst de Kruskal-Wallis toets uit dat er een significant verschil bestaat in *vriendelijkheid* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimfrequentie ($\chi^2(2, N = 201) = 9.82; p = .01$).

Aangezien er geen niet-parametrische post-hoc toets bestaat, wordt er gebruik gemaakt van de gemiddelde waarden op de variabele vriendelijkheid om een indruk te krijgen van de verschillen tussen de ziekteverzuimfrequentie categorieën (zie Tabel 13).

Uit Tabel 13 kunnen we aflezen dat de categorie medewerkers zonder ziekteverzuim gemiddeld hoger scoren op de variabele vriendelijkheid dan de andere twee categorieën medewerkers.

Tabel 13

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de onafhankelijke variabele voor de categorieën ziekteverzuimfrequentie

Ziekteverzuimfrequentie categorieën	Onafh. variabele	Gem.	S.D.
geen frequentie	vriendelijkheid	29.61	3.05
1x ziek gemeld	vriendelijkheid	28.20	2.87
2 of meer maal ziek gemeld	vriendelijkheid	28.06	3.96

De Kruskal-Wallis toets wijst overigens uit dat er geen significant verschil bestaat in *vriendelijkheid* voor de organisatie waar men werkzaam is ($\chi^2 (2, N = 204) = 7.76; p = .05$).

Hypothese 2d ‘Er is geen verband tussen emotionele stabiliteit en ziekteverzuimduur of ziekteverzuimfrequentie’ wordt op basis van de resultaten niet verworpen. Er blijkt geen significant verschil te bestaan in *emotionele stabiliteit* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en de organisatie waar men werkzaam is ($F(12,187) = 1.43, p = .16$) en frequentie en de organisatie waar men werkzaam is ($F(12,187) = 1.77, p = .06$).

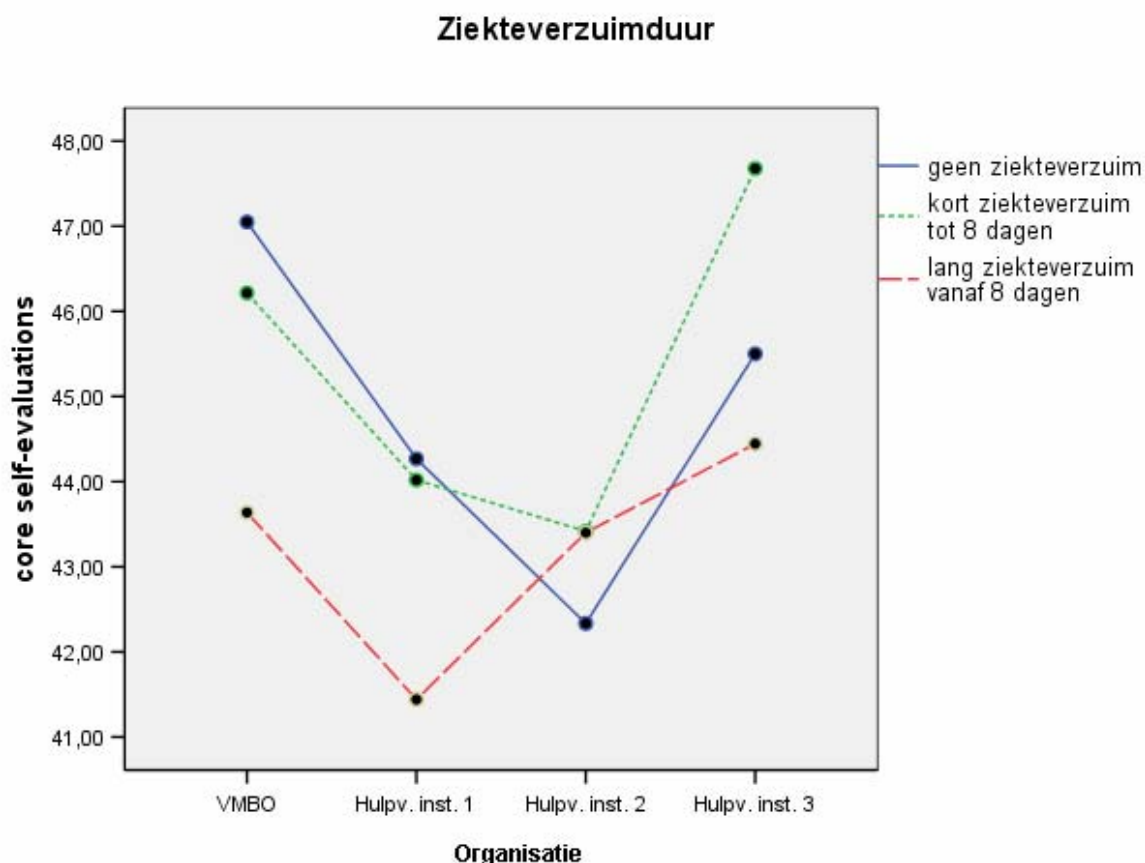
Hypothese 2e ‘Er is geen verband tussen openheid en ziekteverzuimduur of ziekteverzuimfrequentie’ wordt op basis van de resultaten niet verworpen. De Kruskal-Wallis toets wijst uit dat er geen significant verschil bestaat in *openheid* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur ($\chi^2 (2, N = 202) = .53; p = .77$), frequentie ($\chi^2 (2, N = 202) = 5.94; p = .05$) en de organisatie waar men werkzaam is ($\chi^2 (3, N = 205) = 1.24; p = .75$).

Core Self-evaluations

Hypothese 3 ‘Core self-evaluations vertonen een negatief verband met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie’ wordt op basis van de resultaten ondersteund. Er bestaat een significant verschil in *core self-evaluations* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en de organisatie waar men werkzaam is ($F(12,187) = 2.44, p = .01$). Er wordt overigens ook een significant effect gevonden voor de organisatie waarbij men werkzaam is ($F(3,187) = 3.95, p = .02$).

Uit de Bonferonni post-hoc toets blijkt er een significant verschil te bestaan tussen de VMBO-school en hulpverlenende instelling 1 ($p = .02$).

De VMBO-school scoort gemiddeld hoger op de core self-evaluations op de verschillende ziekteverzuimduur categorieën dan hulpverlenende instelling 1. Tussen hulpverlenende instelling 1 en hulpverlenende instelling 3 blijkt er een significant verschil te bestaan ($p < .01$). Hulpverlenende instelling 1 scoort gemiddeld lager op de core self-evaluations op de verschillende ziekteverzuimduur categorieën dan hulpverlenende instelling 3.

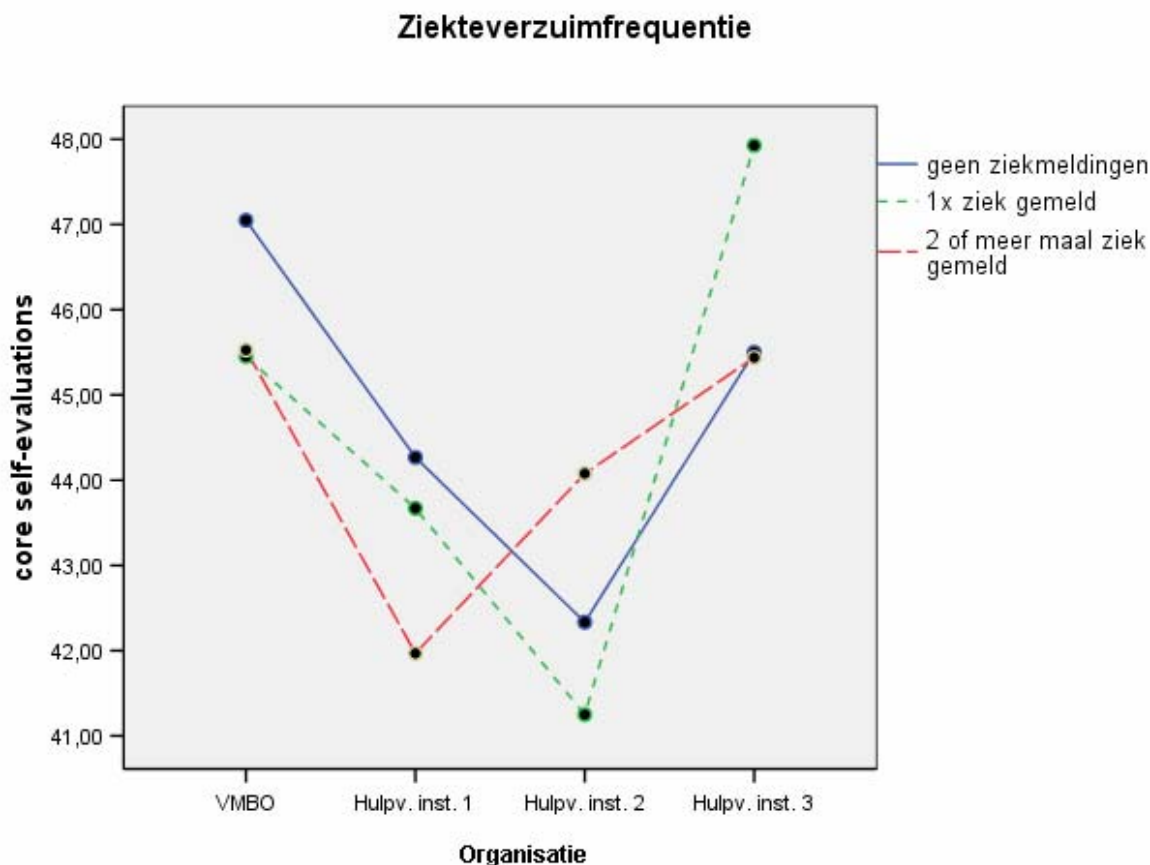


Figuur 3. Relatie tussen ziekteverzuimduur en core self-evaluations in de vier onderzochte organisaties.

Tevens bestaat er een significant verschil in core self-evaluations tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimfrequentie en de organisatie waar men werkzaam is ($F(12,187) = 2.16, p = .02$). Er wordt bovendien een significant effect gevonden voor de organisatie waar men werkzaam is ($F(3,187) = 5,210, p < .01$).

Uit de Bonferonni post-hoc toets blijkt er een significant verschil te bestaan tussen de VMBO-school en de hulpverlenende instelling 1 ($p = .02$) en hulpverlenende instelling 1 en hulpverlenende instelling 3 ($p = .00$).

De VMBO-school scoort gemiddeld hoger op de core self-evaluations op de verschillende ziekteverzuimfrequentie categorieën dan hulpverlenende instelling 1. Hulpverlenende instelling 1 scoort gemiddeld lager op de core self-evaluations op de verschillende ziekteverzuimfrequentie categorieën dan hulpverlenende instelling 3.



Figuur 4. Relatie tussen ziekteverzuimfrequentie en core self-evaluations in de vier onderzochte organisaties.

Werkfactoren

Hypothese 4a ‘Werktempo en werkhoeveelheid hangen positief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie’ wordt op grond van de resultaten verworpen. De Kruskal-Wallis toets wijst uit dat er geen significant verschil bestaat in *werktempo en werkhoeveelheid* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur ($\chi^2 (2, N = 203) = 4.59; p = .10$) en verzuimfrequentie ($\chi^2 (2, N = 203) = 4.37; p = .11$). Wel bestaat er overigens een verschil in *werktempo en werkhoeveelheid* voor de organisatie waar men werkzaam is ($\chi^2 (3, N = 206) = 8.06; p = .04$).

Tabel 14 laat zien dat men bij de VMBO-school aangeeft het meeste werktempo en de meeste werkhoeveelheid te ervaren. Bij Hulpverlenende instelling 2 geeft men aan het minste werktempo en hoeveelheid te ervaren ten opzichte van de andere onderzochte organisaties.

Tabel 14

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de onafhankelijke variabele voor de organisatie waar men werkzaam is

Organisatie	Onafh. variabele	Gem.	S.D.
VMBO	werktempo en hoeveelheid	15.82	4.58
Hulpv. Inst. 1	werktempo en hoeveelheid	14.87	5.00
Hulpv. Inst. 2	werktempo en hoeveelheid	13.20	4.14
Hulpv. Inst. 3	werktempo en hoeveelheid	13.86	4.74

Hypothese 4b 'Afwisseling in het werk hangt negatief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie' wordt op grond van de resultaten verworpen. De Kruskal-Wallis toets wijst uit dat er geen significant verschil bestaat in *afwisseling in het werk* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur ($\chi^2(2, N = 203) = 4.32; p = .12$) en de ziekteverzuimfrequentie ($\chi^2(2, N = 203) = .64; p = .73$). Overigens bestaat er een verschil in *afwisseling in het werk* voor de organisatie waar men werkzaam is ($\chi^2(3, N = 206) = 39.17; p = .00$). Tabel 15 laat zien dat men bij hulpverlenende instelling 3 het meeste afwisseling in het werk ervaart en bij hulpverlenende instelling 1 het minste ten opzichte van de andere onderzochte organisaties.

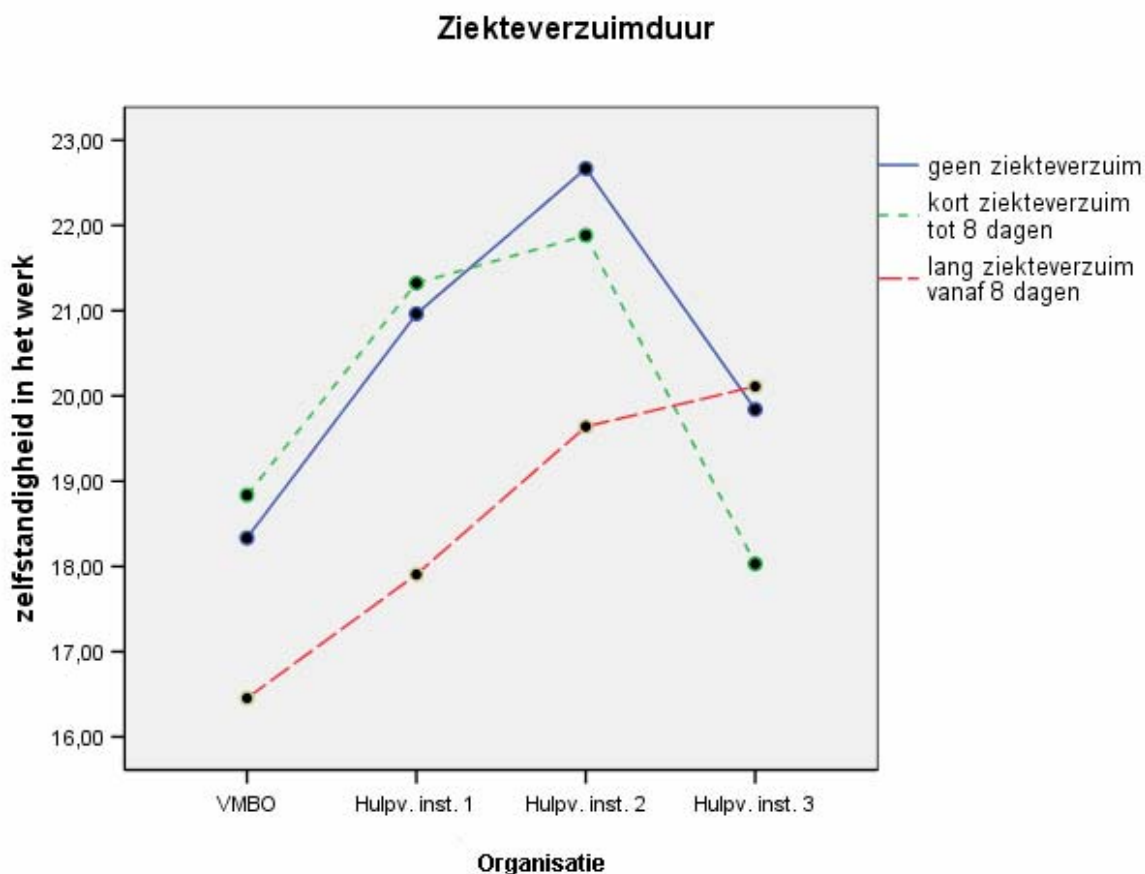
Tabel 15

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de onafhankelijke variabele voor de organisatie waar men werkzaam is

Organisatie	Onafh. variabele	Gem.	S.D.
VMBO	afwisseling in het werk	12.05	2.22
Hulpv. Inst. 1	afwisseling in het werk	11.02	3.30
Hulpv. Inst. 2	afwisseling in het werk	12.19	1.62
Hulpv. Inst. 3	afwisseling in het werk	12.43	2.33

Hypothese 4c 'Zelfstandigheid in het werk hangt negatief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie' wordt door de resultaten bevestigd. Er bestaat een significant verschil in *zelfstandigheid in het werk* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en de organisatie waar men werkzaam is ($F(12,187) = 2.17, p = .02$). Hoe meer zelfstandigheid men in het werk ervaart hoe minder lang men ziek is.

En wordt er een significant effect gevonden voor de organisatie waar men werkzaam is ($F(3,187) = 3.25, p = ,02$) en leeftijd (covariaat) ($F(1,187) = 5.68, p = ,02$). Uit de Bonferonni post-hoc toets komt dit significante verschil niet terug.



Figuur 5. Relatie tussen ziekteverzuimduur en zelfstandigheid in het werk in de vier onderzochte organisaties.

Er bestaat geen significant verschil in *zelfstandigheid in het werk* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimfrequentie en de organisatie waar men werkzaam is ($F(12,187) = 1.41, p = .17$).

Hypothese 4d ‘Kwaliteit van contact met collega’s hangt negatief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie’ wordt op grond van de resultaten verworpen. De Kruskal-Wallis toets wijst uit dat er geen significant verschil bestaat in *kwaliteit van contact met collega’s* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur ($\chi^2 (2, N = 201) = .06; p = .97$), frequentie ($\chi^2 (2, N = 201) = 3.16; p = .21$) en de organisatie waar men werkzaam is ($\chi^2 (3, N = 204) = 4.35; p = .23$).

Hypothese 4e ‘Kwaliteit van contact met de directe leiding hangt negatief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie’ wordt eveneens verworpen. De Kruskal-Wallis toets wijst uit dat er geen significant verschil bestaat in *kwaliteit van contact met de directe leiding* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur ($\chi^2 (2, N = 202) = 4.24$; $p = .12$) en frequentie ($\chi^2 (2, N = 202) = 2.10$; $p = .35$). Ook werd er geen verschil aangetroffen tussen de organisaties waar men werkzaam is ($\chi^2 (3, N = 205) = 2.43$; $p = .49$). *Emotionele belasting* (V4f) is op exploratieve basis meegenomen in het huidige onderzoek. De resultaten van de Kruskal-Wallis toets laten zien dat er geen significant verschil bestaat in *emotionele belasting* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur ($\chi^2 (2, N = 200) = 3.57$; $p = .17$) en de ziekteverzuimfrequentie ($\chi^2 (2, N = 200) = 3.04$; $p = .22$). Wel bestaat er een verschil in *emotionele belasting* voor de organisatie waar men werkzaam is ($\chi^2 (3, N = 203) = 39.17$; $p = .00$). Tabel 16 laat zien dat men bij hulpverlenende instelling 3 het meeste emotionele belasting ervaart en bij hulpverlenende instelling 1 het minste ten opzichte van de andere onderzochte organisaties.

Tabel 16

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de onafhankelijke variabele voor de organisatie waar men werkzaam is

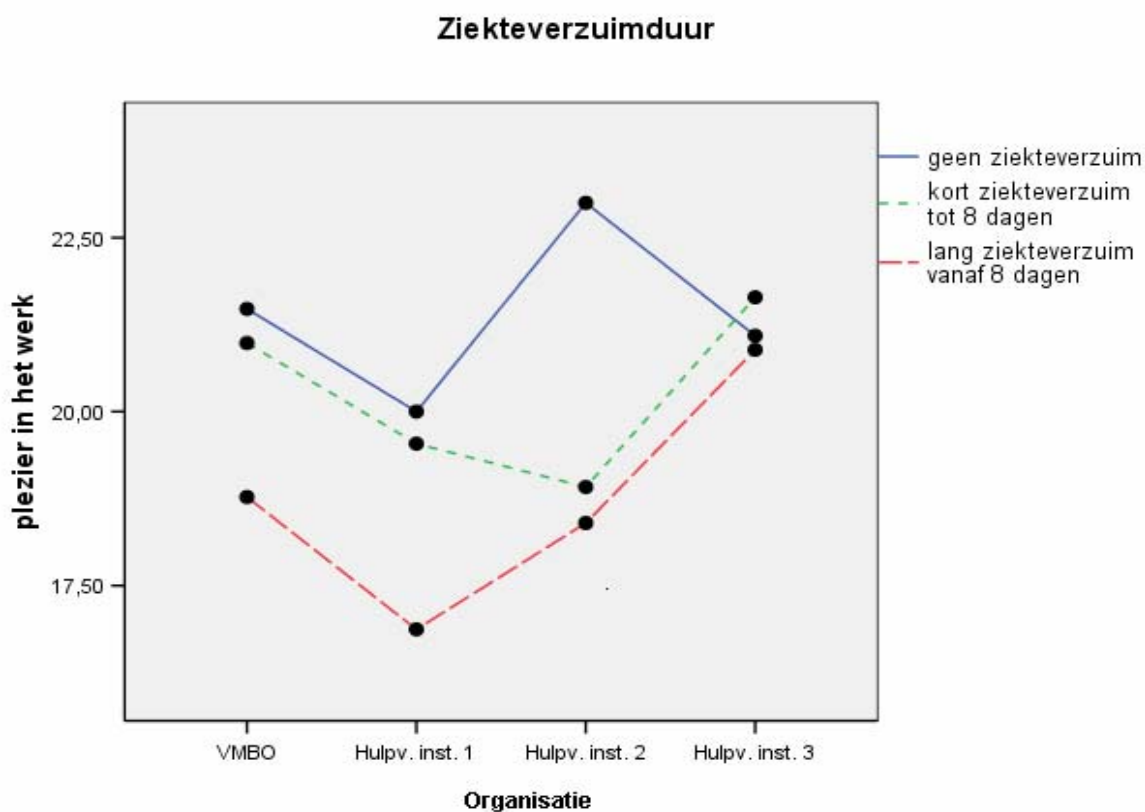
Organisatie	Onafh. variabele	Gem.	S.D.
VMBO	emotionele belasting	8.99	2.48
Hulpv. Inst. 1	emotionele belasting	6.71	3.23
Hulpv. Inst. 2	emotionele belasting	8.98	2.11
Hulpv. Inst. 3	emotionele belasting	10.76	3.21

Inspraak (V4f) is op exploratieve basis meegenomen in het huidige onderzoek. De resultaten van de Kruskal-Wallis toets laten zien dat er geen significant verschil bestaat in *inspraak* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur ($\chi^2 (2, N = 202) = 3.60$; $p = .17$), frequentie ($\chi^2 (2, N = 202) = 1.60$; $p = .09$) en de organisatie waar men werkzaam is ($\chi^2 (3, N = 205) = 1.87$; $p = .60$).

Werkstress

Plezier in het werk (V4f) is op exploratieve basis meegenomen in het huidige onderzoek. De resultaten laten zien dat er een significant verschil bestaat in *plezier in het werk* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en de organisatie waar men werkzaam is ($F(12,185) = 2.06$, $p = .02$).

Hoe hoger men scoort op plezier in het werk hoe minder men ziek is. En wordt er een significant effect gevonden voor de organisatie waar men werkzaam is ($F(3,185) = 2.83, p = .04$) en de verschillende ziekteverzuimduur categorieën ($F(2,185) = 3.38, p = .04$). Uit de Bonferonni post-hoc toets blijkt tussen de categorie geen ziekteverzuim en lang ziekteverzuim een significant effect ($p < .01$) te bestaan. De categorie geen verzuim scoort gemiddeld hoger op plezier in het werk dan lang ziekteverzuim. Tussen de categorie kort ziekteverzuim en lang ziekteverzuim bestaat eveneens een significant effect ($p = .01$), waarbij de categorie kort ziekteverzuim gemiddeld hoger scoort op plezier in het werk dan de categorie lang ziekteverzuim. Er blijkt een significant verschil te bestaan tussen hulpverlenende instelling 1 en hulpverlenende instelling 3 ($p = .01$), instelling 1 blijkt gemiddeld minder plezier in het werk te hebben op de verschillende ziekteverzuimduur categorieën dan hulpverlenende instelling 3.

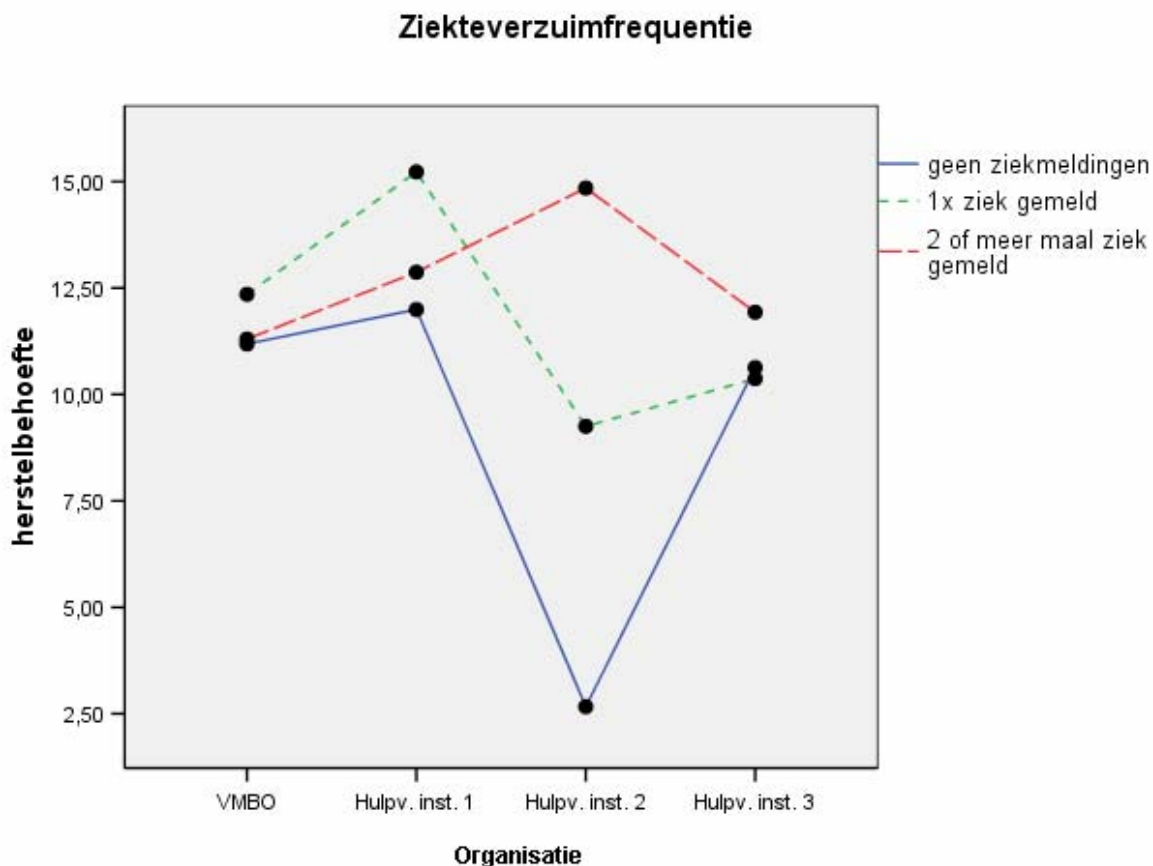


Figuur 6. Relatie tussen ziekteverzuimduur en plezier in het werk in de vier onderzochte organisaties.

Er bestaat geen significant verschil in *plezier in het werk* (V4f) tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimfrequentie en de organisatie waar men werkzaam is ($F(12,185) = 1.64, p = .09$).

Herstelbehoefte (V4f) is op exploratieve basis meegenomen in het huidige onderzoek. De resultaten laten zien dat er geen significant verschil bestaat in *herstelbehoefte* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en de organisatie waar men werkzaam is ($F(12,185) = 1.75, p = .06$).

Wel bestaat er een significant verschil in *herstelbehoefte* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimfrequentie en de organisatie waar men werkzaam is ($F(12,185) = 1.90, p = .04$). Men scoort gemiddeld lager op herstelbehoefte als men nooit ziek is dan als men 1 maal of 2 maal of meer ziek is geweest in 2005. Er wordt bovendien een significant effect gevonden voor de organisatie waar men werkzaam is ($F(3,185) = 2.88, p = .04$), de verschillende ziekteverzuim frequentie categorieën ($F(2,185) = 3.85, p = .02$) en er is een interactie-effect tussen de organisatie waar men werkzaam is en de verschillende ziekteverzuimfrequentie categorieën ($F(6,185) = 2.24, p = .04$). Uit de Bonferonni post-hoc toets blijkt er geen significant verschil op te treden voor zowel de organisatie waar men werkzaam is als de verschillende ziekteverzuim frequentie categorieën.



Figuur 7. Relatie tussen ziekteverzuimfrequentie en herstelbehoefte in de vier onderzochte organisaties.

Piekeren (V4f) is op exploratieve basis meegenomen in het huidige onderzoek. De resultaten van de Kruskal-Wallis toets laten zien dat er geen significant verschil bestaat in *piekeren* tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur ($\chi^2(2, N = 201) = 1.29; p = .52$) en de ziekteverzuimfrequentie ($\chi^2(2, N = 201) = 1.19; p = .55$). Wel bestaat er een verschil in *piekeren* voor de organisatie waar men werkzaam is ($\chi^2(3, N = 204) = 10.44; p = .02$). Om een indruk te krijgen van de verschillen tussen de organisaties wordt er gebruik gemaakt van de gemiddelde waarden op de variabele *piekeren* (zie Tabel 17). Uit Tabel 17 kunnen we aflezen dat men bij hulpverlenende instelling 3 het minste piekert en hulpverlenende instelling 1 het meeste piekert ten opzichte van de andere onderzochte organisaties.

Tabel 17

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de onafhankelijke variabele voor de organisatie waar men werkzaam is

Organisatie	Onafh. variabele	Gem.	S.D.
VMBO	piekeren	3.04	2.28
Hulpv. Inst. 1	piekeren	3.97	2.09
Hulpv. Inst. 2	piekeren	3.25	1.65
Hulpv. Inst. 3	piekeren	2.94	2.00

Stressoren

De Kruskal-Wallis toets wijst uit dat er geen significant verschil bestaat in belemmering (H5a), belasting (H5b), tegenwerking (H5c) en fysieke dreiging (H5d) tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie (zie Bijlage 5).

Verder wijst de Kruskal-Wallis toets uit dat er geen significante verschillen bestaan in belemmering en tegenwerking voor de organisatie waar men werkzaam is (zie Bijlage 5). Op de variabelen belasting en fysieke dreiging wijst de Kruskal-Wallis toets wel uit dat er een significant verschil is voor de organisatie waar men werkzaam is (zie Bijlage 5 en Bijlage 6)

Copingstijlen

Op basis van de onderzoeksresultatenresultaten van een ANCOVA wordt hypothese 6a ‘Rationele coping hangt negatief samen met ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie’ verworpen (zie Bijlage 7). Hypothesen 6b en 6c worden op basis van de onderzoeksresultaten deels verworpen. De Kruskal-Wallis toets wijst voorts uit dat er geen significant verschil is in vermijdende coping (H6b) en emotionele coping (H6c) tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie (zie Bijlage 7). Wel bestaat er een verschil in vermijdende coping en emotionele coping voor de organisatie waar men werkzaam is (zie Bijlage 7 en Bijlage 8).

Hypothese 6d wordt op basis van de onderzoeksresultaten verworpen. De Kruskal-Wallis toets (ziekteverzuimduur) en een ANCOVA (ziekteverzuimfrequentie) wijzen uit dat er geen significant verschillen zijn in distantieërende coping (H6d) tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur, ziekteverzuimfrequentie en de organisatie waar men werkzaam is (zie Bijlage 7).

Hypothese 6e, 6f en 6g worden tevens verworpen. Er is geen sprake van een mediator effect voor copingstijlen. Voordat er gesproken kan worden van een mediator effect moet er onder andere aan onderstaande vereisten voldaan worden (Baron & Kenny, 1986).

Ten eerste moeten de onafhankelijke variabelen een significante relatie hebben met de afhankelijke variabelen. Ten tweede moeten de onafhankelijke variabelen een significante relatie hebben met de mediator. Ten derde moet de mediator een significante relatie hebben met de afhankelijke variabelen (Baron & Kenny). Voor bepaalde onafhankelijke variabelen is er zowel een significante relatie met de afhankelijke variabelen als de mediator (zie Tabel 19, Bijlage 2). Er zijn echter geen significante relaties tussen copingstijlen en de afhankelijke variabelen aangetroffen.

Discussie en conclusie

Het doel van het huidige onderzoek is meer inzicht te krijgen in copingstijlen en persoonlijkheids- en werkfactoren die gerelateerd zijn aan ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie. Achtereenvolgens zullen de belangrijkste resultaten worden besproken van het veronderstelde ziekteverzuimmodel (zie Figuur 1), persoonlijkheids- en werkfactoren en copingstijlen in relatie met ziekteverzuimduur, ziekteverzuimfrequentie en de organisatie waar men werkzaam is.

Tot slot zullen de kracht van het onderzoek en enkele kanttekeningen bij het onderzoek aan bod komen, tezamen met enkele suggesties voor vervolgonderzoek.

Ziekteverzuimmodel.

In Figuur 1 is het veronderstelde ziekteverzuimmodel weergegeven. De uitgevoerde discriminantanalyse laat zien dat bij discriminantfunctie 1 de variabelen plezier in het werk, core self-evaluations en herstelbehoefte en bij discriminantfunctie 2 vriendelijkheid een onderscheidend vermogen hebben tussen de onderzochte ziekteverzuimduur categorieën.

Voor het bepalen van de kenmerken van de categorie ziekteverzuimduur kan men dus kijken naar variabelen die in beide discriminantfuncties naar voren komen.

Zo blijkt bijvoorbeeld dat de categorie medewerker zonder ziekteverzuim meer plezier in het werk ervaart dan de andere twee categorieën, dat deze categorie minder herstelbehoefte heeft, iets lager scoort op de core self-evaluations dan de categorie kort verzuim maar hoger scoort dan de categorie lang verzuim en dat men vriendelijker is dan de overige twee categorieën.

De verschillende categorieën ziekteverzuimduur kunnen dus het beste van elkaar onderscheiden worden op de variabelen plezier in het werk, core self-evaluations, herstelbehoefte en vriendelijkheid.

Naast het onderscheidend vermogen kan er ook een predictieve uitspraak worden gedaan. Zo blijkt uit de discriminantanalyse dat men middels de scores op bovengenoemde schalen met een zekerheid van 51,8% kan classificeren tot welke ziekteverzuimduur categorie iemand behoort.

De discriminantanalyse uitgevoerd voor ziekteverzuimfrequentie is beperkter, omdat enkel de variabele vriendelijkheid in de analyse is opgenomen. De categorie geen ziekmeldingen scoort gemiddeld hoger op de variabele vriendelijkheid dan de twee andere categorieën. Men kan op basis van de scores op de variabele vriendelijkheid met een zekerheid van 38,8% classificeren tot welke ziekteverzuimfrequentie categorie iemand behoort.

Van de totaal 25 onderzochte onafhankelijke variabelen blijven er 4 variabelen over die over een onderscheidend en predictief karakter beschikken in ziekteverzuim. Dit aantal lijkt wellicht weinig, maar het heeft de voorkeur zo eenvoudig mogelijk, met zo weinig mogelijk informatie een fenomeen te verklaren en te voorspellen (Goodwin, 2002). Twee van de vier variabelen zijn werkfactoren, de resterende twee zijn persoonlijkheidsfactoren. Opvallend is dat copingstijl en stressoren geen rol speelt in het geheel.

Persoonlijkheid

Er bestaat een significant verschil in vriendelijkheid tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en de organisatie waar men werkzaam is. Zo blijkt de categorie geen ziekteverzuim hoger te scoren op vriendelijkheid dan de categorieën kort en lang ziekteverzuim. Tevens wordt er een significant effect gevonden voor vriendelijkheid in de ziekteverzuimfrequentie categorieën. De categorie die zich niet heeft ziek gemeld scoort hoger op vriendelijkheid dan de categorie 1 maal ziek gemeld en 2 of meer maal ziek gemeld. Vriendelijkheid blijkt daarmee een belangrijke variabele zowel in het voorspellen van ziekteverzuimduur als ziekteverzuimfrequentie in deze sector.

Dit is opvallend gezien er in het artikel van Judge et al. (1997) wordt aangegeven dat er voor vriendelijkheid in relatie tot ziekteverzuim geen theoretische basis is terug te vinden. Zoals eerder genoemd wordt vriendelijkheid omschreven als iemand die behulpzaam is, begaan is met andere mensen, goedaardig is en vertrouwen heeft in anderen.

Wellicht zijn mensen die hoger scoren op vriendelijkheid meer begaan met hun omgeving en voelen ze zich verantwoordelijk voor eventuele negatieve consequenties (zoals extra werk voor collega's) die hun ziekmelding teweeg brengt en besluiten ze zich, indien mogelijk, vervolgens niet ziek te melden.

De resterende variabelen, extraversie, consciëntieusheid, emotionele stabiliteit en openheid, die deel uitmaken van de Big Five blijken geen significante rol te spelen in ziekteverzuimduur en/of ziekteverzuimfrequentie. Vooral voor de variabelen consciëntieusheid en extraversie is dit opmerkelijk aangezien deze twee variabelen wel significante relaties met ziekteverzuim tonen in het onderzoek van Judge et al.

Een mogelijke verklaring voor de verschillen tussen de resultaten van Judge et al. en de resultaten uit het huidige onderzoek is het verschil in de onderzoeksgroep. Judge et al. hebben hun onderzoek uitgezet bij werknemers van een universiteit. Het werk in de quartaire sector is veelal mensenwerk en vereist de nodige vriendelijkheid en empathie, daarentegen is deze persoonlijkheidseigenschap op een universiteit in mindere mate vereist bij het uitoefenen van dagelijkse werkzaamheden.

Voorts bestaat er een significant verschil in core self-evaluations tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en de organisatie waar men werkzaam is. Ook wordt er een significant verschil in core self-evaluations gevonden tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimfrequentie en de organisatie waar men werkzaam is. Er kan dus gesteld worden dat mensen met een interne locus of control, een hoge mate van self-esteem en self-efficacy en emotioneel stabiel zijn, geen of kort verzuim hebben en zich niet of slechts 1 maal per jaar ziekmelden, uitzonderingen daargelaten. Core self-evaluations worden gemeten met een samengestelde schaal die pas een aantal jaren geleden ontwikkeld is (Judge et al., 2003). Het huidige onderzoek laat zien dat core self-evaluations een belangrijke rol spelen in ziekteverzuim.

Werkfactoren en copingstijlen

Er bestaat een significant verschil in zelfstandigheid in het werk tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en ook tussen de organisaties waar men werkzaam is. Figuur 5 laat zien dat categorieën geen en kort verzuim hoger scoren op de schaal zelfstandigheid op het werk dan de categorie lang ziekteverzuim. Dit komt overeen met resultaten uit eerder onderzoek waar de mate van autonomie nauw samenhangt met ziekteverzuim (Rentsch & Steel, 1998).

Er blijkt een significant verschil te bestaan in plezier in het werk tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en ook tussen de organisaties waar men werkzaam is. De categorie geen ziekteverzuim scoort hoger op de variabele plezier in het werk dan de categorie lang ziekteverzuim. En de categorie kort ziekteverzuim scoort hoger op de variabele plezier in het werk dan de categorie lang ziekteverzuim.

Dit lijkt een logisch resultaat, maar de causaliteit van het effect is niet vast te stellen. Is het nu zo dat men niet of kort ziek is omdat men meer plezier in het werk ervaart? Of kan men stellen dat als men langdurig ziek is men minder plezier in het werk ervaart? Is plezier in het werk een oorzaak of een gevolg van ziekteverzuim?

Er bestaat een significant verschil in herstelbehoefte tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimfrequentie en de organisatie waar men werkzaam is. De categorie geen ziekmeldingen scoort lager op de variabele herstelbehoefte dan de categorie 1 maal ziek gemeld en 2 of meer maal ziek gemeld. Ook hier is de causaliteit van het effect niet vast te stellen. Heeft men doordat men vaker ziek is meer herstelbehoefte? Of heeft men meer herstelbehoefte en is men als gevolg hiervan vaker ziek?

Voor de variabelen werktempo en werkhoeveelheid, afwisseling in het werk, emotionele belasting, kwaliteit van contact met collega's, kwaliteit van contact met directe leiding, inspraak en piekeren is geen significant verschil gevonden tussen de verschillende ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie categorieën. Opvallend is dat veel van de werkfactoren geen significant effect hebben op ziekteverzuim.

Van Veldhoven et al. (1997) geven in hun handleiding van de VBBA aan dat er over het algemeen in onderzoeken naar ziekteverzuim kleine effecten worden gevonden van werkfactoren. Het onderzoek getiteld 'Ziek worden doe je niet alleen' (Kerckhoffs-Hanssen & Leijten, 2003) bevestigt dit beeld. Hier is onderzoek gedaan naar ziekteverzuim bij verpleegkundigen met de VBBA. Er bleken slechts drie schalen te weten communicatie, werktempo en werkhoeveelheid en emotionele belasting een significante relatie te hebben met ziekteverzuim.

Voor de variabelen belemmering, belasting, tegenwerking en fysieke dreiging en de verschillende copingstijlen werden eveneens geen significante verschillen gevonden tussen de verschillende categorieën ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie.

Kracht van het onderzoek

Het huidige onderzoek ontleent zijn kracht aan het feit dat er naast enkelvoudige relaties ook een integraal model getoetst is ter voorspelling van ziekteverzuim. Naast de reguliere werkfactoren zijn ook persoonlijkheidsfactoren opgenomen in het onderzoek.

Tot nu toe is er nog maar weinig wetenschappelijk onderzoek verricht naar een eventuele relatie tussen persoonlijkheidsfactoren en ziekteverzuim (Judge et al., 2003). Zowel het veel gebruikte Big Five model als de core self-evaluations zijn in het huidige onderzoek opgenomen.

Core self-evaluations zijn voor zover bekend nog niet eerder gebruikt in ziekteverzuim onderzoek. Dit levert vernieuwde inzichten op. Iemands core self-evaluations voorspellen zowel ziekteverzuimduur als ziekteverzuimfrequentie.

Het onderzoek is een realistisch onderzoek dat uitgevoerd is bij vier uiteenlopende organisaties in de quartaire sector. Dit is een sector waar het ziekteverzuim in vergelijking met het bedrijfsleven hoger ligt. Het onderzoek heeft inzicht verschaft in de variabelen die een rol spelen in zowel ziekteverzuimduur als frequentie in deze sector. Het zijn vooral de werkvariabelen plezier in het werk, herstelbehoefte en zelfstandigheid in het werk, en de persoonlijkheidsvariabelen vriendelijkheid en de core self-evaluations die vooral een belangrijke rol blijken te spelen in het voorspellen van het ziekteverzuimproces. De werkvariabelen zijn voor een deel beïnvloedbaar. Zo kan wellicht het opbouwen van fysieke conditie door het uitoefenen van een sport ervoor zorgen dat de werknemer zich minder moe voelt na het werk en dus minder herstelbehoefte ervaart. Zelfstandigheid heeft voornamelijk te maken met de aard van de werkzaamheden en de beïnvloedbaarheid zal dan ook grotendeels afhankelijk zijn van de functie. Zo kan een hulpverlener wellicht zelf zijn gesprekken inplannen, maar een docent kan daarentegen niet inplannen op welke uren hij les geeft, dit staat immers vast in een rooster. Plezier in het werk kan voor een deel beïnvloed worden door de werkgever en/of werknemer, maar indien men als hulpverlener te maken heeft met een ‘vervelende’ cliënt, kan dit ervoor zorgen dat men minder plezier ervaart. Er zijn dus niet regelbare factoren binnen de uitoefening van het vak die ten koste kunnen gaan van het plezier in het werk, maar mogelijk ook een bevorderende werking hebben.

Van persoonlijkheidstrekken is bekend dat deze diep geworteld zijn en niet of weinig veranderen (Judge et al., 2004; Costa & McCrae, 2006). Deze zullen dus moeilijk te beïnvloeden zijn. Wel kan er wellicht in de werving van nieuwe werknemers gekeken worden naar genoemde persoonlijkheidstrekken.

Kanttekeningen bij het onderzoek en suggesties voor vervolgonderzoek

Naast bovenstaande positieve punten is het tevens belangrijk te kijken naar beperkingen in het onderzoek.

Zo is het voor een aantal factoren moeilijk de causaliteit van het effect vast te stellen. Zoals bijvoorbeeld voor de variabele plezier in het werk. Is het nu zo dat men omdat men plezier in het werk heeft weinig ziek is, of heeft men doordat men vaak en langdurig ziek is minder plezier in het werk? Wellicht kan eventueel vervolgonderzoek dit probleem ondervangen.

Verder waren de verschillende steekproeven niet groot en slechts in de quartaire sector onderzocht. Vervolgonderzoek zal dan ook moeten uitwijzen of de resultaten stand houden en generaliseerbaar zijn voor andere sectoren.

Bij de start van het onderzoek is er een introductiebrief verstuurd naar de werknemers. Zowel in de introductiebrief als in de vragenlijst is uitdrukkelijk gevraagd om eerst na te gaan hoeveel dagen en hoe vaak men zich ziek heeft gemeld in het jaar 2005 voordat men aan het invullen van de vragenlijst begon. In dit onderzoek is er dus geen gebruik gemaakt van beschikbare gegevens bekend bij de betreffende organisaties. Er werd verwacht dat het vragen van toestemming een drempelverhogend effect zou hebben op de participatie in het onderzoek. Er is dus gebruik gemaakt van zelf-gerapporteerd ziekteverzuim. Het kan zijn dat dit een vertekend beeld heeft opgeleverd ten aanzien van de ziekteverzuimduur en ziekteverzuimfrequentie. Johns (1994) heeft 34 studies bekeken die gebruik hebben gemaakt van zelf-gerapporteerd ziekteverzuim. De onderzoeken geven verschillende resultaten weer wanneer er gevraagd wordt naar ziekteverzuim in het tijdsbestek van één jaar. Sommige onderzoeken geven aan dat zelf-gerapporteerd ziekteverzuim overeen kwam met het werkelijke ziekteverzuim en ander onderzoek laat zien dat de zelf-gerapporteerde ziekteverzuim een stuk lager uitviel dan het werkelijke ziekteverzuim (Johns, 1994). Deze bevindingen hoeven geen vertekend beeld op te leveren voor het huidige onderzoek, dit omdat hier onderzoek is gedaan naar de relatieve verhoudingen.

Maar een deel van de werknemers van de benaderde organisaties heeft de vragenlijst ingevuld. Wellicht hebben de werknemers die juist frequent en/of langdurig hebben verzuimd afgezien van het onderzoek, en is er sprake van een selectieve respons.

In het huidige onderzoek is er voorts niet gevraagd naar de oorzaak van de ziekmelding.

Dit kan in eventueel vervolgonderzoek wel gevraagd worden zodat de resultaten mogelijk op bepaalde punten beter verklaard kunnen worden.

Tot slot worden de schalen opgenomen in de VBBA omschreven als werkvariabelen, maar bij de schalen herstelbehoefte en piekeren kan de vraag worden gesteld of deze variabelen niet beter gecategoriseerd kunnen worden als persoonsvariabelen in plaats van werkvariabelen.

Referenties

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, USA: Freeman.

Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

CBS, 24 februari 2003. Verkregen op 10 maart, 2006, van [http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=7135zvoh&D1=0-14,27-38,63-70&D2=0,2,6&D3=\(1-11\)-1&DM=SLNL&LA=nl&TT=2](http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=7135zvoh&D1=0-14,27-38,63-70&D2=0,2,6&D3=(1-11)-1&DM=SLNL&LA=nl&TT=2)

CBS, Ziekteverzuim, 5 oktober 2005. Verkregen op 10 maart, 2006, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-inkomen-sociale-zekerheid/sociale-zekerheid/beschrijving/sociale-zekerheid-ziekteverzuim-art.htm>

CBS, Ziekteverzuimduur ligt gedaald in 2004, 19 december 2005. Verkregen op 10 maart, 2006, van <http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/arbeid-inkomen-sociale-zekerheid/sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/2005-1860-wm.htm>

Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1988). From catalog to classification: Murray's needs and the five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 258-265.

Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: the NEO personality inventory. *Psychological Assessment*, 1, 5-13.

Costa, P.T., & McCrae, R.R. (2006). Age changes in personality and their origins: comment on Roberts, Walton, and Viechtbauer. *Psychological Bulletin*, 1, 26-28.

Dagevos, J. (2002). *Arbeid in de quataire sector*. Den-Haag, Nederland: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- De Jonge, J., & Kompier, M.A.J. (1997). A critical examination of the demand-control-support model from a work psychological perspective. *International Journal of Stress Management*, 4, 235-258.
- De Vocht, A (2005). *Basishandboek spss 13 voor windows*. Utrecht: Bijleveld Press.
- Erez, A., & Judge, T.A. (2001). Relationship of core self-evaluations to goal setting, motivation, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 6, 1270-1279.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 992-1003.
- Goodwin, C.J. (2002). *Research in psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Hackman, J.R., & Oldham, G.R. (1980). *Work redesign*. Lezing, MA: Addison-Wesley.
- Johns, G. (1994). How often were you Absent? A review of the use of self-reported absence data. *Journal of Applied Psychology*, 4, 574-591.
- Judge, T.A., Erez, A., Bono, J.E., & Thoresen, C.J. (2003). The core self-evaluations scale: development of a measure. *Personnel Psychology*, 56, 303-331.
- Judge, T.A., Locke, E.A., Durham, C.C., & Kluger, A.N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: the role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 1, 17-34.
- Judge, T.A., Martocchio, J.J., & Thoresen, C.J. (1997). Five-factor model of personality and employee absence. *Journal of Applied Psychology*, 5, 745-755.
- Judge, T.A., Van Vianen, A.E.M., & De Pater, I.E. (2004). Emotional stability, core self-evaluations, and job outcomes: a review of the evidence and an agenda for future research. *Human Performance*, 17, 325-346.
- Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D., & Rosenthal, R.A. (1964). *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.

- Karasek, R.A. Jr. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R.A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, USA: Basic books inc. publishers.
- Kerckhoffs-Hanssen, M., & Leijten, T. (2003). Ziek worden doe je niet alleen: een onderzoek naar antecedenten van ziekteverzuim bij verpleegkundigen. *Tijdschrift voor HRM*, 2, 89-104.
- Koch, B. (1998). *Handleiding G5: GITP Big Five persoonlijkheidsvragenlijst*. Amsterdam, Nederland: GITP International B.V.
- Koch, B. (2006). Handleiding G5-R. In GITPResearch (Ed.), *Testklapper*. Rotterdam: GITP (interne publicatie).
- Koeske, G.F., Krik, S.A., & Koeske, R.D. (1993). Coping with job stress: which strategies work best? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 319-335.
- Kompier, M.A.J. (1995). Geestelijke werkbelasting. In P.G.W. Smulders & J.M.J. Op de Weegh (Eds.), *Arbeid en gezondheid: risicofactoren* (pp. 83-94). Utrecht, Nederland: Uitgeverij LEMMA BV.
- Kompier, M.A.J., Kruidenier, H.J., & Van der Putten, A. (1992). *Ziekteverzuim een effectieve aanpak*. Utrecht, Nederland: Teleac.
- Kronenburg-Willems, E.J. (2002). *Praktijkgids ziekte & reïntegratie*. Alphen aan den Rijn, Nederland: Kluwer.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: McGraw-Hill.
- Nauta, A., & Van Sloten, E.G. (2004). *De dialoog als vroege poortwachter: het voorkomen van verzuim door onbalans*. Assen, Nederland: Koninklijke Van Forum.

Rentsch, J.R., & Steel, R.P. (1998). Testing the durability of job characteristics as predictors of absenteeism over a six-year period. *Personnel Psychology*, *51*, 165-190.

Roger, D.D.T., Jarvis, G., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, *15*, 619-626.

Salgado, J.F. (1997). The five factor model of personality and job performance in the European community. *Journal of Applied Psychology*, *1*, 30-42.

Santos, R.M.N.P., & De Nijs, H. (2004). *Wat zegt locus of control over ziekteverzuim?* Niet gepubliceerde scriptie, Hogeschool Rotterdam.

Schabracq, M.J., & Winnubst, J.A.M. (1995). Stressoren in het werk. In Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M., Perreijn, A.C., & Gerrichauzen, J. (Eds.), *Mentale belasting in het werk* (99.187-204). Nederland, Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV.

Schaufeli, W., Bakker, A., & De Jonge, J. (2003). *De psychologie van arbeid en gezondheid*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.

Serlie, A.W. (2004). *Schalen GITP stress lijst*. Rotterdam: GITP Research (interne publicatie).

Slotboom, A. (2002). *Statistiek in woorden*. Groningen, Nederland: Wolters-Noordhoff B.V.

Smulders, P.G.W. (1984). *Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek*. Leiden, Nederland: NIPG-TNO.

Stadswerker. (2006, februari). *Personeelskrant*, *1*, 1 (interne publicatie).

Terry, D.J., Tonge, L., & Callan, V.J. (1995). Employee adjustment to stress: the role of coping resources, situational factors, and coping responses. *Anxiety, Stress, and Coping*, *8*, 1-24.

Van der Mast, Falke & Verbaan (2004). *Handleiding ziekteverzuim voor leidinggevende en P&O*. Rotterdam, Nederland: Gemeente Rotterdam (interne publicatie).

Van der Ploeg, E., & Kleber, R.J. (2001). Ingrijpende gebeurtenissen op het werk en chronische stressoren. *Gedrag en Organisatie*, 3, 142-151.

Van Deursen, C.G.L., & Smulders, P.G.W. (1995). Ziekteverzuim. In P.G.W. Smulders & J.M.J. Op de Weegh (Eds.), *Arbeid en gezondheid: risicofactoren* (pp. 195-207). Nederland, Utrecht: LEMMA BV.

Van Veldhoven, M., & Meijman, T.F. (1994). *Het meten van psychosociale arbeidsbelasting met een vragenlijst*. Amsterdam, Nederland: NIA.

Van Veldhoven, M., Meijman, T.F., Broersen, J.P.J., & Fortuin, R.J. (1997). *Onderzoek naar de beleving van psychosociale arbeidsbelasting en werkstress met behulp van de vragenlijst beleving en beoordeling van de arbeid*. Amsterdam, Nederland: Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg.

Van Yperen, N.W., & Van Horn, J.E. (1993). Stress, coping en sociale vergelijking bij arbeidsongeschikten. *Gedrag en Organisatie*, 5, 293-309.

Veerman (1990). Theorieën over ziekteverzuim. In P.G.W. Smulders & T.J. Veerman (Eds.), *Handboek ziekteverzuim: gids voor de bedrijfspraktijk* (pp. 55-74). Nederland, Den Haag: DELWEL uitgeverij B.V.

War, P.B. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Oxford University Press.

Bijlage 1

Tabel 18

Alfa betrouwbaarheden en schaalgegevens van de onderzochte onafhankelijke variabelen

	Alfa betrouwbaarheden eerder onderzoek	Alfa betrouwbaarheden huidig onderzoek	Schaal	Aantal vragen	Min. score	Max. score
1. tempo en hoeveelheid	.89	.88	0-3	11	0	33
2. emotionele belasting	.85	.79	0-3	7	0	21
3. afwisseling in het werk	.82	.71	0-3	6	0	18
4. zelfstandigheid i/h werk	.90	.85	0-3	11	0	33
5. relatie collega's	.87	.83	0-3	9	0	27
6. relatie directe leiding	.90	.90	0-3	9	0	27
7. inspraak	.85	.86	0-3	8	0	24
8. plezier in het werk	.79	.88	0-3	9	0	27
9. herstelbehoefte	.87	.91	0-3	11	0	33
10. piekeren	.80	.81	0-3	4	0	12
11. belemmering	.81	.81	1-5	6	6	30
12. belasting	.72	.73	1-5	6	6	30
13. tegenwerking	.72	.82	1-5	6	6	30
14. fysieke dreiging	.59	.70	1-5	5	5	25
15. coping rationeel	n.b.	.70	1-4	8	8	32
16. coping distantieënd	n.b.	.67	1-4	8	8	32
17. coping emotioneel	n.b.	.72	1-4	8	8	32
18. coping vermijndend	n.b.	.72	1-4	7	7	28
19. core self-evaluations	.84	.79	1-5	12	12	60
20. extraversie	.88	.88	1-5	8	8	40
21. vriendelijkheid	.68	.70	1-5	8	8	40
22. consciëntieusheid	.81	.81	1-5	8	8	40
23. emotionele stabiliteit	.82	.73	1-5	8	8	40
24. openheid	.78	.70	1-5	8	8	40

Bijlage 2

Tabel 19

Gemiddelden, standaarddeviaties en intercorrelaties van de afhankelijke en onafhankelijke variabelen

	Gem.	S.D.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. ziekteverzuimduur	6.97	16.47	-										
2. ziekteverzuimfrequentie	1.45	1.64	0.34**	-									
3. tempo en hoeveelheid	14.66	4.77	0.05	-0.09	-								
4. emotionele belasting	8.91	3.31	0.04	-0.00	0.21**	-							
5. afwisseling in het werk	11.89	2.61	-0.07	-0.04	0.17*	0.36**	-						
6. zelfstandigheid i/h werk	19.24	4.92	-0.07	0.05	-0.16*	-0.13	0.34**	-					
7. relatie collega's	21.62	3.41	-0.01	0.12	-0.26**	-0.11	0.11	0.34**	-				
8. relatie directe leiding	22.03	4.45	-0.23**	0.04	-0.18*	-0.11	0.21**	0.35**	0.52**	-			
9. inspraak	13.51	4.23	-0.13	0.00	-0.09	-0.05	0.38**	0.57**	0.38**	0.61**	-		
10. plezier in het werk	20.22	4.44	-0.10	-0.10	-0.16*	0.01	0.39**	0.21**	0.35**	0.42**	0.40**	-	
11. herstelbehoefte	11.98	6.04	0.11	0.12	0.44**	0.14*	-0.11	-0.24**	-0.40**	-0.38**	-0.35**	-0.63**	-
12. piekeren	3.29	2.11	-0.01	0.01	0.39**	0.07	-0.10	-0.18*	-0.42**	-0.29**	-0.29**	-0.46**	0.62**
13. belemmering	10.03	3.76	0.10	0.04	0.21**	0.08	-0.17*	-0.25**	-0.38**	-0.63**	-0.54**	-0.41**	0.32**
14. belasting	10.97	3.50	-0.01	0.07	0.60**	0.25**	0.10	-0.09	-0.32**	-0.22**	-0.17*	-0.33**	0.49**
15. tegenwerking	7.99	2.94	0.01	-0.04	0.17*	0.15*	-0.03	-0.29**	-0.53**	-0.28**	-0.23**	-0.20**	0.27**
16. fysieke dreiging	9.31	3.19	0.19**	0.05	0.08	0.53**	0.23**	-0.22**	0.05	-0.13	-0.10	0.04	0.02
17. coping rationeel	22.42	3.20	-0.10	0.02	0.06	0.13	0.34**	0.26**	0.16*	0.28**	0.34**	0.37**	-0.26**
18. coping distantiërend	20.70	3.26	-0.10	0.02	-0.13	0.02	0.29**	0.28**	0.29**	0.29**	0.34**	0.30**	-0.28**
19. coping emotioneel	12.17	2.52	0.03	0.06	0.11	-0.01	-0.15*	-0.19**	-0.44**	-0.35**	-0.36**	-0.40**	0.46**
20. coping vermijdend	11.89	2.72	0.05	0.06	-0.08	-0.09	-0.24**	0.03	-0.18*	-0.18*	-0.22**	-0.26**	0.21**
21. core self-evaluations	45.06	5.46	-0.10	-0.14*	-0.16*	0.00	0.29**	0.22**	0.38**	0.30**	0.35**	0.50**	-0.47**
22. extraversie	29.00	5.19	-0.04	-0.08	-0.17*	-0.08	0.16*	0.03	0.19**	0.15*	0.11	0.21**	-0.17*
23. vriendelijkheid	28.59	3.38	-0.11	-0.05	0.05	-0.09	0.17*	0.19**	0.11	0.25**	0.21**	0.12	-0.04
24. consciëntieusheid	30.32	4.21	-0.01	-0.08	0.20**	-0.17*	-0.03	-0.04	0.04	0.06	0.09	0.15*	-0.02
25. emotionele stabiliteit	26.86	4.32	-0.04	-0.08	-0.07	-0.10	0.12	0.23**	0.40**	0.26**	0.25**	0.28**	-0.34**
26. openheid	31.78	3.16	-0.13	0.09	0.07	0.08	0.26**	0.14*	0.01	0.02	0.15*	0.15*	0.01

* correlaties significant bij $p < 0,05$

** correlaties significant bij $p < 0,01$

	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1. ziekteverzuimduur												
2. ziekteverzuimfrequentie												
3. tempo en hoeveelheid												
4. emotionele belasting												
5. afwisseling in het werk												
6. zelfstandigheid in het werk												
7. relatie collega's												
8. relatie directe leiding												
9. inspraak												
10. plezier in het werk												
11. herstelbehoefte												
12. piekeren	-											
13. belemmering	0.15*	-										
14. belasting	0.49**	0.33**	-									
15. tegenwerking	0.22**	0.36**	0.33**	-								
16. fysieke dreiging	-0.15*	0.19**	0.10	0.20**	-							
17. coping rationeel	-0.17*	-0.12	0.02	-0.05	0.09	-						
18. coping onverschillig	-0.31**	-0.15*	-0.10	-0.13	0.09	0.64**	-					
19. coping emotioneel	0.36**	0.36**	0.35**	0.33**	-0.10	-0.23**	-0.22**	-				
20. coping vermijdend	0.11	0.27**	0.18**	0.11	-0.16*	-0.05	0.06	0.51**	-			
21. core self evaluations	-0.39**	-0.25**	-0.33**	-0.22**	0.09	0.34**	0.36**	-0.58**	-0.39**	-		
22. extraversie	-0.22**	-0.11	-0.21**	-0.03	-0.01	0.21**	0.16*	-0.20**	-0.19**	0.35**	-	
23. vriendelijkheid	0.02	-0.12	0.16*	-0.09	-0.21**	0.24**	0.24**	-0.02	0.00	0.09	0.37**	-
24. consciëntieusheid	0.14	-0.08	0.09	0.01	-0.17*	0.09	-0.03	0.03	-0.07	-0.01	0.07	0.22**
25. emotionele stabiliteit	-0.31**	-0.15*	-0.21**	-0.33**	0.04	0.35**	0.34**	-0.53**	-0.26**	0.57**	0.12	0.07
26. openheid	-0.06	0.11	0.16*	-0.03	-0.03	0.36**	0.27**	0.08	0.00	0.12	0.22**	0.39**

* correlaties significant bij $p < 0,05$

** correlaties significant bij $p < 0,01$

	24	25	26
1. ziekteverzuimduur			
2. ziekteverzuimfrequentie			
3. tempo en hoeveelheid			
4. emotionele belasting			
5. afwisseling in het werk			
6. zelfstandigheid in het werk			
7. relatie collega's			
8. relatie directe leiding			
9. inspraak			
10. plezier in het werk			
11. herstelbehoefte			
12. piekeren			
13. belemmering			
14. belasting			
15. tegenwerking			
16. fysieke dreiging			
17. coping rationeel			
18. coping onverschillig			
19. coping emotioneel			
20. coping vermijgend			
21. core self evaluations			
22. extraversie			
23. vriendelijkheid			
24. consciëntieusheid	-		
25. emotionele stabiliteit	-0.17*	-	
26. openheid	0.19**	-0.03	-

* correlaties significant bij $p < 0,05$

** correlaties significant bij $p < 0,01$

Bijlage 3**Tabel 20***Kolmogorov-Smirnov Test*

	N	Kolmogorov-Smirnov Z	P =
tempo en hoeveelheid	206	1.76	0.00
emotionele belasting	203	1.32	0.06
afwisseling in het werk	206	1.98	0.00
zelfstandigheid in het werk	206	1.20	0.11
relatie collega' s	204	1.79	0.00
relatie directe leiding	205	2.07	0.00
inspraak	205	1.19	0.12
plezier in het werk	204	1.31	0.06
herstelbehoefte	204	0.94	0.34
piekeren	204	2.29	0.00
belemmering	206	2.62	0.00
belasting	205	1.52	0.02
tegenwerking	206	3.77	0.00
fysieke dreiging	205	2.09	0.00
coping rationeel	206	1.31	0.06
coping distantiërend	206	1.15	0.15
coping emotioneel	206	2.27	0.00
coping vermijdend	206	1.44	0.03
core self-evaluations	206	0.73	0.66
extraversie	205	1.64	0.01
vriendelijkheid	204	1.32	0.06
consciëntieusheid	204	1.20	0.11
emotionele stabiliteit	205	1.04	0.23
openheid	205	1.67	0.01
positieve faalangst	204	1.14	0.15

* significant bij $p < 0,05$

Bijlage 4**Tabel 21***Levene's test of equality of error variances ziekteverzuimduur*

	F	Df1	Df2	P =
tempo en hoeveelheid	.82	11	188	.62
emotionele belasting	2.27	11	185	.01
afwisseling in het werk	2.12	11	188	.02
zelfstandigheid in het werk	1.59	11	188	.11
relatie collega' s	2.12	11	186	.02
relatie directe leiding	2.29	11	187	.01
inspraak	2.00	11	187	.03
plezier in het werk	1.09	11	186	.37
herstelbehoefte	1.06	11	186	.40
piekeren	1.42	11	186	.17
belemmering	.78	11	191	.66
belasting	1.06	11	190	.40
tegenwerking	1.96	11	191	.03
fysieke dreiging	2.72	11	190	.00
coping rationeel	1.02	11	188	.43
coping distantieënd	2.17	11	188	.02
coping emotioneel	1.07	11	188	.39
coping vermijdend	1.01	11	188	.44
core self-evaluations	1.39	11	188	.18
extraversie	1.61	11	188	.10
vriendelijkheid	1.37	11	187	.19
consciëntieusheid	2.30	11	187	.01
emotionele stabiliteit	.84	11	188	.60
openheid	1.85	11	188	.05
positieve faalangst	.62	11	187	.81

* significant bij $p < 0,05$

Bijlage 4**Tabel 22***Levene's test of equality of error variances ziekteverzuimfrequentie*

	F	Df1	Df2	P =
tempo en hoeveelheid	.60	11	188	.83
emotionele belasting	2.10	11	185	.02
afwisseling in het werk	2.37	11	188	.01
zelfstandigheid in het werk	1.79	11	188	.06
relatie collega' s	2.02	11	186	.03
relatie directe leiding	2.00	11	187	.03
Inspraak	1.82	11	187	.05
plezier in het werk	.55	11	186	.87
herstelbehoefte	.75	11	186	.69
piekeren	.95	11	186	.50
belemmering	.66	11	191	.78
Belasting	1.12	11	190	.35
tegenwerking	2.09	11	191	.02
fysieke dreiging	2.39	11	190	.01
coping rationeel	.77	11	188	.67
coping distantiërend	1.73	11	188	.07
coping emotioneel	1.79	11	188	.06
coping vermijdend	1.15	11	188	.33
core self-evaluations	1.36	11	188	.19
extraversie	1.46	11	188	.18
vriendelijkheid	1.98	11	187	.03
consciëntieusheid	2.77	11	187	.00
emotionele stabiliteit	.81	11	188	.63
openheid	2.07	11	188	.02
positieve faalangst	1.33	11	187	.21

* significant bij $p < 0,5$

Bijlage 5**Tabel 23***Resultaten Kruskal-Wallis toets van de variabele belemmering*

	χ^2	Df	N	P =
ziekteverzuimduur	2.73	2	203	.26
ziekteverzuimfrequentie	2.76	2	203	.25
organisatie	6.05	3	206	.11

* significant bij $p < 0,5$ **Tabel 24***Resultaten Kruskal-Wallis toets van de variabele belasting*

	χ^2	Df	N	P =
ziekteverzuimduur	2.09	2	202	.35
ziekteverzuimfrequentie	.73	2	202	.69
organisatie	10.44	3	205	.02

* significant bij $p < 0,5$ **Tabel 25***Resultaten Kruskal-Wallis toets van de variabele tegenwerking*

	χ^2	Df	N	P =
ziekteverzuimduur	.84	2	203	.66
ziekteverzuimfrequentie	1.96	2	203	.38
organisatie	3.16	3	206	.37

* significant bij $p < 0,5$ **Tabel 26***Resultaten Kruskal-Wallis toets van de variabele fysieke dreiging*

	χ^2	Df	N	P =
ziekteverzuimduur	.09	2	202	.96
ziekteverzuimfrequentie	.32	2	202	.85
organisatie	40.07	3	205	.00

* significant bij $p < 0,5$

Bijlage 6**Tabel 27**

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de onafhankelijke variabele voor de organisatie waar men werkzaam is

Organisatie	Onafh. variabele	Gem.	S.D.
VMBO	belasting	11.16	3.30
Hulpv. Inst. 1	belasting	11.67	3.95
Hulpv. Inst. 2	belasting	11.70	3.47
Hulpv. Inst. 3	belasting	9.98	3.10

Tabel 28

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de onafhankelijke variabele voor de organisatie waar men werkzaam is

Organisatie	Onafh. variabele	Gem.	S.D.
VMBO	fysieke dreiging	9.43	3.26
Hulpv. Inst. 1	fysieke dreiging	7.84	2.54
Hulpv. Inst. 2	fysieke dreiging	7.80	1.20
Hulpv. Inst. 3	fysieke dreiging	1.98	3.24

Bijlage 7**Tabel 29***Resultaten ANCOVA voor de variabele rationele coping*

	F	Df1	Df2	P =
ziekteverzuimduur en organisatie	1.08	12	187	.38
ziekteverzuimfrequentie en organisatie	1.62	12	187	.09

* significant bij $p < 0,5$ **Tabel 30***Resultaten Kruskal-Wallis toets van de variabele vermijdende coping*

	χ^2	Df	N	P =
ziekteverzuimduur	6.82	2	203	.96
ziekteverzuimfrequentie	.26	2	203	.85
organisatie	17.52	3	206	.00

* significant bij $p < 0,5$ **Tabel 31***Resultaten Kruskal-Wallis toets van de variabele emotionele coping*

	χ^2	Df	N	P =
ziekteverzuimduur	5.34	2	203	.07
ziekteverzuimfrequentie	.22	2	203	.90
organisatie	14.63	3	206	.00

* significant bij $p < 0,5$ **Tabel 32***Resultaten Kruskal-Wallis toets van de variabele distantiërende coping*

	χ^2	Df	N	P =
ziekteverzuimduur	1.61	2	203	.45

* significant bij $p < 0,5$ **Tabel 33***Resultaten ANCOVA voor de variabele distantiërende coping*

	F	Df1	Df2	P =
ziekteverzuimfrequentie en organisatie	1.24	12	187	.26

* significant bij $p < 0,5$

Bijlage 8**Tabel 34**

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de onafhankelijke variabele voor de organisatie waar men werkzaam is

Organisatie	Onafh. variabele	Gem.	S.D.
VMBO	coping vermijgend	11,43	2,18
Hulpv. Inst. 1	coping vermijgend	12,96	2,91
Hulpv. Inst. 2	coping vermijgend	12,45	2,59
Hulpv. Inst. 3	coping vermijgend	11,18	2,74

Tabel 35

Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de onafhankelijke variabele voor de organisatie waar men werkzaam is

Organisatie	Onafh. Variabele	Gem.	S.D.
VMBO	coping emotioneel	11,66	2,22
Hulpv. Inst. 1	coping emotioneel	12,73	2,84
Hulpv. Inst. 2	coping emotioneel	13,40	1,88
Hulpv. Inst. 3	coping emotioneel	11,78	2,47