Ondersteuningsbehoeften van promovendi tijdens het promotietraject aan de UvA

Knelpunten en interventies

Lotte Douwes
25 september 2018

Ondersteuningsbehoeften van promovendi tijdens het promotietraject aan de UvA

Knelpunten en interventies

Lotte Douwes
25 september 2018

Opdrachtgever: Peter Vonk, MD; Bureau Studentenartsen UvA/HvA
Afstudeerbegeleider: Claudia van der Heijde, PhD
Opleidingsinstituut: Hogeschool NTI
Scriptiebegeleider: Mieke Vandewaetere, PhD
Studentnummer: 972713523
Opleiding: HBO Toegepaste Psychologie
Plaats: Amsterdam

Universiteit van Amsterdam

NTI
Studeren op je eigen manier

Voorwoord

Deze scriptie is het resultaat van het onderzoek dat verricht is om de hbo-bachelor studie Toegepaste Psychologie mee af te ronden. De scriptie is bedoeld om Bureau Studentenartsen van de UvA te voorzien van informatie over de ervaren knelpunten en interventiebehoeften van promovendi aan de UvA, zodat zij maatregelen kunnen treffen om deze knelpunten aan te pakken door middel van het doen van beleidsadviezen aan de UvA en het aanpassen van het interventieaanbod. De aanbevelingen die aan de hand van de resultaten van het onderzoek zijn geschreven, kunnen hierbij hulp bieden. Bovendien is deze scriptie geschreven voor ieder die interesse heeft in het onderwerp en meer te weten wil komen over de knelpunten en interventiemogelijkheden bij een promotietraject.

Graag wil mijn dank richten aan Peter Vonk, de opdrachtgever van het onderzoek, die mij deze afstudeerstageplek heeft aangeboden, en mijn begeleiders Claudia van der Heijde en Mieke Vandewaetere die mij ondersteund hebben en van adviezen voorzien hebben bij het doen van het onderzoek en schrijven van de scriptie. Ook bedank ik de Centrale Promovendiraad van de UvA en de PhD-adviseur van het AMC voor het helpen verspreiden van de vragenlijst, en de respondenten die tijd hebben vrijgemaakt voor het invullen van de vragenlijst. Ten slotte bedank ik mijn vriend, familie en vrienden voor hun steun en geduld tijdens het afstudeerproces.

Samenvatting

Een substantieel deel van promovendi kampt met psychische gezondheidsklachten. Deze klachten kunnen leiden tot uitval van promovendi uit het promotietraject en maatschappelijke verspilling. Er zijn verschillende knelpunten waarmee promovendi geconfronteerd kunnen worden tijdens het promotietraject, die een risico vormen op de psychische gezondheid. De verantwoordelijkheid voor het oplossen van dit probleem wordt gelegd bij de universiteiten.
Bureau Studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam (UvA) speelt hierop in door de knelpunten van promovendi in kaart te brengen en te zoeken naar passende interventies, zodat er tegemoet gekomen kan worden aan de ondersteuningsbehoeften van promovendi aan de UvA. Bovendien wil Bureau Studentenartsen aan de hand van deze gegevens een online instrument ontwikkelen waarmee knelpunten en psychische gezondheidsklachten bij promovendi in kaart kunnen worden gebracht, waarna zij voorzien zullen worden van een passend interventieadvies. Met betrekking tot dit doel werd de volgende probleemstelling geformuleerd:

Hoe kan Bureau Studentenartsen promovendi aan de UvA ondersteunen bij het voorkomen dan wel verminderen van psychische gezondheidsproblematiek die voortkomt uit ervaren knelpunten verbonden aan het promotietraject?

Om deze probleemstelling te beantwoorden werden er vijf deelvragen opgesteld, namelijk 1) Wat zijn volgens de literatuur de belangrijkste knelpunten verbonden aan het promotietraject die kunnen leiden tot psychische gezondheidsproblematiek bij promovendi?; 2) Welke interventies voor het voorkomen of verminderen van psychische gezondheidsproblematiek sluiten volgens de literatuur aan op de belangrijkste knelpunten?; 3) Welke interventies die promovendi kunnen ondersteunen bij het omgaan met de belangrijkste knelpunten worden door de UvA aangeboden?; 4) Welke knelpunten ervaren promovendi aan de UvA tijdens het promotietraject?, en 5) Aan welke interventies geven promovendi aan de UvA de voorkeur bij het omgaan met de knelpunten die zij ervaren tijdens het promotietraject?

Met behulp van een literatuuronderzoek en deskresearch werden de deelvragen 1, 2 en 3 beantwoord. De knelpunten die naar voren kwamen hadden betrekking op de werk-privébalans, het ervaren van werkdruk en prestatiedruk, sociale steun, de begeleiding, het carrièreperspectief en gevoelens van incompetentie. Passende interventies bij de knelpunten waren cognitieve gedragstherapie (CGT) en interventies op basis hiervan, zoals rationeel emotieve therapie (RET) , method of levels (MOL), relaxatietraining, assertiviteitstraining. Andere interventies waren mindfulness en op mindfulness-gebaseerde interventies, compassion focused therapy (CFT), running therapy, coaching, timemanagement, en loopbaanbegeleiding. Uit de deskresearch werd duidelijk dat de UvA verschillende interventies aanbiedt die overeenkomen met de interventies zoals in de literatuur beschreven, namelijk RET, MOL, op mindfulness-gebaseerde interventies en loopbaanontwikkeling, en daarnaast verschillende trainingen waarin CGT, mindfulness en CFT zijn verwerkt.
Aan de hand van de bevindingen uit het literatuuronderzoek werd een vragenlijst opgesteld om de deelvragen 4 en 5 mee te beantwoorden. Met behulp van de vragenlijst werden de ervaren knelpunten en interventievoorkeuren van de respondenten in kaart gebracht. Ook werd onderzocht of promovendi interventies wilden volgen in een groep of individueel, of zij openstonden voor het deelnemen aan online interventies en/of reguliere interventies, en werd gevraagd of zij nog andere interventies konden bedenken. De vragenlijst werd verspreid onder 3100 promovendi aan de UvA van de Faculteiten Geneeskunde, Tandheelkunde, Rechtsgeleerdheid, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Informatica, Maatschappij- en Gedragswetenschappen, Geesteswetenschappen, en Economie en Bedrijfskunde. De vragenlijst werd verspreid middels een online link en werd volledig ingevuld door 427 respondenten (respons 13.8%). Knelpunten die ervaren werden bij respondenten waren werk-thuisinterferentie, een hoge werkdruk, problemen met de begeleiding en een negatief carrièreperspectief. De meest gewenste interventies waren coaching, loopbaanbegeleiding, relaxatietraining en timemanagement. Aanvullingen van respondenten waren intervisie, sportinterventies en cursussen of trainingen voor begeleiders om beter te leren begeleiden. Verder gaven respondenten aan een voorkeur te hebben voor individuele interventies en het liefst contact te hebben met een behandelaar, dan wel via reguliere interventies, dan wel via een mix met online contacten. Niet gesuperviseerde online interventies (unguided online interventies) bleken het minst aantrekkelijk. Vervolgens werden de interventievoorkeuren vergeleken met het interventieaanbod van Bureau Studentenpsychologen van de UvA. Hieruit bleek dat vraag en aanbod maar gedeeltelijk

overeenkwamen. Van de vier meest gewenste interventies biedt de UvA er slechts één aan, namelijk loopbaanbegeleiding. Wat betreft de voorkeuren voor individuele interventies en interventies waarbij contact is met de behandelaar, sluit het aanbod van de UvA wel goed aan.

Aan de hand van de resultaten van het onderzoek werden aanbevelingen gedaan ter bevordering van de ondersteuning van promovendi met betrekking tot ervaring knelpunten in het promotietraject. Deze aanbevelingen hadden betrekkingen op het opnemen van de gewenste interventies in het interventieaanbod van Bureau Studentenpsychologen, het aanstellen van een coach door Bureau Studentenartsen, het aanbieden van online interventies voor promovendi mochten zij hier behoefte aan hebben, het bekendmaken van interventiemogelijkheden bij promovendi, het aansporen van begeleiders om cursussen te volgen voor het verbeteren van hun begeleidersvaardigheden, en het doen van meer onderzoek naar andere mogelijke knelpunten om zo een vollediger beeld van de situatie te krijgen.

Inhoudsopgave

Inleiding **7**

1.1 Aanleiding 7
1.2 Het probleem 8
1.3 Het belang van ingrijpen 8
1.4 Verantwoordelijkheid bij de universiteiten 8
1.5 De Universiteit van Amsterdam 9
1.6 Bureaustudentenartsen van de UvA 9
1.7 Sectie Onderzoek, Ontwikkeling en Preventie van Bureau Studentenartsen 9
1.8 Reactie van de UvA op het probleem 9
1.9 Doelstelling 10
1.10 Betrokken partijen 10
1.11 Probleemstelling en deelvragen 10

Literatuuronderzoek **12**

2.1 Knelpunten tijdens het promotietraject 12
2.2 Interventies bij ervaren knelpunten van promovendi 15
2.3 Manieren waarop interventies kunnen worden aangeboden 15
2.4 Interventies toepasbaar bij ervaren knelpunten van promovendi en werknemers in het algemeen met betrekking tot psychisch welbevinden 16
2.5 Interventies vanuit de UvA 20

Methoden van onderzoek **21**

3.1 Onderzoeksmethoden 21
3.2 Steekproef en onderzoekspopulatie 22
3.3 Opbouw van de vragenlijst 23
3.4 Betrouwbaarheid en validiteit 25

Resultaten **26**

4.1 Knelpunten tijdens het promotietraject 26
4.2 Interventiebehoeften
30

Conclusies en aanbevelingen **34**

5.1 Beantwoording deelvragen 34
5.2 Terugkoppeling naar de literatuur 38
5.3 Aanbevelingen 38

Discussie **41**

6.1 Kwaliteit van het onderzoek en de beperkingen van de resultaten 41
6.2 Het mogelijke effect van de resultaten op de conclusies 41
6.3 Kritische zelfreflectie op het onderzoektechnisch handelen 42
6.4 Een andere aanpak 42

Literatuur **43**

Bijlagen **48**

Bijlage I: Verklarende woordenlijst 48

Bijlage II: Typeringen promovendi 49
Bijlage III: Organogram UvA 50
Bijlage IV: Factoren werkdruk 51
Bijlage V: Soorten Online Interventies 52
Bijlage VI: Vragenlijst in Nederlands 53
Bijlage VII: Vragenlijst in het Engels 60
Bijlage VIII: Output analyses 67
Bijlage IX: Plan van Aanpak 107

Inleiding

1.1 Aanleiding

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat promovendi een hoog risico lopen op het ontwikkelen van psychische klachten, waaronder depressie en burn-out (Centre for Science and Technology Studies (CWTS), 2017; Van Leeuwen, 2016; Levecque, Anseel, De Beuckelaer, Van der Heyden, & Gisle, 2017; UvAPro, 2015). Mogelijke gevolgen van deze psychische problematiek zijn het uitvallen van promovendi wat zowel nadelige gevolgen kan hebben voor het individu als voor de maatschappij (De Knecht, 2017). In Nederland vormen ongeveer 9.000 promovendi meer dan de helft van het aantal onderzoekers aan de Nederlandse universiteiten. Hierbij kunnen nog eens 9.000 buitenpromovendi, promovendi die geen inkomsten via de universiteit ontvangen, worden opgeteld (Bregman, 2013). Daarbij is het aantal promovendi dat uiteindelijk promoveert bij Nederlandse universiteiten toegenomen (VSNU, 2012; CBS, 2014). In 2003 rondden ongeveer 2.500 promovendi het promotietraject af, terwijl er tegenwoordig meer dan 4.000 promovendi hun doctorsgraad behalen (Bregman, 2013).
Een promovendus voert onder begeleiding van een professor een aantal onderzoeken uit om de graad van doctor te behalen middels het schrijven van een proefschrift (Keesman, Toffolo & Schuurman, 2015). De werkzaamheden van een promovendus bestaan grotendeels uit het uitvoeren van onderzoek, het geven van onderwijs en overige taken zoals acquisitie, kennisoverdracht en management en organisatietaken (Van Leeuwen, 2016). Promovendi kunnen op verschillende wijzen verbonden zijn aan een universiteit met diverse soorten contracten, namelijk als werknemer met een arbeidscontract, als promotiestudent met een studiebeurs, of als buitenpromovendus die geen inkomsten ontvangt via de universiteit, maar daarnaast bijvoorbeeld nog een betaalde baan heeft. Zie bijlage II voor een weergave van de verschillende typeringen promovendi.

1.2 Het probleem

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat een substantieel deel van promovendi kampt met psychische gezondheidsproblemen, waaronder burn-out klachten en depressie (CWTS, 2017; Van Leeuwen, 2016; Levecque et al., 2017; UvAPro, 2015).
In het kader van dit onderzoek wordt psychische gezondheid gedefinieerd in lijn met de definitie van de World Health Organization (WHO). De WHO definieert psychische gezondheid als een staat van welzijn waarin een individu zijn of haar vermogens kan realiseren, kan omgaan met stressvolle levensgebeurtenissen, productief kan werken en kan participeren in de samenleving (WHO, 2016). Componenten van psychische gezondheid zijn subjectief welzijn, beleefde zelfefficiëntie, autonomie, competentie, intergenerationele afhankelijkheid, en het in staat zijn de eigen intellectuele en emotionele vermogens te verwezenlijken (WHO, 2001). Vanuit cross-cultureel perspectief is het bijna onmogelijk psychische gezondheid uitvoerig te definiëren. Echter, er is algemeen overeengekomen dat psychische gezondheid meer is dan enkel de afwezigheid van psychische problematiek (WHO, 2001).
Het promotienetwerk UvAPro van de Universiteit van Amsterdam (UvA), tegenwoordig de Centrale Promovendiraad genaamd, heeft in 2015 een onderzoek verricht naar de psychische gezondheid van promovendi aan de UvA door middel van een enquête. Doel van het onderzoek was in kaart te brengen in welke mate promovendi van de UvA depressieve klachten ervaren. De enquête werd ingevuld door 433 respondenten van de faculteiten Economie en bedrijfskunde, Geesteswetenschappen, Maatschappij- en Gedragswetenschappen, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Informatica, Rechtsgeleerdheid en Tandheelkunde (UvAPro, 2015). Voor het onderzoek werd de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D, UvAPro, 2015) gebruikt, een zelfbeoordelingsvragenlijst waarmee depressieve symptomen bij bevolkingsgroepen vastgesteld kunnen worden en waarmee bijvoorbeeld risicogroepen kunnen worden getraceerd. De enquête bestond uit twintig vragen over blijdschap en verdriet. Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat 36,5% van de respondenten depressieve symptomen vertoonden (UvAPro, 2015). De faculteit die het hoogst scoorde op depressieve symptomen was die van Economie en Bedrijfskunde met 44%. De Faculteit der Tandheelkunde scoorde het laagst met 21.5%. Bovendien bleken vrouwen (40.9%) meer last te hebben van depressieve symptomen dan mannen (31.5%). Een andere belangrijke factor was de financiële situatie waarin de respondenten verkeerden. Van de respondenten die aangaven

moeilijkheden te hebben met zichzelf te kunnen onderhouden, vertoonden 45% een verhoogd risico op een depressie. Ten slotte vertoonden respondenten uit het tweede fasejaar met 40% de meeste depressieve symptomen ten opzichte van de andere fasen in het promotietraject (UvAPro, 2015). Ook uit een Vlaams onderzoek bleek dat 32% van de promovendi psychische klachten vertoonden (Levecque et al., 2017). In dit onderzoek werd de General Health Questionnaire (GHQ) gebruikt. Dit gevalideerde screeningsinstrument wordt gebruikt voor het in kaart brengen van psychisch onwelbevinden en de mogelijke aanwezigheid van een mentale stoornis (CWTS, 2017). Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat het voortdurend ervaren van spanning (41%), zich ongelukkig en depressief voelen (30%), het hebben van slaapproblemen door zorgen (28%), problemen niet de baas kunnen zijn (26%) en het niet kunnen genieten van dagelijkse activiteiten (25%) de meest voorkomende klachten waren (Levecque et al., 2017).
Gelijkaardig onderzoek werd gevoerd door het Centre for Science and Technology Studies (CWTS) bij promovendi aan de universiteit van Leiden. Van de 767 promovendi die werden benaderd met de vraag de GHQ in te vullen, vulden 250 promovendi deze in. Uit de resultaten kwam naar voren dat maar liefst 38% van de respondenten risico loopt op ernstige psychische klachten, zoals depressie of een burn-out. De meest voorkomende klachten die in dit onderzoek naar voren kwamen waren het ervaren van een gevoel van constante druk (47%), zich bovengemiddeld ongelukkig of depressief voelen (33%), slaaptekort (32%), moeilijkheden niet de baas kunnen zijn (32%) en concentratieproblemen (31%).
Ten slotte blijkt uit een onderzoek van een bachelorstudent *Algemene Sociale Wetenschappen* aan de Universiteit Utrecht, dat ruim een kwart van de promovendi aan diverse Nederlandse universiteiten een verhoogd risico heeft op een burn-out. Van de 210 ondervraagde promovendi vertoonde 27% kenmerken die passen binnen de criteria, zoals uitputting en distantiëring en een negatieve houding ten opzichte van het werk (Van Leeuwen, 2016).

1.3 Het belang van ingrijpen

Wetenschappelijk onderzoek speelt een belangrijke rol in de huidige kenniseconomie. Het is van belang dat promovendi het promotietraject met succes afronden, aangezien zij worden gezien als de toekomst van universiteiten en van het wetenschappelijk onderzoek (Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten (VSNU), 2008). Het percentage promovendi dat wereldwijd voortijdig stopt, wordt geschat tussen de 30 en 50% te liggen. In Nederland maakt één op de drie promovendi het promotietraject niet af (De Knecht, 2017). Naast het feit dat stoppen met het promotietraject in de eerste plaats nadelige gevolgen voor de promovendus kan hebben, leidt het vroegtijdig uitvallen van promovendi ertoe dat tijd en middelen die de maatschappij beschikbaar gesteld heeft voor de wetenschap niet optimaal kunnen worden ingezet (De Knecht, 2017). Bovendien zijn er nog drie andere redenen te noemen waarom het van belang is dat er ingegrepen wordt op dit probleem. Ten eerste kunnen psychische gezondheidsproblemen de kwaliteit en kwantiteit van de onderzoeksresultaten van de desbetreffende promovendus negatief beïnvloeden (Levecque et al., 2017). Ten tweede maken promovendi vaak deel uit van een team, waarvan de samenstelling mee het wetenschappelijke effect bepaalt (Levecque et al., 2017). Als een teamlid uitvalt, heeft dat een invloed op het hele team. Ten derde wordt het voor de wetenschappelijke sector lastig om door het grote verloop nieuw talent aan te trekken, omdat het de aantrekkelijkheid van het wetenschappelijke beroepenveld negatief beïnvloedt. Met andere woorden: vroegtijdige uitval van promovendi vormt een bedreiging voor de levensvatbaarheid en kwaliteit van de academische onderzoekssector (Levecque et al., 2017).

1.4 Verantwoordelijkheid bij de universiteiten

Verschillende groepen, waaronder het Promovendi Netwerk Nederland pleiten voor grootschalig onderzoek naar psychische gezondheidsklachten bij promovendi in Nederland. Ondanks het groeiend aantal onderzoeken naar deze problematiek in Nederland is het nog relatief onduidelijk hoeveel Nederlandse promovendi psychische gezondheidsproblematiek ervaren. Bovendien is het onduidelijk hoeveel promovendi voortijdig stoppen of uitvallen door psychische gezondheidsproblematiek (Science Guide, 2017). Jet Bussemaker, Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, reageert terughoudend op een grootschalig onderzoek en stelt dat de verantwoordelijkheid ligt bij de universiteiten (Science Guide, 2017). "De ervaren werkdruk is het gevolg van de door de werkgever gecreëerde werkomstandigheden, waarbij de verantwoordelijkheid voor het verbeteren van deze omstandigheden bij de werkgever zelf ligt", aldus Minister Bussemaker (Science Guide, 2017). Zij wijst op de afspraken gemaakt binnen de cao's waarin is afgesproken dat universiteiten actie

ondernemen tegen werkdruk. Hierin zou ook aandacht gegeven moeten worden aan het voorkomen van psychische gezondheidsklachten als gevolg van een te hoge werkdruk (Science Guide, 2017). Deze cao-afspraken zouden ook van toepassing kunnen zijn op promovendi, aangezien zij een werknemerspositie bekleden. Promovendi nemen immers deel aan het primaire proces van een universiteit door het geven van onderwijs en doen van onderzoek.

1.5 De Universiteit van Amsterdam (UvA)

De Universiteit van Amsterdam is een van de meest vooraanstaande onderzoeksuniversiteiten van Europa (UvA, 2017). Het is een moderne universiteit met een lange en rijke geschiedenis. De universiteit heeft vijfduizend medewerkers, dertigduizend studenten met verschillende nationaliteiten, en is verbonden met duizenden onderzoekers en honderden private en publieke instellingen in binnen- en buitenland (UvA, 2017). De UvA heeft zeven faculteiten waar onderwijs en onderzoek plaatsvindt op het gebied van de geesteswetenschappen, sociale wetenschappen, economie en bedrijfskunde, rechtsgeleerdheid, natuurwetenschappen, geneeskunde en tandheelkunde (UvA, 2017). Verder beschikt de UvA over gemeenschappelijke diensten, waaronder Studenten Services, een Arbodienst, de Studentengezondheidszorg, het Bureau Communicatie, de Universiteitsbibliotheek en een Administratief Centrum. De faculteiten en gemeenschappelijke diensten worden gecoördineerd door het College van Bestuur en de Raad van Toezicht. Zie bijlage III voor een volledige weergave van de organisatiestructuur.

1.6 Bureau Studentenartsen Amsterdam van de UvA/ Huisartsen Oude Turfmarkt

In 1938 werd de Stichting voor Universitaire Gezondheidszorg van de Universiteit van Amsterdam opgericht. Tot 1981 was de praktijk alleen voor studenten bedoeld en richtte zich voornamelijk op gezondheidsklachten en -onderwerpen die veel voorkwamen bij deze populatie, zoals tuberculose, soa’s, anticonceptie en de psychische gezondheid. Omdat de UvA geen zorginstelling is en de ziekenfondswet het niet toestond vergoedingen uit te keren aan instellingen die geen zorginstellingen waren, werd de praktijk in 1981 tevens toegankelijk voor bewoners uit de buurt (Overman, 2001). De praktijk werd dus naast een studentengezondheidsdienst ook een 'reguliere' huisartsenpraktijk en kreeg daarmee een tweede naam: Huisartsen Oude Turfmarkt.
Momenteel zijn er negen huisartsen, tien doktersassistenten, een praktijkondersteuner voor lichamelijke problematiek, drie praktijkondersteuners voor psychische problematiek en twee wetenschappers werkzaam. Daarnaast worden er huisartsen en doktersassistenten opgeleid (Bureau Studentenartsen, z.d.).

1.7 Sectie Onderzoek, Ontwikkeling en Preventie van Bureau Studentenartsen

Een onderdeel van Bureau Studentenartsen is de sectie ‘Onderzoek, Ontwikkeling, en Preventie’. Het hoofddoel van deze sectie is het doen van academisch onderzoek naar de gezondheid van studenten, gezondheidszorg via het internet en naar huisartsgeneeskundig relevante vraagstukken, alsmede het ontwikkelen van producten ten behoeve van de gezondheidsbevordering van studenten in het hoger onderwijs. Verdere doelen zijn het verslag doen van onderzoeksbevindingen en het onder de aandacht brengen van de ontwikkelde producten en diensten. Ook worden er wetenschappelijke stages geboden aan studenten uit de faculteiten Gezondheidswetenschappen, Gezondheid en Leven, Psychologie, of Geneeskunde.
Aan deze sectie zijn een senior onderzoeker, huisarts en organisatorisch projectcoördinator, en een projectmanager internettherapie en -training voor studenten en diverse promovendi verbonden (Bureau Studentenartsen, z.d.).

1.8 Reactie van de UvA op het probleem

Bij de UvA zijn ongeveer 3100 promovendi werkzaam (UvA, 2017). Als reactie op de uit wetenschappelijk onderzoek aangetoonde hoge prevalentie van psychische gezondheidsproblematiek bij promovendi, werkt het Bureau Studentenartsen van de UvA aan de ontwikkeling, validatie en het beschikbaar stellen van de *PhD Health Check*. Dit is een geautomatiseerd online instrument waarmee onder andere de risicofactoren op en de aanwezigheid van psychische problematiek kunnen worden gedetecteerd. Vervolgens ontvangt de promovendus per e-mail persoonlijke feedback met daarin interventiemogelijkheden, inclusief zelfhulpadviezen. Om een zo goed mogelijk passend feedbacksysteem voor dit instrument te kunnen ontwikkelen, is er onderzoek nodig naar de

risicofactoren op en vormen van psychische gezondheidsproblematiek bij promovendi en welke vormen van zelfhulp en interventies er bestaan of ontwikkeld dienen te worden al naar gelang de wensen en behoeften aan ondersteuning van promovendi.

1.9 Doelstelling van dit onderzoek

Diverse knelpunten tijdens het promotietraject kunnen risicofactoren zijn van psychische problematiek bij promovendi. Door direct in te grijpen op de ervaren knelpunten kan het ontwikkelen van psychische gezondheidsproblematiek voorkomen dan wel verminderd worden.
Het doel van dit onderzoek is (1) het in kaart brengen van de ervaren knelpunten bij promovendi aan de UvA; (2) het in kaart brengen van de interventievoorkeuren van promovendi aan de UvA bij het omgaan met deze knelpunten en de psychische gezondheidsproblemen die hieruit voortkomen.
De gegevens uit het onderzoek kunnen gebruikt worden voor de ontwikkeling van het feedbacksysteem met interventiemogelijkheden bij knelpunten en psychische gezondheidsklachten voor de ‘PhD Health Check’.

1.10 Betrokken partijen

Bij dit onderzoek zijn er verschillende partijen betrokken:

- Promovendi van de Universiteit van Amsterdam: de onderzoekspopulatie. Voor deze partij moet het onderzoek een passend ondersteuningsaanbod opleveren aan de hand van de verkregen gegevens. Aan de UvA zijn 3100 promovendi verbonden.
- De Universiteit van Amsterdam: de onderwijsinstelling waaraan de promovendi verbonden zijn. De UvA zal beleidsmatige adviezen krijgen wat betreft het promotietraject indien blijkt dat het huidige beleid de ervaren knelpunten door promovendi in stand houdt of bevordert.
- Bureau Studentenartsen van de UvA, sectie Onderzoek, Ontwikkeling en Preventie: opdrachtgever. De opdrachtgever kan de ondersteuningsmogelijkheden bij veel voorkomende knelpunten bij promovendi tijdens het promotietraject opnemen in het feedbacksysteem van de PhD Health Check. Ook kan Bureau Studentenartsen beleidsmatige adviezen geven aan de UvA met betrekking tot aspecten die verband houden met het promotietraject.
- De Centrale Promovendi Raad (voorheen UvAPro): de promovendiraad die zich inzet voor eerlijke arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden voor promovendi van de UvA. De Centrale Promovendi Raad houdt jaarlijks een enquête bij promovendi over verschillende onderwerpen die te maken hebben met het doen van promotieonderzoek. Indien er knelpunten aan het licht komen, kaarten zij deze aan bij de UvA. Onderwerpen die al aan bod zijn gekomen zijn onder andere depressie bij promovendi en begeleiding.
- Bureau Studentenpsychologen: deze psychologiepraktijk is verbonden aan de UvA en biedt studenten en promovendi gratis kortdurende hulp bij (psychische) problemen. Bureau Studentenpsychologen zal op de hoogte worden gebracht van de resultaten van dit onderzoek, zodat zij eventueel hun interventieaanbod kunnen aanpassen.

1.11 Probleemstelling en deelvragen

Hoe kan Bureau Studentenartsen promovendi aan de UvA ondersteunen bij het voorkomen dan wel verminderen van psychische gezondheidsproblematiek die voortkomt uit ervaren knelpunten verbonden aan het promotietraject?

1. Wat zijn volgens de literatuur de belangrijkste knelpunten verbonden aan het promotietraject die kunnen leiden tot psychische gezondheidsproblematiek bij promovendi?

2. Welke interventies voor het voorkomen of verminderen van psychische gezondheidsproblematiek sluiten volgens de literatuur aan op de belangrijkste knelpunten?

3. Welke interventies die promovendi kunnen ondersteunen bij het omgaan met de belangrijkste knelpunten worden door de UvA aangeboden?

4. Welke knelpunten ervaren promovendi aan de UvA tijdens het promotietraject?

5. Aan welke interventies geven promovendi aan de UvA de voorkeur bij het omgaan met de knelpunten die zij ervaren tijdens het promotietraject?

Literatuuronderzoek: Knelpunten en interventies

2.1 Knelpunten tijdens het promotietraject

Promovendi kunnen verschillende knelpunten ervaren tijdens het promotietraject. Op basis van literatuuronderzoek werden zeven knelpunten gedefinieerd: problemen met de begeleiding, het ervaren van een hoge werkdruk en prestatiedruk, interferentie tussen werk en privé, het ervaren van gevoelens van incompetentie, een negatief carrièreperspectief, en het ervaren van een gebrek aan sociale ondersteuning (Baan, 2016; Meijer, 2011; Levecque et al., 2017; CWTS, 2017; Appel & Dahlgren, 2003; Stubb, Pyhältö & Lonka, 2011). In de komende paragrafen zal dieper worden ingegaan op deze knelpunten.

2.1.1 Werk-privébalans

De werk-privébalans wordt gedefinieerd als “de mate waarin een persoon even betrokken is bij en even tevreden is met zijn werk als met zijn gezinsleven” (Greenhaus, Collins & Shaw, 2003). Werk-thuisinterferentie heeft betrekking op de invloed die het werk kan hebben op de privésituatie (Schaufeli & Bakker, 2007). Wanneer iemand bijvoorbeeld niet toekomt aan taken in huis door werkgerelateerde factoren, zoals overwerk of vermoeidheid door inspanningen op het werk, is er sprake van werk-thuisinterferentie (Schaufeli & Bakker, 2007). Omgekeerd kan de privésituatie ook invloed hebben op het werk, dan spreekt men van ‘thuis-werkinterferentie’ (Schaufeli & Bakker, 2007). Uit onderzoek blijkt dat werk-thuisinterferentie vaker voor psychische gezondheidsproblemen zorgt, dan thuis-werkinterferentie (Schaufeli & Bakker, 2007; Levecque et al., 2017). Er zijn vier belangrijke werkgerelateerde factoren die voorspellers zijn van werk-thuisinterferentie: (1) werkdruk of stress op het werk; (2) onvoorspelbaarheid van werktijden of diensten; (3) hoge betrokkenheid bij het werk; (4) gebrek aan ondersteuning van de leidinggevende en/of negatieve werkcultuur (Eby et al, 2005). Vaak is er bij promovendi geen duidelijke scheidingslijn tussen werk en vrije tijd aanwezig en dat kan als zwaar worden ervaren (Appel & Dahlgren, 2003). Door de eisen van het werk en doordat promovendi vaak doorwerken in de avonduren en in het weekend, kan er werk-thuisinterferentie ontstaan (CWTS, 2017; Levecque et al., 2017). Uit het onderzoek van Levecque et al. (2017) kwam het ervaren van werk-thuisinterferentie als de belangrijkste voorspeller naar voren van psychische gezondheidsklachten bij promovendi.

2.1.2 Werkdruk

Werkdruk heeft betrekking op de werkbelasting en de belastbaarheid of het draagvermogen van de werknemer (Sofokles, 2017). De werkbelasting bestaat uit de hoeveelheid werk en de tijd waarbinnen het werk verricht moet worden, ook wel taakeisen genoemd (Bakker et al., 2013; Wiezer et al., 2012). Werkdruk wordt als te hoog ervaren wanneer er een disbalans bestaat tussen de eisen aan de werknemer en de hoeveelheid werk die de werknemer aankan (CWTS, 2017). Er bestaan verschillende factoren die een positief dan wel negatief verband houden met het ervaren van werkdruk, zoals de regelmogelijkheden betreft het zelf kunnen bepalen van de manier van werken, het werktempo en de indeling van het werk, en sociale steun op het werk (Bakker et al., 2013; Wiezer et al., 2012). Zie bijlage IV voor de factoren die invloed kunnen hebben op de werkdruk.
Uit een Zweeds onderzoek kwam naar voren dat een groot deel van promovendi aangaf te veel werk te hebben, de werkdruk als te zwaar te ervaren en 90% gaf aan met werk bezig te zijn buiten werkuren (Appel & Dahlgren, 2003). Bovendien bleek uit hetzelfde onderzoek dat vrouwen significant meer werkdruk ervoeren dan mannen. Werkdruk is een van de oorzaken van werkstress en kan resulteren in uitval als gevolg van psychische klachten (Wiezer et al., 2012; Jettinghoff & Scheeren, 2016). Ook onder promovendi is de ervaren werkdruk een voorspellende factor voor psychische gezondheidsproblematiek (Levecque et al., 2017; CWTS, 2017; Van Leeuwen, 2016).

2.1.3 Prestatiedruk

Nauw gerelateerd aan werkdruk, is prestatiedruk. Prestatiedruk kan gedefinieerd worden als “de ervaren druk om te voldoen aan vooraf bepaalde verwachtingen en eisen op het gebied van onderwijs en onderzoek, opgelegd door de omgeving (zoals de maatschappij, de overheid, subsidieverstrekkers, de sector (nationaal en internationaal), de universiteit, de faculteit en de vakgroep)” (Sofokles, 2017). Omdat prestatiedruk mede de werkeisen bepaalt, kan ervan worden uitgegaan dat prestatiedruk sterk gerelateerd is aan werkdruk (Sofokles, 2017). De status van onderzoekers, wordt sterk bepaald door het aantal publicaties (Meijer, 2011). Bovendien zijn

publicaties ook voor promovendi van groot belang wat betreft het carrièreperspectief (Meijer, 2011). Door de publicatiedruk en de schaarse posities in de academische wereld is de onderlinge competitie in de academische wereld hoog, (Koier & de Jonge, 2018; Waaijer, Van der Weijden, & Wouters, 2015). Ook uit het onderzoek van Appel & Dahlgren (2003) blijkt dat er in de academische wereld een voortdurende competitie heerst om zichzelf te kwalificeren en te overleven binnen de organisatie. Een competitieve werksfeer waarin geen ruimte is voor het maken van fouten en het vragen om hulp kan resulteren in het ervaren van een hoge werkdruk (Wiezer et al, 2012).

2.1.4 Sociale steun

Sociale steun in het werk is de steun die iemand ontvang van collega's en/ of leidinggevenden (Levecque et al., 2017). Sociale steun blijkt een sterk verband te vertonen met effecten op gezondheid en ziekte (Morrison & Bennett, 2011). Personen die menen een hoge mate van sociale ondersteuning te hebben, beoordelen gebeurtenissen als minder stressvol dan mensen die weinig sociale ondersteuning ervaren en kan psychisch lijden doen verminderen (Morrison & Bennett, 2011). Bovendien kunnen sociale relaties een doel en betekenis geven aan iemands leven wat een positieve invloed kan hebben op het zelfvertrouwen (Palladino Schultheiss, 2003). Gebrekkige sociale steun op het werk is van invloed op de mate van angst, emotionele uitputting, werkspanning en werktevredenheid (De Lange et al, 2004; Vanroelen et al., 2009). Lelieveldt (2013) noemt eenzaamheid als een van de meest voorkomende kwalen in het promotietraject. De activiteiten tijdens het promotietraject worden vaak individueel achter de computer uitgevoerd, zoals het schrijven, analyseren, en denken (Lelieveldt, 2013; Janta, Lugosi & Brown, 2014). Uit het onderzoek van Stubb, Pyhältö & Lonka (2011) bleek een gebrek aan steun in het promotietraject een belastende factor voor het welzijn te zijn. Sociale steun van begeleiders en collega-promovendi, of 'peers' in het promotietraject blijkt een voorspellende factor te zijn van het psychologisch welzijn van promovendi en invloed te hebben op de academische vaardigheden (CWTS, 2017; Janta, Lugosi & Brown, 2014). Gebrek aan sociale steun kan resulteren in eenzaamheid en depressieve gevoelens (Janta, Lugosi & Brown, 2014). Ten slotte is de kans dat internationale promovendi gebrek aan sociale steun en gevoelens van eenzaamheid ervaren groter dan promovendi die in hun moederland promoveren. Dit effect is toe te schrijven aan cultuurverschillen en taalbarrières (Janta, Lugosi & Brown, 2014).

2.1.5 Begeleiding

De promotor en co-promotor, verder begeleider(s) genoemd, spelen een belangrijke rol in het leven van promovendi en zijn verantwoordelijk voor de begeleiding en ondersteuning van promovendi tijdens het promotietraject (Lelieveldt, 2013; CWTS, 2017). Belangrijke aspecten in de begeleiding zijn het geven van inhoudelijke feedback, het vrijmaken van voldoende contactmomenten, het bevorderen van de autonomie, het tonen van waardering, motiveren, het bieden van steun, duidelijkheid geven over de werkzaamheden en taken, en het bieden van voldoende ruimte voor de eigen ideeën van de promovendus (Baan, 2016; Meijer, 2011). In de praktijk blijkt dat de kwaliteit van de begeleiding vaak onder de maat is, omdat begeleiders niet worden geselecteerd op hun didactische vaardigheden (Lelieveldt, 2013). Problemen met de begeleiding kunnen onder meer bestaan uit het ontbreken van contact met en belangstelling van de begeleider(s), gebrekkige inhoudelijke feedback, geschillen over auteurschap, onenigheid over de academische vrijheid en intimidatie door de begeleider(s) (Meijer, 2011). Een ander probleem kan gelegen zijn in de begeleidingsstijl van de begeleider. Het kan zijn dat deze stijl niet aansluit op de behoeften van de promovendus (Lelieveldt, 2013).
Problemen met begeleiding zijn vaak moeilijk aan te pakken. Promovendi verkeren namelijk in een afhankelijke positie ten opzichte van hun begeleider(s), die beslissen of de promovendus wordt toegelaten tot de promotie of niet (Meijer, 2011; Lelieveldt, 2013). Een gevolg is dat de promovendus zijn onvrede niet snel zal laten merken (Meijer, 2011). Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat de kwaliteit van begeleiding een essentiële voorspellende factor is van de psychische gezondheidstoestand bij promovendi (Baan, 2016; CWTS, 2017; Meijer, 2011; Levecque et al., 2017). Gebrekkige begeleiding van promovendi blijkt een essentiële oorzaak van vertraging en uitval in het promotietraject, en kan tevens leiden tot psychosomatische klachten, zoals overspannenheid, depressiviteit en concentratieproblemen (Meijer, 2011; CWTS, 2017).

2.1.6 Carrièreperspectief

Het arbeidsaanbod onder afgestudeerde promovendi neemt gestaag toe, terwijl de arbeidsvraag niet in hetzelfde tempo toeneemt met als gevolg dat de carrièrekansen in de academische wereld onzeker zijn (Van Damme, 2014). Van alle promovendi wil 80% aan de universiteit blijven werken, echter voor 80% zit dit er uiteindelijk niet in (Bregman, 2013). Steeds meer afgestudeerde promovendi zoeken werk op de niet-academische arbeidsmarkt en komen terecht in bijvoorbeeld onderzoekslaboratoria in

particuliere bedrijven, het openbaar bestuur, of banen die niet gerelateerd zijn aan onderzoek. Dit soort werk wordt vaak gezien als tweede keuze (Van Damme, 2014). Dit blijkt een internationaal probleem te zijn (Akerlind, 2005). Uit het onderzoek van Levecque et al. (2017), bleek dat promovendi met de ambitie voor een carrière binnen de academische wereld een betere psychische gezondheid vertoonden dan promovendi die dit niet ambieerde. Zelfs wanneer promovendi met deze ambitie hun kansen op een carrière binnen de academische wereld niet groot inschatten, bleef dit effect bestaan. Bovendien werd er een betere psychische gezondheid geconstateerd onder de promovendi die hun doctoraat als waardevolle bijdrage zagen aan het vinden van een baan buiten de academische wereld. Echter, uit het onderzoek van het CWTS (2017) blijkt dat een negatief oordeel over de carrièrekansen in de wetenschap een significante voorspeller is voor mentale problemen onder promovendi (CWTS, 2017). Bovendien zorgt de schaarste aan werkplaatsen in de academische wereld voor een competitieve sfeer wat kan resulteren in een hoge werkdruk (Wiezer et al., 2012).

2.1.7 Subjectieve competentie

Gevoel van competentie bestaat uit gevoelens van bekwaamheid, effectiviteit en controle hebben over de situatie en staat in nauw verband met het zelfvertrouwen (Tafarodi & Swann, 1995). Eigen-effectiviteit (self-efficacy) is het vertrouwen dat het individu heeft in zijn of haar vermogens om specifieke acties tot een goed einde te brengen en wordt ook wel aangeduid met de term subjectieve competentie (Schaufeli & Bakker, 2007). Bovendien vertoont de eigen-effectiviteit een negatief verband met burnout (Schaufeli & Bakker, 2007). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het gevoel van competentie een belangrijke rol speelt in de psychische gezondheid van promovendi (Stubb, Pyhältö & Lonka, 2011; CWTS, 2017; Appel & Dahlgren, 2003). Om zichzelf gewaardeerd en belangrijk te kunnen voelen in de academische gemeenschap, proberen promovendi tijdens hun promotietraject een beeld van zichzelf te ontwikkelen als een competente onderzoeker. (Stubb, Pyhältö & Lonka, 2011). Gevoelens van incompetentie kunnen onder andere ontstaan bij een hoge werkdruk en bij onvoldoende steun en begeleiding (Stubb, Pyhältö & Lonka, 2011; Appel & Dahlgren, 2003; Wiezer et al., 2012; Schaufeli & Bakker, 2007). Het ervaren van gevoelens van incompetentie blijkt een significante voorspeller te zijn voor psychische klachten bij promovendi (CWTS, 2017). Ook het onderzoek van Appel & Dahlgren (2003) toont aan dat onzekerheid over de eigen capaciteiten kan resulteren in het ervaren van stress.

2.1.8 Samenhang tussen knelpunten

Veel knelpunten waarmee promovendi geconfronteerd worden, blijken met elkaar samen te hangen (Zie tabel 1). Bovendien hebben de knelpunten een gemeenschappelijk gevolg, namelijk het ervaren van stress en psychische gezondheidsklachten. Om deze redenen zijn interventies vaak toepasbaar bij verschillende knelpunten. Ingrijpen op het ene knelpunt, zal naar verwachting ook invloed kunnen hebben op een ander ervaren knelpunt.

Tabel 1: samenhang van knelpunten

Knelpunt	Hangt samen met
Werk-privébalans	• Werkdruk • Begeleiding
Werkdruk	• Begeleiding • Werk-privébalans • Subjectieve competentie • Sociale steun • Carrièreperspectief
Prestatiedruk	• Werkdruk
Sociale steun	• Werkdruk • Subjectieve competentie
Begeleiding	• Werkdruk • Werk-privébalans • Subjectieve competentie
Carrièreperspectief	• Werkdruk
Subjectieve competentie	• Werkdruk • Sociale steun • Begeleiding

(Bron: Baan, 2016; Wiezer et al., 2012; CWTS, 2017; Schaufeli & Bakker, 2007)

2.2. Interventies bij ervaren knelpunten van promovendi

In de volgende paragrafen zullen allereerst de verschillende manieren waarop interventies gericht op psychische problematiek, kunnen worden aangeboden uiteengezet worden. Vervolgens worden de interventies behandeld die toegepast kunnen worden bij het omgaan met de knelpunten die promovendi ervaren.

2.3 Manieren waarop interventies kunnen worden aangeboden

Interventies kunnen op verschillende manieren worden aangeboden. Ten eerste zijn er de reguliere behandelingen waarbij er face-to-face contact is tussen cliënt en behandelaar. Daarnaast bestaan er online interventies. Online interventies kunnen als primaire interventie ingezet worden of als aanvulling op een reguliere behandeling (Lal & Adair, 2014). Wanneer reguliere interventies gecombineerd worden met online interventies spreekt men van 'blended care' (GGZNederland, z.d.).

2.3.1 Reguliere interventies

Onder reguliere interventies worden de behandelingen verstaan waarbij er face-to-face contact is tussen de behandelaar en de cliënt (Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), 2018). De behandelaar kan bijvoorbeeld een basis psycholoog, Gezondheidszorgpsycholoog (GZ psycholoog), psychotherapeut, klinisch psycholoog, cognitief-gedragstherapeut of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapeut zijn (NIP, 2018). Reguliere interventies kunnen individueel en in groepen plaatsvinden, zowel in ambulante als in klinische setting, of als deeltijdbehandeling. Bij een ambulante of extramurale (buiten de muren) behandeling vindt er geen opname plaats in een instelling of ziekenhuis, maar zoekt de cliënt de hulpverlener zelf op in een instelling of particuliere praktijk, of de hulpverlener komt bij de cliënt thuis (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). Bij een klinische of intramurale behandeling wordt de cliënt wel opgenomen in een instelling of een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). Een deeltijdbehandeling bestaat uit een aantal dagdelen of dagen per week en is intensiever dan een ambulante behandeling (GGZ Centraal, 2010). Er zijn vele behandelvormen bekend die in reguliere vorm gegeven kunnen worden, waaronder psycho-analyse, cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke psychotherapie, humanistische therapie en systeemtherapie (Smeets et al., 2009).

2.3.2 Online interventies

Christensen en collega's definiëren e-Mental health als "mentale gezondheidsdiensten en informatie geleverd en uitgebreid door middel van het internet en gerelateerde technologieën" (Christensen, Griffiths & Evans, 2002). Er worden verschillende soorten interventies aangeboden via het internet, waaronder e-therapie, e-counseling, websites die informatie over de mentale gezondheid verschaffen, zelfhulpprogramma's, steungroepen, en online screening en beoordeling van de mentale gezondheid (Abbott, Klein & Ciechomsky, 2008; Barak, Klein & Proudfood, 2009). Zie bijlage V voor een uitgebreidere uiteenzetting van verschillende soorten online interventies.
Online interventies hebben verschillende voordelen, waaronder lagere kosten dan reguliere behandelingen, laagdrempeligere toegankelijkheid voor mensen die bang zijn gestigmatiseerd te worden voor het ontvangen van psychische hulp, en betere bereikbaarheid voor personen die wonen in afgelegen gebieden en/of die avond- en nachtwerk verrichten (Lal & Adair, 2014; Abbott, Klein & Ciechomsky, 2008). Ook bestaan er verschillende nadelen, zoals miscommunicatie door het ontbreken van visueel en auditief contact tussen behandelaar en cliënt, het niet kunnen toepassen van online interventies bij bepaalde psychische problematiek, en het belang van iemands lees- en schrijfvaardigheden en computervaardigheden (Abbott, Klein & Ciechomsky, 2008).
Uit systematische reviews en meta-analyses komt naar voren dat interventies via het internet effectief zijn gebleken voor onder andere: depressie, angststoornissen, stressklachten, posttraumatische stressstoornis, hoofdpijn, stress door tinnitus, verstoorde waarneming van het lichaamsbeeld, slaapproblemen en middelengebruik (Lal & Adair, 2014; Abbott, Klein & Ciechomsky, 2008).

2.3.3 Blended Care

Blended care is de combinatie van reguliere interventies met online interventies (Wentzel, Van der Vaart, Bohlmeijer & Van Gemert-Pijnen, 2016). Het kan onder andere bestaan uit (1) computerondersteunde- therapie, waarbij de reguliere therapiesessies deels worden vervangen door online interventies en de reguliere sessies minder lang duren, maar even frequent zijn; (2) zelfhulpprogramma's aangevuld met reguliere therapiesessies waarbij er door de therapeut gereflecteerd wordt op de voortgang (Wentzel et al., 2016). Een positief aspect van blended care is

dat het de betrokkenheid, zelfsturing en zelfstandigheid, en de continuïteit van de behandeling vergroten (Wentzel et al., 2016; Arkin, z.d.). Bovendien biedt blended care de voordelen van zowel de reguliere als de online interventies: verbale en non-verbale feedback van de hulpverlener, gemakkelijke toegankelijkheid, altijd bereikbaar, kostenbesparing, anonimiteit van de online hulpomgeving (Faresa, z.d.).

2.4 Interventies toepasbaar bij ervaren knelpunten van promovendi en werknemers in het algemeen met betrekking tot psychisch welbevinden

Interventies kunnen op verschillende manieren ingrijpen op het persoonlijk functioneren. Om meer overzicht te bieden in de interventiemogelijkheden is er een tweedeling gemaakt waarop de interventies gericht zijn, namelijk (1) interventies die gericht zijn op de subjectieve beleving van het individu en de fysieke reacties daarop. Hieronder vallen bijvoorbeeld cognities, emoties, en mentale en fysieke stressreacties; (2) interventies die gericht zijn op het praktisch functioneren van het individu. Hieronder vallen bijvoorbeeld kennis en vaardigheden die de persoon nodig heeft voor het optimaal functioneren op verschillende gebieden in het dagelijks leven. Het hebben van kennis en vaardigheden vergroot de controle over de situatie en daarmee de subjectieve competentie (Tafarodi & Swann, 1995). Ondanks deze tweedeling in interventies is overlap niet uit te sluiten.
Verder bleek uit de literatuur dat verschillende knelpunten met elkaar samenhangen (zie tabel 1). Om deze reden wordt verondersteld dat interventies gericht op één knelpunt een indirect effect kunnen hebben op het verminderen van andere knelpunten.

2.4.1 Interventies gericht op de subjectieve beleving

Cognitieve gedragstherapie
Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een samenvoeging van cognitieve therapie en gedragstherapie. Het doel van cognitieve therapie is het veranderen van de onderliggende gedachten die de problematiek veroorzaakt dan wel in stand houdt (Smeets, Bos, Molen & Muris, 2009). Bij gedragstherapie staat het gedrag van het individu centraal en wordt er gebruikt gemaakt van leertheorieën (Bakker et al., 2013; Smeets et al, 2009). Problematisch gedrag wordt geïnventariseerd en vervangen door passend gedrag door middel van oefeningen (Bakker et al, 2013). De theorie achter de combinatie van beide, CGT, is dat niet de gebeurtenissen zelf zorgen voor negatieve gevoelens en gedragingen van een individu, maar de manier waarop het individu deze gebeurtenissen beoordeelt (GGZGroep, 2017). Het leren van het anders interpreteren van negatieve gedachten, zorgt voor een meer objectieve houding ten opzichte van de eigen gevoelens en waarnemingen met als gevolg dat negatieve gevoelens kunnen verdwijnen en gedrag zo kan veranderen (GGZGroep, 2017). Er zijn verschillende soorten interventies op basis van CGT en dit kan individueel of in een groep plaatsvinden (Bakker et al., 2013).
Op CGT gebaseerde interventies blijken effectief te zijn bij het aanpakken van een hoge werkdruk bij werknemers in het algemeen (Schaufeli & Bakker, 2007; Bakker et al, 2013). Deze methoden verminderen psychische klachten en verbeteren de waargenomen werkcondities (Schaufeli & Bakker, 2007). Negatieve gedachten die ontstaan vanuit het ervaren knelpunt en de negatieve emoties en stress, en eventuele disfunctionele gedragingen die daaruit voortkomen, kunnen worden verminderd met behulp van deze interventie. Om deze reden kan worden aangenomen dat CGT ingezet kan worden bij alle zeven knelpunten.

Op CGT gebaseerde interventies
De volgende interventies zijn gebaseerd cognitieve therapie of gedragstherapie, of de combinatie van beide. Deze interventies kunnen zich richten op cognitieve aspecten, gedragsaspecten, als de ervaren emotionele aspecten van de persoon.

- **Rationeel Emotieve Therapie**

Een veel gebruikte methode in de CGT is Rationeel Emotieve Therapie (RET) (Morrison & Bennett, 2011). Het uitgangspunt van RET is dat emoties niet worden veroorzaakt door de situatie zelf, maar door de gedachten die de persoon heeft over de situatie (Smit, 2010). Negatieve gedachten leiden tot emoties als angst, boosheid en stress met als gevolg niet-effectief gedrag (Smit, 2010). RET is erop gericht dat men anders over een situatie en zichzelf kan leren denken met effectiever gedrag als gevolg (Centrum Cognitieve Gedragstherapie (CCGT), z.d.). De persoon leert de eigen disfunctionele gedachten te herkennen, ze ter discussie te stellen en ze te vervangen door meer functionele gedachten (CCGT, z.d.; Morrison & Bennett, 2011). Door een gedachte op een rationelere manier te

benaderen, nemen het stressniveau en de invloed van emoties af, waardoor de persoon effectiever kan handelen (Smit, 2010). Zoals reeds hierboven beschreven, kunnen alle ervaren knelpunten gepaard gaan met negatieve gedachten, negatieve gedachten en disfunctioneel gedrag, waardoor ook deze interventie van toepassing kan zijn op alle zeven knelpunten.

- **Method of levels**

De 'Method of levels' (MOL) behandelmethode is een nieuwe vorm van CGT, waarbij ervan uit wordt gegaan dat psychische problemen ontstaan, wanneer personen geen controle kunnen krijgen over ervaringen en of situaties die belangrijk voor ze zijn (Carey & Mullan, 2008). Bij MOL ligt de nadruk op de oorzaak van psychisch lijden en niet op de symptomen ervan. Doordat de persoon zich bewust wordt hoe de ervaren gevoelens, gedachten en gedrag conflicteren met belangrijke opvattingen, waarden of doelen, zullen emotionele en cognitieve veranderingen ontstaan (Mansell, Carey & Tai, 2013). Tijdens de behandeling worden cliënten ondersteund bij de bewustwording van de oorzaak van de ervaren problemen en het loslaten van bepaalde gewoonten die de problemen in stand houden. Door te reflecteren op het eigen denken en gedrag, wordt de cliënt flexibeler en meer bedreven in het verminderen van de ervaren stress (Mansell, Carey & Tai, (2013). Uit een onderzoek van Carey & Mullan (2008) bleek dat personen een significante vermindering van psychische klachten, zoals depressie en stress, vertoonden na het volgen van een MOL-behandeling (Carey & Mullan, 2008). Door in te grijpen op de onderliggende structuren, zoals opvattingen, waarden of doelen, die van invloed zijn op hoe een knelpunt ervaren en beoordeeld wordt, is te verwachten dat MOL toepasbaar is bij alle zeven knelpunten die promovendi kunnen ervaren, zodat negatieve beoordelingen, gedachten, emoties en gedrag, en de ervaren stress die daarmee gepaard gaat, kunnen worden verminderd.

- **Relaxatietraining**

Relaxatietrainingen bestaan uit fysieke of mentale ontspanningsoefeningen met als doel het beter kunnen omgaan met stressvolle gebeurtenissen en is een vorm van gedragstherapie (Bakker et al., 2013; Smeets et al., 2009). Naast de lichamelijke voordelen kan relaxatietraining de feitelijke of vermeende controle over de stressreactie vergroten. Dit is een belangrijk effect aangezien de perceptie van controleverlies gevoelens van stress kan veroorzaken (Morrison & Bennett, 2011). Daarbij is het gevoel controle te hebben over de situatie een van de componenten van de subjectieve competentie (Tafarodi & Swann, 1995). Ontspanningsoefeningen richten zich met name op (combinaties van) registeren van spanning in het dagelijks leven, meditatie, ademhalingsoefeningen en oefeningen voor spierontspanning (Bakker et al., 2013; Morrison & Bennett, 2011). Deze interventie wordt aanbevolen in de arbeids- en gezondheidspsychologie en is effectief bewezen bij het ervaren van werkdruk (Schaufeli & Bakker, 2007; Bakker et al., 2013). Bovendien werden tevens de werkomstandigheden positiever waargenomen na het volgen van relaxatietraining. Zo hadden werknemers het gevoel meer invloed te hebben op het werk, minder werkdruk te ervaren en meer sociale ondersteuning te ontvangen (Schaufeli & Bakker, 2007). Uit bovenstaande valt op te maken dat deze interventie kan worden ingezet bij knelpunten gerelateerd aan werkdruk, sociale steun en de subjectieve competentie.

- **Assertiviteitstraining**

Assertiviteitstrainingen zijn gericht op het veranderen van het zelfbeeld, het verbeteren van de assertiviteit en het duidelijk uiten van de individuele stemming en gedachten en het versterken van het zelfvertrouwen (Alberti & Emmons, 2001). Tijdens de training wordt er aandacht besteed aan verschillende gedragingen, namelijk een verzoek doen, weigeren, de eigen mening uiten, kritiek geven, reageren op kritiek, en voor jezelf opkomen (Lin et al, 2004; Smeets et al., 2009). Deze gedragingen worden aangeleerd dan wel versterkt door middel van zowel cognitieve als gedragsmatige technieken (Lin et al., 2004). De effecten van assertiviteitstrainingen zijn onder andere een verbetering van de assertiviteit, het zelfvertrouwen, interpersoonlijke interacties, communicatievaardigheden en een vermindering van sociale angst (Lin et al, 2004).
Het zelfvertrouwen hangt nauw samen met de subjectieve competentie (Tafarodi & Swann, 1995). Daarnaast kan het verbeteren van de interpersoonlijke interacties en het verminderen van sociale angst een positieve invloed hebben op de sociale steun, doordat contacten gemakkelijker aangegaan en onderhouden kunnen worden. Bovendien kunnen problemen met begeleiders of collega's beter het hoofd worden geboden wanneer de persoon beter voor zichzelf kan opkomen. Indien iemand beter voor zichzelf opkomt valt te verwachten dat hij of zij ook gemakkelijker zijn grenzen aangeeft wat betreft de hoeveelheid taken op het werk, waardoor een hoge werkdruk kan worden voorkomen of verminderd. Dit betekent dat deze interventie ingezet kan worden bij knelpunten met betrekking tot een hoge werkdruk, sociale steun, de begeleiding en de subjectieve competentie.

Mindfulness
Mindfulness is bedoeld om een bepaalde mentale staat van bewustwording te verkrijgen door middel van meditatie-oefeningen (Eberth & Sedlmeier, 2012). Het verwijst naar de zelfregulatie van aandacht en bewustwording van directe ervaringen en het aannemen van een houding van openheid, nieuwsgierigheid en acceptatie ten opzichte van deze ervaringen (Eberth & Sedlmeier, 2012). Door het ontwikkelen van een houding waarin nauwkeurig wordt waargenomen zonder te reageren en te oordelen, wordt er ruimte gecreëerd voor acceptatie. Bij Mindfulness is de aandacht gericht op de ervaringen in het 'hier en nu' en op het herkennen van mentale gebeurtenissen (MBCT Trainingen, z.d.) Mindfulness verhoogt het bewustzijn en verbetert de aandacht. Ook zorgt het voor een vermindering van angstklachten, negatieve emoties en een verbetering van het welzijn (Eberth & Sedlmeier, 2012). Het ontwikkelen van acceptatie en een open houding is mogelijk ten opzichte van alle zeven knelpunten. Door de situatie of het knelpunt te accepteren en er voor open te staan, kan er ruimte en rust worden gecreëerd, waardoor gevoelens van stress worden verminderd. Hieruit valt op te maken dat deze interventie toepasbaar is bij alle zeven knelpunten. Bovendien kan het verbeteren van de aandacht een gunstig effect hebben op de promotiewerkzaamheden.

Op mindfulness-gebaseerde interventies
Naast mindfulness als opzichzelfstaande methode, zijn er tevens mindfulness-gebaseerde interventies waarbij mindfulness gecombineerd wordt met andere interventies, zoals CGT en psycho-educatie, waarbij voorlichting en advies wordt gegeven over het probleem, de oorzaken, symptomen en de behandelmogelijkheden (Eberth & Sedlmeier, 2012; Smeets et al., 2009). Zo bestaat er mindfulness-based-stress reduction (MBSR) voor het verminderen van stressklachten, mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) voor het verlichten van depressie (Eberth & Sedlmeier, 2012) en Acceptance and Commitment Therapy (ACT), waarbij mensen zich leren te richten op zaken die direct te beïnvloeden zijn zoals het gedrag, in plaats van controle proberen te krijgen over zaken die niet direct beïnvloedbaar zijn, zoals emoties en gedachten (CCGT, z.d.). Mindfulness-gebaseerde interventies worden toegepast om het lijden van personen met fysieke, psychosomatische en psychische stoornissen te verminderen, maar zijn ook bedoeld voor gezonde personen die beter willen leren omgaan met stressvolle levensgebeurtenissen (Hersencentrum, 2017; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004). Zoals eerder werd beschreven zijn zowel mindfulness als CGT toepasbaar op alle zeven knelpunten. Aangezien de op mindfulness-gebaseerde interventies bestaan uit een combinatie van mindfulness en CGT zullen ook deze interventies toepasbaar zijn op alle zeven knelpunten.

Compassion-focused Therapy (CFT)
CFT is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met veel zelfkritiek en gevoelens van schaamte, en die moeite hebben met het aannemen van een liefdevolle en zorgende houding ten opzichte van zichzelf (Gilbert, 2010). Ook al lukt het de cliënt tijdens een therapie de gedachten aan te passen en nieuw gedrag aan te leren, kunnen de gevoelens negatief blijven (Gilbert, 2010). Gevoelens van zelfkritiek, schaamte en schuld, kunnen het effect van een therapie doen verminderen (Leaviss & Uttley, 2015). Met behulp van CFT leren mensen zich anders over gebeurtenissen te voelen door het ontwikkelen van compassievolle, acceptatiegerichte houding te opzichte van zichzelf en anderen (Gilbert, 2009). Uit onderzoek komst naar voren dat CFT tot een vermindering van angst, depressie en vermijding zorgt (Leaviss & Uttley, 2015). Gevoelens van schaamte, schuld en zelfkritiek, kunnen optreden bij het ervaren van alle zeven knelpunten. Het bijvoorbeeld niet kunnen dragen van een hoge werkdruk, het ervaren van gevoelens van incompetentie, of een gebrek aan sociale steun, kunnen resulteren in gevoelens van schaamte, zelfkritiek en schuld. Ook kunnen gevoelens van schuld en zelfkritiek ervaren worden doordat er veel tijd in het promotietraject wordt gestoken waardoor er weinig tijd en energie overblijft voor de partner en/of het gezin.

Running Therapy
Running therapy is het inzetten van hardlopen voor het verbeteren van de psychische gezondheid onder begeleiding van een runningtherapeut. Het verschil met hardlopen in het algemeen is dat running therapy gericht is op het proces en niet op prestatie, waardoor de training meer ontspanning biedt. Running therapy kan bij verschillende klachten worden ingezet, waaronder depressieve, stress-, angst- en burnoutklachten (Run your Mind, z.d.). Naast dat runningtherapie kan worden ingezet bij de behandeling van mensen met psychische gezondheidsklachten, kan running therapy ook worden gebruikt ter voorkoming van psychische klachten door bijvoorbeeld de balans tussen arbeid en rust te verbeteren (runningtherapie.nl, z.d.).

Aerobe lichaamsbeweging, zoals hardlopen en wandelen, werkt goed op de psychische gezondheid. Een toename van lichaamsbeweging zorgt voor een vermindering van stress, burn-outklachten en depressieve klachten (Gerber et al., 2013; De Vries, 2017). Lichaamsbeweging kan hiermee als buffer worden gezien tegen stress en bijdragen aan het voorkomen van het ontwikkelen van depressieve klachten of burn-out (Gerber et al., 2013). Uit onderzoek van De Vries (2017) blijkt dat running therapy een gunstig effect heeft op de concentratie en de cognitieve prestaties. Bovendien vermindert running therapy gevoelens van vermoeidheid en verbetert deze interventie het slapen (De Vries, 2017). Deze interventie is inzetbaar bij het verminderen of voorkomen van de negatieve effecten van alle zeven knelpunten op de psychische gezondheid, zoals stress, depressie en burn-out.

2.4.2 Interventies gericht op het praktisch functioneren

Coaching
Binnen de arbeids- en gezondheidspsychologie neemt coaching een belangrijke plaats in (Schaufeli & Bakker, 2007), en kan worden ingezet als middel tegen werkdruk en werkstress. Coachen is iemand van een huidige (ongewenste) situatie naar een gewenste situatie brengen op grond van door de betreffende persoon gemaakte keuzen (David & van Pelt, 2010).Dit doet een coach door middel van het bevorderen van de zelfstandigheid en de ontwikkeling van de cliënt, en het stimuleren van diens initiatief en verantwoordelijkheid (David & van Pelt, 2010). De nadruk ligt op het vergroten van de persoonlijke effectiviteit van het individu door diens werkgerelateerde kennis, vaardigheden en inzichten te vergroten (Schaufeli & Bakker, 2007). Het kan hier zowel technisch-inhoudelijke kennis en/of vaardigheden als interpersoonlijke kennis en/of vaardigheden betreffen (Schaufeli & Bakker, 2007). Naast problemen in de werksituatie kan de coach ook problemen op andere levensgebieden van de cliënt behandelen (Schaufeli & Bakker, 2007). Zo kan de persoonlijke opstelling verband houden met problemen in het werk. Burn-out staat bijvoorbeeld in verband met werkdruk, maar de beleving van werkdruk staat weer in verband met iemands persoonlijke instelling (Schaufeli & Bakker, 2007). Met behulp van coaching kunnen kennis en vaardigheden die van belang zijn voor het effectief doorlopen van het promotietraject worden verbeterd. Het verbeteren van kennis en vaardigheden wat betreft de taakeisen, kan een positieve invloed hebben op de ervaren werkdruk en de subjectieve competentie. Immers, met behulp van de opgedane en/of verbeterde vaardigheden kan de persoon beter aan de taakeisen voldoen en zal zich zekerder voelen over zijn eigen kunnen. Bovendien kunnen de interpersoonlijke kennis en vaardigheden worden verbeterd, wat een positief effect kan hebben op de sociale steun.

Timemanagementtraining
Timemanagement is een verzamelnaam voor vaardigheden om effectief en efficiënt te werken (Kirkels, 2016). Vaardigheden van timemanagement zijn onder andere het stellen van prioriteiten, het overzicht houden van werkzaamheden, het plannen van taken, ‘nee’ durven zeggen op een professionele manier en het stellen en behalen van doelen (Green & Skinner, 2005; Kirkels, 2016). Uit onderzoek blijkt dat timemanagementgedragingen, namelijk het stellen van doelen en prioriteiten, plannen en het maken van tijdschema’s, waargenomen controle over tijd en een voorkeur voor organisatie, samenhangen met het ervaren van minder stress, minder rolonduidelijkheid, minder roloverbelasting, meer werktevredenheid en tevredenheid van leven, en betere zelf-beoordeelde prestaties (Macan, Shahani, Dipboye, & Phillips, 1990). Een verbetering van de zelf-beoordeelde prestaties zijn te koppelen aan een betere subjectieve competentie. Uit een onderzoek van Green en Skinner (2005) naar de effectiviteit van timemanagementtrainingen, blijkt dat veel personen verbetering vertoonden in plannen, prioriteren en assertiviteit, en minder stress ervoeren na het volgen van een timemanagementtraining. Een effectieve timemanagementtraining zou onder andere de werk-privébalans verbeteren en de werkdruk doen verlagen (Green & Skinner, 2005). Uit bovenstaande blijkt dat deze interventie kan worden toegepast bij knelpunten gerelateerd aan een hoge werkdruk, de subjectieve competentie en de werk-privébalans.

Loopbaanbegeleiding
Loopbegeleiding is het begeleiden van personen in hun loopbaan met een hulpvraag, bij knelpunten, of bij koersbepaling op het werk of in de carrière (Agterhof, z.d.). Loopbegeleiding kan verschillende doelen hebben, zoals het verhelderen van iemands kwaliteiten, het doen van een beroeps- of studiekeuzetest, het uitstippelen van de volgende carrièrestap, het opstellen van een curriculum vitae (cv), begeleiding bij knelpunten, zoals ontslag, re-integratie, stress, burn-out, of conflicten met collega’s en/of leidinggevenden (Agterhof, z.d.). Uit een onderzoek uit Canada blijkt dat 70 % van de voormalig promovendi loopbaanbegeleiding had willen krijgen tijdens het promotietraject (Akerlind,

2005). Zoals reeds bekend is uit de literatuur, vindt een aanzienlijk deel van de promovendi geen baan binnen de academische wereld na het afronden van het promotietraject. Met behulp van loopbaanbegeleiding kunnen de carrièremogelijkheden buiten de academische wereld in kaart worden gebracht, bijvoorbeeld middels een beroepstest en/of het uitzoeken van de kwaliteiten van het individu. Ook kunnen de ontwikkelingspunten aan het licht gebracht worden, zodat de persoon in kwestie deze kan verbeteren. Het uitzoeken van de kwaliteiten en ontwikkelingspunten kan echter ook nuttig zijn voor de carrièremogelijkheden binnen de academische wereld. Daarnaast zou hulp geboden kunnen worden bij het opstellen van een cv wat voor zowel een carrière binnen als buiten de wetenschap van belang is.

2.5 Interventies vanuit de UvA

Bureau Studentenpsychologen biedt promovendi gratis kortdurende hulp bij psychische problemen die het promoveren of leven als promovendus in de weg staan (UvA, 2017). Na een intakegesprek wordt er gekeken naar de best passende hulp. Dat kunnen individuele gesprekken zijn met een psycholoog of deelname aan een van de groepstrainingen. Alle interventies zijn op reguliere basis en er worden geen online interventies of blended care aangeboden. Hieronder worden de interventies die worden aangeboden door de UvA beschreven

2.5.1 Rationele Emotieve Therapie
RET wordt gratis op reguliere basis aangeboden door de studentenpsychologen op individueel niveau met een maximum van vijf sessies. Kan gecombineerd worden met Method of levels of met mindfulness gebaseerde interventies.

2.5.2 Methods of levels
Method of levels wordt gratis op reguliere basis aangeboden door de studentenpsychologen op individueel niveau met een maximum van vijf sessies. Kan gecombineerd worden met RET of met mindfulness gebaseerde interventies

2.5.3 Op mindfulness en CGT gebaseerde interventies
De studentenpsychologen bieden gratis, op reguliere basis en op individueel niveau MBCT, MBSR en ACT aan met een maximum van vijf sessies. Deze interventies kunnen met elkaar gecombineerd worden of met RET en Method of levels. Naast deze interventies zijn er tevens twee groepstrainingen zowel waarin mindfulness als CGT in zijn verwerkt, namelijk Compassionate Intervision and stressrelief en Reducing stress with compassionate mindtraining

2.5.4 Compassionate Intervision and Stressrelief
Deze gratis Engelstalige interventie is speciaal gericht op het voorkomen dan wel verminderen van de negatieve effecten van stress bij promovendi. Het betreft een reguliere groepstraining op inloopbasis die elke laatste dinsdag van de maand plaatsvindt. Tijdens de sessies wordt er gebruikgemaakt van mindfulness om kalmte en rust te creëren en Compassion focused therapy. Bovendien is er tijd om moeilijke situaties van het werk te delen en elkaar te steunen. Op deze wijze zou er tevens een ondersteunende cultuur onder promovendi kunnen ontstaan (UvA, 2017).

2.5.6 Reducing Stress with Compassionate Mind Training
Deze gratis Engelstalige interventie bestaat uit vijf sessies en is gericht op promovendi. Het betreft een wekelijkse reguliere groepstraining (maximaal 15 personen) van vijf sessies, waarbij promovendi geholpen worden bij het onderzoeken van de aard van stress en het herkennen van wanneer de persoon vastraakt in stress. Deze training gebruikt onder andere technieken uit de cognitieve gedragstherapie, mindfulness en Compassion focused therapy (UvA, 2017).

2.5.7 Loopbaanontwikkeling
De UvA biedt loopbaanprogramma's aan voor zowel werknemers als studenten (Central PhD Council, 2018). Promovendi met een werknemerscontract kunnen terecht bij ProActief UvA voor carrière-advies door middel van gesprekken met een adviseur en/ of het afnemen van carrièretests. Het Student Career Center biedt workshops, trainingen en individuele begeleiding van carrièreadviseurs aan, aan zowel studenten als promovendi. Bovendien biedt de Faculteit der Natuurwetenschappen, Wiskunde en Informatica carrièrediensten aan voor wetenschappelijk personeel zonder vast dienstverband. Al het tijdelijk wetenschappelijk personeel kan met loopbaanvragen terecht bij deze dienst voor adviezen en ondersteuning bij het verder vormgeven van hun loopbaan.

Methoden van onderzoek

3.1 Onderzoeksmethoden

Om de deelvragen te beantwoorden werd gebruik gemaakt van de meest passende onderzoeksmethode. Per deelvraag wordt deze methode beschreven.

Deelvragen 1 en 2:

1. Wat zijn volgens de literatuur de belangrijkste knelpunten verbonden aan het promotietraject die kunnen leiden tot psychische gezondheidsproblematiek bij promovendi?

2. Welke interventies voor het voorkomen of verminderen van psychische gezondheidsproblematiek sluiten volgens de literatuur aan op de belangrijkste knelpunten?

zijn beantwoord met behulp van literatuuronderzoek. Het doel van het literatuuronderzoek was het verkrijgen van een overzicht van de mogelijke risicofactoren van psychische klachten bij promovendi en de interventiemogelijkheden om deze problemen aan te pakken. Reeds bekend uit eerder onderzoek was dat een substantieel deel van de promovendi lijdt aan depressieve en/of burn-outklachten en welke mogelijke knelpunten deze klachten kunnen veroorzaken of in stand houden. Minder bekend was welke interventies goed aansluiten op de problemen die promovendi tijdens het promotietraject kunnen ervaren.
De knelpunten werden in kaart gebracht middels wetenschappelijke artikelen en onderzoeksrapporten die online werden gezocht met behulp van ‘Google Scholar’. Gebruikte zoektermen betroffen ‘mental health’, ‘PhD-students’, ‘burnout’, depression, ‘mental health problems’ en ‘psychological health problems’. Deze zoektermen werden tevens in het Nederlands ingevoerd. Inclusiecriteria voor de literatuur waren dat deze afkomstig was ofwel uit wetenschappelijke vakbladen, ofwel uit rapporten van universiteiten. Omdat de vragenlijst voor het praktijkonderzoek aan een bepaalde omvang moest voldoen, was het noodzakelijk een selectie van knelpunten te maken met behulp van inclusiecriteria. Dit waren: 1) dat er onderzoek gedaan was naar een verband tussen het construct en psychische gezondheid; 2) dat het construct in meer dan één artikel werd genoemd; 3) dat het construct tevens in nationale literatuur onderzocht werd als risicofactor voor psychische gezondheidsklachten, 4) dat er reeds (gevalideerde) vragenlijsten bestonden voor het meten van de constructen, Er werden zeven knelpunten geselecteerd als basis voor dit onderzoek. Ten slotte werd er naar inhoudelijke informatie gezocht over de gevonden knelpunten, namelijk ‘werk-privébalans’, ‘werkdruk’, ‘prestatiedruk’, ‘sociale steun’, ‘begeleiding’, ‘carrièreperspectief’ en ‘subjectieve competentie’.
In een tweede fase werden mogelijke interventies gerelateerd aan knelpunten en de hieruit voortkomende psychische problematiek in kaart gebracht met behulp van wetenschappelijke artikelen, onderzoeksrapporten, vakliteratuur en boeken. Gebruikte zoektermen betroffen ‘interventions’, ‘therapy’, ‘treatment’, ‘workload’, ‘social support’, ‘self-efficacy’, ‘career perspective’, work-home-interference’, en ‘supervision PhD’. De zoektermen werden tevens in het Nederlands ingevoerd. Per knelpunt werd gezocht naar mogelijke passende interventies door in de literatuur na te gaan of de interventie kon worden ingezet bij het omgaan met het knelpunt. Ook werd nagegaan of de interventies aansloten op de bij promovendi veelvoorkomende psychische gezondheidsklachten, zoals burn-outklachten en depressieve klachten. Inclusiecriteria voor de geselecteerde interventies waren dat deze evidence based waren en dat de gebruikte literatuur afkomstig was uit wetenschappelijke vakbladen of psychologieboeken.

Deelvraag 3

3. Welke interventies die promovendi kunnen ondersteunen bij het omgaan met de belangrijkste knelpunten worden door de UvA aangeboden?

is beantwoord met behulp van een deskresearch. Deskresearch is het zoeken van feitelijke gegevens en bestaande onderzoeksdata (Scribbr, 2017). Er is voor deskresearch gekozen om het interventieaanbod van de UvA gedurende academiejaar 2017-2018 te vergelijken met de uitkomsten van deelvraag 2. Gebruikte bronnen zijn de website van de UvA en e-mailcontact met de studentenpsychologen van de UvA. Het doel van het e-mailcontact was het vergaren van informatie

over de werkwijze en toegepaste interventies tijdens de individuele gesprekken en de groepstrainingen die vermeld staan op de website van de studentenpsychologen. Hieruit kwamen zowel interventies naar voren die overeenkwamen met de uitkomsten van deelvraag 2, als interventies die nog niet in kaart waren gebracht met behulp van het literatuuronderzoek. Enkel die interventies die werden beschreven in het e-mailcontact en die niet eerder werden gevonden in de literatuur waren onderwerp van verdere discussie over de inhoud van deze interventies. Ten slotte zijn zowel de interventies uit het literatuuronderzoek als de interventies van de studentenpsychologen opgenomen in het interventieoverzicht in Hoofdstuk 2.

Deelvragen 4 en 5

4. Welke knelpunten ervaren promovendi aan de UvA tijdens het promotietraject?

5. Aan welke interventies geven promovendi aan de UvA de voorkeur bij het omgaan met de knelpunten die zij ervaren tijdens het promotietraject?

zijn beantwoord met behulp van een online vragenlijst (zie bijlagen VI en VII) die zowel in het Nederlands als in het Engels werd opgesteld. Een deel van de vragenlijst hoefde echter niet vertaald te worden, omdat verschillende instrumenten beschikbaar waren in beide talen. Er is gekozen voor het gebruik van een vragenlijst, omdat met deze methode een groot aantal respondenten bereikt kan worden in relatief weinig tijd en tegen lage kosten (Brinkman & Oldenhuis, 2014). De vragenlijst werd opgebouwd in de online tool “Qualtrics” en middels een anonieme link verstuurd. In de vragenlijst werden zes knelpunten, de tien interventies en de interventievormen uit het literatuuronderzoek verwerkt. De vragenlijst voor dit onderzoek maakt deel uit van een grotere vragenlijst in het kader van ander onderzoek, uitgevoerd in opdracht van Bureau Studentenartsen. In die hoedanigheid werd een vragenlijst van in totaal 193 items, met 14 constructen en een afnameduur van ongeveer 40 minuten aangeboden aan de respondenten. De vragenlijst werd op drie verschillende manieren verspreid, namelijk 1) middels het gebruik van emailadressen die werden geworven door de Centrale Promovendiraad voor dit onderzoek; 2) middels een link naar de vragenlijst in de digitale nieuwsbrief van de Centrale Promovendiraad; en 3) met behulp van de PhD-adviseur van het Academisch Medisch Centrum (AMC), die promovendi per mail uitnodigde de vragenlijst in te vullen.
Nadat de vragenlijst de eerste keer was uitgestuurd, werden er na twee weken reminders verstuurd. Omdat uit de literatuur bleek dat vrouwelijke promovendi een hogere werkdruk ervaren dan mannelijke promovendi, en dat internationale promovendi minder sociale steun ervaren dan nationale promovendi, werden bij deelvraag vier nog twee hypotheses geformuleerd, namelijk 1) Vrouwelijke promovendi aan de UvA ervaren een hogere werkdruk dan mannen, en; 2) Internationale promovendi aan de UvA ervaren minder sociale steun dan nationale promovendi. Beide hypotheses werden getoetst middels een t-test. Ten slotte werd in de literatuur gevonden dat verschillende knelpunten met elkaar samenhangen en werd via een correlatieanalyse nagegaan in welke mate de ervaren knelpunten van respondenten samenhangen.

3.2 Steekproef en onderzoekspopulatie

Aan de UvA zijn er om en nabij de 3100 promovendi verbonden. De vragenlijst werd deels ingevuld door 568 respondenten en volledig ingevuld door 427 respondenten (respons 13.8%) met een gemiddelde leeftijd van 29 jaar. Hiervan was 29% man en 71 % vrouw. Het grootste deel was afkomstig uit Nederland (77%), was verbonden aan de Faculteit der Geneeskunde (76%), met een werknemerscontract (66%), en bevond zich in het eerste jaar (25%) van het promotietraject. Zie tabel 4 voor de overige demografische gegevens. Het grote aandeel respondenten van de Faculteit Geneeskunde is te verklaren doordat ongeveer de helft van het totale aantal promovendi van de UvA aan deze faculteit verbonden is. Bovendien was de respons hoger dan bij de andere faculteiten, doordat deze groep persoonlijk per e-mail werd uitgenodigd om deel te nemen aan de vragenlijst, terwijl de promovendi van overige faculteiten de link in de online nieuwsbrief konden terugvinden. De verschillende manieren van benaderen, kwam doordat de Faculteit Geneeskunde als enige wordt vertegenwoordigd door een andere promovendiraad.

Tabel 4: Demografische gegevens

Faculteit der Tandheelkunde: 1.47% der Rechtsgeleerdheid: 0.73% der Natuurwetenschappen, Wiskunde en Informatica: 7.34% der Maatschappij- en Gedragswetenschappen: 6.24% der Geesteswetenschappen: 3.30% der Economie en Bedrijfskunde: 1.10% Anders: 2.57%
Contract Bursaal contract: 6.42% Buitenpromovendus: 13.58% Anders: 14.50%
Fase promotietraject Tweede jaar: 24.59% Derde jaar: 22.39% Vierde jaar: 18.90% Anders: 9.17%

3.3 Opbouw van de vragenlijst

De vragenlijst die het voorwerp was van dit onderzoek meet de volgende constructen: werk-privéinterferentie (12 items), werkdruk (5 items), sociale steun (6 items), begeleiding (45 items), carrièreperspectief (4 items), subjectieve competentie (8 items), en interventiebehoeften (20 items). Deze constructen werden gekozen om de resultaten van deelvragen 1, 2 en 3 te toetsen aan de praktijk. Er werd besloten geen aparte schaal voor prestatiedruk op te nemen in de vragenlijst omdat prestatiedruk net als werkdruk wordt bepaald door de taakeisen van het werk (Sofokles, 2018). Op deze manier werd tevens voldaan aan de omvanglimiet van de vragenlijst. In wat volgt wordt dieper ingegaan op de constructen en de subschalen die hiervoor werden gebruikt.

3.3.1 Werk-privébalans

De werk-privébalans werd gemeten met behulp van de 'Survey Work-home Interaction Nijmegen' (The SWING) van Geurts et al., 2005). De twee schalen die zijn bevraagd zijn:

1. 'Werk-thuisinterferentie' (8 items): meet de mate waarin iemand thuis of in het privéleven minder goed functioneert ten gevolge van het werk. Bijvoorbeeld: "Hoe vaak komt het voor dat je thuis prikkelbaar bent, omdat je werk veeleisend is?"; Chronbach's alpha .89 voor n = 518.
2. 'Thuis-werkinterferentie' (4 items): meet de mate waarin iemand op het werk minder goed functioneert ten gevolge van de thuissituatie. Bijvoorbeeld: "Hoe vaak komt het voor dat je prestaties op het werk verminderen door problemen met je partner/familie/vrienden?"; Chronbach's alpha .70 voor n = 518.

Respondenten konden aangeven hoeverre de items op hun van toepassing waren op een schaal van 0 (bijna) nooit tot 3 (bijna) altijd.

3.3.2 Werkdruk

Omdat werkdruk primair bepaald wordt door de werklast of taakeisen, werd dit construct gemeten met behulp van de schaal 'Psychologische eisen' (5 items) uit de 'Demand Control Support Questionnaire' (DCSQ) van Sanne, Torp, Mykletum, & Dahl (2005). Deze schaal bestaat uit 5 items en meet de taakeisen, zoals de hoeveelheid werk die iemand moet verrichten, het werktempo, en de mate van concentratie en inspanning. Bijvoorbeeld: "Vraagt je werk overmatige inspanning?"; Chronbach's alpha .69 voor n = 505.

Respondenten konden aangeven in welke mate de items op hen van toepassing waren op een schaal van 1 (Zelden) tot 4 (Vaak).

3.3.3 Sociale steun

De sociale ondersteuning werd onderzocht met behulp van de subschaal 'Sociale steun' uit de Demand Control Support Questionnaire (DCSQ) van Sanne, Torp, Mykletum, & Dahl (2005). De

schaal ‘Sociale steun’ (6 items) meet de onderlinge verhoudingen op de werkvloer, de werksfeer in het algemeen en de mate van steun en begrip van collega’s en leidinggevenden. Bijvoorbeeld: “Mijn collega’s steunen mij.”; Chronbach’s alpha .86 voor n = 505. Respondenten konden aangeven in welke mate zij het eens waren met de items op een schaal van 1 (Oneens) tot 4 (Mee eens).

3.3.4 Begeleiding

Om de wijze van begeleiding door de promotor in kaart te brengen werd gebruikt gemaakt van de ‘Vragenlijst Transformationeel Leiderschap’ van Almino-Metcalfe & Alban-Metcalfe (2001).
Deze vragenlijst peilt de mate waarin een promotor een transformationele leiderschapsstijl hanteert en daarmee de ontwikkeling van promovendi stimuleert. Uit eerder onderzoek blijkt dat transformationeel leiderschap effectief is (Steensma, 2011) en dat een dergelijke stijl van leidinggeven aandacht heeft voor het inspireren, stimuleren en de persoonlijke behoeften en wensen van anderen (Steensma, 2011). Indien een begeleider een grote mate van transformationeel leiderschapsstijl hanteert, vergroot dit de kans dat hij of zij voldoet aan de aspecten die volgens de literatuur van belang zijn voor een goede begeleiding. De vijf schalen die werden bevraagd zijn:

1. ‘Zorg’ (13 items): meet de zorg voor het welzijn en de ontwikkeling van anderen, de waardering van bijdragen van anderen, het vertrouwen in de kwaliteiten van anderen, en de mate van coachen. Bijvoorbeeld: “Staat open voor mijn wensen en ambities”; Cronbach’s alpha .96 voor n= 449.
2. ‘Zelfbeschikking’ (6 items) meet de mate van delegeren en het werken aan de zelfbeschikking van anderen. Bijvoorbeeld: “Moedigt me aan om me verder te ontwikkelen door meer verantwoordelijkheid op mij te nemen”; Chronbach’s alpha .89 voor n= 449
3. ‘Openheid’ (9 items) meet de integriteit, het openstaan voor ideeën en advies van anderen, en het betrekken van anderen in het nemen van beslissingen. Bijvoorbeeld “Is bereid om zijn/ haar ideeën aan te passen na het luisteren naar mijn standpunt of naar dat van anderen”; Chronbach’s alpha .91 voor n= 449.
4. ‘Aanmoediging’ (8 items) meet in welke mate van aanmoediging van anderen in het kritisch en strategisch denken. Bijvoorbeeld: “Geeft heldere gedefinieerde normen of criteria aan die ik moet bereiken”; Chronbach’s alpha .90 voor n= 449.
5. ‘Steun’ (9 items) meet de mate van het creëren van een ondersteunende leer- en ontwikkelingsomgeving en het bieden van ondersteuning. Bijvoorbeeld: “Maakt het me gemakkelijk om mijn fouten toe te geven”; Chronbach’s alpha .91 voor n= 449.

Aangezien promovendi meestal meer dan één promotor hebben, werd hen gevraagd het gemiddelde gevoel aan te geven per item op een schaal van 1 (Zeer oneens) tot 6 (Zeer mee eens).

3.3.5 Carrièreperspectief

Om het carrièreperspectief in kaart te brengen, zijn de vier items gebruikt uit het onderzoek van Levecque et al. (2017) gebruikt, aangezien er geen geschikte gevalideerde vragenlijst werd gevonden voor dit construct. De items uit het onderzoek van Levecque et al. (2017) zijn specifiek gericht op het carrièreperspectief van promovendi. De analyses werden op dezelfde wijze uitgevoerd als uit het onderzoek van Levecque et al. (2017).
Allereerst werd respondenten gevraagd of zij een kleine of grote interesse hadden om in de toekomst aan de universiteit te werken, ten tweede werd gevraagd of zij hun kansen klein of groot inschatten wat betreft een baan in de academische wereld (n=448). De antwoordmogelijkheden waren respectievelijk: 1. niet zo groot, 2. behoorlijk groot, en 1. klein, 2. groot. De uitkomstpercentages werden berekend. Vervolgens konden zij op een schaal van 1 (Sterk oneens) tot 5 (Sterk mee eens), aangeven in welke mate zij het eens waren met 1) een doctoraat voldoende voorbereiding geeft op een carrière buiten de academische wereld, en 2) een doctoraat van toegevoegde waarde kan zijn voor toekomstige werkgevers buiten de academische wereld (n=448). Deze twee items vormden een schaal waarvan de gemiddelde score werd berekend. Met deze schaal werden de subjectieve carrièrekansen buiten de academische wereld getoetst.

3.3.6 Subjectieve competentie

De subjectieve competentie werd gemeten met behulp van ‘the New General Self-Efficacy Scale’ (8 items) van Chen, Gully, & Eden (2001). Dit instrument meet de algemene subjectieve competentie van het individu. Bijvoorbeeld: “Ik ben in staat vele uitdagingen succesvol te volbrengen.”; Chronbach’s alpha .91 voor n = 438. Er werd gekozen voor dit instrument, omdat deze het minste aantal items bevat in vergelijking met andere instrumenten die hetzelfde construct meten. Bovendien peilt het instrument de algemene subjectieve competentie, waardoor items gemakkelijker te vertalen zijn naar de situatie van promovendi, dan bij een instrument dat de subjectieve competentie meet op

een specifiek gebied. Respondenten konden aangeven in welke mate zij het eens waren met de items op een schaal van 1 (Sterk oneens) tot 5 (Sterk mee eens).

3.3.7 Interventiebehoeften

De interventiebehoeften werden op verschillende manieren onderzocht. Ten eerste werden de interventies RET, MOL, relaxatietraining, assertiviteitstraining, mindfulness, CFT, Running therapy, coaching, timemanagement en loopbaanbegeleiding beschreven met tekst en uitleg. De op mindfulness-gebaseerde interventies werden niet opgenomen in de vragenlijst, omdat deze bestaan uit een combinatie van mindfulness en op CGT-gebaseerde interventies die wel werden opgenomen in de vragenlijst. Deze keuze werd gemaakt om de lengte van de vragenlijst te beperken om zo aan de omvanglimiet te voldoen. Per interventie werden telkens twee stellingen geformuleerd, namelijk 1) “[Naam interventie]” zou een zinvolle interventie voor mij kunnen zijn”, en 2). “Ik zou deze interventie willen volgen”. Deze stellingen konden respondenten beantwoorden op een schaal van 1. (Sterk oneens) tot 5. (Sterk mee eens). De gemiddelde scores werden per item en per interventie berekend. Met de resultaten werd vervolgens een ranking gemaakt van de mate waarin men de interventies zinvol leek en de mate waarin men de interventies zou willen volgen.
Ten tweede werd respondenten middels een open vraag gevraagd om voor drie interventies aan te geven om welke mogelijke redenen zij deze zouden willen volgen. De antwoorden werden geturfd en berekend in percentages.
Ten derde werd respondenten gevraagd of hun algemene voorkeur uit zou gaan naar individuele of groepsinterventies. De antwoordpercentages werden berekend in Qualtrics.
Ten vierde werd een korte beschrijving gegeven van de betekenis van unguided online-interventies en konden respondenten aangeven in hoeverre zij het eens waren met de stelling een unguided online-interventie te willen volgen op een schaal van 1. (Sterk oneens) tot 5. (Sterk mee eens). Hetzelfde werd gedaan met betrekking tot blended care. De gemiddelde scores werden berekend. Vervolgens werd middels drie open vragen de motivatie voor het volgens van unguided online-interventies, blended care of face-to-face interventies in kaart gebracht. De antwoorden werden geturfd en berekend in percentages.
Ten slotte werd respondenten gevraagd of zij nog interventies aan de lijst konden toevoegen. De antwoorden werden geturfd en berekend in percentages. Met de resultaten werd een top-3 opgesteld.

3.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Voor een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid en validiteit, is er gekozen om, waar mogelijk, gebruik te maken van reeds bestaande gevalideerde vragenlijsten. Tevens werden belangrijke begrippen zoals, interventies, unguided online interventies en blended care, gedefinieerd (Brinkman & Oldenhuis, 2014). Ook werden de stappen in het onderzoeksproces nauwkeurig beschreven, zodat het onderzoek reproduceerbaar en controleerbaar is. Bovendien werd de vragenlijst door vier personen getest, zodat onduidelijkheden en technische mankementen zo veel mogelijk konden worden opgelost. Ten slotte is er aan het begin van de vragenlijst een filtervraag opgenomen, om de kans te vergroten dat de vragenlijst alleen werd ingevuld door de beoogde doelgroep

Resultaten

4.1 Knelpunten tijdens het promotietraject

Met behulp van SPSS werden per schaal de gemiddelde scores of somscores berekend. Omdat uit de literatuur naar voren kwam dat vrouwen een hogere werkdruk ervaren dan mannen, werd er een t-test uitgevoerd om te toetsen of er significante verschillen aantoonbaar waren tussen het ervaren van taakeisen en geslacht. Ook werd er een t-test gedaan om te toetsen of er een significant verschil was tussen internationale en nationale promovendi in het ervaren van sociale steun. Bovendien bleek uit de literatuur samenhang te bestaan tussen verschillende knelpunten. Om deze samenhang te toetsen werd er een correlatieanalyse uitgevoerd. Hieronder zullen de belangrijkste resultaten per knelpunt besproken worden. In bijlage VIII worden alle resultaten uit de analyses weergegeven.

4.1.1 Werk-privébalans

De werk-privébalans werd gemeten door de gemiddelde scores op de twee schalen van de 'SWING' te berekenen. De resultaten van de schaal 'Werk-thuisinterferentie' (n=518) waren: M = 1.03, SD = 0.64, min. = 0 en max. = 3. Op de schaal 'Thuis-werkinterferentie' (n=518) zagen de resultaten er als volgt uit: M = .32, SD= .15, min. = 0 en max. = 3.
Dit geeft aan dat respondenten aangeven dat hun promotiewerk soms interfereert met hun privéleven en dat zij bijna nooit last hebben van dat hun privéleven interfereert met hun promotiewerk.
Uit de vrije commentaren (n=338) die bij de interventiemogelijkheden konden worden ingevuld, maakten 4.2% van de respondenten opmerkingen over de werk-privébalans, waaronder het niet kunnen doen van gewenste activiteiten in de vrije tijd door het promotiewerk (0.6%), het mentaal niet kunnen loslaten van werk (0.6%), het maken van overuren en weekendwerk (0.3%), het hebben van problemen in de relatie (0.3%),en het moeite hebben met het combineren van werk en privé (0.3%)
Uit het onderzoek van Levecque et al. (2017) kwam naar voren dat werk-thuisinterferentie de belangrijkste voorspeller is voor psychische gezondheidsproblematiek. Thuis-werkinterferentie bleek een minder belangrijke voorspellende factor te zijn. Toch lag het gemiddelde van werk-thuisinterferentie op 2.02 (SD .85), min. 1 en max 5; en van thuiswerk was het gemiddelde 2.71 (SD 1.02), min. 1 en max. 5. Hoewel er verschillende instrumenten met verschillende antwoordschalen werden gebruikt, zijn de resultaten vergelijkbaar met die van Levecque et al. (2017). Opvallend is dat in het onderzoek van Leveqcue et al. (2017) vaker sprake lijkt te zijn van thuis-werkinterferentie dan van werk-thuisinterferentie, terwijl dat bij de respondenten van de UvA precies andersom is. Wellicht is dit verschil te verklaren door een verschil in demografische kenmerken, zoals het hebben van een gezin of partner. Indien het aantal kinderen in een gezin toeneemt, worden er vaker problemen ervaren in de werk-privébalans (Rovik et al., 2007). Aangezien deze gegevens in dit onderzoek ontbreken, kunnen er geen verdere uitspraken over worden gedaan.

4.1.2 Werkdruk

Om de werkdruk te meten werd de gemiddelde somscore berekend van de schaal 'Psychologische eisen' van de DCSQ (n=505). De resultaten zagen er als volgt uit: M = 11.76, SD = 2.90, min. = 5 en max.= 20. Dit betekent dat de respondenten regelmatig een hoge werkdruk ervaren.
Om na te gaan of er verschil was in het ervaren van werkdruk tussen mannen en vrouwen werd een t-test gedaan. Het ging om een niet-gebalanceerde opzet gezien de grote verschillen in aantallen tussen mannen (29%) en vrouwen (71%). Toch zijn de varianties gelijk in aantal wat betekent dat er bij de mannen een veel grotere spreiding was in de antwoorden. Uit de test blijkt dat er geen significant verschil is tussen mannen en vrouwen wat betreft de scores op psychological demands, t(503) = -1.146, p= >.05.
In de vrije commentaren (n=338) maakten 5.3% van de respondenten opmerkingen over de hoge werkdruk, waarbij 2.4% een hoge tijdsdruk ervoer, 0.9% naar het aantal taken verwees, 0.6 % het had over prestatiedruk en competitie, en 1.2% zei dat de werkdruk te hoog was, zonder uitleg waarom.
De scores lijken overeen te komen met die van Levecque et al. (2017), waarbij M = 2.12, SD = .45, min. = 1 en max. = 4. In het onderzoek van Appel & Dahlgren (2003) gaven de respondenten aan soms of vaak te veel werk te hebben. Hiervan ervoer 90% van de vrouwen en 75% van de mannen de werkdruk als te hoog. Dit werd weergegeven met de samenvattende zin "Feeling that the workload is too large". Beschrijvingen over de items, antwoordschalen en beschrijvende statistieken ontbraken, waardoor vergelijking niet mogelijk is. Daarnaast werd er in het onderzoek van Appel & Dahlgren (2003) een significant verschil gevonden in het ervaren van werkdruk tussen mannen en vrouwen. Dit

verschil kwam niet naar voren bij de respondenten van de UvA. In het onderzoek van Appel & Dahlgren (2003) bleek dat de huishoudelijke taakverdeling ongelijk verdeeld was onder mannen en vrouwen. Vrouwen hadden veel vaker de traditionele rol van verantwoordelijke voor het huishouden en verrichten meer huishoudelijke taken dan mannen. De werkdruk leek toe te nemen door interferentie vanuit het privédomein. Nu, vijftien jaar later, is dit verschil in huishoudelijke verantwoordelijkheid nog wel aanwezig, maar, mede door de emancipatie, minder dan voorheen. Mogelijk is er om deze reden geen significant verschil tussen het ervaren van werkdruk tussen mannen en vrouwen gevonden. Bovendien bleek het om een niet-gebalanceerde opzet te gaan, waardoor de resultaten van de t-test voorzichtig geïnterpreteerd dienen te worden.

4.1.3 Sociale steun

Om de sociale steun te meten werd de gemiddelde somscore berekend van de schaal 'Sociale steun' van de DCSQ (n=505). De resultaten waren: M = 20.20, SD = 3.63, min. = 6 en max. = 24.
Dit houdt in dat de respondenten het ermee eens zijn dat zij sociale steun ervaren op de werkvloer. Echter, de modus lag met 4 punten hoger op 24.00 wat de maximale score is op het ervaren van sociale steun met betrekking tot deze schaal. Uit de vrije commentaren (n=338) kwam naar voren dat 5,6% van de respondenten vond dat zij te veel tijd doorbrachten achter de computer. Uit de literatuur bleek dit een van de factoren te zijn die gevoelens van eenzaamheid kunnen bewerkstelligen. Ook was er één internationale respondent die aangaf dat er te weinig intermenselijk contact was in Nederland. Verder maakte 6.2% van de respondenten opmerkingen over de begeleiding die onder andere te maken hadden met gebrek aan steun.
Deze resultaten komen niet overeen met de verwachtingen. In de literatuur wordt eenzaamheid als een van de meest voorkomende knelpunten genoemd (Lelieveldt, 2013). Ook in het onderzoek van het CWTS (2017) gaf 60% van de respondenten aan te weinig sociale steun te ontvangen. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor deze verschillen. Ten eerste kan iemand wel het gevoel hebben dat er sociale steun is, maar hier geen gebruik van maken door de drukte van het promotiewerk. Zo kunnen er alsnog gevoelens van eenzaamheid ontstaan. Eenzaamheid is niet meegenomen in de vragenlijst, dus kunnen hier geen uitspraken over worden gedaan. Ten tweede onderzocht het CWTS slechts de sociale steun vanuit de begeleider, terwijl in dit onderzoek zowel de sociale steun van de begeleiding als van collega's werd onderzocht. Mogelijk ervaren promovendi aan de UvA meer steun van 'peers' en andere collega's dan van hun begeleiders.
Het verschil in het ervaren van sociale steun tussen nationale en internationale promovendi werd getoetst met behulp van een t-test. Het bleek om een niet-gebalanceerde opzet te gaan gezien de grote verschillen in aantallen tussen nationale (77.2%) en internationale (22.8%) promovendi. Uit de test (ongelijke varianties) blijkt dat er een significant verschil is tussen nationale en internationale respondenten wat betreft de scores op sociale steun, t(503) = 3.198, p =.001. Deze resultaten komen wel overeen met de literatuur. De nationale respondenten ervaren meer sociale steun dan internationale respondenten. Aangezien het een niet-gebalanceerde opzet betreft, dienen de resultaten echter voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Ondanks dat internationale respondenten minder hoog scoorden op sociale steun dan nationale respondenten, blijkt uit de resultaten dat ook de internationale respondenten het ermee eens zijn dat zij sociale steun ervaren op de werkvloer (M = 19.25, SD = 4.21).

4.1.4 Begeleiding

Om de mate van positieve begeleiding te meten, werden de gemiddelde scores op de vijf schalen van de 'Vragenlijst Transformationeel leiderschap' berekend. De resultaten zagen er als volgt uit: Zorg (n=449): M = 3.99, SD = 1.12, min.= 1 en max.= 6; Zelfbeschikking (n=449): M. = 3.02, SD = 1.22, min.= 1 en max.= 6; Openheid (n=449): M = 4.07, SD = 1.01, min.= 1 en max.= 6; Aanmoediging (n=449): M = 3.81, SD = 1.04 min.= 1 en max.= 6; Steun (n=449): M = 3.88, SD = 1.03, min.= 1 en max.= 6. De resultaten op de schalen tezamen zijn: M = 3.75, SD = 1.08, min. = 1 en max. = 6. Respondenten zijn het er enigszins mee eens dat hun begeleiders een transformationele leiderschapsstijl hanteren.
Deze resultaten zijn niet te vergelijken met die van het onderzoek van Meijer (2011), omdat daarbij de steekproef bestond uit promovendi van wie bekend was dat de begeleiding ernstig tekort schoot. Wel kan er gekeken worden naar de aspecten die uit het onderzoek van Meijer (2011) en van Baan (2016) van belang zijn voor een goede begeleiding, namelijk het geven van inhoudelijke feedback, het vrijmaken van voldoende contactmomenten, het bevorderen van de autonomie, het tonen van waardering, motiveren, het bieden van steun duidelijkheid geven over de werkzaamheden en taken, en het bieden van voldoende ruimte voor de eigen ideeën van de promovendus. Deze aspecten zijn in te delen in de vijf schalen van transformationeel leiderschap. Volgens het onderzoek van Baan

(2016) waren de belangrijkste voorspellers van tevredenheid over de begeleiding het geven van inhoudelijke feedback en het vrijmaken van voldoende tijd. Deze aspecten vallen beiden onder de schaal 'zorg'. Kijkende naar de resultaten op deze schaal kan gesteld worden dat respondenten het er enigszins mee eens zijn deze aspecten te ontvangen.
Indien de resultaten worden afgezet tegen de resultaten van het onderzoek van het CWTS (2017) kan gesteld worden dat deze redelijk overeenkomen. Uit het onderzoek van het CWTS bleek dat 54% van de respondenten ontevreden was over de begeleiding. Dat is ruim de helft. Een gemiddelde van 3.75 ligt dichtbij de helft van de min en max. score (1-6).
Ten slotte werden er in de vrije commentaren (n=338) uitspraken gedaan die terug te voeren zijn op onvrede over de begeleiding (6.2%), zoals een negatieve energie vanuit de begeleiding (0.6%), een niet professionele houding van promotoren of het werk niet goed uitvoeren (0.6%), het missen van mentorschap (0.3%), te weinig aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling (0.3%), het niet ondersteunen bij de voorbereiding op de toekomst (0.6%), het benaderd worden door promotoren in de vrije tijd, zoals weekenden en vakanties (0.3%), en het ontbreken van scholing van promotoren in het begeleiden van promovendi (1.8%).
Rekening houdend met het feit dat promovendi niet snel hun onvrede durven te tonen over hun begeleiders vanwege hun afhankelijke positie ten opzichte van hen (Meijer, 2011; Appel & Dahlgren 2003), kan het zijn dat de werkelijke scores voor begeleiding lager liggen.

4.1.5 Carrièreperspectief

Om het carrièreperspectief binnen de academische wereld in kaart te brengen werden de percentages berekend over de twee items (n=448). Uit de resultaten bleek dat de helft van de respondenten (50,1%) een carrière binnen de academische wereld ambieert. Iets minder dan de helft (46,4%) schat zijn of haar kansen op een academische carrière hoog in.
Om het carrièreperspectief buiten de academische wereld te meten, werden de gemiddelde scores op de schaal 'Perceptie op carrière buiten de academische wereld' (n=448) berekend. De resultaten zagen er als volgt uit: M= 3.76, SD = .75, min. = 1 en max. = 5.
Het komt erop neer dat de respondenten het er enigszins mee eens zijn dat hun doctoraat van positieve waarde zal zijn op de arbeidsmarkt buiten de academische wereld.
Uit de vrije commentaren (n=338), bleek dat 6,5% van de respondenten onzekerheid, stress of angst ervoer wat betreft hun carrièreperspectief.
Uit de literatuur bleek dat 80% van de promovendi een academische carrière ambieert. Dat is 30% meer dan de respondenten van de UvA aangeven. Dit verschil is wellicht te verklaren door middel van de ongebalanceerde verdeling van faculteit en geslacht. De resultaten liggen dichterbij die van Levecque et al. (2017) waarbij 57,5% aangeeft een carrière binnen de academische wereld te ambiëren. Het verschil in het perspectief op de carrièrekansen is met 54,9% hoger te noemen ter vergelijking met 46,4% van de respondenten van de UvA. Het verschil is wellicht te verklaren doordat driekwart van de respondenten de faculteit Geneeskunde vertegenwoordigt, waardoor de representatie onder faculteiten onevenredig verdeeld is. Wederzijdse beïnvloeding van promovendi op het carrièreperspectief sluipt hierdoor gemakkelijker door op de beantwoording van de vragenlijst.
Ten slotte komen de resultaten van het onderzoek van Levecque et al. (2017) overeen met de antwoorden van de respondenten van de UvA wat betreft het carrièreperspectief buiten de academische wereld (M = 3.43, SD = .83).

4.1.6 Subjectieve competentie

De subjectieve competentie werd gemeten door de gemiddelde scores van de 'the New General Self-Efficacy Scale' (n=438) te berekenen. De resultaten waren: M = 3.71, SD = .64, min.= 1 en max.= 5. Dit geeft aan dat de respondenten dat de respondenten het ermee eens zijn dat zij het vertrouwen hebben in hun vermogens om specifieke acties tot een goed einde te brengen.
Uit de literatuur blijkt de subjectieve competentie samen te hangen met het zelfvertrouwen, de ervaren werkdruk, sociale steun en de begeleiding. Wanneer de scores van subjectieve competentie worden afgezet tegen die van werkdruk, sociale steun en begeleiding valt het volgende op: 1) de werkdruk wordt regelmatig als hoog ervaren, waardoor de mogelijkheid bestaat dat de subjectieve competentie afneemt; 2) de scores op sociale steun zijn hoog, wat een hoge score op subjectieve competentie doet vermoeden; 3) de scores op transformationeel leiderschap zijn middelmatig, dit zou een negatieve invloed op de subjectieve competentie kunnen hebben. Wellicht was de score op subjectieve competentie hoger geweest indien de scores op werkdruk lager waren en op de begeleiding hoger. Sociale steun lijkt een beschermend effect te hebben op het ervaren van subjectieve competentie. Indien de scores worden afgezet tegen de vrije commentaren (n = 338) valt op dat 8.6% van de respondenten voor een bepaalde interventie kiest in verband met een laag

zelfvertrouwen of het willen verbeteren hiervan. Hoewel zelfvertrouwen nauw gerelateerd is aan de subjectieve competentie, is het niet hetzelfde. Zelfvertrouwen is een breder begrip, waar de subjectieve competentie onderdeel vanuit maakt (Tafarodi & Swann, 1995). Naast de subjectieve competentie heeft het zelfvertrouwen ook met andere aspecten te maken, zoals sociale waardering (Tafarodi & Swann, 1995).

4.1.7 Samenhang tussen knelpunten

Om de samenhang tussen de knelpunten te meten werd er een correlatieanalyse uitgevoerd over de constructen. Aangezien het carrièreperspectief werd berekend in percentages, kon deze niet worden meegenomen in de analyse. Uit de normaliteitstoets kwam naar voren dat geen van de variabelen normaal verdeeld is. Alle p-waardes van de Kolmogorov-Smirnovtoets waren kleiner dan .05. Om deze reden is het van belang te zijn voorzichtig te zijn met het interpreteren van de uitkomsten van de correlatieanalyse. Deze scheve verdelingen zouden verklaard kunnen worden door sociale wenselijkheid in de antwoorden van de respondenten. Men is geneigd meestal geen extreem positieve dan wel negatieve antwoorden te geven, afhankelijk van de vraagstelling. Echter, volgens de Centrale Limiet Theorie kan worden aangenomen dat wanneer de steekproef groot genoeg is (groter dan dertig participanten) dat er aan de aanname van normaliteit wordt voldaan, ook al is de variabele in de steekproef zelf niet normaal verdeeld.
Uit de resultaten van de correlatieanalyse bleek dat alle variabelen significant met elkaar samenhangen. De resultaten komen overeen met de bevindingen in de literatuur. Positieve verbanden werden gevonden tussen werkdruk en werk-privébalans (negatieve interferentie), sociale steun en subjectieve competentie, en een positieve vorm van begeleiding en subjectieve competentie. Negatieve verbanden werden aangetoond tussen een positieve vorm van begeleiding en werk-privébalans (negatieve interferentie), een positieve vorm van begeleiding en werkdruk, sociale ondersteuning en werkdruk, subjectieve competentie en werkdruk, en een positief carrièreperspectief en werkdruk. Zie tabel 5 voor de correlaties.

Tabel 5: Aangetoonde verbanden tussen knelpunten

Knelpunt	Hangt samen met
Werk-privébalans	• Werkdruk: r (504) = .620, p = < .001 • Begeleiding: r (448) = -.296, p = < .001
Werkdruk	• Begeleiding: r (448) = -.290, p = <.001 • Werk-privébalans: r (504) = .620, p = <.001 • Subjectieve competentie: r (437) = -.111, p = .020 • Sociale steun: r (504) = -.328, p = < .001 • Carrièreperspectief: r (447) = -.102, p =.030
Sociale steun	• Werkdruk: r (504) = -.328, p = < .001 • Subjectieve competentie: r (437) = .168, p = < .001
Begeleiding	• Werkdruk: r (448) = -.290, p = < .001 • Werk-privébalans: r (448) = -.296, p = < .001 • Subjectieve competentie: r (437) = .329, p = < .001
Carrièreperspectief	• Werkdruk: r (447) = -.102, p =.030
Subjectieve competentie	• Werkdruk: r (437) = -.111, p = .020 • Sociale steun: r (437) = .168, p = < .001 • Begeleiding: r (437) = .329, p = < .001

4.2 Interventiebehoeften

In deze sectie worden de resultaten op de interventievoorkeuren behandeld. Allereerst wordt de top-3 interventies behandeld die met behulp van beide rankings van de twee items zijn opgesteld. Omdat het twee rankings betreft, zijn er twee interventies uitgekomen die een derde plaats delen. Vervolgens worden de motivaties van de respondenten om voor deze interventies te kiezen uiteengezet. Daarna worden de interventievormen behandeld, waarin duidelijk wordt of de respondenten liever individueel of in een groep een interventie volgen en of zij een unguided online interventie prefereren boven interventies waarbij contact met een behandelaar plaatsvindt. Ten slotte komen de interventies aan bod die respondenten hebben genoemd als aanvulling op de interventies uit de vragenlijst.

4.2.1 De ranking van interventies

Door de gemiddelde scores per item, namelijk 1) "[Naam interventie]" zou een zinvolle interventie voor mij kunnen zijn", en 2). "Ik zou deze interventie willen volgen" en per interventie met elkaar te vergelijken, zijn er twee rankings ontstaan (zie tabellen 6 en 7). De rankings komen niet volledig met elkaar overeen. Dit kan verklaard worden doordat de mate waarin iemand een interventies zou willen volgen, niet uitsluitend bepaald wordt door de mate waarin iemand een interventie zinvol lijkt. Uitvoerbaarheid speelt bijvoorbeeld ook een rol. Iemand kan bijvoorbeeld 'Running therapy' als zinvol zien, maar door blessure deze interventie niet kunnen volgen. Bovendien kan iemand een interventie wel zinvol lijken, maar niet de behoefte voelen deze te willen volgen.
Met een gemiddelde score van 3.59 (SD 1.18) voor item 1 en 3.41 (SD 1.28) voor item 2, staat 'Coaching' op de eerste plaats. Op de tweede plaats staat 'Loopbaanbegeleiding' met een gemiddelde score van 3.49 (SD 1.30) voor item 1 en 3.38 (SD 1.35) voor item 2. Op de derde plaats staat 'Relaxatietraining' met een gemiddelde score van 3.38 (SD 1.23) voor item 1. Echter, voor item 2 is dit 'Timemanagement' met een gemiddelde score van 3.14 (SD 1.39). De laagst geëindigde interventies zijn 'Compassion Focused Therapy met een gemiddelde score van 2.75 (SD 1.30) voor item 1 en Rationeel Emotieve Therapie met een gemiddelde score van 2.38 (SD1.36) voor item 2.

Tabel 6: De mate waarin respondenten de interventie zinvol lijkt

Interventie	Gemiddelde	SD	Min-Max	Ranking	N =
RET*	3.08	1.27	1-5	7	427
MOL**	3.12	1.21	1-5	6	427
Relaxatietraining	3.38	1.23	1-5	3	427
Assertiviteitstraining	3.06	1.41	1-5	9	427
Mindfulness	3.30	1.29	1-5	4	427
CFT***	2.75	1.30	1-5	10	427
Running therapy	3.08	1.34	1-5	8	427
Coaching	3.59	1.18	1-5	1	427
Timemanagement	3.28	1.34	1-5	5	427
Loopbaanbegeleiding	3.49	1.30	1-5	2	427

(Rationeel emotieve therapie; ** Method of Levels therapie, ***Compassion Focused Therapy)*

Tabel 7: De mate waarin respondenten de interventie zouden willen volgen

Interventie	Gemiddelde	SD	Min-Max	Ranking	N =
RET*	2.38	1.36	1-5	10	427
MOL**	2.90	1.32	1-5	6	427
Relaxatietraining	3.11	1.35	1-5	4	427
Assertiviteitstraining	2.90	1.43	1-5	7	427
Mindfulness	3.10	1.35	1-5	5	427
CFT**	2.59	1.33	1-5	9	427
Running therapy	2.81	1.41	1-5	8	427
Coaching	3.41	1.28	1-5	1	427
Timemanagement	3.14	1.39	1-5	3	427
Loopbaanbegeleiding	3.38	1.35	1-5	2	427

(Rationeel emotieve therapie; ** Method of Levels therapie, ***Compassion Focused Therapy)*

4.2.2 Motivaties voor interventies

De vraag of respondenten hun motivatie voor het kiezen van een interventie konden toelichten werd 338 keer beantwoord. Dit aantal betreft alle interventies samen. De vrije commentaren lieten verschillende motivaties zien voor de keuze van de vier hoogst gerangschikte interventies. Achtereenvolgens worden de interventies 'Coaching', 'Loopbaanbegeleiding', 'Relaxatietraining' en 'Timemanagement' behandeld.

- **Coaching**

Er werd voor coaching 136 keer een motivatie gegeven. Redenen die werden genoemd om voor coaching te kiezen waren: persoonlijke ontwikkeling (8.8%), zelfvertrouwen vergroten (4.4%), en het verkrijgen van inzicht in de eigen kwaliteiten, minder sterke vaardigheden en in de eigen werkwijzen (5.9%). Bovendien gaven respondenten aan het belangrijk te vinden dat er een onafhankelijk persoon (5.9%) met hun mee dacht bij het nemen van beslissingen en het bedenken van oplossingen van problemen (12.5%). Daarnaast zou een coach sturing geven (1.5%) en helpen bij het maken van plannen en stellen van doelen (7.4%). Het idee van een persoon bij wie zij hun hart konden luchten en die hun het gevoel gaf er niet alleen voor te staan, werd als prettig ervaren (2.2%). Vaak misten respondenten persoonlijke begeleiding en mentorschap en was er behoefte aan meer steun en aan iemand die hun kan motiveren (8.8%). Verder waren respondenten van mening dat coaching goed zou zijn voor de assertiviteit (1.5%), en tegen stress (2.2%), angst (1.5%) en als preventie tegen burn-out (0.7%). Ook werd aangegeven dat coaching kon helpen bij het ontwikkelen van een gezonde werk-privébalans (2.2%) door bijvoorbeeld persoonlijke hulp bij het managen van tijd. Ten slotte werd gezegd dat de eigen begeleiders niet de persoonlijke begeleiding, motivatie, steun en inspiratie gaven waar wel behoefte aan bleek te zijn (2.2%).

- **Loopbaanbegeleiding**

Voor loopbaanbegeleiding werd er 115 keer een motivatie ingevuld. Genoemde redenen voor het kiezen voor loopbaanbegeleiding waren het verminderen van gevoelens van onzekerheid (13%), hopeloosheid (0.9%), stress (6.0%) en angst (0.9%) die ontstaat door onzekerheid over de toekomst of carrièremogelijkheden (9.5%). Er werd aangegeven dat loopbaanbegeleiding zou helpen bij het creëren van overzicht van de mogelijkheden binnen en buiten de academische wereld (11.2%) en bij het bekijken hoe deze mogelijkheden bereikt kunnen worden (2.6%). Bovendien zou loopbaanbegeleiding goed zijn voor de persoonlijke ontwikkeling (3.4%) en helpen bij de voorbereiding op de toekomst (9.5%) door het uitzoeken van de eigen kwaliteiten en interesses en het verbeteren van zwakke punten (5.2%). Het geven van richting (4.3%) zou de motivatie vergroten (0.9%) en rust geven (2.6%). Ook werd gezegd dat het preventief zou kunnen zijn tegen burn-out (0.9%). Net als bij coaching, gaven respondenten aan, dat zij deze begeleiding vanuit de UvA en van hun begeleiders misten (5.2%).

- **Relaxatietraining**

Er werd voor relaxatietraining 72 keer een motivatie gegeven. Respondenten gaven aan om voor relaxatietraining te kiezen, omdat het hen zou helpen te ontspannen (30.6%), en stress (15.3%), spanning (4.2%) angst (5.6%) en rusteloosheid (5.6%) zou verminderen. Er werd aangegeven dat er behoefte was aan het aanleren van technieken om met stressvolle gebeurtenissen te leren omgaan (8.3%). Ook zou het loslaten van stress en piekeren zorgen voor een betere focus (4.2%). Bovendien zouden de technieken die worden aangeleerd bij deze interventie de stress terugdringen vlak voor een belangrijke gebeurtenis, zoals een presentatie (1.4%). Daarnaast werd gezegd dat relaxatietraining fysieke klachten zou kunnen verminderen (13.9%), zoals spannings- en pijnklachten in nek, schouders en hoofd door bijvoorbeeld het vele computerwerk. Verder gaven respondenten aan dat zij deze interventie goed konden gebruiken om de stress door de hoge werkdruk te verminderen (1.4%), en de werk-privébalans te verbeteren door het leren loslaten van werk (1.4%). Bovendien werd uit ervaring aangegeven dat relaxatietraining effectief kon zijn tegen burn-out (1.4%). Tenslotte werd gezegd dat relaxatietraining het inslapen zou kunnen bevorderen (1.4%). Doelstellingen als minder piekeren, het verminderen van negatieve emoties en irrationele angst, het vergroten van de focus en het verzetten van de gedachten passen binnen RET, MOL en mindfulness, waarbij technieken gebruikt worden die primair gericht zijn voor het verminderen van piekeren, het ervaren van negatieve en disfunctionele gedachten en irrationele angst, en het vergroten van de focus, en het loslaten van gedachten.

- **Timemanagement**

Voor timemanagement werd er 94 keer een motivatie ingevuld. Over timemanagement werd gezegd dat het onzekerheid (1.1%) angst- (1.1%) en stressklachten (10.8%) zou reduceren, die bijvoorbeeld ontstaan waren door werk-privéinterferentie (3.2%), tijdsdruk (1.1%), gebrek aan overzicht (4.3%) en een slechte planning (3.2%). Een belangrijke reden voor het volgen van een timemanagementtraining was het leren van efficiënt te werken (24%) door bijvoorbeeld het efficiënt leren indelen van de tijd (9.7%), efficiënt leren te plannen (3.2%) en het leren stellen van prioriteiten (5.4%). Deze vaardigheden zouden helpen bij het behalen van doelen (2.1%) en het verbeteren van de werkprestaties (3.2%). Ook zou timemanagement zorgen voor meer ruimte voor ontspanning (1.1%). Bovendien zou het de focus en concentratie verbeteren (4.3%), zou het zorgen voor meer controle over het eigen leven (1.1%) en uitstelgedrag verminderen (3.2%). Tevens lieten respondenten weten dat een goede planning cruciaal is voor het volhouden en goed uitvoeren van een promotieonderzoek waarbij meerdere taken worden gecombineerd (5.4%). Vaak wordt er aan verschillende projecten tegelijk gewerkt en is een goede planning en het behouden van overzicht van groot belang. Ten slotte werd ook deze interventie gezien als preventief tegen burn-out (1.1%).

4.2.3 Vorm van interventie

In tabel 8 is te zien dat bijna driekwart van de respondenten individuele behandelingen prefereert boven groepsbehandelingen. Daarnaast blijkt dat respondenten vaker voor blended care kiezen dan voor unguided online interventies. Uit de vrije commentaren betreft de motivaties voor het kiezen voor online interventies (n=273), bleken belangrijke aspecten belangrijk te zijn: flexibiliteit in tijd en tempo en het zelf kunnen inplannen van interventies (31.1%), gemakkelijk, toegankelijk en laagdrempelig (16.5%), tijdbesparend (6.6%), anonimiteit (3.5%), geen verplichtingen (2.9%), en lagere kosten (2.2%). Een aantal respondenten gaf expliciet aan geen unguided online interventies te willen volgen (9.4%). De redenen die zij gaven waren het gebrek aan menselijk contact en het onpersoonlijke karakter van de interventies (3.3%), te vrijblijvend, gebrek aan motivatie en discipline (3.3%), niet nog meer tijd achter de computer willen besteden (5.6%), en het ontbreken van inzicht en kennis van een therapeut (0.7%).

De redenen die respondenten (n=291) gaven voor het kiezen van blended care waren het hebben van persoonlijk contact en interactie met een therapeut (17.9%), meer maatwerk (3.1%), als stok achter de deur en motivatie (11%), het krijgen van begeleiding, feedback en sturing (16.5%), de combinatie van begeleiding en zelfstandigheid (3.4%), en het online gedeelte als voorbereiding op de reguliere sessies, waardoor de behandeling efficiënter zou zijn (4.8%).

De redenen die gegeven werden voor het kiezen van reguliere interventies (n = 301) kwamen grotendeels overeen met de motivaties voor blended care. Motivaties om voor reguliere interventies waren het persoonlijke contact en interactie met en feedback van een therapeut (20.9%), meer maatwerk en toegespitst op de persoonlijke situatie en behoeften (16.3%), als stok achter de deur, motivatie en meer betrokkenheid bij de behandeling (13.3%), het krijgen van meer verdieping door reflectie en inzicht van therapeut (6.3%), en gewenst bij zwaardere, acutere problemen en gevoeligere onderwerpen (4.7%).

Tabel 8: gewenste interventievorm

Interventie	Gemiddelde	Standaarddeviatie	%	N =
Individueel			74.5	420
Groep			25.5	420
Online	2.66	1.28		421
Blended Care	3.24	1.28		421

4.2.4 Voorgestelde interventies van respondenten

De vraag of respondenten aanvullingen hadden op de interventies uit de vragenlijst werd 81 keer beantwoord. Hieruit kwam onderstaande top-3 naar voren. In de meeste gevallen werd de motivatie voor de interventiekeuze niet genoemd, waardoor er weinig over geschreven kan worden.

1. **Intervisie (17.2%)**

De interventie die het meest genoemd werd als aanvulling op de reeds genoemde interventies, was intervisie. Respondenten gaven aan behoefte te hebben aan het delen van elkaar problemen en ervaringen. Dit zou zorgen voor steun en oplossingen. Ook werd gezegd dat het leerzaam kan zijn te

leren van elkaars valkuilen en dat het samenkomen en delen van elkaar ervaringen helpt tegen het gevoel er alleen voor te staan.

2. **Sportinterventies (14.9%)**

Veel respondenten gaven aan dat sport en lichaamsbeweging helpt te ontspannen en frustratie kwijt te raken. Het zou onderdeel zijn van een gezondere leefstijl en zorgen voor een betere fysieke en mentale gesteldheid. Er werd aangeraden om een mogelijkheid tot sporten vanuit de faculteit te creëren, zodat er gesport kan worden onder werktijd, of in de pauze. Veel promovendi hebben een fulltime aanstelling en vinden het lastig om buiten werktijd te sporten. Er werden verschillende mogelijkheden tot sport/ lichaamsbeweging genoemd, waaronder, wandelen, kickboksen, hardlopen, bootcamp, fietsen, voetballen, crossfit en zwemmen.

3. **Interventies voor promotoren en dagelijks begeleiders (9.2%)**

Opvallend was het advies van respondenten te zorgen voor interventies voor hun promotoren of begeleiders. Respondenten geven aan dat promotoren vaak over veel capaciteiten beschikken, maar niet noodzakelijk over de capaciteiten van goed kunnen begeleiden. Hier zou meer aandacht besteed aan moeten worden volgens de respondenten.

4.2.5 Analyse aansluiting interventieaanbod van de UvA op de behoeften van promovendi

Om te bepalen of het interventieaanbod van de UvA aansluit op de interventiebehoeften van promovendi, werden de vier hoogst geëindigde interventies en de aanvullende interventies van de respondenten met elkaar vergeleken. Ook werden de interventievormen bekeken.
Coaching, timemanagement, relaxatietraining en sportinterventies worden niet door de UvA aangeboden. Loopbaanbegeleiding wordt wel aangeboden door de UvA aan zowel werknemers als studenten. Ook wetenschappelijk personeel zonder vast dienstverband, kan gebruikmaken van deze diensten, mits zij verbonden zijn aan de Faculteit der Natuurwetenschappen, Wiskunde en Informatica. Verder biedt Bureau Studentenpsychologen een mogelijkheid tot intervisie, namelijk ‘Compassionate Intervision and Stressrelief’. Of deze vorm van intervisie aansluit op de behoeften van de respondenten is niet duidelijk. Onduidelijk is of respondenten op de hoogte zijn van dit aanbod en/of dat zij een algemenere vorm van intervisie wensen, waarin geen CFT of mindfulness is verwerkt. Wat de interventievormen betreft, biedt Bureau Studentenpsychologen zowel individuele behandelingen als groepstrainingen aan. Ten slotte biedt Bureau Studentenpsychologen slechts reguliere behandelingen aan en maakt geen gebruik van online interventiemogelijkheden.

Conclusies en aanbevelingen

Een substantieel deel van promovendi kampt met psychische gezondheidsproblemen, waaronder burn-out klachten en depressie. Als reactie op dit probleem wil Bureau Studentenartsen van de UvA een online instrument ontwikkelen voor het in kaart brengen van de risicofactoren van psychische gezondheidsproblemen en het ervaren van psychische gezondheidsklachten. In dit instrument wordt een automatisch feedbacksysteem opgenomen dat de promovendus van adviezen voorziet over passende interventies bij de ervaren knelpunten en problemen.
Het doel van het onderzoek was het in kaart brengen van de ervaren knelpunten bij promovendi aan de UvA tijdens het promotietraject, die kunnen leiden tot psychische gezondheidsproblematiek, en aan welke interventies promovendi de voorkeur geven bij het omgaan met deze knelpunten en de psychische gezondheidsklachten, die hieruit voort kunnen komen, zoals burn-out en depressie.
Aan de hand van de onderzoeksresultaten zijn aanbevelingen genoteerd over hoe Bureau Studentenartsen promovendi kan ondersteunen bij het omgaan met deze knelpunten en daarmee het voorkomen dan wel verminderen van psychische gezondheidsproblematiek.
In de volgende paragrafen zullen de deelvragen van het onderzoek worden beantwoord, zal terugkoppeling plaatsvinden van de bevindingen van het praktijkonderzoek naar de literatuur en zullen aanbevelingen worden gedaan aan Bureau Studentenartsen van de UvA.

5.1 Beantwoording deelvragen

1. *Wat zijn volgens de literatuur de belangrijkste knelpunten verbonden aan het promotietraject die kunnen leiden tot psychische gezondheidsproblematiek bij promovendi?*

Uit de literatuur werden zeven knelpunten geselecteerd die promovendi kunnen ervaren tijdens het promotietraject en die kunnen leiden tot het psychische gezondheidsklachten. Verschillende van deze knelpunten bleken met elkaar samen te hangen:

1) Problemen in de werk-privébalans door interferentie tussen werk en privé: promovendi hebben vaak zo veel taken, dat zij in de avonduren en in het weekend moeten doorwerken. Hierdoor kan hun privéleven in het gedrang komen doordat zij minder tijd en energie overhouden voor huishoudelijke taken en andere activiteiten, zoals hobby's, sporten en het onderhouden van sociale contacten. Andersom kunnen privégelegenheden ook interfereren met het promotiewerk. Echter, dit blijkt voor minder psychische gezondheidsproblemen te zorgen dan werk-thuisinterferentie. Interferentie tussen werk en privé hangt samen met de ervaren werkdruk en begeleiding.

2) Hoge werkdruk: promovendi ervaren vaak een hoge werkdruk doordat zij veel taken hebben die binnen een bepaalde tijd moeten worden verricht. Vrouwen zouden meer last hebben van het ervaren van een hoge werkdruk dan mannen, mogelijk omdat zij naast het promotiewerk meer tijd aan huishoudelijke taken kwijt zijn dan mannen. Het ervaren van een hoge werkdruk staat in verband met de werk-privébalans, begeleiding, prestatiedruk, sociale steun, carrièreperspectief en de subjectieve competentie.

3) Prestatiedruk: prestatiedruk wordt bepaald door de eisen die het werk stelt, zoals het moeten publiceren van artikelen. Het aantal publicaties bepaalt voor een groot deel de status van de onderzoeker en heeft invloed op het carrièreperspectief. Het schaarse aanbod aan werkplekken in de wetenschap zorgt voor een hogere prestatiedruk en onderlinge competitie, waardoor tevens de werkdruk toeneemt.

4) Sociale steun: sociale steun tijdens het promotietraject draagt bij aan het welzijn en de academische prestaties van promovendi. Echter, de individuele werkzaamheden die bij het promotietraject horen, kunnen resulteren in gevoelens van eenzaamheid. Promovendi blijken dikwijls sociale steun te missen en dan met name van hun begeleiders. Internationale promovendi zouden vaker last hebben van gevoelens van eenzaamheid en gebrek aan sociale steun dan promovendi die promoveren in hun vaderland. Sociale steun staat in verband met werkdruk en de subjectieve competentie.

5) Begeleiding: promotoren spelen een belangrijke rol in het leven van promovendi. Zij zijn verantwoordelijk voor de begeleiding en ondersteuning van promovendi tijdens het promotietraject. Begeleiders worden niet opgeleid om promovendi te begeleiden. Promovendi ervaren vaak problemen in de begeleiding, door bijvoorbeeld het ontbreken van contact met en belangstelling van de begeleider(s), gebrekkige inhoudelijke feedback, geschillen over auteurschap, onenigheid over de academische vrijheid en intimidatie door de begeleiders. Door de afhankelijk positie van promovendi ten opzichte van hun begeleiders, laten zij niet snel hun onvrede merken. De begeleiding staat in verband met werk-privébalans, werkdruk, en subjectieve competentie.

6) Carrièreperspectief: de werkplaatsen in de academische wereld zijn schaars, terwijl het aantal gepromoveerden toeneemt. Daarvan zoekt 80% werk in de wetenschap, terwijl 80% hiervan uiteindelijk een baan moet zoeken buiten de academische wereld. Dit zorg voor het ervaren van een hogere werkdruk en meer onderlinge competentie.

7) Subjectieve competentie: om zichzelf gewaardeerd en belangrijk te kunnen voelen in de academische gemeenschap, proberen promovendi tijdens hun promotietraject een beeld van zichzelf te ontwikkelen als een competente onderzoeker. Het vertrouwen dat iemand heeft in zijn of haar vermogens om specifieke acties tot een goed einde te brengen, is nauw gerelateerd aan het zelfvertrouwen. Deze gevoelens kunnen worden ondermijnd door een hoge werkdruk, een gebrek is aan sociale steun, of door het tekortschieten van de begeleiding.

2. *Welke interventies voor het voorkomen of verminderen van psychische gezondheidsproblematiek sluiten volgens de literatuur aan op de belangrijkste knelpunten?*

Aan de hand van de knelpunten uit het literatuuronderzoek en de psychische gezondheidsklachten die daaruit kunnen voortkomen, werden verschillende passende interventies geselecteerd, namelijk cognitieve gedragstherapie, rationeel emotieve therapie, method of levels, relaxatietraining, assertiviteitstraining, mindfulness, mindfulness-gebaseerde interventies, compassion focused therapy, running therapy, coaching, timemanagement, en loopbaanbegeleiding. Verondersteld werd dat de meeste interventies kunnen worden ingezet bij meerdere knelpunten tegelijk, omdat verschillende knelpunten met elkaar samenhangen. Daarnaast werd er een tweedeling gemaakt waarop interventies ingrijpen op het persoonlijk functioneren: 1) interventies die gericht zijn op de subjectieve beleving van het individu en de fysieke reacties daarop, en; (2) interventies die gericht zijn op het praktisch functioneren van het individu. In tabel 9 staat beschreven welke interventies kunnen worden ingezet bij welke knelpunten. De meeste interventies focussen op de subjectieve beleving; slechts een aantal op praktisch functioneren. Van de interventies gericht op subjectieve beleving is duidelijk dat ze nogal algemeen in te zetten zijn: de meeste interventies kunnen ingezet worden voor het omgaan met alle genoemde knelpunten.

Tabel 9: interventies bij knelpunten

Interventies gericht op de subjectieve beleving	**Knelpunten**
Cognitieve gedragstherapie	alle zeven knelpunten
Rationeel emotieve therapie	alle zeven knelpunten
Method of levels	alle zeven knelpunten
Relaxatietraining	werkdruk, sociale steun, subjectieve competentie
Assertiviteitstraining	werkdruk, sociale steun, subjectieve competentie, begeleiding
Mindfulness	alle zeven knelpunten
Op mindfulness-gebaseerde interventies	alle zeven knelpunten
Compassion focused therapy	alle zeven knelpunten

Running therapy	alle zeven knelpunten
Interventies gericht op het praktisch functioneren	**Knelpunten**
Coaching	werkdruk, sociale steun, subjectieve competentie
Timemanagement	werkdruk, subjectieve competentie, werk-privébalans
Loopbaanbegeleiding	carrièreperspectief

3. *Welke interventies die promovendi kunnen ondersteunen bij het omgaan met de belangrijkste knelpunten worden door de UvA aangeboden?*

Vanuit de UvA worden er verschillende interventies aangeboden, zowel op individueel- als op groepsniveau. Het betreffen reguliere interventies en er worden geen unguided online interventies of blended care aangeboden. Interventies op individueel niveau zijn rationele emotieve therapie, method of levels, loopbaanontwikkeling, en op mindfulness-gebaseerde interventies, zoals mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy en acceptance en commitment therapy. Daarnaast zijn er twee groepstrainingen, namelijk 'Compassionate intervision and stressrelief' en 'Reducing stress with compassionate mindtraining'. In beide trainingen zijn cognitieve gedragstherapie, mindfulness en compassion focused therapy opgenomen.
Teruggekoppeld naar de knelpunten uit de literatuur blijkt dat de UvA interventies aanbiedt die bij alle knelpunten kunnen worden ingezet. Afgezet tegen de verwachtingen van de respondenten komt het interventieaanbod ten dele overeen met de interventievoorkeuren van respondenten. Respondenten gaven aan liever contact te hebben met een behandelaar dan een unguided online interventie te volgen. Het reguliere behandelaanbod van de UvA sluit wat dat betreft aan op de wensen van de respondenten. Bijna driekwart van de respondenten prefereerde individuele interventies boven groepsinterventies. Ook hierin voldoet het interventieaanbod van de UvA. Echter, wat betreft de interventies, zijn er enkele verschillen te noemen. De interventies waar de grootste voorkeur lag bij respondenten waren: coaching, loopbaanbegeleiding, relaxatietraining en timemanagement.
Van deze interventies komt slecht één interventie overeen met het aanbod van de UvA, namelijk loopbaanbegeleiding. Desondanks sluiten de doelstellingen van RET, MOL en mindfulness, wel aan op twee van de meest genoemde redenen van respondenten om voor een interventie te kiezen, namelijk het helpen te ontspannen en het verminderen van stress.

4. *Welke knelpunten ervaren promovendi aan de UvA tijdens het promotietraject?*

Op prestatiedruk na werd getoetst of de knelpunten uit het literatuuronderzoek ervaren werden door promovendi aan de UvA. Prestatiedruk werd geschaald onder werkdruk, omdat deze variabele, net zoals werkdruk, bepaald wordt door de taakeisen. Hieruit kwam het volgende naar voren:

1) Werk-privébalans: uit de resultaten bleek dat respondenten soms last hadden van werk-thuisinterferentie en bijna nooit van thuis-werkinterferentie. Hoe zwaar de last van werk-thuisinterferentie en thuis-werkinterferentie weegt, valt niet te zeggen, omdat er in dit onderzoek geen verbanden konden onderzocht worden tussen de constructen en het ervaren van psychische klachten. Ervan uitgaande dat uit ander onderzoek blijkt dat werk-thuisinterferentie een sterke bepalende factor is van het psychologisch welzijn, wordt deze variabele als knelpunt gezien bij promovendi aan de UvA. Voor thuis-werkinterferentie ligt dit anders. Ten eerste ervoeren de respondenten bijna nooit thuis-werkinterferentie en ten tweede is de invloed van deze variabele op de psychische gezondheid een stuk kleiner. Om deze reden wordt in dit onderzoek thuis-werkinterferentie niet als knelpunt gezien bij promovendi aan de UvA.

2) Werkdruk: uit de resultaten bleek dat de respondenten regelmatig een hoge werkdruk ervaren. De meest gegeven reden hiervan was het ervaren van tijdsdruk. Het ervaren van een hoge werkdruk wordt als belangrijke voorspeller gezien van psychische gezondheidsklachten. Een klein aandeel van de respondenten gaf aan last te hebben van prestatiedruk en onderlinge competitie. Echter, dit deel

was zo klein dat er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de mate van de prestatiedruk bij promovendi van de UvA. Wel kan aangenomen worden dat werkdruk een knelpunt is bij promovendi aan de UvA.

3) Sociale steun: uit de resultaten kwam naar voren dat respondenten het eens waren dat zij sociale steun ervaren op de werkvloer. Dit was de hoogst mogelijke uitkomst op de schaal 'Sociale steun'. Ondanks dat met behulp van een t-test een significant verschil werd aangetoond in het ervaren van sociale steun tussen nationale en internationale respondenten, scoorden beide groepen hoog op deze schaal. Aangenomen wordt dat het gebrek aan ervaren van sociale steun geen knelpunt is bij promovendi aan de UvA.

4) Begeleiding: uit de resultaten bleek dat de respondenten het er enigszins mee eens waren dat hun begeleiders een transformationele leiderschapsstijl hanteren. De scores op deze schalen waren middelmatig. Deze matige scores werden bevestigd door de kritiekpunten in de vrije commentaren van respondenten. Zo kwam het vaker voor dat zij zich niet voldoende begeleid of gewaardeerd voelden. Ook werd gezegd dat begeleiders een cursus of training zouden moeten volgens alvorens promovendi te gaan begeleiden. Hieruit kan aangenomen worden dat de begeleiding een knelpunt is bij promovendi aan de UvA.

5) Carrièreperspectief: uit resultaten bleek dat de helft van de respondenten een baan in de wetenschap ambieerde, maar minder dan de helft schatten de kans groot in dat dit zou lukken. Ook de resultaten wat betreft het carrièreperspectief buiten de academisch waren middelmatig. De respondenten waren het er enigszins mee eens dat hun doctoraat hun arbeidskansen op de arbeidsmarkt buiten de academische wereld zou vergroten. Hoewel het ambiëren van een carrière binnen de academische wereld als buffer wordt gezien tegen psychische gezondheidsklachten, is het negatief beoordelen van de carrièrekansen een significante voorspeller voor psychische gezondheidsproblematiek. Meer dan de helft van de respondenten schatten hun kansen op werk binnen de academische wereld laag in. Bovendien zijn de resultaten op het carrièreperspectief buiten de academische wereld matig. Ten slotte blijkt uit de opmerkingen van de respondenten dat er veel onzekerheid is en stress ervaren wordt over de carrièremogelijkheden. Aangenomen wordt dat het carrièreperspectief een knelpunt is bij promovendi aan de UvA.

6) Subjectieve competentie: uit de resultaten bleek dat respondenten het ermee eens waren het vertrouwen te hebben in hun vermogens om specifieke acties tot een goed einde te brengen. Toch gaf bijna 10% van de respondenten aan te kiezen voor een interventie in verband met een laag zelfvertrouwen. Hoewel zelfvertrouwen nauw gerelateerd is aan de subjectieve competentie, is het niet hetzelfde. Aangenomen wordt dat de subjectieve competentie geen knelpunt is bij promovendi aan de UvA.

5. Aan welke interventies geven promovendi aan de UvA de voorkeur bij het omgaan met de knelpunten die zij ervaren tijdens het promotietraject?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden werd er een ranking gemaakt van de keuzes voor de tien interventies uit de literatuur, namelijk RET, MOL, relaxatietraining, assertiviteitstraining, mindfulness, CFT, running therapy, coaching, timemanagement en loopbaanbegeleiding. Ook werden de voorkeuren van interventievormen in kaart gebracht, namelijk individuele of groepsinterventies, en unguided online interventies, blended care of reguliere interventies. Ten slotte werd er een ranking gemaakt van de aanvullingen die respondenten hadden op bovenstaande interventies.

Uit de ranking kwam een top-3 meest gekozen interventies naar voren, met een gedeelde derde plaats. Op de eerste rang eindigde coaching, op de tweede rang loopbaanbegeleiding en de derde rang werd gedeeld door relaxatietraining en timemanagement. De meest voorkomende redenen om te kiezen voor deze interventies waren: het helpen ontspannen, verminderen van stress, verminderen van onzekerheid, steun bij het nemen van beslissingen, en persoonlijke ontwikkeling.
Wat betreft de interventievormen, lag de voorkeur van bijna driekwart van de respondenten bij individuele behandelingen boven groepsinterventies. Verder was er meer interesse voor blended care dan voor unguided online interventies. Of de voorkeur groter was voor blended care of reguliere interventies is niet duidelijk, omdat voor reguliere interventies slechts de motivaties voor het willen volgen ervan werden uitgevraagd en respondenten niet konden aangeven in welke mate zij een reguliere interventie zouden willen volgen, wat bij unguided online interventies en blended care wel

het geval was. De meest genoemde reden voor het verkiezen van blended care boven unguided online interventies was het persoonlijk contact en de interacties met de behandelaar, en dat er meer maatwerk geboden kon worden.
Uit de aanvullingen op de interventies kwamen drie interventies naar voren waarvan één interventie opmerkelijk niet bedoeld was voor promovendi, maar voor hun begeleiders. Het vaakst werd intervisie genoemd, gevolgd door sportinterventies. Op de derde rank eindigde interventies voor begeleiders, zoals cursussen en trainingen om beter te leren begeleiden.
Van de genoemde interventies, wordt er slecht één aangeboden door de UvA, namelijk loopbaanbegeleiding. Hoewel Bureau studentenpsychologen wel een vorm van intervisie aanbiedt, is het de vraag of deze vorm aansluit op de behoeften van promovendi. Daarnaast biedt Bureau Studentenpsychologen zowel individuele als groepsinterventies, zodat promovendi kunnen kiezen waaraan zij behoefte hebben. Ten slotte zijn alle interventies op regulier niveau en worden er geen online interventies aangeboden door de UvA.

5.2 Terugkoppeling naar de literatuur

Uit bovenstaande blijkt dat de meeste knelpunten die uit de literatuur naar voren komen, ook worden ervaren door de respondenten van de UvA. Sociale steun en subjectieve competentie worden niet ervaren als knelpunt door promovendi aan de UvA. Het doen van uitspraken over de prestatiedruk is lastig, omdat dit onder de ervaren werkdruk werd geschaald en er slechts een heel klein aantal respondenten hier uitspraken over deed. De scores op de schalen van de knelpunten werk-privébalans, werkdruk en carrièreperspectief waren grotendeels vergelijkbaar met die van andere onderzoeken, maar niet helemaal hetzelfde. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat er verschillende instrumenten werden gebruikt met andere antwoordschalen. Significante verschillen in geslacht en het ervaren van een hoge werkdruk werden niet gevonden, wat wel het geval was in de literatuur. Wel werd er een significant verschil gevonden tussen internationale en nationale promovendi en sociale steun, waarbij internationale promovendi minder sociale steun ervoeren dan nationale promovendi. Aangezien de opzetten van de t-testen niet-gebalanceerd waren, dienen deze resultaten echter met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.
De samenhang tussen knelpunten zoals deze in de literatuur werd beschreven, werd in dit onderzoek bevestigd. Omdat uit de normaliteittest bleek dat geen van de variabelen gelijk verdeeld was, is het ook hier van belang dat er met voorzichtigheid geïnterpreteerd wordt.
Wat betreft de interventiemogelijkheden, bleken de voorkeuren van respondenten aan te sluiten op de aangewezen interventies uit de literatuur. Coaching kan breed worden ingezet en richt zich voornamelijk op het aanleren van kennis en vaardigheden die van belang zijn om zo effectief en efficiënt mogelijk te werken. Hiermee worden de werkdruk verlaagd en de subjectieve competentie verbeterd. Loopbaanbegeleiding sluit aan op de behoeften van respondenten bij het wegnemen van onzekerheid en angst over de carrièremogelijkheden na het promotietraject door middel van het uitzoeken van de mogelijkheden en het verbeteren van ontwikkelingspunten. Relaxatietraining werd in de literatuur beschreven als effectieve interventie bij een hoge werkdruk en de waargenomen sociale relaties. Bovendien kan met behulp van deze interventie de stress worden verminderd die wordt veroorzaakt door andere knelpunten. Verder helpen de vaardigheden die men leert bij timemanagement bij het verminderen van werkdruk, en het verbeteren van de werk-privébalans en de subjectieve competentie. Ten slotte kwam van de interventies die respondenten als aanvulling noemden, één interventie deels overeen met die uit de literatuur, namelijk sportinterventies, waaronder ook running therapy kan worden ingedeeld. De interventies intervisie en trainingen voor begeleiders, kwamen niet uit de literatuur naar voren. Wel bleek uit de literatuur dat promotoren geen cursus hoeven te volgen voordat zij promovendi gaan begeleiden en dat deze begeleiding vaak ondermaats is.

5.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de bevindingen uit het onderzoek, worden de volgende aanbevelingen gedaan aan Bureau Studentenartsen van de UvA:

1) Aanstellen van een coach door Bureau Studentenartsen waar promovendi terecht kunnen met diverse hulpvragen met betrekking tot het promotietraject en hun persoonlijke situatie. Momenteel zijn er twee psychologen werkzaam bij Bureau Studentenartsen die de functie van POH-GGZ bekleden. Deze psychologen zouden wellicht de coachingswerkzaamheden op zich kunnen nemen. Een andere optie is het in dienst nemen van een coach die zich specifiek richt op dit werkveld. Het verschil met

POH-GGZ is dat coaching niet per se direct in verband wordt gebracht met psychische klachten, waardoor het wellicht laagdrempeliger is hiermee te starten. Dit zou psychische problemen kunnen voorkomen doordat er direct wordt ingegrepen op zaken die kunnen leiden tot psychische klachten. Uit onderzoek blijkt immers dat coaching de ervaren werkdruk kan verlagen, en de subjectieve competentie en sociale steun kan verbeteren door middel van het aanleren en/of verbeteren van kennis en vaardigheden (Schaufeli & Bakker, 2007). Spreekuren zouden zowel overdag als in de avonduren op maandag een donderdag kunnen plaatsvinden, zodat promovendi ook na werktijd de mogelijkheid hebben een coach te consulteren. De kosten van een coach variëren van 2200 tot 7800 euro per maand, afhankelijk van de vooropleiding, ervaring en cao-schalen (nationaleberoepengids.nl, z.d.)

2) Resultaten van het onderzoek terugkoppelen naar Bureau Studentenpsychologen en de afdeling beleid en financiën van de UvA, en advies uitbrengen wat betreft het interventieaanbod. Timemanagement en relaxatietrainingen kwamen naar voren in de top-3 meest gewenste interventies en uit de vrije commentaren bleken sportinterventies gewild te zijn. Bureau Studentenpsychologen biedt deze interventies niet aan en zou hun interventieaanbod kunnen uitbreiden en beter laten aansluiten op de behoeften van promovendi door deze twee interventies op te nemen. Timemanagement zou in groepsverband kunnen worden gegeven, aangezien het hier gaat om het aanleren van meer praktische vaardigheden. Uit de resultaten blijkt dat 25.5% van de respondenten positief staat tegenover groepstrainingen. Relaxatietraining kan beter op individueel niveau worden aangeboden, om deze direct te laten aansluiten op de ervaren klachten en problemen van het individu. Sportinterventies zijn lastiger aan te bieden op de praktijk van de studentenpsychologen. Dit probleem is op te lossen door een samenwerkingsverband aan te gaan met bijvoorbeeld een sportverenging, sportschool, hardlooptherapeuten of bootcampgroepen. Stichting Studentensport (SSA) behartigt de belangen van sportende studenten in Amsterdam (student.uva.nl, 2018). Er zou eenzelfde soort stichting voor promovendi opgericht kunnen worden, zodat promovendi kunnen deelnemen aan sportactiviteiten tegen gereduceerde kosten. Verder zouden faculteiten, indien er voldoende ruimte is, kunnen zorgen voor een sportruimten, zodat promovendi kunnen sporten in de pauzes. Ten slotte werd intervisie als gewenste interventie naar voren geschoven door respondenten. Hoewel er een vorm van intervisie wordt aangeboden door Bureau Studentenpsychologen, is het de vraag of dit bekend is bij promovendi en of dit aansluit bij hun verwachtingen rond intervisie. Uit de resultaten bleek immers dat promovendi vooral intervisie met peers verwachten. De intervisievorm die aangeboden wordt vanuit de UvA is een training waarin tevens mindfulness, compassionate focused therapy en cognitieve gedragstherapie verwerkt is. Wellicht wensen promovendi een neutralere vorm van intervisie. Ten eerste zou dit aanbod bekend gemaakt kunnen worden bij promovendi aan de UvA, zoals beschreven onder punt 4. Daarnaast zou de UvA intervisiegroepen kunnen opstarten met of zonder begeleiding van een deskundige.

3) Zorgen van meer bekendheid van de mogelijkheden in loopbaanbegeleiding van de UvA voor promovendi. Loopbaanbegeleiding bleek een van de meest gewenste interventies te zijn van de respondenten van dit onderzoek. Uit de opmerkingen bleek dat zij niet altijd op de hoogte waren van het aanbod van loopbaanbegeleiding van de UvA. Door promovendi bij aanvang van het promotietraject en daarna regelmatig op de hoogte te brengen van de mogelijkheden die de UvA biedt op het gebied van loopbaanbegeleiding en andere interventies, kan dit probleem ondervangen worden. Deze kennis kan bijvoorbeeld worden overgebracht door het ontwikkelen van een introductiemap met daarin de belangrijkste informatie betreft het promotietraject en van de ondersteuningsmogelijkheden die de UvA biedt.

4) Het aangaan van een samenwerkingsverband tussen Bureau Studentenartsen en een aanbieder van online interventies en blended care, zodat promovendi kosteloos of tegen gereduceerde kosten een online interventie kunnen ontvangen. Momenteel worden er geen unguided online interventies en blended care aangeboden door de UvA. Hoewel de voorkeur van de respondenten uitging naar persoonlijk contact met een behandelaar, zijn online interventies voor sommige behandelingen goed geschikt, zoals de training voor timemanagement. Bovendien zijn deze tijdbesparende interventies gemakkelijk in te passen in de drukke agenda van een promovendus en zijn ze ook, eenmaal in werking, kostenefficiënt voor de aanbieders. Er bestaan verschillende aanbieders van online interventies waarbij inspiratie gehaald kan worden, zoals onlinetherapie.nl, therapieland.nl en internet-therapie.nl.

5) Het aanbieden van interventies van promotoren. Bureau Studentenartsen kan advies uitbrengen aan het College van Bestuur en de afdeling Beleid en financiën over het belang van cursussen of trainingen die promotoren kunnen volgen alvorens of ten tijde van het begeleiden van promovendi. Begeleiders kunnen bijvoorbeeld een training leidinggeven of communicatieve vaardigheden volgen, of gecoacht worden in 'People management' (Wiezer et al., 2012). People management is gericht op het omgaan met groepsdynamiek en het creëren van een sterk en productief team, alsmede op de aandacht voor persoonlijke behoeften, doelstellingen en gedragingen van individuen in een team (Managing IT, z.d). Een lastig punt is dat begeleiders dit zelf ook moeten willen. Het is de vraag of deze interventies verplicht gesteld kunnen worden. Een mogelijkheid is om begeleiders te motiveren om dit soort trainingen te volgen door middel van het behalen van punten of bonussen. Bovendien is de kans groter dat promovendi succesvol promoveren en publiceren wanneer de begeleiding goed is. Dit komt de naambekendheid van de promotor ten goede. Deze informatie zou kunnen worden overgedragen aan promotoren door middel van een voorlichtingsavond voor begeleiders. Deze voorlichtingsavond zou georganiseerd en gehost kunnen worden door Bureau Studentenartsen.

6) Het doen van onderzoek door Bureau Studentenartsen naar meer knelpunten of het meer verdiepen in knelpunten. Doordat er een bepaalde limiet gesteld was in verband met de lengte van de vragenlijst is er een selectie van knelpunten gemaakt. Hierdoor werden bepaalde knelpunten uit de literatuur niet meegenomen in het onderzoek, zoals problemen met de financiële situatie (UvAPro, 2015; Appel & Dahlgren, 2003) en eenzaamheid (Lelieveldt, 2013; Janta, Lugosi & Brown, 2014). Bovendien werd prestatiedruk onder werkdruk geschaald en niet opgenomen als een op zichzelf staande variabele. Hoewel prestatiedruk wordt bepaald door de taakeisen van het werk, is het raadzaam te onderzoeken welke taken en elementen de prestatiedruk verhogen, zodat hierop ingespeeld kan worden door de UvA. Daarnaast zouden de factoren van werkdruk verder onderzocht kunnen worden om te bepalen welke factoren of taakeisen de werkdruk onder promovendi het meest beïnvloeden. Met behulp van deze informatie zouden maatregelen getroffen kunnen worden om de werkdruk te verlagen. Ten slotte zouden er in vervolgonderzoek meer demografische kenmerken meegenomen kunnen worden, zoals het hebben van een partner en kinderen, zodat verschillen in resultaten tussen onderzoeken hierop gecontroleerd kunnen worden.

Discussie

In dit hoofdstuk wordt een reflectie gegeven op de kwaliteit van het onderzoek, de beperkingen van de resultaten en welk effect deze beperkingen hebben op de conclusie van het onderzoek, op het eigen onderzoekstechnisch handelen en hoe het anders had kunnen worden aangepakt.

6.1 Kwaliteit van het onderzoek en de beperkingen van de resultaten

Er zijn verschillende beperkingen in het onderzoek die hieronder uiteengezet worden.
Allereerst werd de vragenlijst tweetalig uitgezet. Van de gevalideerde vragenlijsten was er reeds een vertaling beschikbaar. Echter, de introducerende teksten en de beschrijvingen van de interventies werden door mij in het Nederlands opgesteld, waarna ik ze zelf naar het Engels heb vertaald. De vertaling werd door één persoon nagekeken, maar dit betrof geen 'native speaker'. Dit kan betekenen dat de Engelse vertaling de oorspronkelijke tekst niet goed dekt, waardoor er fouten kunnen zijn opgetreden in de interpretaties van de tekst. Bovendien hadden Nederlandse respondenten het voordeel de vragenlijst te kunnen invullen in hun moedertaal, terwijl niet-Engelstalige internationale promovendi de vragenlijst in een vreemde taal invulden. Dit kan invloed hebben gehad op de betrouwbaarheid van de antwoorden, doordat de vragen en stellingen wellicht minder goed werden begrepen en/of geïnterpreteerd vanwege een taalbarrière of cultuurverschillen.
Ten tweede zijn de resultaten niet te representeren naar alle promovendi van de UvA, doordat driekwart van de steekproef bestond uit promovendi verbonden aan de Faculteit Geneeskunde. Deze onevenredige representatie van Faculteiten kwam doordat ongeveer de helft van het totale aantal promovendi van de UvA aan deze faculteit verbonden is. Bovendien was de respons hoger dan bij de andere faculteiten, door verschillen in het verspreiden van de vragenlijst, zoals vermeld in het hoofdstuk Methoden.
Ten derde werd het carrièreperspectief in kaart gebracht met behulp van items waarover onvoldoende psychometrisch onderzoek is gedaan om aan te tonen dat deze valide en betrouwbaar zijn. Het carrièreperspectief binnen de academische wereld werd op een andere manier onderzocht dan het carrièreperspectief buiten de academische wereld. De items en antwoordschalen verschilden van elkaar, waardoor vergelijking tussen het carrièreperspectief binnen en buiten de academisch wereld niet mogelijk was. Daarbij waren de antwoordwoordmogelijkheden van het carrièreperspectief binnen de academische wereld beperkt doordat er een dichotome antwoordschaal werd gebruikt. Hierdoor ontstaat er weinig nuance in de gegeven antwoorden, waardoor het beeld vertekend kan zijn.
Ten vierde konden er in verband met een limiet met betrekking tot de lengte van de vragenlijst, maar een beperkt aantal knelpunten worden opgenomen. Om deze reden zijn knelpunten als bijvoorbeeld prestatiedruk, eenzaamheid en de financiële situatie niet onderzocht.
Ten vijfde bleek uit de antwoorden op de motivatievraag voor het kiezen van een bepaalde interventie dat de beschrijvende tekst over de inhoud van de interventies niet altijd goed werd begrepen door zowel Nederlandse als buitenlandse respondenten. Zo kwamen de verwachtingen van relaxatietraining niet overeen met het doel van de interventie.
Ten slotte werd er, wat betreft de interventievormen, niet gevraagd in welke mate de respondenten een reguliere interventie zouden willen volgen, zoals dit wel werd gedaan voor unguided online interventies en blended care. Hierdoor konden de resultaten niet met elkaar worden vergeleken en kon er geen volledige ranking gemaakt worden voor de meest gewenste interventievormen.

6.2 Het mogelijke effect van de resultaten op de conclusies

Bovenstaande punten kunnen invloed hebben gehad op de conclusies van het onderzoek.
Ten eerste zouden de resultaten van ervaren knelpunten en gewenste interventie anders geweest kunnen zijn als alle respondenten de vragenlijst hadden kunnen invullen in hun moedertaal. Interpretaties hebben invloed op resultaten. Dit geldt ook voor het verkeerd begrijpen van de beschrijvende tekst over de interventies in de vragenlijst. Als de doelen van sommige interventies beter begrepen waren, dan had de ranking er anders kunnen uitzien met daarbij andere aanbevelingen. Over relaxatietraining werd gezegd dat dit zou helpen bij het verminderen van negatieve emoties, piekeren en irrationele angst en het verbeteren van de focus en de gedachten te

verzetten. Met het oog op deze motivaties, hadden RET, MOL en mindfulness een plek in de top-3 kunnen krijgen. De mogelijkheid bestaat dat de huidige top-3 niet overeenkomt met de wensen van promovendi aan de UvA.
Indien er meer knelpunten in de vragenlijst opgenomen hadden kunnen worden, dan had de kans bestaan dat er gebleken was dat respondenten hadden aangegeven zich eenzaam te voelen, een hoge prestatiedruk te ervaren of financiële problemen te ervaren. Dit zou tevens effect hebben gehad op de aanbevelingen.

6.3 Kritische zelfreflectie op het onderzoektechnisch handelen

De methoden voor het praktijkonderzoek waren nog behoorlijk globaal toen ik startte met het opbouwen van de vragenlijst. Hierdoor had ik weinig zicht op wat ik precies ging doen en raakte daarbij onnodig veel tijd kwijt. Doordat ik vooraf niet goed bedacht had hoe ik de analyses wilde gaan uitvoeren, ben ik ook in deze fase onnodig veel tijd kwijt geraakt. Bovendien had ik in eerste instantie voor alle constructen de gemiddelde scores berekend, terwijl dit voor sommige constructen de somscores moesten zijn. Hiermee had ik geen rekening gehouden en kwam daarachter, toen de resultaten al geschreven waren. Ook dit heeft voor vertraging gezorgd. Ten slotte had ik moeite met het doen van statistische analyses. Dit werd grotendeels veroorzaakt door onzekerheid, doordat ik hier onbekend mee was. Hierdoor ben ik terughoudend geweest betreft het aantal analyses dat ik heb uitgevoerd.

6.4 Een andere aanpak

Als ik het onderzoek over zou doen, dan zou ik ten eerste gezorgd hebben voor een stevig en helder plan wat betreft de onderzoeksmethoden en welke analyses ik wil uitvoeren. Hierdoor zou ik minder tijd zijn kwijtgeraakt en had ik me verder kunnen verdiepen in het doen van statistische analyses en SPSS, zodat ik meer diepgang in het onderzoek had kunnen brengen. Daarbij zou ik in de opstartfase om meer tips en adviezen vragen aan begeleiders en medestudenten, om daarmee mijn visie te verbreden en gerichtere keuzes te kunnen maken.
Bovendien zou ik, indien mogelijk, zelf vragen en stellingen bedenken die specifiek gericht zijn op de situatie van de doelgroep. De Vragenlijst voor Transformationeel Leiderschap bestond uit 45 items en besloeg daardoor een groot deel van de vragenlijst. Liever zou ik dit evenrediger verdeeld hebben, zodat er ruimte over was gebleven voor andere knelpunten, zoals prestatiedruk en eenzaamheid. Door direct vragen te stellen over de belangrijke aspecten van begeleiding had deze variabele minder ruimte ingenomen. Verder zou dit de kans verkleinen dat respondenten afhaken in verband met de lengte van de vragenlijst. Een andere manier om de vragenlijst in te perken, is om deze in tweeën te delen, zodat er een knelpuntendeel en interventiedeel ontstaat. Deze zouden dan verdeeld kunnen worden over twee steekproeven. Naast dat dit de kans op afhaken verkleint, wordt de kans op afraffelen ook minder groot.
Ook zou ik de vragenlijst door meer personen willen laten testen, waaronder mensen uit de doelgroep. Zo zouden onduidelijkheden over bijvoorbeeld de interventieomschrijvingen kunnen worden ondervangen en opgehelderd, waardoor de resultaten betrouwbaarder worden. Deze testfase zou ook onder twee groepen kunnen plaatsvinden, de ene groep voor de knelpunten, de andere voor de interventies.
Ten slotte zou ik zorgen dat de meetmethoden overeenkomen. Zo zou ik ook de reguliere interventievorm uitvragen middels een vijfpunt-schaal, zoals gedaan bij unguided online interventies en blended care, zodat de resultaten beter met elkaar vergeleken kunnen worden. Hierop aansluitend zou ik ten slotte de antwoordschalen voor de constructen die knelpunten meten op elkaar willen laten aansluiten, zodat er tevens een ranking gemaakt kan worden van de ervaren knelpunten. Op deze wijze krijgt men zicht op welke onderwerpen het meest aandacht nodig hebben en waarop het eerst ingegrepen moet worden.

Literatuur

Abbott, J.M., Klein, B, & Ciechomsky, L. (2008). Best Practices in Online Therapy. Journal in Technology in Human Services, 26: 2-4, 360-375.

Akerlind, G.S. (2005). Postdoctoral researchers: roles, functions and career prospects. *Higher Education Research and Development, 24:1,* 24-40.

Agterhof, B. (z.d.). *Loopbaanbegeleiding: Wat is het?* Geraadpleegd op 12 januari 2018, van https://loopbaanregisseur.nl/LoopbaanTips/loopbaanadvies/loopbaanbegeleiding-wat-is-het/

Alberti, R.E., & Emmons, M.L. (2001). *Your Perfect Right: Assertiveness and Equality in Your Life and Relationships,* (8e editie). Atascadero, CA, USA: Impact Publishers.

Appel, M.L. & Dahlgren, L.G. (2003). Swedish Doctoral Students' on their Journey towards a PhD: Obstacles and opportunities inside and outside the academic building. *Scandinavian Journal of Educational Research,* 47:1, 89-110.

Arkin. (z.d.). *Ggz-voorlopers werken samen voor opschaling blended care.* Geraadpleegd op 6 februari 2018, van https://www.arkin.nl/ggz-voorlopers-werken-samen-opschaling-blended-care/

Baan, A. (2016). *Promotieklimaat in Nederland: De relatie tussen werkdruk en werktevredenheid onder Nederlandse promovendi.* (Bachelorscriptie, Universiteit Utrecht).

Bakker, A.B., Oerlemans, W.G.M., Vuuren van, C.V., Veldhoven van, M.J.P.M., Bekkum van, P.W.J., Lith van, P.M.P., Siegert, H.S., Tweehuysen, H., Velde van der C., & Wichgers-van Alst, M.G.R.M. (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Werkdruk.* Utrecht: Kwaliteitsbureau NVAB.

Barak, A., Klein, B., & Proudfood, J. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine, 38,* 4-17.

Bregman, R. (2013). *De promovendifabriek*. Geraadpleegd op 21 november 2017, van https://decorrespondent.nl/230/de-promovendifabriek/50136124500-9054dfa9

Brinkman, J., & Oldenhuis, H. (2014). *Beroep op onderzoek.* (2e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bureau Studentenartsen, (z.d.). Geschiedenis, geraadpleegd op 30 augustus 2017, van https://www.huisartsenamsterdam.nl/praktijkinfo/geschiedenis/

Bureau Studentenartsen, (z.d.). Wetenschap, geraadpleegd op 30 augustus 2017, van https://www.huisartsenamsterdam.nl/praktijkinfo/wetenschap/

Carey, T. A., & Mullan, R. J. (2008). Evaluating the method of levels.
Counselling Psychology Quarterly, 21:3, 247-256

CBS. (2014). *Aantal gepromoveerde vrouwen neemt toe, vooral in alfa- en gammarichting.* Geraadpleegd op 13 september 2017, van https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/49/aantal-gepromoveerde-vrouwen-neemt-toe-vooral-in-alfa-en-gamma-richting

Central PhD Council. (2018). *Report on the Annual Doctoral Candidate Survey 2017.* Rapport. Amsterdam: UvA.

Centrum Cognitieve Gedragstherapie. (z.d.). *Rationeel-Emotieve Therapie.* Geraadpleegd op 14 december, van https://ccgt.nl/ret.htm

Centrum Cognitieve Gedragstherapie. (z.d.). *Acceptance & Commitment Therapy*. Geraadpleeg op 14 december 2017, van https://ccgt.nl/act.htm

Chen, G., Gully, S., & Eden, D. (2001). Validation of a New General Self-Efficacy Scale. *Organizational Research Methods,* Vol. 4, No. 1, 62-83.

Christensen, H., Griffiths, K., & Evans, K. (2002). *Implications of the Internet and Related Technologies for Policy*. Canberra: Comonwealth Department of Health and Aging.

CWTS. (2017). *Het mentaal welzijn van de Leidse promovendi*. Leiden: Universtiteit Leiden
Centrum Cognitieve Gedragstherapie. (z.d.). *Aandachtgerichte Cognitieve Therapie.* Geraadpleegd op 14 december 2017, van https://ccgt.nl/ct.htm

David, A., Pelt van, T. (2010). *Adviseren.* Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.

De Knecht, S. (2017). *Veel wetenschapsgeld verspild aan wegwerppromovendi.* Geraadpleegd op 18 augustus 2017, van NRC.nl: https://www.nrc.nl/nieuws/2017/05/04/veel-wetenschapsgeld-verspild-aan-wegwerppromovendi-a1556970

De Lange, A.H., Taris, T.W., Kompier, M.A.J., Houtman, I.L.D., Bongers, P.M., 2004.Work characteristics and psychological well-being: testing normal: reversedand reciprocal relationships within the 4-wave SMASH study. Work Stress 18,149–166.

De Vries, J. (2017). *Exercise as intervention to reduce burnout*. Proefschrift. Radboud Universiteit Nijmegen

Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The Effects of Mindfulness Meditation: A Meta-Analysis. *Mindfulness, 3:* 174-189.

Eby, L.T., Casper, W.J., Lockwood, A., Bordeaux, C., & Brinley, A. (2005). Work and family research in IO/OB: content analysis and review of the literature (1980-2002). *Journal of Vocational Behavior, 66,* 124-197.

Faresa. (z.d.) *Blended care.* Geraadpleegd op 13 februari 2018, van http://www.gedragstherapie.be/blended-care.html

Gerber, m., Brand, S., Elliot, C., Holsboer-Trachsler, E., Pühse, U, & Beck, J. (2013). Aerobic exercise training and burnout: a pilot study with male participants suffering from burnout. *BMC Research Notes 6:78,* 1-9.

Geurts, S.A.E., Taris, T.W., Kompier, M.A.J., Dikkers, J.S.E., Van Hooff M.L.M, & Kinnunen, U.M. (2005). Work-home interaction from a work psychological perspective: Developmentand validation of a new questionnaire, the SWING. *Work and Stress*, 19(4): 319-339.

GGZ Centraal. (2010). *Deeltijdbehandeling.* Geraadpleegd op 16 februari 2018, van https://www.ggzcentraal.nl/hulp-nodig/behandeling--herstel/behandelvormen/deeltijd--of-dagbehandeling/deeltijdbehandeling

GGZGroep. (2017). *Cognitieve gedragstherapie.* Geraadpleegd op 7 december 2017, van https://www.ggzgroep.nl/behandeling/cognitieve-gedragstherapie

GGZNederland. (z.d.). *E-Health.* Geraadpleegd op 14 januari 2018, van http://www.ggznederland.nl/themas/e-health

Gilbert, P. (2009).Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment, 15,* 199-208.

Gilbert, P. (2010). An Introduction to Compassion Focused Therapy in Cognitive Behavior Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy, 3(2),* 97-112.

Greenhaus, J. H., Collins, K. M., & Shaw, J. D. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. Journal of Vocational Behavior 63, 510-531.

Green, P. & Skinner, D. (2005). Does time management training work? An evaluation. *International Journal of Training and Development, 9:2,* 124-139.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57,* 35-43.

Hersencentrum. (2017). Mindfulness Amsterdam. Geraadpleegd op 15 januari 2018, van http://www.hersencentrum.nl/therapie/mindfulness-amsterdam/

Janta, H., Lugosi, P., & Brown, L. (2014). Coping with loneliness: A netnographic study of doctoral students. *Journal of Further and Higher Education*, 38:4, 553-571

Jettinghoff, K., & Scheeren, J. (2016). *Verkenning in het WO: prestatiedruk onder wetenschappelijk personeel.* Sociaal Fonds Kennissector.

Keesman, M., Toffolo, M. & Schuurman, N. (2015). PhD information booklet. UU, Faculty of Social and Behaviorial Sciences.

Kirkels, T. (2016). *Time management*. Geraadpleegd op 7 december 2017, van https://www.ensie.nl/tanja-kirkels/time-management

Koier, E., & De Jonge, J. (2018). De zin van promoveren - Loopbanen en arbeidsmarktperspectieven van gepromoveerden. Den Haag: Rathenau Instituut.

Lal, S., & Adair, C. E. (2014). E-Mental Health: A Rapid Review of the Literature. *Psychiatric Services. 65:* 24-32.

Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine. 45:* 927-945.

Lelieveldt, H. (2013) *Promoveren, Een wegwijzer voor de beginnend wetenschapper.* (6e druk) Amsterdam: Amsterdam University Press.

Levecque, K., Anseel, F., De Beuckelaer, A., Van der Heyden, J., & Gisle, L. (2017). Work organization and mental health problems in PhD students. *Research Policy* , 868-879.

Lin, Y., Shiah, I., Chang, Y., Lai, T., Wang, K., & Chou, k. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today, 24,* 656-665.

Macan, T., Shahani, C., Dipboye, R.L., & Phillips, A. (1990). College Students' Time Management: Correlations With Academic Performance and Stress. *Journal of Educational Psychology Vol. 82, No. 4,* 760-768.

Managing IT. (z.d.) *People Management.* Geraadpleegd op 19 december 2017, van http://www.managing-it.nl/management/people-management/

Mansell, W., Carey, T.A., & Tai, S.J. (2013). *A Transdiagnostic Approach to CBT using Method of Levels Therapy.* London and New York*:* Routledge Taylor & Francis Group.

MBCT Trainingen. (z.d.). *Wat is mindfulness based cognitive therapie.* Geraadpleegd op 14 december 2017, van http://www.mbcttrainingen.nl/mindfulness.html

Meijer, M. M. (2011). Behoud Talent. Een rapportage over de verschillende aspecten die een rol spelen bij de begeleiding van promovendi. Promovendi Netwerk Nederland.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *Monitor langdurige zorg.* Geraadpleegd op 16 februari 2018, van https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/intramurale-zorg

Morrison, V., & Bennett, P. (2011). *Gezondheidspsychologie.* (2e druk). Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Nationaleberoepengids.nl. (z.d.). *Salaris en arbeidsvoorwaarden mental coach.* Geraadpleegd op 9 september 2018, van https://www.nationaleberoepengids.nl/Mental_Coach#Arbeidsvoorwaarden

Nederlands Instituut van psychologen. (2018). *Soorten psychologen en registraties.* Geraadpleegd op 13 februari 2018, van https://www.psynip.nl/studenten/carriere/soorten-psychologen-en-registraties/

OECD. (2014). Education Indicators in Focus. gedownload op 8 november 2017, van http://www.oecd-ilibrary.org/education/who-are-the-doctorate-holders-and-where-do-their-qualifications-lead-them_5jxv8xsvp1g2-en

Overman, R. (2001). *Studenten op Spreekuur. Zestig jaar zorg voor studenten door het Bureau Studentenartsen/ Huisartsen Oude Turfmarkt van de Universiteit van Amsterdam 1938-1998.* Amsterdam: Overman.

Palladino Schultheiss, D.E. (2003). A Relational Approach to Career Counseling: Theoretical Integration and Practical Application. *Journal of Counseling and Development 81,* 301-310.

Rethink UvA PhD Working Group (z.d.). *Blessings and concerns: Exploring the diversity of UvA PhD contracts.* Position Paper.

Rovik, J.O., Thyssen, R., Hem, E., Gude, T., Ekeberg, O., Moum, T., & Vaglum, P. (2007). Job Stress in Young Physicians with an Emphasis on the Work-Home Interface: A Nine-Year, Nationwide and Longitudinal Study of its Course and Predictors. *Industrial Health, 45,* 662-671.

Run your Mind. (z.d.). *Wat is runningtherapie?* Geraadpleegd op 13 april 2018, van http://www.runyourmind.nl/runningtherapie/

Runningtherapie.nl. (z.d.). Wat is running therapie? Geraadpleegd op 13 april 2018, van http://www.runningtherapie.nl/#!:wat-is-runningtherapie

Sanne B, Torp S, Mykletum A, Dahl A. The Swedish demand-control-support questionnaire (DCSQ): factor structure, item analyses, and internal consistency in a large population. Scand J Public Health 2005; 33: 166- 174.

Schaufeli, W., & Bakker, A. (2007). De psychologie van arbeid en gezondheid. (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Science Guide. (2017). *Psychische gezondheid promovendi in gevaar*. Geraadpleegd op 21 november 2017, van http://www.scienceguide.nl/201707/hoe-verder-met-psychische-klachten-promovendi.aspx

Science Guide. (2017). *Universiteiten verantwoordelijk voor werkdruk promovendi.* Geraadpleegd op 19 september 2017, van http://www.scienceguide.nl/201706/universiteiten-verantwoordelijk-voor-werkdruk-promovendi.aspx

Science Guide. (2017). *Maak vaart met onderzoek gezondheid promovendi.* Geraadpleegd op 19 september 2017, van http://www.scienceguide.nl/201704/maak-vaart-met-onderzoek-gezondheid-promovendi.aspx

Scribbr. (2017).*Hoe doe je deskresearch?* Geraadpleegd op 18 oktober 2017, van https://www.scribbr.nl/scriptie-structuur/hoe-doe-je-deskresearch/

Smeets, G., Bos, A.E.R., Molen van der, H.T., & Muris, P. (2009). *Klinische psychologie; Diagnostiek en therapie.* Groningen/ Houten*:* Noordhoff Uitgevers.

Smit, C. (2010). Rationeel Emotieve Therapie. In N. Lazeron, & R. van Dinteren (Ed), *Brein@Work* (pp. 173-179). Houten: Springer Uitgeverij.

Sofokles. (2017). *Werkdruk en prestatiedruk van het wetenschappelijk personeel.* (Rapport). Den Haag: Sofokles.

Steensma, H. (2011). *Mensen, arbeid en organisatie.* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Stubb, J., Pyhältö, K. & Lonka, K. (2011). Balancing between inspiration and exhaustion: PhD students' experienced socio-psychological well-being. *Studies in Continuing Education,* 33:1, 33-50.

Stubb, J., Pyhältö, K. & Lonka, K. (2012). The Experienced Meaning of Working with a PhD Thesis. Scandinavian Journal of Educational research. 56:4, 439-456.

Tafarodi, R.W., & Swann, W.B. (1995). Self-Liking and Self-Competence as Dimensions of Global Self-Esteem: Initial Validation of a Measure. *Journal of Personality Assessment, 65*(2), 322-342.

UvA. (2017). *Begeleiding en kosten.* Geraadpleegd op 7 december 2017, van http://student.uva.nl/content/az/psychologen/begeleiding-en-kosten/begeleiding-en-kosten.html

UvA (2017). *Studentenpsychologen Overzicht.* http://student.uva.nl/content/az/trainingen-en-workshops/psychologische-begeleiding/studentenpsychologen-overzicht-2017-2018.html

UvA. (2017). *Identiteit*. Geraadpleegd op 30 augustus 2017, van Universiteit van Amsterdam: http://www.uva.nl/over-de-uva/uva-profiel/identiteit/identiteit.html

UvA. (2017). *Promoveren.* Geraadpleegd op 30 augustus 2017, van Universiteit van Amsterdam: http://www.uva.nl/over-de-uva/werken-bij-de-uva/promoveren/promoveren.html

UvAPro. (2015). *Are UvA PhD candidates at risk of depression?* Report. Amsterdam: UvA

UvA Studenten. (2018). *Sportverenigingen.* Geraadpleegd op 9 september 2018, van https://student.uva.nl/content/az/sport/sportverenigingen/sportverenigingen.html

Vanroelen, C., Levecque, K., Louckx, F., 2009. Psychosocial working conditions andself-reported health in a representative sample of wage-earners: a test of thedifferent hypotheses of the Demand-Control-Support-Model. Int. Arch. Occup.Environ. Health 82 (3), 329–342.

Van Dale. (2018). *Betekenis 'knelpunt'.* Geraadpleegd op 21 maart 2018, van http://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/knelpunt#.WrJLlk2ouig

Van Damme, D. (2014). Doctorate Degree Holders Take Research Skills Outside Academia. Geraadpleegd op 22 november 2017, van http://oecdeducationtoday.blogspot.nl/2014/10/doctorate-degree-holders-take-research.html

Van Leeuwen, J. (2016). *Promoveren, doe dat maar in jouw eigen tijd! Onderzoek naar de relatie tussen de ervaren werkdruk en het burn-outrisico en de invloed van motivatie bij promovendi* (Bachelorscriptie, Universiteit Utrecht).

VSNU. 2008). *Passend promoveren. Derde fase van het Hoger Onderwijs vraagt om maatwerk.* Den Haag: Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten.

VSNU. (2012). *Prestaties in perspectief. Trendrapportage universiteiten 2000-2020.* Den Haag.

Waaijer, C.J.F., Van der Weijden, I.C.M., & Wouters, P.F. (2015). Competition in science: links between publication pressure, grant pressure and the academic job market. abstract book of the 20th International Science and Technology Indicators conference, 2-4 September 2015, Lugano.

Wentzel, J., Van der Vaart, R., Bohlmeijer, E.T., & Van Gemert-Pijnen. (2016). Mixing Online and Face-to-face Therapy: How to Benefit from Blended Care in Mental Health Care. *JMIR Mental Health, 3(1): e9. Paginanummering ontbreekt*

Wiezer, N., Schelvis, R., Zwieten van, M., Kraan, K., Klauw van der, M., Houtman, I., Kwantus, J.H., & Bakhuys Roozeboom, M. (2012). *Werkdruk.* Rapport TNO. Hoofddorp: TNO.

World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *Mental health: strengthening our response.* Geraadpleegd op 7 september 2017, van http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/

Bijlage I: Verklarende woordenlijst

Interventie
Pinkhof Geneeskundig Woordenboek definieert interventie als volgt: *"*neutrale term van elke vorm van benadering, ingreep, aanpak, verzorging, therapie (in zowel medische als algemene zin)*"*. In de context van dit onderzoek wordt met interventie het volgende bedoeld: (be)handeling, ingreep, aanpak, verzorging of therapie om een probleem op te lossen, te verminderen of te voorkomen.

Psychische gezondheid
Psychische gezondheid is de subjectieve beleving van welzijn, autonomie en competentie. De persoon is in staat de eigen intellectuele en emotionele vermogens te verwezenlijken en kan actief participeren in de samenleving. Psychische gezondheid is meer dan de afwezigheid van psychische problematiek (WHO, 2001). Dit betreft geen letterlijke kopie.

Knelpunten
Een knelpunt is omstandigheid die moeilijkheden veroorzaakt (Van Dale, 2018). Knelpunten kunnen gezien worden als risicofactoren voor het ontstaan van psychische problematiek bij promovendi. Knelpunten hebben betrekking op situaties en omstandigheden die direct verband houden met het promotietraject.

Bijlage II: Typeringen promovendi

Er zijn drie hoofdtypen promovendi te onderscheiden die weer zijn onderverdeeld in twee of drie subcategorieën (Rethink UvA PhD Working Group, z.d.). Er zijn geen exacte percentages van het aantal promovendi per categorie beschikbaar.

Promovendi met een arbeidscontract
Promovendi met een werknemerscontract van 4 jaar van 1 fulltime-equivalent (fte), die inclusief 0,1 fte onderwijs geven.
Gevarieerde werknemerscontracten voor promovendi, waaronder 3 jaar 1 fte, 4 jaar 0,8 fte, en verschillende typen parttime contracten met een relatief zware onderwijslast.
Promovendi met een werknemerscontract van 3 jaar van 0,4 fte. Het contract kan worden aangevuld met het geven van 0,4 fte onderwijs.
Promovendi met een studiebeurs
Student-promovendi krijgen bij de universiteit geen aanstelling als werknemer maar als student. Zij ontvangen in plaats van een salaris een studiebeurs van de universiteit. Promotiestudenten zijn niet in dienst van een universiteit en geven geen onderwijs. .
Promovendi met een buitenlandse overheidsbeurs met een toelage van de overheid voor studenten. De overheidsbeurs kan soms worden aangevuld met een universiteitsbeurs, soms met een gegarandeerde baan in het buitenland.
Promovendi met een projectbeurs en een formeel contract van buiten de EU met belasting-, toeslag- en overheadvrije toeslagen.
Buitenpromovendi
Zelf financierende promovendi die geregistreerd zijn bij de universiteit en een begeleider krijgen toegewezen, maar die zichzelf moeten financieren.
Extern gefinancierde promovendi die geregistreerd zijn bij de universiteit en vaak hun onderzoek doen als onderdeel van of naast een vaste baan. Inclusief promovendi van onderzoeksinstituten die een universiteit voor promotie vereisen.
Ongeregistreerde promovendi die ‘onzichtbaar’ zijn en informele ondersteuning van begeleiders krijgen. Zij registeren zich pas wanneer zij bijna klaar zijn met het promotieonderzoek.

Bijlage III: Organogram UvA

Bijlage IV: Factoren werkdruk

Taakeisen	Taakeisen	Regelmogelijkheden
Werkinhoud • Hoeveelheid werk/ werkdruk/ werktempo, tijdsdruk (deadlines) • Kwaliteitseisen • Moeilijkheidsgraad/ complexiteit • Variatie (monotoon werk of te veel variatie) • Emotionele belasting	***Werkcontext*** • Onduidelijkheid of veranderingen in taak • Taakinterrupties • Onduidelijkheid in rol, verantwoordelijkheden, verwachtingen, procedures, beleid • Onzekerheid baan en/of op komst zijnde organisatieveranderingen • Organisatiecultuur/ stijl van leidinggeven	• Autonomie • Tijdsautonomie • Functionele steun leidinggevende • Functionele steun collega's • Participatie in besluitvorming/ inspraakbevoegdheid

(Bron: Wiezer et al, 2012)

Daarnaast zijn er beschermende factoren die het risico op stressklachten als gevolg van de ervaren werkdruk verminderen. Beschermende factoren zijn onder andere: sociale steun van leidinggevende en collega's, de aanwezigheid van leer- en ontplooiingsmogelijkheden, herstelmogelijkheden en materiële en immateriële waardering (Wiezer et al., 2012). Ten slotte zijn er naast de werkgerelateerde determinanten, ook nog individuele factoren, zoals competenties, die de ervaren werkdruk kunnen beïnvloeden (Wiezer et al., 2012; Schaufeli & Bakker, 2007).

Bijlage V: Soorten Online Interventies

Psychologische online dienst
Online Counseling Het verstrekken van advies en steun via tekstcommunicatie tussen behandelaar en cliënt. Zelden wordt dit contact aangevuld met een gestructureerd behandelprogramma. Online counseling kan zowel synchroon als asynchroon zijn en zowel individueel als in groepsverband plaatsvinden. *Synchrone communicatie*: directe en real-time communicatie tussen cliënt en therapeut (chat, audio en webcam) *Asynchrone communicatie*: communicatie met een vertraging in tijd (sms, e-mail, forum)
Online therapie Contact tussen behandelaar en cliënt meestal asynchroon via email. Het betreft directief georiënteerde communicatie aangevuld met een online behandelprogramma voor de behandeling van specifieke stoornissen.
Informatieverstrekkende websites over mentale gezondheid Websites die informatie verstrekken over zelfhulp, behandelmogelijkheden en verwijzingen. Er vindt geen behandeling plaats of contact met een behandelaar. *Online educatieprogramma's*: Programma's die informatie verschaffen betreft kenmerken die gerelateerd zijn aan een bepaalde stoornis, zoals symptomen, oorzaken, effecten en behandelopties.
Online therapeutische zelfhulpinterventies Zelf-begeleidende online programma's om mentale stoornissen te behandelen of voorkomen
Therapeutische software via het internet Geavanceerde computerprogrammering om positieve verandering te bewerkstelligen en/of verbeteren/ vergroten van kennis, bewustzijn en het begrip van mentale gezondheidsproblemen. *Robotsimulatie:* computersimulaties van therapeutische conversaties (de ingevoerde tekst van de cliënt wordt geanalyseerd op steekwoorden en thema's waarna er een passend antwoord verstrekt wordt door middel van algoritmes gebaseerd op scenario's van therapeutische gesprekken) *Op regels gebaseerd expertsystemen*: systemen voor beoordeling, behandelingsselectie en voortgangsbewaking *Virtuele omgevingen*: spelletjes en virtuele werelden om mentale stoornissen te behandelen of te voorkomen
Online steungroepen Het samenbrengen van mensen met mentale gezondheidsproblemen voor verlichting, empathie en emotionele steun door met elkaar te communiceren. Communicatie kan plaatsvinden doormiddel van chatrooms, discussiefora en email. Deze steungroepen worden niet begeleid door een behandelaar.
Online mentale screening en assessment Online websites waarop personen vragenlijsten kunnen invullen om een indicatie te verkrijgen van hun mentale of fysieke gezondheidstoestand.
Smartphone applicaties Kunnen worden gebruikt voor het verzamelen van informatie (bijvoorbeeld bij negatieve of belemmerende gedachten) en communicatie met therapeuten. Daarnaast zijn er vele zelfhulpapplicaties, zoals bijvoorbeeld meditatie en mindfulnessprogramma's

(Bron: Abbott, Klein & Ciechomsky, 2008; Barak, Klein & Proudfood, 2009)

Bijlage VI: Vragenlijst in Nederlands (EMBARGO)

Introductie (informed consent)

Beste PhD student,

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat een substantieel deel van de promovendi kampt met psychische gezondheidsproblemen, waaronder burn-out klachten en depressie. Wij van Bureau Studentenartsen onderzoeken welke risicofactoren deze klachten in de hand kunnen werken en welke ondersteuningsmogelijkheden hiervoor mogelijk zijn.

De vragenlijst bevat vragen over je persoonlijke achtergrond, onderwerpen waarop zich problemen kunnen voordoen tijdens het promotietraject en over de door jou gewenste interventies.

Het invullen van deze vragenlijst is vrijwillig en eenmalig, en duurt ongeveer 40 minuten. Je kunt op elk desgewenst moment je deelname herroepen.

Aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek kunnen aanbevelingen worden opgesteld ter verbetering van het ondersteuningsaanbod van de UvA. Ook zullen de resultaten gebruikt worden voor het ontwikkelen van de PhD Health Check. Bovendien kan dit onderzoek je inzicht geven in je eigen knelpunten en ondersteuningsbehoeften.

Er wordt vertrouwelijk met je gegevens omgegaan en je antwoorden zullen op groepsniveau en anoniem worden verwerkt. De gegevens die uit deze studie voortkomen, zullen van persoonlijk te herleiden informatie worden ontdaan, worden gedurende de komende 10 jaar bewaard, en zijn alleen toegankelijk voor de onderzoekers die direct betrokken zijn bij het onderzoek. Geanonimiseerde gegevens kunnen worden gebruikt voor publicaties of vervolgonderzoek.

Over de resultaten van deze studie zal te zijner tijd worden bericht op de website van de Huisartsen Oude Turfmarkt (zie onder sectie 'Wetenschap' de subpagina 'Artikelen en rapporten').

Ten slotte worden onder de deelnemers Bol.com-cadeaukaarten ter waarde van 20 euro verloot. Hiervoor vragen we je aan het einde desgewenst je e-mailadres in te vullen. Dit adres zal geenszins gekoppeld worden aan de antwoorden op de vragen.

Als je vragen of opmerkingen hebt, voel je dan vrij om contact op te nemen met Lotte Douwes (l.douwes@uva.nl) een van de onderzoekers.

Vriendelijke groeten,

Claudia van der Heijde,
Senior onderzoeker

Peter Vonk,
Directeur Bureau Studentenartsen

Bent je een PhD-student?

1. Ja
0. Nee -→ einde vragenlijst

Demografische gegevens

Wat is je leeftijd in jaren?

……

Bent je een man of vrouw?

1. man
2. vrouw
3. Anders, namelijk

Ik ben een internationale PhD-student

1. ja, mijn land van origine is ……..
0. nee

Aan welke faculteit ben je verbonden?

1. Faculteit Economie en Bedrijfskunde
2. Faculteit der Geesteswetenschappen
3. Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen
4. Faculteit der Natuurwetenschappen, Wiskunde en Informatica
5. Faculteit der Rechtsgeleerdheid
6. Faculteit der Tandheelkunde
7. Faculteit der Geneeskunde
8. Anders, namelijk:……

Wat voor type contract heeft u aan de UvA?

1. Werknemerscontract
2. Bursaalcontract
3. Buitenpromovendus
4. Anders, namelijk:……

In welke fase van het promotietraject ben je?

1. Eerste jaar
2. Tweede jaar
3. Derde jaar
4. Vierde jaar
5. Anders, namelijk

Knelpunten

Werk-privébalans

Gebruikte vragenlijst: Survey Work-home Interaction Nijmegen (The SWING)
Schalen: (1) Negatieve werk-thuisinterferentie; (2) Negatieve thuis-werkinterferentie
Auteur(s): Geurts et al. (2005)
Voorbeeld item: (1) “Hoe vaak komt het voor dat je thuis prikkelbaar bent, omdat je werk veeleisend is?” (2) “Hoe vaak komt het voor dat je prestaties op het werk verminderen door problemen met je partner/familie/vrienden?”
Aantal items: (1) acht; (2) vier
Chronbach’s alpha: (1) .89; (2) .70

Werkdruk

Gebruikte vragenlijst: Demand Control Support Questionnaire (DCSQ)
Schalen: (1) Psychologische eisen
Auteur(s): Sanne, Torp, Mykletum, & Dahl (2005)
Voorbeeld item: : “Vraagt je werk overmatige inspanning?”
Aantal items: vijf
Chronbach’s alpha: .69

Sociale steun

Gebruikte vragenlijst: Demand Control Support Questionnaire (DCSQ)
Schalen: (1) Sociale steun
Auteur(s): Sanne, Torp, Mykletum, & Dahl (2005)
Voorbeeld item: “Mijn collega’s steunen mij.”
Aantal items: zes
Chronbach’s alpha: .86

Begeleiding

Gebruikte vragenlijst: The Transformational Leadership Questionnaire
Schalen: (1) Zorg; (2) Zelfbeschikking; (3) Openheid; (4) Aanmoediging; (5) Steun
Auteur(s): Almino-Metcalfe & Alban-Metcalfe (2001)
Voorbeeld item: (1) “Staat open voor mijn wensen en ambities”; (2) “Moedigt me aan om me verder te ontwikkelen door meer verantwoordelijkheid op mij te nemen”; (3) “Is bereid om zijn/ haar ideeën aan te passen na het luisteren naar mijn standpunt of naar dat van anderen”; (4) “Geeft heldere gedefinieerde normen of criteria aan die ik moet bereiken”; (5) “Maakt het me gemakkelijk om mijn fouten toe te geven”
Aantal items: (1) dertien; (2) zes; (3) negen; (4) acht; (5) negen
Chronbach’s alpha: (1) .96; (2) .89; (3) .91; (4) .90; (5) .91

Carrièreperspectief

Gebruikte vragenlijst: Career Perspective
Schalen: (1) Carrièreperspectief binnen de academische wereld; (2) Carrièreperspectief buiten de academische wereld
Auteur(s): Levecque et al. (2017)
Voorbeeld item: (1) “Hoe groot schat je jouw kans in op het vinden van een baan in de wetenschap?” ; (2) “Een doctoraat in mijn studiegebied bereid je voldoende voor op een carrière buiten de academische wereld”
Aantal items: (1) twee; (2) twee
Chronbach’s alpha: (1) n.v.t (binaire antwoordschaal); (2) .62

Subjectieve competentie

Gebruikte vragenlijst: ‘the New General Self-Efficacy Scale’
Schalen: (1) Algemene subjectieve competentie
Auteur(s): Chen, Gully, & Eden (2001)
Voorbeeld item: “Ik ben in staat vele uitdagingen succesvol te volbrengen”
Aantal items: acht
Chronbach’s alpha: .91

Interventies

Er volgt nu een uiteenzetting van verschillende interventies die gericht zijn op het omgaan met knelpunten die tijdens het promotietraject ervaren worden, en met de eventuele psychische gezondheidsklachten die daaruit voortkomen.
Met de term 'interventie' wordt elke vorm van behandeling, ingreep of therapie bedoeld.
Lees deze interventies aandachtig door en ga bij jezelf na of deze voor jou zinvol en of wenselijk zouden kunnen zijn.

Rationeel Emotieve Therapie (RET)
Met behulp van RET leert men negatieve gedachten te herkennen, ze ter discussie te stellen en ze te vervangen door meer positieve gedachten. Door het hebben van meer positieve gedachten, zullen negatieve emoties en stress verminderen, waardoor je je prettiger voelt en beter met de situatie kunt omgaan. Bovendien vermindert het (de kans op) psychische gezondheidsklachten.

In hoeverre ben je het eens met de volgende stellingen?

1. Sterk Oneens
2. Enigszins oneens
3. Noch eens/ noch oneens
4. Enigszins mee eens
5. Sterk mee eens

1. RET zou een zinvolle interventie voor mij zijn.
2. Ik zou deze interventie willen volgen.

Method of Levels (MOL)
De nadruk van de interventie ligt op de dieperliggende opvattingen, waarden en doelen die van invloed zijn op de gedachtestroom. Door deze dieperliggende structuren te wijzigen, zouden ook de negatieve gedachten, emoties en gedragingen ten opzichte van de situatie kunnen veranderen. Met behulp van MOL wordt men ondersteund bij de bewustwording van deze opvattingen, waarden en doelen. Men leert gewoonten en opvattingen los te laten die de problemen in stand houden en te reflecteren op het eigen denken en gedrag. Hierdoor word je flexibeler in het omgaan met de situatie en bedreven in het verminderen van de ervaren stress.

In hoeverre ben je het eens met de volgende stellingen?

1. Sterk Oneens
2. Enigszins oneens
3. Noch eens/ noch oneens
4. Enigszins mee eens
5. Sterk mee eens

1. MOL zou een zinvolle interventie voor mij zijn.
2. Ik zou deze interventie willen volgen.

Relaxatietraining
Relaxatietrainingen richten zich op het registreren van spanning in het dagelijks leven, meditatie, ademhalingsoefeningen en oefeningen voor spierontspanning. Deze oefeningen kunnen worden ingezet bij acute stresssituaties waarbij het functioneren wordt beperkt, of bij het voorkomen van een hoog stressniveau. Hierdoor nemen gevoelens van stress en controleverlies over de situatie af, waardoor je beter kunt omgaan met stressvolle gebeurtenissen.

In hoeverre ben je het eens met de volgende stellingen?

1. Sterk Oneens
2. Enigszins oneens
3. Noch eens/ noch oneens
4. Enigszins mee eens
5. Sterk mee eens

1. Relaxatietraining zou een zinvolle interventie voor mij zijn.
2. Ik zou een relaxatietraining willen volgen.

Assertiviteitstraining
Assertiviteitstrainingen zijn gericht op het veranderen van het zelfbeeld, het verbeteren van de assertiviteit en het duidelijk, op niet agressieve wijze, uiten van de behoeften en gedachten. Tijdens de training wordt er aandacht besteed aan verschillende gedragingen, namelijk een verzoek doen, weigeren, de eigen mening uiten, kritiek geven, reageren op kritiek, en voor jezelf opkomen. De effecten van assertiviteitstrainingen zijn onder andere een verbetering van de assertiviteit, het zelfvertrouwen, interpersoonlijke interacties, communicatievaardigheden en een vermindering van sociale angst.

In hoeverre ben je het eens met de volgende stellingen?

1. Sterk Oneens
2. Enigszins oneens
3. Noch eens/ noch oneens
4. Enigszins mee eens
5. Sterk mee eens

1. Assertiviteitstraining zou een zinvolle interventie voor mij zijn.
2. Ik zou deze interventie willen volgen

Mindfulness
Mindfulness verhoogt het bewustzijn en verbetert de aandacht. Mindfulness-gebaseerde interventies worden toegepast om het lijden van personen met fysieke, psychosomatische en psychische stoornissen te verminderen, maar zijn ook bedoeld voor gezonde personen die beter willen leren omgaan met stressvolle levensgebeurtenissen. Door een open en acceptatiegerichte houding te ontwikkelen tegenover situaties, gedachten en gevoelens kunnen stress, angstklachten, negatieve emoties verminderen en het welzijn verbeteren.

In hoeverre ben je het eens met de volgende stellingen?

1. Sterk Oneens
2. Enigszins oneens
3. Noch eens/ noch oneens
4. Enigszins mee eens
5. Sterk mee eens

1. Mindfulness zou een zinvolle interventie voor mij zijn.
2. Ik zou deze interventie willen volgen.

Compassion-Focused Therapy (CFT)
Tijdens een CFT- interventie leren mensen zich anders over gebeurtenissen te voelen door een compassievolle, acceptatiegerichte en liefdevolle houding te ontwikkelen ten opzichte van onszelf en anderen. Gevoelens van schaamte en schuld zullen hierdoor verminderen. Aangezien zelfkritiek, schaamte en schuld een belangrijke rol spelen bij psychische klachten is deze interventie ook goed inzetbaar bij het ervaren van angst, depressie en stressklachten.

In hoeverre ben je het eens met de volgende stellingen?

1. Sterk Oneens
2. Enigszins oneens
3. Noch eens/ noch oneens
4. Enigszins mee eens
5. Sterk mee eens

1. CFT zou een zinvolle interventie voor mij zijn.
2. Ik zou deze interventie willen volgen.

Running Therapy
Running therapy is het inzetten van hardlopen voor het verbeteren van de psychische gezondheid onder begeleiding van een runningtherapeut. Het verschil met hardlopen in het algemeen is dat running therapy gericht is op het proces en niet op de prestatie, waardoor de training meer ontspanning biedt. Een toename van lichaamsbeweging zorgt voor een vermindering van stress, burn-outklachten en depressieve klachten. Running therapy heeft een gunstig effect op de concentratie en de cognitieve prestaties. Bovendien vermindert het gevoelens van vermoeidheid en slaapproblemen.

In hoeverre ben je het eens met de volgende stellingen?

1. Sterk Oneens
2. Enigszins oneens
3. Noch eens/ noch oneens
4. Enigszins mee eens
5. Sterk mee eens

1. Running therapy zou een zinvolle interventie voor mij zijn.

2. Ik zou deze interventie willen volgen.

Coaching
Coachen betreft het bevorderen van de zelfstandigheid en de ontwikkeling van de persoon. De nadruk ligt op het vergroten van de persoonlijke effectiviteit van het individu door diens (werkgerelateerde) kennis, vaardigheden en inzichten te vergroten. Naast problemen in de werksituatie kan een coach ook andere situaties waarin de persoon is vastgelopen behandelen. Samen met de coach wordt uitgezocht hoe de gewenste situatie kan worden bereikt. De coach kan tijdens dit proces steun bieden en de motivatie bevorderen.

In hoeverre ben je het eens met de volgende stellingen?

1. Sterk Oneens
2. Enigszins oneens
3. Noch eens/ noch oneens
4. Enigszins mee eens
5. Sterk mee eens

1. Coaching zou een zinvolle interventie voor mij zijn.
2. Ik zou deze interventie willen volgen.

Timemanagement
Uitgangspunt van timemanagement is het efficiënt indelen van tijd. Dit biedt duidelijkheid, structuur en overzicht, zorgt voor ruimte en rust in het hoofd, en voor een betere balans tussen werk en ontspanning. Vaardigheden die worden verworven bij een timemanagementtraining zijn het stellen van doelen en prioriteiten, het overzichtelijk houden van werkzaamheden, het plannen van taken, en verzoeken durven te weigeren. Deze vaardigheden zorgen voor een waargenomen controle over tijd, een toegenomen de assertiviteit en een vermindering van stress.

In hoeverre ben je het eens met de volgende stellingen?

1. Sterk Oneens
2. Enigszins oneens
3. Noch eens/ noch oneens
4. Enigszins mee eens
5. Sterk mee eens

1. Timemanagement zou een zinvolle interventie voor mij zijn.
2. Ik zou deze interventie willen volgen.

Loopbaanbegeleiding
Loopbaanbegeleiding is het begeleiden van personen met een hulpvraag, bij knelpunten, of bij koersbepaling op het werk of in de carrière. Loopbaanbegeleiding kan verschillende doelen hebben, zoals het verhelderen van iemands kwaliteiten, het doen van een beroeps- of studiekeuzetest, het uitstippelen van de volgende carrièrestap, het opstellen van een curriculum vitae (cv), begeleiding bij knelpunten, zoals ontslag, re-integratie, stress, burn-out, of conflicten met collega's en/of leidinggevenden.

In hoeverre ben je het eens met de volgende stellingen?

1. Sterk Oneens
2. Enigszins oneens
3. Noch eens/ noch oneens
4. Enigszins mee eens
5. Sterk mee eens

1. Loopbaanbegeleiding zou een zinvolle interventie voor mij zijn.
2. Ik zou deze interventie willen volgen.

Motivatie voor interventiekeuzes
Kun je voor jouw 'top-3' interventies aangeven om welke redenen je hiervoor zou kiezen?

……
……

Setting
Interventies kunnen zowel individueel plaatsvinden als in groepsverband. Gaat je voorkeur uit voor individuele of naar groepsinterventies?

1. Individueel
2. Groep

Online interventies
Verschillende unguided interventies worden online aangeboden. Dit houdt in dat je zelfstandig een e-Health zelfhulpprogramma doorloopt in je eigen tijd en tempo. Hierbij vinden geen gesprekken met een therapeut plaats.

In hoeverre ben je het eens met de volgende stelling?

Ik zou interventies graag online willen volgen

1. Sterk Oneens
2. Enigszins oneens
3. Noch eens/ noch oneens
4. Enigszins mee eens
5. Sterk mee eens

Blended care
Verschillende guided interventies worden online en met begeleiding van een therapeut aangeboden. Dit houdt in dat je zelfstandig een e-Health zelfhulpprogramma doorloopt in je eigen tijd en tempo, en tevens contactmomenten hebt met een therapeut. Deze combinatie wordt 'blended care' genoemd.

In hoeverre ben je het eens met de volgende stelling?

Ik zou graag blended care ontvangen.

1. Sterk Oneens
2. Enigszins oneens
3. Noch eens/ noch oneens
4. Enigszins mee eens
5. Sterk mee eens

Motivaties voor interventievormen

Wat zijn voor jou mogelijke redenen om een unguided interventie online te volgen?
……

Wat zijn voor jou mogelijke redenen om een blended care interventie te volgen?
……

Wat zijn voor jou mogelijke redenen om een interventie niet online maar bij voorkeur face-to-face met een therapeut te volgen? (optioneel)
……

Aanvullingen
Kun je ten slotte zelf nog interventies noemen die niet in de vragenlijst zijn vermeld waarvan je denkt dat deze opgenomen zouden moeten worden in het interventieaanbod van de UvA?……
…….....

Bijlage VII: Vragenlijst in het Engels (EMBARGO)

Introduction (informed consent)

Dear PhD student,

Various studies show that a substantial part of PhD students suffers from psychological health problems, including burn-out complaints and depression. We, from The Student Health Service examine what risk factors may lead to these complaints and which options for offering support are possible.

The questionnaire contains questions about your personal background, about the identification of problems about different topics during the PhD trajectory and about your interventions preferences.

Completing this questionnaire is voluntary and only once, and takes about 40 minutes. You can withdraw yourself at any time if you wish.

Based on the outcomes of this research, recommendations can be made to improve the UvA's student services and interventions for PhD students. Results will also be used for the development of the PhD Health Check. Moreover, this research can deepen your insight into your own problem areas and support needs.

Your data is treated confidentially and your answers are processed at group level and anonymously. The data resulting from this study will be stripped of personally identifiable information, will be kept for the next 10 years, and will only be accessible to the researchers who are directly involved in the research. Anonymous data can be used for publications or follow-up research.

The results of this study will be posted in due course on the website of Huisartsen Oude Turfmarkt (see under section 'Science' the subpage 'Articles and reports').

Finally, among the participants, Bol.com gift cards worth € 20 are raffled. If you want to be included for this, we ask you to fill in your e-mail address at the end. This address will in no way be linked to the answers to the questions.
If you have questions or comments, please contact Lotte Douwes (l.douwes@uva.nl), one of the researchers.

Kind regards,

Claudia van der Heijde,
Senior research scientist

Peter Vonk,
Director Bureau Studentenartsen

Are you a PhD-student?

2. Yes
1. No -→ end questionnaire

Demographic characteristics

What is your age in years?

……

Are you a man or a woman?

1. Man
2. Woman
3. Otherwise, namely

Are you an international PhD student?

1. yes, and originally from .....
0. no.

Which faculty are you connected to?

1. Faculty of Economics and Business
2. Faculty of Humanities
3. Faculty of Social and Behavioural Sciences
4. Faculty of Science
5. Faculty of Law
6. Faculty of Dentistry
7. Faculty of Medicine
8. Otherwise, namely….

What type of contract do you have at the UvA?

1. Employee contract
2. Scholarship contract
3. External doctoral candidate
4. Otherwise, namely

At what stage of the PhD trajectory are you?

1. First year
2. Second year
3. Third year
4. Fourth year
5. Otherwise, namely

Difficulties

Work-life balance

Gebruikte vragenlijst: Survey Work-home Interaction Nijmegen (The SWING)
Schalen: (1) Negative work-home interference (2) Negative home-work interference
Auteur(s): Geurts et al. (2005)
Voorbeeld item: (1) “How often does it happen that you are irritable at home because your work is demanding?” (2) “How often does it happen that problems with your spouse/family/friends affect your job performance?”
Aantal items: (1) eight; (2) four
Chronbach’s alpha: (1) .89; (2) .70

Workload

Gebruikte vragenlijst: Demand Control Support Questionnaire (DCSQ)
Schalen: (1) Psychological demands
Auteur(s): Sanne, Torp, Mykletum, & Dahl (2005)
Voorbeeld item: : “Does your work demands excessive effort?”
Aantal items: five
Chronbach’s alpha: .69

Sociale steun

Gebruikte vragenlijst: Demand Control Support Questionnaire (DCSQ)
Schalen: (1) Social Support
Auteur(s): Sanne, Torp, Mykletum, & Dahl (2005)
Voorbeeld item: “My colleagues support me”
Aantal items: six
Chronbach’s alpha: .86

Begeleiding

Gebruikte vragenlijst: The Transformational Leadership Questionnaire
Schalen: (1) Concern; (2) Empowerment; (3) Openness; (4) Encouragement; (5) Support
Auteur(s): Almino-Metcalfe & Alban-Metcalfe (2001)
Voorbeeld item: (1) “Is sensitive to my needs and aspirations“; (2) “Encourages me to think of wholly new approaches or solutions to problems”; (3) “Is willing to modify her/his ideas after listening to my or others’ view”; (4) “Articulates clearly defined standards or criteria for me to achieve”; (5) “Makes it easy for me to admit my mistakes”
Aantal items: (1) thirteen; (2) six; (3) nine; (4) eight; (5) nine
Chronbach’s alpha: (1) .96; (2) .89; (3) .91; (4) .90; (5) .91

Carrièreperspectief

Gebruikte vragenlijst: Career Perspective
Schalen: (1) Career perspective inside academia; (2) Career perspective outside academia
Auteur(s): Levecque et al. (2017)
Voorbeeld item: (1) “How big do you perceive your chance of finding a job in academia?”; (2) “A PhD in my field of study prepares one sufficiently for a career outside academia”
Aantal items: (1) two; (2) two
Chronbach’s alpha: (1) n.v.t (binair response scale); (2) .62

Subjectieve competentie

Gebruikte vragenlijst: ‘the New General Self-Efficacy Scale’
Schalen: (1) General self-efficacy
Auteur(s): Chen, Gully, & Eden (2001)
Voorbeeld item: “I will be able to successfully overcome many challenges”.
Aantal items: eight
Chronbach’s alpha: .91

Interventions

Next you will find an outline of different interventions aimed at dealing with difficulties that are expierenced during the PhD trajectory, and with the possible mental health complaints that arises from this. The term 'intervention' refers to any form of treatment, interference or therapy.
Please read these interventions attentively and check with yourself if this could be useful and/or desirable for you.

Rationall Emotive Therapy (RET)

Through RET one learns to recognize negative thoughts, to question them and to replace them with more positive thoughts. By having more positive thoughts, negative emotions and stress will decrease, making you feel more comfortable and more capable to cope with the situation. Moreover, it reduces (the risk of) psychological health complaints

To what extent do you agree with the following statements?

1. Strongly disagree
2. Slightly disagree
3. Neither agree/ nor disagree
4. Slightly agree
5. Strongly agree

3. RET could be a useful intervention for me.
4. I would like to participate in this intervention.

Method of Levels (MOL)
MOL therapy focuses on the underlying beliefs, values and goals that affect one's thoughts. By changing these deeper structures, negative thoughts, emotions and behaviors could also change. Through MOL therapy people learn to be aware of these beliefs, values and goals, to let go of the habits and beliefs sustaining these problems, and to reflect on their own thinking and behavior. As a consequence you will be more flexible in coping with the situation and skillful at reducing stress symptoms.

To what extent do you agree with the following statements?

1. Strongly disagree
2. Slightly disagree
3. Neither agree/ nor disagree
4. Slightly agree
5. Strongly agree

3. MOL could be a useful intervention for me.
4. I would like to participate in this intervention.

Relaxation Therapy
Relaxation therapy focuses on recognizing tension in daily life, meditation, breathing exercises and exercises for muscle relaxation. These exercises can be used in acute stressful situations that constrains ones functioning or in preventing a high stress level. This intervention reduces the feelings of stress and loss of control over the situation, so that you can deal with stressful events better.

To what extent do you agree with the following statements?

1. Strongly disagree
2. Slightly disagree
3. Neither agree/ nor disagree
4. Slightly agree
5. Strongly agree

3. Relaxation therapy would be a useful intervention for me.
4. I would like to follow this intervention.

Assertiveness training
Assertiveness training is focused on changing self-image, improving assertiveness and expressing needs and thoughts in a non-aggressive way. During the training attention is paid to different behaviors, namely making requests, refusing, expressing your own opinion, criticizing, reacting to criticism, and standing up for yourself. The effects of assertiveness training include an improvement in assertiveness, self-confidence, interpersonal interactions and communication skills, and a reduction in social anxiety.

To what extent do you agree with the following statements?

1. Strongly disagree
2. Slightly disagree
3. Neither agree/ nor disagree

4. Slightly agree
5. Strongly agree

3. Assertiveness training would be a useful intervention for me.
4. I would like to follow this intervention.

Mindfulness
Mindfulness increases awareness and improves attention. Mindfulness-based interventions are applied to reduce the suffering of persons with physical, psychosomatic and mental disorders, but can also serve healthy people who want to learn how to deal with stressful life events. By developing an open and acceptance-oriented attitude towards situations, thoughts and feelings, stress, anxiety and negative emotions can be reduced.

To what extent do you agree with the following statements?

1. Strongly disagree
2. Slightly disagree
3. Neither agree/ nor disagree
4. Slightly agree
5. Strongly agree

3. Mindfulness would be a useful intervention for me.
4. I would like to follow this intervention.

Compassion-Focused Therapy (CFT)
Through CFT people learn to develop a compassionate, acceptance-oriented and loving attitude towards themselves and others. This will reduce feelings of shame and guilt. Since self-criticism, shame and guilt play an important role in psychological complaints, this intervention is also useful in the experience of anxiety, depression and stress complaints.

To what extent do you agree with the following statements?

1. Strongly disagree
2. Slightly disagree
3. Neither agree/ nor disagree
4. Slightly agree
5. Strongly agree

3. CFT would be a useful intervention for me.
4. I would like to follow this intervention.

Running Therapy
Running therapy is the use of running for improving mental health under the guidance of a running therapist. The difference with running in general is that running therapy is focused on the process and not on performance, which makes the training more about relaxation. An increase in physical activity leads to a reduction of stress, burn-out complaints and depressive symptoms. Running therapy is beneficial for concentration and cognitive performance. In addition, it reduces feelings of fatigue and sleeping problems.

To what extent do you agree with the following statements?

1. Strongly disagree
2. Slightly disagree
3. Neither agree/ nor disagree
4. Slightly agree
5. Strongly agree

3. Running therapy would be a useful intervention for me.
4. I would like to follow this intervention.

Coaching
Coaching involves promoting the independence and development of the person. The emphasis is on increasing the personal effectiveness of the individual by increasing his (work-related) knowledge, skills and insights. In addition to problems in the work situation, a coach can also handle other situations in which the person feels being stuck. With support of the coach the person finds out how

the desired situation can be achieved. The coach can provide support during this process and promote motivation.

To what extent do you agree with the following statements?

1. Strongly disagree
2. Slightly disagree
3. Neither agree/ nor disagree
4. Slightly agree
5. Strongly agree

3. Coaching would be a useful intervention for me.
4. I would like to follow this intervention.

Time management
The starting point of time management is the efficient division of time. This offers clarity, structure and overview, provides space and peace of mind, and a better balance between work and relaxation. Skills gained during a time management training are setting goals and priorities, keeping a clear overview of activities, planning tasks, and daring to refuse requests. These skills provide an observed control over time, an increased assertiveness and a reduction of stress.

To what extent do you agree with the following statements?

1. Strongly disagree
2. Slightly disagree
3. Neither agree/ nor disagree
4. Slightly agree
5. Strongly agree

3. Timemanagement would be a useful intervention for me.
4. I would like to follow this intervention.

Career guidance
Career counseling is the guiding of people with a request for help, with problems, or with course determination at work or in the career. Career counseling can have various goals, such as clarifying someone's qualities, making a professional or study choice test, outlining the next career step, drafting a curriculum vitae (CV), providing guidance on problems such as dismissal, reintegration, stress, burn-out, or conflicts with colleagues and/ or managers.

To what extent do you agree with the following statements?

1. Strongly disagree
2. Slightly disagree
3. Neither agree/ nor disagree
4. Slightly agree
5. Strongly agree

3. Career guidance would be a useful intervention for me.
4. I would like to follow this intervention.

Motivation for intervention choices
Can you indicate out of your top 3 interventions for what reasons you choose these interventions?
……
……

Setting
Interventions can take place individually or in groups. Do you prefer individual or group interventions?

3. Individual
4. Group

Online interventions
Various unguided interventions are offered online. This means that you independently go through an e-Health self-help program at your own time and pace. No conversations with a therapist take place here. To what extent do you agree with the following statement?

I would like to follow interventions online

1. Strongly disagree
2. Slightly disagree
3. Neither agree/ nor disagree
4. Slightly agree
5. Strongly agree

Blended care
Various guided interventions are offered online and accompanied by a therapist. This means that you independently go through an e-Health self-help program at your own time and pace, and also have contact moments with a therapist. This combination is called 'blended care'. To what extent do you agree with the following statement?

I would like to receive blended care.

1. Strongly disagree
2. Slightly disagree
3. Neither agree/ nor disagree
4. Slightly agree
5. Strongly agree

Motivations for intervention forms

What are possible reasons for you to participate in an unguided intervention online?
……

What are possible reasons for you to receive blended care?
……

What are possible reasons for you not to participate in an intervention online but preferably face-to-face with a therapist?
……

Additions
Finally, can you yourself mention interventions that are not mentioned in the questionnaire that you think should be included in the UvA's intervention offer?
……

BIJLAGE VIII: OUTPUT ANALYSES

OUTPUT QUALTRICS

Filtervraag promovendus of niet

#	Antwoord	%	Aantal
1	Ja	98.59%	560
2	Nee	1.41%	8
	Totaal	100%	568

Leeftijd

#	Field	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Std afwijking	Variantie	Aantal
1	Wat is je leeftijd in jaren?	22.00	65.00	29.08	4.88	23.78	545

Geslacht

#	Antwoord	%	Aantal
1	Man	29.36%	160
2	Vrouw	70.64%	385
3	Anders, namelijk	0.00%	0
	Totaal	100%	545

Nationaliteit

#	Antwoord	%	Aantal
1	Ja, mijn land van origine is	22.94%	125
0	Nee	77.06%	420
	Totaal	100%	545

Faculteit

#	Antwoord	%	Aantal
6	Faculteit der Tandheelkunde	1.47%	8
5	Faculteit der Rechtsgeleerdheid	0.73%	4
4	Faculteit der Natuurwetenschappen, Wiskunde en Informatica	7.34%	40
3	Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen	6.24%	34
7	Faculteit der Geneeskunde	77.25%	421
2	Faculteit der Geesteswetenschappen	3.30%	18
1	Faculteit Economie en Bedrijfskunde	1.10%	6
8	Anders, namelijk	2.57%	14
	Totaal	100%	545

Type Contract

#	Antwoord	%	Aantal
1	Werknemerscontract	65.50%	357
2	Bursaal contract	6.42%	35
3	Buitenpromovendus	13.58%	74
4	Anders, namelijk	14.50%	79
	Totaal	100%	545

Fase in promotietraject

#	Antwoord	%	Aantal
1	Eerste jaar	24.95%	136
2	Tweede jaar	24.59%	134
3	Derde jaar	22.39%	122

4	Vierde jaar	18.90%	103
5	Anders, namelijk	9.17%	50
	Totaal	100%	545

Carrièreperspectief binnen de academische wereld: ambitie carrière binnen in wetenschap

#	Antwoord	%	Aantal
0	Niet zo groot	49.89%	222
1	Behoorlijk groot	50.11%	223
	Totaal	100%	445

Carrièreperspectief binnen de academische wereld: geschatte kans op carrière in wetenschap

#	Antwoord	%	Aantal
0	Klein	53.59%	239
1	Groot	46.41%	207
	Totaal	100%	446

OUTPUT SPSS

BETROUWBAARHEIDSANALYSES

Work-Home-interference

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=WHB_WHB_1 WHB_WHB_2 WHB_WHB_3 WHB_WHB_4 WHB_WHB_5
WHB_WHB_6 WHB_WHB_7 WHB_WHB_8
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	518	90,6
	Excluded[a]	54	9,4
	Total	572	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,896	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
WHI_1	7,10	21,346	,622	,888
WHI_2	7,20	19,506	,737	,877
WHI_3	7,34	20,995	,644	,886
WHI_4	7,44	20,220	,670	,884
WHI_5	7,19	20,472	,641	,887
WHI_6	7,19	19,631	,722	,879
WHI_7	7,00	19,615	,683	,883
WHI_8	7,14	20,343	,710	,880

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8,23	26,083	5,107	8

Home-Work-interference

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=WHB_WHB_9 WHB_WHB_10 WHB_WHB_11 WHB_WHB_12
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	518	90,6
	Excluded[a]	54	9,4
	Total	572	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,706	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
HWI_1	,73	1,209	,528	,636
HWI_2	1,14	2,007	,290	,741
HWI_3	,90	1,385	,594	,575
HWI_4	1,01	1,478	,604	,577

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
1,26	2,460	1,568	4

Werkdruk

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Taakeisen_Taakeisen_1r Taakeisen_Taakeisen_2r Taakeisen_Taakeisen_3r
    Taakeisen_Taakeisen_4 Taakeisen_Taakeisen_5r
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	505	88,3
	Excluded[a]	67	11,7
	Total	572	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,690	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Workload_1	9,4218	5,744	,528	,607
Workload_2	8,7465	6,420	,380	,666
Workload_3	9,5822	5,212	,563	,584
Workload_4	9,2238	5,436	,438	,646
Workload_5	10,0832	6,271	,333	,686

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
11,7644	8,434	2,90421	5

Sociale steun

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Steun_Steun_1 Steun_Steun_2 Steun_Steun_3 Steun_Steun_4 Steun_Steun_5
Steun_Steun_6
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	505	88,3
	Excluded[a]	67	11,7
	Total	572	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,863	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SS_1	8,07	8,596	,715	,830
SS_2	8,00	9,014	,706	,830
SS_3	8,26	9,383	,744	,826
SS_4	8,11	9,523	,656	,840
SS_5	8,15	10,014	,487	,871
SS_6	8,39	10,055	,675	,840

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
9,80	13,218	3,636	6

Encouragement

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Leiding_LEADER_1 Leiding_LEADER_4 Leiding_LEADER_8 Leiding_LEADER_19
Leiding_LEADER_24
    Leiding_LEADER_27 Leiding_LEADER_37 Leiding_LEADER_41
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	449	78,5
	Excluded[a]	123	21,5
	Total	572	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,905	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted

LEADER_1	26,77	55,366	,645	,898
LEADER_4	26,76	54,208	,684	,895
LEADER_8	26,45	53,092	,721	,891
LEADER_19	26,34	54,867	,705	,893
LEADER_24	26,74	54,721	,654	,897
LEADER_27	26,88	51,415	,797	,884
LEADER_37	26,61	55,894	,643	,898
LEADER_41	26,82	53,598	,734	,890

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
30,48	69,777	8,353	8

Concern

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Leiding_LEADER_2 Leiding_LEADER_14 Leiding_LEADER_15 Leiding_LEADER_16
    Leiding_LEADER_18 Leiding_LEADER_20 Leiding_LEADER_22 Leiding_LEADER_26
Leiding_LEADER_30
    Leiding_LEADER_32 Leiding_LEADER_36 Leiding_LEADER_39 Leiding_LEADER_45
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	449	78,5
	Excluded[a]	123	21,5
	Total	572	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,957	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
LEADER_2	47,45	185,592	,693	,956
LEADER_14	48,57	178,108	,755	,955
LEADER_15	48,12	179,917	,760	,954

LEADER_16	48,15	180,165	,819	,953
LEADER_18	47,97	180,144	,817	,953
LEADER_20	47,82	177,650	,834	,952
LEADER_22	47,29	188,742	,594	,958
LEADER_26	47,66	178,898	,820	,953
LEADER_30	47,94	178,711	,846	,952
LEADER_32	48,17	178,671	,840	,952
LEADER_36	47,59	181,094	,753	,955
LEADER_39	48,13	174,974	,848	,952
LEADER_45	47,84	183,434	,730	,955

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
51,89	211,051	14,528	13

Empowerment

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Leiding_LEADER_3 Leiding_LEADER_7 Leiding_LEADER_10 Leiding_LEADER_12
    Leiding_LEADER_23 Leiding_LEADER_35
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	449	78,5
	Excluded[a]	123	21,5
	Total	572	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,897	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
LEADER_3	21,40	26,781	,688	,884
LEADER_7	21,61	26,337	,700	,882
LEADER_10	21,07	27,640	,695	,882

LEADER_12	21,50	25,621	,776	,870
LEADER_23	21,29	27,474	,695	,882
LEADER_35	21,45	26,177	,775	,870

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
25,67	37,629	6,134	6

Openness

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Leiding_LEADER_5 Leiding_LEADER_6 Leiding_LEADER_17 Leiding_LEADER_21
    Leiding_LEADER_29 Leiding_LEADER_34 Leiding_LEADER_38 Leiding_LEADER_40
Leiding_LEADER_43
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	449	78,5
	Excluded[a]	123	21,5
	Total	572	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,909	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
LEADER_5	32,86	63,814	,721	,897
LEADER_6	32,55	65,801	,713	,898
LEADER_17	32,33	65,988	,694	,899
LEADER_21	32,50	66,291	,627	,904
LEADER_29	32,73	64,856	,718	,897
LEADER_34	32,64	67,820	,645	,902
LEADER_38	32,78	64,103	,692	,899
LEADER_40	33,03	66,147	,657	,902

LEADER_43	32,78	65,955	,748	,896

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
36,78	82,148	9,064	9

Support

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=Leiding_LEADER_9 Leiding_LEADER_11 Leiding_LEADER_13 Leiding_LEADER_25
    Leiding_LEADER_28 Leiding_LEADER_31 Leiding_LEADER_33 Leiding_LEADER_42
Leiding_LEADER_44
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	449	78,5
	Excluded[a]	123	21,5
	Total	572	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,913	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
LEADER_9	31,04	72,659	,491	,918
LEADER_11	30,69	69,449	,688	,904
LEADER_13	30,68	69,858	,710	,902
LEADER_25	30,82	67,914	,755	,899
LEADER_28	31,58	67,472	,713	,902
LEADER_31	31,45	66,056	,751	,899
LEADER_33	30,84	68,982	,743	,900
LEADER_42	30,96	69,121	,758	,899
LEADER_44	30,96	70,362	,697	,903

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
34,88	86,510	9,301	9

Subjectieve competentie

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=SE_SE_1 SE_SE_2 SE_SE_3 SE_SE_4 SE_SE_5 SE_SE_16 SE_SE_17 SE_SE_8
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
  /SUMMARY=TOTAL.
```

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	438	76,6
	Excluded[a]	134	23,4
	Total	572	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,909	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SE_1	25,98	21,059	,633	,904
SE_2	26,01	19,959	,732	,895
SE_3	25,86	21,226	,726	,896
SE_4	26,04	20,166	,727	,895
SE_5	25,90	21,022	,742	,895
SE_6	25,92	20,305	,718	,896
SE_7	26,28	20,759	,653	,902
SE_8	26,04	20,582	,739	,894

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
29,72	26,605	5,158	8

Carrièreperspectief buiten de academische wereld

```
RELIABILITY
```

```
/VARIABLES=CAR3_4_CAR_1 CAR3_4_CAR_2
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
/SUMMARY=TOTAL.
```

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	448	78,3
	Excluded[a]	124	21,7
	Total	572	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,617	2

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CP_3	4,07	,577	,462	.
CP_4	3,45	,995	,462	.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
7,52	2,272	1,507	2

FREQUENTIES

```
FREQUENCIES VARIABLES= Negative_Workhome_interference
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS
```

Statistics

Negative_Workhome_interference

N	Valid	518
	Missing	54
Mean		1,0285
Median		,8750
Mode		,63

Std. Deviation	,63840
Variance	,408
Minimum	,00
Maximum	3,00

```
FREQUENCIES VARIABLES= Negative_Homework_interference
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Negative_Homework_interfere
nce

N	Valid	518
	Missing	54
Mean		,3152
Median		,2500
Mode		,00
Std. Deviation		,39211
Variance		,154
Minimum		,00
Maximum		2,00

```
FREQUENCIES VARIABLES= SumScoreWerkdruk
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

SumScoreWerkdruk

N	Valid	505
	Missing	67
Mean		11,7644
Median		12,0000
Mode		13,00
Std. Deviation		2,90421
Variance		8,434
Minimum		5,00
Maximum		20,00

```
FREQUENCIES VARIABLES= SumScoreSteun
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

SumScoreSteun

N	Valid	505
	Missing	67
Mean		20,2040
Median		21,0000
Mode		24,00
Std. Deviation		3,63569
Variance		13,218
Minimum		6,00
Maximum		24,00

```
FREQUENCIES VARIABLES= Encouragement
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Encouragement

N	Valid	449
	Missing	123
Mean		3,8101
Median		3,8750
Mode		4,13
Std. Deviation		1,04416
Variance		1,090
Minimum		1,00
Maximum		6,00

```
FREQUENCIES VARIABLES= Concern
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Concern

N	Valid	449
	Missing	123
Mean		3,9918
Median		4,1538
Mode		4,77
Std. Deviation		1,11751
Variance		1,249
Minimum		1,00
Maximum		6,00

```
FREQUENCIES VARIABLES= Empowerment
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
```

/HISTOGRAM NORMAL
/ORDER=ANALYSIS.

Statistics

Empowerment

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,0152
Median		3,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,22249
Variance		1,494
Minimum		1,00
Maximum		5,00

FREQUENCIES VARIABLES= Openness
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
/HISTOGRAM NORMAL
/ORDER=ANALYSIS.

Statistics

Openness

N	Valid	449
	Missing	123
Mean		4,0861
Median		4,2222
Mode		5,00
Std. Deviation		1,00706
Variance		1,014
Minimum		1,00
Maximum		6,00

FREQUENCIES VARIABLES= Support
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
/HISTOGRAM NORMAL
/ORDER=ANALYSIS.

Statistics

Support

N	Valid	449
	Missing	123
Mean		3,8753
Median		4,0000
Mode		4,11[a]
Std. Deviation		1,03345
Variance		1,068

Minimum	1,00
Maximum	6,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

```
FREQUENCIES VARIABLES= Self_efficacy
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Self_efficacy

N	Valid	438
	Missing	134
Mean		3,7149
Median		3,8750
Mode		4,00
Std. Deviation		,64475
Variance		,416
Minimum		1,00
Maximum		5,00

```
FREQUENCIES VARIABLES= Career_perspective
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Career_perspective

N	Valid	448
	Missing	124
Mean		3,7612
Median		4,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		,75373
Variance		,568
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Rationele Emotieve Therapie

RET_1

```
FREQUENCIES VARIABLES= RET1
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

RET1

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,0773
Median		3,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,27310
Variance		1,621
Minimum		1,00
Maximum		5,00

RET_2

```
FREQUENCIES VARIABLES= RET2
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

RET2

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		2,8337
Median		3,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,35591
Variance		1,838
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Method of Levels

MOL_1

```
FREQUENCIES VARIABLES= MOL1
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

MOL1

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,1265
Median		3,0000
Mode		4,00

Std. Deviation	1,21142
Variance	1,468
Minimum	1,00
Maximum	5,00

MOL_2

```
FREQUENCIES VARIABLES= MOL2
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

MOL2

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		2,9040
Median		3,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,32071
Variance		1,744
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Relaxatietraining

Relax_1

```
FREQUENCIES VARIABLES= Relax1
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Relax1

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,3841
Median		4,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,23049
Variance		1,514
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Relax_2

```
FREQUENCIES VARIABLES= Relax2
```

```
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
/HISTOGRAM NORMAL
/ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Relax2

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,1101
Median		3,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,34603
Variance		1,812
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Assertiviteitstraining

ASS_1

```
FREQUENCIES VARIABLES= ASS1
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
/HISTOGRAM NORMAL
/ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

ASS1

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,0585
Median		3,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,41217
Variance		1,994
Minimum		1,00
Maximum		5,00

ASS_2

```
FREQUENCIES VARIABLES= ASS2
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
/HISTOGRAM NORMAL
/ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

ASS2

N	Valid	427
	Missing	145

Mean	2,9016
Median	3,0000
Mode	1,00
Std. Deviation	1,42732
Variance	2,037
Minimum	1,00
Maximum	5,00

Mindfulness

Mind_1

```
FREQUENCIES VARIABLES= Mind1
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Mind1

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,2951
Median		4,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,28628
Variance		1,655
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Mind_2

```
FREQUENCIES VARIABLES= Mind2
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Mind2

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,1030
Median		3,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,34920
Variance		1,820
Minimum		1,00

Maximum	5,00

Compassion Focused Therapy

CFT_1

```
FREQUENCIES VARIABLES= CFT1
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

CFT1

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		2,7471
Median		3,0000
Mode		2,00
Std. Deviation		1,30067
Variance		1,692
Minimum		1,00
Maximum		5,00

CFT_2

```
FREQUENCIES VARIABLES= CFT2
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

CFT2

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		2,5902
Median		2,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		1,33329
Variance		1,778
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Running Therapy

Run_1

```
FREQUENCIES VARIABLES= Run1
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
```

```
/HISTOGRAM NORMAL
/ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Run1

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,0773
Median		3,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,34133
Variance		1,799
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Run_2

```
FREQUENCIES VARIABLES= Run2
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Run2

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		2,8103
Median		3,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		1,40725
Variance		1,980
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Coaching

Coach_1

```
FREQUENCIES VARIABLES= Coach1
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Coach1

N	Valid	427
	Missing	145

Mean	3,5855
Median	4,0000
Mode	4,00
Std. Deviation	1,17648
Variance	1,384
Minimum	1,00
Maximum	5,00

Coach_2

```
FREQUENCIES VARIABLES= Coach2
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Coach2

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,4098
Median		4,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,27570
Variance		1,627
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Timemanagement

Time_1

```
FREQUENCIES VARIABLES= Time1
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Time1

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,2787
Median		4,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,33729
Variance		1,788
Minimum		1,00

Maximum	5,00

Time_2

```
FREQUENCIES VARIABLES= Time2
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Time2

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,1405
Median		3,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,38534
Variance		1,919
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Loopbaanbegeleiding

Loopbaan_1

```
FREQUENCIES VARIABLES= Loopbaan1
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Loopbaan1

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,4895
Median		4,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,29707
Variance		1,682
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Loopbaan_2

```
FREQUENCIES VARIABLES= Loopbaan2
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN MODE MINIMUM MAXIMUM
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Loopbaan2

N	Valid	427
	Missing	145
Mean		3,3794
Median		4,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		1,34665
Variance		1,813
Minimum		1,00
Maximum		5,00

NORMALITEITSTOETS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
BEGELEIDING	438	76,6%	134	23,4%	572	100,0%
SumScoreWerkdruk	438	76,6%	134	23,4%	572	100,0%
SumScoreSteun	438	76,6%	134	23,4%	572	100,0%
Career_perspective	438	76,6%	134	23,4%	572	100,0%
Self_efficacy	438	76,6%	134	23,4%	572	100,0%
Work_Life_Balance	438	76,6%	134	23,4%	572	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
BEGELEIDING	Mean		3,9943	,04700
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,9019	
		Upper Bound	4,0867	
	5% Trimmed Mean		4,0285	
	Median		4,1111	
	Variance		,968	
	Std. Deviation		,98372	
	Minimum		1,00	
	Maximum		6,00	
	Range		5,00	
	Interquartile Range		1,34	

	Skewness		-,559	,117
	Kurtosis		-,070	,233
SumScoreWerkdruk	Mean		11,7991	,13642
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	11,5310	
		Upper Bound	12,0672	
	5% Trimmed Mean		11,7440	
	Median		12,0000	
	Variance		8,152	
	Std. Deviation		2,85513	
	Minimum		5,00	
	Maximum		20,00	
	Range		15,00	
	Interquartile Range		4,00	
	Skewness		,258	,117
	Kurtosis		-,454	,233
SumScoreSteun	Mean		20,2580	,17238
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	19,9192	
		Upper Bound	20,5968	
	5% Trimmed Mean		20,5979	
	Median		21,0000	
	Variance		13,016	
	Std. Deviation		3,60772	
	Minimum		6,00	
	Maximum		24,00	
	Range		18,00	
	Interquartile Range		5,00	
	Skewness		-1,217	,117
	Kurtosis		1,291	,233
Career_perspective	Mean		3,7580	,03617
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,6869	
		Upper Bound	3,8291	
	5% Trimmed Mean		3,7957	
	Median		4,0000	
	Variance		,573	
	Std. Deviation		,75689	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		,50	
	Skewness		-,742	,117
	Kurtosis		1,496	,233

Self_efficacy	Mean		3,7149	,03081
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,6543	
		Upper Bound	3,7754	
	5% Trimmed Mean		3,7493	
	Median		3,8750	
	Variance		,416	
	Std. Deviation		,64475	
	Minimum		1,00	
	Maximum		5,00	
	Range		4,00	
	Interquartile Range		,50	
	Skewness		-1,115	,117
	Kurtosis		2,560	,233
Work_Life_Balance	Mean		,7943	,02301
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,7491	
		Upper Bound	,8396	
	5% Trimmed Mean		,7727	
	Median		,7500	
	Variance		,232	
	Std. Deviation		,48163	
	Minimum		,00	
	Maximum		2,42	
	Range		2,42	
	Interquartile Range		,67	
	Skewness		,648	,117
	Kurtosis		,008	,233

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BEGELEIDING	,068	438	,000	,974	438	,000
SumScoreWerkdruk	,094	438	,000	,979	438	,000
SumScoreSteun	,163	438	,000	,876	438	,000
Career_perspective	,219	438	,000	,903	438	,000
Self_efficacy	,150	438	,000	,922	438	,000
Work_Life_Balance	,102	438	,000	,961	438	,000

a. Lilliefors Significance Correction

T-Tests

```
T-TEST GROUPS=GENDER(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=SumScoreWerkdruk
  /CRITERIA=CI(.95).
```

Group Statistics

	Ben je een man of vrouw?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SumScoreWerkdruk	Man	145	11,5310	2,61952	,21754
	Vrouw	360	11,8583	3,00963	,15862

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
SumScoreWerkdruk	Equal variances assumed	2,711	,100	-1,146	503	,252	-,32730	,28556	-,88834	,23375
	Equal variances not assumed			-1,216	303,425	,225	-,32730	,26923	-,85709	,20249

```
T-TEST GROUPS=INTER(0 1)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=SumScoreSteun
  /CRITERIA=CI(.95).
```

Group Statistics

	Ik ben een internationale PhD-student. - Selected Choice	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SumScoreSteun	Nee	391	20,4808	3,40347	,17212
	Ja, mijn land van origine is	114	19,2544	4,21924	,39517

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
SumScoreSteun	Equal variances assumed	10,579	,001	3,198	503	,001	1,22643	,38349	,47300	1,97987
	Equal variances not assumed			2,845	158,292	,005	1,22643	,43103	,37513	2,07774

CORRELATIEANALYSE

Correlations

		Work_Life_Balance	BEGELEIDING	SumScoreSteun	SumScoreWerkdruk	Self_efficacy	Career_perspective
Work_Life_Balance	Pearson Correlation	1	-,296**	-,381**	,620**	-,191**	-,209**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	518	449	505	505	438	448
BEGELEIDING	Pearson Correlation	-,296**	1	,499**	-,290**	,329**	,233**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	449	449	449	449	438	448
SumScoreSteun	Pearson Correlation	-,381**	,499**	1	-,328**	,168**	,261**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	505	449	505	505	438	448
SumScoreWerkdruk	Pearson Correlation	,620**	-,290**	-,328**	1	-,111*	-,102*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,020	,030
	N	505	449	505	505	438	448
Self_efficacy	Pearson Correlation	-,191**	,329**	,168**	-,111*	1	,255**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,020		,000
	N	438	438	438	438	438	438
Career_perspective	Pearson Correlation	-,209**	,233**	,261**	-,102*	,255**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,030	,000	
	N	448	448	448	448	438	448

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Bijlage IX: Plan van Aanpak

Plan van Aanpak

Een praktijkgericht onderzoek naar de interventiemogelijkheden bij ervaren knelpunten door promovendi tijdens het promotietraject

Naam: Lotte Douwes
Studentnummer: 972713523
Opleiding: Toegepaste Psychologie

Opdrachtgever: Bureau Studentenartsen UvA
30 november 2017
Amsterdam
Versie 2

Inhoudsopgave

1. Aanleiding **2**

1.1 De opdrachtgever 2
1.2 Aanleiding 2
1.3 Doelstelling 7
1.4 Betrokken partijen 7

2. Probleemstelling **8**

2.1 Probleemstelling 8
2.2 Deelvragen 8

3. Verkennende literatuurstudie **8**

4. Methoden van onderzoek **11**

4.1 Toe te passen onderzoeksmethode per deelvraag 11
4.2 Literatuuronderzoek en deskresearch 12
4.3 Vragenlijst 12

5. Planning **13**

Literatuur **13**

Bijlagen **16**

Bijlage 1 Verklarende woordenlijst 16

Bijlage 2 Organogram UvA 17

1. Aanleiding

1.1 De opdrachtgever

De Universiteit van Amsterdam (UvA)
De Universiteit van Amsterdam is een van de meest vooraanstaande onderzoeksuniversiteiten van Europa (UvA, 2017). Het is een moderne universiteit met een lange en rijke geschiedenis. De universiteit heeft vijfduizend medewerkers, dertigduizend studenten met verschillende nationaliteiten, en is verbonden met duizenden onderzoekers en honderden private en publieke instellingen in binnen- en buitenland (UvA, 2017). De UvA heeft zeven faculteiten waar onderwijs en onderzoek plaatsvindt op het gebied van de geesteswetenschappen, sociale wetenschappen, economie en bedrijfskunde, rechtsgeleerdheid, natuurwetenschappen, geneeskunde en tandheelkunde (UvA, 2017). Verder beschikt de UvA over gemeenschappelijke diensten, waaronder Studenten Services, een Arbodienst, de Studentengezondheidszorg, het Bureau Communicatie, de Universiteitsbibliotheek en een Administratief Centrum. De faculteiten en gemeenschappelijke diensten worden gecoördineerd door het College van Bestuur en de Raad van Toezicht. Zie bijlage 2 voor een volledige weergave van de organisatiestructuur.

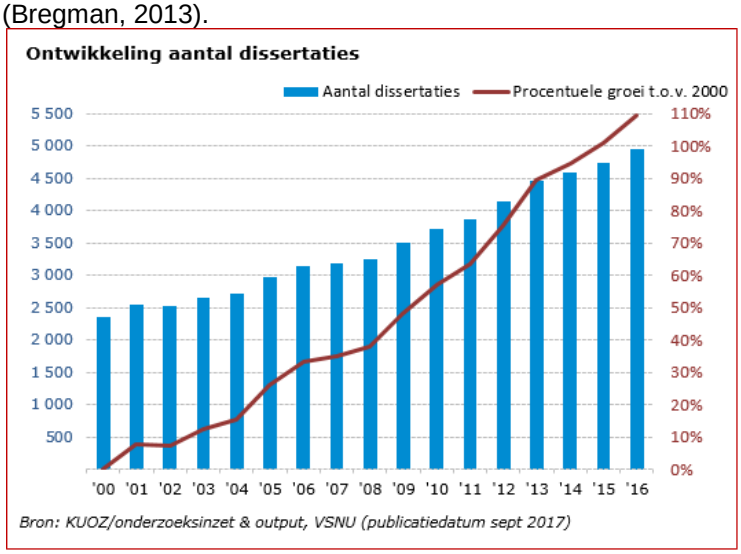
Bureau Studentenartsen van de UvA en HvA of Huisartsen Oude Turfmarkt
In 1938 werd de Stichting voor Universitaire Gezondheidszorg van de Universiteit van Amsterdam opgericht. Tot 1981 was de praktijk alleen voor studenten bedoeld en richtte zich voornamelijk op gezondheidsklachten en -onderwerpen die veel voorkwamen bij deze populatie, zoals tuberculose, soa′s, anticonceptie en de psychische gezondheid. Omdat de UvA geen zorginstelling is en de ziekenfondswet het niet toestond vergoedingen uit te keren aan instellingen die geen zorginstellingen waren, werd de praktijk in 1981 tevens toegankelijk voor bewoners uit de buurt (Overman, 2001). De praktijk werd dus naast een studentengezondheidsdienst ook een 'reguliere' huisartsenpraktijk en kreeg daarmee een tweede naam: Huisartsen Oude Turfmarkt.
Momenteel zijn er negen huisartsen, tien doktersassistenten, een praktijkondersteuner voor lichamelijke problematiek, drie praktijkondersteuners voor psychische problematiek en twee wetenschappers werkzaam. Daarnaast worden er huisartsen en doktersassistenten opgeleid (Bureau Studentenartsen, z.d.).

Sectie Onderzoek, Ontwikkeling en Preventie van Bureau Studentenartsen
Een onderdeel van Bureau Studentenartsen is de sectie *Onderzoek, Ontwikkeling, en Preventie*. Het hoofddoel van deze sectie is het doen van academisch onderzoek naar de gezondheid van studenten, gezondheidszorg via het internet en naar huisartsgeneeskundig relevante vraagstukken, alsmede het ontwikkelen van producten ten behoeve van de gezondheidsbevordering van studenten in het hoger onderwijs. Verdere doelen zijn het verslag doen van onderzoeksbevindingen en het onder de aandacht brengen van de ontwikkelde producten en diensten. Ook worden er wetenschappelijke stages geboden aan studenten uit de faculteiten *Gezondheidswetenschappen, Gezondheid en Leven, Psychologie, of Geneeskunde.*
Aan deze sectie zijn een senior onderzoeker, huisarts en organisatorisch projectcoördinator, en een projectmanager internettherapie en -training voor studenten en diverse promovendi verbonden (Bureau Studentenartsen, z.d.).

1.2 Aanleiding

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat promovendi een hoog risico lopen op het ontwikkelen van psychische klachten, waaronder depressie, burn-out (Centre for Science and Technology Studies (CWTS), 2017; Van Leeuwen, 2016; Levecque, Anseel, De Beuckelaer, Van der Heyden, & Gisle, 2017; UvAPro, 2015). Psychische problematiek kan resulteren in uitval bij promovendi wat zowel nadelige gevolgen kan hebben voor het individu als voor de maatschappij (De Knecht, 2017).
In Nederland vormen ongeveer 9.000 promovendi meer dan de helft van het aantal onderzoekers aan de Nederlandse universiteiten. Hierbij kunnen nog eens 9.000 buitenpromovendi worden opgeteld

(Bregman, 2013). Daarbij is het aantal promovendi dat uiteindelijk promoveert bij Nederlandse universiteiten toegenomen (VSNU, 2012; CBS, 2014). In 2003 rondden ongeveer 2.500 promovendi het promotietraject af, terwijl er tegenwoordig meer dan 4.000 promovendi hun doctorsgraad behalen (Bregman, 2013).



Een promovendus voert onder begeleiding van een professor een aantal onderzoeken uit om de graad van doctor te behalen middels het schrijven van een proefschrift (Keesman, Toffolo & Schuurman, 2015). De werkzaamheden van een promovendus bestaan normaliter uit het doen van onderzoek, het geven van onderwijs en overige taken zoals acquisitie, kennisoverdracht en management en organisatietaken (Van Leeuwen, 2016).

Typeringen promovendi

Promovendi kunnen op verschillende wijzen verbonden zijn aan een universiteit met diverse soorten contracten. Er zijn drie hoofdtypen promovendi te onderscheiden die weer zijn onderverdeeld in twee of drie subcategorieën (Rethink UvA PhD Working Group, z.d.).

1. Promovendi met een arbeidscontract, met daarbinnen volgende mogelijkheden:
- 4 jaar contract van 1 fulltime-equivalent (fte), *"een rekeneenheid waarmee de omvang van een functie of de personeelssterkte kan worden uitgedrukt"* (OnzeTaal, 2001), inclusief 0,1 fte onderwijs geven
- Gevarieerd contract, waaronder 3 jaar 1 fte, 4 jaar 0,8 fte, en verschillende typen parttime contracten met een relatief zware onderwijslast
- 0.4 fte voor 3 jaar. Kan worden aangevuld met 0,4 fte onderwijs geven

2. Promovendi met een studiebeurs
- Buitenlandse overheidsbeurs, toelage van overheid voor studenten, kan soms worden aangevuld met een universiteitsbeurs, soms met een garandeerde baan in het thuisland
- Projectbeurs voor promovendi met een formeel contract van buiten de EU met belasting-, toeslag- en overheadvrije toeslagen

3. Buitenpromovendi
- Zelf financierende promovendi zijn geregistreerd bij de universiteit en krijgen een begeleider toegewezen, maar moeten zichzelf financieren.
- Extern gefinancierde promovendi zijn geregistreerd bij de universiteit en doen hun onderzoek vaak als onderdeel van of naast een vaste baan. Inclusief promovendi van onderzoeksinstituten die een universiteit voor promotie vereisen.
- Ongeregistreerde promovendi zijn onzichtbaar en krijgen informele ondersteuning van begeleiders. Zij registeren zich pas wanneer zij bijna klaar zijn met het promotieonderzoek.

Er zijn geen exacte percentages van het aantal promovendi per categorie beschikbaar.

De psychische gesteldheid van promovendi

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat een substantieel deel van promovendi kampt met psychische gezondheidsproblemen, waaronder burn-out klachten en depressie (Centre for Science and Technology Studies (CWTS), 2017; Van Leeuwen, 2016; Levecque et al., 2017; UvAPro, 2015).

In het kader van dit onderzoek wordt psychische gezondheid gedefinieerd in lijn met de definitie van de World Health Organization (WHO). De WHO definieert psychische gezondheid als een staat van welzijn waarin een individu zijn of haar vermogens kan realiseren, kan omgaan met stressvolle levensgebeurtenissen, productief kan werken en kan participeren in de samenleving (WHO, 2016). Componenten van psychische gezondheid zijn subjectief welzijn, beleefde zelfefficiëntie, autonomie, competentie, intergenerationele afhankelijkheid, en het in staat zijn de eigen intellectuele en emotionele vermogens te verwezenlijken (WHO, 2001). Vanuit cross-cultureel perspectief is het bijna onmogelijk psychische gezondheid uitvoerig te definiëren. Echter, er is algemeen overeengekomen dat psychische gezondheid meer is dan de afwezigheid van psychische problematiek (WHO, 2001).
Het UvA promotienetwerk UvAPro, tegenwoordig de Centrale Promovendiraad genaamd, heeft een onderzoek verricht naar het geestelijk welzijn van promovendi aan de UvA door middel van een enquête. Doel van het onderzoek was in kaart te brengen van het ervaren van depressieve klachten bij promovendi van de UvA. Er werden in totaal 1360 promovendi benaderd uit de faculteiten de Economie en bedrijfskunde, Geesteswetenschappen, Maatschappij- en Gedragswetenschappen, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Informatica, Rechtsgeleerdheid en Tandheelkunde van de UvA. Daarvan vulden 55% (433 respondenten) de enquête volledig in (UvAPro, 2015). Voor het onderzoek werd de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) gebruikt. De CES-D is een zelfbeoordelingsvragenlijst waarmee depressieve symptomen bij bevolkingsgroepen vastgesteld kunnen worden en waarmee bijvoorbeeld risicogroepen kunnen worden getraceerd (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.) Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat 1 op de 3 promovendi depressieve symptomen vertoonden (UvAPro, 2015).
Ook uit een Vlaams onderzoek bleek dat promovendi psychische klachten vertoonden (Levecque et al., 2017). In dit onderzoek werd de General Health Questionnaire (GHQ) gebruikt. Dit gevalideerde screeningsinstrument wordt gebruikt voor het in kaart brengen van psychisch onwelbevinden en de mogelijke aanwezigheid van een mentale stoornis (CWTS, 2017). Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat het voortdurend ervaren van spanning (41%), zich ongelukkig en depressief voelen (30%), het hebben van slaapproblemen door zorgen (28%), problemen niet de baas kunnen zijn (26%) en het niet kunnen genieten van dagelijkse activiteiten (25%) de meest voorkomende klachten waren (Levecque et al., 2017).
Het Centre for Science and Technology Studies (CWTS) benaderde 767 promovendi met een vragenlijst om onderzoek te doen naar het mentaal welzijn van Leidse promovendi. De vragenlijst werd door 250 promovendi ingevuld. Uit de resultaten kwam naar voren dat maar liefst 38% van de respondenten risico loopt op ernstige psychische klachten, zoals depressie of een burn-out. Ook in dit onderzoek werd de GHQ gebruikt. De meest voorkomende klachten die in dit onderzoek naar voren kwamen waren het ervaren van een gevoel van constante druk (47%), zich bovengemiddeld ongelukkig of depressief voelen (33%), slaaptekort (32%), moeilijkheden niet de baas kunnen zijn (32%) en concentratieproblemen (31%).
Ten slotte blijkt uit een onderzoek van een bachelorstudent *Algemene Sociale Wetenschappen* aan de Universiteit Utrecht, dat ruim een kwart van de promovendi aan diverse Nederlandse universiteiten een verhoogd risico heeft op een burn-out. Van de 210 ondervraagde promovendi vertoonde 27% kenmerken die passen binnen de criteria, zoals uitputting en distantiëring en een negatieve houding ten opzichte van het werk (Van Leeuwen, 2016).

De knelpunten of risicofactoren van psychische gezondheidsproblematiek bij promovendi
Er zijn verschillende knelpunten die een risico kunnen vormen voor de psychische gezondheid van promovendi gedurende het promotieproces:

Begeleiding
Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat de begeleiding een essentiële voorspellende factor is van de psychische gezondheidstoestand bij promovendi (Baan, 2016; CWTS, 2017; Meijer, 2011; Levecque et al., 2017). De promotor is verantwoordelijk voor de begeleiding en ondersteuning van de promovendus tijdens het promotietraject en speelt een belangrijke rol in het leven van de promovendus (CWTS, 2017). Gebrekkige begeleiding van promovendi blijkt een essentiële oorzaak van vertraging en uitval van promovendi (Meijer, 2011). Daarbij is een goede relatie tussen promotor en promovendus van belang voor het succesvol afronden van een promotietraject. (CWTS, 2017; Meijer, 2011). Onvoldoende begeleiding kan leiden tot psychosomatische klachten bij promovendi, zoals overspannenheid, depressiviteit en concentratieproblemen (Schuyt, 1986). Ook uit het onderzoek van het CWTS (2017) kwam naar voren dat een negatief oordeel over de tevredenheid met de promotor een voorspeller is voor psychische problemen onder promovendi.

Ervaren werkdruk

Een andere voorspellende factor die vaak naar voren komt, is de ervaren werkdruk en de daarmee samenhangende taakeisen en werkcontrole (Levecque et al., 2017; CWTS, 2017; Van Leeuwen, 2016). Werkdruk houdt verband met verschillende factoren, zoals prestatiedruk, autonomie en sociale ondersteuning (CWTS, 2017). Werkdruk wordt als te hoog ervaren wanneer er een discrepantie bestaat tussen de eisen aan de werknemer en de hoeveelheid werk die de werknemer aankan (CWTS, 2017). Een te hoge ervaren werkdruk kan resulteren in werkstress wat vervolgens kan leiden tot gezondheidsklachten, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (Jettinghoff & Scheeren, 2016). De werkdruk op zich blijkt geen voorspeller te zijn voor mentale klachten bij promovendi. Echter, wanneer er problemen ontstaan met het omgaan met de werkdruk, bijvoorbeeld doordat het werktempo te hoog ligt of de werkhoeveelheid als te veel wordt ervaren, dan kunnen er mentale problemen ontstaan (CWTS, 2017). Uit een Zweeds onderzoek kwam naar voren dat een groot deel van promovendi aangaf te veel werk te hebben, de werkdruk als te zwaar te ervaren en 90% gaf aan met werk bezig te zijn buiten werkuren (Appel & Dahlgren, 2003).
Taakeisen zijn de fysieke, sociale of organisatorische aspecten van het werk die voortdurende fysieke of mentale inspanning vereisen. Autonomie of werkcontrole betreft de eigen regelmogelijkheden, de controle over de werkomgeving, het werktempo, de werkindeling inclusief de pauzes en het inzetten van de eigen vaardigheden (Karasek & Theorell, 1990). Het onderzoek van Leveque et al. (2017) toont een verband aan tussen het ervaren van psychische klachten en de combinatie van hoge taakeisen en weinig werkcontrole.

Werk-familiebalans

Uit het onderzoek van Levecque et al. (2017) kwam de werk-familiebalans als de belangrijkste voorspeller naar voren van psychische klachten bij promovendi. De werk-familiebalans wordt gedefinieerd als de mate waarin een persoon even betrokken is bij en even tevreden is met zijn werk als met zijn gezinsleven (Greenhaus, Collins & Shaw, 2003) De kwaliteit van leven blijkt steevast hoger te zijn bij degenen die meer betrokken en tevreden zijn met het gezinsleven, dan de kwaliteit van leven van degenen die meer betrokken en tevreden zijn met het werk (Greenhaus, Collins & Shaw, 2003). Het evenwicht behouden tussen werk en privé kan een potentiële bron zijn van stress en kan een negatieve invloed hebben op de mentale gezondheid (Leka & Jain, 2010). Vaak is er bij promovendi geen duidelijke scheidingslijn tussen werk en vrije tijd aanwezig (Appel & Dahlgren, 2003). Door de eisen van het werk en doordat promovendi vaak doorwerken in de avonduren en in het weekend, kunnen er problemen ontstaan in de werk-familiebalans (CWTS, 2017; Leveque et al., 2017).

Sociale ondersteuning

Sociale ondersteuning blijkt ook een voorspellende factor te zijn van het psychologisch welzijn van de promovendus (CWTS, 2017; Leveque et al., 2017) Sociale steun betreft de steun van collega's en/of de begeleider (Leveque et al., 2017). Sociale ondersteuning zou kunnen helpen bij het verlichten van stresserende eisen van het werk (Karasek & Theorell, 1990). Gebrekkige sociale steun op het werk is van invloed op de mate van angst, emotionele uitputting, werkspanning en werktevredenheid (De Lange et a.l, 2004; Vanroelen et al., 2009).

Gevoel van competentie

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het gevoel van competentie ook een belangrijke rol speelt in de psychische gezondheid van promovendi (Stubb, Pyhältö & Lonka, 2011; CWTS, 2017; Appel & Dahlgren, 2003). Om zichzelf te kunnen beschouwen als een essentieel en gewaardeerd onderdeel van de academische gemeenschap, proberen promovendi tijdens hun promotietraject een beeld van zichzelf te ontwikkelen als een competente onderzoeker. (Stubb, Pyhältö & Lonka, 2011). Een laag gevoel van competentie blijkt een significante voorspeller te zijn voor psychische klachten bij promovendi (CWTS, 2017). Ook het onderzoek van Appel & Dahlgren (2003) toont aan dat onzekerheid over de eigen capaciteiten kan resulteren in het ervaren van stress. Gevoelens van incompetentie kunnen onder andere ontstaan als de promovendus onvoldoende steun en begeleiding ontvangt (CWTS, 2017).

Financiële situatie

De financiële situatie kan ook een bron van stress zijn. De meeste promovendi slagen er niet in het promotietraject binnen vier jaar af te ronden. Na vier jaar loopt het arbeidscontract af en ontvangt de promovendus geen salaris meer via de universiteit (Meijer, 2011). Sinds januari 2001 is de werkloosheidwet van toepassing op promovendi waarvan het arbeidscontract is afgelopen (Walsum van, 2011). Het werken aan een proefschrift wordt gezien als verrichtte arbeid waarvoor een beloning mag worden verwacht, ongeacht dit werk betaald wordt of niet (PNN, z.d.). Wanneer promovendi aan het proefschrift werken, komen zij niet in aanmerking voor een WW-uitkering. Om aan financiën te

komen zullen sommige promovendi liegen over hun situatie, hun spaarrekening opmaken of een baan zoeken. De avonduren worden dan besteed om aan het proefschrift te kunnen werken (Graaff de, 2014). Een deel van de promovendi lukt het niet het proefschrift op deze wijze af te ronden en zal het promotietraject voortijdig afbreken (Graaff de, 2014). Bursaalpromovendi ontvangen hun inkomsten via een beurs en hebben geen arbeidscontract bij de universiteit. Een nadelig gevolg is dat zij geen arbeidsvoorwaarden hebben: zij zijn niet verzekerd tegen ziekte, tegen inkomstenverlies bij zwangerschap en bij ontslag. Verder bouwen zij geen pensioen op, ontvangen zij geen vakantiegeld en reiskostenvergoeding, kunnen zij geen verlof opnemen en krijgen zij geen rekest als zij een huis willen kopen (PNN, 2011; VAWO, 2016). De bursaalpromovendus heeft een lager inkomen dan de promovendus met een werknemerspositie. VAWO-directeur Pechler laat weten dat beurspromovendi in het eerste jaar netto evenveel verdienen als promovendi met een arbeidscontract. Echter de jaren daarna gaan zij erop achteruit, aangezien promovendi met een arbeidscontract elk jaar iets meer verdienen, omdat zij een werknemersaanstelling hebben (VAWO, 2016). Aangezien buitenpromovendi zowel geen inkomsten ontvangen via de universiteit als via een beurs, combineren zij het werken aan hun proefschrift meestal met een baan. Dit veroorzaakt doorgaans voor vertraging in het promotieproces (Basten, 2010). Bovendien kunnen er door de combinatie van veel werk en weinig tijd gevoelens van eenzaamheid en stress ontstaan. Het is moeilijk een balans te houden tussen werk, onderzoek en privé (Basten, 2010).

Carrièreperspectief

Ten slotte is het carrièreperspectief van invloed op de mentale toestand van de promovendus. Het arbeidsaanbod onder afgestudeerde promovendi neemt gestaag toe, terwijl de arbeidsvraag niet in hetzelfde tempo toeneemt met als gevolg dat de carrièrekansen in de academische wereld onzeker zijn (Van Damme, 2014). Van alle promovendi wil 80% aan de universiteit blijven werken, echter voor 80% zit dit er uiteindelijk niet in (Bregman, 2013). Steeds meer afgestudeerde promovendi zoeken werk in de niet-academische arbeidsmarkt en komen terecht in bijvoorbeeld onderzoekslaboratoria in particuliere bedrijven, het openbaar bestuur, of banen die niet gerelateerd zijn aan onderzoek. Dit soort werk wordt vaak gezien als tweede keuze (Van Damme, 2014). De arbeidskansen buiten de onderzoeksinstituten blijken voor afgestudeerde promovendi erg gunstig te zijn met een werkgelegenheidsgraad van 91% vergeleken met 85% voor personen met een bachelor-of masterdiploma (OECD, 2014). Uit het onderzoek van Leveque et al. (2017) kwam naar voren dat indien promovendi een academische carrière nastreefden, ondanks de lage carrièrekansen, er een betere mentale gezondheid werd ervaren. Hetzelfde effect was aantoonbaar bij promovendi met een optimistische perceptie op de carrièrekansen buiten het academische beroepenveld.

Het belang van ingrijpen

Wetenschappelijk onderzoek speelt een belangrijke rol in de huidige kenniseconomie. Het is van belang dat promovendi het promotietraject met succes afronden, aangezien zij worden gezien als de toekomst van universiteiten en van het wetenschappelijk onderzoek (VSNU, 2008). Het percentage promovendi dat wereldwijd voortijdig stopt, wordt geschat tussen de 30 en 50% te liggen. In Nederland maakt 1 op de 3 promovendi het promotietraject niet af (De Knecht, 2017). Naast het feit dat stoppen met het promotietraject in de eerste plaats nadelige gevolgen voor de promovendus kan hebben, leidt het vroegtijdig uitvallen van promovendi ertoe dat tijd en middelen die de maatschappij beschikbaar gesteld heeft voor de wetenschap niet optimaal kunnen worden ingezet (De Knecht, 2017). Bovendien zijn er nog drie andere redenen te noemen waarom het van belang is dat er ingegrepen wordt op dit probleem. Ten eerste kunnen psychische gezondheidsproblemen de kwaliteit en kwantiteit van de onderzoeksresultaten van de desbetreffende promovendus negatief beïnvloeden (Levecque et al., 2017). Ten tweede maken promovendi vaak deel uit van een team, waarvan de samenstelling mee het wetenschappelijke effect bepaalt (Levecque et al., 2017). Als een teamlid uitvalt, heeft dat een invloed op het hele team. Ten derde wordt het voor de wetenschappelijke sector lastig om door het grote verloop nieuw talent aan te trekken, omdat het de aantrekkelijkheid van het wetenschappelijke beroepenveld negatief beïnvloedt. Met andere woorden: vroegtijdige uitval van promovendi vormt een bedreiging voor de levensvatbaarheid en kwaliteit van de academische onderzoekssector (Levecque et al., 2017).

Verantwoordelijkheid bij de Universiteiten

Verschillende groepen, waaronder het Promovendi Netwerk Nederland pleiten voor grootschalig onderzoek naar psychische gezondheidsklachten bij promovendi in Nederland. Het is onbekend hoeveel Nederlandse promovendi psychische gezondheidsproblematiek ervaren. Bovendien is het onduidelijk hoeveel promovendi voortijdig stoppen of uitvallen door psychische

gezondheidsproblematiek (Science Guide, 2017). Jet Bussemaker, Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, reageert terughoudend op een grootschalig onderzoek en stelt dat de verantwoordelijkheid ligt bij de universiteiten (Science Guide, 2017). "De ervaren werkdruk is het gevolg van de door de werkgever gecreëerde werkomstandigheden, waarbij de verantwoordelijkheid voor het verbeteren van deze omstandigheden bij de werkgever zelf ligt", aldus Minister Bussemaker (Science Guide, 2017). Zij wijst op de afspraken gemaakt binnen de cao's waarin is afgesproken dat universiteiten actie ondernemen tegen werkdruk. Hierin zou ook aandacht gegeven moeten worden aan het voorkomen van psychische gezondheidsklachten als gevolg van een te hoge werkdruk (Science Guide, 2017). Deze cao-afspraken zouden ook van toepassing kunnen zijn op promovendi, aangezien zij een werknemerspositie bekleden. Promovendi nemen deel aan het primaire proces van een universiteit door het geven van onderwijs en doen van onderzoek.

Universiteit van Amsterdam
Bij de UvA zijn ongeveer 3100 promovendi werkzaam (UvA, 2017). Als reactie op de uit wetenschappelijk onderzoek aangetoonde hoge prevalentie van psychische gezondheidsproblematiek bij promovendi, werkt het Bureau Studentenartsen van de UvA aan de ontwikkeling, validatie en het beschikbaar stellen van de *PhD Health Check*. Dit is een geautomatiseerd online instrument waarmee onder andere de risicofactoren op en de aanwezigheid van psychische problematiek kunnen worden gedetecteerd. Vervolgens ontvangt de promovendus per e-mail persoonlijke feedback met daarin interventiemogelijkheden, inclusief zelfhulpadviezen. Om een zo goed mogelijk passend feedbacksysteem voor dit instrument te kunnen ontwikkelen, is er onderzoek nodig naar de risicofactoren op en vormen van psychische gezondheidsproblematiek bij promovendi en welke vormen van zelfhulp en interventies er bestaan of ontwikkeld dienen te worden al naar gelang de wensen en behoeften aan ondersteuning van promovendi.
Als basis voor de *PhD Health Check* zal de eerder ontwikkelde *Student Health Check* van Bureau Studentenartsen worden gebruikt. De sterkte van dit zelfhulp instrument is dat de student zelf (psychische) gezondheidsproblemen in een vroeg stadium kan detecteren en zelf actie kan ondernemen, zonder onmiddellijke inmenging van een professional (Van der Heijde, Vonk, & Meijman, 2015). Uit onderzoek blijkt dat studenten vaak terughoudend zijn met betrekking tot het zoeken van hulp bij fysieke en mentale problemen met het risico dat de (psychische) gezondheid verder verslechtert (Boot, Vonk, & Meijman, 2007; Eisenberg, Golberstein, & Gollust, 2007; Verouden, Vonk, & Meijman, 2010). Er zijn verschillende redenen waarom een student, en bij uitbreiding wellicht ook promovendi, geen hulp zoekt bij het al dan niet bewust ervaren van (psychische) gezondheidsproblematiek. Zo wordt stress door veel studenten gezien als een onvermijdelijk verschijnsel dat bij het studentenleven hoort (Cameron, Leventhal & Leventhal, 1995; Verouden et al., 2010) en worden verschillende ziektesymptomen, zoals depressie en hulpzoekgedrag vaak gestigmatiseerd door leeftijdgenoten (Verouden et al., 2010; Vidourek, King, Nabors & Merianos, 2014).

1.3 Doelstelling

Diverse knelpunten, zoals eerder beschreven, kunnen risicofactoren zijn van psychische problematiek bij promovendi. Door direct in te grijpen op de ervaren knelpunten kan het ontwikkelen van psychische gezondheidsproblematiek voorkomen dan wel verminderd worden.
Het doel van dit onderzoek is (1) het in kaart brengen van de ervaren knelpunten bij promovendi aan de UvA; (2) het in kaart brengen van de ondersteuningsbehoeften van promovendi aan de UvA bij het omgaan met deze knelpunten; (3) het in kaart brengen van de interventiemogelijkheden die aansluiten op de ervaren knelpunten van promovendi aan de UvA.
De gegevens uit het onderzoek kunnen gebruikt worden voor de ontwikkeling van het feedbacksysteem met interventiemogelijkheden bij knelpunten en psychische klachten voor de *PhD Health Check*. Daarnaast kunnen aan de hand van de onderzoeksgegevens over de ervaren knelpunten bij promovendi beleidsmatige adviezen worden gedaan aan de UvA. Aanpassingen in het beleid zouden kunnen bijdragen aan het verminderen van knelpunten bij promovendi en kan daarom als vorm van ondersteuning worden gezien.

1.4 Betrokken partijen

Bij dit onderzoek zijn er verschillende partijen betrokken:

- Promovendi van de Universiteit van Amsterdam: de onderzoekspopulatie. Voor deze partij moet het onderzoek een passend ondersteuningsaanbod opleveren aan de hand van de verkregen gegevens. Aan de UvA zijn 3100 promovendi verbonden.
- De Universiteit van Amsterdam: de onderwijsinstelling waaraan de promovendi verbonden zijn. De UvA zal beleidsmatige adviezen krijgen wat betreft het promotietraject indien blijkt dat het huidige beleid de ervaren knelpunten door promovendi in stand houdt of bevordert.
- Bureau Studentenartsen van de UvA, sectie Onderzoek, Ontwikkeling en Preventie: opdrachtgever. De opdrachtgever kan de ondersteuningsmogelijkheden bij veel voorkomende knelpunten bij promovendi tijdens het promotietraject opnemen in het feedbacksysteem van de PhD Health Check. Ook kan Bureau Studentenartsen beleidsmatige adviezen geven aan de UvA met betrekking tot aspecten die verband houden met het promotietraject.
- De Centrale Promovendi Raad (voorheen UvAPro): de promovendiraad die zich inzet voor eerlijke arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden voor promovendi van de UvA. De Centrale Promovendi Raad houdt jaarlijks een enquête bij promovendi over verschillende onderwerpen die te maken hebben met het doen van promotieonderzoek. Indien er knelpunten aan het licht komen, kaarten zij deze aan bij de UvA. Onderwerpen die al aan bod zijn gekomen zijn onder andere depressie bij promovendi en begeleiding. Ook dit jaar zetten zij een enquête uit met daarin de vraag opgenomen of promovendi de vragenlijst voor dit onderzoek willen invullen. Verder kan informatie uit voorgaande enquêtes eventueel gebruikt worden voor de literatuurstudie van dit onderzoek.

2. Probleemstelling

2.1 Probleemstelling

Hoe kan Bureau Studentenartsen promovendi aan de UvA ondersteunen bij het voorkomen dan wel verminderen van psychische gezondheidsproblematiek die voortkomt uit ervaren knelpunten verbonden aan het promotietraject?

2.2 Deelvragen

1. Wat zijn volgens de literatuur de belangrijkste knelpunten verbonden aan het promotietraject die kunnen leiden tot psychische gezondheidsproblematiek bij promovendi?

2. Welke interventies voor het voorkomen of verminderen van psychische gezondheidsproblematiek sluiten volgens de literatuur aan op de belangrijkste knelpunten?

3. Welke interventies worden er in Nederland in het algemeen en door de UvA specifiek aangeboden die promovendi kunnen ondersteunen bij het omgaan met de belangrijkste knelpunten?

4. Welke knelpunten, zoals ervaren promovendi aan de UvA tijdens het promotietraject?

5. Hoe wensen promovendi aan de UvA ondersteund te worden bij het omgaan met de knelpunten die zij ervaren tijdens het promotietraject?

3. Verkennende literatuurstudie

Deelvragen 1 en 2 zullen antwoord geven op (1) wat volgens de literatuur de belangrijke knelpunten zijn die promovendi ervaren tijdens het promotietraject; (2) welke interventies er bekend zijn uit de literatuur die aansluiten op deze knelpunten die promovendi ervaren. De volgende literatuurstukken zullen een bijdrage leveren aan het beantwoorden van deelvragen 1 en 2.

- Appel, M.L. & Dahlgren, L.G. (2003). Swedish Doctoral Students' on their Journey towards a PhD: Obstacles and opportunities inside and outside the academic building. Scandinavian Journal of Educational Research, 47:1, 89-110.

Dit artikel belicht hoe promovendi in Zweden de werkomstandigheden beoordelen tijdens het promotietraject. Zowel de ervaren belemmeringen van promovendi als de beschermende factoren worden beschreven. Dit artikel bevat informatie over eventuele risicofactoren op psychische gezondheidsproblematiek bij en uitval van promovendi en de beschermde factoren of buffers tegen psychische klachten.

- Baan, A. (2016). *Promotieklimaat in Nederland: De relatie tussen werkdruk en werktevredenheid onder Nederlandse promovendi.* (Bachelorscriptie, Universiteit Utrecht).

  In deze scriptie staat het onderzoek naar de relatie tussen werktevredenheid en werkdruk beschreven. Werkdruk is een van voorspellende factoren voor psychische klachten bij promovendi. Het blijkt dat er minder werkdruk wordt ervaren naarmate de werktevredenheid toeneemt. Ini deze scriptie staan factoren beschreven die de werktevredenheid doen verhogen. Deze factoren kunnen dienen als mogelijke aangrijpingspunten van interventies voor de ervaren knelpunten.

- Bakker, A.B., Oerlemans, W.G.M., Vuuren van, C.V., Veldhoven van, M.J.P.M., Bekkum van, P.W.J., Lith van, P.M.P., Siegert, H.S., Tweehuysen, H., Velde van der C., & Wichgers-van Alst, M.G.R.M. (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Werkdruk.* Utrecht: Kwaliteitsbureau NVAB.

  In dit literatuurstuk wordt uiteengezet wat werkdruk is, wat de gevolgen ervan zijn en welke interventies bij een hoge werkdruk bestaan. De effectiviteit van zowel organisatorische interventies als interventies op individueel niveau worden beschreven.

- Bird, J. (2006). Work-Life Balance: Doing It Right and Avoiding the Pitfalls. *Wiley InterScience* 21-30.
  In dit artikel staat beschreven wat zowel organisaties als individuen kunnen doen om de werk-familiebalans te optimaliseren.

- CWTS. (2017) *Het mentaal welzijn van de Leidse promovendi.* Leiden: Universiteit Leiden.

  Dit rapport beschrijft een onderzoek naar de psychische gezondheid onder Leidse promovendi. De aard en de voorspellende ontstaansfactoren van de psychische problematiek worden beschreven. Ook staan er beleidsoplossing in het rapport geformuleerd die zijn aangedragen door promovendi en het projectteam om zo de psychische problematiek te voorkomen dan wel te verminderen. Deze beleidsoplossingen kunnen tevens van toepassing zijn als interventie door de UvA.

- Dowling, M., & Rickwood, D. (2013). Online Counseling and Therapy for Mental Health Problems: A Systematic Review of Individual Synchronous Intervantions using Chat. *Journal of technology in Human Services*, 31:1, 1-21.

  Dit artikel beschrijft verschillende typen van internettherapie en kan inzicht geven in de online interventiemogelijkheden voor de knelpunten en problemen die promovendi ervaren.

- Greenhaus, J. H., Collins, K. M., & Shaw, J. D. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior 63*, 510-531

  Promovendi besteden veel tijd aan hun onderzoek. Vaak zijn zij 's avonds en in het weekend niet vrij. Dit artikel gaat in op deze balans tussen werk en privé. Een disbalans tussen werk en privé kan een negatieve invloed hebben op de psychische gezondheid

- Jang, S.J., Park, R., & Zippay, A. (2010). The interaction effects of scheduling control and work–life balance programs on job satisfaction and mental health. *International Journal of Social Welfare, 20:* 135-143.

  In dit artikel staan de positieve effecten beschreven van werkcontrole en werk-familieprogramma's op de ervaren werk-familiebalans van werknemers in Zuid Korea. Dit artikel kan een mogelijke bijdrage leveren aan het opstellen van beleidsmatige adviezen aan de UvA om promovendi te ondersteunen bij het in stand houden van een goede werk-familiebalans.

- Lal, S., & Adair, C. E. (2014). E-Mental Health: A Rapid Review of the Literature. *Psychiatric Services. 65:* 24-32.

Dit artikel geeft een overzicht van de voor- en nadelen van internettherapie, welke categorieën er zijn en welke applicaties er bestaan. Ook dit artikel kan inzicht geven in de online interventiemogelijkheden voor de knelpunten en problemen die promovendi ervaren.

- Levecque, K., Anseel, F., De Beuckelaer, A., Van der Heyden, J., & Gisle, L. (2017). Work organization and mental health problems in PhD students. *Research Policy* , 868-879.

  Dit artikel gaat over een onderzoek naar de prevalentie van psychische gezondheidsproblematiek bij promovendi in Vlaanderen. Uit de resultaten komt naar voren dat promovendi risico lopen op het ontwikkelen van psychische gezondheidsklachten. Er wordt aandacht besteed aan de aard van de psychische klachten. Ook worden de factoren die van invloed zijn op het ontstaan van de psychische gezondheidsproblematiek beschreven. Ten slotte wordt er een advies gegevens aan beleidmakers en universiteiten met betrekking tot het aanpakken van deze problematiek.

- Meijer, M. M. (2011). Behoud Talent. Een rapportage over de verschillende aspecten die een rol spelen bij de begeleiding van promovendi. Promovendi Netwerk Nederland.

  In dit rapport wordt duidelijk dat begeleiding van promovendi van invloed is op het werkklimaat en de wetenschappelijke productiviteit. Gebrekkige begeleiding van een promovendi kan resulteren in vertraging en uitval. Vertraging en uitval zijn factoren die psychische gezondheid van promovendi kunnen beïnvloeden. In dit rapport staat beschreven hoe de begeleiding van promovendi verbeterd kan worden.

- Schreuders, B. (2015). *Protocollen voor begeleiding van mensen met psychische klachten.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

  Dit boek bevat zes protocollen voor de behandeling van veel voorkomende psychische klachten. De handleiding is gericht op kortdurende begeleiding van klachten en problemen waarbij geen sprake is van een stoornis. In dit boek staan interventies beschreven die mogelijk van toepassing kunnen zijn op de knelpunten die promovendi ervaren.

- Smeets, G., Bos, A.E.R., Molen van der, H.T. & Muris, P. (2009). *Klinische Psychologie, Diagnostiek en Therapie.* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

  Dit boek beschrijft verschillende behandelmethoden en de indicaties hierbij, en psychische stoornissen en ziektebeelden. Ook in dit boek staan interventies beschreven die mogelijk van toepassing zijn op de knelpunten die promovendi ervaren.

- Steensma, H. (2011). *Mensen, arbeid en organisatie. Een oriëntatie in de arbeids- en organisatiepsychologie.* DenHaag: Boom Lemma Uitgevers.

  Promovendi ervaren werkstress door de ervaren werkdruk en taakeisen. In dit boek staan verschillende modellen over werkstress opgenomen. In deze modellen staan de voorspellende factoren van werkstress en de beschermende factoren tegen werkstress beschreven. Zo wordt duidelijk wat er gedaan moet worden om werkstress te voorkomen dan wel verminderen

- Stubb, J., Pyhältö, K. & Lonka, K. (2011). Balancing between inspiration and exhaustion: PhD students' experienced socio-psychological well-being. *Studies in Continuing Education,* 33:1, 33-50, doi:10.1080/0158037X.2010.515572

  In dit artikel worden de ervaringen van Finse promovendi in de wetenschappelijke gemeenschap beschreven met betrekking tot het socio-psychologische welzijn. Deze ervaringen worden in verband gebracht met de studiebetrokkenheid en met zelfgerapporteerde stress, uitputting en angst. Uit het onderzoek blijkt dat promovendi die de academische gemeenschap zagen als een bron van empowerment een hoger ervaren gevoel van welzijn vermeldden. Bovendien bleken zij minder studie-gerelateerde stress, angst en uitputting te ervaren dan promovendi die de academische gemeenschap zagen als een last. Deze bevindingen impliceren dat aanpassingen van de academische structuur en het beleid een positieve invloed kunnen hebben op de psychische gezondheid van promovendi.

- The Graduate Assembly Graduate Student (2014). *Graduate Student Happiness & Well-being Report.*

Omdat gebalanceerde en gelukkige mensen productiever, creatiever, coöperatiever en veerkrachtiger zijn, heeft the Graduate Assembly een rapport opgesteld met daarin voorspellers van het welzijn van studenten. In dit rapport staan factoren beschreven die het welzijn van promovendi kunnen voorspellen. Een logisch gevolg is dat het ontbreken van deze factoren van invloed kan zijn op de psychische gesteldheid. Ook staan de voorspellende factoren van een depressie bij studenten beschreven. In dit rapport zijn tevens aanbevelingen opgenomen hoe universiteiten kunnen handelen om de ervaren knelpunten en de gevolgen daarvan op het psychisch welzijn te verminderen.

- Van Leeuwen, J. (2016). *Promoveren, doe dat maar in jouw eigen tijd! Onderzoek naar de relatie tussen de ervaren werkdruk en het burn-outrisico en de invloed van motivatie bij promovendi* (Bachelorscriptie, Universiteit Utrecht).

  Deze scriptie gaat over de werkdruk bij promovendi en de eventuele gevolgen hiervan. Werkdruk kan leiden tot werkstress, gezondheidsklachten, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In het onderzoek werden de verbanden tussen ervaren werkdruk, motivatie en burn-out onderzocht.

- Wiezer, N., Schelvis, R., Zwieten van, M., Kraan, K., Klauw van der, M., Houtman, I., Kwantus, J.H., & Bakhuys Roozeboom, M. (2012). *Werkdruk.* Rapport TNO. Hoofddorp: TNO.

  In dit rapport worden de determinanten van werkdruk uiteengezet. Vervolgens wordt per werkdrukdeterminant beschreven welke maatregelen genomen kunnen worden als deze determinant een probleem wordt. Het betreft maatregelen vanuit de organisatie maar voor het individu zelf.

Deelvraag 3 zal antwoord geven op de vraag wat er zoal in Nederland in het algemeen en door de UvA specifiek wordt aangeboden aan interventies die passen bij de ervaren knelpunten en de problematiek die hieruit voortvloeit.

- GGZinGeest (2017). *Internetbehandeling.* https://www.ggzingeest.nl/thema/e-health/

  Op deze website van GGZinGeest is informatie te vinden over hoe internettherapie werkt, welke modules en apps er worden aangeboden en wat deze inhouden. Deze informatie is te gebruiken voor het verkrijgen van het overzicht van het onlinebehandelaanbod in Nederland.

- TUDelft (2017). *Begeleiding bij psychische problemen.* http://www.psychologen.tudelft.nl/
  Op de website van de Technische universiteit van Delft is een overzicht te vinden met informatie over uiteenlopende verschillende psychische klachten en welke behandelingen, cursussen en workshops daarbij worden aangeboden voor studenten en promovendi door de studentenpsychologen van de universiteit.

- Universiteit Utrecht. (z.d.) *Persoonlijke problemen aanpakken*. https://students.uu.nl/naast-de-studie/trainingen/persoonlijke-problemen-aanpakken.

  Op de website van de UU is een overzicht te vinden met diverse trainingen en workshops die studenten kunnen volgen om psychische problematiek te behandelen, verminderen en te voorkomen. Verschillende van deze trainingen zouden ook nuttig kunnen zijn voor promovendi.

- UvA (2017). *Studentenpsychologen Overzicht.* http://student.uva.nl/content/az/trainingen-en-workshops/psychologische-begeleiding/studentenpsychologen-overzicht-2017-2018.html

  Op de website van de UvA is een overzicht te vinden met diverse trainingen en workshops die studenten en promovendi kunnen volgen om psychische problematiek te behandelen, verminderen en te voorkomen.

4. Methoden van Onderzoek

4.1 Toe te passen onderzoeksmethode per deelvraag

1. Wat zijn volgens de literatuur de belangrijkste knelpunten verbonden aan het promotietraject die kunnen leiden tot psychische gezondheidsproblematiek bij promovendi?

- Literatuuronderzoek

2. Welke interventies voor het voorkomen of verminderen van psychische gezondheidsproblematiek sluiten volgens de literatuur aan op de belangrijkste knelpunten?
   - Literatuuronderzoek

3. Welke interventies worden er in Nederland in het algemeen en door de UvA specifiek aangeboden die promovendi kunnen ondersteunen bij het omgaan met de belangrijkste knelpunten?
   - Deskresearch

4. Welke knelpunten ervaren promovendi aan de UvA tijdens het promotietraject?
   - Vragenlijst

5. Hoe wensen promovendi aan de UvA ondersteund te worden bij het omgaan met de knelpunten die zij ervaren tijdens het promotietraject?
   - Vragenlijst

4.2 Literatuuronderzoek en deskresearch

Waar literatuuronderzoek vooral gericht is op het verkrijgen van theoretische kennis over een onderwerp, wordt deskresearch gebruikt voor het verzamelen van feitelijke gegevens en bestaande onderzoeksdata (Scribb, z.d.).
Deelvragen 1 en 2 zullen beantwoord worden met behulp van literatuuronderzoek. Er zal onderzoek worden gedaan naar de belangrijkste knelpunten die promovendi kunnen ervaren tijdens het promotietraject en naar passende interventiemethoden voor deze knelpunten. Per knelpunt zal er naar ongeveer drie a vijf verschillende interventies worden gezocht met een voorkeur voor evidence based interventies. Het onderzoek zal gericht zijn op zowel interventiemethoden via het internet, bijvoorbeeld zelfhulpadviezen, internetapplicaties en internettherapie, als naar interventies die face-to-face plaatsvinden, bijvoorbeeld trainingen en behandelingen door coaches en/of psychologen. Uit het literatuuronderzoek zal duidelijk worden welke interventies erop gericht zijn de knelpunten aan te pakken gedefinieerd zoals in deelvraag 1. In een overzicht zullen de typen interventies worden beschreven, bijvoorbeeld: de behandelmethoden, vorm (online of face-to-face) en op welke knelpunten de interventies van toepassing zijn.
Deelvraag 3 zal worden beantwoord aan de hand van deskresearch. De gegevens uit het literatuuronderzoek over passende interventiemethoden bij de knelpunten die promovendi ervaren, kunnen worden gebruikt om gericht te zoeken naar passende interventiemethoden die worden aangeboden in Nederland. Via het internet zal worden gezocht naar wat zorgaanbieders in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en universiteiten in Nederland aanbieden aan interventies die passen bij de knelpunten die promovendi ervaren, zoals gedefinieerd in deelvraag 1. Ook hier zal er worden gezocht naar zowel interventies die worden aangeboden via het internet als naar interventies die face-to-face plaatsvinden. Middels het deskresearch zal er zicht komen op de interventies in Nederland die aansluiten op de volgens de literatuur ervaren knelpunten van promovendi, zoals gedefinieerd in deelvraag 1. De resultaten zullen wederom worden verwerkt in een overzicht naar type interventie.

4.3 Vragenlijst

Deelvragen 4 en 5 zullen beantwoord worden met behulp van een vragenlijst. Deze vragenlijst zal worden opgesteld aan de hand van de verkregen gegevens uit het literatuuronderzoek en de deskresearch, Ten eerste zal, middels de vragenlijst, in kaart worden gebracht welke knelpunten, zoals gedefinieerd in deelvraag 1, promovendi aan de UvA ervaren en in welke mate zij hier hinder van hebben. Bovendien krijgen promovendi de mogelijkheid knelpunten te noemen die niet in de vragenlijst zijn opgenomen. Vervolgens zal, aan de hand van het interventieoverzicht, per knelpunt gevraagd worden aan welke typen interventies promovendi aan de UvA behoefte hebben. Ook zal er de mogelijkheid zijn ondersteuningsmogelijkheden te noemen die niet in de vragenlijst staan. Daarbij zal er gevraagd worden naar adviezen met betrekking tot het beleid van de UvA of de faculteit met betrekking tot het promotietraject. Ten slotte zullen er algemene gegevens verzameld worden, waarmee, in een eventueel vervolgonderzoek, verbanden kunnen worden onderzocht tussen bijvoorbeeld de ervaren knelpunten en de ondersteuningsbehoeften hierbij en variabelen zoals

leeftijd, geslacht, faculteit, nationaliteit, type promovendus (met arbeidscontract, bursaal, of buitenpromovendus) etc.
Voordat de vragenlijst verzonden wordt, zal er een begeleidende tekst worden opgesteld met daarin informatie over het doel van het onderzoek en waarin gegarandeerd wordt dat de gegevens anoniem worden verwerkt. De vragenlijst zal online worden verspreid onder zo veel mogelijk promovendi van de UvA. Er zijn 3100 promovendi verbonden aan de UvA en met behulp van de Centrale Promovendi Raad van de UvA, zal hun gevraagd worden of zij benaderd mogen worden voor het invullen van de vragenlijst. Omdat er verschillende knelpunten zijn waarmee elk type promovendus geconfronteerd kan worden, is ervoor gekozen alle typen promovendi de mogelijkheid te bieden de vragenlijst in te vullen. Bovendien zal de vragenlijst tweetalig worden opgesteld (Nederlands en Engels), zodat ook internationale promovendi de vragenlijst kunnen invullen.
Er is gekozen voor het gebruik van een vragenlijst, omdat met deze methode een groot aantal promovendi bereikt kan worden in relatief weinig tijd en tegen lage kosten (Brinkman & Oldenhuis, 2014).

5.Planning

Week	Taak
1	Tekenen afstudeerovereenkomst
1	Verrichten literatuuronderzoek deelvragen 1 en 2
3	Verwerken resultaten literatuuronderzoek
4	Inleveren literatuuronderzoek bij opdrachtgever en bespreken resultaten
4	Verrichten deskresearch deelvraag 3
5	Verwerken resultaten deskresearch
5	Inleveren deskresearch bij opdrachtgever en bespreken resultaten
6	Inleveren literatuuronderzoek en deskresearch scriptieadviseur
6	Opstellen vragenlijst en begeleidende tekst deelvragen 4 en 5
8	Vragenlijst en begeleidende tekst voorleggen aan opdrachtgever
9	Uitzetten vragenlijst bij promovendi
10	Sturen van een reminder
11	Verwerken resultaten vragenlijst
12	Start schrijven scriptie
17	Inleveren scriptie bij scriptieadviseur
18	Voorbereiden presentatie
19	Presenteren bij opdrachtgever
20	Inleveren scriptie bij eerste en tweede beoordelaar

Literatuur

Appel, M.L. & Dahlgren, L.G. (2003). Swedish Doctoral Students' on their Journey towards a PhD: Obstacles and opportunities inside and outside the academic building. *Scandinavian Journal of Educational Research,* 47:1, 89-110.

Baan, A. (2016). *Promotieklimaat in Nederland: De relatie tussen werkdruk en werktevredenheid onder Nederlandse promovendi.* (Bachelorscriptie, Universiteit Utrecht).

Basten, F. (2010). *Buitenpromovendi en het onderzoekend vermogen van de samenleving.* Onderzoeksrapport. [campus] OrléoN.

Bregman, R. (2013). *De promovendifabriek*. Geraadpleegd op 21 november 2017, van https://decorrespondent.nl/230/de-promovendifabriek/50136124500-9054dfa9

Brinkman, J., & Oldenhuis, H. (2014). *Beroep op onderzoek.* (2e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Boot, C. R. L., Vonk, P. & Meijman, F.J. (2007). Health-related profiles of study delay in university students in the Netherlands. *International Journal of Adolescent Medicine and Health. 19,* 413-423. doi: 10.1515-IJAMH.2007.19.4.413

Bureau Studentenartsen, (z.d.). Geschiedenis, geraadpleegd op 30 augustus 2017, van https://www.huisartsenamsterdam.nl/praktijkinfo/geschiedenis/

Bureau Studentenartsen, (z.d.). Wetenschap, geraadpleegd op 30 augustus 2017, van https://www.huisartsenamsterdam.nl/praktijkinfo/wetenschap/

Cameron, L., Leventhal, E.A., & Leventhal, H. (1995). Seeking medical care in response to symptoms and life stress. *Psychosomatic Medicine, 57,* 37-47.

CBS. (2014). *Aantal gepromoveerde vrouwen neemt toe, vooral in alfa- en gammarichting.* Geraadpleegd op 13 september 2017, van https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/49/aantal-gepromoveerde-vrouwen-neemt-toe-vooral-in-alfa-en-gamma-richting

CWTS. (2017). *Het mentaal welzijn van de Leidse promovendi*. Leiden: Universtiteit Leiden

De Knecht, S. (2017). *Veel wetenschapsgeld verspild aan wegwerppromovendi.* Geraadpleegd op 18 augustus 2017, van NRC.nl: https://www.nrc.nl/nieuws/2017/05/04/veel-wetenschapsgeld-verspild-aan-wegwerppromovendi-a1556970

De Lange, A.H., Taris, T.W., Kompier, M.A.J., Houtman, I.L.D., Bongers, P.M., 2004.Work characteristics and psychological well-being: testing normal: reversedand reciprocal relationships within the 4-wave SMASH study. Work Stress 18,149–166.

Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-seeking and acces to mental care in a university student population. *Medical Care, 45,* 594-601. doi:10.1097/MLR.0b013e31803bb4c1

Graaff de, V. (2014). *Promovendi moeten liegen voor uitkering.* Geraadpleegd op 14 november 2017, van http://www.advalvas.vu.nl/nieuws/promovendi-moeten-liegen-voor-een-uitkering

Greenhaus, J. H., Collins, K. M., & Shaw, J. D. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. Journal of Vocational Behavior 63, 510-531

Jettinghoff, K., & Scheeren, J. (2016). *Verkenning in het WO: prestatiedruk onder wetenschappelijk personeel.* Sociaal Fonds Kennissector.

Karasek, R.A., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life.* New York: Basic Books.

Keesman, M., Toffolo, M. & Schuurman, N. (2015). PhD information booklet. UU, Faculty of Social and Behaviorial Sciences.

Leka, S. & Jain, A. (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards of Work: An Overview*. Geneva: WHO.

Levecque, K., Anseel, F., De Beuckelaer, A., Van der Heyden, J., & Gisle, L. (2017). Work organization and mental health problems in PhD students. *Research Policy* , 868-879.

Meijer, M. M. (2011). Behoud Talent. Een rapportage over de verschillende aspecten die een rol spelen bij de begeleiding van promovendi. Promovendi Netwerk Nederland.

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.) Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). Geraadpleegd op 21 november 2017, van https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Center-for-Epidemiological-Studies-Depression-Scale-(CES-D)

OECD. (2014). Education Indicators in Focus. gedownload op 8 november 2017, van http://www.oecd-ilibrary.org/education/who-are-the-doctorate-holders-and-where-do-their-qualifications-lead-them_5jxv8xsvp1g2-en

Onze Taal. (2011). Fte (betekenis). Geraadpleegd op 16 november 2017, van https://onzetaal.nl/taaladvies/fte-betekenis/

Overman, R. (2001). *Studenten op Spreekuur. Zestig jaar zorg voor studenten door het Bureau Studentenartsen/ Huisartsen Oude Turfmarkt van de Universiteit van Amsterdam 1938-1998.* Amsterdam: Overman.

PNN. (z.d.). *Wat nu?* Geraadpleegd op 14 november 2017, van http://www.hetpnn.nl/phd-traject/erna/

PNN. (2011). Bursalen: dramatische maatregel. Geraadpleegd op 14 november 2014, van http://www.hetpnn.nl/publicaties/bursalen-dramatische-maatregel/

Rethink UvA PhD Working Group (z.d.). *Blessings and concerns: Exploring the diversity of UvA PhD contracts.* Position Paper.

Schuyt, Th. N. M. (1986). *Wie wil er nog promoveren? Negatieve ervaringen van promovendi in de Sociale Wetenschappen: analyse en suggesties tot verbetering.* Amsterdam.

Science Guide. (2017). *Psychische gezondheid promovendi in gevaar*. Geraadpleegd op 21 november 2017, van http://www.scienceguide.nl/201707/hoe-verder-met-psychische-klachten-promovendi.aspx

Science Guide. (2017). *Universiteiten verantwoordelijk voor werkdruk promovendi.* Geraadpleegd op 19 september 2017, van http://www.scienceguide.nl/201706/universiteiten-verantwoordelijk-voor-werkdruk-promovendi.aspx

Science Guide. (2017). *Maak vaart met onderzoek gezondheid promovendi.* Geraadpleegd op 19 september 2017, van http://www.scienceguide.nl/201704/maak-vaart-met-onderzoek-gezondheid-promovendi.aspx

Scribb. (z.d.).*Hoe doe je deskresearch?* Geraadpleegd op 18 oktober 2017, van https://www.scribbr.nl/scriptie-structuur/hoe-doe-je-deskresearch/

Stubb, J., Pyhältö, K. & Lonka, K. (2011). Balancing between inspiration and exhaustion: PhD students' experienced socio-psychological well-being. *Studies in Continuing Education,* 33:1, 33-50, doi:10.1080/0158037X.2010.515572

Stubb, J., Pyhältö, K. & Lonka, K. (2012). The Experienced Meaning of Working with a PhD Thesis. Scandinavian Journal of Educational research. 56:4, 439-456. Doi: 10.1080/00313831.2011.599422

Van Damme, D. (2014). Doctorate Degree Holders Take Research Skills Outside Academia. Geraadpleegd op 22 november 2017, van http://oecdeducationtoday.blogspot.nl/2014/10/doctorate-degree-holders-take-research.html

Van Elk, R., Rud, I., & Wouterse, B. (2016). *De economische effecten van buitenlandse promovendi.* CPB Policy Brief. Den Haag: Centraal Planbureau.

Van der Heijde, C. M., Vonk, P., & Meijman, F. J. (2015). Self-regulation for the promotion of student health. Traffic lights"the development of a tailored web-based instrument providing immediate personalized feedback. *Health Psychology an Behavioral Medicine* , pp. 169-189.

VAWO. (2016). Beurspromovendus volgens belastingdienst toch werknemer. Geraadpleegd op 14 november 2017, van https://www.vawo.nl/beurspromovendus-volgens-belastingdienst-toch-werknemer

Uba, L. (1994). *Asian Americans: Personality patterns, identity and mental health.* New York: Guilford Press.

UvA. (2017). *Identiteit*. Geraadpleegd op 30 augustus 2017, van Universiteit van Amsterdam: http://www.uva.nl/over-de-uva/uva-profiel/identiteit/identiteit.html

UvA. (2017). *Promoveren.* Geraadpleegd op 30 augustus 2017, van Universiteit van Amsterdam: http://www.uva.nl/over-de-uva/werken-bij-de-uva/promoveren/promoveren.html

UvAPro. (2015). *Are UvA PhD candidates at risk of depression?* Report. Amsterdam: UvA

Vanroelen, C., Levecque, K., Louckx, F., 2009. Psychosocial working conditions andself-reported health in a representative sample of wage-earners: a test of thedifferent hypotheses of the Demand-Control-Support-Model. Int. Arch. Occup.Environ. Health 82 (3), 329–342.

Verouden, N.W., Vonk, P., & Meijman, F.J. (2010). Context guides illness identity: a qualitative analysis of Dutch university students' non-help-seeking behavior. *International Journal of Adolescent Health and Medicine, 22,* 307-320. doi: 10.1515/IJAMH.2010.22.2307

Vidourek, R. A., King, K.A., Nabors, L. A., Lynch, A.N., & Merianos, A. L. (2014). College students' students' perceived confidence in mental health help-seeking. *International Journal of Mental Health Promotion.16,* 83-90. doi: 10.1080/14623730.2014.892257

Van Leeuwen, J. (2016). *Promoveren, doe dat maar in jouw eigen tijd! Onderzoek naar de relatie tussen de ervaren werkdruk en het burn-outrisico en de invloed van motivatie bij promovendi* (Bachelorscriptie, Universiteit Utrecht).

VSNU. 2008). *Passend promoveren. Derde fase van het Hoger Onderwijs vraagt om maatwerk.* Den Haag: Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten.

VSNU. (2012). *Prestaties in perspectief. Trendrapportage universiteiten 2000-2020.* Den Haag.

Walsum van, S. (2001). *Duizend aoi's zonder geld door controle.* Geraadpleegd op 14 november 2017, van https://www.volkskrant.nl/archief/duizend-aio-s-zonder-geld-door-controle~a598744/

World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *Mental health: strengthening our response.* Geraadpleegd op 7 september 2017, van

Bijlagen

Bijlage 1 Verklarende woordenlijst

Interventie
Pinkhof Geneeskundig Woordenboek definieert interventie als volgt: "neutrale term van elke vorm van benadering, ingreep, aanpak, verzorging, therapie (in zowel medische als algemene zin)". In de context van dit onderzoek wordt met interventie het volgende bedoeld: (be)handeling, ingreep, aanpak, verzorging of therapie om een probleem op te lossen, te verminderen of te voorkomen.

Psychische gezondheid
Psychische gezondheid is de subjectieve beleving van welzijn, autonomie en competentie. De persoon is in staat de eigen intellectuele en emotionele vermogens te verwezenlijken en kan actief participeren in de samenleving. Psychische gezondheid is meer dan de afwezigheid van psychische problematiek (WHO, 2001). Dit betreft geen letterlijke kopie.

Knelpunten

Knelpunten kunnen gezien worden als de risicofactoren voor het ontstaan van psychische problematiek bij promovendi. Knelpunten hebben betrekking op situaties en omstandigheden die direct verband houden met het promotietraject.

Bijlage 2 Organogram UvA