

An abstract graphic on the left side of the page. It features several blue circles of varying sizes connected by thin, black, wavy lines. The lines and circles are arranged in a way that suggests a network or a flow, with some lines extending from the top and bottom edges of the page.

EFFECTIVITEIT VAN DE INTERVENTIE 'SCOREN MET GEZONDHEID' OP HET MENTAAL WELBEVINDEN, DE KWALITEIT VAN LEVEN EN VEERKRACHT VAN DE DEELNEMERS

Katharina Preuhs

Bachelorthese

FACULTEIT GEDRAGSWETENSCHAPPEN
BACHELOR PSYCHOLOGIE

BEGELEIDING DOOR

DR. C.H.C. DROSSAERT

DR. M.E. PIETERSE

24-06-2016

De effectiviteit van de interventie ‘Scoren met Gezondheid’ op het mentaal
welbevinden, de kwaliteit van leven en veerkracht van de deelnemers

Katharina Preuhs |

Universiteit Twente

Faculteit Gedragwetenschappen, Bachelor Psychologie

Bacheloropdracht Juni 2016,

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

Abstract

Uit een veeltal onderzoek gaan de negatieve effecten van werkloosheid op zowel het mentaal welbevinden en de kwaliteit van leven naar voren. Veerkracht blijkt echter als beschermende buffer de negatieve gevolgen en diens consequenties te kunnen afdempen. Om mensen uit kwetsbare groepen, zonder werk, te steunen bij het weer oppakken van hun leven en gezondheid werd de interventie Scoren met Gezondheid opgezet.

Het huidige onderzoek is bedoeld om inzicht te geven in mogelijke positieve effecten van het volgen van de interventie op zowel mentaal welbevinden, kwaliteit van leven en veerkracht van de deelnemers alsmede de stimulatie tot participatie. Dit werd onderzocht met behulp van een mixed methods design. Er werden kwantitatieve analyses ($n=19$ waarvan 3 mannen en 16 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van $M=46.7$ ($SD=11.9$)) betreffend de scores op de MHC-SF, EQ-6D en RS-NL op de tijdstippen voor en na het volgen van de interventie uitgevoerd. Daarnaast werd gekeken in hoe verre de interventie tot participatie in de zin van het uitvoeren van (vrijwilligers)werk of het volgen van een opleiding kon stimuleren. Hiervoor werden interviews met zes oud-deelnemers gehouden (2 mannen, 4 vrouwen met gemiddelde leeftijd van $M=40.3$ ($SD=4.1$)) om met behulp van een kwalitatieve analyse een beter beeld van de effecten te kunnen schetsen. De kwantitatieve resultaten duiden op alleen een significante toename wat betreft de kwaliteit van leven. Echter, de kwalitatieve analyse laat een toename van alle constructen als ook een geslaagde stimulatie tot participatie aannemen. Gezien de kleine steekproefgrootte in beide gevallen zijn de resultaten desalniettemin eventueel niet valide en daarom niet te generaliseren.

Er kan geconcludeerd worden dat de interventie Scoren met Gezondheid potentieel heeft tot aanzet tot participatie alsmede de toename op de domeinen mentaal welbevinden, kwaliteit van leven en veerkracht kan stimuleren. Om algemeen geldige en valide uitspraken te kunnen maken is niettemin verder onderzoek met een groter steekproefgrootte en zo mogelijk controle groep nodig.

Abstract (EN)

Research has shown a relation between unemployment and mental health, quality of life and resilience. According to the literature, unemployment can pose detrimental consequences on our mental health, quality of life and resilience. Therefore, interventions such as Scoren met Gezondheid are set up to strengthen these aspects and thereby lower the negative impact of unemployment. At the same time, the intervention aims at helping unemployed, mostly immigrant people to get back to work.

The paper explores the possible effects of the intervention Scoren met Gezondheid on mental well-being, quality of life and resilience of the participants ($n=19$ of which 3 men and 16 women with an average age of $M=46.7$ ($SD=11.9$)). Furthermore, the research gains insight in how far the intervention was able to stimulate participation. The analysis draws on a mixed methods design comprising quantitative data analysis regarding the scores on MHC-SF, EQ-6D and RS-NL on two different measures which were gathered during the intervention as well as qualitative data stemming from an interview which was held with six participants (2 men, 4 women with an average age of $M=40.3$ ($SD=4.1$)) afterwards.

The quantitative results suggest improvement regarding the participants' quality of life. However, qualitative analysis proposes progress on overall mental well-being, quality of life and resilience. Besides, the intervention seems to be successful regarding the onset of employment and further education. However, the results cannot be generalized regarding the small sample size.

As a conclusion, the results show the potential of the intervention Scoren met Gezondheid. However, more elaborate research with a bigger sample size and control group would be needed to clarify if the results are generalizable and valid.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	5
Scoren met Gezondheid.....	7
Onderzoeksvraag	9
2. Methode.....	9
Onderzoeksopzet	9
Kwantitatief onderzoek.....	9
Design	9
Participanten en procedure	9
Materialen.....	10
Data Analyse	12
Kwalitatief onderzoek	13
Design	13
Participanten en procedure	13
Interviewschema.....	14
Data Analyse	14
3. Resultaten	15
Kwantitatief onderzoek	15
Kwalitatief onderzoek	16
4. Discussie.....	23
5. Conclusie	26
6. Referenties	27
7. Appendix	31
A: Informed Consent interviews	31
B: Transcripties interviews	33
C: Interview Schema	59
D: Code schema	64
E: Code schema tabel uitkomsten kwalitatieve inhoudsanalyse	65

1. Inleiding

Nederland telt op dit moment een werkloosheid percentage van 6.4% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016). Dit betekent dat 6.4% van de Nederlandse bevolking niet in staat zijn om van de voordelen van werk te profiteren. Het uitvoeren van werkzaamheden heeft een aantal betekenissen voor verschillende mensen: Volgens Moorhouse & Caltabiano (2007) dient het werk niet alleen economisch ter onderhouding van het gezin en levensomstandigheden, maar staat het ook voor het (sociale) aanzien en legt het volgens Theodossiou (1998) de grondslag voor het gevoel van eigenwaarde en zelfrespect. Tegelijkertijd vertegenwoordigt het uitvoeren van werk de mogelijkheid tot sociale participatie (Theodossiou, 1998), het kunnen gebruikmaken van de eigen talenten en creativiteit (Linn, Sandifer & Stein, 1985) alsmede het behalen van persoonlijke ontplooiing en versterking van het zelfvertrouwen (Moorhouse & Calatbiano, 2007; Linn et al., 1985). Daarnaast blijken het eigen werk en de carrière een belangrijke bijdrage te leveren aan de levens-tevredenheid en hierdoor simultaan aan de mentale gezondheid (Pelzer, Schaffrath & Vernaleken, 2014). Volgens het latent deprivation model van Jahoda (1981; 1982) voldoet het uitvoeren van werk aan vijf latente functies, namelijk: tijdstructuur, sociale contacten, het collectieve doel, activiteit en status. Deze functies komen volgens het model met belangrijke psychologische behoeften overeen en kunnen alleen door middel van het uitvoeren van (betaald) werk worden voorzien.

Gezien de positieve voordelen van werk is het niet verwonderlijk dat het verlies van werk net zoals langdurige werkloosheid een aantal negatieve gevolgen kan hebben voor het leven van de getroffen personen als ook voor diens gezondheid (e.g. Moorhouse & Caltabiano, 2007; Taris, 2002; Schmitz, 2011). Enkele voorbeelden van negatieve consequenties van werkloosheid zijn onder andere financiële problemen, onzekerheid betreffend de persoonlijke veiligheid, depressie, angst en een verminderd zelfvertrouwen (Linn et al., 1985; McKee-Ryan & Kinicki, 2002). Bovendien kunnen uit het verlies van werk andere psychologische gevolgen zoals het aantasten van het algemene psychologische welbevinden en een laag mentaal welbevinden resulteren (Murphy & Athanasou, 1999; Pelzer et al., 2014; Taris, 2002; Paul & Moser, 2009). Als mogelijke consequentie van een laag mentaal welbevinden kan wederom de algemene gezondheid worden aangetast (Schmitz, 2011) en blijkt een afname van het mentale welbevinden de kans om een nieuwe baan te vinden te verminderen (Paul & Moser, 2009).

Mentaal welbevinden is een belangrijk concept waarmee we dagelijks in aanraking komen. Volgens Keyes (2002) omvat het concept van mentaal welbevinden niet alleen het uitblijven van negatieve gevoelstoestanden zoals angst of depressieve symptomen maar ook de aanwezigheid van positieve gevoelens en het effectief kunnen functioneren wat betreft het persoonlijk en sociale leven. De mentale gezondheid kan worden onderverdeeld in drie aspecten. (1) Het emotioneel welbevinden omvat gevoelstoestanden, waar positieve gevoelens zoals geluk en levens tevredenheid bij horen. (2) Het sociale welbevinden staat voor het gevoel om tot de samenleving te kunnen bijdragen en bij een

gemeenschap (de maatschappij) te horen terwijl (3) het psychologische welbevinden het zelfvertrouwen en het geven van een betekenis aan het eigen leven als ook het optimaal gebruik maken van het persoonlijk potentiaal vertegenwoordigt. Volgens de World Health Organization (2003) blijken vooral mensen die in armoede leven, werkloos zijn, over een lage educatie of migranten achtergrond beschikken, een grotere kans lopen op een verlaagde mentale gezondheid. Het regelmatig uitoefenen van sport als ook interventies, die gericht zijn op sporten en lichamelijke activiteit, blijken het mentale welbevinden te kunnen bevorderen (Salmon, 2001; Penedo & Dahn, 2005; Stephens, 1988). Daarnaast kan het mentale welbevinden door sociale banden worden versterkt, door bijvoorbeeld social support interventies (Kawachi & Berkman, 2001) en zal het herstellen van de werkzaamheid tot een verbetering van de mentale gezondheid kunnen leiden (Paul & Moser, 2009). Gezien het groot aantal potentiële negatieve consequenties van het verlies van werk, verklaart het feit dat het verlies van werk als een van de top 10 van traumatische levenservaringen wordt geschat (Hanisch, 1999).

Als er sprake is van dit soort traumatische en uitdagende levenservaringen (waaronder ook serieuze gezondheidsproblemen, complicaties binnen de familie of relatie enz.) zijn mensen in het optimale geval in staat om zich aan de situatie aan te passen (American Psychological Association, 2016). Deze vaardigheid wordt ook “veerkracht” genoemd. Het concept van veerkracht omvat het aspect van persoonlijke competentie en acceptatie van zichzelf en leven (Portzky, Wagnild, De Bacquer & Audnaert, 2010). Volgens Moorhouse en Caltabiano (2007) blijkt de persoonlijke competentie als ook de eigen houding een beschermend effect op de uitwerkingen van werkloosheid te kunnen uitoefenen en blijkt veerkracht zelfs voor de negatieve gevolgen van werkloosheid als ook psychotische stoornissen te kunnen beschermen (Portzky et al., 2010).

Veerkracht blijkt als dynamisch proces door interne bronnen zoals vaardigheden en bekwaamheden positief beïnvloedt te kunnen worden (Dyer & McGuinness, 1996). Ook kunnen er volgens de American Psychological Association (2016) stappen worden ondernomen om de eigen veerkracht te bevorderen. Hieronder vallen onder andere het maken van connecties met andere mensen, waaronder het persoonlijk contact met anderen en het actief worden binnen een groep. Daarnaast blijkt ook het opstellen van en toewerken naar eigen doelen, waaronder het regelmatig uitvoeren van activiteiten, een positief invloed op de veerkracht uit te oefenen (American Psychological Association, 2016). Evenzeer blijkt het ontwikkelen van zelfvertrouwen en een positief beeld aan het aan kunnen ten opzichte van lastige situaties te kunnen bijdragen (American Psychological Association, 2016). Tot slot blijkt het goed zorgen voor zichzelf en zijn eigen gezondheid, de veerkracht omhoog te kunnen halen. Hierbij is de deelname aan leuke activiteiten als ook regelmatige sporten bedoeld (American Psychological Association, 2016).

De gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven draait om het eigen geluk of de individuele tevredenheid met het eigen leven met betrekking tot aspecten die door de gezondheid beïnvloedt worden of andersom (Quality of Life Resource, 2007). Hieronder vallen eveneens lichamelijke als

ook mentale aspecten (Health-Related Quality of Life, 2011). Uit onderzoek van Stephens (1988) gaat naar voren dat het regelmatig sporten onder ander de mobiliteit en depressieve stemming –twee onderdelen van de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven- kan bevorderen (Stephens, 1988). Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (2016) bedroeg het aantal mensen met arbeidsongeschiktheidsuitkering in februari 2016 811.000. Er komen mensen in aanmerking voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering zodra een ziekteperiode van 104 werken wordt overtreden (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2014). Dit betekent, dat arbeidsongeschikten per definitie een lichamelijk of geestelijk gebrek vertegenwoordigen en staat dit hieruit volgend in verband met de (gezondheidsgelateerde) kwaliteit van leven. De aanleidingen voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen waren 2013 volgens Volksgezondheidszorg.info (2015) met 49% psychische klachten, 19% lichamelijke beperkingen en 32% overige problemen.

De uit het literatuur onderzoek gevonden omvang en het groot aantal negatieve consequenties van werkloosheid tonen het belang van geschikte interventies, die erop gericht zijn om mensen sociaal economisch als ook op het niveau van gezondheid te laten ontwikkelen om zij daardoor mogelijk in staat te stellen weer aan het werk te kunnen gaan. Daarnaast wordt uit de literatuur duidelijk hoe de negatieve effecten van werkloosheid door middel van het versterken van de besproken concepten (mentaal welbevinden, veerkracht en kwaliteit van leven) kunnen worden afgedempd.

Scoren met Gezondheid

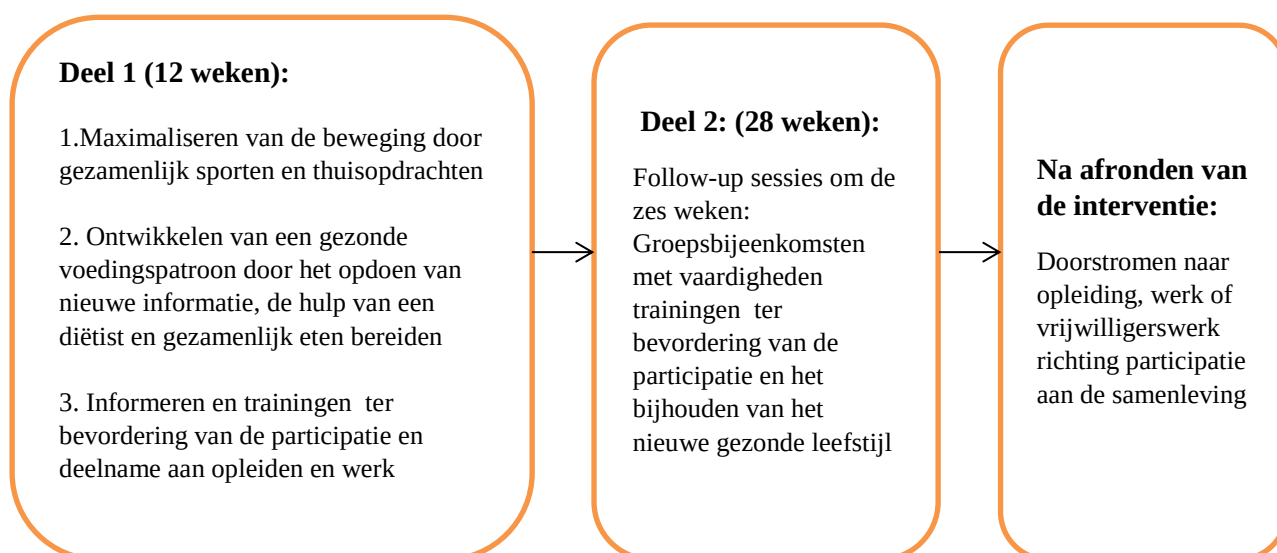
In 2009 werd door het ROC van Twente, FC Twente en de gemeenten Enschede en Hengelo de interventie ‘Scoren met gezondheid’ ontwikkeld en opgezet. Dit om kwetsbare mensen (waaronder vooral allochtonen en mensen met uitkering) te steunen bij het oppakken van hun leven en gezondheid en een nieuwe perspectief te bieden. De genoemde interventie bestond uit twee delen met een intensief deel bestaand uit een 12 weken lang programma waarbij het focus vooral op sport, voeding en scholing lag. Vervolgens vonden er om de zes weken follow-up sessies plaats om de deelnemers verder te begeleiden en te ondersteunen bij hun gezonde leefstijl. Het doel van de interventie was om zoveel mogelijk deelnemers te stimuleren zich te ontwikkelen wat betreft participatie (bijvoorbeeld oppakken van (vrijwilligers)werk of het volgen van een opleiding) als ook het cultiveren van een beter en gezonder leefstijl. Gedurende de interventie was het de bedoeling om aan drie doelen te werken: Ten eerste werd er gewerkt aan het maximaliseren van actieve beweging. Hierbij werd naar het behalen van de Nederlandse beweegnorm gestreefd: Op vijf dagen per week een minimaal aantal van 30 minuten matig intensieve beweging. Dit gebeurde door middel van het regelmatig gezamenlijk sporten (bijvoorbeeld voetbal, volleybal, zumba) en verschillende activiteiten (zoals een bezoek bij FC Twente in het stadion) alsmede het meegeven van thuisoefeningen.

Daarnaast was het doel om de deelnemers van een gezonder voedingspatroon bewust te laten worden en te stimuleren hun voedingspatroon te verbeteren. Als onderliggend concept diende hiervoor de “Schijf van vijf” (Voedingscentrum, 2016). Naast informatieve presentaties en

gezamenlijk koken van gezonde maaltijden werd door middel van een ondersteunende diëtist de nieuwe kennis gepersonaliseerd.

Ten slot was het de intentie om de participatie in de maatschappij van de deelnemers te bevorderen. Dit werd gestimuleerd middels contact met en tussen de deelnemers gedurende de interventie. Hierbij speelden de groep setting als ook het toewerken naar vrijwilligerswerk of het volgen van een opleiding een belangrijke rol. Ook werden tijdens de interventie verschillende cursussen tijdens deel 2 aangeboden. Hierbij verkregen de deelnemers bijvoorbeeld kennis over het regelen van financiën, een taalcursus en voorbereiding voor sollicitatie gesprekken.

Gedurende de interventie werden er op vier tijdstippen vragenlijsten met betrekking tot het mentale welzijn, de kwaliteit van leven als ook de veerkracht door de deelnemers ingevuld. Een samengevat verloop van de interventie is in figuur 1 te zien.



Figuur 1. Chronologische weergave van de interventie

De doelen van en activiteiten binnen de interventie Scoren met Gezondheid sluiten duidelijk aan bij de mogelijkheden om zowel het mentale welbevinden, de veerkracht en kwaliteit van leven te bevorderen. Het is daarom belangrijk om te onderzoeken in hoeverre de interventie, die gericht was op beweging, voeding en participatie een bijdrage kon leveren aan het versterken van de drie concepten als ook het toewerken naar (vrijwilligers)werk of het volgen van een opleiding. Tegelijkertijd biedt het onderzoek aanleiding voor het opstellen van toekomstige interventies.

Onderzoeksvraag

Vanuit bovenstaande literatuur doet zich de vraag voor of de interventie Scoren met Gezondheid succes kon vertonen betreffend het bevorderen van zowel mentaal welbevinden, veerkracht en kwaliteit van leven als ook de participatie van de deelnemers.

2. Methode

Onderzoeks opzet

Het huidige onderzoek bestaat uit een mixed methods design. Dit omvat analyses van (reeds verzamelde) kwantitatieve data op verschillende meetmomenten betreffend de verschillende constructen als ook (zelf verrichte) kwantitatieve data uit interviews met enkele oud-deelnemers van de interventie. In onderstaande worden de methoden van beide onderzoeken nader besproken.

Kwantitatief Onderzoek

Design

Het huidige onderzoek is gebaseerd op een single group pre-post test design. Hiervoor werden door zo veel mogelijk deelnemers van de interventie op vier verschillende tijdstippen vragenlijsten afgenomen: tijdstip 0, vervolgens benoemd als t0 voorafgaand de interventie; t1 direct na afloop van de interventie (12 weken na t0); t2 als tussenmeting aan het einde van de follow-up periode (na totaal 40 weken) en t3 als eindmeting na twee jaar. Een deel van de vragenlijsten had betrekking tot de gezondheid van de deelnemers, hiervoor werden de MHC-SF (Mental Health Continuum – Short Form), de Resilience Scale en een vragenlijst over de kwaliteit van leven (EQ-6D) afgenomen. Ook werden lichamelijke metingen (Gewicht, BMI, bloeddruk) afgenomen. Om het invloed op de actieve leefstijl te kunnen achterhalen werd de SQUASH-NL en een vragenlijst met betrekking tot alcohol consumptie en roken ingevuld. Voor het huidige onderzoek werden alleen de MHC-SF, EQ-6D en RS-NL betreffend de metingen op t0 en t3 geanalyseerd.

Participanten en procedure

De deelnemers voor de interventie werden door middel van actieve werving verkregen. Hiervoor ging de zogenoemde wijkcoach in gesprek met een aantal potentiële deelnemers met een uitkering die op basis van bepaalde selectie criteria zoals de motivatie tot gedragsverandering, een ongezonde leefstijl door te weinig beweging, het consumeren van ongezonde voeding en isolatie van de maatschappij werden uitgekozen om aan de interventie deel te nemen. Ook namen er mensen deel die geïnteresseerd waren in een verbetering van de eigen levenssituatie en die eerder de voedingscursus binnen P.S. Doen hebben gevolgd. De deelname aan de interventie was gratis en vond op vrijwillige basis plaats. Bij het opzet van de interventie werd rekening gehouden met allochtone deelnemers aangezien er ruim de 80% van de bewoners uit de getroffen wijken deel uitmaken van een niet-Nederlandse etniciteit.

Er hebben in totaal 98 mensen in de eerste 10 groepen de interventie gevolgd. Deze 10 groepen zijn in dit onderzoek gevolgd. In totaal zijn van 80 mensen vragenlijsten ingeleverd. Deze werden tijdens de bijeenkomsten door de deelnemers ingevuld. Indien nodig werden de deelnemers door de docenten in verband met de taalbarriere bij het invullen geholpen. Deze populatie bestond uit 51 vrouwen (86.4%) en 8 mannen (13.6%) met een gemiddelde leeftijd van 43.04 jaar (SD= 11.30). Van 21 respondenten ontbreken de gegevens over geslacht en leeftijd. In totaal waren er 72.4% van de deelnemers allochtoon, 27.6% waren autochtoon (zie tabel 1). Van 14 deelnemers ontbreken de gegevens met betrekking tot het land van herkomst van de moeder of vader. Er gelden deelnemers als allochtoon wanneer de moeder of vader van niet-Nederlandse afkomst zijn.

Voor het huidig onderzoek is het van belang dat deelnemers de vragenlijsten op de tijdstippen t0 en t3 hebben ingevuld. Er komen in verband met een hoog aantal incompleet ingevulde vragenlijsten slechts 19 van de oorspronkelijk 80 deelnemers in aanmerking. Dit resulteert in een opkomst percentage van 23.2% en wijst mogelijk op systematische uitval.

Tabel 1.
Overzicht van demografische gegevens van de deelnemers van Scoren met Gezondheid

		(N=80)	In %
Geslacht	Mannen	8	13.6
	Vrouwen	51	86.4
Afkoms	Allochtoon	42	72.4
	Autochtoon	16	27.6
Leeftijd	M=43.0 (SD=11.3)		
Ontbreken	21		

Materialen

Gedurende het onderzoek werd gebruik gemaakt van de “Vragenlijst over gezondheid”, een per meetmoment variërend vragenlijst die door het ROC van Twente en de Universiteit Twente werd samengesteld. Deze omvatte vragen met betrekking tot zes verschillende onderwerpen (zie tabel 2). Daarnaast werden er lichamelijke metingen bij de deelnemers afgenomen. De vragenlijsten waarmee binnen het huidig onderzoek werd gewerkt worden hieronder beschreven. De opkomst per vragenlijst per meetmoment is in tabel 1 weer gegeven en wijst op het uitval gedurende de interventie.

Tabel 2.
Overzicht van de opkomst per vragenlijsten en de meetmomenten waarop deze zijn ingevuld

	T0 meting (voorafgaand)	T1 meting (na 12 weken)	T2 meting (na 40 weken)	T3 meting (na 2 jaar)
Persoonsgegevens	57			
Bewegen (SQUASH-NL)	26 (39-68)	10 (17-25)	0 (1-26)	0 (1-22)
Welbevinden (MHC-SF)	58 (62-65)	19 (20-22)		16 (19-22)
Kwaliteit van leven (EQ-6D)	64 (65-66)			20 (21-22)
Roken & alcohol gebruik	22 (23-65)			0 (1-22)
Veerkracht (RS-NL)	49 (57-63)			12 (19-22)

Note. Aantallen valid cases met range

Persoonlijke gegevens. Gedurende het eerste meetmoment werden door middel van de vragenlijst demografische gegevens achterhaald. Deze omvatten vier vragen betreffend het geboorte datum, geslacht, afkomst van moeder en vader van de deelnemer.

Mentaal Welbevinden (MHC-SF: Mental Health Continuum Short Form). De MHC-SF dient als zelf-rapportage betreffend het mentaal welbevinden en omvat 3 verschillende componenten (Lamers, Glas, Westerhof & Bohlmeijer, 2012). Deze zijn het emotioneel welbevinden (3 items), het psychologisch welbevinden (5 items) en het sociaal welbevinden (6 items). Het emotioneel welbevinden omvat de aspecten levenstevredenheid, positieve gevoelens zoals geluk, interesse en plezier in het leven, terwijl de schalen betreffend het psychologisch & sociaal welbevinden op het optimaal functioneren van mensen zijn gericht. De vragenlijst omvat in totaal 14 items zoals “In de afgelopen vier weken, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?” met als antwoordmogelijkheden een zes-puntschaal (0=nooit t/m 5=bijna altijd). De gemiddelde scores bieden hierdoor een range van 0 t/ 5 per subschaal en totaalscore. Volgens de scoring binnen SPSS laat een hoge score op een goed mentaal welbevinden sluiten. De MHC-SF blijkt volgens Lamers, Glas, Westerhof en Bohlmeijer (2012) over een hoge mate aan betrouwbaarheid op de lange termijn en validiteit te beschikken. Uit de eigen betrouwbaarheidsanalyse betreffend de verkregen data blijkt een Cronbach’s alpha van $\alpha = 0.93$ op t0 en $\alpha = 0.90$ op t3.

Kwaliteit van Leven (EQ-6D: EuroQol 6 Dimensies). De EuroQol-6D vragenlijst meet door middel van zes verschillende dimensies de kwaliteit van leven. De vragenlijst is opgedeeld in twee delen. Het eerste deel meet de zes dimensies aan de hand van stellingen met betrekking tot de categorieën mobiliteit, zelfzorg, algemene activiteiten, pijn/ongemak, angst/depressie en de cognitie van de deelnemer. Deze heeft hierbij de mogelijkheid om voor een stelling te kiezen zoals: Ik heb geen problemen met lopen (=3) / Ik heb enige problemen met lopen (=2) / Ik ben bedlegerig (=1). Door middel van een score die aan de stelling wordt toegekend wordt de kwaliteit van leven bepaald. Hoe hoger de score hoe beter de gezondheid bij deel 1. Hieruit resulteert een range van scores van 6 t/m 18. Additioneel werden deelnemers in het tweede deel (“Visual Analogue Scale”) gevraagd om een waarde aan hun ervaren voorstelbare gezondheidstoestand toe te kennen door een X op een 10cm lange schaal met cijfers van 0 (voor de slechtst voorstelbare gezondheidstoestand) t/m 100 (voor de best voorstelbare gezondheidstoestand) te zetten. Volgens Hoeymans, Lindert en van Westert (2004) beschikt de EQ-6D over een goede betrouwbaarheid. Uit de eigen analyse blijkt een Cronbach’s alpha van $\alpha = 0.70$ op t0 en $\alpha = 0.62$ op t3.

Veerkracht (RS-NL: Resilience Scale). De Resilience Scale (Resilience Scale – Nederlandse Versie, 2016) meet de veerkracht van de respondent. De schaal bestaat uit 25 items en bevat de subschalen persoonlijke competentie (17 items) en acceptatie van zichzelf en leven (8 items). Item 11 zal voor de analyse omgeschaald moeten worden (Portzky, Wagnild, De Bacquer & Audnaert, 2010). De deelnemer heeft de mogelijkheid om op een vijf-punt schaal (1=klopt helemaal t/m 5=klopt helemaal niet) aan te geven in hoe verre hij of zij het met uitspraken zoals “Als ik plannen maak voer ik ze uit” eens is. De antwoorden worden per subschaal tot subscores als ook de totaalscore gesommeerd. De scores lopen binnen een range van 25 t/m 125 (totaalscore), 17 t/m 85 (Persoonlijke Competentie) en 8 t/m 40 (Acceptatie van zichzelf en leven). Een lage score wijst aan de hand van de scoring op een hoge mate aan veerkracht. Volgens Portzky, Wagnild, De Bacquer en Audenaert (2010) is de Resilience Scale wel betrouwbaar. Uit de huidige analyse komt een Cronbach’s alpha van $\alpha = 0.94$ op t0 naar voren als een Cronbach’s alpha waarde van $\alpha = 0.91$ op t3.

Data Analyse

De kwantitatieve analyses werden met behulp van het programma SPSS uitgevoerd. Hiervoor werd de reeds verzamelde data door de twee onderzoekers in een alvast bestaande SPSS-data bestand aangevuld. Missende waardes werden niet geïmputeerd. Er werden alleen de gevallen met alle voor het onderzoek benodigde data (scores op t0 en t3) bij de analyses betrokken. Aangezien uit de Shapiro-Wilk toets bleek dat de data niet normaal is verdeeld is met niet-parametrische toetsen gewerkt. Er werd een significantie niveau van .05 gehanteerd.

Er werden met behulp van descriptives de scores voor alle schalen en subschalen aan de hand van gemiddelden en standaard deviaties samengevat. Daarnaast zijn voor alle vragenlijsten verschillen van de gemiddelde voor de totaal- en subscores berekend door handmatig de totaalscores van de betreffende vragenlijst als ook de somscores betreffend de subschalen op t0 van dezelfde score op t3 af te trekken.

Om te onderzoeken of het mentale welbevinden van de deelnemers door middel van de interventie in totaal of per subcomponent is verbeterd is telkens een Wilcoxon rangtekentoets voor gepaarde metingen uitgevoerd. Om te toetsen of het volgen van de interventie tot een verbetering wat betreft de ervaren kwaliteit van leven heeft geleid is tevens een Wilcoxon rangtekentoets met gepaarde metingen uitgevoerd. Hierbij is de vragenlijst betreffend de zes dimensies in totaal, per dimensie en de Visual Analogue Scale apart geanalyseerd. Daarnaast is eveneens met behulp van een Wilcoxon rangtekentoets voor gepaarde metingen onderzocht of het volgen van de interventie tot een toename van de ervaren veerkracht als ook diens onderliggende subcomponenten heeft geleid. Item 11 werd zoals eerder beschreven omgeschaald.

Kwalitatief Onderzoek

Design

Voor het verkrijgen van de kwalitatieve data werden er met zes oud-deelnemers van de interventie semi-gestructureerde interviews gevoerd. Deze werden vervolgens kwalitatief geanalyseerd en de antwoorden gekwantificeerd.

Participaten en procedure

Er werden in totaal zes semi-gestructureerde interviews met oud-deelnemers van de interventie gevoerd. Hiervoor werden door het toenmalige medewerker team van de interventie twee mannen en vier vrouwen geselecteerd die eerder aangaven om aan een vervolg onderzoek mee te willen doen. Vervolgens werd vanuit het ROC een brief ter uitnodiging voor het interview naar deze zes potentiële deelnemers toegestuurd en werden zij aansluitend gebeld. Elk van de zes deelnemers gaaf aan om aan het interview te willen deelnemen. Dit resulteert in een response rate van 100%. Wat betreft de selectie van de respondenten werd er rekening gehouden met de verhouding qua geslacht en ethniciteit als ook de mate aan succes die door het interventie team van vroeger werd ervaren om een zo goed mogelijk beeld van de door hen ervaren resultaten weer te kunnen geven. Het interview werd voorafgaand door de ethische commissie van de Universiteit van Twente (Ethics Committee BMS) goedgekeurd.

Onmiddellijk voor elk interview werd aan de respondenten gevraagd om een informed consent formulier (zie Appendix A) in te vullen. De interviews duurden ca 15 a 30 minuten en vonden op dinsdag, 26-04-2016 en 17-05-2016 in het wijkcentrum van Pathmos, “de Boei” plaats. Voor deze locatie werd gekozen om de respondenten op hun gemak te laten voelen aangezien de bijeenkomsten gedurende de interventie toen in de ruimtes van het wijkcentrum hebben plaatsgevonden. De interviews verliepen volgens het interview schema (zie Appendix C) en werden als audio-opname met behulp van een laptop opgenomen.

Na de afname van het interview werden de interviews handmatig door de onderzoekers getranscribeerd (zie Appendix B). Hierbij werden alle antwoorden letterlijk overgenomen en werd er geen rekening met grammaticale of algemene taal fouten gehouden.

Interviewschema

Voor de interviews werd op basis van de afgenomen vragenlijsten en onderzoeksvragen een interviewschema opgesteld (zie Appendix B). Het interview schema omvatte ten eerste een samenvattende beschrijving betreffend het doel van de interventie als ook de rechten van de deelnemer. Deze werden als inleiding van het interview nogmaals aan de respondenten voorgedragen. Daarnaast bestond het schema uit enkele persoonlijke vragen met betrekking tot demografische gegevens zoals leeftijd en huidige situatie (burgerlijke staat). Het schema was verder onderverdeeld in

vragen betreffend (1) de meningen van de respondenten ten opzichte van de interventie in zijn geheel en de verschillende onderdelen en (2) de ervaren baat/impact van de interventie op hun leven.

Bovendien werd naar het uitvoeren van een beroep of vrijwilligerswerk gevraagd als ook het uitoefenen van sport. Hier werd vervolgens verder op ingegaan in hoe verre Scoren met Gezondheid aan het wel of niet uitvoeren van een beroep/vrijwilligerswerk en het uitoefenen van sport mogelijk heeft bijgedragen. Om de respondenten de mogelijkheid te bieden alles te vermelden wat in hen opkomt was bestond er op het einde de mogelijkheid om belangen aan te spreken die volgens hen nog niet aan bod zijn gekomen.

Data Analyse

Voor de kwalitatieve inhoudsanalyse van de interviews werd een code schema opgesteld (zie Appendix D) waarbij de meningen als ook ervaringen van de respondenten centraal staan. Hiervoor werden volgens Kuckartz (2016) op deductieve manier codes betreffend het effect van de interventie opgesteld, die bij de te onderzoeken concepten passen om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Er werd gekozen voor de codes Cognities, Sociaal welbevinden, Emotioneel welbevinden, Psychologisch welbevinden, Fysiologie, Participatie en Overig. De codes werden hierna gedefinieerd en er werd met de tweede onderzoeker gekozen om de transcripties per zinvolle sectie te coderen. Om voor een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid van het code schema te zorgen werd het ingevulde code schema door de tweede, onafhankelijke onderzoeker ingezien en besproken. Het schema werd zonodig aangepast. De resultaten van de kwalitatieve inhoudsanalyse zijn per code in een samengevoegde tabel vertegenwoordigd (zie Appendix E), een samenvatting hiervan is in de resultaten sectie (zie tabel 6) te vinden. Deze laten eveneens de procentuele verdeling qua gebruikte code als ook het aantal benoemde uitkomsten en aantal respondenten door wie de uitspraak binnen een code werd gedaan zien. Deze getallen werden per hand berekend.

3. Resultaten

Kwantitatieve data

De bestudeerde onderzoeksgroep bestond uit in totaal 19 deelnemers van de interventie Scoren met Gezondheid (zie tabel 3). Hiervan waren 15.8% mannen en 84.2% vrouwen met een gemiddelde leeftijd van $M=46.7$ ($SD=11.9$). De verhouding van het onderzoeksgroep bedroeg een percentage van 89.5% allochtonen en 10.5% autochtonen.

Tabel 3.
Overzicht van de demografische gegevens van de deelnemers in het huidig onderzoek

		(N=19)	In %
Geslacht	Mannen	3	15.8%
	Vrouwen	16	84.2%
Afkoms	Allochtoon	17	89.5%
	Autochtoon	2	10.5%
Leeftijd		M= 46.7 (SD=11.9)	

Tabel 4.
Uitskomsten op de Wilcoxon Rangteken toets met bijhorende descriptive statistieken op de MHC-SF, EQ-6D en RS-NL op t0 en t3

	T0		T3		$\Delta t3-t0$	Z	p
	M	(SD)	M	(SD)			
Mental Health totaal¹	3.0 (n=17)	(1.2)	3.1 (n=14)	(0.8)	+0.1	-.804	.421
Emotioneel Welbevinden ¹	2.6 (n=18)	(1.4)	3.2 (n=19)	(1.1)	+0.6	-1.859	.063
Sociaal Welbevinden ¹	3.1 (n=17)	(1.2)	3.1 (n=17)	(0.8)	+0.0	-.159	.874
Psychologisch Welbevinden ¹	2.9 (n=18)	(1.3)	3.1 (n=15)	(0.8)	+0.2	-1.156	.248
Kwaliteit van leven totaal²	13.7 (n=18)	(2.1)	15.1 (n=17)	(1.7)	+1.4	-2.158	.031*
Mobiliteit ³	2.3 (n=18)	(0.7)	2.5 (n=19)	(0.5)	+0.2	-1.633	.102
Zelfzorg ³	2.9 (n=18)	(0.2)	3.0 (n=19)	(0.5)	+0.1	.000	1.000
Dagelijkse activiteiten ³	2.5 (n=18)	(0.6)	2.7 (n=18)	(0.5)	+0.2	-.577	.564
Pijn ³	1.7 (n=18)	(0.6)	2.1 (n=19)	(0.4)	+0.4	-2.449	.014*
Stemming ³	2.1 (n=18)	(0.6)	2.7 (n=19)	(0.5)	+0.6	-3.051	.002*
Cognitie ³	2.1 (n=18)	(0.6)	2.2 (n=18)	(0.6)	+0.1	-.302	.763
Huidige ervaren gezondheid ⁴	57.5 (n=18)	(18.8)	64.1 (n=19)	(17.1)	+6.6	-1.298	.194
Veerkracht totaal⁵	55.9 (n=16)	(19.3)	59.5 (n=11)	(11.8)	+3.6	-.178	.859
Persoonlijke competentie ⁶	36.1 (n=16)	(13.8)	39.7 (n=12)	(8.8)	+3.6	-.102	.918
Acceptatie van zichzelf en leven ⁷	20.3 (n=17)	(6.7)	19.3 (n=18)	(4.2)	-1.0	-1.376	.169

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

¹range 0-5 ²range 6-18 ³range 1-3 ⁴range 0-100 ⁵range 25-125 ⁶range 17-85 ⁷range 8-40

Uit tabel 4 blijkt dat de scores op mentaal welbevinden niet zijn toegenomen van t0-t3. Het zelf-gerapporteerd emotionele mentale welbevinden van de deelnemers is na het volgen van de interventie echter marginaal toegenomen. Wat betreft de kwaliteit van leven blijkt uit de tabel dat de gemiddelde scores op kwaliteit van leven in totaal als op de domeinen ervaren pijn en negatieve stemming significant zijn toegenomen. Dit wil zeggen dat zowel de kwaliteit van leven in totaal als het ervaren van pijn en een negatieve stemming zijn verbeterd. De scores op mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten en cognitie zijn echter niet toegenomen. Als we kijken naar de scores op veerkracht van de deelnemers blijkt er in totaal als per subschaal geen toename van t0-t3.

Kwalitatieve data

In tabel 5 staan de demografische gegevens van de 6 respondenten van het interview weergegeven. Zoals blijkt hebben er 2 mannen (33.3%) en 4 vrouwen (66.7%) met een gemiddelde leeftijd van $M=40.3$ ($SD=4.1$) aan het interview deelgenomen. In totaal was de verhouding allochtoon 66.6% tegenover 33.3% autochtoon.

Tabel 5.
Overzicht van demografische gegevens van de respondenten van het interview

		(N=6)	%
Geslacht	<i>Mannen</i>	2	33.3%
	<i>Vrouwen</i>	4	66.7%
Afkomst	<i>Allochtoon</i>	4	66.6%
	<i>Autochtoon</i>	2	33.3%
Leeftijd		$M= 40.3$ ($SD=4.1$)	

Het globaal beeld dat gedurende de interviews werd geschetst is dat de respondenten de interventie doorgaans als positief hebben ervaren. De door de participanten ervaren van positieve effecten op zowel mentaal welbevinden, veerkracht, kwaliteit van leven en participatie kwamen uit de inhoud van de uitspraken van de respondenten, als hun kennelijke enthousiasme duidelijk naar voren. Er werden in totaal 70 uitspraken met betrekking tot positieve effect op de onderzochte domeinen gevonden. Het volledig ingevulde code schema met alle uitspraken per code is in appendix E te vinden terwijl hieronder een samenvatting qua uitkomsten per code wordt gegeven (zie tabel 6).

Tabel 6.

Samenvatting per code gerelateerd aan het effect op de verschillende domeinen

Code	n ^a (%)	Samenvatting	voorbeeldcitaat	n ^b (n) ^c
Cognities	10 (14.3)	Vinden van innerlijke rust	<i>Ik heb geleerd ik moet eerst rustig blijven en ik moet voor mezelf echt tijd geven. Ik doe nooit tijd voor mezelf.</i>	3 (1)
		Bevordering optimisme	<i>Eh eigenlijk is alles veranderd. Ehm ja ik ben wat positiever geworden over alles [...].</i>	4 (2)
		Acceptatie van levensomstandigheden	<i>Door hun ik wordt een beetje rustig om te zeggen: 'Ja, [naam] je kan niks daar doen, je hebt je best gedaan!'. Ja, dat ook zo. Ik heb mijn best gedaan en ik kan niet meer doen.</i>	1 (1)
		Bevordering motivatie	<i>Ik had er toen ook weer zin in en ik was toen ook super gemotiveerd.</i>	2 (2)
Sociaal welbevinden	7 (10.0)	Versterken sociaal netwerk	<i>Ja, dat is dat je nou nieuwe mensen kent. Altijd tegenkomen en dat is heel leuk [...]</i>	2 (2)
		Ervaren sociale steun	<i>Ik had mensen waar ik naartoe kon en dat deed mij heel goed.</i>	3 (3)
		Ervaren samenhorigheidsgevoel	<i>We waren net een familie, hadden een goeie band met elkaar, veel gelachen [...].</i>	2 (2)
Emotioneel welbevinden	10 (14.3)	Ervaren positieve gevoelens	<i>Ik was toen heel gelukkig.</i>	7 (3)
		Verbetering stemming	<i>Het is alleen maar positiever geworden, niet meer negatief.</i>	3 (3)
Psychologisch welbevinden	19 (27.2)	Bevordering zelfvertrouwen	<i>Toen voelde ik me veel zelfverzekerder.</i>	3 (3)
		Persoonlijke groei	<i>Ehm ja toch bepaalde grensen verleggen [...].</i>	3 (2)
		Ervaren self-control	<i>Ik kan mij controleren met eten.</i>	2 (1)
		Zingeving	<i>Nu weet ik wat ik met mijn leven wil beslissen [...].</i>	1 (1)
		Bevordering coping	<i>Ik heb alles vergeten met die moeilijke tijden wat ik heb mee gemaakt in mijn leven.</i>	2 (2)
		Bevorderen persoonlijke competities	<i>Ik ben socialer geworden, ik kan makkelijker met mensen contact leggen nu.</i>	5 (2)
		Bewustwording van het eigen vermogen	<i>Nu wij weten wat is goed voor mij, wat ik kan doen. Dat is goeie punt van de gezondheids-cursus.</i>	3 (2)
Fysiologie	5 (7.2)	Vermindering van pijn	<i>Ik had toen juist minder pijn.</i>	1 (1)
		Bevordering lichamelijke toestand	<i>Je voelt je toch een stuk beter in je vel.</i>	3 (3)
		Bevordering mobiliteit	<i>Ja, eerste geluk mijn gewicht was. Ja, ik ben echt 45kg afgevallen. Dat is echt gelukkig. Ik denk ik blijf lang leven zo dik en ik kan niet meer bewegen. Maar met gezondheid [-cursus], met de Laura eigenlijk, ze heeft heel veel gedaan om...</i>	1 (1)
Participatie	14 (20.0)	Aanleiding tot werk	<i>Toen ben ik 's ochtens werken op de speeltuin, licht schoonmaakwerk aanbieden.</i>	4 (1)
		Aanleiding tot opleiding	<i>Doordat ze me hebben geholpen om naar school te gaan weer. En dat heeft mij heel positief gemaakt want ik heb die opleiding behaald.</i>	5 (4)
		Uitvoeren (Vrijwilligers)werk	<i>Tijdelijk ik werk wel -20 uur per week. Maar gewoon vrijwillig.</i>	5 (2)

Overig	5 (7.2)	Ritme & structuur	<i>Ik kreeg weer me ritme terug. Ik kreeg weer structuur in mijn levenspatroon [...].</i>	2 (1)
		Algemene positieve veranderingen	<i>Het is echt een positieve ervaring geweest vanaf toen is alles goed gelopen, ja.</i>	2 (2)
		Vruchtbaarheid	<i>Of het door hun komt? Ja eigenlijk wel, maar of het dan via hun komt? Het is een lange weg geweest en het is heel persoonlijk maar ik ben vijf, zes jaar onvruchtbaar geweest, UI, IVF, werkte allemaal niet. Dan ben ik dat gaan doen, daarna BBL en afvallen en toen werd ik zwanger. Dus hun zijn wel het begin van die weg. Dus het is wel de weg van geluk.</i>	1 (1)

Note. n^a=aantal uitspraken betreffend het code met bijbehorende procentuele aandeel uitgaand van het totale aantal uitspraken over alle codes

n^b= aantal uitspraken met betrekking tot het gevonden samenvattend concept

n^c= aantal deelnemers door wie uitspraken met betrekking tot het gevonden samenvattend concept werden gedaan

Gevonden effecten

Cognities. Uit de kwalitatieve inhoudsanalyse betreffend de effecten op de instelling en attitude van de respondenten kwamen onder andere het vinden van innerlijke rust, de bevordering van optimisme en motivatie als ook het ervaren van acceptatie naar voren. Door een van de deelnemers werd met nadruk benoemd dat ze door de deelname aan de interventie rustiger is geworden, zowel als het gaat om het omgang met haar zoon als ook haar leven in het algeheel: *“Vroeger ik twijfel wat ik moet zeggen. Bijvoorbeeld: als mijn zoon vragen ik wil met vrienden chillen beetje uit de huis. Ik kom rond 2 / 3 uur. Ik denk ‘pfff... wat ga jij doen?’ we zitten heel veel discussie. Maar nu niet. Ik denk nou... hij moet ook leven. Hij is 19 geworden. Ik ben rustig geworden. Vroeger we zitten heel lang over dit praten... toch die gaat chillen. Maar we gaan uren lang over dit praten. Nu nee! Ik wordt een beetje rustig, ik zeg: ‘nou goh... Ik vertrouw jou. Mag jij doen als jij vindt leuk.’”; “... ik eet heel snel, ik doe alles te snel. Maar toch ik kan niet alles wat ik moet doen afmaken. Ik heb geleerd ik moet eerst rustig blijven en ik moet voor mezelf echt tijd geven. Ik doe nooit tijd voor mezelf. Altijd van huis en kinderen, geen andere. [...] Met zo veel druk en zo veel rommelig in mijn leven – niet goed. Dat ik heb geleerd dat! Beetje rustig blijven!”. Daarnaast werd uit de interviews duidelijke dat twee van de respondenten zoals zij zeiden “zelf positiever [werden]”, wat duidt op de bevordering van optimisme: *“Ik ben zelf positief geworden. Ja, in mijn leven... rond mijn leven. Ik weet het niet, maar ik ben zelf echt positief geworden.”; “Ja, die situaties die zie ik niet meer zo moeilijk als het was. Ja, ik denk komt wel goed allemaal. Dat ook positief voor mijn kinderen.”. Bovendien blijkt bij een van de respondenten acceptatie zijn ontstaan betreffend haar onvermogen tot verandering van een voor haar als lastig ervaren situatie: Ja misschien, ik heb ook moeilijk tijd met mijn moeder en vader en allen tweeën is overleden. Dat is niet lekker gevoel, maar ik ben nu rustig, want hun waren toen die tijd in Syrië. Maar door Laura en zo echt... ik heb heel veel praten, mijn vader is zo mijn moeder is zo... Ze hebben echt met geduld antwoord gegeven: ‘Jij kan d’r niks doen’. Ik voel mezelf altijd ik moet wat doen, maar ik kan niks d’r doen. Maar door hun ik wordt een beetje rustig om te zeggen: ‘Ja, [Naam] je kan niks daar doen, je hebt je best gedaan!’ Ja, dat ook zo. Ik heb mijn best gedaan en ik kan niet**

meer doen.”. Een ander punt die door twee respondenten werd aangesproken is het bevorderen van motivatie betreffend het uitvoeren van werkzaamheden, waaruit resulterend een van de respondenten een baan heeft kunnen vinden : *“[...] dus je krijgt er heel veel zin in en dan wil je maar doorgaan en dat heeft het resultaat geboekt dat ik een baan heb”* ; *“Ik had er toen ook weer zin in en ik was toen ook super gemotiveerd. Daarom vind ik het ook belangrijk dat zo iets moet kunnen blijven bestaan.”* De laatste uitspraak laat tegelijkertijd zijn eigen belang aan het blijven bestaan van de interventie zien als ook het feit dat hij bevordering van motivatie met de deelname aan de interventie in verband brengt.

Sociaal welbevinden. Er werden in totaal zeven uitspraken gedaan die met het sociaal welbevinden in verbinding konden worden gebracht. Deze gaan onder andere over het versterken van het sociale netwerk: *Als k in de winkel kom ik ze nog weleens tegen en dan moet ik daaraan terug denken en [...] dan hou je wat praatjes, dus het is ook goed voor je sociale ontwikkeling.*”; *“ [...] dat is dat je nou nieuwe mensen kent. Altijd tegenkomen en dat is heel leuk en de herinneringen en de foto's, dat is heel leuk als ik ga kijken.*”. Bovendien werden er van drie respondenten uitspraken met betrekking tot het ervaren van sociale steun gedaan. Uitspraken zoals *“Ik vond het erg leuk enneh ik had mensen waar ik naartoe kon en dat deed mij heel goed.*”; *“Met mijn docent, Laura was, met haar... met haar steun ik beslissing komen maag verkleinen operatie.* “ en *“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. En dat zijn ook van die fijne dingen [...]*” laten het positieve effect en de hieruit ervaren persoonlijke baat van het bevorderende contact onderling als ook tussen de deelnemers en hun docenten zien. Daarnaast was er bij twee van de respondenten sprake van een gevoel van samenhorigheid: *“We waren net een familie, hadden een goeie band met elkaar, veel gelachen... ja, dat was heel leuk, ja! [...] dus we hebben echt eh... goeie band met elkaar!”*; *“[...] ik voelde me altijd eenzaam. Maar door hun hebben ze mij helemaal opgekrikt eigenlijk. Dat meen ik echt.* “.

Emotioneel welbevinden. Betreffend het emotioneel welbevinden werden er van drie verschillende respondenten uitspraken over het ervaren van positieve gevoelens gedaan. Volgens deze hebben de respondenten gedurende de interventie als ook eropvolgend onder andere geluk en enthousiasme ondervonden: *“Ik was toen heel gelukkig.”* ; *“Ja, in die tijd had ik een heel leuk gevoel. Enthousiast en vrolijk... “* . Daarbij liet een van de respondenten weten, hoe vrolijk hij werd wanneer hij zijn mede-deelnemers van de sportonderdelen binnen de interventie zag genieten: *“Het is gewoon leuk om mensen die gewoon zich heel zo ach, zeg maar... beetje rustig willen houden die gaan dan met zo'n partijtje voetbal gaan ze zo grandioos los, dat geloof je gewoon niet . Das zo'n lol om dat te zien. En zelf ben ik ook zo. Dus en simpele spelletjes is ook gewoon zo... de wil om te winnen, dan val je meteen terug naar vroeger, tenminste daar het ik dat ook altijd, dus dat was ook een leuk gevoel dat weer terug kwam.”* Ook gaf dezelfde respondent aan, zelf het gevoel *“die een keer in de week [...] helemaal los”* te zijn gaan, te hebben ervaren. Daarnaast uitte een van de respondenten, op een terugkomst van het project te hopen aangezien hij daardoor meer plezier en vreugde zou ondervinden:

“Ik vond het een eisenstellend project en ik hoop dat het terugkomt [...] en met wie of wat, dat maakt dan niet uit, het gaat om meer plezier en meer vreugde.. Hieruit valt aan te nemen, dat de respondent door de deelname aan de interventie al vreugde en plezier heeft ervaren.

Als tweede punt kon binnen de code emotioneel welbevinden een verbetering van stemming worden gevonden: “Natuurlijk! die negatief (stemming) allemaal weg!” ; “Eh het is alleen maar positiever geworden, niet meer negatief.”.

Psychologisch welbevinden. Als we kijken naar tabel 6 wordt duidelijk dat de meeste uitspraken betreffend het effect van de interventie betrekking hebben tot het psychologisch welbevinden. Binnen de domein werden verschillende hoofdcategorieën van effecten gevonden. Een hiervan is de bevordering van het zelfbetrouwen van de respondenten: *“Toen wel, toen voelde ik me veel zelfverzekerder.”.* Een van de respondenten vermeldde, ondertussen wel haar mening durven te zeggen, wat naast het bevorderen van haar zelfvertrouwen eveneens op het ontstaan van assertiviteit laat sluiten: *“Ik denk: ‘Oh, ik kan dat niet en ik doe dat niet, ...’. Maar nu, wat ik doe bij vrijwilligers werk hun zeggen ook: ‘Oh, [naam] je kan dat doen. Alleen je moet een beetje praten, je moet in jezelf vertrouwen.’ Is alles verandert. Vroeger als je ziet in vergadering bijvoorbeeld. Ik durf niet om mijn mening te zeggen of wat ik vind leuk en niet leuk. Maar nu, ik durf het!”.* Daarnaast werden uitspraken met betrekking tot het optreden van persoonlijke groei gecodeerd. Uitspraken, zoals *“Het was uit mijn comfortzone stappen, het was voor mij verandering, goeie tips krijgen voor gezondheid.” ; “Laat iedereen de kans krijgen om mee te doen. Word je een heel ander mens van!”* en *“Toch bepaalde grenzen verleggen zoals bij Twente bij het voetbalstadion. [...] Ik heb daar heel veel aan gehad, eigenlijk.”* maken het door de respondenten ervaren impact op hun persoonlijke ontwikkeling duidelijk. Ook zei een van de respondenten, dat ze zich nu *“zelf onder de controle [kan] houden. Niet 100%... maar het kan iets beter. Ik kan mij controleren met eten.”* en dat dit door de deelname positief is veranderd: *“Als ik eet koekje, ik niet eet de andere, ik denk: ‘is genoeg. Ik ga stoppen ermee’. Maar vroeger dat was niet.”.* Verder gaf een van de respondenten aan, door de cursus te weten zijn gekomen, wat ze met haar leven wil beginnen, wat op zingevoelend duidt (*“[...] nu weet ik wat ik met mijn leven wil beslissen dat ik goed.”*) en zijn er bij twee respondenten uitspraken gevonden, die op een bevordering van copinggedrag laten sluiten: *“Ik heb alles vergeten met die moeilijke tijden wat ik heb mee gemaakt in mijn leven.” ; “Na ik heb tuurlijk nog wel periodes maar ik denk dat dat toch wel in je zit. Maar alles gaat wel wat makkelijker.”.* Tot slot wijzen de uitspraken van enkele deelnemers op zowel het bewustworden van het eigen vermogen (*“Nu wij weten wat is goed voor mij, wat ik kan doen. Dat is goeie punt van de gezondheid-cursus.” ; “Ja, dat ik heel veel kan. Ja, aan sport doen dan merk je dat je heel veel kan, dan je dacht.”*) waaronder ook het concept van self-empowerment werd gevonden: *“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.*

Ja, maar met de gezondheid-cursus zien we: 'Oh, we kan wat doen nog hier. Hoeft niet thuis blijven'. “Tegelijkertijd blijkt uit een groot aantal uitspraken het bevorderen van persoonlijke competenties als gevolg van de deelname aan de interventie:” *Ik kan makkelijker praten overal.* “; *“Ja, naja ik ben socialer geworden, ik kan makkelijker met mensen contact leggen nu.”*; *“Nou ik durfde niet echt makkelijk in de groep te zijn maar dat gaat nu hartstikke goed.”*; *“Eh vooral in een groep te kunnen praten. Samenwerken, dat zijn dingen die ik echt geleerd heb.”*.

Fysiologie. Wat betreft het lichamelijke toestand werden uitspraken betreffend vermindering van pijn, bevordering van het algemene lichamelijke toestand van vooruitgang qua mobiliteit gevonden. Zo gaven twee van de respondenten aan, door middel van de interventie minder pijn te hebben ervaren: *“Ik had toen juist minder pijn, ik had vaak knie klachten en zo want door al dat bewegen bouw je toch wel een lichte vorm van spiermassa weer op. Dit had allemaal hele positieve uitwerkingen op mij.”* De respondent geeft naast de informatie ook meteen een mogelijke verklaring voor het positief effect van pijn vermindering; het opbouw van spiermassa, als ook het resultaat hiervan: *hele positieve uitwerkingen*. Ook werden er door drie van de respondenten een algemene bevordering van het lichamelijke toestand benoemd: *“Je voelt je toch een stuk beter in je vel [...]”*; *“Verandering? Nee, nee. Het is alles maar beter geworden.”*. Een van de respondenten gaaf aan door een maagverkleinernde operatie niet alleen afgevallen te zijn maar ook een algemeen beter gevoel te hebben ervaren: *“Met mijn docent, Laura was, met haar... met haar steun ik beslissing komen maag verkleinen operatie. Dat... ja, dat gebeurt allemaal door die cursus. En 2014 ik heb mijn operatie gehad en dat was echt goeie tijd voor mij. Ik voel mezelf beter, ik ben nu 40kg afgevallen...”*. Dezelfde respondent gaaf aan, door middel van de operatie een bevordering van de mobiliteit te hebben ervaren. Dit gaat naar voren uit haar uitspraak, waar ze benadrukt dat zij ervan is uitgegaan, nog *“lang”* zo dik te blijven en niet meer te kunnen bewegen: *“Ja, eerste geluk mijn gewicht was. Ja, ik ben echt 45kg afgevallen. Dat is echt gelukkig. Ik denk ik blijf lang leven zo dik en ik kan niet meer bewegen. Maar met gezondheid [-cursus], met de Laura eigenlijk, ze heeft heel veel gedaan [...].”*

Participatie. Volgens de uitspraken van de respondenten heeft de interventie een aantal positieve effecten betreffend het oppakken van (vrijwilligers)werk of het volgen van een opleiding kunnen boeken. Dit gaat onder ander naar voren uit de gedaane uitspraken betreffend de aanleiding tot het volgen van een opleiding, ook al werd deze niet succesvol afgerond: *“Ik ben ook nog naar die tijd naar school geweest om een MBO diplomatie te halen voor de zorg. Denk ga ik gewoon daarmee verder en mensen helpen, maar dit ging dus ook verder niet door.”*. Een respondent vermeldde, een vervolgopleiding te willen doen zodra zij een tweede operatie is ondergaan (*“Ja, na gezondheid-cursus, ik denk mijn taal is altijd niet genoeg, niet genoeg, ... Maar toch ik heb BBL opleiding gedaan. Ja, is afgelopen. Dat betekend beetje in zorg niveau 1. Ik wil graag in niveau 2 ook, maar ja. Eigenlijk mijn gewicht is niet zo echt goed. Ik ga nog een keer tweede operatie doen. En dan vanaf september ik doe misschien niveau twee, al allemaal gaat goed.”*), terwijl een ander respondent aangaf door het behalen van de opleiding werk te hebben gevonden: *“Doordat ze me hebben*

geholpen om naar school te gaan weer. En dat heeft mij heel positief gemaakt want ik heb die opleiding behaald. Enneh ja en nu heb ik werk. [...] Ik denk door het toch doorgaan met wat jij wil. Ja dat is het. En hun hebben me weer op weg geholpen, dat is gewoon een feit. Als ik bij hun niet was gekomen was ik nu niet zo ver gekomen. Dat meen ik echt.”; “Naja doordat ik een opleiding ben gaan begonnen dus je krijgt er heel veel zin in en dan wil je maar doorgaan en dat heeft het resultaat geboekt dat ik een baan heb.”. Voor een van de respondenten bod de deelname aan Scoren met Gezondheid zelfs de mogelijkheid om te bewijzen dat ze desondanks een WSW indicatie¹, voor een bepaalde opleiding geschikt was. Het is echter niet duidelijk, of de respondent de opleiding heeft behaald: “Was voor mij een hele positieve ervaring. En met scoren met gezondheid kon ik bewijzen dat ik geschikt was voor een BBL opleiding in de zorg. Omdat ik, ik heb een WSW indicatie en eigenlijk mocht ik daardoor niet mee doen maar doordat ik een certificaat had voor bewegen en alles, kon je wat meer aantonen”. Zoals eerder benoemd, blijkt de interventie volgens de uitspraken van de respondenten aanleiding tot werkzaamheden te zijn geweest: “Dus eh dat heeft mij opgekrikt en vanuit daar ben ik gaan werken, dus zo goed was dat project voor mij met een paar andere dingen daarbij om weer wat te doen en niet meer thuis te zitten.”; “[...] toen ging ik helemaal bergen opwaartsen. [...] Toen kon ik gewoon dikke vier uur volhouden en toen ben ik begonnen me ‘s ochtens werken op speeltuin, licht schoonmaakwerk aanbieden. Na dat was de mooiste tijd”; “Ja, als ik dat gewoon kijk dat ik vanuit het opstaart traject weer 20 week in de uur heb gewerkt vind ik wel dat dit erbij gezegd kan worden. Ook omdat het mooi aansloot op elkaar.”. Terwijl binnen deze uitspraken het daadwerkelijk uitvoeren van werk in het geleden lag, gaven twee respondenten aan, sinds het volgen van de interventie werk te hebben gevonden, waarvan een vrijwillig werkt (“Ja, ik werk nu bij de Power – tijdelijk, vrijwillig. Tot ik ga beslissen of ik ga opereren of ik ga naar de school. Maar tijdelijk ik werk wel – 20 uur per week. Maar gewoon vrijwillig.”) en de ander als gevolg van een behaalde opleiding sinds februari 2016 betaald werk heeft kunnen vinden: “Naja doordat ik een opleiding ben gaan begonnen [...] en dat heeft het resultaat geboekt dat ik een baan heb.”; “Dat heeft mij heel positief gemaakt want ik heb die opleiding behaald. Enneh ja en nu heb ik werk.”. Een van de respondenten gaf aan, op dit moment vrijwilligerswerk te verrichten en dit niet voor de interventie te hebben gedaan. Echter, volgens haar heeft het volgen van de interventie er niet aan bijgedragen en werkt zij omdat zij “het leuk [vindt] om niet altijd thuis te zitten”. Ook maakte een van de respondenten duidelijk, op dit moment in verband met ziekte niet in staat te zijn om te werken (“Nee, ik ben ziek. “).

Overig. Overige uitspraken over een positief effect van de interventie, die nergens geplaatst konden worden omvatten de thema’s ritme & structuur, algemeene positieve verbetering en vruchtbaarheid. Zo gaaf een van de respondenten aan, door het volgen van de interventie weer zijn ritme alsook structuur terug te hebben gekregen: “Ik kreeg weer me ritme terug. Ik kreeg weer

¹ Het Wet sociale Werkvoorziening (wsw) helpt mensen met psychisch, verstandelijk of lichamelijk nadeel aan het werk (KoortermaarKrachtig, n.d.)

structuur in mijn levenspatroon en dat bewegen dat heeft allemaal meegeholpen om toen in die tijd weer een goeie opstart te kunnen maken.”. Daarnaast vermeldden twee respondenten, dat in principe heel veel aspecten in hun leven tot positief zijn veranderd, zonder binnen die uitspraken dieper erop in te gaan: “Of die gezondheid-cursus is op tijd in mijn leven gekomen. Ik weet het niet maar is zeer veel veranderd in mijn leven.” ; “[...] het is echt een positieve ervaring geweest vanaf toen is alles goed gelopen, ja.”. Bovendien gaaf een van de respondenten aan, dat ze na het volgen van de interventie een opleiding is gaan volgen waarop volgend zij na een onvruchtbaarheidsperiode van 5 a 6 jaar eindelijk zwanger werd: “Of het door hun komt? Ja eigenlijk wel, maar of het dan via hun komt? Het is een lange weg geweest en het is heel persoonlijk maar ik ben vijf, zes jaar onvruchtbaar geweest, UI, IVF, werkte allemaal niet. Dan ben ik dat gaan doen, daarna BBL en afvallen en toen werd ik zwanger. Dus hun zijn wel het begin van die weg. Dus het is wel de weg van geluk.”.

4. Discussie

Dit onderzoek was bedoeld om te exploreren of het volgen van de interventie Scoren met Gezondheid tot een toename van het mentaal welbevinden, de kwaliteit van leven en veerkracht heeft kunnen leiden. Daarnaast werd onderzocht of de deelname aan de interventie tot daadwerkelijke participatie kon stimuleren en in hoeverre de deelnemers er vandaag nog iets aan hebben. Als we kijken naar de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten kunnen we een divers beeld zien. Dit houdt in dat er wel aanwijzingen voor een succes van de interventie op verschillende gebieden zijn opgetreden, hoewel er betreffend enkele domeinen geen verandering heeft plaatsgevonden.

Terwijl de kwantitatieve analyse alleen significante toename van de kwaliteit van leven vertoont, schetst de kwalitatieve analyse een ander beeld. Uit de kwalitatieve analyse gaat naar voren, dat de deelname aan de interventie Scoren met Gezondheid een aantal positieve effecten op de gezondheid gezien alle onderzochte aspecten als ook de participatie kon vertonen. Dit wordt duidelijk als we kijken naar de gevonden positieve effecten binnen de verschillende domeinen.

Hoewel uit de kwantitatieve analyses naar voren komt dat de mate aan veerkracht niet is toegenomen, laten bepaalde effecten op een toename van veerkracht en diens onderdelen sluiten. Dit blijkt uit gevonden effecten zoals de bevordering van optimisme, een bevordering van copingsgedrag en ervaren van acceptatie betreffend lastige levensomstandigheden als het gaat om een toename aan acceptatie van zichzelf en leven. De gevonden bevordering van zelfvertrouwen, self-control en bewustwording van het eigen vermogen, als ook de bevordering van persoonlijke competenties op laten een van veerkracht op het gebied van persoonlijke competenties vermoeden. Dit staat in overeenkomst met de literatuur, aangezien volgens Portzky et al. (2010) een toename aan veerkracht door de aanwezigheid van doorzettingsvermogen („doorgaan met wat je wilt”), coping en zelfvertrouwen wordt gekenmerkt. Tegenstrijdigheid van kwantitatieve en kwalitatieve data is hierbij mogelijk te verklaren door het feit, dat mogelijke effecten pas op het lange termijn zichtbaar zijn.

Daarnaast is het mogelijk, dat de veerkracht bij de respondenten groep blijkt toegenomen omdat deze de interventie allemaal als positief hebben ervaren en niet met mensen werd gepraat, die bij de uitval groep horen.

Hetzelfde geldt voor het mentaal welbevinden. Ofschoon uit de kwantitatieve analyse blijkt, dat alleen het emotioneel welbevinden marginaal is toegenomen, laten uitspraken betreffend het ervaren van positieve gevoelens alsmede verbetering van de stemming op een toename van emotioneel welbevinden sluiten. Uitspraken over het versterken van het sociale netwerk, het ervaren van sociale steun en opkomen van een samenhorigheidsgevoel laten aannemen, dat ook het sociaal welbevinden bij de respondenten is toegenomen. Daarnaast blijken de respondenten eveneens een toename in zelfvertrouwen, ervaren self-control, coping en ervaren van optimisme en zingeving te vertonen. Bovendien kwam naar voren dat respondenten zich van hun eigen vermogen bewust werden en de persoonlijke competenties bevorderd werden. Dit laat vermoeden dat ook het psychologisch welbevinden en met al zijn componenten daarom ook het algemeen mentaal welbevinden zou moeten zijn verbeterd. Ook deze bevinding staat in overeenstemming met de gevonden literatuur maar geldt, dat het door de kwantitatieve analyse geschetste beeld mogelijk door systematische uitval verkleurd is, als de uitkomsten van de kwalitatieve analyses door de respondenten vertekend is. Dit wordt vervolgens verder besproken.

Verder laten uitspraken betreffend de vermindering van pijn, verbetering van de mobiliteit en de algemene lichamelijke toestand als ook het ervaren van positieve gevoelens en verbetering van de stemming en optimisme verwachten, dat de kwaliteit van leven ook op het moment van het interview ten opzichte van t3 na de interventie is toegenomen. Dit komt als enige uitkomst overeen met de resultaten uit de kwantitatieve data analyse. Het is echter mogelijk, dat de kwantitatieve analyse een vertekend beeld levert aangezien de antwoordmogelijkheden per onderdeel geen mogelijkheid tot nuancering boden. Het onderscheid tussen de antwoordmogelijkheid „Ik heb geen problemen met lopen“, „Ik heb enige problemen met lopen“ en „Ik ben bedlegerig“ biedt geen goede mogelijkheid om een genuanceerd, duidelijk beeld van zijn gezondheidstoestand te laten schetsen.

Ten slot laten de uitspraken van de respondenten, met als onderwerpen de aanleiding tot werk en opleiding als ook het daadwerkelijk uitvoeren van werk en vrijwilligerswerk of het behalen van een opleiding zien, dat de participatie van de respondenten positief werd gestimuleerd.

In overeenstemming met het model van Jahoda (1981, 1982) blijkt ook bij een van de respondenten de tijdstructuur samen met het ritme door de weeropname van werk terug te zijn gekomen. Hiervoor bestaat echter helaas geen vergelijksmogelijkheid met de kwantitatieve data aangezien de participatie door middel van een caseload werd bestemd, die niet in het dataset verwerkt werd. Wat verder opvalt, is het feit dat de drie respondenten, die aangaven een opleiding te hebben gevolgd, deze in de zorg hebben geabsolveerd. Het is mogelijk, dat ze door de hulp en steun die ze door de interventie hebben ervaren, wilden overdragen naar andere mensen, zoals een van de respondenten over het uitvoeren van zijn werkzaamheden zei: „*Wat leuks doen voor'n ander.*“.

Een verder interessant punt, die door een van de respondenten werd aangesproken is de zwangerschap die eventueel door de interventie kon worden gestimuleerd. Volgens de literatuur (Clark, Ledger, Galletly, Tomlinson, Blaney, Wang & Norman, 1995; Hollmann, Runnebaum & Gerhard, 1996) kan gewichtsverlies de vruchtbaarheid en daarmee de kans, om zwanger te worden bevorderen. De respondent blijkt volgens een gerelateerd onderzoek (Müller, 2016) gedurende de deelname aan Scoren met Gezondheid significant te zijn afgevallen, waardoor mogelijk verder gewichtsverlies als de vruchtbaarheid bevorderd konden worden.

Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Het kwantitatief onderzoek gaf door middel van het veeltaal vragenlijsten de mogelijkheid om een gevarieerd beeld te schetsen wat betreft de mentale gezondheid als ook lichamelijke conditie en veerkracht van de deelnemers. Echter, de participatie werd gedurende de interventie door middel van persoonlijke gesprekken met de deelnemers achterhaald en is daarom niet als kwantitatieve mate in het data set terug te vinden. Daarnaast werden de vragenlijsten niet consistent door alle deelnemers ingevuld. Het is daarom mogelijk, dat er sprake van selectieve uitval is, waardoor een vertekend beeld qua uitkomsten kan ontstaan. Om dezelfde reden als ook het uitblijven van een controle groep, waar deelnemers willekeurig hadden kunnen worden ingedeeld, is er sprake van een veel te kleine steeproefgrootte om de gevonden resultaten te kunnen generaliseren. Ook werd er geen rekening gehouden met gezondheidsbelemmerend of –bevorderend gedrag buiten de interventie zoals het volgen van een individuele dieet, waardoor positieve als ook negatieve effecten eventueel niet valide en op de interventie alleen terug te wijzen zijn.

Betreffend het kwalitatieve deel van het onderzoek kan worden gesteld, dat door het kleine aantal respondenten geen goed beeld van de populatie kan worden geschetst. Ookal kwamen de zes oud-deelnemers uit vier verschillende groepen binnen de interventie en werd er rekening met een zo goed mogelijke weergave van de daadwerkelijke populatie gehouden, deden er uiteindelijk mensen mee, die door het team van het ROC werden gekozen en eerder aangaven, bij vervolg onderzoek mee te willen werken. Het is daarom mogelijk, dat zij de interventie positiever hebben ervaren als de normale populatie waardoor een verkleurd beeld kan worden gegeven. Hoewel er tijdens het opstellen van het schema rekening met een mogelijk lager taal niveau van de respondenten werd gehouden, bleken enkele vragen lastig te begrijpen zodat deze hergeformuleerd moesten worden en kan daardoor de validiteit van het interview belemmerd zijn. Een van de vragen, met name de vraag naar een verbetering van mobiliteit, pijn en negatieve stemming had verder in drie enkele vragen onderverdeeld kunnen worden, zodat respondenten duidelijk antwoord op alle componenten hadden kunnen geven in plaats van een algemeen antwoord voor alle drie aspecten.

In totaal geeft het onderzoek door middel van het mixed methods design een gevarieerd beeld van de bevindingen. Het is door de integratie van kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling

eventueel mogelijk om te laten zien dat enkele effecten pas op de lange termijn optreden dan dat ze aan de hand van de interventie op t3 werden gemeten.

Een verlaagd Cronbach's alpha op t3 van alle drie vragenlijsten ten opzichte van t0 wijst hierna op een beter taalbegrip aan het einde van de interventie. Tegelijkertijd wijst dit erop, dat de vragenlijsten op t0 eventueel minder feitelijk werden ingevuld aangezien de deelnemers toen niet in staat waren om de vragenlijsten zelf en zonder problemen in te vullen. Het is dan ook mogelijk dat er sociaal wenselijke antwoorden werden gegeven, vooral in verbinding met de docenten die bij het invullen hebben geholpen.

Bij vervolg onderzoek zou achterhaald kunnen worden, of er verschil kan worden gevonden betreffend de mate aan effectiviteit van de interventie met als afhankelijke variabele het geslacht en land van herkomst. Dit werd binnen dit onderzoek niet gedaan omdat de twee groepen (mannen en vrouwen, allochtoon en autochtoon) niet vergelijkbaar waren, gezien de verhouding van 3 mannen en 16 vrouwen. Ook is het interessant om bij een vervolgonderzoek te exploreren of de mate aan toegenomen veerkracht met een toename van mentaal welbevinden en kwaliteit van leven samenhangt en was het interessant geweest om op het moment van de interview afname nog eens alle vragenlijsten in te laten vullen. Voor vervolgonderzoek zou verder worden aanbevolen, om een controlegroep in de interventie te integreren zodat deelnemers willekeurig aan een van de groepen toegekend kunnen worden waardoor de effecten beter onderzocht en gevalideerd kunnen worden.

5. Conclusie

Het onderzoek biedt door middel van een mixed methods design inzicht in de effectiviteit van de interventie Scoren met Gezondheid. Er blijken betreffend de kwantitatieve analyse alleen effect op de kwaliteit van leven terwijl de kwalitatieve een heel positief beeld met verbetering op alle domeinen schetst. Echter, voor generalisatie als ook validatie van de uitkomsten zou vervolg onderzoek met een groter steekproef en een controle groep moeten worden gedaan, zoals in de discussie nader toegelicht.

6. Referenties

- American Psychological Association. (2016). The Road to Resilience. Verkregen via <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016, 21 april). *Werkloosheid daalt*. Verkregen via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/16/werkloosheid-daalt>
- Clark, A. M., Ledger, W., Galletly, C., Tomlinson, L., Blaney, F., Wang, X., & Norman, R. J. (1995). Weight loss results in significant improvement in pregnancy and ovulation rates in anovulatory obese women. *Human Reproduction*, 10(10), 2705-2712.
- Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of psychiatric nursing*, 10(5), 276-282.
- Hanisch, K. A. (1999). Job loss and unemployment research from 1994 to 1998: A review and recommendations for research and intervention. *Journal of Vocational Behavior*, 55(2), 188-220.
- Health-Related Quality of Life (HRQOL). (2011). Centers for Disease Control and Prevention. Verkregen via <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>
- Hoeymans, N., Van Lindert, H., & Westert, G. P. (2005). The health status of the Dutch population as assessed by the EQ-6D. *Quality of Life Research*, 14(3), 655-663.
- Hollmann, M., Runnebaum, B., & Gerhard, I. (1996). Infertility: Effects of weight loss on the hormonal profile in obese, infertile women. *Human reproduction*, 11(9), 1884-1891.
- Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *American psychologist*, 36(2), 184.
- Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: A social-psychological analysis* (Vol. 1). CUP Archive
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78(3), 458-467.

- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222.
- KorterMaarKrachtig. (n.d.). WSW Indicatie. Verkregen via <http://kortermaarkrchtig.com/informatie/werk-en-inkomen/wsw-indicatie/>
- Kuckartz, U. (2016). Typenbildung und typenbildende Inhaltsanalyse in der empirischen Sozialforschung. In *Junge Menschen sprechen mit sterbenden Menschen* (pp. 31-53). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Lamers, S. M., Glas, C. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Longitudinal evaluation of The mental health continuum-short form (MHC-SF). *European journal of psychological assessment*.
- Linn, M. W., Sandifer, R., & Stein, S. (1985). Effects of unemployment on mental and physical health. *American Journal of Public Health*, 75(5), 502-506.
- McKee-Ryan, F. M., & Kinicki, A. J. (2002). Coping with job loss: A life-facet perspective. *International review of industrial and organizational psychology*, 17, 1-30.
- Moorhouse, A., & Caltabiano, M. L. (2007). Resilience and unemployment: Exploring risk and protective influences for the outcome variables of depression and assertive job searching. *Journal of Employment Counseling*, 44(3), 115-125.
- Müller, P. A. M. (2016). Effectiviteit van de interventie 'Scoren met Gezondheid' op het gebied van fysiologische en gedragsmatige veranderingen (Unpublished Bachelor's Thesis). University of Twente, Enschede, Netherlands.
- Murphy, G. C., & Athanasou, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and organizational Psychology*, 72(1), 83-99.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational behavior*, 74(3), 264-282.

- Pelzer, B., Schaffrath, S., & Vernaleken, I. (2014). Coping with unemployment: The impact of unemployment on mental health, personality, and social interaction skills. *Work*, 48(2), 289-295.
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current opinion in psychiatry*, 18(2), 189-193.
- Portzky, M., Wagnild, G., De Bacquer, D., & Audenaert, K. (2010). Psychometric evaluation of the Dutch Resilience Scale RS-nl on 3265 healthy participants: a confirmation of the association between age and resilience found with the Swedish version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(s1), 86-92.
- Quality of Life Resource. (2007). American Thoracic Society. Verkregen via <http://qol.thoracic.org/sections/key-concepts/health-related-quality-of-life.html>
- Resilience Scale – Nederlandse Versie. (2016). Verkregen via <https://www.telepsy.nl/RS-nl>
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical psychology review*, 21(1), 33-61.
- Schmitz, H. (2011). Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Economics*, 18(1), 71-78.
- Stephens, T. (1988). Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four population surveys. *Preventive medicine*, 17(1), 35-47.
- Taris, T. W. (2002). Unemployment and mental health: A longitudinal perspective. *International Journal of Stress Management*, 9(1), 43-57.
- Theodossiou, I. (1998). The effects of low-pay and unemployment on psychological well-being: a logistic regression approach. *Journal of health economics*, 17(1), 85-104.
- Voedingscentrum. (n.d.). *Gezond eten met de Schijf van Vijf*. Verkregen via <http://www.voedingscentrum.nl/nl/gezond-eten-met-de-schijf-van-vijf.aspx>

Volksgezondheidszorg.info. (2015). *Arbeidsongeschiktheid*. Verkregen via <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/arbeidsongeschiktheid/cijfers-context/huidige-situatie#definities>

Volksgezondheidszorg.info. (2015). *Arbeidsongeschiktheid naar oorzaak en wet*. Verkregen via <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/arbeidsongeschiktheid/cijfers-context/oorzaken#node-arbeidsongeschiktheid-naar-oorzaak-en-wet>

World Health Organization. (2003). Investing in mental health. Verkregen via <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42823/1/9241562579.pdf>

7. Appendix

Appendix A: Informed Consent Formulier

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 op de interventie ‘Scoren met Gezondheid’, welke van het ROC van Twente geleid werd, door.

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 gehandhaafd en geanonimiseerd. Er zullen nergens in het eindverslag namen worden genoemd. Alle in de bacheloropdracht verwerkte antwoorden worden anoniem behandeld en zullen niet terug vervolgd kunnen worden. Ook zal geen van de data met derden mensen buiten het onderzoeksteam gedeeld worden.

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:

Appendix C: Interview schema

Interviewschema

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 levensvreugde?

.....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.

Appendix D: Code schema

Code	Definitie
Cognities	Uitspraken over het effect van de deelname op de instelling en attitudes van de deelnemers (bij. acceptatie van zichzelf of positieve verandering van de attitude)
Sociaal welbevinden	Uitspraken over het effect van de deelname op het sociale welbevinden (bij. Ervaren van sociale steun, samenhangigheid)
Emotioneel welbevinden	Uitspraken over het effect van de deelname op het emotioneel welbevinden (bij. Positieve gevoelens zoals geluk en levenstevredenheid)
Psychologisch welbevinden	Uitspraken over het effect van de deelname op het psychologisch welbevinden (bij. Bevordering van het zelfvertrouwen, betekenis geven aan het leven en gebruik maken van het eigen potentiaal)
Fysiologie	Uitspraken over het effect van de deelname op de lichamelijke toestand van de deelnemer (bij. Verbeteren van de mobiliteit, vermindering van pijn)
Participatie	Uitspraken over het effect van de deelname op de participatie van de deelnemer (bij. Het volgen van een opleiding of zoeken naar/uitvoeren van werk)
Overig	Overige uitspraken over het effect van de deelname op het leven van de deelnemers

Note: Code Schema betreffend het effect van de interventie Scoren met Gezondheid

Appendix E: Code schema ingevuld compleet

Code	Citaten	n
Cognities	1: Ik had er toen ook weer zin in en ik was toen ook super gemotiveerd. Daarom vind ik het ook belangrijk dat zo iets moet kunnen blijven bestaan. 2: Oh, eerste rustig blijven. Ja, ik doe vroeger alles haast, haast, haast... 2: . Vroeger ik twijfel wat ik moet zeggen. Bijvoorbeeld: als mijn zoon vragen ik wil met vrienden chillen beetje uit de huis. Ik kom rond 2 / 3 uur. Ik denk 'pfff... wat ga jij doen?' we zitten heel veel discussie. Maar nu niet. Ik denk nou... hij moet ook leven. Hij is 19 geworden. Ik ben rustig geworden. Vroeger we zitten heel lang over dit praten... toch die gaat chillen. Maar we gaan uren lang over dit praten. Nu nee! Ik wordt een beetje rustig, ik zeg: 'nou goh... Ik vertrouw jou. Mag jij doen als jij vindt leuk.' 2: Ja, die situaties die zie ik niet meer zo moeilijk als het was. Ja, ik denk komt wel goed allemaal. Dat ook positief voor mijn kinderen. 2: Ja misschien, ik heb ook moeilijk tijd met mijn moeder en vader en allen tweeën is overleden. Dat is niet lekker gevoel, maar ik ben nu rustig, want hun waren toen die tijd in Syrië. Maar door Laura en zo echt... ik heb heel veel praten, mijn vader is zo mijn moeder is zo... Ze hebben echt met geduld antwoord gegeven: 'Jij kan d'r niks doen'. Ik voel mezelf altijd ik moet wat doen, maar ik kan niks d'r doen. Maar door hun ik wordt een beetje rustig om te zeggen: 'Ja, [Naam] je kan niks daar doen, je hebt je best gedaan!' Ja, dat ook zo. Ik heb mijn best gedaan en ik kan niet meer doen. Dat ook... 2: ... ik eet heel snel, ik doe alles te snel. Maar toch ik kan niet alles wat ik moet doen afmaken. Ik heb geleerd ik moet eerst rustig blijven en ik moet voor mezelf echt tijd geven. Ik doe nooit tijd voor mezelf. Altijd van huis en kinderen, geen andere. Nu, elke dag ik ben wakker ik denk: 'nou, vandaag mooi weer. Ik ga wandelen, dat is gezond voor mij'. Ik moet gezond blijven want anders kan ik niet voor mijn kinderen goed zorgen. Met zo veel druk en zo veel rommelig in mijn leven – niet goed. Dat ik heb geleerd dat! Beetje rustig blijven! 2: Vroeger als ik zit in de moeilijk tijd ik wordt echt depressief. Mijn kinderen ook zien 'oh, mama is niet goed' en die worden dan ook een beetje chagrijnig en depressie. Maar nu onze dagelijks leven ook positief geworden. Ik en kinderen ook. Ze zien: 'Oh, mijn moeder actief' en worden ook actief met mij mee. 2: Ik ben zelf positief geworden. Ja, in mijn leven... rond mijn leven. Ik weet het niet, maar ik ben zelf echt positief geworden. 4: EH eigenlijk is alles veranderd. Ehm ja ik ben wat positiever geworden over alles [...]. 4: Naja doordat ik een opleiding ben gaan begonnen dus je krijgt er heel veel zin in en dan wil je maar doorgaan [...] (gaat veder erop in dat ze vervolgens een baan heeft gekregen).	10
Sociaal welbevinden	1: Als k in de winkel kom ik ze nog weleens tegen en dan moet ik daaraan terug denken en dan is het: 'Eh, hoi... hoi... hoe is alles? Alles goed... lalala...' dan hou je wat praatjes, dus het is ook goed voor je sociale ontwikkeling. 1: 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. En dat zijn ook van die fijne dingen, dus dat was ook iets wat we ook als extratje nog meekregen. 2: Met mijn docent, Laura was, met haar... met haar steun ik beslissing komen maag verkleinen operatie. 3: Hmm... ja, dat is dat je nou nieuwe mensen kent. Altijd tegenkomen en dat is heel leuk en de herinneringen en de foto's, dat is heel leuk als ik ga kijken.	7

	3: We waren net een familie, hadden een goeie band met elkaar, veel gelachen... ja, dat was heel leuk, ja! [...] dus we hebben echt eh... goeie band met elkaar! 4: Ik heb het heel goed ervaren. Ik vond het erg leuk en ik had mensen waar ik naartoe kon en dat deed mij heel goed. 4: [...] ik voelde me altijd eenzaam. Maar door hun hebben ze mij helemaal opgekrikt eigenlijk. Dat meen ik echt.	
Emotioneel welbevinden	1: Ik was toen heel gelukkig. 1: Het is gewoon leuk om mensen die gewoon zich heel zo ach, zeg maar... beetje rustig willen houden die gaan dan met zo'n partijtje voetbal gaan ze zo grandioos los, dat geloof je gewoon niet. Das zo'n lol om dat te zien. En zelf ben ik ook zo. Dus en simpele spelletjes is ook gewoon zo... de wil om te winnen, dan val je meteen terug naar vroeger, tenminste daar het ik dat ook altijd, dus dat was ook een leuk gevoel dat weer terug kwam. 1: Ik vond het een eisenstellend project en ik hoop dat het terugkomt want in die situatie waar ik nu in zit zou ik zoeits als dit heel goed kunnen gebruiken om ook eens weer uit te gaan, om ook weer iets te moeten doen en erbij te bewegen op een laagdrempelig manier, en met wie of wat, dat maakt dan niet uit, het gaat om meer plezier en meer vreugde. 1: Ik had altijd zo iets van die een keer in de week dan ga je helemaal los. 2: Natuurlijk! die negatief (stemming) allemaal weg! 3: Ja, in die tijd had ik een heel leuk gevoel. Enthousiast en vrolijk... 3: Ja, ja zeker! (Of ze sinds de deelname gelukkiger is) Ik denk door de mensen en de gemeente. Ze waren ook heel enthousiast en leuk. (Hoe ze denkt dat dit komt). 4: Eh het is alleen maar positiever geworden, niet meer negatief. Ja. (Of er iets is veranderd mbt negatieve stemming) 5: Verandering? Nee, nee. Het is alles maar beter geworden. (Of er iets is veranderd mbt mobiliteit, pijn of negatieve stemming) 6: Elke keer die verschillende sporten. Verschillende kijken... eh... bij Twente. Hier 16 jaar, nooit geweest! Ik heb uitkering, ik kan niet werken, kan niet betalen. Maar met Scoren met Gezondheid twee of drie keer geweest... en die gelukkig!	10
Psychologisch welbevinden	1: Toen wel, toen voelde ik me veel zelfverzekerder. Ik zou dit wel op toen houden. Kijk ik wil die slechte periode waar ik nu in zit niet hierin betrekken want dit heeft daarmee niks te maken. (Op de vraag of er veranderingen waren mbt zelfvertrouwen en vertrouwen in het eigen kunnen) 2: ... nu weet ik wat ik met mijn leven wil beslissen dat ik goed. 2: Ja ja, sociaal leven ook verandert! Ja, dat komt misschien door mijzelf. Als ik zeg, ik ben positief geworden. Ik kan vroeger, als mensen vertellen over hun verhaaltje of zo ik heb geen geduld om te horen of te luisteren. Ik zeg: 'laat maar ik heb geen zin voor jou!'. Maar nu nee, is beter! Als iemand iets tegen mij wil vertellen, ik kan een beetje luisteren. Niet zo lang, maar vroeger ik zei: 'nou sorry, ik heb geen tijd, ik moet weg!'. Maar nu niet meer... 2: Ik heb alles vergeten met die moeilijke tijden wat ik heb mee gemaakt in mijn leven.	19

	2: Ja, bete mij zelf onder de controle houden. Niet 100%... maar het kan iets beter. Ik kan mij controleren met eten. 2: Natuurlijk. Ik denk: 'Oh, ik kan dat niet en ik doe dat niet, ...'. Maar nu, wat ik doe bij vrijwilligers werk hun zeggen ook: 'Oh, [naam] je kan dat doen. Alleen je moet een beetje praten, je moet in jezelf vertrouwen.' Is alles verandert. Vroeger als je ziet in vergadering bijvoorbeeld. Ik durf niet om mijn mening te zeggen of wat ik vind leuk en niet leuk. Maar nu, ik durf het! (op de vraag of er iets is veranderd betreffend haar zelfvertrouwen). 2: Als ik eet koekje, ik niet eet de andere, ik denk: 'is genoeg. Ik ga stoppen ermee'. Maar vroeger dat was niet... 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. Ja, maar met de gezondheid-cursus zien we: 'Oh, we kan wat doen nog hier. Hoeft niet thuis blijven'. 2: Nu wij weten wat is goed voor mij, wat ik kan doen. Dat is goeie punt van de gezondheid-cursus. 3: Ja, dat ik heel veel kan. Ja, aan sport doen dan merk je dat je heel veel kan, dan je dacht. 4: Jaaa, dat is omhoog gegaan, absoluut. (Of haar zelfvertrouwen omhoog was gegaan). 4: laat iedereen de kans krijgen om mee te doen. Word je een heel ander mens van! 4: Ehm ja toch bepaalde grensen verleggen zoals bij Twente bij het voetbalstadion. Eh ja dat soort dingen. [...]Ik heb daar heel veel aan gehad, eigenlijk. 4: ik kan makkelijker praten overal. 4: Ja, naja ik ben socialer geworden, ik kan makkelijker met mensen contact leggen nu. 4: Nou ik duurfte niet echt makkelijk in de groep te zijn maar dat gaat nu hartstikke goed. 4: Eh vooral in een groep te kunnen praten. Samenwerken, dat zijn dingen die ik echt geleerd heb. 4: Na ik heb tuurlijk nog wel periodes maar ik denk dat dat toch wel in je zit. Maar alles gaat wel wat makkelijker. (Of er iets is veranderd in het aan kunnen van tegenslagen) 5: Het was uit mijn comfortzone stappen, het was voor mij verandering, goeie tips krijgen voor gezondheid.	
Fysiologie	1: Ik had toen juist minder pijn, ik had vaak knie klachten en zo want door al dat bewegen bouw je toch wel een lichte vorm van spiermassa weer op. Dit had allemaal hele positieve uitwerkingen op mij. 1: Je voelt je toch een stuk beter in je vel [...]. (met betrekking tot het belang van regelmatige beweging) 2: Ja, eerste geluk mijn gewicht was. Ja, ik ben echt 45kg afgevallen. Dat is echt gelukkig. Ik denk ik blijf lang leven zo dik en ik kan niet meer bewegen. Maar met gezondheid [-cursus], met de Laura eigenlijk, ze heeft heel veel gedaan om...(het gaat om een maag-verkleinernde operatie)	5

	2: Met mijn docent, Laura was, met haar... met haar steun ik beslissing komen maag verkleinen operatie. Dat... ja, dat gebeurt allemaal door die cursus. En 2014 ik heb mijn operatie gehad en dat was echt goeie tijd voor mij. Ik voel mezelf beter, ik ben nu 40kg afgevallen... ja. 5: Verandering? Nee, nee. Het is alles maar beter geworden. (Of er iets is veranderd mbt mobiliteit, pijn of negatieve stemming)	
Participatie	1: Dus eh dat heeft mij opgekrikt en vanuit daar ben ik gaan werken, dus zo goed was dat project voor mij met een paar andere dingen daarbij om weer wat te doen en niet meer thuis te zitten. 1: Het heeft ervoor gevoerd hoe ik toen naar werk ben gegaan. 1: ik ben ook nog naar die tijd naar school geweest om een MBO diplomatie te halen voor de zorg. Denk ga ik gewoon daarmee verder en mensen helpen, maar dit ging dus ook verder niet door. 1: [...] toen ging ik helemaal bergen opwaartsen. [...] Toen kon ik gewoon dikke vier uur volhouden en toen ben ik begonnen me 's ochtens werken op speeltuin, licht schoonmaakwerk aanbieden. Na dat was de mooiste tijd, ...dat ik gewoon nog liep, en daar had je geen gezeur, leuke collega, alle kleine kindjes spelen op die speeltoestellen daar. En dan moest je dit eens maken en moest je dat eens maken en moest je, oude mensen gingen dansen moest je maar een beetje muziek opzetten, koffie zetten, was prachtig. Wat leuks doen voor'n ander. 1: Ja, als ik dat gewoon kijk dat ik vanuit het opstaart traject weer 20 week in de uur heb gewerkt vind ik wel dat dit erbij gezegd kan worden. Ook omdat het mooi aansloot op elkaar. 2: Nu ik werk als vrijwilliger met de vrouwen die zeggen we willen iets doen. 2: Ja, na gezondheid-cursus, ik denk mijn taal is altijd niet genoeg, niet genoeg, ... Maar toch ik heb BBL opleiding gedaan. Ja, is afgelopen. Dat betekent beetje in zorg niveau 1. Ik wil graag in niveau 2 ook, maar ja. Eigenlijk mijn gewicht is niet zo echt goed. Ik ga nog een keer tweede operatie doen. En dan vanaf september ik doe misschien niveau twee, al allemaal gaat goed. 2: Ja, ik werk nu bij de Power – tijdelijk, vrijwillig. Tot ik ga beslissen of ik ga opereren of ik ga naar de school. Maar tijdelijk ik werk wel – 20 uur per week. Maar gewoon vrijwillig. (3: Ja, ik doe een keer in de week vrijwilligerswerk. [...] Ik werk altijd vrijwillig. Ik vind het leuk om niet altijd thuis te zitten.) 4: Doordat ze me hebben geholpen om naar school te gaan weer. En dat heeft mij heel positief gemaakt want ik heb die opleiding behaald. Enne ja en nu heb ik werk. [...] Ik denk door het toch doorgaan met wat jij wil. Ja dat is het. En hun hebben me weer op weg geholpen, dat is gewoon een feit. Als ik bij hun niet was gekomen was ik nu niet zo ver gekomen. Dat meen ik echt. 4: . Ja dat ik werk heb en dat is voor mij heel belangrijk, dat ik niet constant thuis zit. 4: Naja doordat ik een opleiding ben gaan begonnen dus je krijgt er heel veel zin in en dan wil je maar doorgaan en dat heeft het resultaat geboekt dat ik een baan heb. (Hoe ze denkt dat de deelname aan SMG aan het vinden van een baan heeft bijgedragen) 5: Was voor mij een hele positieve ervaring. En met scoren met gezondheid kon ik bewijzen dat ik geschikt was voor een BBL(?) opleiding in de zorg. Omdat ik, ik heb een WSW indicatie en eigenlijk mocht ik daardoor niet mee doen maar doordat ik een	14

	certificaat had voor bewegen en alles, kon je wat meer aantonen. 5: Zoals ik al zei met de doorga mogelijkheid, dat ik de bbl opleiding kon gaan doen daarna. Ja, dat was dat je iets in handen hebt van kijk dat ik heb gedaan dus ik kan door. (In hoeverre de deelname haar leven (positief of negatief) heeft beïnvloed)	
Overig	1: Ik kreeg weer me ritme terug. Ik kreeg weer structuur in mijn levenspatroon en dat bewegen dat heeft allemaal meegeholpen om toen in die tijd weer een goeie opstart te kunnen maken. 1: Toen kreeg m'n dag weer ritme. 2: Of die gezondheid-cursus is op tijd in mijn leven gekomen. Ik weet het niet maar is zeer veel veranderd in mijn leven. 5: Of het door hun komt? (Lacht). Ja eigenlijk wel, maar of het dan via hun komt? Het is een lange weg geweest en het is heel persoonlijk maar ik ben vijf, zes jaar onvruchtbaar geweest, UI, IVF, werkte allemaal niet. Dan ben ik dat gaan doen, daarna BBL en afvallen en toen werd ik zwanger. Dus hun zijn wel het begin van die weg. Dus het is wel de weg van geluk. 5: [...] het is echt een positieve ervaring geweest vanaf toen is alles goed gelopen, ja.	5

Note. Codes tussen haakjes werden voor het nader beschrijven van de resultaten wel gecodeerd, maar tellen niet mee in tabel 6 als het gaat om het aantal gemaakte uitspraken betreffend het effect op een bepaalde domein.