

Bacheloropdracht

Validering van een schaal om sociaal  
welbevinden te meten

Diana Schilliger

s1114123

2014

Eerste begeleider: Gerben Westerhof

Tweede begeleider: Dr. Peter A.M. Meulenbeek

Universiteit Twente

2014



## **Inhoudsopgave**

Abstract.....	1
Samenvatting.....	2
<b>1. Inleiding.....</b>	<b>3</b>
1.2. Definitie sociaal welbevinden.....	6
1.3. Sociale activiteiten en welbevinden.....	7
1.4. Hypothesen en onderzoeksvragen.....	8
<b>2. Methode.....</b>	<b>9</b>
2.1. Respondenten.....	9
2.2. Materialen.....	11
2.2.1. Sociaal welbevinden vragenlijst.....	12
2.2.2. Sociale activiteiten.....	14
2.2.3. Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF).....	14
2.3. Procedure.....	14
2.4. Statistische analyse.....	16
<b>3. Resultaten.....</b>	<b>18</b>
3.1. Betrouwbaarheid (test- hertest, interne consistentie).....	18
3.2. Validiteit ( convergente en concurrente v.).....	20
<b>4. Discussie.....</b>	<b>22</b>
4.1. Tekortkomingen en aanbevelingen.....	24



<b>5. Referenties.....</b>	<b>27</b>
<b>6. Bijlagen.....</b>	<b>32</b>
6.1. Sociaal welbevinden vragenlijst.....	32
6.2. Vragenlijst over sociale activiteiten.....	35
6.3. Het sociaal welbevinden-deel uit de MHC-SF.....	35



## Abstract

A new measure instrument of social well-being was developed by the research centre MOVISIE and the University of Twente. The scale that was developed includes seven subscales: *social contacts, neighbourhood and neighbourhood cohesion, material and societal position, crucial occupation, social isolation, influence of societal authorities and societal participation*. The aim of the study was to examine the psychometric properties of the scale. Therefore, the test-retest reliability, the internal consistency, and the convergent validity were determined. In addition, the concurrent validity was examined by correlating the scores on social well-being with the degree of social activity. It was expected that the social well-being questionnaire is reliable and valid. In total 183 respondents completed the questionnaire. The results show moderate test- retest reliability. Furthermore, they show a high internal consistency within all the subscales with exception of the subscales *influence of societal authorities and societal participation*. All subscales correlate low with the MHC-SF, which is a corresponding measurement of social well-being. However, the subscales of the two scales show several differences what leads to the conclusion that the convergent validity is acceptable. Furthermore, the results show a very low concurrent validity between social well-being and the degree of social activity. On the basis of the findings of this research, limitations are discussed and suggestions for future research are made. All in all, the scale is promising but further research in this topic is required.

## Samenvatting

Door het kenniscentrum MOVISIE met medewerking van de Universiteit Twente, is een nieuwe schaal ontwikkeld die sociaal welbevinden beoogd te meten. De schaal bevat zeven subschalen: *sociale contacten*, *buurt en buurtcohesie*, *materiele en maatschappelijke positie*, *belangrijkste bezigheid*, *sociale isolatie*, *invloed van maatschappelijke instanties* en *maatschappelijke participatie*. Het doel van dit onderzoek was het toetsen van de psychometrische eigenschappen van de nieuw ontwikkelde schaal. Hiervoor werden de test-hertest betrouwbaarheid, de interne consistentie en de convergente validiteit van deze schaal bepaald. Bovendien werd de concurrente validiteit bepaald door de scores op sociaal welbevinden te laten correleren met de mate van sociale activiteiten. Verwacht werd dat de vragenlijst betrouwbaar en valide is. In totaal hebben  $N= 183$  deelnemers de vragenlijst ingevuld. De resultaten laten een moderate test- hertest betrouwbaarheid zien. Verder tonen de uitkomsten een hoge interne consistentie aan, met uitzondering voor de subschalen *invloed van maatschappelijke instanties* en *sociale participatie*. Alle subschalen correleerden laag met de MHC-SF. Echter zijn er vele verschillen gebleken met betrekking tot de subschalen van beide schalen waaruit geconcludeerd kan worden dat de convergente validiteit wel acceptabel is. Verder lieten de resultaten zeer lage concurrente validiteit zien tussen sociaal welbevinden en de mate van sociale activiteiten. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek zijn tekortkomingen van het onderzoek ter discussie gesteld en zijn er aanbevelingen gedaan voor vervolg onderzoek. Al met al is de sociaal welbevinden vragenlijst veelbelovend maar er is nader onderzoek noodzakelijk.

*‘Men generally agree that the highest good attainable by action is happiness, and identify living well and doing well with happiness.’*

*Aristotle. Nicomachean. I.4.*

## **1. Inleiding**

In het kader van dit onderzoek werd de sociale aspect van welbevinden beschouwd. Een vragenlijst is ontwikkeld die juist het sociaal welbevinden beoogd te meten. Binnen dit onderzoek werd deze schaal op zijn psychometrische eigenschappen getoetst.

### **1.1. Belang van welbevinden**

‘Wat betekent het om gelukkig te zijn?’ Deze vraag stelde Aristoteles zich al ongeveer 2300 jaren geleden (384-322 v. Chr.). Geluk was volgens hem het enige doel in het leven. Het in het Grieks gebruikte woord ‘eudaimonia’ werd lange tijd vertaald met het Nederlandse woord geluk. Het woord geluk impliceert echter een vergankelijke staat en een emotie wat wel een onderdeel van “eudaimonia” is, maar volgens Aristoteles schiet dit tekort (Jackson, 2007). Aristoteles kan gezien worden als de inspirator van de ‘Science of Happiness’. Tot vandaag is er talrijk onderzoek gedaan naar de vraag wat mensen nu eigenlijk gelukkig maakt (Wallis, 2005; Siegel, 2009; Epstein, 2009; Lambert, 2009; Rayan et al., 2001). Tegenwoordig wordt geluk beschreven in termen van positief welbevinden (Diener, 2000; Diener et al., 1999; Kahneman et al., 1999).

Uit recent onderzoek zijn drie dimensies voor welbevinden gebleken: psychologisch, subjectief en sociaal welbevinden (Westerhof & Keyes, 2008). Ook de Wereld Gezondheidsorganisatie stelt de aanwezigheid van psychologisch, subjectief/emotioneel en sociaal welbevinden centraal (WHO, 2004). Volgens de onderzoekers is er een samenhang tussen een hoge score op deze drie dimensies en positieve uitkomsten zoals betere cognitieve functies en creativiteit (Diener et al., 2010; Huppert, 2009), betere hantering van stress (Cohn & Fredrickson, 2009; Ryff et al., 2012; Heller et al., 2013) en betere gezondheid (Stewart-Brown, 1998; Kawachi et al., 1997; Berkman & Glass, 1999), wat tot een verhoogde levensverwachting kan leiden (Diener et al., 2010).

Bovendien maakte het onderzoek naar positief welbevinden een grote stap vooruit sinds mentale gezondheid niet meer alleen gezien wordt als de afwezigheid van mentale ziekte of psychopathologie. In 2005 deed Keyes onderzoek naar de samenhang tussen welbevinden en psychopathologie. Hij vond wel een negatieve samenhang tussen een hogere score op welbevinden en de aanwezigheid van psychische klachten. Echter, hij vond dat tien procent van de proefpersonen wel een laag welbevinden hadden terwijl ze geen teken van een stoornis toonden. Verder toonden mensen met een stoornis vaker gematigd welbevinden in plaats van laag (Keyes, 2005). Er valt te concluderen dat welbevinden en psychopathologie aan elkaar gerelateerd maar ook van elkaar te onderscheiden zijn (Keyes, 2005; Westerhof et al., 2010). Ook een andere studie verwijst naar de juistheid van deze hypothese. Daarin wordt naar de samenhang over de tijd tussen welbevinden en psychopathologie gekeken (Lamers et al., 2011). De resultaten van deze studie wijzen erop dat een verandering in welbevinden gedurende de eerste drie maanden een significante voorspeller is van psychische klachten zes maanden later (Lamers, 2012). Het positief welbevinden van mensen blijkt dus ook een beschermende functie te hebben tegen psychopathologie. Deze bevinding droeg bij aan het veld van de positieve psychologie. Op basis van deze bevindingen heeft een verschuiving van aanpak in de GGZ plaatsgevonden. Terwijl het tot dusver ging om het behandelen van klachten, gaat het nu ook om het bevorderen van positief welbevinden (Bohlmeijer et al., 2013).

Al deze bevindingen zijn niet alleen van belang voor het individu maar ook voor de gehele maatschappij en de overheid. Volgens Huppert (2009) kan een bevolkingsstrategie die gericht is op het bevorderen van welbevinden impact hebben op de gehele maatschappij (Huppert, 2009). Zo liet Keyes (2005; 2007) zien dat er een samenhang bestaat tussen de mate van positief welbevinden en het gebruik van de gezondheidszorg en de productiviteit op het werk. De ziektekosten zijn in Nederland van €40, 678 in 1998 toegenomen naar €94, 228 in 2013 (CBS, 2014). Dat geeft aanleiding tot het investeren in de mentale gezondheid van de gehele maatschappij. In Nederland wordt inmiddels de aandacht ook steeds meer gericht op het bevorderen van positief welbevinden (SCP, 2012). Talrijke welzijnsorganisaties zoals het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en werkgeversorganisatie MOgroep Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening (W&MD) hebben allemaal als doel om het

welbevinden van de burgers te verbeteren. Hiervoor werden interventies ontwikkeld zoals 'Welzijn Nieuwe Stijl' of 'Eigen kracht benadering' (VWS: Welzijn Nieuwe Stijl, 2010). Bij het inzetten van interventies is onderzoek belangrijk om de effectiviteit daarvan te achterhalen. Voor dergelijk onderzoek zijn meetinstrumenten noodzakelijk die de mate van welbevinden vaststellen. De MHC-SF (Lamers et al., 2011) is een meetinstrument dat alle drie de niveaus (psychologisch, emotioneel en sociaal) van welbevinden omvat. Echter, uit onderzoek is gebleken dat het meten van het sociale aspect nog tekort schiet (Köhler, 2010; Westerhof & Keyes, 2008). Maar juist uit maatschappelijke perspectief, waarin de burgers zijn ingebed in sociale structuren, is het van belang de mate van sociaal welbevinden vast te kunnen stellen (Keyes, 1998).

Tegenwoordig zijn er al vele strategieën ontwikkeld die als doel hebben juist het sociaal welbevinden van de burgers te verhogen. In 2007 trad in Nederland de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) in werking (Wmo, 2007). Doel van de wet was onder andere de zelfredzaamheid van de burgers te sterken en ze te mobiliseren tot actieve participatie aan de samenleving (Klerk, Gilsing & Timmermans, 2010). Deze aanpak wordt gesteund door de bevinding van Cicognani, et al. (2007) dat de mate van sociaal welbevinden stijgt naarmate de mensen participeren binnen de maatschappij. Het kenniscentrum MOVISIE is één van de organisaties die deze aanpak bevorderen door het ontwikkelen van sociale interventies. MOVISIE is het landelijke kennisinstituut en adviesbureau voor toetsbare kennis, adviezen en oplossingen bij e aanpak van sociale vraagstukken op het terrein van welzijn. De organisatie pleit onder andere ervoor dat de burger meer zal participeren in de sociale samenleving en daarvoor is het belangrijk het zelf-oplossend vermogen van de burgers te verhogen (Meerjarenstrategie MOVISIE 2012- 2015, 2012). Als problemen zoals buurtontrust etc. zelf door de burger opgelost kunnen worden, kunnen hierdoor onder andere collectieve uitgaven beheerst worden en een meer cohesieve en gelukkige maatschappij gevormd worden (Klerk, Gilsing & Timmermans, 2010).

Om vast te kunnen stellen of interventies die bedoeld zijn om sociaal welbevinden te bevorderen succesvol zijn, is het belangrijk om instrumenten te ontwikkelen waarmee de mate van sociaal welbevinden vastgesteld kan worden.

Recentelijk is door MOVISIE een vragenlijst ontwikkeld die het construct sociaal welbevinden beoogd te meten. Doel van dit onderzoek is om deze schaal op psychometrische eigenschappen te toetsen.

## 1.2. Definitie sociaal welbevinden en het meten daarvan

Volgens onderzoek heeft sociaal welbevinden grote invloed op veel terreinen, zoals op alle domeinen van welbevinden en fysieke gezondheid (Helliwel & Putnam, 2004, Cohen et al., 2000). Maar wat houdt sociaal welbevinden eigenlijk in?

Keyes (1998) was een van de eersten die in het onderzoek naar welbevinden ervoor pleitte om de aandacht ook te richten op het sociale aspect van welbevinden wat tot die tijd grotendeels buiten beschouwing bleef (Westerhof & Keyes, 2008). Volgens Keyes (1998) bestaan er verschillende sociale uitdagingen die de dimensies van sociaal welbevinden vormen. Hij vond vijf gemeenschappelijke dimensies waaruit het sociaal welbevinden bestaat: sociale acceptatie, sociale actualisatie, sociale contributie, sociale coherentie en sociale integratie (Keyes, 1998). Met sociale acceptatie wordt een positieve houding ten opzichte van anderen en het algemeen accepteren van andere mensen en hun gedrag bedoeld. Sociale actualisatie houdt een positief gevoel met betrekking tot de ontwikkeling van de maatschappij in. Sociale contributie omschrijft het gevoel iets waardevols te kunnen bijdragen aan de maatschappij en de overtuiging dat deze ondernemingen ook gewaardeerd worden. De sociale contributie vat dus de concepten van zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid samen (Keyes, 1998). Sociale coherentie beschrijft de interesse in en de kennis over de samenleving waar je deel van uit maakt. Sociale integratie is het gevoel dat je deel uitmaakt van een gemeenschap waar je bij hoort en waardoor je gesteund wordt.

De Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF) (Lamers et al., 2011) is een meetinstrument dat naast de twee andere niveaus van welbevinden (psychologisch en emotioneel) ook sociaal welbevinden beoogd te meten. De sociaal welbevinden schaal bevat de vijf dimensies van Keyes (1998). Echter het is gebleken dat de interne consistentie voor de sociale subschaal het laagst is (Westerhof & Keyes, 2008; Köhler, 2010). Uit kwalitatief onderzoek (Köhler, 2010) kwam naar voren dat dit te maken kan hebben met de formulering van de items. Waar bij het meten emotioneel en psychologisch welbevinden de eigen persoon centraal staat, gaat het bij sociaal welbevinden om een complexer bereik. Het gaat bijvoorbeeld om een belangrijke bijdrage aan de samenleving en het begrip over de maatschappij, wat soms moeilijk valt te interpreteren. Met name de woorden: 'samenleving', 'maatschappij' en 'belangrijke bijdrage' leverden misverstanden op (Köhler, 2010). Daarnaast zijn de interne consistenties voor de subschalen sociale coherentie en sociale acceptatie laag

gebleken en sociale actualisatie blijkt positief te correleren met anomie, wat een indicator is voor de afwezigheid van sociaal welbevinden (Keyes, 1998). Nader onderzoek is dus noodzakelijk om een schaal te ontwikkelen die de aspecten van sociaal welbevinden volledig omvat.

### **1.3. Sociale activiteit en welbevinden**

In het voorafgaand paragraaf werden de dimensies beschreven waaruit sociaal welbevinden blijkt te bestaan en hoe het kan gemeten worden. In het volgende paragraaf wordt een overzicht gegeven over de aspecten van het sociale leven die samenhangen met sociaal welbevinden.

Al in 1988 is uit onderzoek van House, Landis en Umberson gebleken, dat een hoge kwantiteit en een hoge kwaliteit van sociale contacten resulteert in een verlaagd risico om dood te gaan. Daarnaast toonden Helliwell en Putnam (2004) aan dat er sterke verbindingen bestaan tussen familie, vrienden, buurten en burgerparticipatie en fysieke gezondheid. Uit hun onderzoek blijkt dat sociaal kapitaal, gemeten door de sterkte van verbinding tussen de familie, de buurt en religieuze en maatschappelijke verenigingen, een positieve invloed heeft op de gezondheid en het welbevinden (Helliwell & Putnam, 2004). Uit de literatuur komen verschillende definities van sociaal kapitaal naar voren. Eén definitie is gebaseerd op de gezamenlijke activiteiten. Daarbij horen zowel de institutionele acties als ook informele acties waarbij groepen en individuen betrokken zijn (Jenson, 1998). Putnam (2000) toonde een sterke correlatie aan tussen sociaal kapitaal en geluk. Bovendien lijken personen die in netwerken leven en werken gelukkiger (Helliwell, 2005) en zijn zij gezonder (Kawachi et al., 1997) vergeleken met personen die alleen leven of werken. Deze bevinding wordt gesteund door het onderzoek van Cohen et al. (2000) over sociale integratie. Zijn resultaten laten zien dat een sterk sociaal netwerk de kans op sociale ondersteuning verhoogt en dat het aantal negatieve interacties verlaagt (Cohen et al., 2000). Hij liet zien dat al deze drie variabelen van invloed zijn op gezondheid. Zo kan een hoge mate aan sociale integratie een hogere overlevingskans na een hartaanval voorspellen en het risico voor het terugkeren van kanker reduceren (Cohen et al., 2000). Verder is gebleken dat een sociaal geïntegreerde levensstijl kan beschermen tegen het optreden van dementie (Fratiglioni, et al., 2004). Daarnaast toonde een ander onderzoek aan, dat dagelijkse sociale activiteiten de neuropsychologische

prestatie verhoogd in het ouderdom (Naylor et al., 2000). Bovendien lieten de resultaten van een onderzoek in Zweden (1996) zien, dat mensen die deelnemen aan sociale en productieve activiteiten langer leven vergeleken met mensen die niet participeren aan sociale activiteiten (Glass,1999).

Regelmatig sociaal contact met belangrijke personen lijkt dus een positieve invloed te hebben op gezondheid (Glass,1999) en welbevinden in het algemeen (Putnam, 2000). Er kan dus worden verwacht, dat de kwantiteit van sociale interacties als afzonderlijk construct, samenhangt met sociaal welbevinden.

#### **1.4. Hypothesen en onderzoeksvragen**

De gebleken tekortkomingen uit eerder onderzoek naar het meten van sociaal welbevinden (Keyes, 1998; Westerhof & Keyes, 2008; Köhler, 2010) geven aanleiding tot nader onderzoek op dit terrein. Door het kenniscentrum MOVISIE en de Universiteit Twente is een vragenlijst ontwikkeld die het construct sociaal welbevinden beoogd te meten. Doel van dit onderzoek is dit meetinstrument op psychometrische eigenschappen te toetsen.

Omdat gebleken is, dat het construct welbevinden relatief stabiel blijft over de tijd (Lucas & Donnellan, 2007; Lamers et al., 2011) wordt een moderate test- hertest betrouwbaarheid verwacht tussen de scores van twee verschillende meetmomenten in tijd bij dezelfde personen. Verder wordt ervan uitgegaan dat er een hoge interne consistentie bestaat voor zowel de sociaal welbevinden vragenlijst als ook voor de respectievelijke subschalen. Daarnaast wordt aangenomen dat de gebruikte vragenlijst convergent valide is. Hierbij wordt verwacht dat de scores op de subschalen van de vragenlijst positief correleren met de scores van het al gevalideerde meetinstrument Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) (Lamers et al., 2011), dat onder andere ook sociaal welbevinden meet. Er wordt aangenomen dat de correlaties moderaat zijn, omdat de sociaal welbevinden vragenlijst subschalen bevat die niet in de MHC-SF inbegrepen zijn en vice versa. Tot slot werd de concurrente validiteit van de schaal bepaald met sociale activiteiten als aspect van sociale leven dat samenhangt met sociaal welbevinden. Op basis van onderzoek van Glass (1999) en Putnam (2000) wordt ervan uitgegaan dat er tenminste een gematigde correlatie bestaat tussen de mate van sociale activiteit en sociaal welbevinden. De onderzoeksvraag en de

bijhorende subvragen luiden:

**Onderzoeksvraag:** *Wat zijn de psychometrische eigenschappen van de nieuw ontwikkelde vragenlijst?*

**Subvraag 1:** *In hoeverre is de vragenlijst die sociaal welbevinden beoogt te meten betrouwbaar, gemeten met de test-hertest methode?*

**Subvraag 2:** *In hoeverre zijn de factoren die sociaal welbevinden beogen te meten intern consistent?*

**Subvraag 3:** *In hoeverre is de vragenlijst die sociaal welbevinden tracht te meten valide, vergeleken met de MHC-SF?*

**Subvraag 4:** *In hoeverre is de vragenlijst die sociaal welbevinden beoogt te meten concurrent valide gecorreleerd met het construct van sociale activiteiten?*

## 2. Methode

### 2.1. Respondenten

Voor dit onderzoek zijn drie verschillende steekproeven getrokken. De eerste groep werd door het kenniscentrum MOVISIE geworven en de tweede door SONA-Systems. De derde meting was bedoeld voor het hertest onderzoek, waarvoor de werving ook via SONA-Systems plaatsvond (voor de precieze beschrijving van de werving zie paragraaf 2.3.). In de volgende beschrijving werd SONA1 gebruikt voor de geworven respondenten via SONA-Sytems voor de eerste meting en SONA2 voor de respondenten van de hertest.

Bij de werving door MOVISIE konden in totaal 140 personen bereikt worden, waarvan 34 de vragenlijst niet tot het einde hebben ingevuld. Via SONA-Systems zijn in totaal 92 mensen bereikt. Vijftien van deze respondenten hebben de vragenlijst niet tot het einde ingevuld of de data was op grond van te veel nullen niet bruikbaar en werd daarom van de analyse uitgesloten. Aan het hertest onderzoek hebben in totaal 60 personen meegedaan. Twee deelnemers vulden de vragenlijst niet tot het einde in en 21 personen waren niet gekenmerkt, waardoor niet herkenbaar was welke scores

van de twee metingen bij elkaar horen. Na het verzamelen van de data bevatte het databestand een aantal nullen, terwijl de schalen van 1 tot 5 en van 1 tot 6 liepen. De respondenten bij wie de data meer dan 50% nullen bevatte, werden verwijderd. De overige afzonderlijke nullen werden door de gemiddelde score op de respectievelijke items vervangen. In totaal waren er dus respectievelijk  $N_{MOVISIE}=106$ ,  $N_{SONA1}= 77$  en  $N_{SONA2}= 37$  respondenten bruikbaar voor de analyse.

Tabel 1 geeft een overzicht van de verdeling van de leeftijden binnen de drie respondentengroepen. In Tabel 2 zijn de demografische gegevens van alle drie respondentengroepen weergegeven. In elke groep zitten overwegend vrouwen. Voornamelijk gaven de respondenten die via SONA-Systems zijn benaderd hun studie/opleiding als hun belangrijkste bezigheid aan, terwijl de respondenten die door MOVISIE zijn geworven met name betaald werk aangaven. Zowel bij de eerste als bij de tweede meting door SONA-Systems zijn alleen ongehuwden bereikt. Meer dan de helft van de deelnemers die via MOVISIE zijn geworven, gaven HBO als hun hoogste opleiding aan. Voor de SONA- respondenten was dit voornamelijk hun studie en ook de hertest deelnemers gaven met name universiteit als hoogste opleiding aan. Daarnaast wonen de respondenten die door MOVISIE zijn geworven vooral samen met hun partner of samen met hun partner en hun kinderen, terwijl deelnemers die via SONA-Systems zijn met geworven overwegend voor de optie ‘anders’ hebben gekozen.

Tabel 1. *Gemiddelde leeftijden met standaarddeviatie en minimale en maximale leeftijden voor alle drie respondenten groepen*

	M (SD)	Min.	Max.
MOVISIE (N=106)	46,78 (11,63)	20	73
SONA-Systems (N= 77)	21,86 (2,92)	18	32
Hertest (N= 37)	22, 22 (2,84)	18	28

Tabel 2. *Demografische Gegevens van de drie Respondentengroepen verworven door MOVISIE, SONA-Systems en het Hertest Onderzoek*

Demografische gegevens	Categorieën	MOVISIE (N=106)		SONA-Systems (N=77)		Hertest (N= 37)	
		n	%	n	%	n	%
geslacht	Man	19	17,9	22	28,6	9	24,3
	vrouw	87	82,1	55	71,4	28	75,7
opleiding	Lagere school						
	LBO/MAVO/VMBO			2	2,6		
	HAVO/VWO			5	6,5		
	HBO	61	57,5	7	9,1	1	2,7
	Universiteit	33	31,1	63	81,8	36	97,3
Burgerlijke staat	gehuwd	54	50,9				
	ongehuwd	44	41,5	77	100	37	100
	verweduwd	2	1,9				
	gescheiden	6	5,7				
woonsituatie	alleenstaand	11	10,4	23	29,9	17	45,9
	Samen met partner	37	34,9	10	13,0	4	10,8
	Samen met partner en kinderen	39	36,8				
	Samen met kinderen anders	7	6,6	44	57,1	16	43,2
Belangrijkste bezigheid	Opleiding/studie	2	1,9	71	92,2	37	100
	Betaald werk	88	83,0	5	6,5		
	Vrijwilligerswerk	3	2,8				
	huishouden	1	0,9				
	Zorg voor kinderen anders	6	5,7	1	1,3		

## 2.2. Materialen

Ten eerste werden de respondenten gevraagd om een aantal achtergrondvragen te beantwoorden. Deze hadden betrekking op geslacht, leeftijd, opleiding, burgerlijke staat, de woonsituatie en de belangrijkste bezigheid van de respondent. Vervolgens werden ze gevraagd een vijftal vragenlijsten in te vullen: de sociaal welbevinden

vragenlijst, de MHC-SF (Lamers et al., 2011), een vragenlijst over sociale activiteiten, een vragenlijst over maatschappelijke participatie en een vragenlijst over sociale uitsluiting. Aan het eind van de vragenlijsten bestond de mogelijkheid voor de respondenten om opmerkingen te geven over de kwaliteit van de vragenlijst. Voor dit onderzoek waren alleen de eerste drie vragenlijsten van belang.

### **2.2.1. Sociaal welbevinden vragenlijst**

Naast de achtergrond vragen vulden de deelnemers de sociaal welbevinden vragenlijst in (zie bijlage 6.1). Deze is ontworpen door het kenniscentrum MOVISIE met medewerking van Prof. Dr. Gerben Westerhof, adjunct hoogleraar aan de Universiteit Twente en drie bachelorstudenten van de Universiteit Twente. Deze bestaat in totaal uit 45 stellingen. In plaats van werk werd er naar de belangrijkste bezigheid gevraagd (item 11 t./m. 15) om te voorkomen dat alleen personen die werk hebben werden aangesproken. Daarom werd bij de achtergrondvragen de respondent gevraagd zijn belangrijkste bezigheid aan te geven met als antwoordmogelijkheden: opleiding/studie, betaald werk, vrijwilligers werk, huishouden, zorg voor kinderen of anders.

Alle 45 items waren op een 5-punt-Likerstschaal van helemaal eens tot helemaal oneens te beantwoorden. Hoe hoger de score, hoe hoger het sociaal welbevinden. Na het verzamelen van de data viel op dat in de vragenlijst over sociaal welbevinden het item: 'Ik ben tevreden over de Nederlandse samenleving.' ontbreekt. In plaats daarvan bevatte de vragenlijst twee keer het item 14: 'Mijn belangrijkste bezigheid draagt bij aan mijn welbevinden.'. Het overbodige item werd van de analyse uitgesloten. De vragenlijst bevatte dus voor de analyse  $N=44$  items in plaats van  $N=45$  items.

Alle items waren door elkaar gehusseld om eventuele sturing door de ordening te voorkomen. Item 1, 2, 3, 24, 27 en 28 van de sociaal welbevinden vragenlijst zijn negatief geformuleerd en werden daarom voor de analyse omgeschaald.

De vragenlijst werd ontworpen met 10 subschalen

1. Sociale contacten, sociaal isolement, sociale uitsluiting
2. De belangrijkste bezigheid (werksituatie)
3. Buurt en burens

4. Buurtcohesie
5. Veiligheidsgevoel in en rondom huis
6. Maatschappelijke integratie/participatie
7. Materiële deprivatie
8. Hulp krijgen en geven
9. Maatschappij in het algemeen
10. Leefsituatie algemeen

Uit factoranalyse zijn echter 7 subschalen naar voren gekomen voor dit meetinstrument (Steegeer, 2014):

1. *Sociale contacten*  
(item: 4, 5, 6, 7, 8, 10, 39, 40, 45)
2. *Buurt en buurtcohesie*  
(item: 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)
3. *Materiële en maatschappelijke positie*  
(item: 32, 33, 34, 35, 44)
4. *belangrijkste bezigheid*  
(item: 11, 12, 13, 14, 15, 30)
5. *Sociale isolatie*  
(item: 1, 2, 3, 28)
6. *Invloed van maatschappelijke instanties*  
(item: 37, 38, 42,)
7. *Maatschappelijke participatie*  
(item: 29, 31, 36)

Verder is gebleken dat de items: 'Ik breng graag tijd door met online gaming met andere mensen' (item 9), 'Door de wetten en regels van de overheid kunnen wij goed samenleven' (item 41) en 'Ik voel me onveilig in mijn eigen huis' (item 27) laag met alle andere items correleren. Daarom werden deze items voor de nadere analyse verwijderd en zijn dus niet in de factoren meegenomen.

### 2.2.2. Sociale activiteiten

Daarnaast werden de respondenten gevraagd om elf items over hun sociale activiteiten in te vullen (zie bijlage 6.2.). De vragen zijn geïnspireerd door het Dutch Aging Survey (Steverink, Westerhof, Bode, Dittmann- Kohli, 2001). De respondenten zouden hier op een 6-punt-Likertschaal ((vrijwel) nooit, één of enkele malen per jaar, ongeveer 1x per maand, ongeveer 1x per week, meerdere keren per week, elke dag) aangeven hoe vaak ze deelnemen aan sociale activiteiten zoals winkelen of naar de bioscoop gaan met anderen. Een hogere score wijst op hogere sociale activiteit. De betrouwbaarheidsanalyse van de elf items over sociale activiteiten leverde met  $\alpha = .69$  een aanvaardbare interne consistentie op.

### 2.2.3. Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)

Het laatste blok vragen bestond uit de vijf items over sociaal welbevinden uit de MHC-SF (Keyes et al., 2008) (zie bijlage 6.3.). Hierbij was de bedoeling dat de deelnemers op een 6-punt-Likertschaal (nooit, één of twee keer, ongeveer 1x per week, 2 of 3x per week, bijna elke dag, elke dag) aangaven hoe vaak ze in de afgelopen maand een bepaald gevoel hadden. Uit onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de MHC-SF is gebleken dat alle drie de subschalen (emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden) betrouwbaar en valide zijn (Lamers et al., 2011). De schaal voor sociaal welbevinden heeft een hoge betrouwbaarheidscoëfficiënt van  $\alpha = .74$ . Ook hierbij wijst een hogere score op een beter welbevinden. Dit vragenlijst-deel bestaat uit vijf items:

1. sociale contributie (item 1)
2. sociale integratie (item 2)
3. sociale actualisatie (item 3)
4. sociale acceptatie (item 4)
5. sociale coherentie (item 5)

## 2. 3. Procedure

Er werd via ‘thesistools’ een online enquête opgesteld voor de hele vragenlijst inclusief de sociaal welbevinden-vragenlijst, de MHC-SF (Lamers et al., 2011), sociale activiteiten (Steverink, Westerhof, Bode, Dittmann- Kohli, 2001),

maatschappelijke participatie en sociale integratie. De twee laatstgenoemde thema's werden in andere thesen onderzocht en waren dus voor dit onderzoek niet van belang (voor meer informatie zie Radzyk, 2014, Steeger, 2014). Er werd voor een online-studie gekozen, omdat de deelnemers zo het tijdstip voor het invullen van de vragenlijst zelf konden kiezen. Bovendien werd middels het internet het werven van een groter aantal respondenten vergemakkelijkt. Om een gevarieerde steekproef te kunnen bereiken dan alleen studenten werden twee versies van de schaal ontworpen. In de eerste versie, waarmee voornamelijk studenten werden benaderd, werden de respondenten met 'je' aangesproken. Voor de overige respondenten werd de tweede versie met de beleefde vorm 'u' gebruikt. Verder hoefden de deelnemers niet te voldoen aan bepaalde criteria.

Aan het begin van het enquête werden de respondenten gevraagd om een 'informed consent' te ondertekenen. Hierin werd informatie gegeven over het doel van het onderzoek en de duur van het invullen van de vragenlijst. Daarnaast werden de respondenten ingelicht dat hun gegevens anoniem verwerkt worden en dat ze op elk moment mogen stoppen met het onderzoek. Pas nadat de 'informed consent' was ondertekend startte het onderzoek.

Om de respondenten te bereiken werd ten eerste gebruik gemaakt van het online proefpersonen-portaal SONA- Systems. De online enquête werd aan dit portaal gekoppeld. Hiervoor werd de 'je'- versie gebruikt. De respondenten konden zich aanmelden om mee te doen aan het onderzoek. Alle leden van SONA-Systems hebben een zogenaamd SONA-nummer. Na het afsluiten van een onderzoek werd de respondent een vooraf bepaald aantal proefpersoon-punten toegekend. Via SONA-Systems zijn uitsluitend studenten benaderd. Via een facebook-groep werd men op de enquête attent gemaakt. Rond de 300 studenten van de Universiteit Twente zijn lid van deze facebook-groep en vormden potentiële deelnemers. Hierbij werd er dus gebruik gemaakt van de dataverzamelmethode snowball sampling. Voor de studenten die via SONA- Systems hebben meegedaan aan het onderzoek was de bedoeling om de vragenlijst twee keer in te vullen. Twee weken na de eerste meeting werden de studenten via e-mail gecontacteerd en gevraagd om alleen de nieuw ontwikkelde sociaal welbevinden vragenlijst nog een keer in te vullen. Dit was nodig voor het bepalen van de test-hertest- betrouwbaarheid. De proefpersoon-punten werden pas nadat de tweede vragenlijst is ingevuld toegekend. Zo werd zeker gesteld dat de vragenlijst daadwerkelijk twee keer werd ingevuld. Daarnaast werd er gebruik

gemaakt van convenience sampling. Hierbij werd ook de ‘je’-versie gebruikt. Hierbij werden persoonlijke contacten van de onderzoeker gevraagd om mee te doen aan het onderzoek. Verder werden in samenwerking met MOVISIE, ouderen en hoger opgeleiden benaderd om een gevarieerde steekproef te krijgen. Hiervoor werd de link met de enquête door MOVISIE aan collega’s gestuurd en gevraagd om de lijst in te vullen en door te sturen. Daarnaast werd het verzoek voor deelname aan het onderzoek op de websites van de werkgeversorganisatie en de MOgroep gezet. Alle sociaal werkers in Nederland hebben daar toegang toe. Bovendien heeft de GGZ Nederland de enquête op ggz-connect gezet, hun sociaal medium platform met een potentieel bereik van 2000 personen. Deze link bevatte de ‘u’-versie van de vragenlijst.

## 2.4 Statistische analyse

De analyse van de psychometrische eigenschappen van het meetinstrument was verdeeld over drie onderzoekers. In dit onderzoek zijn de test-hertest-betrouwbaarheid, de interne consistentie en de concurrente en convergente validiteit onderzocht. Voor de factoranalyse zie: Steeger, (2014) en voor de kwalitatieve analyse over de opmerkingen over de schaal zie Radzyk (2014).

Voor de hele analyse werd gebruik gemaakt van SPSS versie 20.0 voor Mac OS X.

Vóór de analyse werd onderzocht of de scores van de respondenten normaal verdeeld zijn. Dat werd getoetst met de niet-parametrische Kolmogorov-Smirnov-test. Op basis van deze resultaten werd bepaald of er in de verdere analyse gebruik gemaakt werd van parametrische of niet parametrische toetsen. Deze analyse werd uitgevoerd voor zowel de scores op alle factoren van de sociaal welbevinden vragenlijst als ook voor de scores op de MHC-SF en de sociale activiteiten-lijst. De scores van de sociale activiteiten lijst zijn significant ( $D(183) = .09, p = .002$ ) en dus niet normaal verdeeld. De scores voor de MHC-SF zijn ook niet normaal verdeeld ( $D(183) = .08, p < .05$ ). Voor de scores op de subschalen van de sociaal welbevinden vragenlijst is gebleken dat alleen de factor *buurt en buurtcohesie* een normale verdeling vertoont ( $D(183) = .06, p = .071$ ). De overige factoren: *sociale contacten* ( $D(183) = .11, p < .001$ ), *materiële en maatschappelijke positie* ( $D(183) = .16, p < .001$ ), *belangrijkste bezigheid* ( $D(183) = .15, p < .001$ ), *sociale isolatie* ( $D(183) = .11, p < .001$ ) als ook *invloed van maatschappelijke instanties* ( $D(183) = .13, p < .001$ ) en

*maatschappelijke participatie* ( $D(183) = .15, p < .001$ ) zijn allemaal niet normaal verdeeld.

Om de eerste hypothese te kunnen toetsen werd een test-hertest onderzoek uitgevoerd. Eerst werd een overzicht van beide metingen gegeven. Hiervoor werd met behulp van de niet- parametrische Wilcoxon signed rank toets voor twee afhankelijke variabelen gekeken of de resultaten van de twee metingen significant van elkaar verschillen. Daarnaast werd de Spearman correlatiecoëfficiënt  $r_s$  tussen deze twee metingen berekend. Deze berekening geeft de test-hertest betrouwbaarheid weer. Hoe groter de correlatie, hoe stabiel het meetinstrument.

Voor het onderzoeken van de tweede hypothese werd een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. Dit werd aangegeven met Cronbach's  $\alpha$ . Er werd gekeken naar de betrouwbaarheden voor de respectievelijke subschalen. Voor de interpretatie van  $\alpha$  werd van de volgende indeling gebruik gemaakt (Henson, 2001; Lance, Butts & Michels, 2006):

$\alpha \geq 0.9$	= uitstekend (zeer hoog)
$0.7 \leq \alpha < 0.9$	= goed (hoog)
$0.6 \leq \alpha < 0.7$	= aanvaardbaar
$0.5 \leq \alpha < 0.6$	= slecht
$\alpha < 0.5$	= niet aanvaardbaar

Voor het toetsen van de derde hypothese werden twee testen met elkaar vergeleken die hetzelfde begrip meten. In dit geval werd gekeken in hoeverre de scores op de scores op sociaal welbevinden en de scores op de MHC-SF met elkaar correleren. Hoe hoger de correlatiecoëfficiënt, hoe hoger de tendens voor de scores op de twee meetinstrumenten om consistent te variëren. De correlatiecoëfficiënt  $r_s$  tussen de gemiddelde scores op de hele sociaal welbevinden-lijst en de gemiddelde scores op de MHC-SF werd bepaald. Omdat de scores op de MHC-SF niet normaal verdeeld zijn, werd hierbij gebruik gemaakt van de Spearman rho correlatie. Voor de interpretatie van de correlatiecoëfficiënt geldt over het algemeen de volgende indeling (Cohen, Manion & Morrison, 2011):

$r$	
0.2- 0.35	= zeer lage tot lage correlatie, geen voorspellingen mogelijk
0.35- 0.65	= lage tot matige correlatie, voorspellingen mogelijk vanaf $r= 0.4$
0.65-0.85	= hoge correlatie, voorspellingen mogelijk
Groter dan 0.85	= zeer hoge correlatie, nauwe relatie

Om de vierde hypothese te toetsen werden de scores op de sociaal welbevinden schaal vergeleken met het construct van sociale activiteiten. Tussen de scores op de subschalen van de sociaal welbevinden lijst en op sociale activiteiten werd de validiteit coëfficiënt bepaald met de Spearman rho correlatie.

Bij alle berekeningen werd een  $p$ - waarde van .05 gehanteerd en het wordt eenzijdig getoetst.

### 3. Resultaten

#### 3.1. Betrouwbaarheid

##### Test- hertest betrouwbaarheid

De resultaten van de Wilcoxon signed- rank toets voor twee gepaarde steekproeven zijn weergegeven in Tabel 3. Hieruit blijkt, dat de scores op de subschalen op de twee meetmomenten niet significant van elkaar verschillen. Tabel 4 laat de interne consistentie van de respectievelijke subschalen zien en de resultaten van het test-hertest onderzoek. Alle scores op de subschalen van de eerste meting correleren significant met de scores op de subschalen van de tweede meting bij  $p < .01$ . Voor de factor *buurt en buurtcohesie* ( $r_s = .86$ ) is een zeer hoge correlatie gevonden. De factoren *maatschappelijke positie* ( $r_s = .74$ ) en *sociale isolatie* ( $r_s = .67$ ) correleren hoog met elkaar. De factoren *sociale contacten* ( $r_s = .52$ ), *belangrijkste bezigheid* ( $r_s = .45$ ), *invloed van maatschappelijke instanties* ( $r_s = .43$ ) en *maatschappelijke participatie* ( $r_s = .53$ ) vertoonden een matige correlatie. De resultaten bevestigen dus de hypothese dat er een moderate test-hertest betrouwbaarheid bestaat.

Tabel 3. *Resultaten van de Wilcoxon Signed- Rank Toets voor twee gepaarde variabelen (N= 37)*

Subschalen van de sociaal welbevinden vragenlijst	Eerste meting	Tweede meting	z
	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>	
Sociale contacten	4.02 (.55)	3.97 (.49)	-0.71 n.s.
Buurt en buurtcohesie	3.58 (.58)	3.39 (.49)	-0.43 n.s.
Materiële en maatschappelijke positie	3.83 (.69)	3.57 (.68)	-1.07 n.s.
Belangrijkste bezigheid	3.85 (.59)	3.94 (.42)	-0.71 n.s.
Sociale isolatie	4.11 (.73)	3.80 (.63)	-1.44 n.s.
Invloed van maatschappelijke instanties	3.35 (.57)	3.39 (.50)	-1.31 n.s.
Maatschappelijke participatie	3.33 (.72)	3.20 (.61)	-1.24 n.s.

Note: n.s. = niet significant

Tabel 4. *Resultaten van de Betrouwbaarheidsanalyse en het Test-Hertest Onderzoek (N=37)*

Subschalen van de sociaal welbevinden vragenlijst	Interne consistentie	Test- hertest
	Cronbach's $\alpha$	betrouwbaarheid Spearman correlatiecoëfficiënt $r_s$
Sociale contacten	.86	.52**
Buurt en buurtcohesie	.88	.86**
Materiële en maatschappelijke positie	.85	.74**
Belangrijkste bezigheid	.78	.45**
Sociale isolatie	.76	.67**
Invloed van maatschappelijke instanties	.57	.43**
Maatschappelijke participatie	.54	.53**

Note: \*\*  $p < .01$  level

**Interne consistentie**

Om de tweede hypothese te onderzoeken, dat de sociaal welbevinden vragenlijst een intern consistent meetinstrument is, werd een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. De respectievelijke betrouwbaarheden van de subschalen zijn weergegeven in Tabel 4. Bij de eerste vijf factoren zijn de betrouwbaarheden hoog tot zeer hoog. De factoren *invloed van maatschappelijke instanties* ( $\alpha=.57$ ) en *maatschappelijke participatie* ( $\alpha=.54$ ) wijzen een twijfelachtige betrouwbaarheid uit en deze kan ook niet verhoogd worden wanneer er een item met een lage item totaal correlatie verwijderd wordt. De tweede hypothese werd dus slechts deels bevestigd.

**3.2. Validiteit**

**Convergente validiteit**

Voor het onderzoeken van de derde hypothese werd de correlatie tussen de scores op de sociaal welbevinden vragenlijst en de scores op de MHC-SF bepaald. Er was een significante correlatie tussen de gemiddelde totaalscores op de MHC-SF en de gemiddelde totaalscores op de sociaal welbevinden vragenlijst,  $r_s = .38, p = .01$ . De correlaties tussen de gemiddelde scores op de MHC-SF en de respectievelijke gemiddelde scores op de subschalen zijn weergegeven in Tabel 5.

Tabel 5. Spearman rho Correlaties tussen de Gemiddelde Scores op de MHC-SF en de gemiddelde Scores op de Respectievelijke Subscales van de Sociaal Welbevinden Vragenlijst (N= 183)

Subschalen van de sociaal welbevinden vragenlijst	MHC-SF
Sociale contacten	.26**
Buurt en buurtcohesie	.23**
Materiële en maatschappelijke positie	.28**
Belangrijkste bezigheid	.37**
Sociale isolatie	.24**
Invloed van maatschappelijke instanties	.17*
Maatschappelijke participatie	.24**

Note: \* p < .05 level. \*\* p < .01 level.

De resultaten laten zien dat alle subschalen van sociaal welbevinden significant correleren met de MHC-SF. In tegenstelling tot de verwachtingen zijn de correlaties, ondanks significantie, zeer laag tot laag. De kleinste correlatie bestaat tussen de MHC-SF en *invloed van maatschappelijke instanties* ( $r_s = .17, p = .022$ ). Alleen voor de factor *belangrijkste bezigheid* is een moderate correlatie gevonden met de MHC-SF ( $r_s = .37, p < .01$ ).

**Concurrente validiteit**

Tabel 6 geeft een overzicht van de correlaties tussen de gemiddelde score op de items over sociale activiteiten en de gemiddelde scores op de respectievelijke subschalen van de sociaal welbevinden vragenlijst. De validiteit coëfficiënten zijn tegen de verwachtingen in allemaal zeer laag. Er is zelfs een significante, negatieve correlatie gevonden tussen de variabele sociale activiteiten en *materiële en maatschappelijke positie* ( $r_s = -.19, p = .010$ ).

Tabel 6. Spearman rho Correlaties tussen de Gemiddelde Scores op Sociale Activiteiten en de gemiddelde Scores op de Respectievelijke Subscales van de Sociaal Welbevinden Vragenlijst (N= 183)

Subschalen van de sociaal welbevinden vragenlijst	Sociale activiteiten
Sociale contacten	.20**
Buurt en buurtcohesie	.06
Materiële en maatschappelijke positie	-.19*
Belangrijkste bezigheid	.06
Sociale isolatie	-.03
Invloed van maatschappelijke instanties	.00
Maatschappelijke participatie	.01

Note: \* p < .05 level. \*\* p < .01 level.

## 4. Discussie

Binnen dit onderzoek werden de psychometrische eigenschappen bepaald van een vragenlijst die sociaal welbevinden beoogt te meten. De gebleken moderate test – hertest betrouwbaarheid wijst erop dat de gebruikte schaal zowel stabiel is over de tijd als gevoelig is voor veranderingen. De subschalen hebben grotendeels een goede tot zeer goede interne consistentie. Alleen bij twee subschalen (*maatschappelijke instanties* en *maatschappelijke participatie*) is een twijfelachtige interne consistentie gevonden. Tegen de verwachtingen in leverden de uitkomsten met betrekking tot de convergente validiteit zeer lage tot lage correlaties op met uitzondering voor *belangrijkste bezigheid*, waar een matige correlatie is gevonden. Tot slot werd de concurrente validiteit bekeken. De resultaten laten zien, dat er geen correlatie bestaat tussen sociaal welbevinden en sociale activiteit als criteriumgegevens.

De schaal is over het algemeen intern consistent. Vijf van de zeven subschalen lieten een hoge tot zeer hoge interne consistentie zien. De factoren *invloed van maatschappelijke instanties* en *maatschappelijke participatie* toonden echter een slechte interne consistentie. Reden voor de lage interne consistentie kan zijn dat beide subschalen slechts 3 items bevatten. De items binnen deze factoren lijken de subschalen niet toereikend te omvatten. Het kan ook handig zijn om met een groter pool aan items op nieuw een factoranalyse uit te voeren en te kijken of de factoren dan qua aantal variëren of anders samengesteld zijn.

De uitkomsten met betrekking tot de test- hertest betrouwbaarheid bevestigen de verwachting dat het construct sociaal welbevinden relatief stabiel blijft over de tijd. De uitkomsten van dit onderzoek gaan dus conform met de onderzoeken van Lamers et al. (2011) en Lucas & Donnellan (2007) die tot dezelfde conclusie zijn gekomen. Desalniettemin moet rekening worden gehouden met de lengte van de periode tussen de twee metingen. Eerder onderzoeken naar de stabiliteit van welbevinden (Lamers et al., 2011; Lucas & Donnellan, 2007) maakten gebruik van perioden vanaf drie maanden. In de voorliggende opzet hadden de respondenten een periode van twee weken tussen de metingen en verwacht kan worden dat de mate van sociaal welbevinden binnen twee weken niet erg zal veranderen. De nochtans gematigde correlatie tussen de factoren: *sociale contacten*, *belangrijkste bezigheid*, *invloed van maatschappelijke instanties* en *maatschappelijke participatie* kan verschillende

redenen hebben. Voor de subschalen *invloed van maatschappelijke instanties* en *maatschappelijke participatie* kan dat te maken hebben met de al laag gebleken betrouwbaarheid van deze twee factoren. Daarnaast kan het van invloed zijn hoe nauwgezet de respondenten de vragenlijst hebben ingevuld. Uit onderzoek van Radzyk (2014) is gebleken dat een aantal respondenten de vragenlijst te lang vond wat mogelijk invloed had op de motivatie van de deelnemers. Misschien waren de deelnemers dus op één of beide meetmomenten niet helemaal geconcentreerd en/of hebben de vragen niet goed doorgelezen.

Gegeven de lage correlatie tussen de sociaal welbevinden vragenlijst en de MHC-SF kon, met uitzondering van de subschaal *belangrijkste bezigheid*, niet worden bevestigd dat het ontworpen meetinstrument daadwerkelijk het construct sociaal welbevinden meet. Reden daarvoor kan onder ander de lengte van de MHC-SF zijn, omdat die met slechts vijf vragen heel kort is. Zo omvat elke subschaal van sociaal welbevinden (*sociale contributie*, - *integratie*, - *actualisatie*, - *acceptatie en coherentie*) slechts één vraag en dat kan voor onduidelijkheden zorgen. Bovendien meten beide meetinstrumenten weliswaar het construct sociaal welbevinden, maar bevatten ze verschillende subschalen. Bijvoorbeeld is het hebben van een sociaal netwerk niet in de MHC-SF inbegrepen. *Sociale acceptatie*, een van de subschalen van de MHC-SF meet de positieve houding ten opzichte van anderen (Keyes, 1998). De items van de sociaal welbevinden vragenlijst hebben echter betrekking op het vertrouwen tegenover anderen, de acceptatie door anderen of hulp geven en ontvangen door belangrijke anderen. Daarnaast meet de *sociale actualisatie*-subschaal hoe positief iemand gestemd is met betrekking tot de ontwikkeling van de maatschappij (Keyes, 1998). Dat zou het best overeenkomen met de subschalen *materiële en maatschappelijke positie* van de sociaal welbevinden vragenlijst. Echter gaat het hierbij meer om de tevredenheid ten opzichte van de momentele maatschappelijke positie en niet over de houding met betrekking tot de ontwikkeling van de maatschappij. Daarnaast is *sociale coherentie*, het begrip over de werking van de maatschappij (Keyes, 1998) helemaal niet in de sociaal welbevinden vragenlijst inbegrepen. Verder omvat de MHC-SF niet de factoren *buurt en buurtcohesie*, *invloed van maatschappelijke instanties* en *sociale isolatie* en gaat deze niet in op de *belangrijkste bezigheid* van de personen. Toch is gebleken dat er een moderate correlatie bestaat tussen de MHC-SF en *belangrijkste bezigheid*. Dit kan volgende redenen hebben: Het sociale contributie item heeft betrekking op de belangrijke bijdrage

aan de samenleving. Uit onderzoek (Köhle, 2010) werd duidelijk dat er bij het invullen van de MHC-SF sowieso al problemen optraden op grond van de moeilijk te interpreteren woorden belangrijke bijdrage en samenleving. De belangrijke bijdrage kan bijvoorbeeld ook geïnterpreteerd worden als de bijdrage door de persoonlijke belangrijkste bezigheid. Dat is een mogelijk oorzaak voor de matige correlatie. Op grond van de genoemde verschillen kan geconcludeerd worden, dat de lage convergente validiteit toch wel acceptabel is.

Tot slot werd de hypothese niet bevestigd dat er een gematigde concurrente validiteit bestaat. Tegen de bevindingen van Putnam (2000) in laten de resultaten zien dat de mate van sociaal welbevinden niet samenhangt met de mate van sociale activiteit. Voor de subschaal *materiële en maatschappelijke positie* is zelfs een negatieve correlatie gebleken. Dat zou betekenen dat hoe tevredener je bent over je momentele maatschappelijke positie, hoe minder sociaal actief je bent. Deze uitkomsten laten echter geen conclusies toe, omdat de schaal over sociale activiteit geen gevalideerd meetinstrument is. Daarom is ook betwistbaar in hoeverre de vragenlijst over sociale activiteiten inderdaad het construct sociale activiteit omvat. Het is bijvoorbeeld twijfelachtig of de vragen ‘Hoe vaak krijgt u zomaar telefoontjes?’ of ‘Hoe vaak belt u zomaar iemand op om een praatje te maken?’ daadwerkelijk indicatoren voor de mate van sociale activiteit zijn. Een telefoontje plegen of ontvangen kan bijvoorbeeld ook de afspraak met de huisarts of een negatief gesprek met de verzekering inhouden. Het pure bellen of door iemand gebeld worden kan dus ook een heel andere betekenis hebben dan de mate van sociale activiteit. Deze onduidelijkheid kan ook invloed hebben gehad op de uitkomsten.

### **4.1. Tekortkomingen en aanbevelingen voor vervolg**

De onderzoeksopzet levert zowel sterke als zwakke punten op. Een positief aspect was dat de werving van de respondenten via het internet plaatsvond. Dit was op de ene kant goed, omdat daardoor een toereikende steekproefgrootte bereikt kon worden ( $N= 183$ ). Hierdoor was de werving echter grotendeels doelgericht in plaats van aselect. Door SONA-Systems konden alleen studenten worden benaderd die qua leeftijdsgroep met name tussen de twintig en de dertig zaten. Via MOVISIE zijn alleen hoger opgeleiden benaderd. Er is dus sprake van geringe mate aan diversiteit qua leeftijd en opleiding binnen de steekproef wat er toe leidt dat de

respondentengroep minder representatief is. Voor vervolgonderzoek wordt dus aangeraden om de vragenlijst ook bij lager opgeleiden en ouderen af te nemen.

Verder fungeert de behaalde proefpersoon-punt, welke aan de respondenten die via SONA-Systems hebben deelgenomen werd toegediend, als vergoeding. Dat betekent dat ze niet volledig vrijwillig hebben meegedaan en dat zou invloed kunnen hebben gehad op de manier waarop ze de vragenlijst hebben ingevuld. Dat leidt tot het negatieve aspect van het werven van respondenten via internet. Omdat de deelnemers zelfstandig kunnen bepalen waar en wanneer ze de schaal invullen, kon er niet nagegaan worden of de deelnemers geconcentreerd waren tijdens het invullen en of ze de vragen nauwgezet hebben beantwoord. Voor volgend onderzoek zou gezorgd moeten worden dat de steekproef aselekt wordt getrokken, zodat elke persoon dezelfde kans krijgt om mee te doen aan het onderzoek. Verder zou aan de respondenten geen vergoeding moeten worden toegediend. Om zeker te zijn dat de respondenten de schaal nauwgezet gaan invullen, moet de wervingsmethode worden aangepast. Hiervoor kan een balk op de scherm behulpzaam zijn, die de vooruitgang aantoont tijdens het invullen. Zo zou de motivatie bewaard kunnen blijven.

Het volgende punt heeft betrekking op het aantal items per subschaal. Bij nadere beschouwing van de interne consistentie van de respectievelijke subschalen zijn voor de factoren *invloed van maatschappelijke instanties* en *maatschappelijke participatie* slechte betrouwbaarheden gebleken. Dat kan ermee te maken hebben dat er te weinig items in deze subschalen zaten. Voor nader onderzoek wordt aangeraden meer items te gebruiken voor deze twee subschalen.

Verder is er gebleken dat de schaal stabiel blijft over de tijd. Echter konden voor de hertest maar 37 personen bereikt worden. De reden hiervoor was dat er sowieso alleen studenten konden deelnemen aan de hertest. Door het aan geven van de e-mail adres waren de data en gegevens van de respondenten niet meer anoniem en daarom heeft MOVISIE niet aan de personen die door hun benaderd werden gevraagd de vragenlijst een tweede keer in te vullen. Van de studenten hadden er een aantal meegedaan die zich niet via SONA-Systems hadden aangemeld en deze personen gaven bij de eerste keer geen SONA-nummer door. Daardoor was het niet mogelijk om de personen na de tweede meting in de data terug te vinden en hun scores te koppelen aan hun scores van de eerste meting. Voor vervolgonderzoek zal ervoor gezorgd worden dat herkenbaar is welke data bij welke respondenten horen om een grotere steekproef voor de hertest te kunnen bereiken.

Het laatste punt betreft de vragenlijst over sociale activiteiten. Zoals al eerder aangegeven, is het bij de items niet helemaal eenduidig of ze inderdaad de mate aan sociale activiteit meten. Uit literatuuronderzoek is naar voren gekomen dat er meer onderzoek is verricht naar kwantiteit en kwaliteit van sociale contacten en de samenhang met welbevinden. Dat betekent het aantal sociale contacten en de tevredenheid daarover in plaats van de kwantiteit van sociale interacties. Dat geeft aanleiding tot nader onderzoek op dit terrein. Voor volgend onderzoek wordt aangeraden naar de samenhang van kwantiteit en kwaliteit van sociale contacten met sociaal welbevinden te kijken. Hiervoor zal een schaal worden gebruikt waarvoor al goede psychometrische eigenschappen gebleken zijn. Bijvoorbeeld de 'Quality of Life Scale' (Buckhardt & Anderson, 2003).

Het onderzochte meetinstrument is dus grotendeels betrouwbaar gebleken. Het laat een goede test-hertest betrouwbaarheid voor alle subschalen zien en is intern consistent met uitzondering voor de factoren *invloed van maatschappelijke instanties* en *maatschappelijke participatie*. Nader onderzoek is hiervoor noodzakelijk om de subschalen zo te aan te passen dat de items onderling overeenstemmen. De schaal toont een acceptabele convergente validiteit. De concurrente validiteit tussen sociaal welbevinden en sociale activiteit kon niet bevestigd worden maar het is ook niet zeker in hoeverre er sociale activiteit gemeten werd. Al met al is het onderzoek naar het meten van sociaal welbevinden met de sociaal welbevinden vragenlijst veelbelovend maar er is nader onderzoek noodzakelijk om de psychometrische eigenschappen nog te verbeteren.

## 5. Referenties

- Berkman, L.F., Glass, T., et al. (2000) From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Beurs, E. de. (2006). *Brief Symptom Inventory: Handleiding*. Leiden: PITS.
- Bohlmeijer, E., Westerhof, G., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurtd, M., & Walburg, J. (2013). Over de betekenis van positieve psychologie: Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? *De psycholoog*, November 2013, 48-59.
- Buckhardt, C.S., Anderson, K.L. (2003, 22 juli). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(3), 1-7.
- Burke, M., Marlow, C., & Lento, T. (2010). Social Network Activity and Social Well-Being. *CHI 2010*, April 10–15, Atlanta, Georgia USA.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering. Opgehaald van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71914ned&D1=0-36,44-45&D2=0,1&HDR=G1&STB=T&VW=T>
- Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2007). Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students. *Social Indication Research*, 89, 97-112.
- Cohen, L.; Manion, L. & Morrison, K. (2011). *Research Methods in Education*. 7th edition. UK: Routledge.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support*. New York: Oxford University Press.
- Cohn, M. & Fredrickson, B. (2009). Positive emotions. In S. Lopez & Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology (2nd ed.)* (pp. 13-24).

New York: Oxford University Press.

Diener, E., Helliwell, J. F., & Kahneman, D. (Eds.). (2010). International differences in well-being. New York: Oxford University Press.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.

Diener, E., & Suh, E. M. (Eds.). (2000). Culture and subjective well-being. Cambridge, MA: MIT.

Epstein, M. (2009). Opening up to happiness . Opgehaald van <http://www.psychologytoday.com/articles/200910/opening-happiness>

Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (2008). *Final Project report – Executive summary*. London: The Government Office for Science.

Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology*, 3, 343-353.

Glass, T., de Leon, C.M., Marottoli, R.A., & Berkman, L.F.(1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ* , 319, 478–83.

Heller, A.S., van Reekum, C.M., Schaefer, S.M., Lapate, R.C., Radler, B.T., Ryff, C.D., & Davidson, R.J. (2013). Sustained Striatal Activity Predicts Eudaimonic Well-Being and Cortisol Output. *Psychological Science*, 24 (11), 2191-2200.

Helliwell, J.F. (2005). *Well-being, Social Capital and Public Policy: What's new?* Working Paper No. 11807. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Helliwell, J.F., & Putnam, R.D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society*. 359, 1435–1446.

Henson, R.K. (2001). Understanding internal consistency reliability estimates: A conceptual primer on coefficient alpha. *Measurement and Evaluation in*

*Counseling and Development*, 34 (3), 177-189.

- House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *Science, New Series*, 241(4865), 540-545.
- Huppert, F.A. (2009). A new approach to reducing disorder and improving well-being. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 108-111.
- Jackson, R.A. (2007). Aristotle on What It Means To Be Happy. *Richmond Journal of Philosophy*, 16, 1-8.
- Jenson, J. (1998). *Mapping Social Cohesion: The State of the Canadian Research*. (CPRN Discussion Paper F|03). Opgehaald van [www.cprn.org](http://www.cprn.org)
- Kahneman, D., Diener, E. & Schwarz, N. (1999). *Well-Being: The Foundation of Hedonic Psychology*. New York: Russel Sage Foundation.
- Kawachi, I., Kennedy, B., Lochner, K. & Prothrow-Stith, D. (1997). Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491-1498.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C.L.M., M. Wissing, I. Potgieter, M. Temane, A. Kruger & S. van Rooy, (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF) in Swetsana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 181-192.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Klerk, de M., Gilsing, R. & Timmermans, J. (2010). *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009*. Den Haag: Sociaal en

Cultureel Planbureau.

Köhle, N. (2010). *“Mag ik vragen, wat ik u moet vragen?”* Bacheloropdracht, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.

Lambert, C. (2009). *The science of happiness*. Opgehaald van <http://harvardmagazine.com/2007/01/the-science-of-happiness.html>

Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Ten Klooster, P.M. & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Dutch Population. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 99-110.

Lamers, S.M.A. (2012). *Positive mental health: measurement, relevance and implication*. Enschede: Universiteit Twente.

Lance, C.E., Butts, M.M., & Michels, L.C. (2006). The sources of four commonly reported cutoff criteria: What did they really say? *Organizational Research Methods, 9* (2), 202-220.

Lucas, R.E., Donnellan, M.B. (2007). How Stable is Happiness? Using the STARTS Model to Estimate the Stability of Life Satisfaction. *Journal of Research in Personality, 41*(5), 1091-1098.

Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self- Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Interdisciplinary and Applied Psychology, 139*(5), 439-457.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010). *Welzijn Nieuwe Stijl*. [Brochure]. Den Haag: VWS.

MOVISIE kennis en aanpak van sociale vraagstukken (2012). *Meerjarenstrategie MOVISIE 2012-2015 Kennis met impact: Voor een krachtige samenleving*. Libertas: Utrecht

- Naylor, E., Penev, P.D., Orbeta, L., Janssen, I., Oritz, R. et al. (2000). Daily social and physical activity increases slow-wave sleep and daytime neuropsychological performance in the elderly. *Sleep*, 23 (1), 87-95.
- Putnam, R.D. (2000) *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.
- Radzyk, J. (2014). *Validation of a new social well-being questionnaire*. Bacheloropdracht, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.
- SCP. (2012). *Sturen op geluk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Siegel, R.D. (2009). *Positive psychology: harnessing the power of happiness, personal strength, and mindfulness*. Opgehaald van [http://www.health.harvard.edu/special\\_health\\_reports/Positive-Psychology](http://www.health.harvard.edu/special_health_reports/Positive-Psychology)
- Steger, T. (2014). Hoe is uw sociaal welbevinden? De constructie en validatie van een nieuw ontwikkelde vragenlijst over het sociaal welbevinden. Bacheloropdracht, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.
- Steverink, N., Westerhof, G.J., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). *Dutch Aging Survey Onderzoekdesign en instrumenten: Een onderzoek naar de leefsituatie en het welbevinden van mensen vanaf 40 jaar*. Nijmegen: Sectie Psychogerontologie.
- Stewart-Brown, S. (1998). Emotional Wellbeing and its Relation to Health. *Britisch Medical Journal*, 317 (7173), 1608–1609.
- Wallis, C. (2005). The new science of happiness. Opgehaald van <http://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/images/TimeMagazine/Time-Happiness.pdf>
- Westerhof, G. J., & Keyes, C.L.M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 808-820.
- Westerhof, G.J., & Keyes, C.L.M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*,

17(2), 110–119.

World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (Summary report). Geneva: WHO.

## 6. Bijlagen

### 6.1 Sociaal welbevinden vragenlijst

#### ANTWOORDCATEGORIEËN

- 1) Helemaal mee oneens
- 2) Mee oneens
- 3) Niet mee eens/ niet mee oneens
- 4) Mee eens
- 5) Helemaal mee eens

#### SOCIALE CONTACTEN, SOCIAAL ISOLEMENT, SOCIALE UITSLUITING

1. Ik ervaar een leegte om me heen
2. Ik mis mensen om me heen
3. Vaak voel ik me in de steek gelaten
4. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen
5. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen
6. Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.
7. Andere mensen accepteren mij zoals ik ben
8. Ik heb graag contact met anderen via sociale media (facebook, e-mail)
9. Ik breng graag tijd door met online gaming met andere mensen.

10. Ik heb sociale contacten waar ik op kan vertrouwen

### MIJN BELANGRIJKSTE BEZIGHEID

Denk aan uw belangrijkste bezigheid van dit moment (werk, vrijwilligerswerk, opleiding, huishouden, zorg voor kinderen, etc.) De volgende vragen gaan over deze bezigheid.

11. Ik ben tevreden met mijn belangrijkste bezigheid.
12. Mensen waarderen mij om mijn belangrijkste bezigheid
13. Door mijn belangrijkste bezigheid heb ik contacten met mensen die ik tot mijn goede vrienden reken
14. Mijn belangrijkste bezigheid draagt bij aan mijn welbevinden.
15. Mijn belangrijkste bezigheid hebben veel waarde voor mij.

### BUURT EN BUREN

16. Ik ben tevreden over mijn buurt
17. Ik ben tevreden over de relatie met mijn buren
18. Ik doe graag mee aan activiteiten in mijn buurt
19. Ik heb vertrouwen in de mensen in mijn buurt
20. Ik voel me geaccepteerd in mijn buurt

### BUURTCOHESIE

21. Ik heb veel contact met mijn directe buren
22. In mijn buurt gaan de mensen op een prettige manier met elkaar om

- 23. Ik woon in een gezellige buurt met veel samenhang
- 24. Mensen kennen elkaar in mijn buurt veel te weinig
- 25. Ik ben tevreden met de bevolkingssamenstelling in mijn buurt

#### VEILIGHEIDSGEVOEL IN EN ROND HUIS

- 26. Ik voel mij prettig in mijn woning
- 27. Ik voel me onveilig in mijn eigen huis
- 28. Ik voel me onveilig op straat in de omgeving van mijn huis

#### MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE/PARTICIPATIE

- 29. Ik vind het belangrijk om lid van een vereniging te zijn
- 30. Ik zie mijzelf als een deel van de maatschappij
- 31. Ik draag voldoende bij aan de maatschappij
- 32. Ik kan mijn weg goed vinden in de Nederlandse samenleving

#### MATERIËLE DEPRIVATIE

- 33. Ik heb voldoende geld voor lidmaatschap van een vereniging of club
- 34. Ik heb voldoende geld om op visite te gaan
- 35. Ik ben tevreden over mijn financiële situatie

#### HULP KRIJGEN EN GEVEN

- 36. Ik weet voldoende van welke organisatie ik hulp kan krijgen als ik die nodig heb
- 37. Ik voel me begrepen en gehoord door hulpverleners (maatschappelijk werk, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, huisarts)
- 38. Ik krijg de juiste hulp van een organisatie, als ik deze nodig heb
- 39. Ik krijg voldoende hulp van vrienden of familie, als ik deze nodig heb
- 40. Ik help anderen graag, als zij hulp nodig hebben

MAATSCHAPPIJ IN HET ALGEMEEN

41. Door de wetten en regels van de overheid kunnen wij goed samenleven
42. Ik kan op de politie vertrouwen als ik die nodig heb
43. Ik ben tevreden over de Nederlandse samenleving

LEEFSITUATIE ALGEMEEN

44. Ik ben tevreden met mijn maatschappelijke positie
45. Ik ben tevreden met het leven dat ik nu leid

**6.2 Vragenlijst over sociale activiteiten**

Antwoordcategorieën:

- 1 (vrijwel) nooit
- 2 een of enkele malen per jaar
- 3 ongeveer 1 keer per maand
- 4 ongeveer 1 keer per week
- 5 meerdere keren per week
- 6 elke dag

1. Hoe vaak ontvangt u bezoek van familie, vrienden of kennissen?
2. Hoe vaak gaat u op bezoek bij familie, vrienden of kennissen?
3. Hoe vaak krijgt u zomaar telefoontjes?
4. Hoe vaak belt u zomaar iemand op om een praatje te maken?
5. Hoe vaak maakt u gebruik van e-mail en andere sociale media, zoals facebook?
6. Hoe vaak gaat u met anderen winkelen?
7. Hoe vaak gaat u met anderen naar een bar, café of restaurant?
8. Hoe vaak gaat u naar de bioscoop?
9. Hoe vaak gaat u met anderen een dagje uit?
10. Hoe vaak past u op de kinderen van anderen?

11. Hoe vaak verricht u mantelzorg voor mensen die een ziekte of aandoening hebben?

### 7.3 Het sociaal welbevinden- deel uit de MHC-SF

Antwoordcategorieën:

- 1) nooit
- 2) een of twee keer
- 3) ongeveer een keer per week
- 4) 2 of 3 keer per week
- 5) bijna elke dag
- 6) elke dag

In de afgelopen maand, hoe vaak had je het gevoel...

...dat je iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?

...dat je deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, jouw buurt, jouw stad)?

... dat onze samenleving beter wordt voor mensen?

... dat mensen in principe goed zijn?

... dat je begrijpt hoe onze maatschappij werkt?