



UNIVERSITY OF TWENTE.

**Faculty of Behavioral, Management and Social
Sciences**

**Compassiemoeheid, veerkracht en
welbevinden onder vrijwilligers
van Sensor**

Michelle van Vlierberghe

Studentnummer: 1470027

B.Sc. Thesis

Juni 2017



Begeleiders:

Eerste begeleider: Dr. C.H.C. Drossaert

Tweede begeleider: Dr. N. Köhle

Afdeling Psychologie, Gezondheid en Technologie
Faculty of Behavioral, Management and Social Sciences,
Universiteit van Twente

Abstract

Background: Compassion fatigue is a known health problem among healthcare providers. However, there is not much research on compassion fatigue among volunteers who work in health care. Volunteers play an important role in the informal health care. In a participatory society, people depend on informal health care, in which volunteers play an important role. To counteract the development of compassion fatigue, many face-to-face interventions have been developed, but no eHealth interventions. This study looked at the extent to which and in what way Sensor volunteers experience compassion fatigue.

Methods: For this research, two focus group interviews were conducted in two regions with a total of 13 participants. The interviews were recorded and transcribed verbatim. After selecting the relevant text fragments, the transcripts were analyzed applying deductive and inductive analysis.

Results: Regarding emotions during a conversation, seven positive emotions were mentioned and ten negative emotions. Five factors were mentioned regarding the subject of request, eight factors about the caller and four regarding the volunteer. Regarding promotional factors, seven were mentioned about the volunteer and five about the organization. Regarding impending factors, four were mentioned about the volunteer and three about the organization. The participants were divided on the need for a eHealth intervention. Most participants were positive but some were negative. Also a need for another intervention and no need for an intervention at all were mentioned.

Conclusions: It can be concluded that there are indications that volunteers are at risk of developing compassion fatigue because they experience many negative emotions, the caller can make a conversation very difficult and because of impending factors that affect handling emotions negatively.

Abstract

Achtergrond: Compassiemoetheid is een bekend gezondheidsprobleem onder zorgverleners. Echter, er is niet veel bekend over compassiemoetheid onder vrijwilligers in de gezondheidszorg. In een participatiesamenleving zijn mensen afhankelijk van de informele zorg, waarin vrijwilligers een belangrijke rol spelen. Om de ontwikkeling van compassiemoetheid tegen te gaan zijn er veel face-to-face interventies ontwikkeld, maar nog geen eHealth interventies. In dit onderzoek is gekeken naar in hoeverre en op welke manier vrijwilligers van Sensor compassiemoetheid ervaren.

Methode: Voor dit onderzoek werden twee focusgroep-interviews uitgevoerd in twee regio's, met in totaal 13 vrijwilligers. De interviews werden opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Relevante tekstfragmenten werden geanalyseerd door middel van deductieve en inductieve analyse.

Resultaten: Met betrekking tot emoties, werden 7 positieve emoties onderscheiden en 10 negatieve emoties. Er werden 5 factoren met betrekking tot de hulpvraag, 8 factoren met betrekking tot de hulpvrager en 4 factoren met betrekking tot de vrijwilliger genoemd die een gesprek moeilijk en/of stressvol kunnen maken. Met betrekking tot bevorderende factoren werden er 7 bij de vrijwilliger genoemd en 5 bij de organisatie. Bij de belemmerende factoren werden er 4 bij de vrijwilliger genoemd en 3 bij de organisatie. Met betrekking tot de behoefte aan een eHealth interventie is er verdeeldheid; de participanten zijn overwegend positief maar er zijn ook participanten negatief. Daarnaast wordt de behoefte aan een andere interventie genoemd en geen behoefte aan een (eHealth) interventie.

Conclusie: Geconcludeerd kan worden dat er aanwijzingen zijn dat vrijwilligers van Sensor het risico lopen om compassiemoetheid te ontwikkelen omdat zij veel negatieve emoties ervaren, de hulpvrager een gesprek erg moeilijk kan maken en omdat er belemmerende factoren zijn die het omgaan met emoties negatief beïnvloedt.

Inhoudsopgave

.....	i
1. Inleiding	6
1.1 Verminderde veerkracht, verminderd welbevinden en compassiemoeheid onder zorgverleners..	6
1.2 Symptomen van compassiemoeheid onder zorgverleners.....	8
1.3 Moeilijke en stressvolle factoren in de zorgverlening.....	9
1.4 Bevorderende en belemmerende factoren in de gezondheidszorg die de ontwikkeling van compassiemoeheid verminderen of versterken	10
1.5 Interventies in de gezondheidszorg gericht op het tegengaan van de ontwikkeling van compassiemoeheid.....	11
1.6 Doel van het onderzoek naar compassiemoeheid onder vrijwilligers	13
2. Methode.....	14
2.1 Context setting Sensor	15
2.2 Participanten.....	15
2.3 Focusgroep-interviews procedure en materialen.....	16
2.4 Protocol van de focusgroep-interviews	16
2.5 Data-analyse	18
3. Resultaten	18
3.1 Demografische gegevens van de participanten	18
3.2 Overzicht thema's.....	19
3.3 Emoties die participanten ervaren bij confrontatie met het leed van de ander.....	19
3.3.1 Positieve emoties	20
3.3.2 Negatieve emoties	22
3.4 Factoren die een gesprek moeilijk en/of stressvol maken	24
3.4.1 Hulpvraag	25
3.4.2 Hulpvrager.....	26
3.4.3. Vrijwilliger.....	28
3.5 Bevorderende/belemmerende factoren met betrekking tot vrijwilliger/organisatie die invloed hebben op het omgaan met emoties als gevolg van moeilijke gesprekken	29
3.5.1 Bevorderende factoren vrijwilliger.....	30
3.5.2 Belemmerende factoren vrijwilliger.....	32
3.5.3 Bevorderende factoren organisatie	33
3.5.4 Belemmerende factoren organisatie	34
3.6 De behoefte aan een eHealth interventie	35
3.6.1 Positief over eHealth interventie	35
3.6.2 Negatief over eHealth interventie.....	36

3.6.3 Behoeftte aan andere soort interventie	36
3.6.4 Geen behoefte aan interventie	37
4. Discussie.....	37
4.1 Sterken kanten en beperkingen.....	41
4.2 Conclusie.....	42
5. Referenties.....	43
6. Bijlagen	46
6.1 Bijlage 1 – informatiebrief en toestemmingsformulier	46
6.2 Bijlage 2 – protocol voor de focusgroep	49

1. Inleiding

1.1 Verminderde veerkracht, verminderd welbevinden en compassiemoeheid onder zorgverleners

“Ik had een mevrouw aan de telefoon die belde en zei dat ze klaar was met het leven. Ze had een heleboel slaappillen ingenomen de avond ervoor en was tot haar spijt gewoon ’s morgens weer wakker geworden. Op het moment dat ze belde, dronk ze spiritus. Daar schrok ik heel erg van. Er ging een golf van afschuw door me heen.” vertelt een vrijwilliger van Sensoor in een kort interview (Sensoor, z.d.).

Sensoor is een vrijwilligersorganisatie die een luisterend oor biedt aan mensen die daar behoefte aan hebben. De vrijwilligers zijn 24 uur per dag beschikbaar voor een vertrouwelijk gesprek via de mail, de chat of de telefoon. De onderwerpen van de gesprekken zijn divers en kunnen gaan over bijvoorbeeld angsten, zelfmoord of slapeloosheid of iemand wil gewoon een praatje maken en zijn of haar geluk delen met iemand. Zoals blijkt uit het bovenstaande fragment, kunnen de gesprekken erg heftig zijn en allerlei emoties teweegbrengen bij de vrijwilliger.

Werken binnen de gezondheidszorg kan op verschillende manieren voor stress zorgen. De werkdruk binnen deze beroepstak ligt hoog, er moet veel worden gepresteerd in weinig tijd en het leed van een patiënt kan erg confronterend zijn voor de zorgverlener. Deze werk gerelateerde stress kan een negatieve invloed hebben op de gezondheid van de zorgverlener (Van Bogaert et al., 2013). Volgens Van Bogaert et al. (2013) is het daarom belangrijk dat een zorgverlener de mogelijkheid heeft om zijn of haar emoties te uiten over ervaringen op de werkvloer zodat de stress die hierdoor ervaren kan worden, beperkt wordt en niet gaat leiden tot gezondheidsproblemen (Van Bogaert et al., 2013).

Figley (2002) omschrijft compassiemoeheid als “een staat van spanning en

bezorgdheid voor individuele of meerdere trauma's van patiënten" (Figley, 2002, p. 57). Compassiemoeheid ontstaat indien de zorgverlener veel compassie toont met patiënten, zonder dat hij of zij daar veel voor terug krijgt in de vorm van het herstel van een patiënt (McHolm, 2006). Compassiemoeheid wordt daarom ook wel gezien als een gezondheidsprobleem dat het resultaat is van het zorgen voor anderen (Figley, 2002). Door aanhoudende blootstelling aan de stress die compassie met zich mee kan brengen, kan er ook uitputting en disfunctioneren optreden (Figley, 1995). Voor zorgverleners kan het dan moeilijk zijn om compassie te tonen ten opzichte van de patiënt (Sinclair et al., 2017). De compassie en empathie die door zorgverleners wordt getoond richting de patiënt, kunnen de zorgverleners dus soms te veel worden waardoor compassiemoeheid kan optreden.

Compassiemoeheid is niet hetzelfde als een burn-out. Een burn-out is een proces waarbij een zorgverlener langdurig lichamelijk en emotioneel wordt blootgesteld aan werk gerelateerde stress (Collins & Long, 2003; Chamberlain & Miller, 2008; Tzu, Bannerman & Hill, 2017). Compassiemoeheid kan daarentegen plotseling ontstaan, zonder enige waarschuwing en naar aanleiding van één enkele traumatische gebeurtenis (Figley, 1995; Pearlman & Saakvitne, 1995). Volgens Thompson, Amatea en Thompson (2014) correleren werkomstandigheden hoger met een burn-out dan met compassiemoeheid (Thompson, Amatea & Thompson, 2014). Compassiemoeheid kan ook een bijdragende factor zijn waardoor uiteindelijk een burn-out ontstaat (Pearlman & Saakvitne, 1995).

In Nederland leven we in een participatiesamenleving waarin de overheid verwacht dat elke burger de verantwoordelijkheid voor het eigen welzijn en de leefomgeving op zich neemt. Het is voor kwetsbare groepen echter soms niet mogelijk om voor zichzelf te zorgen of de zorg voor de leefomgeving op zich te nemen. Zij zijn dan ook afhankelijk van de informele zorg (Kerstholt & Paradies, 2014). Informele zorg, in de vorm van vrijwilligerswerk, is dan ook een belangrijk aspect van een participatiesamenleving. Vrijwilligers kunnen kwetsbare

groepen helpen door ze bijvoorbeeld een luisterend oor te bieden, zoals Sensoor dat beoogt. Doordat de gesprekken erg heftig kunnen zijn, kan de vrijwilliger stress ervaren. Als gevolg hiervan kan een verminderde veerkracht, verminderd welbevinden en compassiemoeheid optreden.

In de afgelopen jaren is er meer aandacht gekomen voor compassiemoeheid als gezondheidsprobleem bij mensen die in de eerstehulpdienst werken zoals de politie, ambulancemedewerkers en de brandweer (Boyle, 2015). Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat compassiemoeheid een groot gezondheidsprobleem is onder zorgverleners (Gentry, Baranowsky & Dunning, 1997; Mathieu, 2008; Huggard, 2016 & Coetzee & Klopper, 2010). Er is echter nog weinig bekend over in hoeverre en op welke manier compassiemoeheid wordt ervaren door vrijwilligers in de gezondheidszorg. Dit zorgt voor een gat in de wetenschappelijke kennis omtrent het onderwerp compassiemoeheid. Het is daarom van essentieel belang is om te onderzoeken in hoeverre compassiemoeheid voorkomt bij vrijwilligers die helpen in de gezondheidszorg en dat er een manier wordt gevonden om de vrijwilliger tegen deze stress te beschermen.

1.2 Symptomen van compassiemoeheid onder zorgverleners

Volgens van Gentry, Baranowsky en Dunning (1997) kunnen de symptomen van compassiemoeheid zowel lichamelijk als psychologisch van aard kunnen zijn, maar ook spiritueel en gedragsmatig (Gentry, Baranowsky & Dunning, 1997).

Lichamelijke symptomen van compassiemoeheid kunnen bestaan uit slapeloosheid, verstoorde slaap, vermoeidheid en uitputting, maar ook hoofdpijn, buikpijn, en hypochondrie waarbij mensen vaak denken dat ze een ernstige ziekte hebben (Mathieu, 2008; Huggard, 2016). Psychologische symptomen kunnen bestaan uit angst, irrationele angst, emotionele uitputting, negatief zelfbeeld, wrok, problemen met intimiteit, depersonalisatie, cynisme,

verminderd vermogen om sympathie en empathie te voelen, ongevoeligheid of juist hypergevoeligheid, verlies van hoop en moeite hebben met het scheiden van werk- en privéleven (Mathieu, 2008; Huggard, 2016). Spirituele symptomen van compassiemoeheid zijn desinteresse in introspectie waarbij er wordt nagedacht over de eigen gedachten, gevoelens en herinneringen. Ook ervaren mensen een gebrek aan geestelijke bewustzijn, zijn zij minder goed in staat om een oordelen te vellen en kunnen zij minder goed onderscheid maken (Coetzee en Klopper, 2010). Als laatste kunnen de symptomen van compassiemoeheid ook gedragsmatig van aard zijn. Verhoogde alcohol inname, het vermijden van patiënten, geen beslissingen kunnen maken op de werkvloer en gespannen persoonlijke relaties kunnen duiden op compassiemoeheid (Mathieu, 2008; Huggard, 2016). Kortom, de symptomen van compassiemoeheid kunnen lichamelijk, psychologisch, spiritueel en gedragsmatig van aard zijn.

Over de symptomen van compassiemoeheid bij vrijwilligers is nog echter niet veel bekend. In dit onderzoek wordt er gekeken naar welke emoties vrijwilligers ervaren als zij worden geconfronteerd met het lijden van anderen.

1.3 Moeilijke en stressvolle factoren in de zorgverlening

In de gezondheidszorg kunnen zorgverleners met verschillende moeilijke en stressvolle situaties te maken krijgen. Geconfronteerd worden met het lijden van patiënten op de oncologieafdeling wordt als zeer moeilijk ervaren door verpleegkundigen. De effecten van agressieve behandelingen en de eindstadia van kanker, maken veel indruk op de verpleegkundigen (Potter et al., 2010). Het zorgen voor patiënten die op sterven liggen, zorgt dan ook voor aanzienlijk stress (Kulbe, 2001; Sontag, 1996). Volgens Yun, Jie en Anli (2010) zit er ook verschil in hoeverre verpleegkundigen op de oncologie compassiemoeheid ervaren. In China is er een onderscheid in ziekenhuizen gemaakt. In tertiaire ziekenhuizen worden patiënten opgenomen die acute zorg nodig hebben of kritieke toestand zijn. In secundaire

ziekenhuizen daarentegen, worden patiënten opgenomen die langdurige en palliatieve zorg nodig hebben (Yun, Jie & Anli, 2010). Doordat de zorgverleners de zorg voor een patiënt voor langere tijd op zich nemen, kunnen ze ook een diepere emotionele reactie ervaren als de patiënt uiteindelijk overlijdt omdat er een band is ontstaan tussen de verpleegkundige en de patiënt (Aycock & Boyle, 2009).

Over moeilijke en/of stressvolle factoren tijdens het werk van vrijwilligers is echter nog niet veel bekend. In dit onderzoek wordt er dan ook gekeken naar welke moeilijke en/of stressvolle factoren een gesprek met een beller lastig kunnen maken voor de vrijwilliger.

1.4 Bevorderende en belemmerende factoren in de gezondheidszorg die de ontwikkeling van compassiemoeheid verminderen of versterken

Er zijn verschillende factoren die de ontwikkeling van compassiemoeheid kunnen verminderen of versterken bij een zorgverlener. Deze factoren kunnen betrekking hebben op de zorgverlener en/of de werkomgeving/organisatie.

Volgens Keidel (2002) worden bepaalde persoonlijkheidskenmerken geassocieerd met compassiemoeheid en kunnen een risicofactor vormen met betrekking tot de ontwikkeling van compassiemoeheid. Hierbij kan gedacht worden aan perfectionisme, zelfopoffering en nauwgezetheid (Keidel, 2002). Ook andere factoren zoals persoonlijk ervaren trauma, weinig sociale steun en niet kunnen voldoen aan de eisen van het zorgsysteem, kunnen de kans op ontwikkeling van compassiemoeheid vergroten (Thoits, 1995; Figley, 1995 & Kassam-Adams, 1999). Bevorderende factoren die de ontwikkeling van compassiemoeheid kunnen verminderen zijn onder andere assertiviteit en het kunnen stellen van grenzen (Melvin, 2015).

Volgens Houck (2014) en Melvin (2015) kunnen bevorderende factoren zoals activiteiten, gebaseerd op zelfzorg, ervoor zorgen dat compassiemoeheid kan worden voorkomen. Voorbeelden van deze activiteiten zijn beweging, gezonde slaapgewoontes, genoeg rust en gevarieerd eten (Houck, 2014; Melvin, 2015). Neff (2003) stelt dat ook

zelfcompassie belangrijk is voor een positieve mentale gezondheid, als onderdeel van zelfzorg. Zelfcompassie kan worden getoond door begripvol naar jezelf te zijn in tijden van pijn of falen in plaats van zelfkritiek te hebben. Negatieve symptomen van compassiemoedigheid kunnen ook verminderd worden door middel van zelfmassage, ontspanning en ademhalingstechnieken (Houck, 2014; Melvin, 2015). Bovendien stellen Sanchez, Valdez en Johnson (2014) dat verpleegkundigen baat hebben bij spelvormen waarbij zelfexpressie, het verhogen van persoonlijk welzijn en een positieve stemming worden bevorderd (Sanchez, Valdez & Johnson, 2014).

Steun in de vorm van een mentor, professionele counseling en persoonlijke contacten kan bijdragen aan de vermindering van negatieve symptomen van compassiemoedigheid (Carson, 2016). De manier waarop collega's met elkaar omgaan, betrokkenheid bij het bedrijf en begeleiding vanuit de organisatie zijn factoren met betrekking tot de werkomgeving die van invloed kunnen zijn op het wel of niet ontwikkelen van compassiemoedigheid (Li, Early, Mahrer, Klaristenfeld & Gold, 2014; Melvin, 2015). Daarnaast kan relevante training verpleegkundigen beschermen tegen werk gerelateerde stress (Traeger et al., 2013).

Vrijwilligers bij Sensor krijgen tijdens hun werk te maken met heftige verhalen wat voor stress kan zorgen (Sensor, z.d). Er is echter nog weinig bekend over hoe vrijwilligers omgaan met de emoties en stress die zij ervaren naar aanleiding van een moeilijk gesprek. Dit onderzoek gaat kijken naar bevorderende en/of belemmerende factoren in de vorm van gedachten of gedragingen die invloed kunnen hebben op hoe de vrijwilligers omgaan met emoties en stress.

1.5 Interventies in de gezondheidszorg gericht op het tegengaan van de ontwikkeling van compassiemoedigheid

In de afgelopen jaren zijn er verschillende interventies ontwikkeld om

compassiemoetheid te verminderen. Veel van deze interventies zijn educatieprogramma's, zoals de interventie van Flarity, Gentry en Mesnikoff (2013). Deze interventie werd ontworpen voor verpleegkundigen op de eerstehulpafdeling. In het onderzoek werd een video getoond waarin iemand over zijn of haar ervaring met compassiemoetheid vertelde. Daarna werd er meer informatie gegeven over het ontstaan van compassiemoetheid en welke factoren de ontwikkeling ervan kunnen versterken of verminderen. Ook kregen de participanten informatie over strategieën die zouden kunnen helpen bij het verminderen van de symptomen van compassiemoetheid. Deze strategieën werden in de praktijk gebracht door middel van zowel individuele activiteiten als groepsactiviteiten. Uit de resultaten is gebleken dat de participanten minder symptomen van compassiemoetheid ervaarden na de interventie en ze zelfhulp strategieën gingen ontwikkelen om de ontwikkeling van compassiemoetheid te verminderen (Flarity, Gentry & Mesnikoff, 2013).

De interventie van Potter, Deshields, Berger, Clarke, Olsen en Chen (2013) richtte zich eveneens op strategieën om de ontwikkeling van compassiemoetheid te verminderen bij verpleegkundigen op de oncologie. De participanten kwamen vijf weken lang samen om een les bij te wonen van 90 minuten. Hierin werd informatie gegeven over het onder controleren houden van stress op zowel de werkvloer als thuis. Ook hier bleek dat de participanten direct na de interventie verminderde symptomen van compassiemoetheid ervaarden (Potter et al., 2013).

Binnen de wetenschap van de technologie en het welzijn van de mens zijn twee ontwikkelingen bezig (Yarosh & Schueller, 2017). Ten eerste is er de beweging van positieve computertechnologie. Volgens Calvo en Peters (2014) en Calvo, Vella-Brodrick en Desmet (2016) richt positieve computertechnologie zich op de implementatie van technologieën die een positieve uitwerking hebben op de psychische gezondheid en het gedrag van de gebruiker van de interventie. Daarnaast is er een beweging die zich richt op positieve psychologische

interventie die op het web gebaseerd zijn. Het voordeel van deze op web gebaseerde interventies is dat zij wereldwijd beschikbaar zijn en dat veel mensen van deze interventies gebruik kunnen maken (Bolier & Abello, 2014).

De bestaande interventies zijn vooral gebaseerd op onderwijs en training en zijn daarbij vooral face-to-face interventies. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar het effect van eHealth interventies met betrekking tot de ontwikkeling van compassiemoeheid. Om een eHealth interventie voor dit onderzoek succesvol te laten zijn, wordt er gebruik gemaakt van de ‘participatory design approach’ waarbij de mensen die gebruik gaan maken van de interventie, worden betrokken bij het ontwikkelingsproces ervan (Muller, 2003). De betrokkenheid van de gebruikers is wenselijk omdat het leidt tot meer creatieve en betere eindresultaten (Druin, 2010). Ook richten de huidige interventies zich alleen op zorgverleners met betaald werk en zijn er nog weinig interventies beschikbaar voor vrijwilligers. In dit onderzoek wordt er daarom gekeken of er behoefte is aan een eHealth interventie onder vrijwilligers van Sensor.

1.6 Doel van het onderzoek naar compassiemoeheid onder vrijwilligers

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoeverre en op welke manier de vrijwilligers van Sensor compassiemoeheid ervaren. Er wordt onderzocht welke emoties de vrijwilligers ervaren als zij worden geconfronteerd met het lijden van een beller. Daarnaast is het belangrijk om erachter te komen welke factoren (kenmerken van de beller, hulpvraag en kenmerken van de vrijwilliger) een gesprek moeilijk en/of stressvol maken. Ook wordt er gekeken welke bevorderende en/of belemmerende factoren met betrekking tot de vrijwilliger en de organisatie er zijn die invloed hebben op hoe de vrijwilligers omgaan met de emoties die worden ervaren naar aanleiding van een moeilijk gesprek (bijvoorbeeld poging tot zelfmoord). Tot slot wordt er gekeken of er behoefte is aan een eHealth interventie.

Gebaseerd op de bovenstaande bevindingen, is de volgende centrale onderzoeksvraag opgesteld:

In hoeverre en op welke manier ervaren de vrijwilligers van Sensor compassiemoetheid?

Om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden, is het van belang om antwoord te geven op de volgende deelvragen:

1. Welke emoties maken het lijden van een ander los bij de vrijwilligers van Sensor?
2. Welke factoren (beller-gerelateerd, hulpvraag-gerelateerd of factoren gerelateerd aan de vrijwilliger) maken een gesprek soms moeilijk en/of stressvol?
3. Welke factoren met betrekking tot de vrijwilliger en de organisatie, bevorderen of belemmeren het omgaan met emoties als gevolg van moeilijke gesprekken?
4. In hoeverre is er behoefte aan een eHealth interventie onder de vrijwilligers van Sensor?

2. Methode

In dit kwalitatieve onderzoek werden twee focusgroep-interviews uitgevoerd om erachter te komen in hoeverre en op welke manier de vrijwilligers van Sensor compassiemoetheid ervaren. Een focusgroep-interview kan als doel hebben om meer informatie te generen over een onderwerp van onderzoek waar nog weinig over bekend is (van Assema, Mesters & Kok, 1992). Omdat er nog niet veel onderzoek is gedaan naar compassiemoetheid onder vrijwilligers, is ervoor gekozen om bij dit onderzoek focusgroep-interviews als onderzoeksmethode te gebruiken. Een voordeel van deze onderzoeksmethode is de interactie tussen de participanten, wat veel informatie op kan leveren. Het levert meer informatie op dan bij een een-op-een interview omdat de participanten los kunnen komen en met elkaar in discussie kunnen gaan over het onderwerp. Doordat de methode erg open en

flexibel is, komt er niet alleen informatie naar boven die de interviewer uitvraagt, er is ook ruimte voor nieuwe informatie over het onderwerp. Op deze manier kan de interviewer dan ook afwijken van het vooraf opgestelde interviewschema (van Assema, Mesters & Kok, 1992).

2.1 Context setting Sensor

Sensor is een vrijwilligersorganisatie die hulp biedt aan mensen die daar behoefte aan hebben. De vrijwilligers zijn 24 uur per dag beschikbaar voor een vertrouwelijk gesprek via de mail, de chat of de telefoon. De organisatie is uniek ten opzichte van andere telefonische en online hulpdiensten. Een vrijwilliger bij Sensor is geen specialist en staat daarom niet boven maar naast de ander. Daarnaast ontlast Sensor het formele- en informele zorgsysteem met hun hulpdiensten. Ook bevordert werken bij Sensor de participatie aan de samenleving doordat de vrijwilligers zinvol werk doen en zichzelf ontwikkelen. De vrijwilligers worden opgeleid tot deskundige gesprekspartners en volgen allemaal eerst een basistraining. Daarna loopt de vrijwilliger met een ervaren vrijwilliger mee om ervaring op te doen. De onderwerpen van de gesprekken bij Sensor zijn erg divers. Voorbeelden van gespreksonderwerpen zijn eenzaamheid, relatieproblemen of automutilatie (Sensor, z.d.).

2.2 Participanten

De participanten van het eerste focusgroep-interview zijn geworven door de directeur van Sensor, regio Rotterdam en de participanten voor het tweede focusgroep-interview zijn geworven door de directeur van Sensor, regio Noord-Oost. Door middel van een informatiebrief (zie Bijlage 1), zijn de participanten van op de hoogte gesteld van het onderzoek naar compassiemoeheid, veerkracht en welbevinden. Een voorwaarde om als participant deel te mogen nemen aan het onderzoek, was dat de participant vrijwilliger moest zijn bij Sensor, regio Rotterdam of Sensor, regio Noord-Oost.

2.3 Focusgroep-interviews procedure en materialen

Het eerste focusgroep-interview vond plaats op 25 april 2017 bij Sensor Rotterdam en het tweede focusgroep-interview vond plaats op 7 juni 2017 bij Sensor Zwolle. Het toestemmingformulier (zie Bijlage 1) werd aan het begin van het focusgroep-interview ingevuld door de participanten. In dit formulier werd de participant op de hoogte gesteld van het feit dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend wordt gemaakt. Ook werd er genoemd dat er gebruik wordt gemaakt van audiomateriaal en dat de informatie die hieruit voortvloeit uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties wordt gebruikt. Tevens werd de participant op de hoogte gesteld van het recht om op elk moment zonder opgave van redenen de deelname aan het onderzoek te beëindigen.

Voordat het focusgroep-interview begon, werden er drie flap-over opgeplakt aan de muur die gebruikt zouden worden bij de tweede interviewvraag. Op tafel werden pennen neergelegd en blokjes met plaknotities. De participanten, gespreksleider en observant zaten aan een rechthoekige tafel. Het interview werd opgenomen met speciale opname apparatuur dat beschikbaar was gesteld door de Hogeschool van Rotterdam en werd op het midden van de tafel gezet zodat iedereen duidelijk te horen zou zijn op de opname. Nadat de toestemmingformulieren waren ingevuld werd er kort samengevat wat er zou gebeuren in het focusgroep-interview.

2.4 Protocol van de focusgroep-interviews

De vragen die gesteld werden tijdens de focusgroepen, zijn te zien in Tabel 1.

Tabel 1 Interviewvragen van het focusgroep-interview

Vraag	
Openingsvraag	Wilt u na het duidelijk noemen van uw naam vertellen welk gesprek bij Sensor het meeste indruk op u heeft gemaakt en waarom?
Vraag 1	Welke emoties maken het lijden van anderen bij u los?
Vraag 2	Welke factoren maken een gesprek soms moeilijk of ingrijpend?

Vraag 3	Welke factoren bevorderen of belemmeren het omgaan met emoties als gevolg van moeilijke gesprekken?
Afsluiting	Afsluitende vragen

Bij de interviewvragen die werden gesteld tijdens het focusgroep-interview, werden ook dóórvragen gesteld als het gesprek dreigde vast te lopen of om meer informatie over dat onderwerp te krijgen. Bij de eerste interviewvraag werd bijvoorbeeld gevraagd: ‘Wat doet deze irritatie met je?’, ‘Wat voor een emotie ervaar je op dat moment?’ en ‘Hoe reageer je dan?’.

Bij de tweede vraag werd een kleine opdracht gedaan. Er werd aan de participanten gevraagd om zoveel mogelijk redenen op te schrijven waarom een gesprek moeilijk en/of stressvol kan zijn. Er mocht één reden per plaknotitie worden opgeschreven. Nadat iedereen klaar was met opschrijven van de redenen, werden de plaknotities door de participanten op de bijbehorende flap-over geplakt. Op de eerste flap-over stond ‘kenmerken van de hulpvrager’, op de tweede flap-over stond ‘kenmerken van de hulpvraag’ en op de laatste flap-over stond ‘kenmerken van de vrijwilliger’. Vervolgens werden een aantal van de plaknotities besproken en werden er een aantal vragen over gesteld. Voorbeelden van deze vragen zijn ‘Welk gevoel geeft dat op het moment dat je merkt dat je te weinig compassie hebt dan dat je zou willen hebben misschien?’, ‘Hoe ga je om met seksbellers?’ en ‘Dat wordt als lastig ervaren, kun je ook vertellen waarom?’.

Voorbeelden van vragen bij de derde interviewvraag waren: ‘Waar blijkt dat dan uit, dat je gebrek aan levenservaring hebt?’, ‘Hoe zorgen jullie voor de compassie voor jezelf?’ en ‘Bij jou helpt de herkenbaarheid?’.

Tijdens de afsluiting werd er gepeild wat de vrijwilligers vonden van het idee als er een eHealth interventie ontwikkeld zou gaan worden als ondersteunend middel tijdens de gesprekken. Ook werd er aan de participanten gevraagd of ze nog iets kwijt wilden over het onderwerp en of er behoefte was aan een presentatie over de resultaten.

2.5 Data-analyse

De opnames van de focusgroep-interviews zijn omgezet naar transcripten met behulp van het programma Express Scribe Transcription Software, welke de opname vertraagd kan afspelen waardoor het transcriberen wordt vergemakkelijkt. Dit programma kan gebruikt worden op een computer of laptop. De focusgroep-interviews zijn woordelijk getranscribeerd, niet elke ‘euh’ en ‘ah’ is meegenomen in het transcript. De data is geanalyseerd met behulp van deductieve analyse en inductieve analyse. Het coderen werd gedaan via het programma Excel, wat te gebruiken is op een computer of laptop. Eerst werden er relevante tekstfragmenten geselecteerd die gecodeerd werden onder één van de vier vooraf opgestelde thema's: 1) emoties die loskomen bij vrijwilligers door het lijden van een ander, (2) factoren die een gesprek moeilijk en/of stressvol maken, (3) bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de vrijwilliger of de organisatie die invloed hebben op het omgaan met emoties als gevolg van moeilijk gesprekken en 4) de behoefte aan een eHealth interventie. Daarna werden de tekstfragmenten met behulp van inductieve analyse in sub-thema's gecategoriseerd, wat betekent dat er sub-thema's uit de data naar voren zijn gekomen in plaats van dat er gebruikt wordt gemaakt van vooraf opgestelde categorieën.

3. Resultaten

3.1 Demografische gegevens van de participanten

Tabel 2 laat de demografische gegevens van de participanten zien die deel hebben genomen aan onderzoek. In totaal hebben dertien participanten deelgenomen, acht participanten aan het eerste focusgroep-interview en vijf participanten aan het tweede focusgroep-interview. Onder de participanten bevonden zich drie mannen (23,1%) en 10 vrouwen (76,9%). De gemiddelde leeftijd van de participanten is 64 jaar. Hierbij ontbreekt de leeftijd van respondent elf.

Tabel 2 Demografische gegevens van de participanten (N = 13)

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Jaren werkervaring
R1	Vrouw	56	5
R2	Man	29	7 jaar
R3	Vrouw	63	2 jaar
R4	Vrouw	78	2 jaar
R5	Vrouw	77	23 jaar
R6	Man	76	12 jaar
R7	Vrouw	59	8 ½ jaar
R8	Vrouw	63	3 jaar
R9	Vrouw	67	2 jaar
R10	Vrouw	60	3 jaar
R11	Vrouw	-	½ jaar
R12	Man	69	11 jaar
R13	Vrouw	71	5 jaar

3.2 Overzicht thema's

In deze sectie worden de resultaten aan de hand van de vier thema's besproken, die opgesteld zijn tijdens het analyseren van de data. Allereerst worden de emoties besproken die loskomen als de participant wordt geconfronteerd met het lijden van de ander. Vervolgens wordt er besproken welke factoren met betrekking tot de beller, de hulpvraag en de vrijwilliger een gesprek moeilijk en/of stressvol maken. Daarna wordt er ingegaan op bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de vrijwilliger en de organisatie die invloed hebben op het omgaan met emoties als het gevolg van moeilijke gesprekken. Als laatste wordt de behoefte aan een eHealth interventie besproken.

3.3 Emoties die participanten ervaren bij confrontatie met het leed van de ander

In Tabel 3 is te zien dat de participanten zowel positieve emoties als negatieve emoties ervaren. Met betrekking tot de positieve emoties, werden er zeven positieve emoties onderscheiden die worden ervaren als de participant geconfronteerd wordt met het leed van de beller. De negatieve emoties die worden ervaren als een participant wordt geconfronteerd met het leed van de ander, werden onderverdeeld in elf negatieve emoties.

Tabel 3 Emoties die participanten ervaren als zij geconfronteerd worden met het leed van de ander

Categorie	Code	Aantal	Sub-codes
Positieve emoties	Medeleven/compassie	29	Medeleven/medelijden/mededogen/compassie met beller, compassie met slachtoffer dat seksueel misbruikt werd door beller, inleven in/voorstelling maken van situatie beller emotioneel geraakt door gesprek/situatie van de beller
	Blijdschap	9	Vreugde door positief verloop gesprek, beller schiet in de lach
	Dankbaarheid	8	Sensoor dankbaar, dankbaar voor eigen leven, tevredenheid/voldoening door goed verloop gesprek/goede afronding gesprek
	Humor	6	Humor in gesprek
	Bewondering	4	Bewondering voor beller, respect voor beller
	Begrip	3	Begrip voor situatie beller, begrip voor reactie op problematiek beller, begrip voor keuze suïcide van beller
	Trots	2	Trots op Sensoor
Negatieve emoties	Frustratie	20	Ergeren aan beller, geïrriteerd/gefrustreerd door beller, geïrriteerd door koffiegesprek, geïrriteerd door eenzijdig gesprek
	Onmacht	20	Onmacht m.b.t. niet concreet kunnen helpen, onmacht i.v.m. anonimiteit, Onmacht m.b.t. geen oplossing mogen aandragen, wanhoop t.o.v. huidige gezondheidszorg
	Boos	17	Boos op beller, boos als gevolg van onderwerp gesprek, boos op huidige gezondheidszorg
	Verdriet	16	Verdriet door situatie beller, verdriet door herkenbaarheid problematiek, verdriet door huidige gezondheidszorg,
	Stress	7	Spanning, geschrokken door hulpvraag
	Schaamte	6	Schamen voor zichzelf, schaamte t.o.v. huidige gezondheidszorg
	Angst	2	Angst voor actie hulpvrager, huiverig voor 113-onlinegesprek
	Onbevredigend	2	Onbevredigend gevoel bij alleen luisteren naar beller
	Onzeker	2	Onzeker m.b.t. echtheid gesprek, onzeker door hulpvraag
	Ongelukkig	1	Ongelukkig door verloop gesprek

3.3.1 Positieve emoties

In de gesprekken hebben de participanten opmerkelijk veel medeleven/compassie met de beller. Het medeleven/medelijden/mededogen/compassie met de beller wordt geïllustreerd door de volgende quotes: *“Dat vind ik dan wel sneu voor haar.”* en *“Als je het over compassie hebt, dat je het heel erg met iemand te doen hebt.”* Eén de participanten gaf aan ook compassie te hebben met het slachtoffer dat seksueel misbruikt werd door de beller. De participanten kunnen zich inleven in, en een voorstelling maken van de situatie van de beller

zoals de volgende quote weergeeft: *“Ja wat voor emotie... eigenlijk alleen een enorm inlevingsvermogen. Hoe die mensen met hun rug tegen de muur staan, niet alleen financieel maar ook emotioneel. Echt op allerlei gebieden.”* Ook worden de participanten emotioneel geraakt worden door het gesprek/situatie van de beller. Eén van de participanten gaf aan: *“En er zijn natuurlijk ook gesprekken die je raken ja, iemand die langs de trein loopt dat raakt je wel ja.”*

De participanten geven aan dat zij blijdschap voelen als zij een gesprek voeren met een beller. Er wordt vreugde ervaren door een positief verloop van het gesprek zoals één van de participanten aangeeft in de volgende quote: *“Ja het leukste is wel dat iemand huilend binnenkomt en je gaat lachend uit elkaar.”* Ook wordt er blijdschap ervaren door één van de participanten als een beller in de lach schiet.

Dankbaarheid wordt in verschillende vormen ervaren door de participanten. Eén van de participanten gaf aan dat zij Sensor dankbaar is voor de verrijking die de gesprekken haar bieden. Daarnaast wordt dankbaarheid voor het eigen leven door één van de participanten op de volgende manier ervaren: *“Dankbaar voor dat ik anders in het leven sta.”* Tot slot wordt er ook tevredenheid/voldoening ervaren als het gesprek met de beller goed verloopt of het gesprek goed wordt afgerond.

Tijdens de gesprekken ervaren de participanten in mindere mate humor: *“Humor is er ook. De gesprekken die mij de laatste tijd eigenlijk het meest bijblijven, dat is de fun en humor.”* Daarnaast ervaren de participanten ook in mindere mate bewondering en respect voor de beller: *“Wat knap dat je dat lukt om je nog steeds staande en gaande weet te houden in die situatie”* Ook geven de participanten aan dat ze soms begrip ervaren. Dit begrip bestaat uit begrip voor de situatie van de beller, de reactie op problematiek van de beller en de keuze voor suïcide van de beller. Tot slot zijn de participanten ook trots. Deze trots wordt

geïllustreerd door de volgende quote: *“Ja dan bedenk ik me ook wel wat voor belangrijk werk hier ook wordt gedaan en hoe belangrijk het is dat Sensor bestaat.”*

Geconcludeerd kan worden dat de participanten de positieve emoties medeleven/compassie, blijdschap, dankbaarheid, humor, bewondering, begrip en trots ervaren tijdens gesprekken als zij geconfronteerd worden met het leed van de beller.

3.3.2 Negatieve emoties

De meest voorkomende negatieve emotie is frustratie. De participanten ergeren zich aan de beller, of raken geïrriteerd/gefrustreerd door de beller, wat wordt geïllustreerd door de volgende quote: *“Dat irriteert soms. Dan krijg ik zoiets van nou ja, dit heeft toch helemaal geen zin. Dus dan ga ik ook niet meer mijn best doen om er echt iets van te maken.”*

Daarnaast raken de participanten geïrriteerd door koffiegesprekken en als zij het gesprek moeten voeren waardoor het gesprek eenzijdig is. Eén van de participanten gaf aan: *“Ik vind het altijd vooral vervelend als mensen dan bellen en het allemaal bij jou neer leggen. Die zeggen dan niks en dan moet heel erg op eieren lopen. Zo gauw je iets net niet goed zegt, krijg je de volle laag. Dan moet jij daarna weer een leuk gesprek doen, tenminste dat gevoel heb ik dan. Daar word ik ook heel geïrriteerd van.”*

Onmacht wordt door de participanten ervaren als de participanten de beller niet concreet kunnen helpen, zoals de volgende quote weergeeft: *“Ja, behalve het gesprek kun je niets doen, niets concreets in ieder geval.”* Eén van de participanten gaf daarnaast aan:

“Zondagnacht had ik een mevrouw aan de telefoon, die was echt zwaar depressief. Ja, dan kan je van alles verzinnen maar ik weet gewoon dat dat niet helpt. Dat vind ik zo moeilijk.

Ook wordt er ook onmacht ervaren in verband met de anonimiteit van Sensor, wat wordt geïllustreerd door de volgende quote: *“Bij een enkel gesprek kom je heel ver bij iemand, eigenlijk zou je op zo 'n moment moeten laten ingrijpen”* Bovendien wordt er onmacht ervaren met betrekking tot geen oplossing mogen aandragen: *“Ik vind dat altijd heel verleidelijk om*

een oplossing aan te dragen. Dat wil je zo graag maar daar is het niet voor.” Als laatste wordt er wanhoop ervaren met betrekking tot de huidige gezondheidszorg, wat wordt weergegeven in het volgende citaat: *“Dan denk ik weleens van hoe kan het dat iemand al tien jaar bij een psychiater loopt en nog steeds in dezelfde put zit. Dan klopt er iets niet.”*

De participanten geven aan weleens boos te zijn op een beller, zoals het volgende citaat weergeeft: *“Ja ik ben weleens boos geweest op iemand. Ik moet zeggen dat ik me heb laten verleiden om ruzie te maken.”*. Daarnaast werd één van de participanten boos als gevolg van het onderwerp van het gesprek, namelijk dierenmishandling: *“Ten eerste door het onderwerp en ten tweede omdat ik mezelf niet echt in de hand had. In het gesprek werd ik namelijk heel boos.”* Tot slot zijn de participanten ook boos op de huidige gezondheidszorg omdat er lange wachtlijsten zijn.

Participanten voelen verdriet door de situatie van de beller: *“Nou dat kan ik ook zeggen, ik voel me heel erg geraakt en het is verschrikkelijk wat je meemaakt en ik kan niks voor je doen. En dat maakt me ook verdrietig en dat mag iemand ook best weten.”* Doordat de participanten de problematiek van een beller soms herkennen, voelen zij ook hun eigen verdriet: *“Soms komt er een stukje verdriet boven.”* Als laatste voelen de participanten ook verdriet door de huidige gezondheidszorg, zoals de volgende quote illustreert: *“Ik kan weleens verdrietig worden. Mensen die in de huidige gezondheidszorg zo nodig op zichzelf moeten blijven.”*

In mindere mate wordt er stress ervaren door spanning en doordat de participanten schrikken door de hulpvraag: *“Waar ik dan van schrik... Ik had een tijdje geleden een mevrouw die buiten liep met een mobiele telefoon, die was op weg naar een brug om te springen.”* Soms wordt er ook schaamte ervaren, zowel voor zichzelf: *“Ja, want dan schaamde ik me eigenlijk voor mezelf.”* als voor de huidige gezondheidszorg: *“Ook haast een soort schaamte dat het zo in elkaar steekt.”* Ook wordt er in mindere mate angst gevoeld voor

de actie van een hulpvrager. Eén van de participanten gaf aan dat ze angst voelde toen ze een beller aan de lijn had die van plan was om ergens een bom neer te leggen: *“Ja, dan wordt je zelf wel angstig, dat klopt.”* Daarnaast gaf één van de participanten aan dat ze huiverig is voor 113-onlinegesprekken, zoals de volgende quote illustreert: *“Ja, als ik 113 krijg, die heb ik eigenlijk nooit gehad. Je hebt weleens Sensor gesprekken die er een beetje op lijken maar daar ben ik wel huiverig voor.”* Participanten krijgen een onbevredigend gevoel als ze alleen luisteren naar een beller, voelen zich onzeker omdat ze twijfelen aan de echtheid van een gesprek of door de hulpvraag en één participant gaf aan zich ongelukkig te voelen als het gesprek niet goed verloopt.

Kortom, de negatieve emoties die worden ervaren door participanten als ze worden geconfronteerd met het leed van anderen zijn frustratie, onmacht, boos, verdriet, stress, schaamte, angst, onbevredigend, onzeker en ongelukkig.

3.4 Factoren die een gesprek moeilijk en/of stressvol maken

In Tabel 4 is te zien dat er drie factoren zijn die een gesprek moeilijk en/of stressvol kunnen maken, namelijk de hulpvraag, de hulpvrager en de vrijwilliger. Met betrekking tot de factor hulpvraag is er onderscheid gemaakt in vijf categorieën, bij de factor hulpvrager is er onderscheid gemaakt in acht factoren en met betrekking tot de factor vrijwilliger is er onderscheid gemaakt in vier categorieën die een gesprek moeilijk en/of stressvol kunnen maken.

Tabel 4 Factoren met betrekking tot hulpvraag, hulpvrager en vrijwilliger die een gesprek moeilijk en/of stressvol kunnen maken

Categorie	Code	Aantal	Sub-codes
Hulpvraag	Psychische/psychiatrische problematiek	25	Suicide, depressie, psychiatrische problemen
	Twijfel aan echtheid gesprek	12	
	Gesprek zonder doel	11	Contactgesprek, koffiegesprek, dronken beller, zinloos gesprek
	Mishandeling	9	Seksueel kindermisbruik, dierenmishandeling, emotionele mishandeling

	Geen variatie in gespreksonderwerpen	1	
Hulpvrager	Beller is onbereikbaar	28	Onbereikbaar, geen contact, geen klik, beller luistert niet, monoloog beller, dronken beller, psychisch/psychiatrische problematiek
	Beller probeer vrijwilliger uit	26	Arrogante beller, uitdagende houding beller, kritiek op collega's, agressieve beller, schelden, seksbeller, vrijwilliger uitproberen, testgesprek
	Negatieve spiraal	15	Negativiteit, blijven ronddraaien, slachtofferrol, steeds andere problemen, ja-maar gesprekken, angstige beller, zwart-wit denken, groter maken dan het is
	Klager	14	Veel beller, klagen, zeuren, klaagmuur
	Onverstaanbaarheid beller	12	Onverstaanbaar, spraakgebrek, afasie, stotteren, accent
	Lastig te volgen beller	9	Zeer begaafde beller, zwakbegaafde beller, te snel praten, traag van begrip
	Te hoge verwachting van vrijwilliger	4	Eenzijdig gesprek vanuit vrijwilliger, ziet vrijwilliger als vriend/vriendin, oplossing verwachten
	Cultuurverschillen	1	
Vrijwilliger	Verminderde werkmotivatie	16	Geen motivatie, geen zin in gesprek, aandacht er niet bij kunnen houden, einde dienst, luister moe, moeite met tijd vol maken
	Te veel in helpende rol	9	Willen ingrijpen, wens om te helpen, adviserende rol, oplossing aandragen
	Geen klik met beller	7	Het gesprek loopt niet, allergiegebied, geen klik, beller niet begrijpen
	Persoonlijke omstandigheden	1	

3.4.1 Hulpvraag

Psychische/psychiatrische problematiek wordt als lastig ervaren in een gesprek. Hierbij kan gedacht worden aan suïcide, zoals de volgende quote illustreert: *“Ja, ik had een keer een man aan de telefoon gehad en die lag in bad en had zijn polsen doorgesneden. Hij wilde absoluut geen hulp meer hebben maar hij wilde wel dat ik bij hem bleef. Ja, dat is heftig hoor.”* Ook depressie en psychiatrische problemen kunnen een gesprek moeilijk en/of stressvol maken.

Het is ook moeilijk/stressvol voor de participanten als zij twijfelen aan de echtheid van een gesprek, zoals één van de participanten aangeeft: *“Soms heb je iemand aan de telefoon en dan blijft het een beetje puzzelen van wat is dit nu? Hij zegt dit, maar klopt dat nu wel? Het*

blijft een beetje een raadsel. Je wilt het serieus nemen en dat doe je ook maar tegelijkertijd denk je van klopt dit wel?”

Het wordt ook als lastig ervaren als het gesprek geen doel heeft, zoals bij een contact gesprek, een koffiegesprek, een dronken beller en een zinloos gesprek. Eén van de participanten gaf het volgende aan: *“Ik vind het zulke zinloze gesprekken en zeker dronken bellers die als ze nuchter zijn niet meer weten dat ze gebeld hebben. Wat heeft het dan voor zin om nu te bellen.”*

Ook het onderwerp mishandeling, zoals seksueel kindermisbruik, dierenmishandeling en emotionele mishandeling, wordt als lastig ervaren tijdens een gesprek: *“Iedereen heeft een triggerpoint en voor mij is dat dierenmishandeling.”* Tot slot wordt het als lastig ervaren dat er soms weinig variatie is in de gespreksonderwerpen.

Geconcludeerd kan worden dat psychisch/psychiatrische problematiek, twijfel aan echtheid gesprek, gesprek zonder doel, mishandeling en geen variatie in gespreksonderwerp hulpvraag gerelateerde factoren zijn die een gesprek moeilijk en/of stressvol kunnen maken

3.4.2 Hulpvrager

Een gesprek is moeilijk en/of stressvol als een beller onbereikbaar is. Deze onbereikbaarheid kan in verschillende vormen voorkomen, zoals de beller is onbereikbaar, er is geen contact of er is geen klik: *“Je kunt op een gegeven moment ook zeggen tegen iemand van goh meneer, mevrouw dit gesprek loopt echt niet samen. Ik stel voor om het gesprek af te breken en probeer het nog eens, want dan krijgt u misschien een ander aan de lijn.”* Ook kan het zijn dat de beller niet luistert, niet wil praten of een monoloog houdt, zoals de volgende quote illustreert: *“Je hebt weleens het gevoel, iemand drukt op play en dan kletst hij of zij gewoon een half uur weg.”* Tot slot kunnen bellers onbereikbaar zijn doordat ze dronken zijn of psychische/psychiatrische problematiek hebben: *“Soms is iemand gewoon psychiatrisch ziek, die dat gewoon niet kan, die zit in een waan of psychose”*

Als de beller de vrijwilliger uitdaagt, kan dit een gesprek ook moeilijk/stressvol maken. Participanten hebben te maken met arrogante bellers en een uitdagende houding van bellers. Eén van de participanten gaf aan *“Sommigen hebben een soort houding over zich heen, dat ze het privilege hebben. Daar heb ik soms wel moeite mee.”* Ook hebben bellers kritiek op collega’s, zijn er agressieve beller en bellers die beginnen te schelden. Bovendien worden seksbellers als vervelend ervaren, zoals wordt weergegeven in de volgende quote: *“Ja maar als hij zit te hijgen, daar heb ik toch geen behoefte aan.”* Tot slot worden de vrijwilligers ook uitgeprobeerd en hebben ze te maken met testgesprekken: *“Ja dan gaan ze je bewust uitproberen, bellen om het bellen. Die wil gewoon lollig zijn.”*

De negatieve spiraal van een beller is ook lastig. De beller is negatief en blijft ronddraaien: *“Ik heb vaak het gevoel dat mensen maar blijven ronddraaien totdat jij er eigenlijk een halt aan toe roept.”* Ook slachtofferrol, steeds andere problemen en ja-maar gesprekken worden als vervelend ervaren. Eén van de participanten gaf aan: *“Ze komen met een bepaald verhaal en daar probeer ik dan op in te spelen en dan denk je van nou ik heb hem of haar in een bepaald punt en dan: ja, maar en hups daar gaan ze weer.”* Tot slot is het moeilijk om met bellers om te gaan die angstig zijn, zwart-wit denken en alles groter maken dan het is.

Bellers die ook als lastig worden ervaren, zijn klagers. Eén van de participanten gaf het volgende aan over een veel beller: *“Vaak belt, elke dag belt. Of die je voor de 15^e keer aan de lijn hebt met weer hetzelfde verhaal dat ik denk van, oh nee niet weer die weet je. Dat vind ik nog het lastigste om mee om te gaan.”* Ook gesprekken waarin bellers klagen, zeuren en de participanten als klaagmuur gebruiken, worden als moeilijk ervaren.

De participanten ervaren in mindere mate dat de onverstaaenbaarheid van de beller het gesprek kan bemoeilijken. De beller kan onverstaaenbaar zijn door spraakgebrek, afasie, stotteren of een accent: *“Ja sinds kort is het zo dat we gesprekken door het hele lang krijgen*

dus ook de gesprekken uit Friesland, Groningen en Limburg en dan die accenten.” Ook is een gesprek moeilijk en/of stressvol als de beller lastig te volgen is doordat hij of zij zeer begaafd is of juist zwakbegaafd, zoals de volgende quote illustreert: *“Ik dacht ik moet echt mijn hoofd er goed bijhouden om dit allemaal te volgen. Het ging me eigenlijk een beetje boven mijn pet.”* Als de beller dan te snel praat of traag van begrip, wordt het gesprek ook bemoeilijkt. Te hoge verwachtingen van de vrijwilliger, zoals een eenzijdig gesprek vanuit de vrijwilliger, de vrijwilliger als vriend/vriendin zien en een oplossing verwachten, worden ook als moeilijk ervaren. Eén van de participanten gaf aan *“En dan gaat ze bellen omdat ze zich zo rot voelt en een oplossing wil. Maar ze wil helemaal niets.”* Tot slot zijn cultuurverschillen tussen de beller en de vrijwilliger ook lastig.

Samengevat, beller-gerelateerde factoren die een gesprek moeilijk en/of stressvol kunnen maken zijn de beller is onbereikbaar, beller probeert vrijwilliger uit, negatieve spiraal, klager, onverstaanbaarheid beller, lastig te volgen beller, te hoge verwachtingen van vrijwilliger en cultuurverschillen.

3.4.3. Vrijwilliger

Verminderde werkmotivatie ervoor zorgen dat het lastig is om een gesprek te voeren. Eén van de participanten gaf aan: *“Dat is denk ik mijn grootste, dat ik gesprek nog wel netjes af wil maken maar eigenlijk vanbinnen denk ik dan, ik heb geen zin meer in het gesprek.”* Naast geen zin hebben in gesprek, kunnen factoren als geen motivatie, aandacht er niet bij kunnen houden, einde van de dienst, luiste moe en moeite met tijd volmaken een gesprek ook moeilijk maken.

Participanten vinden het lastig als ze te veel in een helpende rol zitten. Willen ingrijpen of de wens om te helpen, maken een gesprek moeilijk: *“Nou één ding waar ik soms moeite mee heb en dat heb ik al genoemd, soms zou je echt fysiek willen ingrijpen.”*

Bovendien helpt het tijdens een gesprek niet om een adviserende rol aan te nemen of een

oplossing aan te dragen, zoals in de volgende quote wordt geïllustreerd: *“Ik merk heel vaak bij vrouwen met name dat als ik iets heel oplossingsgericht aandraag, dat ik de beller aan het verliezen ben. Die belt niet voor advies. De beller belt voor een luisterend oor.”*

In mindere mate ervaren wordt geen klik met de beller als moeilijk ervaren. Dit kan bijvoorbeeld doordat het gesprek niet loopt. Daarnaast kan er geen klik zijn als de beller in het allergiegebied van de participant zit of als de participant de beller niet begrijpt. Eén van de bellers gaf aan: *“Of je begrijp het niet goed en je geeft een verkeerde insteekt, dan worden ze soms boos.”* Als laatste kunnen persoonlijke omstandigheden er ook voor zorgen dat een gesprek moeilijk en/of stressvol is.

Kortom, verminderde werkmotivatie, te veel in helpende rol, geen klik met beller en persoonlijke omstandigheden zijn factoren die gerelateerd zijn aan de vrijwilliger en ervoor zorgen dat een gesprek moeilijk en/of stressvol is.

3.5 Bevorderende/belemmerende factoren met betrekking tot vrijwilliger/organisatie die invloed hebben op het omgaan met emoties als gevolg van moeilijke gesprekken

In Tabel 5 is te zien dat er bevorderende en belemmerende factoren zijn met betrekking tot de vrijwilliger en de organisatie die invloed hebben op het omgaan met emoties als gevolg van moeilijk gesprekken. Met betrekking tot de bevorderende factoren van de vrijwilliger, is er onderscheid gemaakt in zeven categorieën, de belemmerende factoren van de vrijwilliger bestaan uit vier categorieën, met betrekking tot de bevorderende factoren van de organisatie is er onderscheid gemaakt in vijf categorieën en de belemmerende factoren van de vrijwilliger bestaan uit drie categorieën.

Tabel 5 Bevorderende/belemmerende factoren met betrekking tot de vrijwilliger/organisatie die invloed hebben op het omgaan met emoties als gevolg van moeilijke gesprekken

Categorie	Code	Aantal	Sub-codes
-----------	------	--------	-----------

Bevorderende factoren vrijwilliger	Zelfzorg/zelfcompassie	41	Rust of pauze nemen, naar buiten gaan, rondlopen, eten, drinken, krant lezen, schrijven, iets anders doen, niks doen puzzelen, telefoon uitzetten en eerst voor jezelf zorgen
	Gesprek/dienst afsluiten	27	Bidden, loslaten, verslag maken, naar huis gaan, werk-privé gescheiden, computer/werkruimte opruimen
	Grens aangeven	21	Gesprek onderbreken, gesprek weigeren, gesprek beëindigen, rustig blijven, geen 113-onlinegesprekken, genoeg tijd tussen diensten, waarschuwen, tijd aankondigen in gesprek, niet laten opjagen
	Herkenbaarheid	19	Herkenbaarheid problematiek van beller
	Ervaringen delen	18	Ervaringen delen met collega's, ervaringen delen met familie
	Kennis	10	Ervaring, vertrouwen in jezelf, deskundigheid, kennis
	Reflecteren	10	Zelfreflectie, relativeren, veralgemeniseren, nuanceren
Belemmerende factoren vrijwilliger	Geen goede zelfzorg/zelfcompassie	22	Vergeten telefoon uitzetten, geen pauze nemen (beginners), niet eerst voor jezelf zorgen, te veel diensten in 1 week, ermee blijven zitten
	Weinig ervaring	6	Minder ervaring, gebrek aan levenservaring, niet mee om kunnen gaan
	Geen ervaringen delen	3	Geen ervaringen delen met collega's
	Geen grens aangeven	1	Laten opjagen
Bevorderende factoren organisatie	Training	48	(Basis) training, aanvullende training, 113-online training, feedback, intervisie
	Werksfeer Sensor	14	Vertrouwen, veiligheid, familiegevoel, openheid, prettige organisatie, fijne werksfeer
	Contact achterwacht	9	Contact achterwacht, achterwacht bellen, nazorg achterwacht
	Anonimiteit	3	
	Restrictie op aantal keer bellen voor hulpvrager	1	
Belemmerende factoren organisatie	Anonimiteit	8	
	Soort dienst	6	Te lange dienst, nachtdienst
	Werkplek Sensor	6	Geen wisseling van de wacht, alleen werken

3.5.1 Bevorderende factoren vrijwilliger

De meest voorkomende bevorderende factor met betrekking tot de vrijwilliger is zelfzorg/zelfcompassie. Deze zelfzorg/zelfcompassie kan zich in verschillende gedragingen uiten zoals rust of pauze nemen, zoals de volgende quote illustreert: *“Ik neem ook mijn rust na de gesprekken.”* Andere gedragingen met betrekking tot zelfzorg/zelfcompassie die worden genoemd zijn naar buiten gaan, rondlopen, eten, drinken, krant lezen, schrijven, iets

anders doen, niks doen, puzzelen, telefoon uitzetten en eerst voor jezelf zorgen. Eén van de participanten gaf aan: *“Ik zorg tijdens de gesprekken goed voor mezelf. Als ik een zwaar gesprek heb of vervelende gesprekken dan zet ik mezelf in gesprek en dan ga ik wat eten en drinken of even iets goeds voor mezelf doen zoals de krant lezen voor 5 minuten.”*

Een andere gedraging die helpt bij het omgaan met emoties is het gesprek/dienst afsluiten. De participanten doen dit door bidden, loslaten, verslag maken, naar huis gaan en werk-privé gescheiden houden. Daarnaast helpt ook de computer/werkruimte opruimen, zoals de volgende quote illustreert: *“Ja dat doe ik dan door op te ruimen, de verwarming uit te doen en dat soort dingen.”*

Participanten geven hun grens aan door een gesprek te onderbreken, een gesprek te weigeren of een gesprek te beëindigen: *“Ik wil even niet verder met jou praten want je bent zo agressief. Ik wil het gesprek nu beëindigen.”* Daarnaast blijven de participanten rustig, nemen ze geen 113-onlinegesprekken aan als ze dat niet aan kunnen, nemen ze genoeg tijd tussen de diensten, kondigen ze tijd aan in een gesprek en laten ze zich niet opjagen. Eén van de participanten gaf ook aan dat hij tijdens zijn gesprekken de beller weleens waarschuwt als deze te ver gaat: *“Ik waarschuw twee keer en dan zeg ik van als u niet verandert van toon, beëindig ik het gesprek. Nou en doen ze dat toch, klik.”*

In mindere mate wordt de herkenbaarheid van de problematiek van de beller als een bevorderende factor ervaren bij het omgaan met emoties naar aanleiding van een moeilijk gesprek. Ervaringen delen met collega's of vrienden wordt ook genoemd als bevorderende factor, zoals de volgende quote illustreert: *“Ik heb weleens jankend bij een collega gezeten. Dan is het fijn dat je met z'n tweeën zit.”* Kennis wordt ook in mindere mate als een bevorderende factor gezien bij het omgaan met emoties. Hierbij wordt ervaring, vertrouwen in jezelf en deskundigheid genoemd: *“Je krijgt vertrouwen in je capaciteiten dat je het kunt aanpakken, dat geeft rust.”* Als laatste helpt reflecteren ook om om te gaan met emoties naar

aanleiding van een moeilijk gesprek. Door zelfreflectie, veralgemeniseren en nuanceren wordt een gesprek vergemakkelijkt.

Samengevat, factoren gerelateerd aan de vrijwilliger die bevorderend zijn voor het omgaan met emoties zijn zelfzorg/zelfcompassie, gesprek/dienst afsluiten, grens aangeven, herkenbaarheid, ervaringen delen, kennis en reflecteren.

3.5.2 Belemmerende factoren vrijwilliger

De meest voorkomende belemmerende factor met betrekking tot de vrijwilliger is geen goede zelfzorg/zelfcompassie. Participanten vergeten soms hun telefoon uit te zetten, zoals de volgende quote weergeeft: *“Ik heb weleens een keer gehad dat ik vergat om de telefoon uit te zetten en dan leg je hem neer en dan gaat hij meteen weer. Ja, ik had hem willen uitklikken. Dan ga ik voortdurend door en dan merk je, ja ik ben even te moe.”* Beginnende vrijwilligers durven soms geen pauze te nemen zoals de volgende quote illustreert: *“Nou dan heb ik weleens medelijden met die mensen die zo gestrest zijn van oh maar er zijn zoveel beller, ik kan niet even koffie gaan drinken.”* Niet eerst voor jezelf zorgen en te veel diensten in 1 week nemen worden ook als belemmerend gezien. Als laatste wordt er genoemd dat sommige participanten te lang blijven zitten met een vervelend gesprek. Eén van de participanten geeft aan: *“En toen heb ik er het hele weekend mee gezeten en met de training kwam het er pas uit. Ja dat was dom van mij. Ik dacht dat ik het kwijt was maar ik was het niet kwijt.”*

In mindere mate belemmert weinig ervaring het omgaan met emoties als gevolg van moeilijke gesprekken. Doordat vrijwilligers niet met de gesprekken kunnen omgaan of gebrek aan levenservaring hebben, kan dit het gesprek bemoeilijken: *“Op een gegeven moment is ze dus toch vertrokken, min of meer gedwongen eigenlijk. En dat was gebaseerd op maar eigenlijk één ding: gebrek aan levenservaring. Dat is wel iets wat je hier denk ik een beetje nodig hebt.”* Geen ervaringen delen met collega's wordt ook benoemd als een belemmerende factor, evenals geen grens aangeven door zich op te laten jagen.

Concluderend kan worden gezegd dat geen goede zelfzorg/zelfcompassie, weinig ervaring, geen ervaringen delen en geen grens aangeven belemmerende factoren zijn van de vrijwilliger die invloed hebben hoe de participanten omgaan met emoties.

3.5.3 Bevorderende factoren organisatie

Een belangrijk factor die als bevorderend wordt ervaren met betrekking tot de organisatie is de training die wordt gegeven. De training die door Sensor wordt gegeven bestaat uit (basis) training en aanvullende training, zoals de 113-onlinetraining (doorvragen bij suïcidale gedachten). Eén van de participanten geeft aan: *“Wat ik wil zeggen is dat die trainingen hier zo ontzettend goed zijn.”* Een andere participant voegt daaraan toe: *“Sensor had een prachtige training een paar weken geleden: doorvragen bij suïcidale gedachten. Dat is zo ontzettend mooi en het geeft ook gereedschappen om zo ’n gesprek te voeren. Voorheen kregen we de melding dat het een 113-onlinegesprek was en dan [schrikgeluid]...”* Naast de trainingen worden er ook andere training gerelateerde activiteiten genoemd, namelijk feedback en intervisie. Eén van de participanten gaf aan feedback te hebben gehad op één van zijn gesprekken: *“Wat ik toen straks zei van dat gesprek kortgeleden waar ik dus behoorlijk van uit mijn dak ging. Dat is op de intervisie besproken. Nou dan krijg je keurig op een briefje wat er is misgegaan en dat lag bij mij.”*

De werksfeer van Sensor wordt ook als een belangrijke factor beschouwd. Werksfeer gerelateerde factoren die genoemd worden zijn vertrouwen, veiligheid, openheid en familiegevoel, zoals het volgende citaat weergeeft: *“Maar dan ook het vertrouwen wat je in elkaar hebt en binnen Sensor, dat is denk ik ook een heel belangrijk element.”* Een andere participant voegt daaraan toe: *“Ik vind dat er zo ’n openheid is.”* Tot slot noemen de participanten Sensor een prettige organisatie en vinden ze dat er een fijne werksfeer hangt,

zoals de volgende quote illustreert: *“Mijn indruk is dat het momenteel gewoon prettig is, hoe het hier allemaal door de professionals geregeld is.”*

In mindere mate wordt aangegeven dat contact met de achterwacht als bevorderend kan werken. Dit contact bestaat uit de achterwacht bellen en de nazorg: *“Je kan altijd mensen bellen van Sensor. Je hebt een achterwacht, die mag je altijd bellen. Dag en nacht.”*

Daarnaast wordt anonimiteit door één participant als bevorderend ervaren, wat door de volgende quote wordt geïllustreerd: *“Ik vind het wel een gezonde afstand die er is omdat het telefonisch is. Je bent anoniem. Ik heb zelf wat eigen cliënten soms maar dat is volkomen anders. Daar ga ik echt mee naar bed, met die problemen en ik sta ermee op. Maar met de telefoon, die leg je weer neer. Dat is zo’n wereld van verschil.”* Als laatste wordt er genoemd dat het goed is dat er een restrictie is gekomen op het aantal keer bellen voor de hulpvrager.

Kortom, bevorderende factoren van de organisatie die invloed hebben op het omgaan met emoties zijn training, werksfeer Sensor, contact achterwacht, anonimiteit en restrictie op aan keer bellen voor hulpvrager.

3.5.4 Belemmerende factoren organisatie

Anonimiteit wordt door veel participanten als een belemmerende factor gezien, zoals de volgende quote illustreert: *“Ik weet wel dat ik één keer heb laten ingrijpen. Dat was toen iemand een flat in de brand wilde steken. Al pratend kwam ik achter zijn adres en uiteindelijk heb ik via een andere lijn de politie gebeld. Het is me zeer kwalijk genomen maar achteraf is het in ieder geval verholpen, ik hoorde de politie zelfs binnenkomen. Maar dan denk ik ja, dat is een stap te ver geweest die handeling. Tenminste voor Sensor was het een stap te ver.”*

In mindere mate wordt de soort dienst als belemmerend ervaren. Hierbij worden te lange diensten genoemd: *“Ik vind vier uur best een lange dienst ja.”* en nachtdiensten: *“In het algemeen worden die nachtdiensten toch door iedereen echt het grootste minpunt gevonden.”* Als laatste wordt de werkplek van Sensor soms ook als belemmerend ervaren als er geen

wisseling van de wacht plaatsvinden of als je alleen moet werken. Eén van de participanten gaf aan: *“Wat ik dan weer mis is even het contact hebben met de wisseling van de wacht.”*

Samengevat, anonimiteit, soort dienst en werkplek Sensor zijn belemmerende factoren vanuit de organisatie die invloed hebben op hoe de participanten omgaan met emoties als gevolg van een moeilijk gesprek.

3.6 De behoefte aan een eHealth interventie

In Tabel 6 is te zien dat met betrekking tot de behoefte aan een eHealth interventie onderscheid is gemaakt tussen vier categorieën, namelijk positief over eHealth interventie, negatief over eHealth interventie, behoefte aan andere soort interventie en geen behoefte aan (eHealth) interventie.

Tabel 6 De behoefte aan een eHealth interventie onder de vrijwilligers van Sensor

Categorie	Code	Aantal	Sub-codes
Positief over eHealth interventie	Positief over eHealth interventie	22	Relevant voor anderen/beginners, interessant voor ervaren vrijwilligers, nieuwsgierig naar eHealth interventie, willen meewerken aan ontwikkeling eHealth interventie
Negatief over eHealth interventie	Negatief over eHealth interventie	15	Weet niet hoe app werkt, geen telefoon voor app, niks bij voor kunnen stellen, intermenselijk contact is belangrijk
Behoefte aan andere soort interventie	Behoefte aan andere soort interventie	9	Brochure, meer informatie over contact achterwacht, andere soort training, intermenselijk contact, leuk uitje
Geen behoefte aan (eHealth) interventie	Geen behoefte aan eHealth interventie	2	Voldoende training

3.6.1 Positief over eHealth interventie

De meest voorkomende categorie die is genoemd, is positief over eHealth interventie. De participanten geven aan dat een eHealth interventie relevant kan zijn voor anderen of beginners: *“Het is ook voor iedereen weer verschillend he en mensen die net werken hebben daar misschien meer behoefte aan.”* Ook voor de ervaren vrijwilligers kan het interessant zijn

zoals één van de participanten aangeeft: *“Maar je kunt misschien ook met dingen komen die voor ons ook weer interessant zijn.”*. Tot slot zijn er vrijwilligers die nieuwsgierig zijn naar de interventie: *“Ik zou het niet direct helemaal afschrijven. Dat ligt er een beetje aan hoe het eruit gaat zien.”* en zijn ze bereid om mee te werken aan de ontwikkeling van een eHealth interventie.

Kortom, de participanten zijn positief over een eHealth interventie omdat het relevant is voor anderen/beginners, interessant voor ervaren vrijwilligers, nieuwsgierig naar eHealth interventie en willen meewerken aan ontwikkeling van eHealth interventie.

3.6.2 Negatief over eHealth interventie

Een aantal participanten is negatief over de eHealth interventie. Ze geven aan dat ze niet weten hoe een app werkt of ze hebben geen telefoon waar apps op kunnen. Ook geeft één van de participanten aan: *“Nee, ik las het en ik kon me er niks bij voorstellen.”* Bovendien wordt er aangegeven dat een app niet geschikt is voor het werk bij Sensor en dat het intermenselijk contact erg belangrijk is: *“Je hoort steeds meer negatieve dingen over smartphones en zo terwijl het menselijk contact daardoor vervaagt.”* Een andere participant voegt daaraan toe: *“Het intermenselijk contact is zo belangrijk in dit werk.”*

Concluderend kan worden gezegd dat de participanten negatief zijn over een eHealth interventie omdat ze niet weten hoe een app werkt, geen telefoon voor app hebben, zich er niks bij kunnen voorstellen en intermenselijk contact belangrijk vinden.

3.6.3 Behoefte aan andere soort interventie

In mindere mate geven de participanten aan dat ze eerder behoefte hebben aan een andere interventie. Eén van de participanten laat het volgende weten: *“Ik heb ook niet zo’n telefoon dus voor een app zou ik... maar als het op schrift staat, in een kleine brochure ofzo, dan kan dat wel zinvol zijn.”* Ook wordt er genoemd dat er meer informatie moet komen over

het contact met de achterwacht, de training mag anders worden ingericht, er moet nadruk worden gelegd op intermenselijk contact en één van de participanten noemt het belang van een leuk uitje: *“Ja want daardoor heb je ook dat mensen eerder blijven bij Sensor als het gewoon een fijne organisatie is waardoor er ook beter contact onderling ontstaat. Dan gaan ze ook minder gauw weg, dan hoef je ook minder trainingen te geven dus dat is weer minder duur.”*

Samengevat, participanten hebben behoefte aan een andere soort interventie, bijvoorbeeld een brochure, meer informatie over contact met achterwacht, een andere soort training, focus op intermenselijk contact en een leuk uitje.

3.6.4 Geen behoefte aan interventie

De minst voorkomende categorie is geen behoefte hebben aan een eHealth interventie. Er wordt aangegeven dat er voldoende training is. Eén van de participanten geeft aan: *“Ik vind het eigenlijk wel oké.”* Een andere participant voegt daaraan toe: *“Op een gegeven moment dan vind ik het wel mooi genoeg.”*

Kortom, de participanten die geen behoefte hebben aan een interventie, hebben al voldoende training.

4. Discussie

Uit de resultaten is gebleken dat de participanten zowel positieve emoties als negatieve emoties ervaren als zij worden geconfronteerd met het lijden van een ander. Verwacht werd dat er negatieve emoties zouden worden genoemd omdat de vraag ‘welke emoties maken het lijden van een ander los bij de vrijwilligers van Sensor?’ deze richting in stuurt. Een verklaring voor deze negatieve emoties zou kunnen zijn dat participanten het lastig vinden om geconfronteerd te worden met het leed van een ander. Wat niet verwacht werd, is dat er ook veel positieve emoties zouden worden genoemd. De participanten geven aan dat zij

niet alleen een luisterend oor bieden aan de beller, maar ook veel terugkrijgen in een gesprek. Zo zijn de participanten Sensor dankbaar voor de verrijking die de gesprekken hen geeft en kunnen zij door de gesprekken beter met hun eigen problemen kunnen omgaan. Dit kan een verklaring zijn voor de positieve emoties die worden ervaren door de participanten. Sensor zou zich in trainingen kunnen focussen op het omgaan met negatieve emoties en zich moeten richten op de kracht van positieve emoties, zodat de participanten beter om kunnen gaan met de negatieve emoties die het lijden van een ander bij hen losmaakt. Voor vervolgonderzoek is het interessant om te kijken in hoeverre en op welke manier de negatieve emoties invloed hebben op de participanten en hoe zij omgaan met de last die zij ondervinden van de negatieve emoties.

Verder is er uit de resultaten gebleken dat factoren die een gesprek moeilijk en/of stressvol kunnen maken, betrekking hebben op de beller, de hulpvraag en de vrijwilliger. Vooral bepaalde kenmerken van de beller, bijvoorbeeld de beller is onbereikbaar, de beller probeert de vrijwilliger uit en negatieve spiraal, kunnen een gesprek moeilijk en/of stressvol maken. In één van de focusgroep-interviews werd aangegeven dat er in de training meer gefocust mag worden op het omgaan met verschillende typen bellers. Het advies aan Sensor is dan ook om te kijken of er meer specifieke training kan worden aangeboden met betrekking tot het omgaan met verschillende soort bellers. Voor vervolgonderzoek kan het interessant zijn om te kijken welke strategieën de vrijwilligers gebruiken om met bepaalde kenmerken van een beller om te gaan. Omdat er geen invloed kan worden uitgeoefend op de kenmerken van de beller, is het ook belangrijk om in vervolgonderzoek te kijken naar de factoren die gerelateerd zijn aan de vrijwilliger. Hier kan wel invloed op worden uitgeoefend dus moet er worden gekeken naar hoe de negatieve invloed van deze factoren beperkt kunnen worden door zowel de vrijwilliger zelf als de organisatie.

Tevens is uit de resultaten gebleken dat de bevorderende en belemmerende factoren betrekking hebben op de vrijwilliger en de organisatie. Vooral de vrijwilliger past bevorderende factoren toe met betrekking tot zelfzorg/zelfcompassie toe, zoals rust of pauze nemen, naar buiten gaan en de telefoon uitzetten, waardoor zij beter met emoties kunnen omgaan naar aanleiding van een moeilijk gesprek. Dit is in lijn met de bevindingen van Houck (2014), Melvin (2015) en Neff (2003) die stellen dat zelfzorg en zelfcompassie belangrijk zijn om compassiemoeheid te voorkomen. Daarnaast is het stellen van grenzen volgens Melvin (2015) een bevorderende factor die de ontwikkeling van compassiemoeheid tegen kan gaan. De participanten geven aan dat zij grenzen stellen zodat zij beter met hun emoties om kunnen gaan. In tegenstelling tot de bevindingen van Melvin (2015), die stelt dat persoonlijk ervaren trauma ervoor kan zorgen dat er sneller compassiemoeheid optreedt, geven de participanten aan dat juist de herkenbaarheid van problematiek in gesprekken kan helpen bij het verwerken van eigen problemen. Participanten noemen dat beginners het moeilijk vinden om pauze te nemen als het druk is op de telefoon. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de beginners nog weinig ervaring hebben en geen besef hebben van het belang van zelfzorg/zelfcompassie. Ook kan het zijn dat zij het gevoel hebben zich te moeten bewijzen binnen de organisatie en daarom hard werken om zoveel mogelijk bellers een luisterend oor te bieden. Een onverwacht resultaat was dat de vrijwilligers bij Sensor veel training krijgen aangeboden. Een verklaring hiervoor kan zijn dat Sensor erg begaan is met haar vrijwilligers en het belang inziet van hun veerkracht en welbevinden omdat ze anders niet goed kunnen functioneren tijdens gesprekken met bellers. De soort dienst, te lange dienst en nachtdienst, wordt door de participanten als belemmerend ervaren. De verklaring die hiervoor gegeven wordt door de participanten is dat vier uur te lang is voor een dienst en dat het merendeel van de vrijwilligers boven de 50 jaar is en in andere sectoren geen nachtdiensten meer zouden hoeven te draaien. Het advies voor Sensor is om te kijken of er

een onderdeel zelfzorg/zelfcompassie in de training kan worden verwerkt om beginnende vrijwilligers het belang te leren van zelfzorg/zelfcompassie. Daarnaast wordt er geadviseerd om de inrichting van de diensten te heroverwegen. Voor vervolgonderzoek is het interessant om te kijken naar de beweegredenen van (beginnende) vrijwilligers om wel of geen zelfzorg/zelfcompassie toe te passen.

Tot slot is er uit de resultaten gebleken dat er verdeeldheid is over de ontwikkeling van een eHealth interventie. De meeste participanten zijn positief over de eHealth interventie maar er zijn ook een aantal participanten negatief over de eHealth interventie, hebben behoefte aan een andere soort interventie of hebben überhaupt geen behoefte aan een (eHealth) interventie. De participanten die positief zijn over de eHealth interventie, geven aan dat de interventie vooral relevant zou kunnen zijn voor anderen die alleen zitten of voor beginners. Een verklaring hiervoor kan zijn dat in de twee focusgroep-interviews die zijn gedaan alleen maar ervaren participanten zaten die vaak op locatie werken. Hier zijn anderen collega's aanwezig om ervaringen mee te delen. Er zijn ook een aantal participanten die aangeven dat ze negatief zijn over de eHealth interventie of behoefte hebben aan een andere soort interventie, zoals een leuk uitje, meer informatie over het contact met de achterwacht of een brochure. Zij geven aan dat ze niet weten hoe apps op een telefoon werken of hebben überhaupt geen smartphone. Daarnaast geven een aantal participanten aan dat ze meer waarde hechten aan menselijk contact en veel nadelen zien van het gebruik van een smartphone. Een verklaring hiervoor kan zijn dat alle participanten ouder zijn dan 55 jaar, op één participant na. Zij geven aan dat zij niet zijn opgegroeid met smartphones en apps waardoor het lastig kan zijn om dit te gaan gebruiken op de werkvloer. Een aantal participanten geeft aan geen behoefte te hebben aan een interventie. Een verklaring die hiervoor wordt gegeven is dat zij al veel handvaten aangeboden krijgen door Sensor en hierdoor soms informatie moe zijn. Ook kan het zijn dat zij door hun ervaring het gevoel hebben dat ze geen extra hulp nodig hebben, ondanks dat ze

ook negatieve emoties ervaren. Het advies voor vervolgonderzoek is om aan ervaren vrijwilligers uit te vragen aan welke soort interventie zij behoefte hebben. Daarnaast is het interessant om kwalitatief onderzoek uit te voeren onder verschillende leeftijdsgroepen, minder ervaren vrijwilligers, uitgevallen vrijwilligers, vrijwilligers van andere regio's en trainers. Op deze manier kan er een completer beeld worden verkregen over wat er speelt onder de vrijwilligers van Sensor. Door uitgevallen vrijwilligers te interviewen, kan er tevens een beeld worden gekregen van de redenen waarom zij zijn gestopt met het vrijwilligerswerk bij Sensor. Deze informatie kan dan meegenomen worden in het ontwikkelen van een (eHealth) interventie.

4.1 Sterken kanten en beperkingen

Een sterke kant van dit onderzoek is dat er door middel van het gebruik van focusgroep-interviews een begin is gemaakt om in kaart te brengen wat er leeft onder de vrijwilligers van Sensor. Door deze open manier van kwalitatief onderzoek, is er veel informatie verkregen over de veerkracht en het welbevinden bij vrijwilligers van Sensor.

Er moet rekening worden gehouden met het feit dat deze studie gebaseerd is op twee focusgroep-interviews met in totaal dertien participanten. Daarnaast waren de participanten bijna allemaal ouder dan 55 jaar, op één participant na. Bovendien waren alle participanten al twee jaar of langer vrijwilliger bij Sensor, op één participant na. Ook is er niet bij alle vestigingen van Sensor onderzoek gedaan, maar slechts bij twee vestigingen. Er is daarom geen sprake van een representatieve steekproef binnen dit kwalitatieve onderzoek.

Een andere beperking van dit onderzoek, is dat er geen evaluatie heeft plaatsgevonden tussen de twee focusgroep-interviews met betrekking tot het interviewschema. Dit is belangrijk om te doen zodat er gekeken kan worden of de vragen die gesteld worden, de beoogde informatie opleveren.

4.2 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat er aanwijzingen zijn dat vrijwilligers van Sensor het risico lopen om compassiemoeheid te ontwikkelen omdat zij veel negatieve emoties ervaren, de hulpvrager een gesprek erg moeilijk kan maken en omdat er belemmerende factoren zijn die het omgaan met emoties negatief beïnvloedt. Nader kwalitatief onderzoek met een representatieve onderzoekspopulatie is nodig om in kaart te brengen wat er speelt onder de vrijwilligers en hoe de ontwikkeling van compassiemoeheid kan worden beperkt. Om hulp vanuit Sensor te kunnen garanderen op lange termijn, is het welbevinden en de veerkracht van de vrijwilliger erg belangrijk en de ontwikkeling van een eHealth interventie zou de oplossing kunnen zijn met het oog op de voordelen en het interesseren van jongeren voor vrijwilligerswerk bij Sensor.

5. Referenties

- Aycock, N., & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183–191.
- Bolier, L., & Abello, K. (2014). The Wiley Blackwell Handbook of Positive Psychological Interventions. In A. C. Parks & M. S. Schueller (Eds.). New York: John Wiley & Sons.
- Boyle, D. A. (2015). Compassion fatigue: *Nursing2015*, 48–51. Retrieved from www.Nursing2015.com
- Calvo, R. A., & Peters, D. (2014). *Positive Computing: Technology for Welbeing and Human Potential*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Calvo, R. A., Vella-Brodrick, D., Desmet, P., & Ryan, R. M. (2016). Editorial for “positive computing: a new partnership between psychology, social sciences and technologists.” *Psycholog Yof Well-Being*, 6(10). <https://doi.org/10.1186/s13612-016-0047-1>
- Carson, S. J. (2016). Compassion Fatigue Oncology Nursing. Retrieved March 2, 2017, from <https://stti.confex.com/stti/congrs16/webprogram/Paper80478.html>
- Chamberlain, J., & Miller, M. K. (2008). Stress in the courtroom: Call for research. *Psychiatry, Psychology & Law*, 15(2), 237–250.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout job stress in the human services*. New York. Retrieved from Praeger
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing and Health Sciences*, 12(2), 235–243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
- Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers - A literature review. *Journal of Psychoatric & Mental Health Nursing*, 10(4), 417–424.
- Druin, A. (2010). Children as codedesigners of new technologies: Valuing the imagination to transform what is possible. *New Directions for Youth Development*, 2010(128), 35–43. <https://doi.org/10.1002/yd.373>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner Mazel.
- Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Flarity, K., Gentry, J. E., & Mesnikoff, N. (2013). The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 35(3), 247–258. <https://doi.org/10.1097/TME.0b013e31829b726f>
- Gentry, J. E., Baranowsky, A. B., & Dunning, K. (1997). Accelerated Recovery Program (ARP) For Compassion Fatigue. Retrieved from <http://psychink.com/accelerated-recovery-program-compassion-fatigue/>
- Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: an educational intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 454–458. <https://doi.org/10.1188/14.CJON>
- Huggard, P. (2016). Caring for the carers: compassion fatigue and disenfranchised grief. *Science with Feeling: Animals and People*, 28. Retrieved from <http://anzccart.org.nz/wp-content/uploads/2014/08/Huggard.pdf>
- Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. (2009). *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183–191.
- Keidel, G. C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *The American Journal of Hospice and Pallative Care*, 19(3), 200–205. <https://doi.org/10.1177/104990910201900312>

- Kulbe, J. (2001). Stressors and coping measures of hospice nurses. *Home Healthcare Nurse, 19*(11), 707–711.
- Lia, A., Early, S. F., N.E., M., & Gold, J. I. (2014). Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout. *Journal of Professional Nursing, 30*(1), 89–99. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.04.004>
- Mathieu, F. (2008). The Compassion Fatigue Workbook. Retrieved from www.compassionfatigue.ca
- McHolm, F. (2006). Rx for compassion fatigue. *Journal of Christian Nursing, 23*, 12–19.
- Melvin, C. S. (2015). Historical Review in Understanding Burnout, Professional Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress Disorder From a Hospice and Palliative Nursing Perspective. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 17*(1), 66–72. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000126>
- Muller, M. (2003). Participatory design: the third space in HCI. In J. A. Jacko & A. Sears (Eds.), *The Human-Computer Interaction Handbook* (pp. 1051–1068). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity, 6*(4), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Paradies, G., & Kersthol, J. (2014). Wat doen burgers in de participatiesamenleving ?
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. In *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder in helpers* (pp. 150–177). New York: Brunner Mazel.
- Potter, P., Deshields, T., Berger, J. A., Clarke, M., Olsen, S., & Chen, L. (2013). Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum, 40*(2), 180–187. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.180-187>
- Sanchez, C., Valdez, A., & Johnson, L. (2014). Hoop dancing to prevent and decrease burnout and compassion fatigue. *Journal of Emergency Nursing, 40*(4), 394–395. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.04.013>
- Sensor. (n.d.). Vrijwillgers vertellen. Retrieved from <https://www.sensor.nl/>
- Sinclair, S., Raffn-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Title: Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature, *69*, 9–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Sontag, M. A. (1996). Hospices as providers of total care in one western state. *The Hospice Journal, 11*(3), 71–94.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, 53*–79.
- Thompson, I. A., Amatea, E. S., & Thompson, E. S. (2014). Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling, 36*(1), 58–77.
- Traeger, L., Park, E. R., Sporn, N., Repper-Delisi, J., Convery, M. S., Jacobo, M., & Pirl, W. F. (2013). Development and evaluation of targeted psychological skills training for oncology nurses in managing stressful patient and family encounters. *Oncology Nursing Forum, 40*(4), 327–336.
- Tzu, G., Bannerman, B., & Hill, N. (2017). From Grey Nothingness to Holistic Healing: A Non-Dual Approach to the Treatment of Burnout. *International Journal of Mental Health and Addiction, 15*(3), 652–669. <https://doi.org/10.1007/s11469-016-9701-3>
- van Assema, P., Mesters, I., & Kok, G. (1992). Het focusgroep-interview: een stappenplan. *Tijdschrift Voor Sociale Gezondheidszorg, 70*(7), 431–437.

- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., Van Heusden, D., & Clarke, S. . (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(12), 1667–1677.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010>
- Yarosh, S., & Schueller, S. M. (2017). “Happiness Inventors”: Informing Positive Computing Technologies Through Participatory Design With Children. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(1), 17.
<https://doi.org/10.2196/jmir.6822>
- Yun, H., Jie, S., & Anli, J. (2010). Nursing shortage in China: state, causes, and strategy. *Nursing Outlook*, *58*(3), 122–128.

6. Bijlagen

6.1 Bijlage 1 – informatiebrief en toestemmingsformulier



Informatie deelname aan focusgroep onderzoek.

Geachte heer/mevrouw,

U ontvangt deze brief omdat u vrijwilliger bent bij de organisatie Sensor Nederland. Voor een wetenschappelijk onderzoek naar compassiemoeheid, veerkracht en welbevinden onder vrijwilligers bij Sensor Nederland, zijn we op zoek naar vrijwilligers die zouden willen meewerken aan een focusgroep. In deze brief kunt u algemene informatie vinden over het doel en de achtergrond van het onderzoek. Tevens kunt u lezen wat deelnemen aan dit onderzoek precies inhoudt en wat er met uw gegevens wordt gedaan. Indien u na het lezen van deze brief besluit dat u wilt deelnemen aan het onderzoek, vragen we van u om een toestemmingsformulier in te vullen.

Wie zijn wij?

Renate Willems is promovenda en hogeschooldocent aan Hogeschool Rotterdam en Michelle van Vlierberghe is Bachelor student Psychologie aan de Universiteit van Twente. Samen doen wij onderzoek naar compassiemoeheid, veerkracht en welbevinden onder vrijwilligers bij Sensor Nederland. Dr. Patricia Vuijk, lector Publieke Zorg en Preventie voor Jeugd bij Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam is eindverantwoordelijk voor dit onderzoek. Indien u naar aanleiding van dit onderzoek vragen of zorgen heeft, kunt u contact met haar opnemen via p.vuijk@hr.nl.

Doel van het onderzoek

We leven in een participatiesamenleving, waarbij de overheid uitgaat van de eigen kracht en zelfredzaamheid van burgers. Omdat niet iedereen zich altijd op eigen kracht kan redden, is er soms hulp nodig. Hierbij bent u als vrijwilliger van Sensor Nederland van belang, omdat u, waar u dat kunt, hulp biedt aan een ander die dat nodig heeft. Als vrijwilliger komt u in aanraking met het lijden van hulpvragers tijdens uw werk. Dit kan leiden tot compassiemoeheid, verminderde veerkracht en uiteindelijk verminderd welbevinden. Het is daarom van belang dat we op zoek gaan naar een manier waarop we vrijwilligers kunnen ondersteunen bij hun werk.

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen welke emoties de confrontatie met lijden van hulpvragers bij u oproept, hoe u hiermee omgaat en wat u daarbij helpt. Zijn er factoren die

u helpen met het op een goede manier omgaan met emoties, of zijn er factoren die dit juist belemmeren?

In een gestructureerde groepsdiscussie, een zogenaamde focusgroep, zullen we vragen naar de emoties die u ervaart wanneer u geconfronteerd wordt met het lijden van de ander. Dit kunnen positieve en negatieve emoties zijn. Ook zullen we vragen naar de manier waarop u omgaat met deze emoties en de gevolgen die deze emoties voor u hebben.

Voor het onderzoek zijn er zestien vrijwilligers van Sensor Nederland nodig. Er zullen twee groepsinterviews (focusgroepen) plaatsvinden. Per focusgroep zullen er acht vrijwilligers deelnemen.

Wat houdt meedoen voor mij in?

Een focusgroep zal 90 – 120 minuten duren en er wordt van u verwacht dat u actief deelneemt aan de groepsdiscussie. Het voordeel van deze focusgroep voor u is dat u samen met uw collega's na kunt denken over de ervaringen tijdens het werk. U kunt elkaar hierbij aanvullen en op ideeën brengen. Daarnaast stimuleert het een discussie waardoor er ook diep in kan worden gedaan op uitwisseling van ervaringen. Alles wat tijdens de focusgroep besproken wordt, zal anoniem en vertrouwelijk worden behandeld door de onderzoekers. We verwachten van u dat u ook vertrouwelijk omgaat met de informatie uit de groep.

Wat wordt er met de gegevens gedaan?

De gegevens die voortkomen uit de focusgroepen zullen, nadat ze zijn uitgewerkt en geanalyseerd, gebruikt gaan worden voor een artikel in een wetenschappelijk tijdschrift en een bachelorscriptie. De gegevens zullen uiteraard volledig vertrouwelijk worden verwerkt: dat wil zeggen dat er in de scriptie of het artikel nergens namen van deelnemers aan de focusgroepen worden genoemd, of informatie waardoor kan worden achterhaald wie wat heeft gezegd. Deelnemers die daar prijs op stellen, krijgen na afloop van het onderzoek een samenvatting van de belangrijkste resultaten. Voor degenen die enthousiast zijn geworden door dit onderzoek, is er bovendien de mogelijkheid om mee te doen aan een workshop, waarbij gewerkt wordt aan de ontwikkeling van een (proefversie) van een app om vrijwilligers te ondersteunen bij hun werk bij Sensor Nederland. Daarover zult u nader worden geïnformeerd tijdens de focusgroep.

Hoe kan ik me aanmelden voor dit onderzoek?

Indien u, na het lezen van deze brief besluit dat u wil deelnemen aan het onderzoek, kunt u het bijgevoegde formulier invullen en ondertekenen.

Toestemmingverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: Uitdagingen en veerkracht van vrijwillige hulpverleners
Verantwoordelijke onderzoekers: R.C.W.J. Willems en M.K. van Vlierberghe.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik weet dat een geluidsopname van het groepsinterview gemaakt wordt en dat deze 15 jaar bewaard blijft op een beveiligde harde schijf met wachtwoord. Alleen de genoemde onderzoekers en het begeleidingsteam van het promotie onderzoek hebben toegang tot deze gegevens.

Ik begrijp dat de audio opname wordt uitgeschreven en dat de persoonlijke gegevens hierbij volledig geanonimiseerd zullen worden.

Ik begrijp dat audiomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Emailadres:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoekers

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker (1):

Datum: Handtekening onderzoeker:

6.2 Bijlage 2 – protocol voor de focusgroep

Plan van aanpak focusgroep vrijwilligers Sensor

Doel:

Informatie verzamelen over hoe vrijwilligers van Sensor lijden van de hulpvragers ervaren en hoe zij met dit lijden omgaan. De focus van deze focusgroep ligt op het uitvragen van oplossingsgerichte behoeften binnen het thema zelfcompassie. Vragen en doorvragen zijn afgeleid van de theorie over zelfcompassie van Neff (2003). De bedoeling is dat er in 2018 een eMental health-interventie ontworpen gaat worden voor vrijwilligers, gericht op het stimuleren/bevorderen van zelfcompassie. Daarvoor vormt de informatie die uit deze focusgroepen naar voren komt input.

Vragen:

1. Welke emoties maakt het lijden van hulpvragers bij u los?
2. Welke factoren maken een gesprek soms moeilijk of ingrijpend?
3. Welke factoren bevorderen/belemmeren het omgaan met emoties als gevolg van moeilijke gesprekken?

Toelichting introductievraag	Duidelijk noemen van de naam i.v.m. transcriberen opname. Met deze vraag voorbeelden van gesprekken genereren.
Toelichting op vraag 1	Met vraag 1 en de doorvragen probeer ik in beeld te krijgen welke emoties vrijwilligers ervaren als zij geconfronteerd worden met het lijden van de ander en hoe zij deze emoties ervaren. Daar waar mogelijk probeer ik verhalen van vrijwilligers te laten ondersteunen met voorbeelden.
Toelichting op vraag 2	In vraag 2 verzamel ik informatie over de kenmerken van de beller, de vrijwilliger en het gesprek zelf, wat een gesprek moeilijk kan maken.
Toelichting op vraag 3	In vraag 3 probeer ik te ontdekken wat vrijwilligers doen om hun emoties te hanteren. Hier probeer ik open ruimte te geven aan mensen om hun strategieën duidelijk te maken en te vertellen of deze effectief zijn of niet.
Toelichting op vraag 4	Volgens wetenschappelijke literatuur kan je door blootstelling aan lijden van anderen een verminderde veerkracht ervaren (Neff, 2003). Hier worden een aantal oorzaken voor genoemd: <ol style="list-style-type: none">1. Het gevoel het nooit goed genoeg te doen: zelfkritiek gericht op het verbeteren van zichzelf als hulpverlener in plaats van erkennen dat men sommige eigenschappen niet veranderen kan;2. Sociale isolatie door angst dat anderen vinden dat de hulpverlener het werk niet goed aankan en daarom moeilijke gesprekken niet wil delen met collega's;3. Een disbalans tussen empathie en compassie voor anderen en zelfcompassie; er ontbreekt goede zelfzorg en liefdevolle

	<p>vriendelijkheid voor zichzelf en men is zich niet bewust deze gevoelens;</p> <p>4. Het gevaar van over identificatie: het identificeren van de problemen van de hulpvrager met eigen problemen.</p>
--	--

Vorbereiding:

- Ruimte, koffie en thee regelen (Sensoor)
- Opname apparatuur (regelt Renate)

Taakverdeling:

- Inhoudelijke vragen: Renate
- Proces: (tijdsbewaking, in de gaten houden opname apparatuur, iedereen aan het woord): Michelle.

Invulling focusgroep:

Introductie (5)	Welkom: Michelle en Renate stellen zich voor
Doel focusgroep	Het doel van deze focusgroep is om inzicht te krijgen in de emoties die u als vrijwilliger ervaart wanneer u met het lijden van hulpvragers te maken krijgt. Wij willen graag weten welke invloed het lijden van de hulpvragers heeft op u en hoe u hiermee omgaat.

Introductievraag (20)	Wilt u na het duidelijk noemen van uw naam vertellen welk gesprek bij Sensoor het meeste indruk op u heeft gemaakt en waarom?
Doel:	Iedereen even aan het woord laten, om stem te herkennen voor transcriberen en om ijs te breken.

Vraag 1: (20)	Welke emoties maakt het lijden van anderen bij u los?
Doel:	Inzicht in de impact van confrontatie met lijden van anderen op korte en lange termijn.
Doorvragen:	<ul style="list-style-type: none"> • Om welk soort emoties gaat het (positief/negatief)? • Wanneer vinden de emoties plaats? • Wat merkt u van emoties (lichamelijk/psychisch)? Kunt u aangeven wat dit met u doet (bv schrikreacties, gevoelens van wanhoop)? • In onderzoeken lees je weleens dat mensen die geconfronteerd worden met moeilijke situaties last hebben van slecht slapen, of dat verhalen lang in hun hoofd blijven hangen, of dat zij het gevoel hebben dat de problemen van de ander ook hun problemen worden. Wat herkent u hiervan? Welke invloed heeft dit op u? Wat merken anderen hiervan?

Vraag 2: (20)	Welke factoren maken een gesprek soms moeilijk of ingrijpend?
---------------	---

Doel:	Informatie over factoren die een gesprek lastig maken
Doorvragen:	<p>Opdracht: Het kan zijn dat u tegen bepaalde gesprekken erg opziet. Dat kan met allerlei dingen te maken hebben, bv 'wie is de beller' (leeftijd, herbeller, etniciteit), 'waarom belt de beller' (bv het probleem van de beller), maar ook: 'wat kan ik met de beller' (soms zit u zelf niet goed in je vel, of hebt u iets meegemaakt waardoor je in sommige gevallen niet goed in staat bent om te luisteren).</p> <p>Ik wil aan jullie vragen om zoveel mogelijk redenen op te schrijven waarom een gesprek soms moeilijk kan zijn. Gebruik per reden één geeltje. (3 minuten)</p> <p>(Ondertussen hangen Michelle en Renate 3 flappen op:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kenmerken van de hulpvrager 2. Kenmerken van de hulpvraag 3. Kenmerken van de vrijwilliger) <p>Nu wil ik jullie vragen om de geeltjes op de juiste flap te plakken, waar heeft de reden dat een gesprek moeilijk kan zijn mee te maken? (5 minuten)</p> <p>(Ondertussen ordenen Michelle en Renate de geeltjes zoveel mogelijk).</p> <p>Van elke flap wordt een geeltje besproken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is dit kenmerk herkenbaar voor anderen? Welke gevolgen heeft dit kenmerk voor de vrijwilliger zelf? Voor het gesprek?

Vraag 3: (15)	Welke factoren bevorderen/belemmeren het omgaan met emoties als gevolg van moeilijke gesprekken?
	Inzicht krijgen in belemmerende/bevorderende factoren bij het omgaan met emoties.
	<ul style="list-style-type: none"> • Welke gedachten of gedragingen helpen u tijdens het gesprek, of juist na afloop? • Zijn er ook gedachten of gedragingen die juist niet helpen? Of alleen op korte termijn? Welke zijn dit? • Hebt u weleens het gevoel dat u faalt tijdens een gesprek met een hulpvrager? Wat voelt u dan (schaamte of schuld of anders)? Hoe gaat u daarmee om? Werkt dat?

Vraag 4: (20)	Dan wil ik nu nog een aantal specifieke vragen stellen.
------------------	---

Doel	Specifieke informatie gericht op zelfcompassie verzamelen
	<ul style="list-style-type: none"> • Mag u fouten van uzelf maken? Hoe gaat u met uzelf om als u merkt dat u kritiek op zichzelf hebt, en uzelf verwijt dat u iets niet goed kan/gedaan hebt? Werkt dit voor u? • Durft u moeilijke gesprekken, of gesprekken waar u niet tevreden over bent te delen met collega's? Of met anderen, bv in privésituatie? Bent u weleens bang voor een oordeel van de ander? Durft u zich kwetsbaar op te stellen? Hoe doet u dat? Wat levert het u op? • Soms kan je zo bezig zijn met het leed van de ander, dat je weleens vergeet dat je ook best compassie met jezelf mag hebben. Hebt u dit wel eens ervaren? Hebt u een voorbeeld? Wat gebeurt er met u als de balans compassie voor de ander en compassie voor uzelf er niet is? Welke gevolgen heeft dat?

<p>Afsluiting (10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wil iemand nog iets kwijt over dit onderwerp, dat nog niet besproken is? • Is er behoefte aan een presentatie over de resultaten Sensoor Rotterdam? • Wat zou u ervan vinden als er een hulpmiddel ontwikkeld gaat worden dat kan helpen met het omgaan met stressvolle gesprekken? • Wie wil in 2018 meewerken aan het ontwikkelen van een interventie?
----------------------------	---