

An abstract graphic consisting of numerous thin black lines that originate from a central point at the bottom and fan out towards the top, creating a sense of movement and complexity. Interspersed among these lines are several blue circles of varying sizes, some of which are larger and more prominent than others. The overall effect is reminiscent of a network diagram or a stylized representation of human connections.

JUNI 2016

EFFECTIVITEIT VAN DE INTERVENTIE 'SCOREN MET GEZONDHEID' OP HET GEBIED VAN FYSIOLOGISCHE EN GEDRAGSMATIGE VERANDERINGEN

Philine Müller

Bachelorthese

FACULTEIT GEDRAGSWETENSCHAPPEN
BACHELOR PSYCHOLOGIE

BEGELEIDING DOOR

Dr. C. H. C. Drossaert

Dr. M. E. Pieterse

Effectiviteit van de interventie ‘Scoren met Gezondheid’ op het gebied van fysiologische en gedragsmatige veranderingen

Philine Müller, Universiteit Twente

Faculteit gedragswetenschappen, Bachelor Psychologie

Bacheloropdracht Juni 2016,

Begeleiding door Dr. C. H. C. Drossaert en Dr. M. E. Pieterse

Abstract

In Nederland zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen een probleem, wat betekent dat mensen met een lager sociaaleconomische status een verminderde gezondheid en een ongezond leefstijl vertonen. Bijzonder vaak voorkomend zijn overgewicht, te hoge bloeddruk, ongezonde voeding en een bewegingsachterstand. Door het bestaan van achterstandswijken, met een hoger opkomst van mensen met een lage SES, ontstaat ook een regionale cummulatie van mensen met een gezondheidsachterstand. Om deze ontwikkeling tegen te werken, worden in de laatste tijd vaker interventies ingezet. Hieronder valt bijvoorbeeld ook de leefstijl-interventie ‘Scoren met Gezondheid’, ontwikkeld en in de wijken Pathmos en Stevenfenne in Enschede geïmplementeerd door het ROC van Twente. Door een onderzoek naar de effectiviteit van de interventie ‘Scoren met Gezondheid’ zal achterhaald worden welke onderdelen door de deelnemers gewaardeerd werden en als effectief waargenomen werden. Dit werd aan de hand van een kwalitatieve inhoudsanalyse van recent afgenomen semigestructureerde interviews (N=6) gedaan. Ter aanvulling werd naar significante veranderingen in de gezondheidsindicatoren van de deelnemers en voorspellende factoren voor succes in de interventie gekeken worden. Dit kwantitatief onderzoek werd op basis van fysiologische en gedragsmatige informatie, verkregen via metingen (N=72) tijdens de loop van de interventie, uitgevoerd.

De respondenten waren allemaal overwegend positief tegenover de interventie ingesteld, betreffend de algemene indruk van de interventie, de organisatie, activiteiten en gegeven lessen. Ook hebben de respondenten de interventie op alle gebieden als effectief waargenomen. Met betrekking tot de kwantitatieve data blijkt de interventie effectief te zijn in het verminderen van gewicht en het verbeteren van voedingsgedrag. Ander fysiologische en gedragsmatige factoren, zoals de bloeddruk en het activiteitsniveau vertonden geen veranderingen. Samenvattend kan de interventie als succesvol aangezien worden en effectief in het verbeteren van bepaalde gezondheidsindicatoren. Alleen wordt er voor vervolprojecten aangeraden om betrouwbaarder meetinstrumenten te kiezen voor het afnemen van gedragsmatige data. Bovendien is een langduriger uitvoeren van het traject nodig voor beter een onderzoek naar effecten en is daarnaast ook door de respondenten gewensd.

Abstract English

In the Netherlands, socioeconomic health differences are a problem, this means that people with a lower socioeconomic status have reduced health and live an unhealthy lifestyle. In particular, common features include obesity, high blood pressure, an unhealthy diet and a lack of physical movement. With the existence of deprived neighbourhoods and a rise in people with low SES this creates a regional accumulation of individuals with health disadvantages. Recently, in order to tackle this development, more incentives are being initiated. One of these incentives is the lifestyle-intervention “Scoring with health”, developed by the neighbourhoods of Pathmos and Stevenfenne in Enschede and implemented by the ROC van Twente. Through a study of the effectiveness of the intervention “scoring for Health”, key parts were identified which were found to be appreciated by the participants and were seen as effective. This was performed on the basis of a qualitative content analysis from recently performed semi-structured interviews (N = 6). In addition, significant changes in the health indicators of the participants and predictive factors for success in the intervention were also investigated. This quantitative analysis was based on physiological and behavioural information, obtained by means of measurements (N = 72) performed during the course of the intervention.

The respondents were all generally positive towards the intervention concerning the general effect of the intervention, organization, activities and lessons received. Furthermore, all the respondents perceived the intervention as effective in all areas. With respect to the quantitative data, results prove that the intervention is effective in reducing weight and improving dietary behaviour. Other physiological and behavioural factors, such as the blood pressure and the level of activity did not show any significant changes. In summary, the intervention can be seen as successful, and effective in improving certain health indicators. However, it is recommended for future projects to choose reliable measurement instruments for collecting behavioural data. Moreover, a prolonged time period for the project is needed for a better investigation into the effects and furthermore, prolonging the intervention was also desired by respondents.

Inhoudsopgave

Abstract	2
Abstract English	3
1. Introductie	5
2. Methode	8
2.1 Deelonderzoek 1: Kwalitatieve interviews	8
Onderzoeksdesign	8
Respondenten en procedure.....	8
Materialen.....	9
Data-analyse	9
2.2 Deelonderzoek 2: Kwantitatief onderzoek	10
Onderzoeksdesign	10
Participanten en procedure	10
Materialen.....	11
Data-analyse	13
3. Resultaten	14
3.1 Kwalitatief onderzoek	14
3.2 Kwantitatief onderzoek	20
4. Discussie	24
5. Conclusie	28
Referenties	29
Appendix	32

1. Introductie

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn een probleem binnen Nederland. Mensen met een lager sociaaleconomische status (SES) hebben over het algemeen een slechtere gezondheidstoestand (Busch & Schrijvers, 2011). Een groot deel van deze gezondheidsachterstanden kan verklaard worden door regionale verschillen in de sociaaleconomische status. Achterstandswijken zijn verzamelpunten voor mensen met een lage sociaaleconomische status en daarmee regio's met een verhoogde incidentie van gezondheidsachterstanden (Bleeker, de Meer, Cornips, & Reijneveld, 2008). Een verklaring voor deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) is dat mensen met een lage sociaaleconomische status vaak een ongezonde leefstijl leiden, veroorzaakt door een gebrek aan financiële middelen, onvoldoende voorlichting en kortzichtig gedrag (Ewijk, van, Horst, van der, & Besseling, 2013). Ook Ross en Mirowsky (1995) stellen dat mensen met een voltijd baan significant gezonder zijn dan werklozen. Het blijkt dat een gezonde leefstijl voor mensen met een baan makkelijker te realiseren is (Heutink, van Diemen, Elzenga, & Kooiker, 2010).

Gezondheidsachterstanden die bijzonder in samenhang met sociaaleconomische verschillen optreden zijn overgewicht, een te hoge bloeddruk en ongezonde voeding. Dit zijn problemen die bij mensen met een lager SES en ook bij allochtonen prevalent zijn (Hoeymans, Melse, & Schoemaker, 2010). Volgens Hoeymans, et al. (2010) vormen in het bijzonder Turkse en Marokkaanse vrouwen een risicogroep voor deze aandoeningen. Mensen met een lage SES en allochtonen zijn dus bijzonder vatbaar voor overgewicht, een te hoge bloeddruk en een ongezond voedingspatroon en hebben daarmee een groter gezondheidsrisico.

Overgewicht brengt veel vervolgaandoeningen met zich mee, onder andere diabetes, hart- en vaatziekten en kanker. Naast de lichamelijke problemen kan overgewicht ook de reden zijn voor psychosociale problemen, als bijvoorbeeld angststoornissen, depressie en eetstoornissen, en ook voor stigmatisering en discriminatie (Hoeymans, et al., 2010; Williams, Medsidor, Winters, Dubbert, & Wyatt, 2015). Mensen met overgewicht nemen ook duidelijk minder deel aan fysieke activiteiten, wat weer een versterkende factor voor het ongezonde gewicht vormt (Williams, et al., 2015). Hoewel het beoefenen van sport en het beweeggedrag in Nederland significant is veranderd - in 2000 lag het percentage van volwassenen die aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (30 minuten bewegen op ten minste vijf dagen in de week) voldeden nog op 44% en is tot 2014 naar 68% gestegen (Hildebrandt, Bernaards, & Hofstetter, 2015) – zijn er echter nog risicogroepen die opvallend minder sporten. Dit zijn vooral niet-werkende, mensen met obesitas (Hildebrandt, et al., 2015), laagopgeleide en allochtone mensen (Hoeymans, et al., 2010).

Een ander ziekte, die vaak bij mensen met een lage SES voorkomt is een te hoge bloeddruk. Dit is een mogelijk gevolg van overgewicht, slechte voeding en te weinig beweging (Hoeymans, et al., 2010; WHO, 2013). Daarnaast heeft ook de level aan stress een invloed op het ontwikkelen van een te hoge bloeddruk. Stressfactoren kunnen bijvoorbeeld werkloosheid of de angst daarvoor zijn (WHO, 2013). Zoals eerder genoemd stellen Hoeymans et al. (2010) dat mensen met een laag

opleidingsniveau en allochtonen een hoger risico op een hoge bloeddruk vertonen. Bovendien neemt het risico op een te hoge bloeddruk toe bij een toenemende leeftijd (WHO, 2013). Mogelijke gevolgen van een verhoogde bloeddruk zijn vaak hart- en vaatziekten zijn, maar ook cerebrovasculaire accidenten en nieraandoeningen (Hoeymans, et al., 2010; WHO, 2013). Volgens de WHO (2013) zijn de belangrijkste punten die aangepakt moeten worden tegen een hoge bloeddruk het eetgedrag en de lichamelijke inactiviteit.

Ook een ongezond eetpatroon respectievelijk, zoals het overslaan van ontbijt, is een factor die bij mensen met een lage SES in Nederland vaker optreedt (GGD Fryslân, 2012) en onderdeel van een ongezond leefstijl is (Ewijk, van, et al., 2013). Een ongezond ontbijtgedrag wordt met verschillende gezondheidsrisico's in verband gebracht zoals bijvoorbeeld een verhoogde bloeddruk (Witbracht, Keim, Forester, Widaman, & Laugero, 2014). Anderzijds wordt het dagelijks consumeren van ontbijt met een verminderde risico op overgewicht geassocieerd (O'Neil, Nicklas, & Fulgoni, 2014). Ook Song, Chun, Obayashi, Cho en Chung (2005) stellen dat een regelmatig gezond ontbijt belangrijk voor een succesvolle gewichtsafname is.

Alle net toegelichte gezondheidsachterstanden – overgewicht, een te hoge bloeddruk en het overslaan van ontbijt, die prevalent zijn voor mensen met een lager SES – weerspiegelen een ongezonde leefstijl of kunnen daarvoor verantwoordelijk zijn. Factoren die in dit geval geadresseerd moeten worden om mensen met een lager SES in staat te kunnen stellen om gezonder te leven zijn ten eerste de mate van lichaamsbeweging en ten tweede het eetgedrag. Sinds meerder jaren is door de overheid meer aandacht voor dit probleem gekomen en er werden meer investeringen in interventies ontwikkeld ter stimulering van gezondheid en beweging (Bertens & van Kesteren, 2011). Van een terugdringen van SES-gerelateerde gezondheidsverschillen profiteren niet alleen de burgers zelf, door beter van het leven te kunnen genieten, maar ook de maatschappij. De bevolking kan langer werken, belasting kan betalen en pensioenpremies afdragen (Ewijk, van, et al., 2013). Ook Hoeymans, et al. (2010) benadrukken het belang van interventies die direct op sociaaleconomische zwakkere burgers gericht zijn, om sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV's) te verkleinen.

Om mensen met een lage SES te helpen de SEGV's te verminderen, heeft het ROC van Twente in 2009 de interventie 'Scoren met Gezondheid' (SMG) opgezet. Hierbij zal aan mensen die door hun leefomstandigheden minder bewegen en een ongezonde leefstijl hebben, de kans geboden worden een gezonde leefstijl te ontwikkelen. Doelgroepen zijn bewoners van achterstandswijken, mensen met een lage SES, langdurig werklozen, allochtonen, mensen in sociaal isolement en senioren (Höfte, 2015). De interventie werd inmiddels in de wijken Pathmos en Stevenfenne in Enschede in Nederland doorgevoerd. Het doel hierbij was om, door middel van een gecombineerde leefstijlinterventie (Netwerk in beweging, n.d.), zowel de gezondheid als participatie aan de maatschappij van de doelgroepen te bevorderen,

De interventie bestond uit drie kernonderdelen – gezond bewegen, gezonde voeding, en een gezond zelfbeeld. De uitvoering van 'Scoren met Gezondheid' kan in twee fases ingedeeld worden:

ten eerste een intensieve fase die 12 weken duurde. Hierbij werd op wekelijkse bijeenkomsten zowel door middel van les over de drie hoofdonderdelen beweging, voeding en zelfbeeld, als een praktische toepassing, bijvoorbeeld door koken, gezamenlijk sporten en thuisopdrachten, onderwijs en kennis aan de deelnemers aangeboden. De tweede fase duurde twee jaar en bestond uit vervolgssessies, waarbij om de zes weken de vooruitgang van de deelnemers gemonitord en ondersteund werd. Niet alleen via deze vervolgssessies, maar ook door andere metingen werd de ontwikkeling van de participanten bijgehouden. Hiervoor werd aan de hand van vragenlijsten en een regelmatige controle van lichamelijke gegevens (gewicht, BMI en bloeddruk) tijdens de bijeenkomsten, data over de voor- respectievelijk achteruitgang van de deelnemers afgenomen.

Hoewel de interventie in 2015 als gevolg van veranderingen in het overheidsbeleid stopgezet werd, kan de tijdens de uitvoering van SMG verkregen data over de ontwikkeling van de deelnemers behulpzaam zijn om effectieve factoren binnen deze interventie voor toekomstige projecten te onderzoeken. Om de gevonden resultaten naar andere projecten in dit werkveld te kunnen vertalen, wordt bij dit onderzoek vooral naar positieve en negatieve ervaringen van de deelnemers, de demografische achtergrond en de lichamelijke conditie van de deelnemers gekeken. Deze aspecten kunnen inzicht geven in welke onderdelen van de interventie effectief waren en onder welke condities de interventie effect had. Hiervoor wordt zowel een kwalitatief als een kwantitatief onderzoek toegepast, om alle aspecten van zowel door de deelnemers zelfwaargenomen aard als kwantificeerbare factoren te kunnen analyseren. Bij het kwalitatief onderzoek zal daarom de focus op de beoordeling en zelf waargenomen effecten van de interventie gelegd worden. Aan de hand van een kwantitatief onderzoek kan de werkelijke effectiviteit van het bevorderen van gezondheid en voorspellende factoren voor succes onderzocht worden.

Hieruit kunnen meerdere vraagstellingen gevormd worden om de effectiviteit van ‘Scoren met Gezondheid’ te achterhalen:

1. Hoe wordt de interventie ‘Scoren met Gezondheid’ door de deelnemers beoordeeld en welk waargenomen impact heeft de interventie volgens de deelnemers gehad op (1) hun bewegingspatroon, (2) hun voeding en (3) algemene veranderingen in hun leven?
2.
 - a) In hoeverre is de interventie ‘Scoren met Gezondheid’ effectief geweest in het veranderen van fysieke en gedragsmatige gezondheidsfactoren, met name (1) BMI, (2) bloeddruk, en (3) activiteitsniveau?
 - b) In hoeverre zijn demografische factoren (geslacht, leeftijd en herkomst) en de gezondheid bij de nulmeting (gemeten met BMI, mate aan beweging en bloeddruk) voorspellers van het significant effect van de interventie?

2. Methode

Aan de hand van de gestelde onderzoeksvragen naar waardering en waargenomen effecten van de interventie door de deelnemers en de effectiviteit van de interventie, kan het onderzoek opgedeeld worden in (1) een kwalitatieve analyse via interviews en een (2) kwantitatieve analyse van al eerder afgenomen vragenlijsten en gezondheidsindicatoren van de deelnemers. De twee deelonderzoeken worden hieronder apart toegelicht.

2.1 Deelonderzoek 1: Kwalitatieve interviews over waardering en impact in de interventie ‘Scoren met Gezondheid’

Onderzoeksdesign

Met een beperkte groep aan oud-deelnemers van de interventie werd een semigestructureerd interview doorgevoerd.

Respondenten en procedure

Voor de werving van deelnemers werd contact met de oud-deelnemers van ‘Scoren met Gezondheid’ werd via het ROC van Twente gelegd. Voor het gemak van de respondenten vond de gehele contactopname en het maken van afspraken via het ROC plaats. In overleg met Laura Höfte – de contactpersoon van de interventie ‘Scoren met Gezondheid’ – werd een brief naar de deelnemers gestuurd die door haar als coöperatief ingeschat werden en aan hadden gegeven aan vervolgonderzoek mee willen te doen. In totaal werden er zes mensen via een brief benaderd. Er werden zowel mensen gekozen die de interventie succesvol hadden afgerond, als ook mensen die minder succesvol bij het uitvoeren van de interventie waren. Daarnaast werd er rekening mee gehouden, dat deze selectie de gehele populatie goed weergeeft met betrekking tot herkomst, leeftijd en geslacht. Alle zes benaderde oud-deelnemers stemden toe om aan de interviews deel te nemen. Vervolgens werd via het ROC van Twente met de deelnemers en de onderzoekers een tijd en datum afgesproken wanneer de interviews plaats zouden vinden. Het onderzoek werd voorafgaand door het Commissie Ethiek (CE) van de faculteit voor gedragswetenschappen van de Universiteit Twente goedgekeurd.

De interviews werden ruime tijd na afloop en stopzetten van de interventie afgenomen, op 25-4-2016 en 17-5-2016. De interviews werden in het wijkcentrum van Pathmos ‘de Boei’ in Enschede gehouden, waar ook een groot deel van de bijeenkomsten van ‘Scoren met Gezondheid’ plaats hebben gevonden. Voor de afname hebben de geïnterviewden eerst een ‘informed consent form’ ingevuld (appendix E), waarmee de respondenten over de procedure en de doelen van het interview geïnformeerd werden en de vrijwilligheid van de deelname door de respondenten bevestigd werd. Ook hierbij was altijd één van de onderzoekers aanwezig voor eventuele vragen en uitleg. Daarna werd in

een aparte kamer het interview uitgevoerd, waarbij beide onderzoekers aanwezig waren. Het interview werd door middel van een laptop opgenomen en tegelijk door een van de onderzoekers ook handgeschreven vastgelegd.

Materialen

Het interviewschema is semigestructureerd en behandelt twee van de drie hoofdonderdelen van de interventie die voor dit onderzoek van belang zijn, namelijk beweging en voeding. De bedoeling was te achterhalen hoe de respondenten de interventie als geheel hebben ervaren en welke werking de interventie had met betrekking tot lichamelijke gezondheid en het uitoefenen van een gezond leefstijl. Het interview bestond in totaal uit vier onderdelen: algemene indruk, organisatie, beweging en voeding. Per onderdeel werd achterhaald in hoeverre de respondenten zich nog aan de interventie, betreffend dat onderdeel, kunnen herinneren en wat de globale beoordeling hiervan is. Verder werd per onderdeel naar positieve en negatieve belevenissen en wensen tot verbetering gevraagd, om te kunnen onderzoeken welke aspecten bijzonder gewaardeerd of juist niet gewaardeerd werden. Indien nodig werd hierop doorgevraagd. Vervolgens werd naar algemene subjectief ervaren effecten in verschillende levensgebieden gevraagd, onafhankelijk van de vier boven genoemde onderdelen. Een voorbeeldvraag is: *Wat vond u van het onderdeel met betrekking tot beweging?* Het volledige interview is in appendix D terug te vinden.

Data-analyse

De interviews werden na afname letterlijk getranscribeerd (zie appendix H). Hierbij werden alle antwoorden overgenomen en zijn geen grammaticale of ander fouten verbeterd.

Voor de analyse van de interviews werd een codeerschema opgesteld, volgens de methode van Kuckartz (2016). Het opstellen van de categorieën werd zowel op een deductieve als inductieve manier gedaan. De hoofdonderdelen van het interview (algemeen, organisatie, beweging en voeding) werden deductief als hoofdcategorieën voor het coderen vastgelegd. Per hoofdcategorie konden de antwoorden weer ingedeeld worden in positieve en negatieve uitingen. Daarna werden alle zes interviews meerdere keren gelezen om een volledig overzicht van de besproken thema's te krijgen. Aan de hand hiervan en het meest uitgebreide interview (interview 1, zie appendix H) als leidraad werden aansluitend inductief subcategorieën voor de hoofdcategorieën vastgelegd. Deze waren: Activiteiten, beoordeling, communicatie, cultuurverschillen, effect, ervaring, sociale interactie en verbetering. Daarnaast werd inductief nog een nieuwe hoofdcategorie, namelijk 'overig', gevormd. In de appendices zijn de definities per subcategorie (appendix F) en het volledige codeerschema (appendix G) te vinden. Vervolgens werd het codeerschema door een tweede onderzoeker bestudeerd en goedgekeurd en pas daarna op alle zes interviews toegepast. Ook de manier van coderen en plaatsen van citaten in categorieën werd met de tweede onderzoeker besproken en op deze manier gevalideerd.

Vervolgens werd een kwalitatieve inhoudsanalyse volgens Kuckartz (2016) toegepast. Hierbij stonden de meningen van de respondenten centraal, waarbij zowel met directe citaten als met een kwantificatie van de antwoorden gewerkt werd. Ter overzicht werden de antwoorden van alle interviews in één tabel ingevoerd, zodat een gehele samenvatting per hoofdcategorie gemaakt kan worden over alle interviews (zie appendix I). Herhalingen van respondenten werden hierbij buiten beschouwing gehouden. Vervolgens werden de antwoorden volgens de onderzoeksvraag in waardering en effect ingedeeld en aan de hand van een tabel naar uitkomsten gegroepeerd. Voor elk groep van codes werd de hoeveelheid aan respondenten geteld die zich tot dat thema geuit heeft.

2.2 Deelonderzoek 2: Kwantitatief onderzoek naar effectiviteit van de interventie ‘Scoren met Gezondheid’

Onderzoeksdesign

Bij het kwantitatief onderzoek werd een one group repeated measures design toegepast, met voor- en nameting voorafgaand aan de interventie en na afloop van de interventie (12 weken later). De meetmomenten vonden tijdens de bijeenkomsten van de interventie plaats. Over de gehele loop van de interventie waren er in totaal vier meetmomenten: een nulmeting (t0) voorafgaand aan de interventie, t1 vond na de eerste intensieve fase (na 12 weken) van de interventie plaats, t2 werd na afsluiten van de vervolg-sessies (40 weken na de interventie) afgenomen en 2 jaar na de interventie vond nog een afsluitende meting (t3) plaats. In dit onderzoek worden echter alleen de metingen van t0 en t1 beschouwd.

Participanten en procedure

Wijkbewoners van Pathmos en Stevenfenne die interesse hadden in een leefstijl-interventie met betrekking tot gezond leven, kregen de mogelijkheid om zich bij de interventie ‘Scoren met Gezondheid’ in te schrijven. Daarna werden enkele deelnemers door de wijkcoach gekozen en benaderd. Criteria voor deze selectie waren dat de deelnemers uitkering ontvingen, de door de wijkcoach geschatte motivatie van de deelnemers en verwachte succesvolle afronding van de interventie.

Aan het huidig onderzoek hebben in totaal 72 mensen deelgenomen, deze komen uit de deelnemerpopulatie van de interventie. Na het verwijderen van alle niet valide cases waren er nog 67 deelnemers in de steekproef. In tabel 1 is de response voor de voor het onderzoek belangrijke variabelen van t0 naar t1 te zien. Daarnaast is ook de response-rate voor de belangrijkste demografische gegevens te zien.

Tabel 1
Response-rate (t0 en t1) en geplande afname van vragenlijst en gegevens per meetmoment

Variabele	t0 (n=72)		t1 (n=72)	
	n	%	n	%
SQUASH-NL	64	88.9	22	30.6
Gewicht	63	87.5	60	83.3
BMI	65	90.3	60	83.3
Bloeddruk	55	76.4	58	80.6
Ontbijt	66	91.7	65	90.3
Leeftijd	67	93.1	-	-
Geslacht	56	77.8	-	-
Herkomst	55	76.4	-	-

De metingen (t0 & t1) vonden tijdens de bijeenkomsten plaats en werden uitgevoerd door middel van papieren versies van de vragenlijsten en met behulp van het personeel en de benodigde apparatuur. Voorafgaand aan het onderzoek werd door de respondenten een toestemmingsformulier voor de afname van de metingen in samenhang met het onderzoek ondertekend. Hierbij vond ook een toelichting over de anonieme omgang met de verzamelde data plaats. Sommigen deelnemers, die problemen hadden met het voldoende begrijpen van de taal, werden door een medewerker geholpen de vragenlijsten in te vullen.

Het eerste meetmoment (t0) vond vóór het begin van de interventie plaats, om de oorspronkelijke lichamelijke gezondheidstoestand, activiteitsniveau en ontbijtgedrag van de respondenten te meten. Zoals te zien is tabel 1 werden op het eerste meetmoment de Short Questionnaire to Assess Health-enhancing physical activity (SQUASH-NL), de lichamelijke gegevens (gewicht, lengte, BMI en bloeddruk), het ontbijtgedrag en de demografische gegevens (leeftijd, geslacht en herkomst) afgenomen. Bij de daaropvolgende meting (t1) werden dezelfde metingen herhaald, behalve die van de demografische gegevens (tabel 1).

Materialen

Demografische gegevens

Gevraagd werd naar leeftijd, geslacht en geboortedatum van de respondenten. Om de etnische achtergrond van de respondenten te achterhalen werd naar het herkomstland van de vader en de moeder gevraagd.

Uitkomstmaten gedrag

Activiteitsniveau. Om de mate aan beweging van de participanten te achterhalen, werd de Short Questionnaire to Assess Health-enhancing physical activity (SQUASH-NL) gebruikt. De vragenlijst bevat 37 vragen, verdeeld over verschillende domeinen zoals het vervoer naar werk of school, lichamelijke activiteit op werk of school, huishoudelijke activiteiten, vrije tijd en sporten. De vragen over de activiteit worden op een open manier gesteld, waarbij naar het aantal dagen per week,

de duurt en de intensiteit van het uitvoeren van de verschillende activiteiten gevraagd wordt. Een voorbeeld hiervan is een vraag over vervoer naar werk of school:

	aantal dagen per week	gemiddelde tijd per dag	inspanning (omcirkelen a.u.b.)
Fietsen van/naar werk of school	... dagen	... uur minuten	langzaam /gemiddeld / snel

De SQUASH-NL wordt een moderate constructvaliditeit toegeschreven en een goede test-hertest betrouwbaarheid van $r = 0.89$ (Arens, Hofman, Kamsma, van der Veer, Houtman, Kallenberg, Spoorenberg, & Brouwer, 2013). In het in samenhang met SMG uitgevoerd onderzoek bleek de betrouwbaarheid aan de hand van Chronbach's alfa gemeten op t0 .56 en op t1 .68 te zijn.

Om vervolgens analyses uit te kunnen voeren, werden voor de vragenlijsten nieuwe variabelen berekend. In samenhang met de SQUASH-NL moet de verkregen data in MET-waarden omgerekend worden (Sportdeelname, 2016; Ainsworth, et al., 2011). Hierbij heeft elke activiteit een bepaalde waarde (zie appendix A) die de intensiteit van de inspanning beschrijft. Deze waarde wordt vermenigvuldigd met de activiteit per week (bewogen minuten vermenigvuldigd met het aantal bewogen dagenper week), waardoor wordt de verbruikte energie per week berekend kan worden (Sportdeelname, 2016). De maximaal hoeveelheid aan beweging die volgens de SQUASH-NL mogelijk is, zijn 93 uur per week (Sportdeelname, 2016). Daarom werden alle respondenten met een hogere waarde van de analyses uitgesloten.

Ontbijtgedrag. Daarnaast werd het ontbijtgedrag van de participanten gerapporteerd, door het aantal ontbeten dagen per week te noteren. Hierbij was als criterium voor regelmatig ontbijt zeven dagen per week vastgelegd.

Uitkomstmaten fysiologie

Naast de vragenlijsten werden bij de meetmomenten ook de lichamelijke gegevens van de respondenten onderzocht. Hiervoor werd eenmalig aan het begin van de interventie de lengte (cm) van de participanten gemeten. Vervolgens werd bij elk meetmoment de bloeddruk afgenomen en het gewicht (kg) bepaald. Aan de hand van lengte en gewicht werd elke keer ook de BMI berekend. Dit werd gedaan door het gewicht in kg door de lengte (cm) in het kwadraat te delen [$BMI = \text{Gewicht (kg)} / \text{Lengte (cm)}^2$] (Deurenberg, Weststrate, & Seidell, 1991).

De bloeddruk gegevens worden ter vereenvoudiging in dit onderzoek naar een schaal volgens het U.S. Department of Health and Human Services (2004) vertaald. Hiervoor werden de systolische (SBD) en diastolische (DBD) bloeddruk samen in één oplopende schaal van 1 tot en met 4 ingedeeld, waarbij 1 voor een normale bloeddruk staat (SBD <120, DBD <80), 2 voor een pre-hypertensie

(SBD=120-139 en/of DBD=80-89), 3 voor een stadium 1 hypertensie (SBD=140-159 en/of DBD=90-99) en 4 voor een stadium 2 hypertensie ($\text{SBD} \geq 160$ en/of $\text{DBD} \geq 100$) (zie appendix C).

Data-analyse

Aanpassen kwantitatieve data

Alle statistische analyses werden met het programma SPSS uitgevoerd. Ten eerste werden alle gegevens van de afgenomen vragenlijsten handmatig in het programma ingevoerd. Daarna werd naar uitschieters en onvolledige data gekeken. Hierbij werden vier cases van de analyses uitgesloten, omdat deze bij de SQUASH-NL waardes boven het mogelijke aantal bewogen minuten per week aan hadden gegeven. Missende variabelen werden in SPSS niet gecodeerd en werden daardoor automatisch niet bij analyses betrokken.

De populatie kon aan de hand van de BMI opgedeeld worden in normaalgewicht en overgewicht met een afkapwaarde van 24,9 (WHO, 1998). Dit werd gedaan, omdat niet voor alle deelnemers een gewichtsafname ook gelijk gezet kan worden met succes in de interventie. Het doel was een gezonder leefstijl te implementeren, wat voor mensen met een erg lage BMI zou betekenen dat een gewichtstoename door gezonder voeding een positieve verandering zou betekenen. Daarom worden de analyses zowel voor de gehele populatie gedaan, als voor de twee deel populaties (normaalgewicht en overgewicht).

Daarnaast werden per onderdeel van de lichamelijke gegevens een verschilscore (Δ -variabele) berekend. Hiervoor werden de waarden van gewicht, BMI en bloeddruk van de t0 meeting van de waarden van de t1 meeting afgetrokken. Dit laat zien in hoeverre deze lichamelijke gegevens van t0 tot t1 gedaald of gestegen zijn.

Uitgevoerde analyses

De demografische gegevens werden aan de hand van descriptieve statistieken geanalyseerd. Vervolgens werd een Kolmogorov-Smirnov test uitgevoerd om inzicht in de verdeling van de populatie te krijgen, waarbij een significantieniveau (α) van 0.05 gehanteerd werd. Hieruit bleek dat de meeste constructen niet normaal verdeeld zijn. Op basis daarvan werd besloten om bij de analyses non-parametrische toetsen toe te passen. Zie appendix B voor een duidelijker overzicht van de populatieverdeling.

Ten eerste werden veranderingen in gewicht, BMI, bloeddruk en activiteitsniveau van t0 naar t1 getoetst (onderzoeksvraag 2a). Dit gebeurde door middel van een non-parametrische toets voor gepaarde steekproeven. Voor de analyses van gewicht, BMI en activiteitsniveau was een Wilcoxon rangtekentoets van toepassing. Een analyse van een verandering in het ontbijtgedrag werd vanwege de dichotomie van de data aan de hand van een McNemar-test gedaan. Al deze analyses worden zowel voor de gehele populatie gedaan, als voor de al bepaalde deelpopulaties met normaalgewicht en overgewicht. Ter aanvulling werd vervolgens de effectgrote van de Wilcoxon rangtekentoets

handmatig door middel van een phi-coëfficiënt ($r_\phi = (\frac{z}{\sqrt{n_x + n_y}})$) bepaald, voor zowel de gehele populatie als voor de twee deelpopulaties (normaal- en overgewicht). Voor de interpretatie van de resultaten wordt van een indeling van Sedlmeier en Renkewitz (2013) uitgegaan: Een correlatie van ≈ 0.1 staat voor een lage samenhang, ≈ 0.3 beschrijft een matige correlatie en een waarde van ≈ 0.5 geeft een sterke verband aan.

Ten tweede werd naar predictoren voor de significante verandering van constructen uit onderzoeksvraag 2a gezocht. Hiervoor werd de samenhang tussen de demografische gegevens (leeftijd, geslacht en herkomst) en de gezondheidsgegevens en -gedrag (gewicht t0, BMI t0, bloeddruk t0, MET t0 en ontbijt t0) vóór begin van de interventie en de veranderingen in gewicht en BMI van t0 naar t1 (Δ -gewicht en Δ -BMI) bekeken. Alle metrische en ordinale data (leeftijd, gewicht, BMI, MET en bloeddruk) werden aan de hand van Spearman's ρ met de verschillen van gewicht en BMI (Δ -gewicht en Δ -BMI) gecorreleerd. De samenhang met de dichotome data (geslacht, herkomst en ontbijt) werd door middel van een punt-biseraal (r) correlatie met de verschillen van gewicht en BMI (Δ -gewicht en Δ -BMI) geanalyseerd. Ook deze correlaties werden voor zowel de gehele populatie, als voor de twee deelpopulaties (normaalgewicht en overgewicht) uitgevoerd. Voor het evalueren van de correlaties werd de indeling van Sedlmeier en Renkewitz (2013) aangehouden.

3. Resultaten

3.1 Kwalitatief onderzoek

Beschrijving onderzoeksgroep

Aan de interviews hebben zes mensen deelgenomen (zie tabel 3). Hiervan waren vier vrouwen en twee mannen. Een man en een vrouw waren van Nederlandse afkomst, de rest van de respondenten was allochtoon. De vrouwelijke deelnemers waren 34, 40, 42 en 46 jaar oud. De mannelijk geïnterviewde waren 38 en 41 jaar oud. Alle deelnemers hadden de interventie inmiddels afgerond en compleet gevolgd.

Tabel 3
Demografische gegevens interviews

	Leeftijd	Geslacht	Herkomst
Interview 1	38	Man	Autochtoon
Interview 2	46	Vrouw	Allochtoon
Interview 3	40	Vrouw	Allochtoon
Interview 4	42	Vrouw	Autochtoon
Interview 5	34	Vrouw	Allochtoon
Interview 6	41	Man	Allochtoon

Inhoudsanalyse

Er worden met behulp van de tabel (appendix I) samenvattingen gemaakt van de hoofdcategorieën algemeen, organisatie, beweging en voeding om een overzicht over de verkregen meningen van de respondenten te krijgen. In de onderstaande tabellen zijn samenvattingen van de belangrijkste resultaten te zien, opgedeeld in uitspraken over waardering (tabel 4.1) en effect (tabel 4.2).

Waardering

Tabel 4.1
Samenvatting van de kwalitatieve bevindingen m.b.t. waardering

		Samenvatting	Citaat	Frequentie ^a
Algemeen	Positief	Wens tot herhaling van SMG	<i>ik hoop dat het terugkomt</i>	6
		Plezier tijdens de lessen	<i>Ja, ik kwam altijd met plezier naar de les</i>	
		Faciliterende functie	<i>ik kan niet werken, kan niet betalen. Maar met Scoren met Gezondheid twee of drie keer geweest</i>	1
		Laagdrempeligheid	<i>het is lekker laagdrempelig</i>	1
		Sociale contact binnen de groep	<i>We waren net een familie</i>	6
		Contact met begeleiders	<i>geweldige begeleiders</i>	4
		Steun door personeel	<i>Ze zeggen altijd, als we hebben probleem, als we hebben persoonlijk probleem, we gaan met hun uitleggen</i>	2
		Intercultureel aspect	<i>dat maakt het juist leuker</i>	2
	Negatief	Geen mogelijkheid tot vaker uitvoeren van de cursus	<i>dat was toen in die tijd volgens mij ook vrij lastig om dat allemaal te realiseren</i>	3
Organisatie	Positief	Duidelijkheid	<i>ja duidelijk, precies wat ze aangaven wat het was</i>	6
		Omgang met taalbarrières	<i>hun gebruiken altijd makkelijke woorden of wat we kan begrijpen en we kunnen ook heel veel informatie met de foto's ook</i>	3
		Organisatie van activiteiten (tijden, vervoer, etc.)	<i>het was ook allemaal prima geregeld met vervoer naar zeg maar het sportclub</i>	2
	Negatief	Organisatie met betrekking tot te laat komen	<i>er wel wat mensen die te laat komen, dat daar wat meer gedaan moet worden want wij zaten te wachten</i>	1
Beweging	Positief	Sociale steun	<i>in het groepsverband, dat vind ik gewoon leuk</i>	3
		Sfeer / plezier	<i>Iedereen was enthousiast</i>	5
		Gevariëerd aanbod	<i>Toch met de gezondheid-cursus we hebben een paar soorten sporten gedaan</i>	3
	Negatief	Moeilijkheid van de oefeningen	<i>dat ze meer rekening houden met wat ouderen</i>	1
Voeding	Positief	Cultuursensitiviteit	<i>wat voor mij heel handig was, was dat ook naar buitenlands eten werd gekeken</i>	3
		Langdurigheid van de kennis	<i>Dus dat was handig, kon je thuis nog even nalezen</i>	5
		Sociale contact	<i>dan hebben we samen gegeten, dat was leuk</i>	2
	Negatief	Onvoldoende kennis over cultuurverschillen	<i>gespecialiseerd in Nederlands</i>	1

^a Het aantal personen die uitspraken passend bij het construct gemaakt hebben

Algemeen. Over het algemeen werd de interventie in de interviews als positief beschreven en door alle respondenten werd de wens geuit om de cursussen opnieuw en regelmatig aan te beiden “ik

was wel een voorstander van om zoiets twee keer in de week te doen”, “ik hoop dat het terugkomt”. De activiteiten werden als plezierig beschreven: “Ja, ik kwam altijd met plezier naar de les”. Een deelnemer benadrukte dat door de interventie mogelijkheden tot activiteiten gegeven werden, die voor normaalgesproken niet betaalbaar zijn. De interventie had daarmee een faciliterende functie: “Ik heb uitkering, ik kan niet werken, kan niet betalen. Maar met Scoren met Gezondheid twee of drie keer geweest [in het Twente stadion]... en die gelukkig!”. Een van de geïnterviewde beschreef de laagdrempeligheid van de cursussen als een groot voordeel (“het is lekker laagdrempelig”) en maakte duidelijk dat de cursus goed bij het niveau van de deelnemers aansloot.

De sociale contact binnen de groepen (“we hadden een goeie band met elkaar, veel gelachen... ja, dat was heel leuk”, “We waren net een familie”) en met het personeel (“geweldige begeleiders”) werd door alle respondenten als positief en gezellig beschreven. Bij de communicatie met het personeel werd gezegd dat de deelnemers de openheid, beschikbaarheid en eerlijkheid van de medewerkers als erg positief hebben ervaren: “geen leugens, soms heb je verkeerde beloftes maar nee”, “Ze zeggen altijd, als we hebben probleem, als we hebben persoonlijk probleem, we gaan met hun uitleggen, wat is aan de hand, wat we kan doen... nee, dat is echt goed”. De respondenten hebben vooral de steun, die door het personeel ervaren werd gewaardeerd (“Met mijn docent, Laura was, met haar... met haar steun ik beslissing komen maag verkleinen operatie”). Door de Nederlandse deelnemers werden de cultuurverschillen als niet-problematisch en juist leuk beschreven: “buitenlandse mensen, maar dat deed helemaal niks voor de groep, het was gewoon een gezellige groep en dat maakt het juist leuker”. Ook de allochtone respondenten hebben het intercultureel aspect van de interventie als behulpzaam ervaren (“Maar met die cursus komen een beetje Nederlandse mensen op en we zijn een beetje: ‘Oh, we kan ook doen dat... we kan ook doen dat’”). Behalve dat een vaker uitvoeren van de cursus niet mogelijk was (“ik zat ook met allemaal ouderen en mensen met kinderen en dat was toen in die tijd volgens mij ook vrij lastig om dat allemaal te realiseren”), werden geen negatieve punten genoemd.

Organisatie. Met de organisatie waren de deelnemers ook overwegend tevreden: “gewoon het hele plaatje was helemaal goed”. Zowel van de Nederlandse deelnemers, als de deelnemers van allochtone afkomst werd bekrachtigd dat de uitleg altijd duidelijk was en er voldoende rekening met taalbarrières werd gehouden: “En weten die taal niet goed... hun gebruiken altijd makkelijke woorden of wat we kan begrijpen en we kunnen ook heel veel informaties met de foto’s ook”. De organisatie van activiteiten, de tijden en vervoer werden als goed beschreven (“Ik vond alles goed, die tijden, wanneer we beginnen, het einde... was goed!”, “het was ook allemaal prima geregeld met vervoer naar zeg maar het sportclub”). Alleen één geïnterviewde beklagde dat het wachten op ander deelnemers, die te laat waren, minder goed georganiseerd was en hierin een verandering plaats zou moeten vinden (“Nou dat er wel wat mensen die te laat komen, dat daar wat meer gedaan moet worden want wij zaten te wachten.”).

Beweging. Het bewegingsgedeelte werd door de respondenten als een erg positieve ervaring beschreven. Ook hier wordt de rol van het groepsverband en sociale steun weer als erg belangrijk beschreven (*“in het groepsverband, dat vind ik gewoon leuk”*). De werdsfeer werd beschreven als enthousiast en gezellig (*“Iedereen was enthousiast”, “het leuk was om elkaar naar een weekje weer ter zien”*) en de respondenten spraken over plezier tijdens de sportlessen (*“ja, waren leuke dingen om te doen”*). Daarnaast werd ook de variatie aan sporten die gedaan werd door de respondenten erg gewaardeerd: *“Toch met de gezondheid-cursus we hebben een paar soorten sporten gedaan”*. Als enige negatieve punt werd genoemd dat sommige van de oefeningen te moeilijk waren en meer met de eigenheden van de deelnemers rekening gehouden moest worden (*“Nee, maar wel dat ze meer rekening houden met wat ouderen. D'r waren wel wat dingen dat je denkt van wow moeten wij dat doen?”*, *“ik denk dat iedereen verschillend is en daar moeten jullie gewoon op letten denk ik”*).

Voeding. Het onderdeel met betrekking tot voeding werd over het algemeen positief beoordeeld. Een bijzonder groot punt was, dat op een goede manier rekening met cultuurverschillen werd gehouden: *“wat voor mij heel handig was, was dat ook naar buitenlands eten werd gekeken”*. De allochtone deelnemers voelden zich hier goed geholpen. Als enige min punt werd aangemerkt dat de diëtist die één keer langs kwam niet voldoende informatie over buitenlandse eetcultuur beschikbaar had:

“Ze hebben een keer een spreker van buitenaf gehaald, was een diëtist. Die wist niet zo veel over olijfolie of andere gerechten. Dus dat was wel een beetje jammer. Daar had ik zoiets van dan wordt je hier uitgenodigd en dan ben je gespecialiseerd in Nederlands.”

Verder werden ook de informatie voor thuis als behulpzaam beschreven (*“we kregen veel mee, A4tjes met informatie. Dus dat was handig, kon je thuis nog even nalezen”*, *“Ja, ik gebruik ook zelfs die boeken ook, die papiertjes gewoon”*) en hiermee het langdurig doorgeven van kennis. Voor mensen met diabetes schenen de lessen niet voldoende respectievelijk nieuwe informatie te bevatten: *“omdat ik daar al dagelijks mee geconfronteerd wordt, ben ik daar niet heel veel wijzer van geworden omdat ik die informatie al wist”*. Een hoogtepunt van dit onderdeel was volgens de respondenten het gezamenlijke eten: *“we hebben ook aan dat einde samen eten gemaakt, dat was meestal gezond en lekker en dan hebben we samen gegeten, dat was leuk!”*, *“dat zijn leuke dingen om dan ook mensen weer bij elkaar te brengen”*. Ook hierbij was het sociale contact een belangrijk aspect. Alle geïnterviewde spraken hier erg positief over en hebben dit evenement als gezellig en ook interessant met betrekking tot ander culturen ervaren:

“Daar waren paar buitenlandse mensen daarbij en die maakten dan buitenlands eten en er waren paar Nederlanders [...] dat was een heel buffet en dat was dan ook weer heel leuk en gezellig”

Effect

Tabel 4.2

Samenvatting van de kwalitatieve bevindingen m.b.t effect op gezondheid en persoonlijke vlak

	Samenvatting	Citaat	Frequentie ^a
Gezondheid	Eigeneffectiviteit m.b.t. gezondheidsgedrag	<i>Ja, toen die tijd ik durfde niet altijd naar de sportclub te gaan. Ik denk ehh... die mensen lachen of pesten mij... En ik kan niet misschien bewegen. Maar met de cursus, met de gezondheid-cursus, ik weet wat ik kan doen</i>	1
	Inzicht in voorkeuren van sport / het vinden van een geschikt sport	<i>Ik weet het nu wat vind ik leuk, wat ik vind niet leuk</i>	6
	Kennis m.b.t. (het belang van) sport	<i>wat ik heb geleerd is dat gewoon bewegen ontzettend belangrijk is en als zou je toch een keer in de week sporten mits je dat zou kunnen</i>	4
	Gewichtsverlies	<i>Ik was ook afgevallen</i>	2
	Motivatie / attitude tegenover sport	<i>Ik ben wel zumba-fan geworden daardoor</i>	4
	Verandering beweeggedrag	<i>fietsen elke dag</i>	5
	Kennis m.b.t. gezonde voeding	<i>Dat sommige lightproducten in de winkel niet echt gezond zijn. Dus daar hebben ze mij op gewezen</i>	4
	Houding tegenover gezonde voeding	<i>we hebben geleerd dat is niet dieet. Gewoon gezond eten en gezond leven ik</i>	2
Overige effecten	Verandering eetpatroon	<i>eet heel veel fruit en groeten en minder vet</i>	5
	Sociale ontwikkeling	<i>het is ook goed voor je sociale ontwikkeling</i>	2
	Eigeneffectiviteit m.b.t. dagelijks functioneren	<i>Ja, maar met de gezondheid-cursus zien we: 'Oh, we kan wat doen nog hier. Hoeft niet thuis blijven'</i>	2
	Integratie / eigeneffectiviteit tot integratie	<i>we zijn meestal niet echt open vrouw [...] Maar met die cursus komen een beetje Nederlandse mensen op en we zijn een beetje: 'Oh, we kan ook doen dat... we kan ook doen dat'</i>	1
	Structurende functie	<i>Ik kreeg weer structuur in mijn levenspatroon</i>	1
	Faciliterende functie voor opleiding	<i>met scoren met gezondheid kon ik bewijzen dat ik geschikt was voor een BBL-opleiding in de zorg</i>	4
	Motivatie tot werk ('Opkikker')	<i>dat heeft mij opgekrikt en vanuit daar ben ik gaan werken</i>	3

^a Het aantal personen die uitspraken passend bij het construct gemaakt hebben

Gezondheid. Met betrekking tot gezondheid hebben de respondenten zowel effecten gerapporteerd gerelateerd aan beweging als aan voedingsgedrag. Als effecten van het bewegingsgedeelte werden beschreven, dat de respondenten hierdoor konden zien dat ze wel in staat zijn om te sporten en regelmatig te bewegen. Zo werd de eigeneffectiviteit van de respondenten gestimuleerd:

“Ja, toen die tijd ik durfde niet altijd naar de sportclub te gaan. Ik denk ehh... die mensen lachen of pesten mij... En ik kan niet misschien bewegen. Maar met de cursus, met de gezondheid-cursus, ik weet wat ik kan doen”.

Ook bood de interventie de kans door het proberen van verschillende sporten inzicht te geven welke sport de deelnemers leuk vinden en een sport te vinden die de deelnemers ook na de interventie konden volgen (*“Ik weet het nu wat vind ik leuk, wat ik vind niet leuk”*). Daarnaast faciliteerde de interventie ook kennis over het sporten en het belang daarvan (*“wat ik heb geleerd is dat gewoon bewegen ontzettend belangrijk is en als zou je toch een keer in de week sporten mits je dat zou kunnen”*). Een deelnemer noemde het bewegen voor haar de belangrijkste factor dat ze toen die tijd was afgevallen: *“Ik was ook afgevallen [...] Bewegen. Absoluut. Bewegen is echt het belangrijkste”*. Bij alle respondenten zijn effecten te zien met betrekking tot de motivatie en instelling tegenover het sporten (*“Ik ben wel zumba-fan geworden daardoor, dat heb ik daar voor het eerst gedaan”*). Ook begon een deel van de respondenten regelmatig te bewegen (*“Ik heb thuis ook fitness gemaakt in mijn kamer en een beetje beweging... fietsen elke dag”*).

Over de lessen van het voedingsgedeelte hebben de meeste respondenten positief gesproken en hebben deze als leerzaam ervaren (*“En ook met de zoetstoffen ja. Dat sommige lightproducten in de winkel niet echt gezond zijn. Dus daar hebben ze mij op gewezen”*). Daarnaast spraken ook de meeste van de respondenten over veranderingen in hun eetpatroon, die door de interventie aangestuurd werd (*“Ja, kijk ik eet heel veel fruit en groeten en minder vet. En ook met mijn kinderen ga ik ook zo doen”*). Het bleek dat ook de instelling van sommige respondenten tegenover gezonde voeding en het uitvoeren van een gezond leefstijl veranderd is: *“we hebben geleerd dat is niet dieet. Gewoon gezond eten en gezond leven”*.

Overige effecten. Naast de gedragsmatige veranderingen gerelateerd aan gezondheid hebben ook effecten plaats gevonden, op een meer persoonlijke vlak. Meerdere deelnemers hadden het gevoel door ‘Scoren met gezondheid’ ook op en sociale vlak te kunnen groeien (*“het is ook goed voor je sociale ontwikkeling”*). Ook werden via de interventie culturen bij elkaar gebracht en integratie gestimuleerd. Een allochtone deelnemer benadrukte dat de contact met Nederlanders een erg positieve invloed heeft gehad en ze zich hierdoor zelf-effectiever voelde te integreren:

“Alloctones vrouw, we zijn meestal niet echt open vrouw... ja kan... we denken heel veel voor de tijd we doen wat. Maar met die cursus komen een beetje Nederlandse mensen op en we zijn een beetje: ‘Oh, we kan ook doen dat... we kan ook doen dat’. We zitten gewoon, onze cultuur een beetje anders. Vrouwen blijven heel lang in de keuken, eten maken en niet zo veel uit de huis komen.”

Een ander effect was vooral dat de deelnemers ook weer een sterker algemene eigeneffectiviteit waarnamen in het dagelijks leven (*“Ja, maar met de gezondheid-cursus zien we: ‘Oh, we kan wat doen nog hier. Hoeft niet thuis blijven”*). Ook een belangrijke functie van de interventie was het bieden van structuur (*“Ik kreeg weer structuur in mijn levenspatroon”*). Deelnemers hadden weer de motivatie om te gaan werken en hebben de interventie een ‘opkrikker’ genoemd: *“dat heeft mij opgekrikt en vanuit daar ben ik gaan werken, dus zo goed was dat project voor mij”*. Ook faciliteerde SMG de

mogelijkheden tot kwalificatie voor een opleiding (“met scoren met gezondheid kon ik bewijzen dat ik geschikt was voor een BBL-opleiding in de zorg”).

3.2 Kwantitatief onderzoek

Beschrijving onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond op t0 uit 8 mannen en 48 vrouwen en 11 onbekend. De leeftijd van de deelnemers over de gehele populatie ligt gemiddeld bij 44.1 jaar (SD=11.8; N=65). Er hebben 14 autochtone en 41 allochtone mensen deelgenomen. Voor deze termen wordt een definitie van het Centraal Bureau Statistiek (CBS) in Nederland aan gehouden (CBS, n.d.).

Het gewicht van de gehele populatie op het meetmoment vóór de interventie (t0) lag minimaal bij 43.7 kg en maximaal bij 130.1 kg. De BMI van de deelnemers had op het t0-metmoment een minimaal waarde van 18.9 en maximaal van 62. De deelpopulatie met normaalgewicht heeft gemiddeld een gezonde BMI van 22.6 en een gemiddeld gewicht van 60.6 kg. De gemiddelde leeftijd van deze groep lag bij 42.7 jaar. De BMI van de groep met overgewicht is gemiddeld met 32.3 bijna 10 BMI punten hoger en het gewicht met 82.4 kg gemiddeld meer dan 20kg hoger dan de groep met normaalgewicht (zie tabel 6).

Tabel 6

Descriptieve statistieken over de gehele populatie, populatie met normaalgewicht en populatie met overgewicht op t0

		Gehele populatie (n= 67)		Normaalgewicht (n= 15)		Overgewicht (n= 51)	
		M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)	N
Gewicht		77.2 (18.2)	63	60.6 (7.5)	15	82.4 (17.5)	48
BMI		30.1 (8.2)	65	22.6 (1.8)	15	32.3 (8.1)	50
Leeftijd		44.1 (11.8)	67	42.7 (10.8)	15	44.8 (12.0)	51
Geslacht	<i>Mannen</i>	-	8	-	3	-	4
	<i>Vrouwen</i>	-	48	-	8	-	40
Herkomst	<i>Autochtoon</i>	-	14	-	5	-	9
	<i>Allochtoon</i>	-	41	-	6	-	34

Onderzoeksvraag 2a: Effectiviteit van de interventie gemeten aan veranderingen van t0 naar t1

Over de gehele populatie is te zien dat zowel gewicht als daarmee samenhangend de BMI significant verminderd zijn. De hiervoor gevonden effectsterke van t0 naar t1 is matig. Ook het ontbijtgedrag is in het algemeen duidelijk gestegen (tabel 7.1).

Met betrekking tot de bloeddruk en het activiteitsniveau worden geen significante verschillen gevonden. Zoals in tabel 7.1 te zien, vertoont het activiteitsniveau zelfs een afname, echter geen significante. Betreffend de bloeddruk en het activiteitsniveau konden alleen kleine en daarmee niet noemenswaardige effecten verkend worden.

Tabel 7.1

Verschilscores op gewicht, BMI, bloeddruk, activiteitsniveau en ontbijtgedrag van t0 naar t1 voor de gehele populatie

	M (SD)		Effectgrootte r_{ϕ}^b	$\Delta t1-t0$	p	z-waarde
	t0	t1				
Gewicht (n=60)	77.2 (18.2)	75.7 (17.3)	-.28	-1.5	.002*	-3.1
BMI (n=60)	30.1 (8.2)	28.5 (6.2)	-.27	-1.6	.003*	-3.0
Bloeddruk (n=58)	2.2 (1.1)	2.2 (1.0)	-.13	-.1	.157	-1.4
Activiteitsniveau (n=22)	7601.8 (5986.8)	7127.6 (5382.0)	-.12	-474.2	.434	-.78
Ontbijt ^a (n=65)	.62 (.49)	.85 (.36)	-	-	<.001	-

Note. De verschillen werden aan de hand van een Wilcoxon Rangteken toets ne McNemar onderzocht, *p< .05

^a Ontbijt werd aan de hand van een McNemar test onderzocht^b Voor Wilcoxon Rangtekentoets berekend met: $r = \left(\frac{z}{\sqrt{n_x + n_y}} \right)$

In de deelpopulatie met overgewicht werden dezelfde significante veranderingen als in de gehele populatie gevonden. Het gewicht en ook de BMI zijn significant gedaald en laten een matig effect zien. Ook blijkt het dat significant meer mensen uit de groep met overgewicht regelmatig gingen ontbijten. Alleen konden ook hier geen significante veranderingen in de bloeddruk en het activiteitsniveau gevonden worden (zie tabel 7.2). Wat betreft de bloeddruk schijnt het effect alleen klein te zijn. Gezien het activiteitsniveau lijkt hier echter een matig effect van de interventie op deze verandering te zijn.

Tabel 7.2

Verschilscore op gewicht, BMI, bloeddruk, activiteitsniveau en ontbijtgedrag van t0 naar t1 over de deelpopulatie met overgewicht op t0

	M (SD)		Effectgrootte r_{ϕ}^b	$\Delta t1-t0$	p	z-waarde
	t0	t1				
Gewicht (n=45)	82.4 (17.5)	80.9 (16.6)	-.29	-1.5	.005*	-2.8
BMI (n=45)	32.3 (8.1)	30.6 (5.8)	-.28	-1.7	.007*	-2.7
Bloeddruk (n=42)	2.1 (1.1)	2.1 (1.0)	-.16	0	.134	-1.5
Activiteitsniveau (n=15)	7795.9 (6081.7)	7675.7 (5319.9)	-.26	-120.2	.173	-1.4
Ontbijt ^a (n=49)	0.66 (0.5)	0.84 (0.4)	-	-	.004	-

Note. De verschillen werden aan de hand van een Wilcoxon Rangteken toets ne McNemar onderzocht, *p< .05

^a Ontbijt werd aan de hand van een McNemar test onderzocht^b Voor Wilcoxon Rangtekentoets berekend met: $r = \left(\frac{z}{\sqrt{n_x + n_y}} \right)$

De deelpopulatie met normaalgewicht laat op geen van de onderzochte variabelen een significante verandering zien (tabel 7.3). In gewicht en BMI is de groep gemiddeld gedaald, echter niet beduidend, en ook hier konden matige effecten van de interventie gevonden worden.

Tabel 7.3

Verschijscores op gewicht, BMI, bloeddruk, activiteitsniveau en ontbijtgedrag van t0 naar t1 over de deelpopulatie met normaalgewicht op t0

	M (SD)		Effectgrootte r_{ϕ}^b	$\Delta t1-t0$	p	z-waarde
	t0	t1				
Gewicht (n=15)	60.6 (7.5)	60.0 (7.2)	-.24	-.6	.195	-1.3
BMI (n=15)	22.6 (1.8)	22.4 (1.5)	-.22	-.2	.220	-1.2
Bloeddruk (n=15)	2.4 (1.2)	2.4 (1.1)	.0	0	1.000	.00
Activiteitsniveau (n=7)	7287.4 (5904.9)	5953.2 (5743.2)	-.14	-1334.2	.600	-.52
Ontbijt ^a (n=15)	0.53 (0.5)	0.87 (0.4)	-	-	.063	-

Note. De verschillen werden aan de hand van een Wilcoxon Rangteken toets en McNemar onderzocht, *p< .05

^a Ontbijt werd aan de hand van een McNemar test onderzocht

^b Voor Wilcoxon Rangtekentoets berekend met: $r = \left(\frac{z}{\sqrt{n_x + n_y}} \right)$

Onderzoeksvraag 2b: Samenhangen tussen de voorafgaande conditie van de deelnemers (t0) en de verandering in BMI en gewicht

Er zijn significante samenhangen tussen de demografische gegevens, gezondheidstoestand van de deelnemers vóór begin van de interventie en het succes van de interventie gevonden. Het blijkt dat een verandering van gewicht een positieve matige samenhang met het geslacht van de deelnemers vertoont. Dit geldt voor de gehele populatie als de deelpopulatie met overgewicht. Mannen blijken significant meer afgevallen te zijn dan vrouwen.

Ook blijken met betrekking tot de gehele populatie en de deelpopulatie met overgewicht het activiteitsniveau vóór begin van de interventie en de gewichtsafname een matige positieve samenhang te hebben. Mensen die vóór de interventie minder hebben bewogen, hebben dus meer gewicht van t0 naar t1 verloren. Verder kon gevonden worden dat mensen die vooraf van de interventie meer wogen over de tijd meer gewicht hebben verloren. Want het gewicht op t0 heeft voor de gehele populatie en de groep met overgewicht een negatieve matige samenhang met het verminderen van gewicht over de periode van t0 naar t1.

Tabel 8.1

Correlatie tussen demografische factoren, de conditie op de nulmeting en significante veranderingen in gewicht door de interventie

	Δ -Gewicht (gehele populatie) (n= 59)			Δ -Gewicht (overgewicht) (n= 44)		
	r / p	p	N	r / p	p	N
Leeftijd	-.132	.319	59	-.156	.312	44
Geslacht ^a	.288	.047*	48	.315	.057	37
Herkomst ^b	-.063	.675	47	-.058	.736	36
t0-Beweging	.354	.007*	56	.373	.015*	42
t0-BMI	-.219	.096	59	-.223	.145	44
t0-Bloeddruk	-.108	.464	48	-.180	.309	34
t0-Gewicht	-.278	.033*	59	-.328	.030*	44
t0-Ontbijt	.022	.866	59	.076	.624	44

Note. Δ -gewicht beschrijft het aantal afgevallen kg

^a Geslacht is gecodeerd met mannen = 0, vrouwen = 1.

^b Herkomst is gecodeerd met autochtoon = 0, allochtoon = 1.

Met betrekking tot de verandering in de BMI vertoont alleen het gewicht op t0 een positieve matige samenhang voor zowel de gehele populatie als de groep met overgewicht. Mensen die een hoger gewicht vóór de interventie hebben vertoond, zijn meer afgevallen.

Tabel 8.2

Correlatie tussen demografische factoren, de conditie op de nulmeting en conditie vóór interventie en significante veranderingen in BMI door de interventie

	Δ -BMI (gehele populatie) (n=59)			Δ -BMI (overgewicht) (n= 44)		
	r / p	p	N	r / p	p	N
Leeftijd	-.248	.059	59	-.284	.062	44
Geslacht ^a	.219	.134	48	.234	.164	37
Herkomst ^b	-.073	.629	59	-.060	.728	36
t0-Beweging	.340	.010*	56	.383	.012*	42
t0-BMI	-.193	.143	59	-.153	.321	4
t0-Bloeddruk	-.132	.370	48	-.226	.199	34
t0-Gewicht	-.156	.239	59	-.124	.421	44
t0-Ontbijt	.036	.787	59	.082	.597	44

Note. Δ -BMI beschrijft het aantal verminderde BMI-punten.

^a Geslacht is gecodeerd met mannen = 0, vrouwen = 1.

^b Herkomst is gecodeerd met autochtoon = 0, allochtoon = 1.

4. Discussie

Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in zowel de beoordeling en zelfwaargenomen effecten van de deelnemers over de interventie ‘Scoren met Gezondheid’ via de afname van interviews, als in de werking van de interventie via het analyseren van de fysiologische en gedragsmatige gegevens van de participanten. In het algemeen kan gesteld worden dat de interventie door de deelnemers als erg positief werd beoordeeld. Ook uit de kwantitatieve analyse blijken zich gunstige verandering (afname in gewicht en BMI) bij de risicogroep met overgewicht te hebben voorgedragen.

De interviews hebben een erg positief beeld van de interventie geschetst. De respondenten hebben bijna alleen maar positieve uitspraken over de interventie gedaan. Het is naar voren gekomen, dat de respondenten het sociale contact binnen de groep, de sfeer tijdens de lessen en het contact met de begeleiders in het bijzonder gewaardeerd hebben. Daarnaast waren positieve punten, die door de meeste respondenten genoemd werden, de duidelijke manier waarop de lessen gegeven werden en de kennis die door de lessen verkregen werd. Verder hebben alle respondenten de wens geuit het project te herhalen. Als zelfwaargenomen effecten werden inzicht in verschillende mogelijke sporten en het vinden van een regelmatig sportaanbod, kennis over het sporten en het belang daarvan en een werkelijke verandering in het beweegpatroon geuit. Hetzelfde geldt voor het voedingsgedrag van de respondenten. Vooral de verkregen kennis over gezonde voeding en een werkelijke verandering in het eetpatroon werd door de respondenten beschreven.

Daarnaast hebben de respondenten ook andere effecten, niet gerelateerd aan hun gezondheidsgedrag, beschreven. Hierbij spraken meerdere respondenten erover dat deze meer eigeneffectiviteit ervaren in het dagelijks leven of bij het integreren in de maatschappij. Het bleek dat bij één van de vrouwelijke allochtone respondenten het interculturele contact voor meer zelfverzekerdheid om zich te integreren gezorgd heeft. Dit is in zoverre belangrijk als dat allochtone vrouwen, zoals in de inleiding genoemd, een van de grootste risicogroepen voor gezondheidsachterstanden vormen (Hoeymans, et al., 2010). Het blijkt dus dat de interventie ook impact op deze risicogroep heeft gehad. Daarnaast heeft de interventie de respondenten ook opgewekt om te gaan werken of een opleiding te gaan volgen. Echter zijn deze resultaten subjectieve beoordeling en met enige voorzicht te beschouwen, omdat de respondenten maar een kleine groep uit de onderzoekspopulatie zijn en geen volledig representatief beeld van alle deelnemers schetsen. Daarnaast is ook aan te merken, dat alle respondenten bij de deelpopulatie met overgewicht horen. De interviews geven daarom een eenzijdig beeld over hoe mensen met overgewicht de interventie waar hebben genomen.

Aan de hand van de kwalitatieve uitkomsten kan gediscussieerd worden of de interventie werkelijk aan een gedragsmatige verandering, ten minste bij de bevraagde respondenten, bijgedragen heeft. Fishbein en Cappella (2006) stellen een model voor, bestaand uit drie factoren, die bijdragen aan een succesvolle gedragsverandering: de attitude tegenover het gewenste gedrag, de waargenomen

normen die samenhangen met het gewenste gedrag en de eigeneffectiviteit om het gedrag te vertonen. Tijdens de interviews werden soortgelijke punten door de respondenten genoemd. Meerdere respondenten beschreven een verandering in hun attitudet tegenover beweging en gezonde voeding. Ook was er bij enige respondenten sprake van veranderingen in de eigeneffectiviteit, betreffend het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Door de respondenten zelf werd niet over veranderde waargenomen normen betreffend het gezondheidsgedrag gesproken. Echter werd vaker het belang van de groep en het ondersteunende aspect hiervan benadrukt, welke ook invloed op de waargenomen normen van de respondenten kan hebben.

Uit de kwantitatieve data blijkt de interventie met betrekking tot gewicht en BMI een significant effect bij mensen met overgewicht te hebben. Daarnaast is ook het gezondheidsgedrag, namelijk het regelmatig eten van ontbijt, bij deze deelpopulatie duidelijk verbeterd. Er kan gesteld worden dat de deelnemers, die problemen met overgewicht hebben, ten aanzien van gewicht en hun ontbijtroutine, een gezonder leefstijl vertonen. Echter geldt dit niet voor het activiteitsniveau en de bloeddruk. Zoals uit eerder onderzoek bleek kon een verandering van de bloeddruk niet verwacht worden (Neter, Stam, Kok, Grobbee, & Geleijnse, 2003; Blackburn, 1995) en tegen de verwachting in blijkt, dat de deelnemers zelfs nog minder bewegen dan voor het begin van de interventie.

Ondanks de gevonden positieve veranderingen betreffend het gewicht, de BMI en het ontbijtgedrag van de respondenten moeten de resultaten op de achtergrond van een matige effectgrootte bekeken worden. Dit betekent dat, ondanks de significantie, het om minder relevante effecten gaat. Een reden hiervoor kan de korte tijd tussen de t0- en t1-meting zijn. Totdat aanzienlijke effecten in de verandering van gedrag en fysiologische maten plaats vinden, moet een actieve gewichtsreductie over een langer termijn dan 12 weken plaats vinden (Blackburn, 1995). Hierdoor waren er ook geen grote effecten te verwachten waren. Ook is er bij het interpreteren van de gevonden effectengrootten rekening mee te houden, dat het hierbij gaat om een leefstijlinterventie en geen intensieve begeleiding voor het verliezen van gewicht en verbeteren van de overige gezondheidsindicatoren. Tijdens de interventie vond geen monitoren van het gehele gezondheidsgedrag plaats. Er werden alleen een wekelijkse lessen en sportactiviteiten aangeboden. Daarom kan kan ervan uitgegaan worden dat, hoewel de effecten alleen matig zijn, de interventie een significante bijdrage aan het verbeteren van de leefstijl van de deelnemers leverde. Een vervolgonderzoek naar de effectiviteit van de interventie over een langer termijn is hierdoor interessant. Het kan verwacht worden door de interventie over een langere periode uit te voeren, groter effecten gevonden kunnen worden.

Voor mensen met een normaal gewicht kan de interventie met betrekking tot gewicht, BMI en ontbijtgedrag niet als veranderend beschouwd worden. Hier kan echter gezegd worden dat dit ook wenselijk is. Bij het nauwkeuriger kijken naar enkele gevallen kan ook bij de populatie met normaalgewicht een gezonde verandering genoteerd worden. Enkele deelnemers, die een bijzonder laag gewicht vertoonden, zijn tijdens de interventie aangekomen resulterend in een gezonder lengte-

gewicht ratio. Een mogelijke verklaring hiervoor kan een gezonder eetpatroon of het opbouwen van spiermassa door de regelmatige beweging zijn. Echter bleek ook dat de populatie met normaalgewicht minder activiteit na afloop van de interventie vertoonde. Een verbeterd eetgedrag lijkt dus consistent met de gevonden data. Gevallen als deze bieden ook een mogelijke verklaring voor de verschillende uitkomsten tussen de twee deelpopulaties met over- en normaalgewicht. Het kijken via vervolgonderzoek naar een verandering van het gehele eetgedrag – en niet alleen het regelmatig consumeren van ontbijt – en naar een verandering in de fitness, zou een beter inzicht daarin kunnen geven of en op welke manier de interventie voor de deelnemers met normaalgewicht gewerkt heeft.

Als voorspellende factoren van een succesvolle afronding van SMG werden geslacht, gewicht en activiteitsniveau op t0 gevonden. Mannen zijn in de gehele populatie gemiddeld meer afgevallen tijdens de interventie dan vrouwen. Dit komt met eerder onderzoek overeen waaruit blijkt dat gewichtsreductie via diëten en activiteit bij mannen effectiever is en tot een hoger gewichtsverlies leidt (Donnelly, et al., 2003; Hauner & Berg, 2000). Ook schijnen mensen die algemeen een slechtere gezondheidstoestand voor begin van de interventie hebben vertoond – gemeten aan gewicht en mate aan beweging – hadden meer baat van ‘Scoren met Gezondheid’. Verder blijkt de interventie niet met betrekking tot leeftijd en herkomst niet te onderscheiden en is over alle categorieën in dezelfde mate effectief.

Aan de hand van kwalitatieve en kwantitatieve data over de interventie blijkt dat de interventie SMG met betrekking tot mensen met overgewicht als positief geëvalueerd kan worden. Ook kan er samenhang tussen de verschillende soorten resultaten gevonden worden. De deelnemers beschreven in het kwalitatief onderzoek de interventie met betrekking tot gewichtsverlies als effectief. Dit komt met de kwantitatieve data overeen. Verder blijkt uit de kwantitatieve data uit onderzoeksvraag 2b dat er geen invloeden van herkomst (allochtoon en autochtoon) op de effectiviteit van de interventie zijn. Dit komt ook overeen met de waarnemingen van de respondenten in de interviews. Zowel allochtone als autochtone deelnemers hebben de interventie als effectief en positief ervaren.

Sterkten en beperkingen van het onderzoek

Ondanks de positieve bevindingen over de effectiviteit met betrekking tot gewicht, BMI en ontbijt zijn er ook resultaten gevonden die dit tegenspreken. Aan de hand van descriptieve analyses van de gegevens (zie paragraaf 3.2 Beschrijving onderzoekspopulatie) blijkt een systematische uitval van mensen met overgewicht plaats gevonden te hebben. Echter kan ervan uitgegaan worden, dat deze cases niet in de statistische analyses meegenomen werden. Daarom is het effect van deze systematische uitval onzeker.

Daarnaast is een belangrijke factor in de validiteit van de bevindingen de lage response-rate voor de SQUASH-NL, zoals in tabel 1 te zien is. Vooral op t1 was de response duidelijk lager dan op t0, waardoor de analyses alleen met 22 valide cases uitgevoerd konden worden. Dit kan een verklaring zijn voor het niet vinden van effecten met betrekking tot deze variabele. Een mogelijke reden voor

deze grote uitval van response kan de lengte en uitgebreidheid van de vragenlijst zijn. Bij het verwerken van de data is opgevallen dat veel deelnemers tijdens het invullen van de SQUASH-NL gestopt zijn of alleen sporadisch de vragen ingevuld hebben. Ook hebben sommige participanten op de vragenlijsten zelf vermeld dat ze de afname te uitgebreid en langdurig vonden. Een verklaring hiervoor kan ook het deels beperkte taalvermogen van de deelnemers zijn.

De SHQUASH-NL betreffend werden nog ander problemen gevonden. Een aantal vragen waren ambigu gesteld en daardoor niet consistent door de deelnemers beantwoord. Bij vragen naar de hoeveelheid aan bewogen dagen werd niet aangegeven binnen welke tijd de dagen liggen. Daarom hebben sommige participanten deze vragen per maand en sommige per week beantwoord. Ook het vragen naar de hoeveelheid aan bewogen minuten en uren was niet door alle participanten even goed begrepen. Hierdoor is veel onbruikbare data ontstaan en er moesten zelf cases verwijderd worden omdat de verkregen data over de hoogst mogelijke score uitschoot (vergelijk paragraaf 5.1). Voor een vervolgproject zou een eenvoudiger en duidelijker manier van meten van het activiteitsniveau nodig zijn.

Daarnaast werden niet alle gezondheidsgegevens van de deelnemers voldoende gerapporteerd. Met name is er geen informatie beschikbaar over in hoeverre de participanten naast ‘Scoren met Gezondheid’ bezig waren met andere manieren om af te vallen of bijvoorbeeld het innemen van medicijnen tegen hoge bloeddruk. Met betrekking tot de afgenomen bloeddruk dient ook rekening gehouden te worden dat de afname voor sommige mensen stressvol kan zijn, waardoor de bloeddruk effectief verhoogd wordt. Dit fenomeen wordt ook ‘white coat syndrome’ genoemd (WHO, 2013). Hierdoor kan de betrouwbaarheid van de metingen aangetast zijn. Verder heeft een respondent verteld dat zij tijdens de deelname en met behulp van het ROC van Twente een maagverkleiningsoperatie heeft ondergaan. Uit dit interview bleek, dat daarnaast nog andere deelnemers deze ondersteuning van het ROC waar hebben genomen. In de beschikbare data is echter niet duidelijk welke respondenten een maagverkleining waren ondergaan. Gevonden effecten kunnen dus door andere maatregelen voor een gezonder gewicht vertekend zijn.

De al eerder opgemerkten moeilijkheden als gevold van taalachterstanden bij de deelnemers gelden ook voor de afgenomen interviews. Een van de respondenten (interview 6) beheerste de Nederlandse taal niet voldoende om de vragen tijdens het interview te begrijpen. Alleen door het stellen van gesloten vragen en het uitslaten van veel items kon een interview gehouden worden. Hierdoor is het interview minder valide en betrouwbaar dan de ander interviews. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat de antwoorden van de respondenten in de interviews door sociale wenselijkheid getint zijn. Het kan voor de geïnterviewde een drempel zijn om op zo een directe manier over negatieve belevenissen of een negatieve mening over de interventie te praten. Verder moet de gehele interview-populatie onder het punt beschouwd worden, dat het hierbij om mensen gaat die als cooperrateif door Laura Höfte werden ingeschat en daarnaast zich ook vrijwillig voor vervolgonderzoek hebben opgegeven. Hierdoor is deze groep door twee factoren al verkleurd en zijn

niet random gekozen. Aan de ene kant werden de respondenten door Laura Höfte gekozen, waardoor haar voorkeuren de populatie kunnen vertekenen, en aan de ander kant werden alleen respondenten gekozen die zich cooperatief op hebben gesteld. Hierdoor is het te verwachten, dat de respondenten positieve ervaringen met ‘Scoren met Gezondheid’ gemaakt hebben en daarom ook op een positieve manier over de interventie zullen praten.

Een algemene bedreiging van de generaliseerbaarheid van de gevonden resultaten is de manier waarop de deelnemers geworven werden. De populatie is niet random geselecteerd en ook is geen controlegroep beschikbaar. Het uitvoeren van een gelijkwaardig onderzoek, waarbij aan deze criteria voldaan wordt is echter moeilijk.

Een sterk punt van het onderzoek is echter dat het hierbij om een mixed-methods design gaat. In het beoordelen van de effectiviteit van de interventie werd daardoor niet alleen naar de fysieke uitkomstmaten gekeken, maar ook met de persoonlijke belevenissen en inschattingen van de respondenten rekening gehouden. Dit geeft een meer volledig beeld over de effectiviteit van de interventie op verschillende vlakken en in hoeverre de deelnemers de interventie ook zelf als effectief hebben ervaren. Hierdoor kan op een grotere schaal de verbeteringen en werkzame onderdelen van deze interventie voor vervolgpiloten vastgesteld worden.

5. Conclusie

In het algemeen is een effectiviteit van de interventie in het verbeteren van enige gezondheidsindicatoren (gewicht, BMI en ontbijtgedrag) vast te stellen. Deze effectiviteit kan zowel via het kwalitatief als het kwantitatief onderzoek geconstateerd worden. Vooral is te benoemen dat de interventie uiterst positief van de respondenten werd waargenomen, niet alleen met betrekking tot gezondheidsaspecten maar ook werden andere sociale behoeftes van de respondenten ontmoet. Een herhaling of voortzetting van de interventie werd door alle respondenten tijdens de interviews gewenst.

Hoewel de gevonden effecten van de interventie alleen matig zijn, kan verwacht worden dat het doorvoeren van een langer traject voor betere uitkomsten betreffend de effecten zou zorgen. Daarnaast wordt voor vervolgonderzoeken en -projecten de toepassing van een geschikter en nauwkeuriger meetinstrumenten aangeraden, vooral met betrekking op het meten van het activiteitsniveau.

Referenties

- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Herrmann, S. D., Meckes, N., Bassett Jr., D. R., Tudor-Locke, C., ... & Leon, A. S. (2011). 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Medicine and science in sports and exercise*, 43(8), 1575-1581.
- Arends, S., Hofman, M., Kamsma, Y. P., der Veer, E. van, Houtman, P. M., Kallenberg, C. G., Spoorenberg, A., & Brouwer, E. (2013). Daily physical activity in ankylosing spondylitis: validity and reliability of the IPAQ and SQUASH and the relation with clinical assessments. *Arthritis Research & Therapy*, 15(4), DOI:.org/10.1186/ar4279
- Bertens, M. G. B. C., & van Kesteren, N. M. C. (2011). *Inventarisatie Beweegstimuleringsinterventies voor lage SES bevolkingsgroepen en/of niet westerse allochtonen in Nederland (2000-2010)*. (No. TNO 2011 R2011. 029). TNO.
- Blackburn, G. (1995). Effect of degree of weight loss on health benefits. *Obesity research*, 3(2), 211-216.
- Bleeker, J., de Meer, G., & Reijneveld, M. (2008). Sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland: ook buiten de grote steden een probleem. *TSG*, 86(2), 69-70.
- Busch, M. C. M., & Schrijvers, C. T. M. (2011). Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen. *RIVM rapport 270171002*.
- CBS. (n.d.). Verkregen op 13 Juni, 2016 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/specifiek/wat-verstaat-het-cbs-onder-een-allochtoon->
- Deurenberg, P., Weststrate, J. A., & Seidell, J. C. (1991). Body mass index as a measure of body fatness: age-and sex-specific prediction formulas. *British journal of nutrition*, 65(02), 105-114.
- Donnelly, J. E., Hill, J. O., Jacobsen, D. J., Potteiger, J., Sullivan, D. K., Johnson, S. L., ... & Sharp, T. (2003). Effects of a 16-month randomized controlled exercise trial on body weight and composition in young, overweight men and women: the Midwest Exercise Trial. *Archives of internal medicine*, 163(11), 1343-1350.
- Fishbein, M., & Cappella, J. N. (2006). The role of theory in developing effective health communications. *Journal of Communication*, 56(1), 1-17.
- GGD Fryslân. (2012). Gezondheidsmonitor 2012. Verkregen op 13 Juni, 2016 van <https://www.ggd Fryslan.nl/2376/gezondheidsmonitor-2012/>
- Hauner, H., & Berg, A. (2000). Körperliche Bewegung zur Prävention und Behandlung der Adipositas. *Deutsches Ärzteblatt*, 97(12), 768-774.
- Heutink, H., van Diemen, D., Elzenga, M., & Kooiker, S. (2010). Wat hebben mensen met een lage en hoge(re) SES zelf te zeggen over gezond leven?. *TSG*, 88(1), 10-12.
- Hildebrandt, V. H., Bernaards, C., & Hofstetter, H. (2015). *Trendrapport bewegen en gezondheid 2000/2014*. TNO.
- Hoeymans, N., Melse, J. M., & Schoemaker, C. G. (2010). Gezondheid en determinanten. *Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning*.
- Höfte, L. (2015). Handleiding Scoren met Gezondheid.

- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim, Deutschland: Beltz Juventa.
- Luteijn, F., & Barelds, D.P.H. (2013). *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers. ISBN: 9789059319844
- Neter, J. E., Stam, B. E., Kok, F. J., Grobbee, D. E., & Geleijnse, J. M. (2003). Influence of weight reduction on blood pressure a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, 42(5), 878-884.
- Netwerk in Beweging. (n.d.). Verkregen op 13 Juni, 2016 van <http://www.netwerkinbeweging.nl/interventies/overzicht/21839?mode=20000&leeftijdscategorie=&beoordeling=&thema=&doelgroep=&setting=&sport=&trefwoorden=scoren+>
- O'Neil, C. E., Nicklas, T. A., & Fulgoni, V. L. (2014). Nutrient intake, diet quality, and weight/adiposity parameters in breakfast patterns compared with no breakfast in adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2008. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(12), S27-S43.
- ROC van Twente. (2016). Strategische Koers 2016-2020. Verkregen op 13 Juni, 2016 van <https://www.rocvantwente.nl/site/home/over-ROC-van-Twente/algemeen/doel-missie-visie.html>
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1995). Does employment affect health? *Journal of Health and social Behavior*, 230-243.
- Sedlmeier, P., & Renkewitz, F. (2013). *Forschungsmethoden und Statistik: Ein Lehrbuch für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage).
- Song, W. O., Chun, O. K., Obayashi, S., Cho, S., & Chung, C. E. (2005). Is consumption of breakfast associated with body mass index in US adults? *Journal of the American Dietetic Association*, 105(9), 1373-1382.
- Sportdeelname. (2016). SQUASH-NL. Verkregen op 13 Juni, 2016 op <http://www.sportdeelname.nl/methodieken/squash/>
- U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute. (2004). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. NIH Publication No. 04-5230. Verkregen op 13 Juni, 2016 van <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>
- van Ewijk, C., van der Horst, A., & Besseling, P. (2013). *Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit. Toekomst voor de zorg*. Den Haag: CPB.
- Williams, E. P., Mesidor, M., Winters, K., Dubbert, P. M., & Wyatt, S. B. (2015). Overweight and Obesity: Prevalence, Consequences, and Causes of a Growing Public Health Problem. *Current obesity reports*, 4(3), 363-370.
- Witbracht, M., Keim, N. L., Forester, S., Widaman, A., & Laugero, K. (2014). Female breakfast skippers display a disrupted cortisol rhythm and elevated blood pressure. *Physiology & Behavior*, 140, 215-221. DOI: 10.1016/j.physbeh.2014.12.044.
- World Health Organization. (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity*, Geneva, 3-5 June 1997.

World Health Organization (WHO). (2013). A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. *World*.

Appendix

A

MET-waarden per activiteit

Activiteit	MET-waarde
Lopen	3,5
Fietsen	5,0
Wandelen	3,5
Tuinieren	5,0
Klussen	3,0
Sporten	6,15
Licht huishoudelijk werk	2,5
Zwaar huishoudelijk werk	4,5
Licht werk beroep	2,5
Zwaar werk beroep	4,0

B

Normaalverdeling uit resultaten van Kolmogorov-Smirnov test

	t0	t1	$\Delta t1-t0$
	p	p	p
Leeftijd	.09	-	-
Herkomst vader	.000	-	-
Herkomst moeder	.000	-	-
Gewicht	.001	.007	.000
BMI	.007	.172	.001
Bloeddruk	.000	.000	.000
Activiteitsniveau	.001	.021	.200

C

Classificatie van bloeddruk volgens het U.S. Department of Health and Human Services (2004)

Classificatie	Systolische bloeddruk (SBD)		Diastolische bloeddruk (DBD)
Normaal	< 120	en	< 80
Pre-hypertensie	120 - 139	en / of	80 - 89
Stadium 1 hypertensie	140 - 159	en / of	90 - 99
Stadium 2 hypertensie	≥ 160	en / of	≥ 100

D*Template Interview*

Beste mevrouw/meneer,

Alvast hartelijk dank voor uw deelname aan het interview. Wij zijn Philine Müller en Katharina Preuhs en zullen gedurende het interview een aantal vragen met betrekking tot uw ervaringen en meningen ten opzichte van de interventie Scoren met Gezondheid stellen. Hierbij gaat het vooral erom wat u van de interventie en diens onderdelen vond als ook uw ervaringen betreffend onderdelen waar u het meeste aan hebt gehad. Het is de bedoeling dat u elke vraag kort in enkele zinnen of steekwoorden beantwoordt. U mag hierbij gerust alles zeggen wat in u op komt. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. We zijn alleen in u eigen mening geïnteresseerd. Elk antwoord is daarom welkom. Verder zullen er geen namen in het eindverslag genoemd worden en antwoorden zullen anoniem gerapporteerd worden. Zodat geen antwoorden verloren gaan zal dit interview worden opgenomen.

U mag de deelname op elk moment van het interview stoppen, als u dat wilt. Mocht er iets onduidelijk voor u zijn, kunt u gerust navragen en zullen we proberen de vraag duidelijk uit te leggen.

Ten eerste gaan we enkele persoonlijke vragen stellen en gaan daarna dieper op uw ervaringen met 'Scoren met Gezondheid' in.

Is alles duidelijk voor u? Gaat u akkoord en zullen we met het interview beginnen?

Persoonlijke vragen

- Wat is uw leeftijd? _____
- Wat is uw huidige levenssituatie?
 O getrouwd O alleenstaand O weduwe/naar O samenwonend

Vragen met betrekking tot de interventie

- Wanneer heeft u aan de interventie deelgenomen? _____
- In welk groep zat u? _____

Vragen over positieve en negatieve ervaringen**Algemeen**

Hoe hebt u de interventie ervaren?

Wat hebt u als positief ervaren (leuk, plezierig, zinvol, waardevol)?

Wat hebt u als negatief ervaren (onplezierig, te moeilijk / te makkelijk, waardeloos, zinloos)?

Hebt u nog verdere verbeterpunten voor de interventie? / Hebt u iets tijdens de interventie gemist?

Organisatie

Hoe hebt u de organisatie van de interventie ervaren? (Voorbeelden: hoe de bijeenkomsten waren opgebouwd, hoe informatie aan jullie door werd gegeven, hoe vaak en waar de bijeenkomsten plaats hebben gevonden)

Wat had u graag anders gehad?

Beweging

Wat kunt u zich nog van de bijeenkomsten herinneren waarbij jullie gesport hebben?

Wat vond u van het onderdeel met betrekking tot beweging?

Wat hebt u als positief ervaren (leuk, plezierig, zinvol, waardevol)?

Wat hebt u als negatief ervaren (onplezierig, te moeilijk / te makkelijk, waardeloos, zinloos)?

Wat had u graag anders gehad aan dit onderdeel?

Voeding

Wat vond u van het onderdeel met betrekking tot voeding?

Wat hebt u als positief ervaren (leuk, plezierig, zinvol, waardevol)?

Wat hebt u als negatief ervaren (onplezierig, te moeilijk / te makkelijk, waardeloos, zinloos)?

Wat had u graag anders gehad aan dit onderdeel?

Vragen met betrekking tot baat/voordelen van de cursus:

Wat heeft u gedurende de deelname aan SMG geleerd?

In hoeverre heeft de deelname uw leven (positief of negatief) beïnvloed?

In wat soort momenten in uw dagelijks leven denkt u weleens terug aan SMG?

Zou u technieken kunnen benoemen die u gedurende de deelname aan SMG hebt leren toepassen en die u vandaag nog wel gebruikt?

... Met betrekking tot beweging / sport

... Met betrekking tot voeding

... Met betrekking tot sociale / persoonlijke vaardigheden

Sinds de deelname aan Scoren met Gezondheid, wat is er veranderd...

...wat betreft het ervaren van geluk of algemene levenstevredenheid? _____

... wat betreft uw actieve deelname in de maatschappij/Samenleving? (zoals lid worden van een vereniging)

... wat betreft uw dagelijkse activiteiten? _____

... wat betreft uw (zelf)vertrouwen in het eigen kunnen/bekwaamheden? _____

... wat betreft uw mobiliteit, het ervaren van pijn of negatieve stemming? _____

... wat betreft de omgang met en het aankunnen van uitdagende levenssituaties? _____

Voert u op dit moment een beroep / vrijwilligerswerk uit?

[Indien ja:] Wat is uw beroep? _____

Hoe lang beoefent u dit beroep al? _____

Volgt u op dit moment regelmatig sportles? _____

Denkt u dat Scoren met gezondheid hier aan heeft bijgedragen?

O Ja O Nee

Indien ja: Hoe heeft de deelname eraan bijgedragen? _____

Dit is de laatste vraag:

Wilt u nog iets kwijt over Scoren met gezondheid? Of zijn er nog dingen die niet besproken werden, die u wel graag wilt bespreken?

Bedankt voor uw deelname aan het onderzoek.

E*Informed consent form****Informed consent form voor deelnemers van de interventie ‘Scoren met Gezondheid’
die uitgenodigd zijn voor een vervolg-interview***

Katharina Preuhs & Philine Müller

Universiteit Twente

in samenwerking met het ROC van Twente en ‘Scoren met gezondheid’

Deel I. Informatie

Voordat u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek willen wij u vragen om dit informatieblad goed door te lezen, zodat u bekend bent met de inhoud, het doel en de methode van het interview. Mocht er iets niet duidelijkheden zijn, vraag dan dan alstublieft een van de onderzoekers.

Wij, Katharina Preuhs en Philine Müller, zijn studenten van de bachelor opleiding Psychologie van de Universiteit Twente. Wij voeren een vervolgonderzoek uit over de ROC-interventie ‘Scoren met Gezondheid’, waaraan u heeft deelgenomen.

Doel

Het doel van dit onderzoek is om naar verschillende meningen ten opzichte van de interventie te kijken om achter te halen of de deelnemers er iets aan hebben gehad en vervolgens verbeterpunten voor toekomstige interventies op te stellen.

Vrijwillige deelname

De deelname aan dit interview gebeurt vrijwillig en kan, zonder het aangeven van een reden, op elk moment worden afgebroken. Er hoeft alleen informatie van u gegeven worden, waarmee u comfortabel bent. Ook kunnen aangaven achteraf gewijzigd of verwijderd worden.

Procedure

Indien u beslist om deel te nemen, zullen we eenmalig een kort interview van ongeveer 20 minuten willen afnemen. Gedurende het interview zal een geluidsopname worden gemaakt zodat er geen informatie verloren gaat. Deze zal alleen ter ondersteuning voor het analyseren gebruikt worden en niet met derden worden gedeeld.

Vertrouwelijkheid

Uw antwoorden en geluidsopnamen worden uiteraard vertrouwelijk behandeld en geanonimiseerd. Behalve de onderzoekers krijgt niemand inzage in de interviews. In het eindverslag zullen nergens namen worden genoemd, en de resultaten in het eindverslag worden zódanig beschreven dat niet kan worden achterhaald wie wat gezegd heeft.

Deel II. Verklaring van toestemming

In te vullen door de deelnemer

- ☐ Het doel, de methode en de inhoud van het interview zijn me duidelijk.
- ☐ Ik weet dat ik op elk moment mag stoppen met het interview.
- ☐ Ik begrijp dat mijn data (naam, antwoorden) nergens duidelijk zullen worden gemaakt.
- ☐ Ik neem vrijwillig deel aan het interview.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

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:

Datum: Handtekening onderzoeker:

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

F*Definitie van de subcategorieën*

Subcategorieën	Definitie
Activiteiten	Alle positieve / negatieve uitingen en beschrijvingen over activiteiten binnen 'Scoren met Gezondheid' (Voorbeelden: lessen, sportactiviteiten, etc.)
Beoordeling	Alle positieve / negatieve beoordelingen, welke geen persoonlijke ervaring maar algemene uitspraken zijn die een waardeoordeel geven (Bijvoorbeeld bijgevoegde naamwoorden zoals: laagdrempelig, goed, duidelijk)
Communicatie	Alles positieve / negatieve uitspraken die de communicatie tussen het personeel en de deelnemers beschrijven.
Cultuurverschillen	Alle positieve / negatieve commentaren over de omgang met de aanwezigheid van een etnische diversiteit en taalbarrières binnen de groep.
Effect	Alle uitspraken over een positieve / negatieve verandering die door de interventie in het leven / gedrag / instelling van een deelnemer plaats heeft gevonden.
Ervaring	Alle positieve / negatieve persoonlijke waarnemingen / anekdotes / verhalen in samenhang met 'Scoren met Gezondheid'. (Voorbeelden: 'het was uit mijn comfortzone stappen').
Sociale interactie	Alle positieve / negatieve uitspraken die over een interactie tussen de deelnemers of tussen de deelnemers en de docenten plaats heeft gevonden
Verbetering	Alle opmerkingen tot mogelijke verbeteringen van de cursus, als gevolg op een positieve beoordeling (hier als vorm van bekrachtiging) of een negatieve beoordeling.

G*Codeerschema interviews*

Hoofdcategorie	Onderscheiding	Subschalen	
Algemeen			
	Positief		
		Activiteiten	
		Beoordeling	
		Communicatie	
		Cultuurverschillen	
		Effect	
		Ervaring	
		Sociale interactie	
		Verbetering	
	Negatief		
		Activiteiten	
		Beoordeling	
		Communicatie	
		Cultuurverschillen	
		Effect	
		Ervaring	
		Sociale interactie	
		Verbetering	
Organisatie			
	Positief		
		Activiteiten	
		Beoordeling	
		Communicatie	
		Cultuurverschillen	

		Effect	
		Ervaring	
		Sociale interactie	
		Verbetering	
	Negatief		
		Activiteiten	
		Beoordeling	
		Communicatie	
		Cultuurverschillen	
		Effect	
		Ervaring	
		Sociale interactie	
		Verbetering	
Beweging			
	Positief		
		Activiteiten	
		Beoordeling	
		Communicatie	
		Cultuurverschillen	
		Effect	
		Ervaring	
		Sociale interactie	
		Verbetering	
	Negatief		
		Activiteiten	
		Beoordeling	
		Communicatie	
		Cultuurverschillen	
		Effect	
		Ervaring	
		Sociale interactie	
		Verbetering	
Voeding			
	Positief		
		Activiteiten	
		Beoordeling	
		Communicatie	
		Cultuurverschillen	
		Effect	
		Ervaring	
		Sociale interactie	
		Verbetering	
	Negatief		
		Activiteiten	
		Beoordeling	
		Communicatie	
		Cultuurverschillen	
		Effect	
		Ervaring	
		Sociale interactie	
		Verbetering	

Overig			
	Positief		
	Negatief		

I

Samenvattende tabel van alle interviews

Hoofdcategorie	Onderscheiding	Subschalen	
Algemeen			
	Positief		
		Activiteiten	Interview 1: een groep met totaal onbekende mensen, ook veel; Interview 3: hebben heel veel gehad over gezondheid, beweging, ehm.. heel mooi adviezen en zo; Interview 6: Hier 16 jaar, nooit geweest! [in het Twente stadion] Ik heb uitkering, ik kan niet werken, kan niet betalen. Maar met Scoren met Gezondheid twee of drie keer geweest... en die gelukkig!
		Beoordeling	Interview 1: het is lekker laagdrempelig; dit project was gewoon een goed project; Ik vond het een eisenstellend project; Interview 2: de gezondheid-cursus was heel goed voor mij Interview 3: het was heel leuk Interview 5: Het was gezellig [...] Dus allemaal z'n woonkamergevoel, geen leraar student gevoel, gewoon gelijk Interview 6: Ja, dat is positief ja;
		Communicatie	Interview 5: geen leugens, soms heb je verkeerde belofte maar nee was gewoon alles... als je vragen had
		Cultuurverschillen	Interview 1: buitenlandse mensen, maar dat deed helemaal niks voor de groep, het was gewoon een gezellige groep en dat maakt het juist leuker; Interview 2: Maar met die cursus komen een beetje Nederlandse mensen op en we zijn een beetje: 'Oh, we kan ook doen dat... we kan ook doen dat'. Interview 5: ander culturen (kennis maken); geen taalbarrières meer
		Effect	Interview 1: Ik kreeg weer structuur in mijn levenspatroon; dat heeft mij opgekikt en vanuit daar ben ik gaan werken, dus zo goed was dat project voor mij; ik ben ook nog naar die tijd naar school geweest om een MBO diploma te halen voor de zorg Interview 2:

			Allochtones vrouw, we zijn meestal niet echt open vrouw... ja kan... we denken heel veel voor de tijd we doen wat. Maar met die cursus komen een beetje Nederlandse mensen op en we zijn een beetje: 'Oh, we kan ook doen dat... we kan ook doen dat'. We zitten gewoon, onze cultuur een beetje anders. Vrouwen blijven heel lang in de keuken, eten maken en niet zo veel uit de huis komen; Maar toch ik heb BBL opleiding gedaan; Ja, ik werk nu bij de Power – tijdelijk, vrijwillig Interview 4: Eh ja naja we moesten wegen en daarna moet je weer wegen en dat is zo mooi als je dan ziet dat je afgevallen bent; Doordat ze me hebben geholpen om naar school te gaan weer. En dat heeft mij heel positief gemaakt want ik heb die opleiding behaald. En ja en nu heb ik werk; hun hebben me weer op weg geholpen; Als ik bij hun niet was gekomen was ik nu niet zo ver gekomen; Word je een heel ander mens van! Samenwerken, dat zijn dingen die ik echt geleerd heb Interview 5: met scoren met gezondheid kon ik bewijzen dat ik geschikt was voor een BBL opleiding in de zorg; goeie tips krijgen voor gezondheid; Met eten, ja met koken, met bewegen elke dag, doe ik nog steeds die schema
		Ervaring	Interview 1: ik had altijd zo iets van die een keer in de week dan ga je helemaal los en voor mijn gevoel; ik heb daar zo'n mooie tijd voor gehad; De lessen die gegeven werd waar je om tafel zit en praten met iedereen, dat ging allemaal gemoedelijk zoals met de vrouwen die dat dan gaven, die cursus Maar die Marianne van Giesen, die heeft me altijd heel goed geholpen. Die kon ik ook zo tussendoor even een keer bellen als daar wat was. Interview 2: de gezondheid-cursus was heel goed voor mij Interview 3: Ja, ik kwam altijd met plezier naar de les; ja, gewoon hele leuke begeleider; Interview 4: Ik heb het heel goed ervaren; En geweldige begeleiders; Interview 5: Het was uit mijn comfortzone stappen; het is echt een positieve ervaring geweest vanaf toen is alles goed gelopen, ja
		Sociale interactie	Interview 1: het is ook goed voor je sociale ontwikkeling Interview 3: We waren net een familie, hadden een goeie band met elkaar, veel gelachen... ja, dat was heel leuk, ja!

			Interview 4: ik had mensen waar ik naartoe kon en dat deed mij heel goed.; Sowieso veel samen werken; Ja, vond ik erg leuk om dat met zo'n hele grote groep te doen; Interview 5: Het was echt een heel gezellige groep, heel gezellige dames Interview 6: Ja, die mensen als die komen van scoren met gezondheid... hoe moet ik zeggen... die lachen een beetje en die samen die activiteit gemaakt; En die wandeling of fietsen.. ik kan niet ook zo veel doen. Maar als die kennis maken met een groep en die maken vrienden en die komen bij elkaar een keer of twee keer per week
		Verbetering	Interview 1: ik was wel een voorstander van om zoiets twee keer in de week te doen; Als er zich straks weer zo'n project voordoet en ik heb er tijd voor dan denk ik dat ik absoluut ik zo weer zeg daar wil ik graag aan mee doen Interview 6: Ja, ik heb een paar keer gezegd waarom niet maken elke week? Als je hebt die groep... 10 mensen, of 20 personen... per maand die ene zaaltje verhuur voor 1 keer per week. Iedereen betalen 5€ of 10tje of 20€ per maand, dan heb 20 personen die altijd die sporten
		Overig	Interview 2: Ze zeggen altijd, als we hebben probleem, als we hebben persoonlijk probleem, we gaan met hun uitleggen, wat is aan de hand, wat we kan doen... nee, dat is echt goed
	Negatief		
		Activiteiten	
		Beoordeling	
		Communicatie	
		Cultuurverschillen	
		Effect	
		Ervaring	
		Sociale interactie	
		Verbetering	Interview 1: (met betrekking tot het vaker aanbieden van de cursus) ik zat ook met allemaal ouderen en mensen met kinderen en dat was toen in die tijd volgens mij ook vrij lastig om dat allemaal te realiseren
Organisatie			
	Positief		
		Activiteiten	Interview 1: het was ook allemaal prima geregeld met vervoer naar zeg maar het sportclub; Interview 4: Ja, iedere week wel. En dat is wel voldoende hoor, een keer in de week
		Beoordeling	Interview 6: ja de organisatie ook zo goed
		Communicatie	Interview 1: het werd gewoon heel goed uitgelegd; Interview 2: Voor die tijd wij weten alles wat we moeten doen. Of als we vandaag bij de cursus, we weten wat we volgende weken moeten nemen.; Interview 3:

			Ja, die waren allemaal voldoende en duidelijk. Was goed!;
		Cultuurverschillen	Interview 1: ook voor mensen die niet zo heel goed Nederlands konden, Interview 2: En weten die taal niet goed... hun gebruiken altijd makkelijke woorden of wat we kan begrijpen en we kunnen ook heel veel informatie met de foto's ook.
		Effect	
		Ervaring	Interview 3: Ik vond alles goed, die tijden, wanneer we beginnen, het einde... was goed! Interview 4: Ja, iedere week wel. En dat is wel voldoende hoor, een keer in de week
		Sociale interactie	
		Verbetering	
	Negatief		
		Activiteiten	
		Beoordeling	
		Communicatie	
		Cultuurverschillen	
		Effect	
		Ervaring	
		Sociale interactie	
		Verbetering	
Beweging			
	Positief		
		Activiteiten	Interview 1: Allemaal leuk, laagdrempelig ook gewoon, heel simpel, rustig beginnen; ik had altijd zo iets van die een keer in de week dan ga je helemaal los en voor mijn gevoel Interview 2: Toch met de gezondheid-cursus we hebben een paar soorten sporten gedaan. Interview 3: Wij hebben gevoetbald, volleybal een beetje gedaan. Ja, met heel veel sporten een beetje ervaring gemaakt. ja, was heel leuk Interview 4: ja, waren leuke dingen om te doen Interview 5: We hadden een sportdag op FC Twente gebied gehad, dat was wel heel leuk met rondleiding en alles; We zijn naar een sportschool geweest, gewandeld, gezondarts en thai-chi, yoga. En een gymzaal, we hadden ook balactiviteiten [...] Ja leuke activiteiten, ja nee was echt heel leuk Interview 6: Ja, leuke activiteiten, ja nee was echt heel leuk
		Beoordeling	Interview 1: dat heb ik allemaal zeer positief ervaren. Nee, dat scoren in de week was een en al leuk; Interview 2: Was goed, ja was heel goed.;

			Interview 3: Heel leuk, heel goed... super. Ik zou eigenlijk nog een keer doen, hoor!;
		Communicatie	
		Cultuurverschillen	
		Effect	Interview 1: de wil om te winnen [...] dat dat voor mij gewoon een hele goeie opstap is geweest voor wat ik daarna allemaal heb bereikt; wat ik heb geleerd is dat gewoon bewegen ontzettend belangrijk is en als zou je toch een keer in de week sporten mits je dat zou kunnen, omdat het gewoon belangrijk is om dat te doen en bij te houden. Je voelt je toch een stuk beter in je vel ja ik fiets nog wel veel dus dat hou ik daar nog wel aan over Interview 2: Nu wij weten wat is goed voor mij, wat ik kan doen. Dat is goeie punt van de gezondheid-cursus; Ja, toen die tijd ik durfde niet altijd naar de sportclub te gaan. Ik denk ehh... die mensen lachen of pesten mij... En ik kan niet misschien bewegen. Maar met de cursus, met de gezondheid-cursus, ik weet wat ik kan doen Maar met gezondheid [-cursus] als we komen hier samen een beetje praten, nog een beetje bewegen, ik voel: 'oeh, je kan een beetje bewegen, je kan nog!' Maar nu weet ik, ik hoef niet altijd naar de sportclubs en zweten en zo warm krijgen. Ik kan zwemmen, ik heb kans om naar zwemles te gaan Ik weet het nu wat vind ik leuk, wat ik vind niet leuk,...; Ja, zwemcursus en wandelen drie keer per week Interview 3: We hebben er zwemles gedaan en ik heb diploma A en B gehaald en ehmm... ja, dat vindt ik heel leuk Ik heb ook met mijn zoon gevoetbald Interview 4: Ik was ook afgefallen; (op de vraag welke factor heeft geholpen af te vallen:) Bewegen. Absoluut. Bewegen is echt het belangrijkste; ik zou best wel weer terug willen om te sporten weet je wel Interview 5: Dus ik heb ook geleerd dat ook in het huishouden zit exercises verstoep, vond ik heel leuk Na we hebben zumba gedaan, dat heb ik na de hand, heb ik me bij de sportschool daarvoor aangemeld. Dus dat vond ik wel leuk, dus ben ik een zumba-fan geworden, heb ook een DVD. Ik ben wel zumba-fan geworden daardoor, dat heb ik daar voor het eerst gedaan; We kregen ook een boekje mee met allemaal beweegopties voor in huis dus als je daar niet uit kunt dat je ook met banken, stoelen en de trap ook je exercise kunt doen, dus dat was handig, ja; thuisactiviteiten en wandelen. Dus de gratis adviezen doe ik qua activiteiten

			Interview 6: Ik heb thuis ook fitness gemaakt in mijn kamer en een beetje beweging... fietsen elke dag
		Ervaring	Interview 1: dat was ook een leuk gevoel dat weer terug kwam, in het begin kwartiertje is iedereen bang en dan moeten ze getemd worden omdat ze daar té fanatiek worden; Interview 2: ik heb zo mooie tijd gehad met hun, dus ik kan niets negatiefs; Interview 3: Ja, met heel veel sporten een beetje ervaring gemaakt. ja, was heel leuk; We hebben een keer met FC Twente dingen gedaan en dat was heel leuk; Interview 4: Nee, ik had overal wel lol in Interview 5: Iedereen was enthousiast; niks negatiefs meegemaakt
		Sociale interactie	Interview 1: het leuk was om elkaar naar een weekje weer ter zien; Interview 3: En daarna hebben we de zwemles samen gedaan ook, du we hebben echt eh... goeie band met elkaar!; Ik heb ook met mijn zoon gevoetbald Interview 4: in het groepsverband, dat vind ik gewoon leuk Interview 5: we hebben heel veel gelachen
		Verbetering	Interview 4: ik denk dat iedereen verschillend is en daar moeten jullie gewoon op letten denk ik. Dat vind ik het belangrijkste
	Negatief		
		Activiteiten	Interview 1: allemaal die afwisselende dingen. Die doe ik ook niet meer in je dagelijks leven;
		Beoordeling	
		Communicatie	
		Cultuurverschillen	
		Effect	
		Ervaring	Interview 4: Nee, maar wel dat ze meer rekening houden met wat ouderen. D'r waren wel wat dingen dat je denkt van wow moeten wij dat doen?; Maar ja bepaalde dingen is best moeilijk.; Ja, nou ja daar zei ik gewoon van ik doe niet mee, dat is gewoon heel simpel, daar ben ik eerlijk in. Interview 5: we hebben verschillende sportactiviteiten gedaan daar was er misschien eentje bij die ik saai vond
		Sociale interactie	
		Verbetering	
Voeding			
	Positief		
		Activiteiten	Interview 3: Ja, hoe moet je gezond eten, en heel veel adviezen over... over alles!

			Interview 6: Ja, die diëtist die komen ook hier. En die praten over eten over drinken en... ook eten klaar maken en samen die eten klaar maken
		Beoordeling	Interview 2: Ja, dat ook goed; Interview 5: we kregen veel mee, A4tjes met informatie. Dus dat was handig, kon je thuis nog even nalezen; Interview 6: Zo mooi! Zo goeie ervaring!
		Communicatie	Interview 5: Iedereen kon vragen stellen
		Cultuurverschillen	Interview 1: Daar waren paar buitenlandse mensen daarbij en die maakten dan buitenlands eten en er waren paar Nederlanders [...] dat was een heel buffet en dat was dan ook weer heel leuk en gezellig; Interview 2: boeken gemaakt samen om onze cultuur, maar op gezonde manier Met de gezondheid-cursus, ja, ik heb toch geleerd wat ik moet eten, wat ik mag niet eten en dat soorten dingen Interview 5: wat voor mij heel handig was, was dat ook naar buitenlands eten werd gekeken
		Effect	Interview 1: ik weet zeker dat er genoeg jongen hebben tussen gezeten die dingen niet hebben verwacht en dat het dan veel beter was om dat anders te doen; Interview 2: Maar met gezondheid [-cursus], met diëtist, we hebben geleerd dat is niet dieet. Gewoon gezond eten en gezond leven; Dat is een beetje verandert ook wat we tussendoor eten, wat is daar goed voor ons... ja, dat gaat niet altijd lukken bij mij, maar ik hou van eten [lacht]... Maar toch hier iets verandert! Ja, beter mij zelf onder de controle houden Ja, ik gebruik ook zelfs die boeken ook, die papiertjes gewoon. Interview 3: Ja, kijk ik eet heel veel fruit en groeten en minder vet. En ook met mijn kinderen ga ik ook zo doen Interview 4: Ik was ook afgevallen; ja, dat heeft me geholpen Interview 5: Ja, met paar dingen voorzichtiger zijn dat wat ik daarvoor was, met bepaalde snoepen, groente, rijstwafels, ja. En ook met de zoetstoffen ja. Dat sommige light-producten in de winkel niet echt gezond zijn. Dus daar hebben ze mij op gewezen Interview 6: Ja, verandert eten... maar dat ook moet Ja, die zo ook goeie informatie gekregen
		Ervaring	Interview 1: we hadden ook een keer samen gegeten, dat is ook een heel leuke ervaring;

			Interview 3: we hebben ook aan dat einde samen eten gemaakt, dat was meestal gezond en lekker en dan hebben we samen gegeten, dat was leuk! Interview 4: Vond ik heel goed; Eh ja naja we moesten wegen en daarna moet je weer wegen en dat is zo mooi als je dan ziet dat je afgevallen bent Interview 5: ander eten (Kennis maken) was heel lekker;
		Sociale interactie	Interview 1: dat zijn leuke dingen om dan ook mensen weer bij elkaar te brengen; Interview 5: Nee, was eh we hielpen elkaar wel. Iedereen was behulpzaam en respectvol
		Verbetering	Interview 1: Vaker doen! Als dat wel mogelijk is met de kandidaten; Interview 2: Ja, misschien kan diëtist twee keer komen
	Negatief		
		Activiteiten	
		Beoordeling	
		Communicatie	
		Cultuurverschillen	
		Effect	Interview 1: omdat ik daar al dagelijks mee geconfronteerd wordt (van wegen diabetes), ben ik daar niet heel veel wijzer van geworden omdat ik die informatie al wist;
		Ervaring	Interview 5: Ze hebben een keer een spreker van buitenaf gehaald, was een diëtist. Die wist niet zo veel over olijfolie of andere gerechten. Dus dat was wel een beetje jammer. Daar had ik zo iets van dan wordt je hier uitgenodigd en dan ben je gespecialiseerd in Nederlands. Das wel jammer;
		Sociale interactie	
		Verbetering	
Overig			
	Positief		
	Negatief		