

Gemotiveerd deskundig: verpleegkundigen onder de loep

De rol van motivatie, zelfconcept en autonomie ten aanzien van
deskundigheidsbevordering.



Student: Y.Essers

Studentnummer: 3325334

Cursus: Masterthesis Onderwijskundig Ontwerp en Advisering

Begeleider: H. van Breda-Verduijn

Tweede beoordelaar: J. Janssen

Datum: juni 2010

Voorwoord

Voor u ligt de Masterthesis die geschreven is in de eindfase van de studie Onderwijskundig ontwerp en advisering. Van februari 2010 tot en met juni 2010 heb ik met plezier aan dit onderzoek gewerkt. Door mijn werkzaamheden in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis [CWZ] ben ik op het idee van deze thesis gekomen. Ik hoop dat u dit verslag ook met plezier zult lezen en dat het resultaat van mijn inspanningen van nut is voor de verpleegkundigen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg.

Voor de uitvoering van dit onderzoek ben ik dank verschuldigd aan Hester van Breda- Verduijn die mij op een zeer prettige manier heeft begeleid. Verder wil ik Mechtild Hodes, Toon Lavrijssen, Florian Abu Bakar en Mariëtte Vugts bedanken voor de steun en adviezen die zij mij gegeven hebben bij de totstandkoming van deze thesis. Als laatste bedank ik de verpleegkundigen van het CWZ ziekenhuis die de tijd hebben genomen om aan mijn onderzoek deel te nemen.

Samenvatting

De motivatie voor de keuze om de eigen deskundigheid te bevorderen speelt een belangrijke rol in het op peil houden van de kennis en vaardigheden van verpleegkundigen. De motivatie wordt beïnvloed door een tal van factoren. Het doel van dit onderzoek was te onderzoeken welke invloed het zelfconcept heeft op de motivatie voor de keuze om de eigen deskundigheid te bevorderen waarbij gecorrigeerd wordt voor autonomie, leeftijd en jaren werkervaring. Met behulp van schriftelijke vragenlijsten is een kwantitatief survey onderzoek uitgevoerd bij verpleegkundigen (N= 53) die werkzaam zijn in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen.

Resultaten tonen aan dat het zelfconcept een significantie positieve invloed heeft op de intrinsieke motivatie voor deskundigheidbevordering van verpleegkundigen, als er gecorrigeerd wordt voor leeftijd en jaren werkervaring. Autonomie heeft een grote significante invloed op de motivatie. De factoren leeftijd en werkervaring blijken een negatieve rol te spelen op de intrinsieke motivatie om de deskundigheid te bevorderen.

Inleiding

Ziekenhuizen moeten investeren in de veiligheid en kwaliteit van de zorg die geleverd wordt (Meurs, 2008). Om veilige en kwalitatieve zorg te kunnen leveren moeten de risico's en gevaren zoveel mogelijk worden verkleind. De professionele kwaliteit van een verpleegkundige is onderdeel van een goede en veilige zorg (Bont, Jerak, Zuiderent, Bal & Meurs, 2009). Verpleegkundigen zullen, om kwalitatieve en veilige zorg te kunnen bieden, hun vaardigheden en kennis moeten bijhouden. Het bevorderen en bijhouden van vaardigheden en kennis wordt ook wel deskundigheidsbevordering genoemd (Speet & Francke, 2004). Het willen leveren van goede en veilige zorg is een basale voorwaarde voor de intrinsieke motivatie (Raaijmakers & Sjollema, 2006).

Het verpleegkundige beroep is aan het groeien. Vroeger waren verpleegkundigen afhankelijk van de arts, maar tegenwoordig krijgen verpleegkundigen een steeds grotere verantwoordelijkheid en werken zij veelal samen met de arts (Kleingeld, 1996). Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij kritisch meedenken met de behandeling van een patiënt. Ondanks de behoeften van het werkveld aan kritische meedenkende verpleegkundigen worden verpleegkundigen beperkt in het maken van keuzes op de werkplek. Ziekenhuizen, zoals het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis [CWZ] te Nijmegen, zijn verplicht om alle vaardigheden, werkwijzen en kennis stapsgewijs op te schrijven in protocollen en procedures (Casparie, Legemaate, Rijkschroeff, Brugman, Buijsen, Gruijter et. al., 2001). Deze protocollen en procedures geven uniformiteit en houvast, maar beperken de verpleegkundigen ook in hun werkzaamheden en het maken van keuzes en het nemen van beslissingen (Bont et al., 2009). Het maken van keuzes en het nemen beslissingen is een basisbehoefte dat ieder mens bezit en wordt ook wel autonomie genoemd (Bekker & Assen, 2006).

Het verpleegkundige beroep heeft te kampen met veranderingen en tegenstrijdigheden. Iedere verpleegkundige gaat anders om met deze ontwikkeling van het beroep. Hoe een verpleegkundige over zichzelf, de werkzaamheden en soorten taken denkt ligt aan de basis van het zelfconcept. Een reëel zelfconcept is erg belangrijk, het geeft mensen de mogelijkheid om bewuste keuzes te maken (Brehm, Saul & Fein, 1999). Bewuste en weloverwogen keuzes zijn belangrijk om een veilige en goede zorg te leveren. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

“In hoeverre is de mate van zelfconcept van invloed op de mate van motivatie voor de keuze om de eigen deskundigheid te bevorderen, waarbij rekening wordt gehouden met de invloed van de mate van autonomie van de verpleegkundigen werkzaam binnen het CWZ Ziekenhuis te Nijmegen?”

Theoretische achtergrond

Onderzoek wijst uit dat de opleiding een rol speelt in de ontwikkeling van het werk- en denkniveau van leerling-verpleegkundigen en verpleegkundigen (Gloudemans, Schalk & Reynaert, 2010). Om in een ziekenhuis als verzorgend of verplegend personeel te mogen werken kan er op verschillende niveaus opleidingen worden gevolgd. In de literatuur worden vijf kwalificatieniveaus van verzorgen en verpleging beschreven: zorghulp, helpende, verzorgende, verpleegkundige niveau 4 (middelbaar beroepsonderwijs [mbo]) en verpleegkundige niveau 5 (hoger beroepsonderwijs [hbo]). Vóór de invoer voor de mbo/hbo structuur werd de opleiding tot verpleegkundige niveau 5, verpleegkunde-A genoemd (Commissie kwalificatiestructuur, 1996).

Dit onderzoek richt zich op de niveau 4 (mbo) en niveau 5 (hbo) verpleegkundigen die werkzaam zijn in het CWZ. Deze mbo- en hbo-verpleegkundigen werken samen op verschillende afdelingen van het ziekenhuis. In de praktijk is het onderscheid tussen de mbo- en hbo-verpleegkundigen niet duidelijk zichtbaar. Het niveau van de werkzaamheden, verantwoordelijkheden en handelingen van de mbo- en hbo-verpleegkundigen, in de directe patiëntenzorg, verschillen in de praktijk niet of nauwelijks. Beide verpleegkundigen hebben evenveel verantwoordelijkheid, voeren dezelfde handelingen uit en verdienen hetzelfde salaris (Meer & Gobbens, 2009). De titel ‘verpleegkundige’ met daaraan de twee kwalificatieniveaus, mbo en hbo, leidt ook in ziekenhuizen tot verwarring. Het positioneren van de mbo- en hbo-verpleegkundigen ten opzichte van de bestaande functies blijkt in de praktijk lastig (Dam, Kraayvanger & Hovels, 2004; VBOC-AVVV, 2006). Ook vanuit de legislatieve instanties wordt er niet gedifferentieerd tussen deze twee opleidingsniveaus. Een voorbeeld hiervan is de wet ‘Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg’ [BIG]. In de wet BIG is vastgesteld welke (voorbehouden) handelingen een persoon zelfstandig mag uitvoeren onder toezicht van een arts (VBOC-AVVV, 2006).

Het meest kenmerkend verschil tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen, aangehaald in de literatuur, is het kritische denkniveau (Gloudemans, et. al., 2010). Met het kritisch denkniveau worden de

vaardigheden van analyseren, interpreteren, argumenteren, zelfregulatie, evalueren en beoordelen bedoeld. Deze kritische vaardigheden worden vaker toegepast door hbo-verpleegkundigen dan door de mbo-collega's (Simpson & Courtney, 2002; Gloudemans, et.al., 2010). Het kritisch denkvermogen van de verpleegkundigen wordt steeds belangrijker, met name door de verwetenschappelijking van de praktijk, zoals het evidence based werken (Sackett & Straus, 1997). Verpleegkundigen krijgen steeds meer verantwoordelijkheden in het rechtvaardigen en verdedigen van oordelen en beslissingen (Dowding & Thomson, 2002). Een reden hiervoor is dat het handelen moet worden ondersteund door bewijs (Lange & Staa, 2004), onderzoeksgegevens of wetenschappelijke literatuur (Edwards, 2003). De verwetenschappelijking van het beroep vraagt om kritische, reflecterende en competente verpleegkundigen (Sackett & Straus, 1997). Onderzoek wijst uit dat het niveau van de opleiding een rol speelt in de ontwikkeling van het werk- en denkniveau van (leerling-)verpleegkundigen, toch is dit niet de enige factor die hierop van invloed is. De leeftijd, het aantal jaren werkervaring, de diversiteit van werkzaamheden en de cultuur van de werkplek spelen hierin een belangrijke rol (Gloudemans, et al., 2010). De factoren, leeftijd en de werkervaring zullen daarom in dit onderzoek worden meegenomen.

Deskundigheidsbevordering

Naast het kritische denkniveau is ook de deskundigheid van een verpleegkundige een voorwaarde om het verpleegkundig beroep goed te kunnen uitvoeren. De professionele kwaliteit van een verpleegkundige is een onderdeel van een veilige zorg en kan bevorderd en bijgehouden worden door middel van deskundigheidsbevordering (Bont et al., 2009). Speet en Francke (2004) omschrijven deskundigheidsbevordering bij verpleegkundigen als volgt:

De verpleegkundige kent het belang van de individuele deskundigheidsbevordering en houdt haar kennis en vaardigheden actueel door het volgen van bij- en nascholing. Ook van de recente verpleegkundige vakinhoudelijke en beleidsmatige ontwikkelingen houdt de verpleegkundige zich op de hoogte. (p. 8)

Deskundigheidsbevordering wordt gezien als een proces, waarbij kennis en vaardigheden worden gegenereerd en geïntegreerd in de eigen visie van het beroep. Een belangrijk aspect is het vermogen

van verpleegkundigen om te reflecteren op het eigen handelen. Hierbij wordt een bewustzijn gecreëerd, hetgeen een positieve invloed heeft op het verbeteren van het eigen handelen en de zorg aan patiënten (Speet & Francke, 2004). Professionele verpleegkundigen, die weten waar het verpleegkundig beroep voor staat, maken gebruik van de nieuwste kennis en inzichten. Dit type verpleegkundige kan reflecteren op de eigen rol, de motivatie en de handelingen en beslissingen van de zorgverlening, wat de professionele ontwikkeling ondersteunt (Speet & Francke, 2004). Jongh, Veer, Bolle & Kruif (2006) hebben onderzoek gedaan naar de verschillende activiteiten die verpleegkundigen onder deskundigheidsbevordering verstaan. Dit resulteerde in een lijst met verschillende activiteiten zoals het volgen van een klinische les, bijscholing, workshop en het schrijven van een protocol. Van deze activiteiten wordt de bijscholing en klinische les door verpleegkundigen het meest bijgewoond (78%) (Jongh et al., 2006). De lijst met de verschillende activiteiten zal in dit onderzoek mee worden meegenomen om een beeld te krijgen van de soort en hoeveelheid scholing die een verpleegkundige in het CWZ volgt.

Motivatie

De belangrijkste aspecten die ten grondslag liggen aan de individuele deskundigheidsbevordering zijn motivatie en belang. Een verpleegkundige zal zelf het belang moeten inzien van de individuele deskundigheid en zal intrinsiek gemotiveerd moeten zijn om deze te bevorderen (Speet en Francke, 2004). De motivatie om de deskundigheid te bevorderen heeft invloed op de professionele ontwikkeling en het functioneren van verpleegkundigen (Speet en Francke, 2004). Woolfolk, Hughes, en Walkup (2008) omschrijven motivatie als een innerlijk proces dat een persoon aanzet tot bepaald gedrag, wat richting geeft aan gedrag en zorgt voor de instandhouding van het gedrag. Een veelvuldig gebruikte motivatietheorie waarbij een heldere onderverdeling is gemaakt in de verschillende vormen van motivatie is de Self-Determination Theory [SDT] van Deci en Ryan (Ryan & Deci, 2000; Ryan, Huta & Deci, 2008).

De SDT is gebaseerd op een multidimensionaal perspectief van motivatie. Dit perspectief onderscheidt de kwantiteit, hoeveelheid en intensiteit van motivatie (Vansteenkiste, Sierens, Soenens, Lyckx & Lens, 2009). De SDT richt zich op het gevoel van vrijheid, die een mens ervaart bij het beslissen over zijn eigen leven, de zelfbeschikking. De SDT gaat uit van de psychologische basisbehoeften die motivatie sturen, de gedragsregulatie. De verschillende typen van

gedragsregulatie staan centraal in het begrijpen van de oorsprong van gedrag en regulatie en worden als voorwaarden beschouwd voor de volledige ontwikkeling van de mens (Guay, Vallerand & Branchard, 2000; Ryan & Deci, 2000; Ryan et al., 2008).

De drie typen regulatie die de motivatie sturen zijn: autonomie (een gevoel van vrijheid van keuze), competentie (een gevoel van effectiviteit) en relatie (een gevoel van verbondenheid in contact met anderen) (Guay et al., 2000; Ryan, Rigby & Przybylski, 2006). Deze drie typen kunnen door de omgevingsfactoren worden bevorderd of tegengewerkt (Ryan & Deci, 2000). De essentie van het SDT richt zich op de kwaliteit van motivatie, verdeeld in twee vormen (figuur 1), de gecontroleerde motivatie de autonome motivatie.



Figuur 1: Continuüm van zelfdeterminatie (Deci & Ryan, 2002, p. 16).

De autonome motivatie, de meer intrinsieke vorm van motivatie, hoort bij de vormen van regulatie waar de reden om een activiteit uit te voeren meer vanuit de persoon zelf komt. Wanneer de sociale context van een persoon ervoor zorgt dat de basisbehoeften vervuld zijn, kan dit leiden tot het type regulering die de meeste gevoelens van interesse, autonomie en zelfregulatie in zich hebben, te weten de intrinsieke en geïdentificeerde regulatie (Ryan & Deci, 2000). De geïdentificeerde regulatie is het gedrag wat een persoon vertoont omdat ingezien wordt dat het een middel is op de weg naar een doel, niet omdat iets verplicht wordt gesteld. Dit gedrag is instrumenteel en extrinsiek gemotiveerd maar intern gereguleerd omdat de persoon er zelf voor gekozen heeft. Bij de intrinsieke motivatie is een persoon intrinsiek gereguleerd indien hij of zij activiteiten doet vanwege de activiteit zelf, om hieruit plezier en tevredenheid te ervaren (Deci & Ryan, 2002; Müller & Louw, 2004).

Bij de gecontroleerde vorm van motivatie, de extrinsieke motivatie, is de reden van het gedrag in externe factoren terug te vinden. Bij deze vorm is er sprake van mindere kwaliteit en een kleinere kans op herhaling en duurzaamheid. De twee typen regulering die hieronder vallen zijn de: externe- en geïntrojecteerde regulatie. Bij externe regulatie is er sprake van een externe druk, zoals een beloning of het vermijden van een straf wat het gedrag stuurt. Bij geïntrojecteerde regulatie wordt het gedrag gestuurd door externe factoren buiten jezelf, zoals schaamte, angst of schuld, je voelt je schuldig als je iets niet doet. Dit gedrag wordt extern gereguleerd en er is geen sprake van zelfbepaling (Ryan & Deci, 2000).

Aan het einde van het continuüm staat de a-motivatie,. Een persoon is a-gemotiveerd wanneer deze een activiteit doet zonder hier het doel van in te zien. Deze persoon is vaak futloos, bezit geen drijfveer, toont desinteresse en apathie (Ryan & Deci, 2000).

Reeve (2009) veronderstelt dat er nog meer factoren de motivatie sturen. De auteur veronderstelt dat motivatie gerelateerd is aan interne en externe krachten op een individu. Deze krachten beïnvloeden de intensiteit en richting van het gedrag. Vier categorieën van antecedenten worden door Reeve (2009) omschreven. Deze zijn behoeften (fysiologische, psychologische en sociale aspecten), cognities (doelen, selfefficacy en het zelfconcept), emoties (subjectieve-, biologische-, doelgerichte-, en sociale componenten) en externe gebeurtenissen (omgevings-, sociale- en culturele-invloeden). Net als Deci en Ryan (2000) veronderstelt Reeve (2009) de invloed van de psychologische aspecten autonomie, competentie en relatie. Daarnaast laat de auteur zien dat ook de cognitie een belangrijke rol speelt op het gedrag. Zo veroorzaken de cognitieve aspecten een activerende kracht die een positieve richting geven aan de motivatie (Ames & Ames, 1984). Het zelfconcept is een onderdeel uit deze categorie en is een mentale representatie van de persoon zelf. Deze ontstaat door ervaringen en reflecties op de eigen ervaringen van de persoon (Reeve, 2009). Krachten zoals autonomie en zelfconcept kunnen de richting en de intensiteit van het gedrag beïnvloeden. Om intrinsieke motivatie voor deskundigheidsbevordering te bewerkstelligen is het belangrijk dat de interne en externe krachten zoals autonomie en zelfconcept een positieve intensiteit en richting hebben (Ames & Ames, 1984). Uit deze theorie blijkt dat zowel autonomie en zelfconcept een directe bron van motivatie zijn (Reeve, 2009). In de volgende paragrafen worden autonomie en zelfconcept, antecedenten van motivatie besproken.

Zelfconcept

Het zelfconcept van een verpleegkundige wordt gezien als een belangrijk onderdeel van de professionele ontwikkeling (Arthur, 1995). Zelfconcept wordt gedefinieerd als het geheel van eigenschappen die een mens aan zichzelf toekent (Smith & Mackie, 2008) en wordt samengesteld door verschillende schema's (Brehm, et. al., 1999). Deze schema's, ook wel zelfschema's genoemd, bestaan uit kennis over jezelf, geassocieerd met concrete attributen. Het zelfconcept van een mens beschrijft het geheel van zelfschema's in verschillende domeinen (Brehm, et. al., 1999). Dit zelfconcept verwijst naar het geloof in jezelf en de zelfevaluaties die de persoon toepast bij het beantwoorden van de vragen: 'Wie ben ik?' en 'Hoe denk ik over mijzelf?' (Campbell, Assanand & Di Paula, 2003; Arthur, 2007).

Het zelfconcept wordt samengesteld door middel van introspectie, observatie van onszelf en door ons eigen gedrag te vergelijken met dat van anderen (Brehm, et al., 1999; Smith & Mackie, 2008). Matthijssen (1979) heeft de essentie van de vorming van het zelfconcept uitgewerkt. Matthijssen beschrijft dat de vorming van het zelfconcept ontstaat door de eindeloze interacties tussen een persoon met andere individuen. Door de reacties van anderen op het gedrag van de persoon vormt deze een beeld van zichzelf. Het zelfconcept wordt empirisch en sociaal bepaald en is een resultaat van ervaringen opgedaan in interacties met de buitenwereld. Daarnaast wordt het zelfconcept bepaald door de capaciteiten, normen en waarden, het gedrag en de houdingen van een persoon, wat bijdraagt tot de vorming van een individu. Door de uitbreiding van de ervaringswereld van een persoon, wordt er meer informatie aan het bestaande zelfbeeld toegevoegd en kan het zelfconcept geleidelijk worden bijgestuurd. Het selecteren van nieuwe informatie maakt het zelfconcept stabiel en helpt bij het ontwikkelen van de persoonlijke identiteit. Dit wordt beschouwd als een harde kern van de persoonlijkheidsstructuur (Matthijssen, 1979). Stake (1994) heeft het zelfconcept geoperationaliseerd in zes domeinen (tabel 1).

Tabel 1

De Zes Domeinen van het Multidimensionale Zelfconcept

<i>Sympathiek</i>	Aangenaam en plezierig gezelschap.
<i>Moraliteit</i>	Kwaliteiten worden over het algemeen gewaardeerd als goed en rechtvaardig
<i>Taakgericht</i>	Het vermogen om taken efficiënt en kundig te aan te pakken en te volbrengen.
<i>Begaafdheid</i>	Het hebben van aangeboren aanleg en talent
<i>Kracht</i>	Kwaliteiten als macht, leiderschap en overtuigingskracht.
<i>Kwetsbaarheid</i>	Het presteren onder druk en zelfkritiek.

De hoogte en verscheidenheid van de verschillende domeinen kan resulteren in een positief of negatief zelfbeeld. Een te positief zelfbeeld is niet altijd even realistisch. Uit onderzoek blijkt dat mensen met een negatief zelfbeeld vaak een realistischere kijk hebben op zichzelf, dan mensen met een te positief zelfbeeld (Brehm et al., 1999). Als een zelfbeeld te veel afwijkt van de werkelijkheid kunnen er problemen ontstaan. Mensen kunnen de persoon niet meer aardig vinden en deze kan een onrealistisch optimisme ontwikkelen waardoor gevaren niet tijdig worden erkend. De zelschema's van een persoon kunnen op verschillende manieren met elkaar samenhangen (Pruyn & Wilke, 2001). Personen die laag scoren op complexiteit hebben in verschillende situaties hetzelfde beeld van zichzelf. Deze personen zeggen bijvoorbeeld van zichzelf dat ze goed kunnen presteren onder druk, zowel op het werk als op het sportveld. Personen die hoog scoren in complexiteit zijn minder kwetsbaar voor negatieve gebeurtenissen, deze personen hebben hun kwaliteiten verdeeld. Zij kennen zichzelf in verschillende situaties verschillende eigenschappen toe, zoals ze zijn lui op het werk, maar wel ambitieus op het sportveld (Brehm et al., 1999).

Het toeschrijven van bepaalde eigenschappen aan onszelf zorgt ervoor dat we in staat zijn om dingen die we moeten leren beter te onthouden. Dit komt doordat wat geleerd moet worden op onszelf kunnen betrekken. Het zelfconcept heeft dus consequenties voor het verwerken van nieuwe informatie (Pruyn & Wilke, 2001).

In het ziekenhuis wordt gestreefd naar zo min mogelijk menselijke fouten. Deze fouten kunnen potentiële schade bij patiënten berokkenen. Zo worden er procedures en regelgevingen ingebouwd om onnodige fouten te voorkomen (Power, 2007; Scott, 1998). Het is belangrijk tijdens de

werkzaamheden te reflecteren op jezelf en op de situatie (Campbell et al., 2003; Arthur, 2007). Vanuit de reflecties kan inzicht worden verkregen in het ontstaan van de fouten of in gebrek aan kennis wat tot fouten zou kunnen leiden (Leape, 1994). Verpleegkundigen met een reëel zelfconcept kennen zichzelf goed en over- of onderschatting zichzelf minder. Deze verpleegkundigen hebben een beter beeld van situaties en kunnen gevaren sneller inschatten (Brehm et. al., 1999). Dit heeft als resultaat dat verpleegkundigen van zichzelf weten dat zij scholing behoeven om meer bekwaam te kunnen handelen en zullen zichzelf hiervoor inzetten. Dit leidt tot de volgende hypothese:

Hypothese 1: De mate van zelfconcept heeft invloed op de motivatie voor de keuze om de eigen deskundigheid te bevorderen. Hoe positiever het zelfconcept, hoe meer intrinsiek gemotiveerd de verpleegkundige is om de keuze te maken om de eigen deskundigheid te bevorderen.

Autonomie

In het kader van de deskundigheidsbevordering is intrinsiek gemotiveerd gedrag de meest gewenste vorm van motivatie om de eigen deskundigheid te bevorderen. Volgens de theorie van Deci & Ryan (2002) wordt de motivatie onder andere gestuurd door de mate van autonomie. Autonomie wordt gezien als de basisconditie/behoefte van het volwassen leven (Bekker, 2009) en is een complex en multidimensionaal begrip wat afstamt van het Griekse woord 'autos' en 'nomos' wat betekent 'zelf' en 'regel of wet' (Curtin, 1982). In brede zin komt autonomie neer op de capaciteit van een individu om eigen beslissingen te nemen zonder externe interventie (Vecht, 2009; Bekker, 1993; Bekker & Assen, 2006). Bekker en Assen (2006) omschrijven dit als de 'autonomie-gehechtheid benadering'. In deze benadering staan drie componenten centraal.

Het eerste component is het 'zelfbewustzijn', dit betekent dat iemand het vermogen heeft om bewust te zijn van eigen emoties, wensen, meningen, behoeften en in staat is om interacties met anderen aan te gaan. Het tweede component is de 'gevoeligheid voor anderen'. Deze gevoeligheid staat voor behoeften, emoties, wensen en meningen van anderen en het bezitten van empathie en intimiteit. Het derde component is het 'vermogen om nieuwe situaties te hanteren'. Dit principe komt uit de hechtingstheorie, waarbij mensen exploratief en verkennend gedrag kunnen vertonen, als situaties anders zijn dan anders (Bekker, 2009; Bekker & Assen 2006).

Een persoon met een laag autonominiveau heeft een laag zelfbewustzijn, een laag vermogen om nieuwe situaties te hanteren en een hoge gevoeligheid voor anderen. Deze persoon laat zich snel beïnvloeden en vindt het moeilijk om bewust te zijn van eigen emoties, wensen en meningen (Bekker & Assen, 2006). Autonomie is een belangrijke onderdeel van de intrinsieke motivatie. Een werkomgeving die de autonomie ondersteunt draagt enorm bij aan de intrinsieke motivatie van het personeel. Mensen moeten zelf beslissingen kunnen nemen (Broeck, Vansteenkiste, Witte, & Lens, 2008). De verwetenschappelijking van de huidige zorg vraagt om zelfstandige verpleegkundigen met een hoog kritisch denkniveau die in staat zijn om te interpreteren, te argumenteren en kunnen beoordelen (Dowding & Thomson, 2002). Een reëel zelfconcept kan helpen inzien welke keuzes en beslissingen de verpleegkundige zelf kan maken op grond van kennis, vaardigheden en verantwoordelijkheden. Verpleegkundigen met een reëel zelfconcept kennen zichzelf goed en over- of onderschatting zichzelf minder. Dit zorgt tijdens keuzemomenten voor helder beeld van de situatie en van de veiligheid. Dit leidt tot de volgende hypothese (Brehm, et. al., 1999).

Hypothese 2: Het zelfconcept van verpleegkundigen is van invloed op de mate van autonomie. Hoe positiever het zelfconcept, hoe hoger de mate van het autonomie.

Echter, de vaststaande protocollen en procedures zorgen ervoor dat de meeste beslissingen in het zorgproces al voor de verpleegkundigen gemaakt zijn. Ruimte in het maken van beslissingen is er in de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige: hoe wil een patiënt behandeld worden en waar voelt de patiënt zich het prettigste bij (Vereniging STIP, 2002; VBOC, 2006). Deze relatie is kwetsbaar, de patiënt van wordt steeds mondiger en accepteert niet altijd de autoriteit van een hulpverlener. De zorg die wordt aangeboden, onderwerpen ze vaak aan een kritische toetsing (Jagt, 2003). Dit zorgt ervoor dat de verpleegkundige niet alleen het eigen handelen moeten onderbouwen, maar ook het eigen functioneren onder de loep moeten nemen. Verpleegkundigen die een hoge mate van autonomie bezitten hebben het vermogen om nieuwe situaties te hanteren, nieuwe uitdagingen aan te gaan en het zelfbewust te handelen. Met andere woorden: een verpleegkundige die een hoge mate van autonomie bezit zal meer intrinsiek gemotiveerd zijn om de deskundigheid te bevorderen dan iemand met een lage mate van autonomie. De wetenschap verandert continu en zorgt voor nieuwe inzichten. Het is van belang dat de verpleegkundigen open staan voor deze nieuwe inzichten en

daarbij gemotiveerd zijn om hun deskundigheid ten alle tijden te bevorderen. Dit leidt tot de volgende hypothese:

Hypothese 3: Het autonominiveau van de verpleegkundige heeft invloed op de mate van motivatie voor de keuze om de eigen deskundigheid te bevorderen. Hoe hoger de mate van autonomie, hoe meer intrinsiek de deskundige gemotiveerd is om de eigen deskundigheid te bevorderen.

Overlap variabelen

Onderdelen van het begrip autonomie vinden in de literatuur overlap met onderdelen van de begrippen motivatie en zelfconcept. Volgens Guay en Ryan (Guay et al., 2000; Ryan, et al, 2006) wordt de motivatie onder andere gestuurd door de hoogte van de autonomie en de relaties die een persoon aangaat. Dit heeft een nauw verband met de componenten van autonomie genaamd: het zelfbewustzijn en de gevoeligheid voor anderen. Ook de domeinen taakgericht en begaafdheid van het begrip zelfconcept hebben overlap met het autonomiecomponent: het vermogen om nieuwe situaties te hanteren. De overlap tussen de verschillende begrippen is zichtbaar gemaakt in tabel 2 (de gearceerde kleuren geven de overlap tussen de variabelen aan).

Tabel 2

De Overlap tussen de Begrippen Motivatie, Autonomie en Zelfconcept

Motivatie	Autonomie	Zelfconcept
Autonoom	Zelfbewustzijn	Sympathiek
Intrinsiek	Gevoelig voor anderen	Moraliteit
Identificatie	Het vermogen om met nieuwe situaties om te gaan	Taakgericht
Gecontroleerd		Begaafdheid
Introjectie		Kracht
Extern		Kwetsbaarheid
A-motivatie		

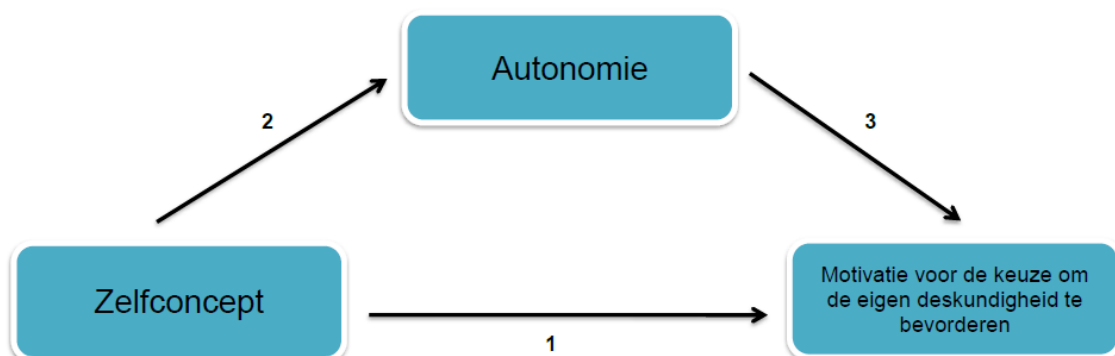
In dit onderzoek wordt uitgegaan dat de autonomie van de verpleegkundige een mediator is voor de relatie tussen het zelfconcept en de motivatie. De functie van de mediator is het verklaren van de relatie tussen een oorzaak en een gevolg. De mediator verklaart de aanwezigheid van een bepaald effect (Baron & Kenny, 1986). In dit onderzoek wordt gemeten of de relatie tussen het zelfconcept en motivatie gemedieerd wordt door het autonominiveau van de verpleegkundige. Autonomie wordt als mediator meegenomen omdat niet zeker is of het autonominiveau een significant effect heeft op de motivatie voor de keuze van deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen. Dit leidt tot de volgende hypothese:

Hypothese 4: Er wordt een zwakkere relatie verwacht tussen het zelfconcept en de motivatie voor de keuze om de eigen deskundigheid te bevorderen wanneer er rekening wordt gehouden met de invloed van het autonominiveau, dan als er geen rekening wordt gehouden met de invloed van het autonominiveau.

Zoals beschreven zijn er vier hypothesen opgesteld. De onderzoeksvraag, zoals eerder vermeld, behorende bij deze hypothesen luidt:

“In hoeverre is de mate van zelfconcept van invloed op de mate van motivatie voor de keuze om de eigen deskundigheid te bevorderen, waarbij rekening wordt gehouden met de invloed van de mate van autonomie van de verpleegkundigen werkzaam binnen het CWZ Ziekenhuis te Nijmegen?”

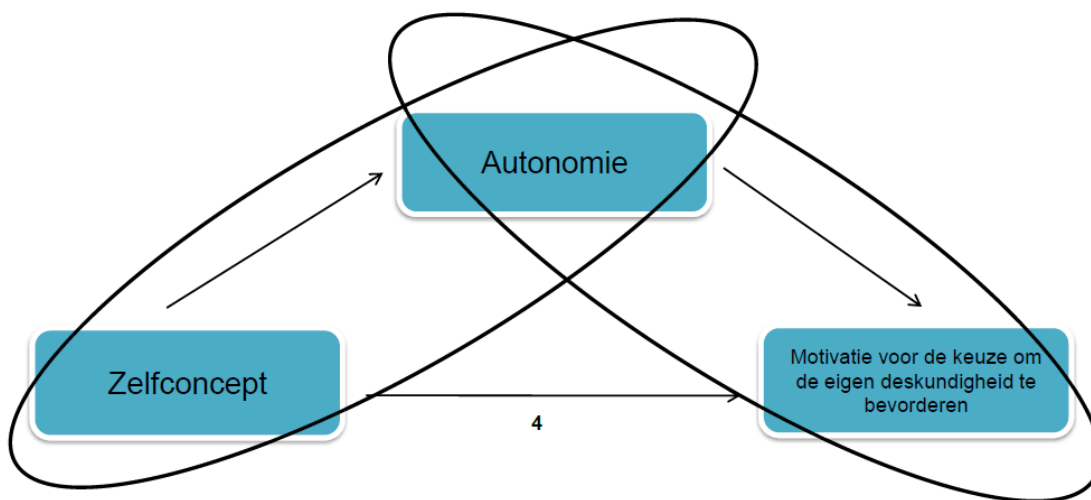
De onderzoeksvraag met daarbij de hypothesen worden in figuur 2 en figuur 3 weergegeven.



Figuur 2. Weergave hypothesen 1, 2 en 3.

De relaties in figuur 2 omvatten:

1. Het zelfconcept van de verpleegkundige en de mate van motivatie voor de keuze om de deskundigheid te bevorderen van de verpleegkundigen;
2. Het zelfconcept van de verpleegkundigen en de mate van autonomie van de verpleegkundigen;
3. De mate van autonomie van de verpleegkundigen en de mate van motivatie voor de keuze om de deskundigheid te bevorderen van de verpleegkundigen en;



Figuur 3. Weergave hypothesen 4.

De relatie in figuur 3 omvat:

4. De mate van zelfconcept en de mate van motivatie voor de keuze om de deskundigheid te bevorderen, waarbij rekening wordt gehouden met de interactievariabele autonomie.

De omcirkelde relaties zijn de relaties waar rekening mee wordt gehouden bij de invloed tussen de mate van zelfconcept en de mate van motivatie voor de keuze om de eigen deskundigheid te bevorderen te bepalen.

Methode

Onderzoeksgroep en procedure

Het onderzoek is uitgevoerd in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen, is kwantitatief en heeft het karakter van een survey. Er is een steekproef getrokken bij mbo- en hbo-verpleegkundigen die werkzaam zijn op de verschillende afdelingen van het CWZ. De afdelingen van het ziekenhuis werden selectief gekozen. De participatie van de verpleegkundige was vrijwillig en anoniem. Honderd papieren vragenlijsten werden uitgezet en konden via de interne post worden geretourneerd. Van de honderd vragenlijsten werden er 53 op tijd geretourneerd, dit gaf een respons van 53%. Aan het onderzoek hebben in totaal 53 verpleegkundigen deelgenomen, waarvan 13 (24,5%) mannen en 40 (75,5%) vrouwen in de leeftijd van 23 tot 60 jaar ($M=36,36$; $SD=10,45$). Van deze verpleegkundigen hadden er 12 (22,6%) een mbo-verpleegkunde diploma en 41 (77,4%) een hbo of verpleegkunde-A diploma. De gemiddelde leeftijd van de mbo-verpleegkundigen was 29,58 jaar ($SD= 5,66$) en van de hbo-verpleegkundigen 38,34 jaar ($SD= 10,74$).

Meetinstrumenten

De vragenlijst die is samengesteld voor dit onderzoek, bestaat uit vijf onderdelen. De sociaaldemografische gegevens en scholing, de motivatie om de keuze te maken om de eigen deskundigheid te bevorderen, het zelfconcept en de autonomie.

Sociaaldemografische gegevens

Het eerste onderdeel van de vragenlijst, de sociaaldemografische gegevens, zijn gesteld om een beeld te krijgen van de vooropleiding, het opleidingsniveau, gevolgde opleidingen na de studie van de verpleegkundigen. Speciale nadruk is er gelegd op de leeftijd, het aantal jaren werkervaring (Gloudemans, et al., 2010) en de gevolgde scholing in de afgelopen twee jaar (Jongh, et al., 2006).

Motivatie

Voor het tweede onderdeel, de motivatie voor de keuze om de eigen deskundigheid te bevorderen van verpleegkundigen (motivatie) is gekozen voor de Nederlandse vertaling van de SIMS (Situational Motivation Scale) (Sol & Stokking, 2008). Deze schaal heeft als theoretische basis de Self-Determination Theory [SDT] van Deci en Ryan (2002) en heeft een goede betrouwbaarheid ($\alpha=.70$ en $\alpha= .84$) (Sol & Stokking, 2008). De vragenlijst bestaat uit 18 vragen en is verdeeld in vijf subschalen,

elk bestaande uit drie of vier items voor het meten van motivatie die overeenkomen met de indeling vanuit de SDT (figuur 1): intrinsieke regulatie, geïntrojecteerde regulatie, geïdentificeerde regulatie, externe regulatie en amotivatie. In dit onderzoek zijn de subschalen behorende tot de extrinsieke motivatie en a-motivatie omgepooled, deze subschalen zijn: amotivatie, externe regulatie en geïntrojecteerde regulatie zijn omgepooled. De antwoordmodaliteiten worden in een zevenpunts Likert-schaal oplopend weergegeven van: 1= 'komt helemaal niet overeen' tot 7= 'komt helemaal overeen'. Des te hoger het antwoord op de schaal des te meer intrinsieke motivatie een verpleegkundige bezit om de deskundigheid te bevorderen. Uit tabel 3 valt af te lezen dat de betrouwbaarheid van de schalen varieert tussen de $\alpha=.58$ en $\alpha=.87$. In dit onderzoek is de betrouwbaarheid van de schalen matig tot goed. De subschaal identificatie van de variabele motivatie scoort een lage alpha van $\alpha=.58$. Het verwijderen van items uit de subschaal identificatie leverde geen hogere interne consistentie op. Daarom is besloten de subschaal identificatie met een $\alpha= .58$ mee te nemen in de verdere analyses. Er wordt aan het begin van het motivatieonderdeel aan de verpleegkundige gevraagd een training/ bijscholing/ klinische les voor ogen te nemen, waarbij gestart wordt met de vraag: Waarom spant u zich in voor deze training/ bijscholing/ klinische les? Voorbeelditems zijn:

Intrinsieke regulatie

- Omdat ik denk dat deze training/ bijscholing/ klinische les interessant is.

Geïntrojecteerde regulatie

- Omdat het voelt als falen als ik de training/ bijscholing/ klinische les niet volg.

Geïdentificeerde regulatie

- Omdat ik dit voor mijn eigen bestwil doe.

Externe regulatie

- Omdat het van me verwacht wordt.

Amotivatie

- Er zijn misschien goede redenen om deze activiteit te doen, maar persoonlijk zie ik er geen.

Zelfconcept

Het derde onderdeel van de vragenlijst is het onderdeel zelfconcept. Er is gebruik gemaakt van het meetinstrument de Six-factor Self-Concept Scale [SFSCS] van Stake (1994). Het instrument meet het zelfconcept van volwassenen ongeacht leeftijd, geslacht, afkomst en andere persoonlijke variabelen (Stake, 1994; Yanico & Lu, 2000). De SFSCS is in onderzoek van Yanico & Lu (2000) betrouwbaar bevonden, de Cronbach's alpha varieerde tussen $\alpha=.76$ tot $\alpha=.86$. De variabele zelfconcept bevat 36 items en is onderverdeeld in de zes domeinen: sympathiek, moraliteit, taakgericht, begaafdheid, kracht en kwetsbaarheid. De domeinen worden gemeten op een zevenpunts Likert-schaal (1= nooit op mij van toepassing; 7= altijd op mij van toepassing). De vragenlijst bestaande uit voornamelijk bijvoeglijk naamwoorden is voor dit onderzoek door drie psychologen naar het Nederlands vertaald.

De betrouwbaarheid van de naar het Nederlands vertaalde versie van de SFSCS dat gebruikt is in dit onderzoek varieert tussen de $\alpha=.64$ en $\alpha=.82$ (tabel 3). Door het weghalen van vraag 11 van het domein moraliteit is de betrouwbaarheid van de schaal gestegen van $\alpha=.57$ naar $\alpha=.64$.

Aan het begin van het zelfconcept onderdeel is aan de verpleegkundige gevraagd om zichzelf te scoren aan de hand van beschrijving over mensen. Voorbeelditems zijn: Warm, natuurtalent, dominant.

Autonomie

Het laatste onderdeel de autonomie is gemeten de autonomielijst van Bekker (1993). Deze lijst meet de mate van psychologische afhankelijkheid van personen en groepen onderverdeeld in de drie aspecten van autonomie: zelfbewustzijn, gevoeligheid voor anderen en het vermogen tot het hanteren van nieuwe situaties. De autonomielijst is in onderzoek van Bekker (1993) betrouwbaar bevonden met een Cronbach's Alpha van $\alpha= .89$. De autonomielijst bedraagt 43 items. Per subschaal behoren 14, 21 en 8 items en deze zijn willekeurig in de lijst opgenomen. Verschillende items van de drie subschalen zijn omgepoold. De schaal 'gevoelig voor anderen' is zo omgepoold dat een hoge score betekent dat iemand ongevoelig is voor anderen wat bijdraagt aan een positief zelfbeeld. De antwoordmodaliteiten worden in een zevenpunts Likert-schaal van 1= 'absoluut niet op mij van toepassing' tot 7= 'geheel op mij van toepassing'. In dit onderzoek is de autonomielijst ook betrouwbaar bevonden (tabel 3): $\alpha=.81$ (subschalen: $\alpha=.66$, $\alpha=.69$ $\alpha=.68$). Uit de subschaal 'gevoelig voor anderen' is item 3 verwijderd, deze zorgde voor een lage interne consistentie ($\alpha=.52$). aangegeven. Voorbeeld items zijn:

- Ik vind het vaak moeilijk te bepalen wat ik zelf wil.
- Ik leg commentaar van anderen gemakkelijk naast mij neer.

Ik stap op nieuwe dingen gemakkelijke in mijn eentje af.

Tabel 3. Overzicht van gebruikte meetinstrumenten en beschrijvende statistieken.

	Aantal items	M	SD	Verwijderd item	α_{oud}	α_{nieuw}
Motivatie	17	5.41	.82			.84
<i>Intrinsiek</i>	3	5.03	1.39			.83
<i>Identificatie</i>	3	5.40	1.26			.58
<i>Introjectie</i>	3	6.20	1.09			.87
<i>Extern (extrinsiek)</i>	4	4.47	1.36			.80
<i>A-motivatie</i>	4	6.07	.96			.62
Autonomie	43	4.18	.40			.81
<i>Zelfbewust</i>	14	4.93	.58			.66
<i>Gevoelig voor anderen</i>	21	3.74	.49	3	.52	.69
<i>Vermogen om nieuwe situaties te hanteren</i>	8	4.18	.73			.68
Zelfconcept	35	5.20	.51			.87
Sympathiek	6	5.98	.74			.82
Moraliteit	5	6.11	.62	11	.57	.68
Taakgericht	6	5.68	.75			.81
Begaafdheid	5	4.46	1.09			.75
Kracht	6	3.92	.81			.67
Kwetsbaarheid	7	5.08	.68			.64

Noot. Het theoretisch van alle schalen minimum=1 en het theoretisch maximum=7; N= 53

Data-analyse

Als eerste zijn de veronderstelde verbanden tussen de variabelen onderzocht door middel van een Pearson's correlatietest. Daarna zijn er multiple regressieanalyses uitgevoerd om de invloed tussen het zelfconcept en de motivatie te toetsen waarbij er gecorrigeerd wordt voor autonomie. De factoren leeftijd en werkervaring zijn meegenomen in de analyses omdat dit volgens onderzoek van invloed kan zijn op het werk- en denkniveau (Gloudemans, et al., 2010). Als laatste zijn beschrijvende statistieken opgenomen om het verschil tussen de mbo- en hbo-verpleegkundige op het gebied van motivatie, zelfconcept en autonomie te onderzoeken waarbij gekeken is naar gevolgde scholing, leeftijd en jaren werkervaring. Om het gemiddelde in groepen te vergelijken, is gebruik gemaakt van een ANOVA.

Resultaten

Verbanden tussen de variabelen

Om het verband tussen de variabelen te bevestigen zijn eerst de correlaties tussen de verschillende variabelen geanalyseerd door middel van een Pearson's productmoment-correlatie. De onderlinge correlaties zijn weergegeven in tabel 4.

Tabel 4

Correlaties tussen de Variabelen Motivatie om de eigen Deskundigheid te Bevorderen, Autonomie en Zelfconcept

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1..Motivatie	-									
2. Intrinsiek	.70**	-								
3. Identificatie	.66**	.82**	-							
4. Introjectie	-.56**	-.03	-.16	-						
5. Extern (extrinsiek)	-.63**	-.09	-.06	-.38**	-					
6. A-motivatie	-.87**	-.54**	-.50**	-.47**	.50**	-				
7..Autonomie	.58**	.38**	.27	-.50**	-.33*	-.57**	-			
8..Zelfconcept	.27*	.19	.14	-.06	-.26*	-.22	.36**	-		
9. Leeftijd	-.30*	-.38**	-.28*	.12	.06	.24	-.03	.31*	-	
10. Jaren werkervaring	-.28*	-.28*	-.23	.19	.07	.24	.02	.29*	.954**	-

*. Correlatie is significant bij 0.05 niveau (eenzijdig).

**. Correlatie is significant bij 0.01 niveau (eenzijdig).

Uit tabel 4 blijkt dat de schalen extern ($r = -.33$, $p < .05$) introjectie ($r = -.50$, $p < .01$) en a-motivatie ($r = -.57$, $p < .01$) een significant negatief verband hebben met autonomie. Hoe hoger de externe druk van buitenaf en het schuldgevoel van een verpleegkundige is om de deskundigheid te bevorderen des te lager is het zelfbewustzijn van de verpleegkundige. Deze verpleegkundige zullen gevoelig zijn voor de meningen van anderen en kunnen minder makkelijk met onbekende situaties om gaan. De subschaal intrinsiek ($r = .38$, $p < .01$) heeft een positief verband met autonomie. Hoe meer plezier en tevredenheid een persoon ervaart hoe zelfbewuster en beter men met nieuw situaties kan omgaan.

Een significant negatief verband is gevonden tussen zelfconcept en de schaal extern ($r = -.26$, $p < .05$). Een verpleegkundige die veel druk van buitenaf voelt om de deskundigheid te bevorderen is zich minder bewust van de persoonlijke kwaliteiten en heeft een minder stabiel zelfconcept.

De variabelen zelfconcept en autonomie correleren positief met elkaar ($r = .36$, $p < .01$). Het verband laat zien dat een verpleegkundige met een stabiel zelfconcept en een sterke eigen identiteit

in hoge mate zelfbewust is en in mindere mate gevoelig is voor de meningen van personen in de omgeving.

Er is sprake van een negatief verband tussen leeftijd ($r = -.38, p < .01$) en jaren werkervaring ($r = -.28, p < 0.05$) op de schaal intrinsiek. Daarnaast is er een negatief verband tussen leeftijd ($r = -.28, p < .05$) op de schaal identificatie. Hoe ouder de verpleegkundige is en hoe meer werkervaring een verpleegkundige heeft, hoe minder intrinsiek gemotiveerd de verpleegkundige is om de eigen deskundigheid te bevorderen. Leeftijd heeft een positief verband met zelfconcept, hoe hoger de leeftijd des te meer zelfconcept ($r = .31, p = < .05$) een verpleegkundige bezit.

Relatie tussen het zelfconcept en de motivatie

In deze paragraaf wordt de relatie bepaald tussen de mate van zelfconcept en de mate van motivatie. Motivatie is onderverdeeld in de verschillende subschalen waarbij er gecorrigeerd is voor de mate van autonomie. Naast autonomie is er ook gecontroleerd voor de leeftijd en werkervaring van de verpleegkundige. Als eerste voorspeller voor motivatie is zelfconcept gekozen, de tweede voorspeller is autonomie en de derde voorspellers zijn leeftijd en werkervaring.

Relatie tussen de mate van zelfconcept en a-motivatie

Uit tabel 5 blijkt dat er geen significante relatie is tussen de mate van zelfconcept en a-motivatie ($\beta = .22, p = .10$). Wel laat de tabel zien dat autonomie de relatie negatief beïnvloedt, $\beta = -.56, p = .00$. Hoe lager de mate van autonomie, des ongemotiveerder een verpleegkundige is om de deskundigheid te bevorderen.

Tabel 5

Relatie tussen de mate van Zelfconcept en A-motivatie

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Stap 1			
Intercept	4.21	1.39	
Zelfconcept	-.43	.27	-.22
Stap 2			
Intercept	8.04	1.46	
Zelfconcept	-.05	.24	-.02
Autonomie	-1.40	.31	-.56*
Stap 3			
Intercept	8.35	1.4	
Zelfconcept	-.19	.25	-.10
Autonomie	-1.37	.31	-.54*
Leeftijd	-.10	.18	-.21
Werkervaring	.22	.18	.48

Noot. $R^2 = .03$ voor Stap 1; $\Delta R^2 = .29^*$ voor Stap 2; $\Delta R^2 = .35^*$ voor Stap 3. * $p < .05$

Relatie tussen het zelfconcept en externe regulatie

Zelfconcept heeft een negatieve significante invloed op de mate van externe regulatie, $\beta = -.22$, $p = .04$ (tabel 6). Hoe lager het zelfconcept van verpleegkundige, des te meer een verpleegkundige de deskundigheid bevordert omwille van externe factoren zoals druk van de afdeling of een beloning.

Tabel 6

Relatie tussen de mate van Zelfconcept en Extern gereguleerde Motivatie

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Stap 1			
Intercept	7.14	1.83	
Zelfconcept	-.70	.35	-.27*
Stap 2			
Intercept	9.61	2.20	
Zelfconcept	-.45	.37	-.17
Autonomie	-.90	.47	-.27
Stap 3			
Intercept	9.84	2.27	
Zelfconcept	-.53	.40	-.21
Autonomie	-.89	.49	-.27
Leeftijd	-.08	.29	-.13
Werkervaring	.15	.28	.25

Noot. $R^2 = .05^*$ voor Stap 1; $\Delta R^2 = .10$ voor Stap 2; $\Delta R^2 = .08$ voor Stap 3. * $p < .05$

Relatie tussen het zelfconcept en geïntrojecteerde regulatie

Uit tabel 7 blijkt dat de invloed van de mate van zelfconcept op de mate van geïntrojecteerde regulatie niet significant is, $\beta = -.06$, $p = .66$. De relatie wordt negatief significant beïnvloed door autonomie ($\beta = -.61$, $p = .00$) en leeftijd ($\beta = -1.10$, $p = .01$) maar wordt positief beïnvloed door de werkervaring ($\beta = 1.20$, $p = .00$).

Dit betekent dat verpleegkundigen met een lage autonomie en een lagere leeftijd meer gedreven worden door externe factoren zoals schaamte en angst. Deze verpleegkundigen nemen deel aan deskundigheidsbevordering omdat ze zich anders schuldig voelen. De jaren werkervaring heeft in tegenstelling tot de leeftijd een positieve invloed. Hoe meer werkervaring een verpleegkundige heeft opgedaan, des te minder wordt de motivatie om de deskundigheid te bevorderen gestuurd door bijvoorbeeld schaamte of angst. De verklaarde variantie is door toevoeging van de variabelen

autonomie, leeftijd en werkervaring gestegen van 2% ($\Delta R^2 = .02$) naar 35% ($\Delta R^2 = .35$), Dit is een aanzienlijke toename.

Tabel 7

Relatie tussen de mate van zelfconcept en geïntrojecteerde regulatie

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Stap 1			
Intercept	2.47	1.53	
Zelfconcept	-.13	.29	-.06
Stap 2			
Intercept	6.53	1.64	
Zelfconcept	.28	.27	.14
Autonomie	-1.48	.35	-.55*
Stap 3			
Intercept	7.55	1.55	
Zelfconcept	.32	.27	.15
Autonomie	-1.65	.34	-.61*
Leeftijd	-.56	.20	-1.10*
Werkervaring	.59	.20	1.20*

Noot. $R^2 = .02$ voor Stap 1; $\Delta R^2 = .24^*$ voor Stap 2; $\Delta R^2 = .35^*$ voor Stap 3. * $p < .05$

Relatie tussen het zelfconcept en geïdentificeerde regulatie

Er is geen significante relatie te zien tussen de mate van zelfconcept en geïdentificeerde regulatie ($\beta = .14$, $p = .33$). Ook als er gecontroleerd wordt voor autonomie, leeftijd en werkervaring levert dat geen significante resultaten op (tabel 8). Dit kan komen door de lage betrouwbaarheid van de schaal geïdentificeerde regulatie ($\alpha = .58$).

Tabel 8

Relatie tussen de mate van zelfconcept en geïdentificeerde regulatie

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Stap 1			
Constant	3.68	1.76	
Zelfconcept	.33	.34	.14
Stap 2			
Constant	1.51	2.12	
Zelfconcept	.11	.35	.05
Autonomie	.80	.46	.25
Stap 3			
Constant	1.99	2.09	
Zelfconcept	.43	.36	.18
Autonomie	.55	.45	.17
Leeftijd	-.40	.27	-.68
Werkervaring	.21	.26	.37

Noot. $R^2 = -.02$ voor Stap 1; $\Delta R^2 = .08$ voor Stap 2; $\Delta R^2 = .18^*$ voor Stap 3. * $p < .05$

Relatie tussen de mate van zelfconcept en intrinsieke regulatie

Stap 3 van tabel 9 laat zien dat er sprake is van een significante positieve invloed van de mate van zelfconcept op de intrinsieke regulatie ($\beta = .26$, $p = .04$) als er gecontroleerd wordt voor autonomie, leeftijd en werkervaring. De relatie wordt negatief beïnvloed door de leeftijd ($\beta = -1.24$, $p = .00$) en positief beïnvloed door de jaren werkervaring ($\beta = .82$, $p = .03$). Dit betekent dat hoe hoger de leeftijd van een verpleegkundige hoe minder deze uit zichzelf gemotiveerd is om de deskundigheid te bevorderen. De jaren werkervaring beïnvloedt de intrinsieke relatie juist positief, hoe meer werkervaring een verpleegkundige heeft opgedaan hoe meer de regulatie wordt gestuurd door plezier en de interesse in de bijvoorbeeld de bijscholing. De verklaarde variantie is door toevoeging van de variabelen autonomie, leeftijd en werkervaring gestegen van 4% ($\Delta R^2 = .04$) naar 38% ($\Delta R^2 = .38$), dit is een relevante toename.

Tabel 9

Relatie tussen de mate van zelfconcept en intrinsiek regulatie

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Stap 1			
Constant	2.42	1.91	
Zelfconcept	.50	.37	.19
Stap 2			
Constant	-.93	2.24	
Zelfconcept	.16	.37	.06
Autonomie	1.22	.48	.36*
Stap 3			
Constant	.14	2.00	
Zelfconcept	.68	.35	.26*
Autonomie	.79	.43	.23
Leeftijd	-.80	.26	-1.24*
Werkervaring	.52	.24	.82*

Noot. $R^2 = .04$ voor Stap 1; $\Delta R^2 = .15^*$ voor Stap 2; $\Delta R^2 = .38^*$ voor Stap 3. * $p < .05$

Opleidingsniveau verpleegkundigen

De gemiddelde scores van de mbo- en hbo-verpleegkundige op de variabelen motivatie, het zelfconcept en de autonomie zijn met elkaar vergeleken. Een hoge gemiddelde score op motivatie betekent een dat een verpleegkundige een lage mate van a-motivatie, externe- en geïntrojecteerde regulatie en een hoge mate van geïdentificeerde en intrinsieke motivatie bezit. Uit de analyse blijkt dat de gevonden resultaten weinig van elkaar verschillen (tabel 10). De mbo-verpleegkundige scoort gemiddeld hoger op autonomie (M=4.24) dan de hbo-verpleegkundige (M=4.18). De hbo-verpleegkundige heeft gemiddeld een hoger zelfconcept (M=5.22) dan de mbo-verpleegkundige (M=5.04). De spreiding in de antwoorden op de verschillende variabelen is bij de hbo-verpleegkundige groter (SD= .90/.54/.42) dan bij de mbo-verpleegkundige (SD= .51/.38/.37). De motivatie voor de

keuze om de eigen deskundigheid te bevorderen is voor de hbo-verpleegkundige (M=5.40) en mbo-verpleegkundige (M=5.45) nagenoeg gelijk.

Tabel 10

Statistische gegevens voor de Mbo- en Hbo-verpleegkundigen met betrekking tot Motivatie, Zelfconcept en Autonomie

	N		Minimum		Maximum		M		SD	
	mbo	hbo	mbo	hbo	mbo	hbo	mbo	hbo	mbo	hbo
Motivatie	12	41	4.65	3.06	6.00	6.94	5.45	5.40	.51	.90
Zelfconcept	12	41	4.33	4.08	5.42	6.11	5.04	5.22	.38	.54
Autonomie	12	41	3.95	2.98	5.00	4.86	4.24	4.18	.37	.42

Noot. Het theoretisch minimum=1 en het theoretisch maximum=7

Scholing

Met behulp van een variantieanalyse is onderzocht of het gemiddelde op het gebied van de gevolgde scholing tussen de mbo- en hbo-verpleegkundige aan elkaar gelijk zijn. De variantieanalyse laat zien dat de gemiddelde scholing van de mbo- en hbo-verpleegkundige significant van elkaar verschillen ($F=2.316$; $p=.02$). Vanwege dit verschil zijn beschrijvende statistieken opgenomen van de verschillende onderdelen van scholing. De scholing die de verpleegkundigen de afgelopen twee jaar hebben gevolgd is in de onderstaande tabel (tabel 11) weergegeven.

Tabel 11

Beschrijvende Statistieken van de Gevolgde Scholing van de Mbo- en Hbo-verpleegkundigen

	M		SD	
	mbo	hbo	mbo	hbo
Een protocol ontwikkeld	2.50	2.07	2.24	1.58
Vakliteratuur gelezen	7.00	6.00	.00	1.60
Gebruik gemaakt van protocollen	7.00	6.41	.00	1.40
Deelgenomen aan inter/supervisie	3.75	4.12	1.86	2.30
Deelgenomen aan klinische lessen	6.00	4.95	1.48	2.05
Deelgenomen aan nascholing	5.55	4.49	2.39	2.11
Deelgenomen aan bijscholing	2.33	2.56	1.44	1.91
Deelgenomen aan symposium of congres	3.00	2.29	1.48	1.91
Deelgenomen aan een workshop	1.83	2.04	.72	1.99
Training gevolgd in de skillslab	3.83	3.27	2.44	1.91
Zelf een klinische les gegeven	2.67	2.90	2.06	2.05
Gemiddelde gevolgde scholing	4.13	3.74	.87	1.24

Noot. Het theoretisch minimum=1 en het theoretisch maximum=7; mbo: N= 12; hbo: N= 41

Uit deze tabel valt af te lezen dat er verschillen zijn in de hoeveelheid scholing die gevolgd is door de mbo- en hbo-verpleegkundigen. De mbo-verpleegkundigen doen gemiddeld meer aan scholing (M=4.13) dan de hbo-verpleegkundigen (M=3.71). De standaardafwijking laat zien dat de spreiding bij de hbo-verpleegkundigen groter is (SD= 1.24) dan bij de mbo-verpleegkundigen (SD= .87).

Discussie en conclusie

De eerste hypothese waarbij een positieve invloed van zelfconcept op intrinsieke motivatie werd verwacht kan niet worden bevestigd. Het zelfconcept heeft geen significante invloed op de intrinsieke motivatie. Het gevonden resultaat is in strijd met het onderzoek van Reeve (2009). Reeve veronderstelt dat zelfconcept een positieve kracht heeft in de richting van de intrinsieke motivatie. Er kan een kanttekening geplaatst worden bij de validiteit van de startvraag van het onderdeel motivatie. De verpleegkundigen werd gevraagd een training/ bijscholing/ klinische les voor ogen te nemen,

waarbij gestart werd met de vraag: Waarom spant u zich in voor deze training/ bijscholing/ klinische les? Deze vraagstelling kan beïnvloed worden door de recentelijk ervaren negatieve of positieve scholing. Een meer specifieke formulering van de startvraag zou het validiteitprobleem kunnen voorkomen.

Wel is er een significante negatieve invloed gevonden tussen het zelfconcept en de a-motivatie. De negatieve invloed van zelfconcept op de a-motivatie komt wel overeen met de bevindingen van Reeve. Hoe lager het zelfconcept hoe meer a-motivatie de verpleegkundige bezit.

De tweede hypothese waarbij een positieve invloed van zelfconcept op de autonomie werd verwacht werd door de resultaten bevestigd. Er is een significante positieve invloed gevonden van zelfconcept op de autonomie. Dit komt overeen met de bevindingen van Brem en collega's (1999). Volgens deze auteurs staat het zelfconcept aan de basis van de autonomie. Personen met een hoog en reëel zelfconcept zijn minder kwetsbaar tijdens calamiteiten. Deze personen zijn realistisch en erkennen gevaren voortijdig, wat een voorwaarde is voor het maken van weloverwogen beslissingen. Een tekortkoming bij het meten van het zelfconcept is de controle van het reële zelfconcept met een hoge complexiteit. Er is in dit onderzoek vooral uitgegaan van het feit dat een hoog zelfconcept ook een reëel zelfconcept is, dit is niet altijd het geval.

De derde hypothese waarbij een positieve invloed werd verwacht van autonomie op intrinsieke motivatie wordt door de resultaten aangetoond. Er is een positieve significante invloed van autonomie op intrinsieke motivatie. Daarnaast zijn er significante negatieve invloeden gevonden van autonomie op zowel geïntrojecteerde-, externe regulatie en a-motivatie. Dit is in lijn met de bevindingen van Deci en Ryan (2002). Deze auteurs concluderen dat autonomie de motivatie stuurt. Autonomie, het gevoel van vrijheid van keuze, is een kwaliteit die de meer intrinsieke vormen van motivatie stuurt, zoals geïdentificeerde- en intrinsieke regulatie. Toch is de kwestie van autonomie een ambivalent punt. In een ziekenhuis kunnen verpleegkundige met een hoge autonomie een gevaar vormen voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Verpleegkundigen moeten protocollen en werkwijzen volgen en hierin is maar in beperkte mate ruimte voor eigen keuzen (Dowding & Thomson, 2002). Gelukkig zorgt de verwetenschappelijking van het verpleegkundig beroep voor meer inbreng en meer keuzen en

beslismomenten in het werkveld en wordt de aangeboren behoefte van autonomie gevoed (Sackett & Straus, 1997).

De vierde hypothese waarbij er een zwakkere relatie verwacht wordt tussen het zelfconcept en motivatie, als er gecorrigeerd wordt voor autonomie, kan door de resultaten niet worden bevestigd. Voor de verschillende schalen van motivatie: de intrinsieke motivatie, de a-motivatie, externe, geïntrojecteerde en geïdentificeerde regulatie is geen significante invloed gevonden.

De relatie tussen zelfconcept en intrinsieke motivatie wordt kleiner als er gecorrigeerd wordt voor autonomie, echter is de relatie niet significant. Wat opvalt is, dat als de relatie tussen zelfconcept en intrinsieke motivatie, gecorrigeerd wordt voor de invloed van de leeftijd en jaren werkervaring, deze wel significant is. Leeftijd en werkervaring hebben een toegevoegde waarde op de relatie tussen het zelfconcept en intrinsieke motivatie. Dat de werkervaring in deze thesis een positieve invloed heeft op de relatie tussen zelfconcept en intrinsieke motivatie wordt ook bevestigd door Schouwstra (2006). De auteur toont aan dat werknemers met veel werkervaring gericht leren en meer zaken op hun waarde kunnen beoordelen. Oudere verpleegkundige kunnen meer moeite hebben om zich te motiveren voor deskundigheidsbevordering (Schouwstra, 2006). Hoe ouder een persoon hoe groter de kans is dat het groeiproces van deze persoon (bijvoorbeeld door een midlife crisis) stil blijft staan en zich alleen maar negatief ontwikkelt. Daarnaast maken oudere verpleegkundigen vaker kritische kanttekeningen over de organisatie. Deze kritische instelling kan ertoe leiden dat zij minder nieuwe dingen aannemen en willen leren (Schouwstra, 2006). Speet en Francke (2004) hebben onderzoek gedaan naar het belang van deskundigheidsbevordering bij verpleegkundigen. Uit dit onderzoek blijkt dat de omvang van het dienstverband, het geslacht en de leeftijd van de verpleegkundige geen rol spelen in het belang dat een verpleegkundige hecht aan deskundigheidsbevordering. Dit is tegenstrijdig met de resultaten van dit onderzoek. Een mogelijke verklaring van het verschil in uitkomst tussen beide onderzoeken is dat het onderzoek van Speet en Francke (2004) een ander domein meet (belang) dan de focus van dit onderzoek (motivatie).

Bij de interpretatie en generalisatie van de onderzoeksresultaten moet er rekening gehouden worden met een aantal beperkende factoren en verstorende variabelen.

De steekproef van het onderzoek is select genomen op afdelingen van het CWZ. De steekproef is hierdoor mogelijk niet representatief voor de populatie verpleegkundige in Nederland (Baarda & Goede, 2006). In totaal zijn er 53 vragenlijsten ingevuld. Het verzamelen van de vragenlijsten verliep moeizaam. De tijd die voor het verzamelen van de vragenlijsten beschikbaar was bleek te kort, veel formulieren werden te laat geretourneerd en werden geëxcludeerd. De verdeling van mbo- en hbo-verpleegkundigen was onevenredig (hbo=41; mbo=12). Om daadwerkelijke verschillen aan te kunnen tonen die te generaliseren zijn naar het niveauverschil tussen de mbo- en hbo-verpleegkundigen is een meer evenredige verdeling gewenst. Een reden voor het grote verschil van deelname van de mbo- en hbo-verpleegkundige kan voortkomen uit de verpleegkundige populatie van het CWZ. Op sommige afdelingen zijn meer hbo-verpleegkundigen werkzaam dan mbo-verpleegkundigen, zoals op de Intensive Care. De vragenlijst is door de auteur samengesteld uit drie verschillende bestaande meetinstrumenten. De hoeveelheid vragen van de vragenlijst is groot (121 vragen). Deze hoeveelheid kan van invloed zijn geweest op de hoogte van de respons. Een ingekorte vragenlijst zou van invloed zijn op de betrouwbaarheid van de schalen. De interpretatie van de antwoordmogelijkheden van de respondenten op de gebruikte zevenpunts Likert schalen kunnen een beperkende factor zijn van het onderzoek. De interpretatie wordt beïnvloed door het persoonlijke referentiekader van de respondenten. Dit kan invloed hebben op de validiteit van het onderzoek, de vraag blijft of dit onderzoek inderdaad meet wat de auteur wilde meten. De variabelen die gebruikt zijn is het onderzoek overlappen elkaar gedeeltelijk. Er is een kans dat de variabelen hetzelfde hebben gemeten en dat het verband tussen de variabelen hierop is gebaseerd.

Concluderend stelt de auteur dat het belangrijk is om meer inzicht te krijgen in de belemmerende maar ook bevorderende factoren betreffende de motivatie voor deskundigheidsbevordering. Deze gegevens kunnen helpen bij de interventies die plaats moeten vinden om de deskundigheidsbevordering positief te beïnvloeden.

Een ziekenhuis wil graag mensen in dienst die veilige zorg kunnen leveren en dus zo min mogelijk fouten maken, ook voor patiënten is dit de gewenste situatie. Verpleegkundigen zowel mbo als hbo die goed zijn opgeleid en intrinsiek gemotiveerd zijn om de vaardigheden en kennis bijhouden door middel van deskundigheidsbevordering passen in een kwalitatief hoogstaand zorgsysteem (Bont, et al., 2009; Warburton, 2005). Oudere verpleegkundige die zelf niet de motivatie kunnen opbrengen om

de deskundigheid te bevorderen, zullen wellicht meer gemotiveerd moeten worden door de organisatie waarin zij werkzaam zijn.

Literatuurlijst

- Ames, R., & Ames, C. A. (1984). Introduction. In R. Ames & C. A. Ames (Eds.), *Research on motivation in education: Student motivation* (pp. 1-11). Orlando, FL: Academic Press.
- Arthur, D. (1995). Measurement of the professional self-concept of nurses: developing a measurement instrument. *Nurse Education Today*, 15, 328-335.
- Arthur, D. (2007). The professional self-concept of nurses: A review of the literature from 1992-2006. *Australia Journal of Advanced Nursing*, 24 (3), 60-64.
- Baarda, D. B., & Goede de, M. (2006). Methoden en technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek. (4 th. ed.). Houten: Stenfert Kroese.
- 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 (6), 1173-1182.
- Bekker, M. H. J. (1993). The development of an Autonomy scale based on recent insights into gender identity. *European Journal of Personality*, 7 (3), 177-194.
- Bekker, M. H. J. (2009). Autonomie in vogelvlucht. *De Psycholoog*, 44 (1), 12-20
- Bekker, M. H. J., & Assen van, M. A. L. M. van (2006). A short form of the autonomy scale: Properties of the Autonomy- Connectedness Scale. *Journal of Personality Assessment*, 85, 51-60.
- Bont de, A., Jerak, S., Zuiderent, T., Bal, R., & Meurs, P. (2009). *Veiligheid in de zorg. Achtergrondstudie bij de Staat van Gezondheidszorg 2009*. Erasmus universiteit Rotterdam.
- Brehm, S. S., Saul, K. S. M., & Fein, S. (1999). *Social Psychology*. Boston New York: Houghton Mifflin Company.
- Broeck van den, A., Vansteenkiste, M., Witte de, H. & Lens, W. (2008). Explaining the relationship between job characteristics, burnout and engagement: The role of basic psychological need satisfaction. *Work & Stress*, 22 (3), 277-294.
- Campbell, J. D., Assanand, S. and Di Paula, A. (2003). The Structure of the Self-Concept and Its Relation to Psychological Adjustment. *Journal of Personality*, 71 (1), 115-126.
- Casparie, A. F., Legemaate, J., Rijkschroeff, R. A. L., Brugman, M. J. E., Buijsen, M. A. J. M., Gruijter de, M. J., Hulst, E. H., Oudenampsen, D. G., Van 't Riet, A. (2001). *Evaluatie Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Den Haag, ZonMw, 2001.

- Commissie kwalificatiestructuur. (1996). Gekwalificeerd voor de toekomst. *Kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging*. Zoetermeer/Rijswijk: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Curtin, L. (1982). Autonomy, accountability and nurses practice. *Topics in Clinical Nursing*, 4 (1), 7-13.
- Dam van, E., Kraayvanger, G., & Hovels, B. (2004). Toepassing van functiedifferentiatie in ziekenhuizen anno 2003, eindrapport. Nijmegen: Kenniscentrum.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002) (Eds.). *Handbook on self-determination research*. Rochester: University of Rochester Press.
- Dowding, D. & Thompson, C. (2002). *Clinical decision making and judgment in nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Edwards S. (2003). Critical thinking at the bedside: a Practical Perspective. *British Journal of Nursing*, 12 (19), 1142-1149.
- Gloudemans, H., Schalk, R., & Reynaert, W. (2010). Kritisch denken als onderscheid, een kans om te differentiëren. *Onderwijs en Gezondheidszorg*, 34, 3-7.
- Guay, F., Vallerand, R. J., & Blanchard, C. (2000). On the assessment of situational intrinsic and extrinsic motivation: the situational motivation scale (SIMS). *Motivation and Emotion*, 24 (3), 175-213.
- Jagt, E.J. van der. (2003). Eisend gedrag en agressie van zorgvragers. In: Signalering Ethiek en Gezondheid. Zoetermeer: CEG.
- Jongh de, D. M., Veer de, A. J. E., Bolle, F.J.J.J., & Kruif de, J. Th. C. N. (2006). *De aantrekkelijkheid van het beroep 2005*. Een peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Utrecht: AVVV/LEV/NIVEL.
- Kleingeld, K. (1996). Beroepsverantwoordelijkheid in de verpleging. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Lange de J., & Staa van A. L. (2004). Transitie in ziekte en zorg; op zoek naar een nieuw evenwicht; lectorale rede. *Verpleegkunde*, 19, 142-50.
- Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *Journal of the Medical Association*, 272 (23), 1851-1857.
- Matthijssen, M. A. J. M. (1979). *Klasse-onderwijs*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

- Meer van, D., & Gobbens, R. (2009). Positionering van hbo-verpleegkundigen: Verpleegkundigen in hoger beroep?! *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 1, 30-31.
- Meurs, P. (2008). *Sociaal vertrouwen: Een kwestie van durf*. Amsterdam: SER.
- Müller, F. H. & Louw, J. (2004). Learning environment, motivation and interest: perspectives on self-determination theory. *South African Journal of Psychology*, 35 (1).
- Power, M. (2007). *Organized uncertainty: Designing a world of risk management*. Oxford: Oxford University Press.
- Pruyn, A., & Wilke, H. (2001). *Sociale psychologie voor managers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Raaijmakers, T., & Sjollem, S. (2006). *Expert meeting kwaliteit en arbeidsmotivatie in de ouderenzorg*. Gevonden op 22 juni 2010, op http://www.baart-raaijmakers.nl/files/verslag_sec_expertmeeting.pdf
- Reeve, J. (2009). *Understanding motivation and emotion* (5th ed.). USA: Wiley.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55 (1), 68-78.
- Ryan, R. M., Rigby, C. S., & Przybylski, A. (2006). The motivational pull of video games: a self-determination theory approach. *Springer Science & Business Media*, 30, 347–363.
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139–170.
- Sackett, D. L., & Straus S, E. (1997). *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Schouwstra, K. (2006). Oud geleerd oud gedaan. *Gids voor Personeelsmanagement*, 85 (12), 28-32.
- Scott, J. C. (1998). *Seeing like a state: how certain schemes to improve the human condition have failed*. New Haven: Yale University Press.
- Simpson, E., & Courtney, M. (2002). Critical thinking in nursing education: A literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 89-98.
- Smith, E. R., & MacKie, D. M. (2008). *Social Psychology* (3rd ed). Londen: Psychology Press .
- Sol, Y. B., & Stokking, K. M. (2008). *Leerlingenparticipatie in het VO. Vormen, processen, effecten*. Utrecht: IVLOS en Afdeling Onderwijskunde, Universiteit Utrecht.

- Speet, M., & Francke, A. L. (2004). *Individuele professionalisering van verpleegkundigen in de beroepsopleiding en in de praktijk*. NIVEL: Utrecht.
- Stake, J. E. (1994). Development and validation of the six-factor self-concept scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, 54 (1), 56-72.
- Vansteenkiste, M., Sierens, E., Soenens, B., Luyckx, K., & Lens, W. (2009). Motivational profiles from a self-determination perspective: The quality of motivation matters. *Journal of Educational Psychology*, 101 (1), 671-688.
- VBOC. (2006). *Rapport Verpleegkundige toekomst in goede banen*. Utrecht: VBOC.
- VBOC-AVVV. (2006). *Verpleegkundige toekomst in goede banen*. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening. Utrecht: VBOC-AVVV.
- Vecht van der, B. (2009). *Adjustable Autonomy: Controlling Influences on Decision Making*. Proefschrift, Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Vereniging STIP. (2002). Beroepsdeelprofiel GGz-verpleegkundige. Dwingeloo: Uitgeverij Kavanah.
- Warburton, R. N. (2005). Patient safety- how much is enough? *Health Policy*, 71, 223-22.
- Woolfolk, A., Hughes, M., & Walkup, V. (2008). *Psychology in Education*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Yanico, B. & Lu, T. G. C. (2000). A psychometric evaluation of the six-factor self-concept scale in a sample of racial/ethnic minority women. *Educational and Psychological Measurement*, 60 (1), 86-99.