

**Samen Sterker: Korte en Langetermijneffecten van de Interventie ‘Community Wise’  
op Zelfmanagementvaardigheden bij Oudere Volwassenen Wonend in Gebieden met  
een Lage Sociaal Economische Status gedurende de Covid-19-Pandemie**

Charlotte Emma Huisman

Studentnummer: S3766101

E-mail: c.e.huisman@student.rug.nl

Afdeling Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen

Onderdeel van PSB3N-BT15: Bachelor These

Begeleider: Dr. Ing. Martine Goedendorp

Tweede beoordelaar: Dr. Maarten Eisma

Groepsleden: Wian Nauta, Rachelle de Weerd, Lotte Brink, Sigrid van ‘t Ende

Datum: 14 februari 2022

Woord van de Auteur

Deze scriptie is mede tot stand gekomen door de fijne samenwerking met Wian Nauta, de prettige begeleiding van Martine Goedendorp, Feline Derks-Platzer en Jiska Vorstman en de onvoorwaardelijke aanmoedigingen van mijn hond Nina.

A thesis is an aptitude test for students. The approval of the thesis is proof that the student has sufficient research and reporting skills to graduate, but does not guarantee the quality of the research and the results of the research as such, and the thesis is therefore not necessarily suitable to be used as an academic source to refer to. If you would like to know more about the research discussed in this thesis and any publications based on it, to which you could refer, please contact the supervisor mentioned.

Een scriptie is een proeve van bekwaamheid voor studenten. De goedkeuring van de scriptie is het bewijs dat de student over voldoende onderzoeks- en rapportagevaardigheden beschikt om af te studeren, maar biedt geen garantie voor de kwaliteit van het onderzoek en de resultaten van het onderzoek als zodanig, en de scriptie is daarom niet per se geschikt als academische bron om naar te verwijzen. Als u meer wilt weten over het in deze scriptie besproken onderzoek en de daarop gebaseerde publicaties waarnaar u zou kunnen verwijzen, neem dan contact op met de genoemde begeleider.

**Stronger Together: Short- and Long-term effects from the Intervention ‘Community Wise’ on Self-Management Abilities in Older Adults from Areas with a Low Socio-Economic Status during the Covid-19-Pandemic**

**Abstract**

Background: Older people with a low socioeconomic status (SES) have an increased risk of developing (chronic) diseases or premature death. Therefore, the intervention ‘Community Wise’ aims to improve positive health and self-management abilities of elderly with a low SES through twelve weekly meetings. The current study aimed to determine the short- and long-term effects of the intervention Community Wise on self-management abilities of elderly from areas with a low SES during the covid-19-pandemic. Method: The current study used a longitudinal pretest-posttest design and a combination of quantitative and qualitative data. In total, 109 participants participated in the intervention, spread over eight areas with a low SES. Eleven participants filled in the 30-items Self-Management Ability Scale (SMAS-30) at four timepoints. This data was analysed with RM-ANOVA. In addition, a total of 42 participants were interviewed, spread over three timepoints. These interviews were coded deductively and inductively. Results: Quantitatively, no short-term or long-term effects were found of the intervention and the covid-19-pandemic on self-management abilities ( $F(1.84; 18.4) = 1.55$ ;  $p = .24$ ;  $MSE = 75.1$ ). Qualitatively, a positive effect was found of the intervention on the self-management abilities taking initiative, self-efficacy, variety and positive frame of mind. The covid-19-pandemic appears to have a negative effect on the self-management abilities variety and multifunctionality. Discussion: The current study found quantitatively no effect and qualitatively a positive effect from the intervention Community Wise on self-management abilities. Future research with larger sample sizes may determine why these differences in findings occurred.

*Keywords:* Community Wise, self-management abilities, older adults, elderly, low socio-economic status, covid-19-pandemic, mixed methods study

## Samenvatting

Achtergrond: Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) hebben een verhoogd risico op het vroegtijdig ontwikkelen van (chronische) ziektes of vroegtijdig overlijden. De interventie Community Wise beoogt daarom via twaalf wekelijkse sessies de positieve gezondheid en zelfmanagementvaardigheden van ouderen met een lage SES te verhogen. Het huidige onderzoek onderzoekt de korte- en langetermijneffecten van de interventie Community Wise op zelfmanagementvaardigheden bij oudere volwassenen wonend in gebieden met een lage SES gedurende de covid-19-pandemie. Methode: Het huidige onderzoek maakte gebruik van een longitudinaal pretest-posttest onderzoeksdesign met een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve data. In totaal namen 109 oudere deelnemers deel aan de interventie, verdeeld over acht buurten met een lage SES. Elf deelnemers vulden op vier meetmomenten de *30-items Self-Management Ability Scale* (SMAS-30) in. Deze data is met RM-ANOVA geanalyseerd. Daarnaast zijn in totaal 42 deelnemers geïnterviewd, verdeeld over drie meetmomenten. Deze interviews zijn deductief en inductief gecodeerd. Resultaten: Kwantitatief gezien werd geen korte of langetermijneffect gevonden van de interventie en de covid-19-pandemie op zelfmanagementvaardigheden ( $F(1.84; 18.4) = 1.55$ ;  $p = .24$ ;  $MSE = 75.1$ ). Kwalitatief gezien werd een positief effect gevonden van de interventie op de zelfmanagementvaardigheden initiatief nemen, *self-efficacy*, variëteit en positief perspectief. De covid-19-pandemie lijkt kwalitatief gezien een negatief effect te hebben gehad op de zelfmanagementvaardigheden variëteit en multifunctionaliteit. Discussie: Dit onderzoek vond kwantitatief gezien geen en kwalitatief gezien een positief effect van de interventie Community Wise op zelfmanagementvaardigheden. Toekomstig onderzoek met grotere steekproeven kan mogelijk uitwijzen waarom de verschillen in bevindingen optraden.

*Sleutelwoorden:* Community Wise, zelfmanagementvaardigheden, oudere volwassenen, lage sociaaleconomische status, covid-19-pandemie, mixed methods onderzoek

## **Samen Sterker: Korte en Langetermijneffecten van de Interventie ‘Community Wise’ op Zelfmanagementvaardigheden bij Oudere Volwassenen Wonend in Gebieden met een Lage Sociaal Economische Status gedurende de Covid-19-Pandemie**

Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) hebben een verhoogd risico op het vroegtijdig ontwikkelen van (chronische) ziektes of vroegtijdig overlijden (Signorello et al., 2014; Van der Linden, 2020). Sociaaleconomische status wordt gedefinieerd als “de sociale status van een individu of groep, gemeten op basis van het inkomen, beroep en opleidingsniveau” (APA, n.d.). Slechte sociaaleconomische omstandigheden gedurende de kindertijd worden geassocieerd met negatieve gezondheidsuitkomsten gedurende de late volwassenheid, waaronder kwetsbaarheid (Van der Linden, 2020). Een oudere volwassene wordt als kwetsbaar beschouwd als er sprake is van cumulatieve achteruitgang van meerdere biologische systemen (Clegg et al., 2013). Hierdoor ontstaat een vergrote kwetsbaarheid voor (chronische) ziektes (Clegg et al., 2013) en een vergroot risico op vroegtijdig overlijden (Fried et al., 2001). Daarnaast stellen steeds meer onderzoekers dat kwetsbaarheid ook gekenmerkt wordt door negatieve gevolgen voor de mentale en sociale gezondheid (Rodríguez-Mañas et al., 2012). Deze sociale kwetsbaarheid kan tegengegaan worden door individuen deel te laten nemen aan sportieve sociale activiteiten met idealiter buurtbewoners (Takatori & Matsumoto, 2020). Het positieve verband tussen het opgroeien met een lage SES en de vergrote kwetsbaarheid op oudere leeftijd wordt gemedieerd door hebben van een lage SES op volwassen leeftijd (Van der Linden, 2020).

In Nederland overlijden mensen uit lagere inkomensklassen gemiddeld zeven jaar eerder dan mensen uit hogere inkomensklassen (Knoops & Brakel, 2010). Bovendien leven ze gemiddeld achttien jaar korter in goede gezondheid dan mensen uit hogere inkomensklassen (Knoops & Brakel, 2010). Op groepsniveau is zelfs te zien dat inwoners van gebieden met een lage SES gemiddeld gezien een lagere levensverwachting hebben dan inwoners van gebieden

met een hoge SES, zelfs als deze inwoners op individueel niveau geen lage SES hebben (Meijer et al., 2012). Als men wil voorkomen dat mensen met een lage SES of wonend in gebieden met een lage SES vroegtijdig (chronisch) ziek worden en overlijden, zou het al met al zinvol kunnen zijn om een gezondheidsbevorderende interventie in te zetten.

Aangezien mensen tegenwoordig steeds ouder en steeds vaker (chronisch) ziek worden (Kanungo et al., 2010), stelden Huber et al. (2011) dat de definitie van ‘gezondheid’ moest worden aangepast. De WHO definieert ‘gezondheid’ namelijk sinds 1948 als “een staat van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden” (World Health Organization, n.d.). Deze formulering is niet nuttig volgens Huber et al. (2011) omdat het leidt tot medicalisering van de samenleving en een onrealistisch hoge standaard voor gezondheid. Aangezien mensen tegenwoordig namelijk vaker chronische ziektes ontwikkelen en hier ouder mee kunnen worden dan in 1948 (Kanungo et al., 2010), zou volgens deze definitie niemand tegenwoordig meer als gezond beschouwd kunnen worden (Huber et al., 2011). Daarom pleiten Huber et al. (2011) voor het definiëren van ‘positieve gezondheid’ als “het vermogen van mensen om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven”. Bij deze definitie draait het niet zozeer om de afwezigheid van ziekte, maar om de manier waarop een individu omgaat met de ziekte en/ of de uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011).

Zelfmanagementvaardigheden kunnen volgens Huber et al. (2011) helpen bij het omgaan met (chronische) ziektes, waardoor het algehele subjectieve welbevinden van mensen stijgt. Zelfmanagement is daarmee onderdeel van de ‘positieve gezondheid’ (Huber et al. 2011). Volgens de Zelfmanagement van Welbevinden theorie (ZMW-theorie) bestaan er zes belangrijke zelfmanagementvaardigheden die ervoor kunnen zorgen dat mensen hun basisbehoeften vervullen en goed kunnen omgaan met verliezen (Steeverink, 2014). Hierbij



gaat het om zes zelfmanagementvaardigheden: initiatief nemen, *self-efficacy*, positief perspectief, investeringsgedrag, multifunctionaliteit en variëteit.

De ZMW-theorie is afgeleid van de Theorie van Sociale Productie Functies (SPF-theorie) die stelt dat ieder individu ernaar streeft om het algehele subjectieve welbevinden (fysiek, mentaal en sociaal) te verbeteren (Lindenberg, 1996). Om een verhoogde staat van welbevinden te bereiken, moeten vijf belangrijke, universele basisbehoeften vervuld worden: comfort, stimulatie, affectie, gedragsbevestiging en status (Kremers et al., 2006; Lindenberg, 1996). Het adequaat toepassen van de zes zelfmanagementvaardigheden binnen de vijf domeinen van welbevinden zorgt volgens de ZMW-theorie voor een verbetering van het algehele welbevinden (Kremers et al., 2006; Steverink, 2014).

Hierbij gaat het om de volgende vijf basisbehoeften (Kremers et al. 2006; Steverink et al., 2005):

- Comfort: Het vervullen van fysieke basisbehoeften, zoals de presentie van voedsel, drinken, warmte en rust en de absentie van pijn en vermoeidheid.
- Stimulatie: Een aangename hoeveelheid van fysieke en mentale activatie. De absentie van verveling en de presentie van uitdagende gebeurtenissen.
- Affectie: Het gevoel dat anderen geven om de persoon in kwestie en dat de persoon in kwestie ook om zichzelf geeft.
- Gedragsbevestiging: Het gevoel dat de persoon in kwestie dingen goed doet in zowel haar/ zijn eigen ogen als in de ogen van anderen.
- Status: Het gevoel beter te zijn dan anderen in zowel de ogen van de persoon in kwestie als in de ogen van anderen.

De bijbehorende zes zelfmanagementvaardigheden luiden als volgt (Schuurmans et al., 2005; Steverink et al., 2005):

- Initiatief nemen: Het vermogen om doelgericht te handelen als het gaat om het realiseren van een verhoogde staat van welbevinden.
- *Self-efficacy*: Het vermogen tot het hebben van vertrouwen in de persoonlijke competenties (het vertrouwen in het eigen kunnen) om een verhoogde staat van welbevinden te bereiken.
- Positief Perspectief (*positive frame of mind*): Het vermogen om een positief perspectief te hebben op de toekomst. Het niet focussen op verliezen.
- Investeringsgedrag: Het vermogen om te investeren in hulpbronnen die voordelen bieden voor de lange termijn. Hierbij kan het gaan om verschillende hulpbronnen, zoals vriendschap, familie, fysieke en mentale activiteiten.
- Multifunctionaliteit (van hulpbronnen): Het vermogen tot het opbouwen en behouden van hulpbronnen die nuttig zijn voor meerdere basisbehoeften op hetzelfde moment.
- Variëteit (in hulpbronnen): Het vermogen tot het opbouwen en behouden van een variëteit aan hulpbronnen voor iedere basisbehoefte.

Binnen de interventie ‘Community Wise’ wordt onder andere gefocust op het aanleren van adequate zelfmanagementvaardigheden volgens de ZMW-theorie bij oudere volwassenen met een lage sociaaleconomische status. De interventie richt zich daarnaast op mensen met gezondheidsproblemen die 40 jaar of ouder zijn, aangezien dit de leeftijd is waarop gezondheidsproblemen kunnen optreden bij mensen met een lage sociaaleconomische status (Knoops & Brakel, 2010). De interventie omvat oefeningen uit de GRIP&GLANS-groeps cursus (Kremers et al., 2006), van Sociaal Vitaal (Kenniscentrum Sport en Beweging,

n.d.) en een aantal nieuwe oefeningen. Op die manier wordt op een actieve manier gewerkt aan het verbeteren van de zelfmanagementvaardigheden. Bovendien kent de interventie een positieve inslag. Er wordt namelijk gefocust op aspecten die deelnemers nog wel kunnen uitvoeren in plaats van aspecten die zij niet meer kunnen uitvoeren. Al met al heeft de interventie als doel om deelnemers handvaten te bieden om zelfstandig de zes zelfmanagementvaardigheden toe te passen op de vijf domeinen van basisbehoeften (Steверink et al., 2005), met het doel om de algehele staat van subjectief welbevinden (fysiek, sociaal en mentaal) te verbeteren.

Het huidige onderzoek onderzoekt de effecten van de interventie ‘Community Wise’ op de zes zelfmanagementvaardigheden bij oudere volwassenen die woonachtig zijn in gebieden met een lage sociaaleconomische status. Het onderzoek is onderdeel van een groter onderzoek naar de algemene effecten van de interventie op positieve gezondheid en zelfmanagementvaardigheden van deelnemers. Uit eerder kwantitatief onderzoek naar de interventie bleek een negatief kortetermijneffect van de interventie op zelfmanagementvaardigheden, terwijl op basis van de literatuur het tegenovergestelde verwacht werd (Vorstman, 2020). Daarentegen bleek uit kwalitatief onderzoek naar de effecten van de interventie dat er op de korte termijn positieve effecten zichtbaar waren van de interventie op zelfmanagementvaardigheden (Voornhout, 2020). Om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen de interventie en zelfmanagementvaardigheden, wordt in het huidige onderzoek zowel gebruik gemaakt van kwantitatieve als kwalitatieve longitudinale data. Bovendien wordt met dit onderzoek voor het eerst gekeken naar de langetermijneffecten van de interventie op zelfmanagementvaardigheden en kan dit wellicht extra inzicht bieden in de relatie tussen beiden.

Tijdens het huidige onderzoek werd de wereld getroffen door de covid-19-pandemie. Hoewel het specifieke effect van de covid-19-pandemie op zelfmanagementvaardigheden nog

niet eerder is onderzocht, is wel bekend dat de pandemie een negatieve invloed kan hebben op verschillende aspecten. Zo concludeerde Muhktar (2020) dat de onvoorspelbaarheid en onzekerheid omtrent de pandemie mogelijk ernstig negatieve gevolgen kunnen hebben voor de psychosociale gezondheid van individuen en gemeenschappen. Muhktar (2020) noemt de pandemie zowel een individueel als collectief traumatische gebeurtenis, met name voor onder andere oudere mensen die leven beneden de armoedegrens. Volgens haar hebben deze mensen een vergroot risico op psychologisch trauma ten gevolge van de pandemie.

Gonçalves et al. (2021) stelden daarnaast dat de covid-19-pandemie negatieve effecten heeft voor oudere volwassenen. Zij beschreven op basis van kwalitatieve analyses van interviews met ouderen van 60 jaar of ouder uit verschillende culturen dat de sociale isolatie ten gevolge van de pandemie stelselmatig zorgde voor veranderingen in dagelijkse bezigheden en gewoontes. Deelnemers aan deze studie gaven aan beperkt te zijn in hun dagelijks leven vanwege de pandemie. Dit resulteerde bij hen in een verminderde sociale participatie en een verminderd welbevinden (Gonçalves et al., 2021). De deelnemers aan deze studie maakten daarnaast gebruik van nieuwe coping-strategieën tijdens de pandemie. Zo gebruikten ze technologische hulpbronnen om contact te houden met familie en vrienden en pasten ze hun hobby's aan naar de mogelijkheden binnen de coronamaatregelen. Ondanks deze adaptatie rapporteerden de deelnemers alsnog gevoelens van eenzaamheid en verdriet (Gonçalves et al., 2021). Het huidige onderzoek zal onderzoeken of de covid-19-pandemie ook een negatieve invloed had op het algehele welbevinden en de zelfmanagementvaardigheden van deelnemers aan de interventie.

Al met al wordt in het huidige onderzoek de volgende onderzoeksvraag onderzocht: Wat is het effect van de interventie 'Community Wise' op zelfmanagementvaardigheden van oudere volwassenen, wonend in gebieden met een lage sociaaleconomische status gedurende de covid-19-pandemie? De deelvraag hierbij is: Wat is het effect van de covid-19-pandemie

op zelfmanagementvaardigheden van deelnemers aan de interventie ‘Community Wise’? Deze vragen worden onderzocht aan de hand van een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve data. Op basis van de literatuur wordt verwacht dat de interventie een positief effect heeft op de zelfmanagementvaardigheden (hypothese 1). Hierbij gaat het zowel om positieve effecten van de interventie op de korte termijn (hypothese 1a) als op de lange termijn (hypothese 1b). Op basis van de eerdere bevindingen van Vorstman (2020) en Voornhout (2021) wordt verwacht dat als er een positieve effect is van de interventie op zelfmanagementvaardigheden, dit effect met name kwalitatief meetbaar zal zijn (hypothese 2). Tot slot wordt verwacht dat de covid-19-pandemie een negatief effect heeft op het algehele functioneren en daarmee ook op de zelfmanagementvaardigheden van deelnemers (hypothese 3).

## **Methode**

### **Deelnemers aan de Interventie**

De interventie ‘Community Wise’ is in de periode van september 2018 tot en met februari 2020 toegepast in totaal acht buurten uit Almelo, de stad Groningen en de voormalige gemeente Delfzijl. Deze gebieden zijn namelijk door gemeentes en welzijnsorganisaties aangemerkt als gebieden met een lage sociaaleconomische status. Mensen die deelnamen aan de interventie waren op het moment van deelname woonachtig in één van deze gebieden. Aangezien de interventie zich richt op een buurt (*community*) als geheel, is ervoor gekozen om alle gegadigden van boven de veertig jaar oud deel te laten nemen aan de interventie, ook als zij op dat moment geen beperkende gezondheidsklachten ervaarden. Er namen ook vier mensen deel die jonger waren dan veertig jaar, aangezien zij aangaven behoefte te hebben aan de interventie en samen deel wilden nemen met hun buurman of buurvrouw.

Uiteindelijk zijn in totaal 109 deelnemers gestart met de interventie. Hiervan hebben 52 mensen tien of meer van de twaalf sessies bijgewoond. 78.9% van de in totaal 109 deelnemers identificeerde zich als vrouw (n=86) en 21.1% als man (n=23). De gemiddelde leeftijd betrof 72.5 jaar oud ( $SD= 13.09$ ; range = 25.0 - 93.0; n=1 missend). Het overgrote deel van de deelnemers (63.3%, n=69) betrof mensen met de Nederlandse nationaliteit. Een enkeling was Turks, Indonesisch, Antilliaans, Iraans, Duits en/ of Engels. De nationaliteit was van 34 deelnemers onbekend. De meeste deelnemers beoordeelden hun gezondheid aan het begin van de interventie als matig (22.9%, n=25) of goed (32.1%, n=35). Negen deelnemers beoordeelden hun gezondheid als zeer goed, drie deelnemers als uitstekend en twee deelnemers als slecht. Van de overige 35 deelnemers ontbrak de beoordeling van de eigen gezondheid. Verder hadden de meeste deelnemers ofwel de mulo/ mss/ mms/ mavo/ mbo (21.1%, n=23) of de ambachtsschool (13.8%, n=15) afgerond als hoogstgenoten opleiding. Acht deelnemers gaven aan na de lagere school een opleiding te hebben gevolgd, maar deze niet te hebben afgerond, zes deelnemers hadden het hbs/ gymnasium/ atheneum afgerond en zes andere deelnemers hadden de universiteit/ het hoger onderwijs afgerond. Negen deelnemers hadden de lagere school deels of in het geheel afgerond. Drie deelnemers hadden een inburgeringscursus als hoogstgenoten opleiding afgerond. Drie andere deelnemers hadden een andere opleiding afgerond. Van de overige 36 deelnemers was de hoogstgenoten opleiding onbekend. Tot slot waren de meeste deelnemers ofwel gehuwd (27.5%, n=30) ofwel weduwe/ weduwnaar (29.4%, n=32). Van 34 deelnemers was de burgerlijke staat onbekend. De overige deelnemers (n=13) waren gescheiden, ongehuwd of duurzaam samenlevend.

### **Onderzoeksdesign**

Het huidige onderzoek maakte gebruik van een longitudinaal pretest-posttest onderzoeksdesign met *mixed methods*. Er werd zowel gebruik gemaakt van kwantitatieve als kwalitatieve data. De kwantitatieve data is verkregen door middel van scores van deelnemers

op een vragenlijst die is afgenomen op vier meetmomenten: voorafgaand aan de interventie (*baseline*-meting, T0), direct na afloop van de interventie (T1), drie maanden na de interventie (*follow-up*, T2) en negen maanden na de interventie (*follow-up*, T3). De kwalitatieve data is verkregen via één-op-één interviews direct na de interventie (T1) en tijdens de vervolgmetingen (T2 en T3). Aangezien het huidige onderzoek onderdeel is van een groter onderzoek naar de effecten van Community Wise, moesten deelnemers op alle meetmomenten ook een reeks andere vragenlijsten invullen en deelnemen aan een fitheidstraining. Hier wordt in het huidige onderzoek niet naar gekeken. De Medisch-Ethische Commissie heeft het huidige onderzoek goedgekeurd.

## **Procedure**

### ***Werving van Deelnemers***

Om deelnemers te rekruteren die voldeden aan de doelgroep van de interventie, zijn ten eerste gemeentes en welzijnsorganisaties ingezet om gebieden te identificeren waar veel mensen met een lage sociaaleconomische status wonen en waar op dat moment geen gezondheidsbevorderende interventie gaande was. Vervolgens zijn oudere inwoners van die gebieden op drie manieren benaderd. Als eerste werden inwoners schriftelijk benaderd door middel van een informatiebrief. In de periode daarna werden ze door onderzoeksassistenten en welzijnswerkers geïnterviewd over positieve gezondheid in de woonplaats (*door-to-door visits*). Na afloop konden inwoners aangeven of ze wel of niet deel wilden nemen aan de interventie. Bewoners die niet thuis waren kregen daarnaast de mogelijkheid om alsnog schriftelijk instemming tot deelname te geven. Tot slot werd ook gebruik gemaakt van werving vanuit het netwerk (*back-door* methode). Deze werving verliep via belangrijke individuen uit de gemeenschap en lokale organisaties, zoals buurtverenigingen, woningcoöperaties, huisartspraktijkondersteuners of sportorganisaties. Zo werd bijvoorbeeld ook een aantal keren een oproep geplaatst in een buurtkrant.

### *De Interventie*

De interventie ‘Community Wise’ bestond uit twaalf wekelijkse sessies van elk anderhalf uur. Elke sessie startte met een warming-up, vervolgens een centraal gedeelte en tot slot een sociaal element. Tijdens negen van de twaalf sessies werd in het centrale gedeelte gefocust op oefeningen die gericht waren op fysieke vitaliteit, zelfmanagementvaardigheden en sociale vitaliteit. De overige drie sessies richtten zich enkel op fysieke vitaliteit. Aan het einde van elke sessie konden deelnemers tijdens het sociale element gedurende een halfuur napraten over de oefeningen terwijl ze koffie of thee dronken.

De zelfmanagementvaardigheden kwamen met name aan bod tijdens GRIP&GLANS-oefeningen (Kremers et al., 2006). Hierbij leerden deelnemers de zes zelfmanagementvaardigheden toe te passen in hun dagelijks leven binnen de vijf domeinen van basisbehoeften. Een voorbeeld van een oefening is de ‘GLANS-schijf-oefening’. Hierbij zijn de vijf domeinen van basisbehoeften in meer alledaags en praktisch taalgebruik vertaald (Kremers et al., 2006). Tijdens de oefening met de GLANS-schijf moesten deelnemers één voor één met een dobbelsteen gooien. De persoon die de dobbelsteen had gegooid moest vervolgens een praktisch voorbeeld noemen voor het domein van welbevinden dat correspondeerde met het aantal gegooide ogen. Op deze manier konden deelnemers de concepten meer eigen maken. Een andere oefening van de interventie richtte zich op de zelfmanagementvaardigheid ‘Positief Perspectief’. Deelnemers kregen hierbij afwisselend een roze bril of een zonnebril om te dragen. Als men de roze bril droeg, moest alles positief worden bekeken. Als men de zonnebril droeg, moest alles juist negatief worden bekeken. Op deze manier leerden deelnemers dat eenzelfde situatie op meerdere manieren bekeken kan worden. Zie voor een uitgebreide beschrijving van het verloop van alle sessies het artikel van Vorstman (2020) of Voornhout (2021).



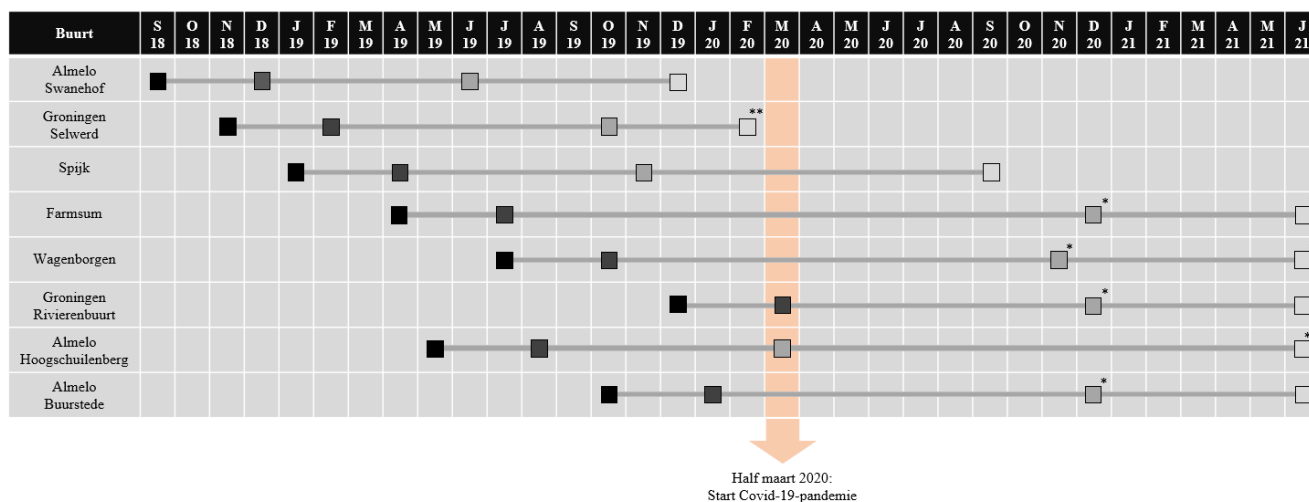
## Metingen

Vanwege de coronamaatregelen zijn de kwantitatieve metingen (T0, T1, T2 en T3) voor een deel niet uitgevoerd op het geplande moment. In figuur 1 is te zien wanneer de kwantitatieve metingen per buurt uitgevoerd zijn. Een aantal metingen van T2 en T3 zijn later uitgevoerd dan gepland of zijn in enkele gevallen niet uitgevoerd. De metingen van T0 en T1 en de interventie zelf zijn wel bij alle buurten zoals gepland afgerond.

Bij ieder meetmoment vulden deelnemers een vragenlijst in. Deze vulden deelnemers in principe zelfstandig in. Bij beperkingen met het zicht was er hulp van een begeleider aanwezig. Voorafgaand en direct na de interventie (T0 en T1) werden de vragenlijsten

**Figuur 1**

### Uitvoering Kwantitatieve Meetmomenten per Buurt



Noot: Hierbij geldt achtereenvolgens dat ■ = T0, ■ = T1, ■ = T2 en □ = T3.

De verticale lijn met pijl representeert de start van de covid-19-pandemie half maart 2020.

Meetmomenten met een "\*" zijn later uitgevoerd dan gepland en meetmomenten met "\*\*" zijn niet uitgevoerd. Alle andere meetmomenten zijn volgens planning uitgevoerd.

klassikaal op locatie ingevuld. Bij de vervolgmetingen (T2 en T3) was dit meestal niet mogelijk vanwege de geldende coronamaatregelen. In dat geval kregen de deelnemers de vragenlijst toegestuurd zodat ze deze thuis konden invullen en weer konden terugsturen.

Bij de tweede (T1) en laatste metingen (T2 en T3) werd naast kwantitatieve data ook kwalitatieve data verzameld via één-op-één interviews. Hierbij werd gebruik gemaakt van een semigestructureerd format. De interviews van T1 vonden plaats op locatie en werden direct na laatste bijeenkomst van de interventie afgenomen, op dezelfde dag als de kwantitatieve metingen. De interviews van T2 en T3 werden telefonisch afgenomen vanwege de op dat moment geldende coronamaatregelen. Deze interviews zijn rond de periode dat mensen de vragenlijst thuis invulden uitgevoerd. Alle interviews zijn door middel van opnameapparatuur opgenomen. Hiervoor is vooraf toestemming gevraagd aan de geïnterviewden.

## **Materiaal**

De zelfmanagementvaardigheden van deelnemers zijn kwantitatief gemeten met behulp van de *30-items Self-Management Ability Scale (SMAS-30)* (Steuerink et al., 2005). Deze Nederlandstalige vragenlijst omvat 30 items, verdeeld over zes sub-schalen die de zes zelfmanagementvaardigheden representeren. Iedere vraag kan beantwoord worden via een vijfpunts- of zespuunts-Likertschaal. Sommige vragen zijn geformuleerd als stelling, anderen als vraag. Een voorbeeld van een stelling is “Ik doe gezellige dingen met mensen uit de buurt.”, waarbij geldt: 1 = nooit; 6 = heel vaak. Een voorbeeld van een vraag is “Lukt het u om goed voor uzelf te zorgen?”, waarbij geldt 1 = Ik weet zeker van niet; 6 = Ik weet zeker van wel. De scores op de sub-schalen worden omgerekend tot een totaalscore tussen de nul en honderd, waarbij een hogere score ook betere zelfmanagementvaardigheden representeert. De interne consistentie van de vragenlijst was op ieder meetmoment hoog ( $\alpha_{T0} = .931$ ;  $\alpha_{T1} = .918$ ;  $\alpha_{T2} = .975$ ;  $\alpha_{T3} = .962$ ).

De kwalitatieve data is verkregen door middel van voor het huidige onderzoek opgestelde vragenlijsten. Deze vragenlijsten zijn bijgevoegd in bijlage A en B. Bijlage A bevat het interviewschema van T1. Dit schema is bij elk van deze metingen gebruikt. Binnen deze interviews werd gefocust op het kortetermijneffect van de interventie op onder andere zelfmanagementvaardigheden. Bijlage B bevat de twee interviewschema's van T2 en T3. Voordat de covid-19-pandemie plaatsvond, was er namelijk al een interviewschema opgesteld. Vanwege de pandemie en het feit dat de interviews telefonisch afgenomen werden, is toen gekozen voor een kort interviewschema met vragen die met name gerelateerd waren aan de effecten van de covid-19-pandemie en in mindere mate aan het langetermijneffect van de interventie op onder andere zelfmanagementvaardigheden. Het oorspronkelijke interviewschema van T2 en T3 is toen beschouwd als additioneel bij het nieuwe interviewschema. In de praktijk zijn deze additionele vragen aan één deelnemer gesteld.

## **Geplande Data-Analyse**

### ***Kwantitatieve Analyse***

Om vast te stellen of zelfmanagementvaardigheden van deelnemers over de meetmomenten heen zijn veranderd, wordt een *repeated-measures-ANOVA* analyse uitgevoerd. Met deze analyse kunnen scores van dezelfde groep deelnemers op meerdere momenten worden vergeleken. Er wordt gebruik gemaakt van een *single group, 1-within factor repeated measures design*. De within-factor hierbij is de tijd, onderverdeeld in vier tijdstippen: T0, T1, T2 en T3. De afhankelijke variabele hierbij is de score op de SMAS-30. Om deze analyse uit te kunnen voeren, moet worden voldaan aan de volgende assumpties: het hebben van onafhankelijke waarnemingen tussen deelnemers, multivariate normaliteit en de aanname van sfericiteit. De nulhypothese bij de RM-ANOVA is dat de gemiddelde scores op de SMAS-30 op alle meetmomenten gelijk zijn aan elkaar. De alternatieve hypothese is dat in

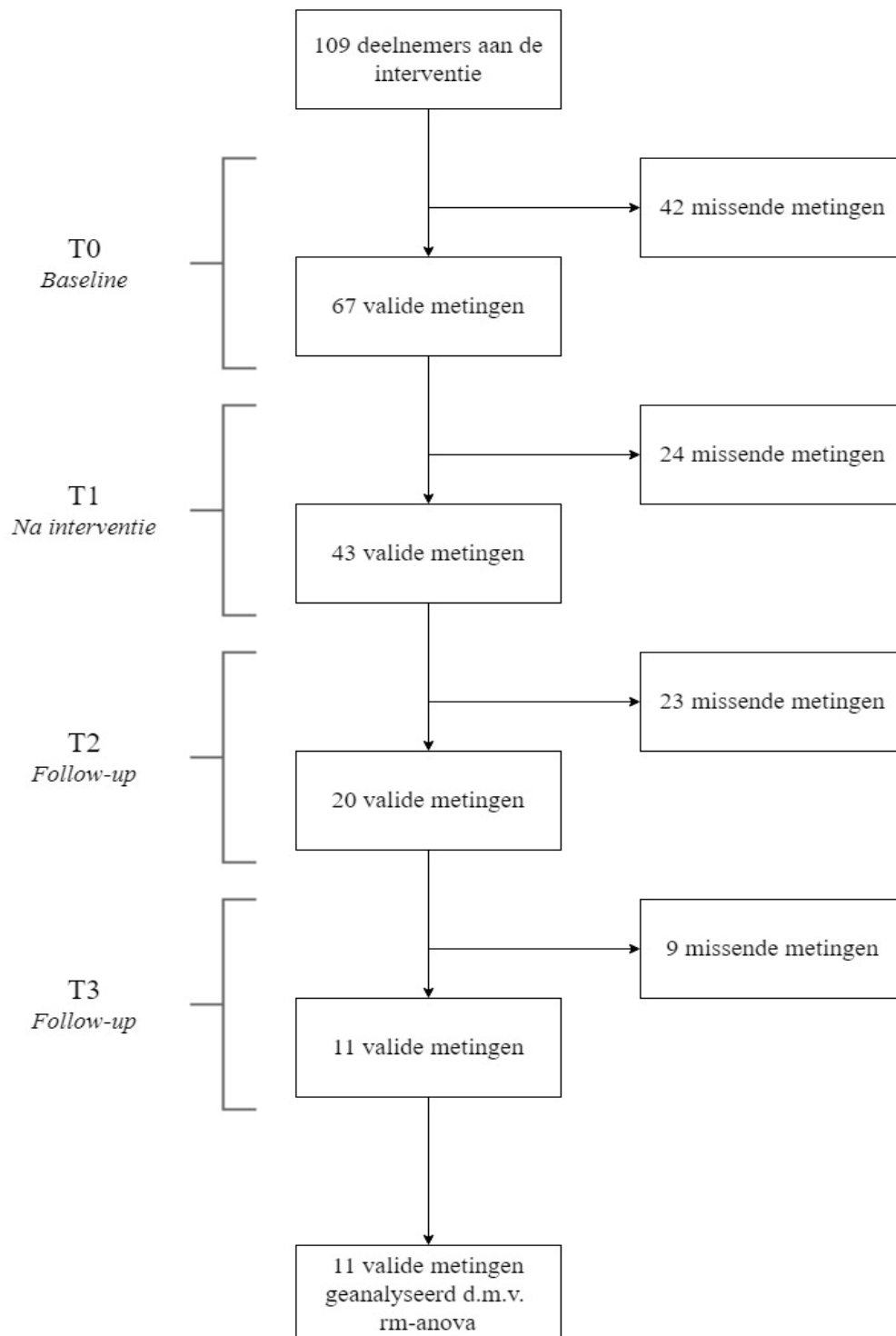
ieder geval twee gemiddelde scores significant van elkaar verschillen op in ieder geval één meetmoment. Als blijkt dat de nulhypothese verworpen kan worden, kunnen aanvullende post-hoc toetsen (bijvoorbeeld de Tukey toets) worden ingezet om te identificeren om welke significante verschillen dit precies gaat.

### ***Kwalitatieve Analyse***

De interviews van T1 en T2&T3 zullen worden gecodeerd en geanalyseerd door middel van Atlas.ti. Hiervoor is het ten eerste noodzakelijk dat de interviews worden getranscribeerd. Om privacy-redenen zullen persoonlijke gegevens (zoals namen en jaartallen) die worden genoemd in de interviews worden vervangen door een “X”. Vervolgens kan de inhoud worden gecodeerd via Atlas.ti. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een combinatie van inductieve en deductieve codering. Dit houdt in dat voorafgaand aan de analyses een aantal deductieve thema’s worden opgesteld die zeer waarschijnlijk aan bod komen en waarop gecodeerd gaat worden (in dit geval de zes zelfmanagementvaardigheden), maar dat daarnaast ook relevante thema’s die tijdens het coderen zelf opvallen (zoals het specifieke effect van de covid-19-pandemie op deelnemers) inductief worden gecodeerd. Voor het coderen van de kwalitatieve data van het huidige onderzoek wordt samengewerkt met Wian Nauta (Nauta, 2022). Zij codeert de interviews van T1 en Charlotte Huisman codeert de interviews van T2&T3.

**Figuur 2**

*Flowchart voor valide en missende metingen op de SMAS-30 per meetmoment*



## Resultaten

### Deelnemers van de Analyses

Van de 109 mensen die zijn gestart met de interventie, heeft een groot deel op één of meerdere meetmomenten de vragenlijst incompleet of niet ingevuld (zie tabel 1 en figuur 2). Dit was met name het geval bij meetmomenten T2 en T3, de meetmomenten waarop het overgrote deel van de deelnemers de vragenlijsten thuis moesten invullen vanwege de coronamaatregelen. Veel deelnemers hebben toen de vragenlijst niet geretourneerd. Van de deelnemers die dit wel hebben gedaan, hadden veel de vragenlijst op een eerder moment niet of incompleet ingevuld. Van de in totaal 109 deelnemers, hebben al met al elf deelnemers op alle meetmomenten de gehele vragenlijst ingevuld (zie figuur 2). De uiteindelijke kwantitatieve analyse is om die reden gebaseerd op de scores van deze elf deelnemers.

De elf deelnemers waarop de kwantitatieve analyse gebaseerd is, waren gemiddeld 75.6 jaar oud ( $SD = 6.96$ ; range = 64.0 – 88.0). Van deze groep identificeerden vier deelnemers zich als man en zeven deelnemers zich als vrouw. Alle deelnemers hadden acht of

### Tabel 1

*Beschrijvende kwantitatieve statistieken van alle 109 deelnemers aan de interventie: zelfmanagementvaardigheden (totaalscore SMAS-30), valide en missende waarden*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Valide</i>	<i>Missend</i>
<b>T0</b>	61.38	12.93	29.33	87.33	67	42
<b>T1</b>	61.34	10.49	33.83	89.33	51	58
<b>T2</b>	64.57	13.20	36.50	98.00	31	78
<b>T3</b>	59.90	13.87	26.33	84.83	31	78
					<b>Totaal</b>	109

meer sessies van de interventie bijgewoond. De meeste deelnemers hadden de mulo/ mms/ mavo/ mbo (n=5) of het hbs/ gymnasium/ atheneum (n=2) afgerond als hoogstgenoten opleiding. De overige deelnemers hadden meer dan de lagere school zonder diploma (n=1), de ambachtsschool (n=1), de universiteit/ het hoger onderwijs (n=1) of een andere opleiding (n=1) afgerond. Tien van de elf deelnemers hadden de Nederlandse nationaliteit. Eén deelnemer had de Indonesische nationaliteit. Wat betreft de gezondheid beoordeelden de deelnemers hun eigen gezondheid aan de start van het onderzoek voornamelijk als goed (n=5) of zeer goed (n=4). De overige deelnemers beoordeelden hun gezondheid als uitstekend (n=1) of matig (n=1). Niemand beoordeelde de eigen gezondheid als slecht. Tot slot waren drie deelnemers gehuwd en acht deelnemers weduwe/ weduwnaar. Zie voor de beschrijvende kwantitatieve statistieken (de scores op de SMAS-30) van de elf deelnemers tabel 2.

Van de in totaal 109 deelnemers hebben op meetmoment T1 twaalf mensen ingestemd met een interview. Bij meetmomenten T2 en T3 ging dit in totaal om 30 mensen. Hiervan zijn tien mensen geïnterviewd op meetmoment T2 en twintig mensen op meetmoment T3.

## **Tabel 2**

*Beschrijvende kwantitatieve statistieken van de elf deelnemers waarvan de gegevens zijn geanalyseerd d.m.v. RM-ANOVA*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
<b>T0</b>	69.94	12.08	43.33	87.33
<b>T1</b>	65.99	12.53	39.83	89.33
<b>T2</b>	68.58	15.48	36.50	98.00
<b>T3</b>	65.71	14.12	33.83	81.83

Omwille van privacy-redenen is hierbij niet genoteerd om welke personen het specifiek gaat, waardoor geen demografische kenmerken van deze subset bekend zijn.

### **Kwantitatieve Analyse**

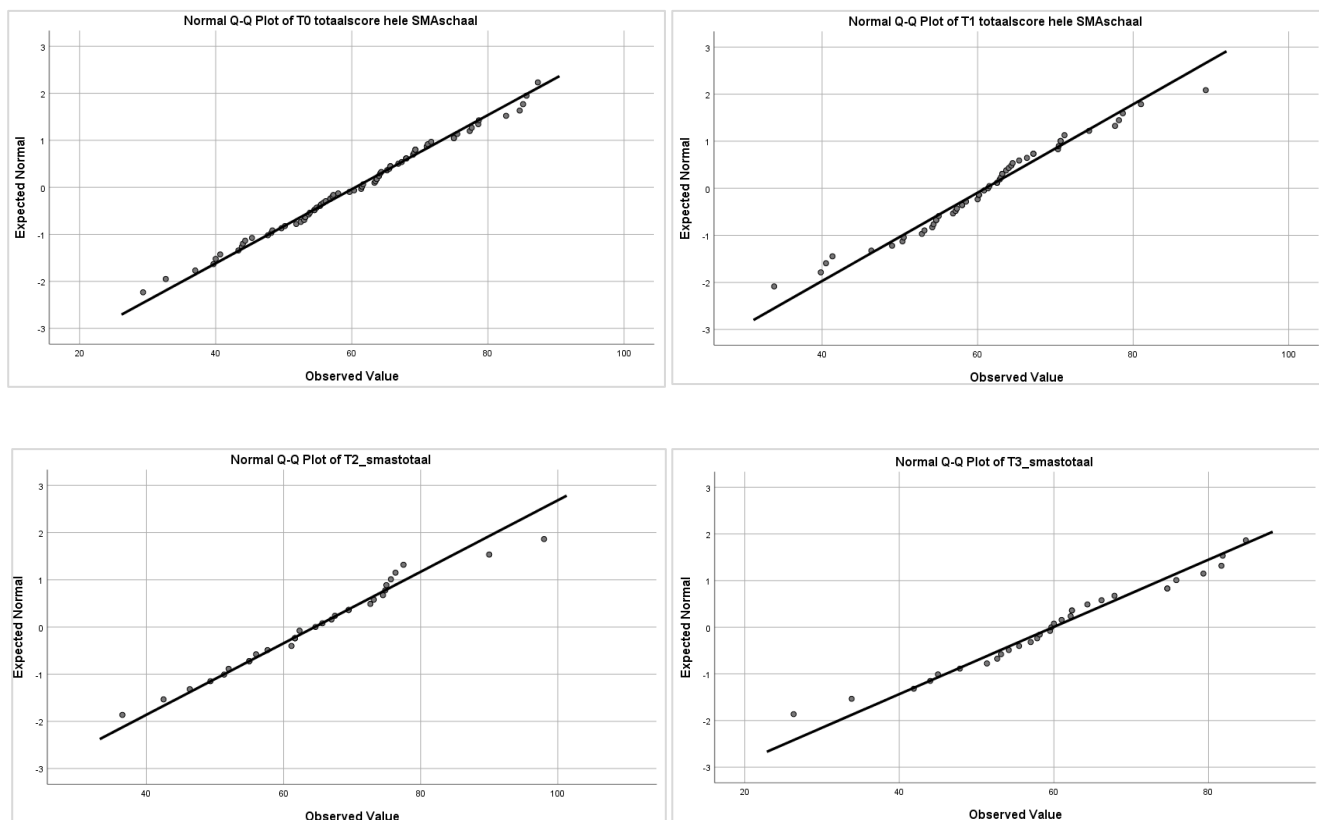
Voorafgaand aan de daadwerkelijke RM-ANOVA-analyse zijn de bijbehorende assumpties gecontroleerd. Allereerst is de normaliteit gecontroleerd door middel van QQ-plots van de gegevens van de afhankelijke variabele op de vier meetmomenten (zie figuur 3). Bij alle vier de plots lagen de punten van de geobserveerde kwantielen ten opzichte van de normaal verdeelde kwantielen voor het overgrote deel op een rechte lijn. Daarnaast blijkt ook uit de *Shapiro-Wilk test* dat de scores van de afhankelijke variabele normaal verdeeld zijn ( $p_{T0} = .85$ ;  $p_{T1} = .60$ ;  $p_{T2} = .86$ ;  $p_{T3} = .64$ ). Er wordt dan ook aangenomen dat de assumptie van normaliteit niet is geschonden. Vervolgens is gecontroleerd voor sfericiteit. Aangezien de p-waarde bij *Mauchly's test* significant was ( $X^2 = .27$ ;  $p = .04$ ), is er gebruik gemaakt van de *Greenhouse Geisser* correctie voor de uiteindelijke analyse ( $F = .61$ ;  $p < .05$ ). Deze correctie heeft namelijk een lage kans op een type-1-fout. Tot slot wordt aangenomen dat de assumptie van onafhankelijke metingen tussen deelnemers niet is geschonden, aangezien deelnemers de vragenlijsten individueel hebben ingevuld.

Uit de *repeated measures* ANOVA bleek dat er geen significante verschillen waren tussen de totaalscores op de verschillende meetmomenten ( $F(1.84; 18.4) = 1.55$ ;  $p = .24$ ;  $MSE = 75.1$ ). De nulhypothese wordt in dit geval dus niet verworpen. Op basis van deze resultaten kan geconcludeerd worden dat de totaalscores op de SMAS-30 op de verschillende meetmomenten (T0, T1, T2 en T3) niet significant van elkaar verschillen. Aangezien er geen significante verschillen tussen meetmomenten zijn gevonden, zijn geen aanvullende post-hoc toetsen uitgevoerd.



### Figuur 3

*QQ plots: T0, T1, T2 en T3*



### Kwalitatieve Analyse – T1

In totaal zijn twaalf interviews afgenomen bij het eerste meetmoment (T1). De analyse van deze interviews was gericht op de kortetermijneffecten van de interventie op zelfmanagementvaardigheden. In de volgende secties worden eerst de deductieve thema's (de zelfmanagementvaardigheden) besproken en daarna de inductieve thema's.

#### *Initiatief nemen*

In de interviews benoemden deelnemers verschillende situaties waarin zij initiatief namen. Een aantal deelnemers gaven hierbij aan dat ze initiatief namen dankzij de interventie. Zo is er iemand (P<sub>a</sub>11) die het initiatief nam om bij een andere deelnemer van de interventie

op bezoek te gaan, terwijl ze dat nooit had verwacht van zichzelf. Een andere deelnemer heeft een sjoelvereniging opgestart samen met andere deelnemers dankzij de interventie:

*Dus, ik ben zelf altijd bij een sjoelvereniging geweest. Ik heb altijd met wedstrijden gedaan en zo. Maar dit vond ik zo prachtig, want ik kreeg toen ik hier pas was, drie weken, toen kwam er een vrouw bij mij en toen zei ze van: God, ik zou zo graag willen sjoelen. (...) Dus zodoende. Ik heb een hele leuke groep en het gaat allemaal zo fantastisch. Dat is ook gekomen door hier hé. (P<sub>a</sub>9)*

### **Investeringsgedrag**

In de interviews komt ook een aantal keren een uiting van investeringsgedrag naar voren. Deze uitingen waren echter niet gelinkt aan de interventie. Een voorbeeld is dat een deelnemer (P<sub>a</sub>5) beschreef dat fit blijven voor haar/ hem belangrijk is en dat het hebben van een hond hieraan bijdraagt. Een andere deelnemer beschreef dat zij/ hij graag academische boeken leest om te kunnen blijven leren:

*Onze jongste zoon die kon dus uitstekend leren en die is naar de Universiteit geweest om Psychologie te studeren. En ik kwam een keer bij hem op bezoek en hij had een hele boekenkast met van dat soort boeken staan. Goh en ik zeg tegen hem mag ik eens een keer zo 'n boek van jou lezen? En dat viel bij mij zo in goeie smaak. (P<sub>a</sub>10)*

Eén deelnemer gaf aan door onder andere de interventie meer stil te staan bij het hebben van sociale contacten en het onderhouden daarvan. Hoewel het onduidelijk is of de deelnemer ook daadwerkelijk meer is gaan investeren in sociale contacten, lijkt de interventie bij deze persoon wel te hebben geleid tot een vergrote intentie tot investeringsgedrag in sociale contacten.

### ***Positief Perspectief***

Deze zelfmanagementvaardigheid is door een paar deelnemers geuit in de interviews. Eén deelnemer vertelde dat zij/ hij aan positieve dingen denkt als zij/ hij zich niet goed voelt:

*We hadden een les waar we iets mee konden nemen; een voorwerp dat heel belangrijk zou zijn in je leven. Zelf had ik een steen meegenomen, een soort kei uit het buitenland, die hebben we toen samen gevonden met een vriend van mij. We zijn helaas maar drie jaar samen geweest, want hij is overleden. Maar, dat was de mooiste periode uit mijn leven. Als ik me even niet zo prettig voel, dan kijk ik even naar die steen en komen mooie herinneringen boven. Dat vond ik een heel bijzondere les. (P<sub>a</sub>4)*

Deze manier van handelen lijkt al aanwezig te zijn geweest voorafgaand aan de interventie. Een andere deelnemer gaf wel duidelijk aan positief denken belangrijker te vinden door de interventie, zonder dit verder te specificeren. Verder werd de vaardigheid niet geuit.

### ***Self-efficacy***

Deze zelfmanagementvaardigheid werd meerdere keren genoemd in de interviews. Een aantal deelnemers benoemden bijvoorbeeld dat ze zichzelf sociaal vinden:

*De verbondenheid van mij met hun? Ja wat ik net zeg. Dat ik onmiddellijk gestimuleerd werd door de bewoners om te komen. En ja de hartelijkheid vond ik heel ... Nou maak ik zelf wel heel makkelijk contact maar dat is gewoon zo. (P<sub>a</sub>8)*

Bovendien lijkt de interventie bij twee deelnemers te hebben geleid tot verhoogd *self-efficacy*. Zo gaf een deelnemer aan zichzelf sociaal vitaler en extravarter te vinden door de interventie. Een andere deelnemer benoemde dat diegene zich blijer voelt wanneer zij/ hij dingen afgerond krijgt waarvan diegene voorafgaand aan de interventie dacht het niet te

kunnen. Door de interventie was diegene meer gemotiveerd om toch dingen te ondernemen, waarna zij/ hij een trots gevoel kreeg:

*Interviewer: En vind je dat je meer veerkracht gekregen hebt door CW (de interventie), meer eigen regie? Deelnemer: Ja ook wel. Er meer bewuster mee bezig zijn. Ik vond het wel belangrijk om dat te doen. Interviewer: Ja oké, en hoe uit die veerkracht zich bij jou? Deelnemer: Ja wat meer doorzettingsvermogen. 'Van je kunt het toch.'. (Pa6)*

### **Variëteit**

Hoewel in de interviews vaak niet letterlijk een verscheidenheid aan activiteiten en hulpbronnen werd genoemd in één uitspraak, zijn al met al veel activiteiten genoemd. Er worden allereerst op groepsniveau meerdere sportactiviteiten genoemd, zoals gymmen, wandelen en het meedoen aan Nederland in Beweging. Zes deelnemers gaven bovendien aan vrijwilligerswerk te doen. Tot slot werden ook sociale activiteiten benoemd, zoals het naar de kerk gaan, het drinken van een kop koffie met sociale contacten en het organiseren van activiteiten. Op groepsniveau was er dus sprake van een verscheidenheid aan activiteiten. Het is onduidelijk of er ook sprake was van variëteit op individueel niveau.

Eén deelnemer uitte wel duidelijk een variëteit aan activiteiten op individueel niveau:

*Hè want ik doe dan 's morgens Nederland in Beweging, en dan sta ik in m'n eentje voor de televisie. En ik zit op volksdansen, dat is trouwens ook in een groep en dat is ook elke week. En ik fiets en ik wandel, maar dat soort dingen doe ik. Nou ik wandel één keer in de week met een vriendin hier en verder alleen of soms met mijn man. (Pa7)*

Verder werden er wel uitspraken gedaan die indirect verwezen naar een variëteit aan activiteiten op individueel niveau. Zo gaven een aantal deelnemers aan een druk sociaal leven

te hebben, naast de interventie genoeg andere bezigheden te hebben of te moeten kiezen tussen activiteiten in het dagelijks leven. Hieruit kan geconcludeerd worden dat deze deelnemers een variëteit aan activiteiten ondernemen.

### ***Multifunctionaliteit***

Wat betreft multifunctionaliteit gaven meerdere deelnemers aan activiteiten met anderen te ondernemen. Zo vertelde een deelnemer regelmatig met anderen te wandelen: *“Nou ik wandel één keer in de week met een vriendin hier en verder alleen of soms met mijn man.”* (P<sub>a</sub>7). Een andere deelnemer benoemde graag spelletjes te spelen met andere bewoners van het verzorgingstehuis. Diezelfde deelnemer sjoelde ook regelmatig met anderen bij haar/hem thuis: *“Zo ben ik ook direct met de sjoelvereniging begonnen. Dus X is ook bij mij, bij het sjoelen. X is verleden week ook weer geweest. We hebben echt een hele leuke groep.”* (P<sub>a</sub>9). Deze laatste deelnemer heeft deze sjoelvereniging opgezet naar aanleiding van de interventie. Bij haar/hem heeft de interventie dus bijgedragen aan het ontstaan van een multifunctionele activiteit/ hulpbron.

### ***Inductief Thema: Diversiteit in de Groep***

Meerdere deelnemers benoemden in de interviews de diversiteit in de groep. Hierbij ging het met name om diversiteit in doelen in het leven. Hoewel sommige deelnemers dit als positief of neutraal bestempelden (zij gaven aan dit niet als een probleem te hebben ervaren), waren er ook een aantal deelnemers die zich hier negatief over uitten:

*Er moet een centraal punt zijn als je een groep bij elkaar zet, dan moet je kijken wat is het gemeenschappelijke wat ze hebben. En dat is hier niet. Nee dat is hier zeker niet.(...) Die kijken niet meer naar de toekomst die kijken terug. En dat is een essentieel verschil. En ik moet er niet aan denken op dit moment dat ik alleen om moet gaan [met mensen] die alleen maar terugkijken. Nou dat is al zo'n tegenstelling dat ik*

*iets heb van: nou het zijn leuke mensen, ze leven hun leven, maar dat hoef ik niet mee te maken. (P<sub>a</sub>2)*

### **Kwalitatieve Analyse – T2 en T3**

Bij meetmoment T2 en T3 zijn in totaal 30 interviews afgenomen. Hiervan zijn 25 interviews geanalyseerd aangezien op dat punt saturatie bereikt was. De analyse van deze interviews was gericht op de het effect van de covid-19-pandemie en de langetermijneffecten van de interventie op zelfmanagementvaardigheden (deductieve thema's) en de invloed van de covid-19-pandemie op het dagelijks leven en het algehele welbevinden (inductief thema).

#### ***Initiatief Nemen***

Veel deelnemers gaven voorbeelden van situaties waarin zij initiatief namen. Zo vertelde een vrouw het initiatief te hebben genomen om hulp te vragen toen ze dat nodig had:

*Ja ik had één ervaring, ik had een mondkapje op en meteen een gehoorapparaat weg. Ja het zit allemaal achter je oor snap je? Dus ik doe zo mijn mondkapje af en flups (...) en die dingen zijn 500 euro. Dus dat was niet zo'n leuke ervaring. (...) Nou ik heb hem gevonden, ik heb een hele klas jongens erbij gehaald en die hebben hem gevonden. (P<sub>b</sub>14)*

Er waren ook meerdere deelnemers die een situatie beschreven waarin zij het initiatief namen om iets te organiseren. Hier waren de invloeden van de interventie en de coronaperiode goed zichtbaar. Zo gaf een deelnemer aan sinds de interventie samen met twee andere deelnemers activiteiten te organiseren voor en door deelnemers. Zij benoemde verder dat ze door de interventie heeft ervaren dat ze energie krijgt van het zelf organiseren van dit soort activiteiten: *“Nou het enige wat ik kan zeggen is dat het voor mij wel van nut was. Ik kreeg er ook wel meer energie van, van dingen organiseren. En om eerlijk te zijn ben ik er wel wat zelfverzekerder door geworden.” (P<sub>b</sub>25)*. Iemand anders regelde in verband met de

coronamaatregelen dat de verjaardag van haar/ zijn man gevierd kon worden in een grote zaal, zodat de anderhalve meter afstand gewaarborgd kon worden. Tot slot uitte het initiatief nemen om te organiseren zich ook in kleine voorbeelden. Zo nam iemand aangezien de terrassen dicht waren door de coronamaatregelen zelf een picknickmand mee op fietstochtjes.

### ***Investeringsgedrag***

Veel deelnemers beschreven weliswaar veel gewoontes, maar benoemden hierbij niet expliciet dat dit diende als investering. Ze benoemden bijvoorbeeld dat ze regelmatig fietsen, wandelen, bewust bezig zijn met goed eten en geregeld koffie drinken met sociale contacten. Hierbij beschreven deelnemers niet dat ze deze gewoontes uitvoerden om te investeren in bijvoorbeeld hun gezondheid en/ of sociale contacten. Eén deelnemer uitte wel duidelijk dat zij de gewoonte had om te fitnessen als investering in haar gezondheid (P<sub>b</sub>10). Het is hierbij onduidelijk of deze deelnemer gestart is met fitnessen naar aanleiding van de interventie of de pandemie:

*Deelnemer: Ik ga nu twee keer in de week naar de overkant, naar de fitness. Dat doe ik samen met mijn vriend dan. (...) Dus daar gaan we nu dinsdag en donderdag 's middags naar toe. Interviewer: Nou gezellig. Lekker samen fit blijven, dat lijkt me een goed idee. Deelnemer: Ik kan het wel weten, want ik kan nu wel iets beter lopen. Interviewer: Oh, door de fitness? Deelnemer: Ja. (P<sub>b</sub>10)*

Een andere deelnemer paste tijdens een ziekenhuisopname oefeningen van de interventie toe om in beweging te blijven en weer conditie op te bouwen. Hier had de interventie dus wel een positieve invloed op het investeringsgedrag:

*Interviewer: Zijn er delen van dat programma die u geholpen hebben om de corona periode door te komen? Deelnemer: Ja, in het ziekenhuis deed ik een beetje oefeningen enzo. Maar ik heb totaal geen spierkracht meer. Dat moet ik allemaal*

*langzaam opbouwen, ik ga ook naar therapie om spierkracht op te bouwen. (...) Je moet toch in beweging blijven zodat ik weer wat conditie krijg. (P<sub>b</sub>9)*

### **Positief Perspectief**

Uitingen van positief perspectief kwamen meerdere keren naar voren. Deze uitingen waren met name gelinkt aan de coronaperiode. Veel mensen beschreven namelijk een negatieve ervaring omtrent de coronaperiode, maar voegden daarna iets positiefs toe. Ondanks de invloeden van de coronaperiode, leek deze vaardigheid dus stabiel te blijven:

*Maar dat was nu ook weer heel vervelend, dat was in februari ook met mijn verjaardag, de kinderen konden niet komen en dat vinden ze zelf ook heel erg. En dat zeg ik op mijn beurt 'Mens er komen nog wel verjaardagen meer!'. (P<sub>b</sub>10)*

Bovendien gaven veel mensen aan het gevoel te hebben dat activiteiten die op het moment van interviewen niet door konden gaan vanwege de coronamaatregelen, later wel weer zouden komen, bijvoorbeeld als mensen gevaccineerd worden: *“Komt wel weer als ze de injecties gevonden hebben.” (P<sub>b</sub>20a)*. Hierbij werd ook gefocust op de toekomst in plaats van de huidige verliezen.

De interventie werd bij een enkele deelnemer ook benoemd in combinatie met een uiting van positief perspectief. Zo gebruikte iemand bij meetmoment T3 nog altijd de glansschijf om positieve dingen in het leven te benaderen: *“Ja toch proberen om het positieve in dingen te benaderen. Van die glansschijf hè. Dus GRIP & GLANS op je leven proberen te houden.” (P<sub>b</sub>18)*.

### **Self-efficacy**

In de interviews kwam meerdere keren naar voren dat mensen *self-efficacy* ervaren tijdens onderdelen van de interventie. Meerdere deelnemers gaven bijvoorbeeld aan dat ze



trots op zichzelf waren omdat ze een goede conditie hadden en/ of omdat ze goede scores behaalden op de fitheidstest: *“Nou ja, naarmate met de test dacht ik ‘nou dan doe ik het toch wel goed!’ . Nou daar ben ik heel trots op. Dat hoop ik zo te blijven.”* (P<sub>b</sub>19). Daarnaast gaf iemand (P<sub>b</sub>25) aan zelfverzekerder te zijn geworden door de interventie. Er werd geen *self-efficacy* beschreven die gelinkt was aan andere aspecten dan de interventie.

### ***Variëteit***

In de interviews benoemden deelnemers veelal niet expliciet dat ze een verscheidenheid aan activiteiten en hulpbronnen hadden. Toch werden er al met al veel hobby's en activiteiten beschreven. Zo benoemden mensen o.a. dat ze (vrijwilligers)werk doen, gek zijn op legpuzzels, graag lezen of lid zijn van een vrouwenclub. Eén deelnemer benoemde wel duidelijk een verscheidenheid aan activiteiten op individueel niveau:

*Kijk eens, moet je luisteren, ik fiets heel graag en X heeft een scootmobiel. Wij gingen er op uit, ik heb mijn tuin, ik heb mijn bezigheden, ik heb appelmoes gemaakt en van alles voor de kleinkinderen, peertjes klaargemaakt en ja ik verveel me niet. En zoals gisteren, we gingen een spelletje doen met z'n beiden. Dat is de dag en ik lees graag, puzzel graag. X ook. Zo komen we de dag wel door.”* (P<sub>b</sub>23)

De covid-19-pandemie had daarnaast een negatieve invloed op de variëteit. Deelnemers konden door de coronamaatregelen bijvoorbeeld niet meer naar de kerk, de sportclub, hun (vrijwilligers)werk, haakavonden, de ouderensoos etc. Bovendien hadden veel mensen minder contact met hun (klein)kinderen. Hierdoor vielen dan ook activiteiten en hulpbronnen weg. Doorgaans gaven deelnemers aan dit als negatief te hebben ervaren.

### ***Multifunctionaliteit***

De coronaperiode had een negatieve invloed op de multifunctionaliteit van deelnemers. Zoals zojuist beschreven konden veel activiteiten niet doorgaan. Dit gaat ook om

activiteiten die hoog scoren op multifunctionaliteit. Een deelnemer vertelde bijvoorbeeld door de covid-19-pandemie niet meer te zwemmen met haar/ zijn buurvrouw:

*Deelnemer: Ja dat is het hem juist, niet meer zwemmen dus. Ja want ik zou er weer heen gaan maar toen kwam deze nieuwe periode en toen kon ik weer niet. Het kan misschien wel maar... Interviewer: Nee ja want dat is wel jammer want u ging wel naar zwemmen. Deelnemer: Ja ik ging twee keer op maandag en woensdag met mijn buurvrouw gingen we zwemmen. (P<sub>b</sub>24)*

Er waren daarnaast ook aspecten van multifunctionaliteit die wel door bleven gaan ondanks de coronaperiode. Meerdere mensen gaven namelijk aan buiten te sporten met andere deelnemers via de sportclub. Deze sportclub is ontstaan naar aanleiding van de interventie en heeft zowel een sportief als sociaal karakter. Sommige mensen gaven aan dat het contact en de activiteiten met andere deelnemers verminderd waren door de coronaperiode, maar dat ze goede hoop hadden dat dit in de toekomst weer opgepakt zou worden. Tot slot wandelden en fietsten veel deelnemers met hun partner.

### ***Inductief Thema: Invloed van Covid-19-Pandemie***

**Algemene Ervaring.** Bij ieder interview is gevraagd hoe deelnemers de coronaperiode over het algemeen hebben ervaren. De beschrijvingen waren voor het overgrote deel negatief. Zo beschreven ze de coronaperiode o.a. als “*beangstigend*” (P<sub>b</sub>6, P<sub>b</sub>17), “*eenzame periode*” (P<sub>b</sub>1, P<sub>b</sub>10, P<sub>b</sub>11 en P<sub>b</sub>26) “*vreselijk*” (P<sub>b</sub>14) en “*saai*” (P<sub>b</sub>16, P<sub>b</sub>18, P<sub>b</sub>27). Het saaie aspect van de coronaperiode verwoordde iemand als: “*Dat zijn wel de dingen dat ik denk van ja, het is saai. Ik zei laatst tegen iemand: ‘De slagroom is van de taart.’*” (P<sub>b</sub>18). Sommige mensen gaven juist een neutrale beschrijving. Zij beschreven de coronaperiode als “*heel normaal*” (P<sub>b</sub>8) of “*niet bijzonder*” (P<sub>b</sub>7). Een enkeling gaf aan het

niet zo erg te vinden om veel thuis te zijn door de coronaperiode: *“Je bent meer thuis, maar dat is voor mij geen straf. Ik ben heel graag thuis.”* (P<sub>b</sub>22).

**Activiteiten.** Veel deelnemers gaven daarnaast aan dat de coronaperiode invloed had op hun planning van activiteiten. Bij veel mensen zorgde de pandemie ervoor dat hun (vrijwilligers)werk, sociale activiteiten en vakanties werden ingeperkt. Dit vonden ze over het algemeen erg vervelend. Iemand beschreef bijvoorbeeld het volgende:

*In de eerste instantie vond ik het wel uhm, wel prettig. Verder helemaal geen dingen meer die van je gevraagd werden. Zoals, wij zaten op gymnastiek, wij zaten op dansen, wij zaten op zang. En dat alles was in één keer van de baan. Nou, dat was in het begin wel even leuk, de eerste week. Maar daarna begon je het te missen. En we missen het nu heel erg. (...) Ja, het duurt nu te lang dat je eigenlijk niets hebt.* (P<sub>b</sub>5)

Toch gaven ook veel mensen aan dat ze zich tijdens de coronaperiode ondanks alles prima hadden vermaakt. Er werd een grote verscheidenheid aan hobby's en activiteiten beschreven die deelnemers uitvoerden tijdens de coronaperiode. Iemand beschreef bijvoorbeeld dat zij/ hij aan dingen toekwam waar diegene eerder nooit aan toe kwam:

*Eindelijk eens een keertje, weet je wel al die klusjes opruimen enzo waar je anders geen zin in hebt en zogenaamd nooit de tijd voor had. Daar kon ik me nu niet meer voor wegdraaien. Nee, het heeft niet met verveling te maken. Ik heb me niet verveeld.* (P<sub>b</sub>16)

**Mentale Gezondheid.** Wat betreft de mentale gezondheid gaven meerdere deelnemers aan zich mentaal moe, gespannen, minder vrolijk of *“een beetje depri”* (P<sub>b</sub>12) te voelen door de coronaperiode. Hoewel veel mensen aangaven zich goed te hebben vermaakt, benoemden een aantal mensen ook dat dit niet voldoende was om de negatieve gevolgen voor de mentale gezondheid tegen te gaan. Iemand beschreef bijvoorbeeld het volgende:

*Mensen hebben toch vrolijkheid nodig in het leven, een beetje plezier, afleiding. Dat heb je nodig. Als je dat dan niet hebt en je bent veel in huis en op je zelf aangewezen. Ik heb me verder wel vermaakt hoor, daar gaat het niet om, maar je mist dan gewoon wat. (P<sub>b</sub>12)*

Daarentegen waren er veel deelnemers die aangaven nuchter te zijn over de coronaperiode en geen negatieve mentale gevolgen te ervaren: *“Interviewer: Heeft de coronaperiode ook invloed gehad op uw mentale gezondheid? Deelnemer: Nee. Ik ben laconiek en ik ben nooit bang geweest. Maar uhm, nee, nee. Interviewer: U staat er wel nuchter in? Deelnemer: Ja.” (P<sub>b</sub>6)*

**Sociale Contacten.** Een ander onderwerp wat centraal stond in de interviews was het contact met naasten. Veel mensen misten het sociale contact met hun dierbaren en met name (klein)kinderen. Een deel van de mensen mailde, (video)belde, of appte wel met hun naasten: *“Maar we appen en bellen wel. Lang leve het videobellen, dat heb ik nou ontdekt haha.” (P<sub>b</sub>18).*

### ***Inductief Thema: Diversiteit in de Groep***

Eén deelnemer noemde ook iets over de diversiteit in de groep. Hierover werd bij de interviews van T1 ook gesproken. Deze deelnemer was zelf jonger dan de gemiddelde leeftijd van de groep en vertelde graag contact te willen behouden en te willen sporten met andere deelnemers, maar dat dit moeizaam ging vanwege fysieke beperkingen van oudere deelnemers:

*Interviewer: Dus in plaats van met deelnemers van de groep bent u ook veel met anderen? Deelnemer: Ja. Want ik kan zo weinig met ze [mensen van de groep]. Het leek me wel leuk om samen te zwemmen, en dan maakt leeftijd niet uit, maar ze zijn wel beperkt in bepaalde dingen om te doen. Dat wil niet zeggen dat ik geen contact*

*met ze wil hebben als corona voorbij is, maar het is ook afhankelijk van hun gezondheid. (P<sub>b</sub>25)*

### **Discussie**

Het huidige onderzoek had als doel het onderzoeken van de korte- en langetermijneffecten van de interventie Community Wise en de covid-19-pandemie op zelfmanagementvaardigheden van oudere volwassenen, wonend in gebieden met een lage sociaaleconomische status. Kwantitatief gezien is er geen korte- of langetermijneffect gevonden van de interventie of de covid-19-pandemie op zelfmanagementvaardigheden. Kwalitatief gezien was er een positief effect zichtbaar van de interventie op een aantal zelfmanagementvaardigheden: initiatief nemen, *self-efficacy*, variëteit en in mindere mate ook positief perspectief. Zowel op de korte als lange termijn werden meerdere situaties beschreven waarin deelnemers initiatief namen ten gevolge van de interventie. Het positieve effect van de interventie op *self-efficacy* betrof verder met name een kortetermijneffect aangezien deelnemers de *self-efficacy* rapporteerden omtrent de fysieke oefeningen en fitheidstest van de interventie. De variëteit in hulpbronnen werd met name op de korte termijn vergroot door de interventie, door het ontstaan van de sportclub en de nieuwe sociale contacten met andere deelnemers. Deze aspecten waren minder aanwezig op de lange termijn, mede door de covid-19-pandemie. De vaardigheid positief perspectief werd met name op de korte termijn geuit, maar ook op de lange termijn (tijdens de covid-19-pandemie) werden er nog uitingen gedaan. Wat betreft het effect van de covid-19-pandemie werd kwalitatief een negatief effect gevonden op de zelfmanagementvaardigheden variëteit en multifunctionaliteit. De overige zelfmanagement-vaardigheden (initiatief nemen, positief perspectief, *self-efficacy* en investeringsgedrag) bleven stabiel gedurende de pandemie. Verder zorgde de pandemie ervoor dat het dagelijks leven van deelnemers veranderde. Een verscheidenheid aan activiteiten en sociale contacten viel weg. Dit ervaarden de deelnemers doorgaans als

negatief. Een deel van de deelnemers beschreef dat de pandemie een negatief effect had op de mentale gezondheid, een ander deel van de deelnemers gaf aan nuchter te blijven onder de situatie. Wat betreft de zelfmanagementvaardigheid investeringsgedrag kwam in de interviews geen duidelijk effect van de covid-19-pandemie of de interventie naar voren.

De bevinding dat er op kwantitatief vlak geen kortetermijneffect gevonden is van de interventie (en de covid-19-pandemie) op zelfmanagementvaardigheden komt niet overeen met de conclusie van Vorstman (2020). Zij vond namelijk via kwantitatieve analyses een negatief kortetermijneffect van de interventie op zelfmanagementvaardigheden. Een overeenkomst tussen beide onderzoeken is dat er bij beide kwantitatieve analyses geen positief effect gevonden werd van de interventie op zelfmanagementvaardigheden.

De bevinding dat er op kwalitatief vlak wel een positief kortetermijneffect is gevonden van de interventie op zelfmanagementvaardigheden, komt verder overeen met de bevindingen van Voornhout (2021). Net zoals bij de bevindingen van Voornhout (2021) had de interventie in het huidige onderzoek een duidelijk positief effect op initiatief nemen. Bovendien leek dit positieve effect van de interventie op initiatief nemen in het huidige onderzoek ook stabiel aanwezig op de lange termijn, zelfs toen de covid-19-pandemie gaande was.

De bevinding dat de covid-19-pandemie een negatief effect had op het dagelijks leven, de mentale gezondheid en de vaardigheden variëteit en multifunctionaliteit komt tot slot deels overeen met de bevindingen van Muhktar (2020) en Gonçalves et al. (2021). Net zoals Gonçalves et al. (2021) stelde, ervaren deelnemers beperkingen in het dagelijks leven en een verminderde sociale participatie door de pandemie. Veel deelnemers misten het contact met naasten. Dit werd deels gecompenseerd door het gebruik van technologische hulpbronnen, zoals (video)bellen. Bovendien gaven veel deelnemers aan zich ondanks de beperkingen goed te vermaken doordat ze activiteiten ondernamen die wel mogelijk waren binnen de coronamaatregelen. Dat de deelnemers dit soort vormen van adaptatie gebruikten

komt overeen met de bevindingen van Gonçalves et al. (2021). Echter, hoewel Muhktar (2020) beschrijft dat oudere mensen risico lopen op psychologisch trauma ten gevolge van de pandemie, lijkt dit niet voor alle deelnemers van het huidige onderzoek op te gaan. Een aanzienlijk deel van de deelnemers geeft namelijk aan nuchter te blijven en geen negatieve gevolgen van de pandemie op de mentale gezondheid te ervaren.

### **Beperkingen van het Onderzoek**

Het huidige onderzoek heeft aan aantal beperkingen. Zo was het ten eerste bij de kwalitatieve analyse vaak onduidelijk of deelnemers gewoontes uitvoerden als investering in bijvoorbeeld hun gezondheid of een vriendschap. Het doel achter de gewoontes die deelnemers beschreven werd niet expliciet benoemd. Dit kan verklaard worden doordat hier veelal ook niet expliciet naar gevraagd is door de interviewer. Met name bij de interviews over langetermijneffecten is niet expliciet gevraagd naar het effect van de interventie op zelfmanagementvaardigheden. Daarnaast gebruiken mensen in het dagelijks leven doorgaans niet de onderzochte termen (investeringsgedrag, glans geven etc.). Dit kan er ook voor hebben gezorgd dat de deelnemers de zelfmanagementvaardigheid of de motivatie achter de gewoonte niet expliciet benoemden. Het is ten slotte mogelijk dat deelnemers de motivatie niet benoemden omdat ze zich niet bewust waren van de motivatie achter de gewoontes doordat deze gewoontes geautomatiseerd waren.

Wat betreft de kwantitatieve analyse is het een beperking dat de *repeated measures* ANOVA gebaseerd is op een lage steekproefgrootte. Dit maakt dat het huidige onderzoek weinig power had. Van de in totaal 109 deelnemers, hebben slechts elf deelnemers op alle meetmomenten de gehele vragenlijst ingevuld, waardoor de RM-ANOVA enkel op deze gegevens is gebaseerd. Deze selectie bias kan ertoe leiden dat cruciale informatie niet is meegenomen in het onderzoek. Er kunnen namelijk significante verschillen zijn tussen de deelnemers die de vragenlijsten niet (volledig) hebben ingevuld en de deelnemers die dit wel

hebben gedaan. Hierbij kan het zowel gaan om verschillen in effecten van de interventie als om verschillen in demografische kenmerken. Wat betreft de beschikbare gegevens van dit onderzoek lijkt het bijvoorbeeld zo dat de elf deelnemers hun eigen gezondheid aan de start van de interventie over het algemeen iets hoger beoordeelden dan de 109 deelnemers. Daarnaast had niemand van de elf deelnemers (minder dan) de lagere school afgerond als hoogstgenoten opleiding, terwijl dit bij de 109 deelnemers wel het geval was.

Wat betreft de verschillen tussen kwantitatieve bevindingen en kwalitatieve bevindingen is het mogelijk dat deze verschillen zijn ontstaan doordat de vragenlijst niet geschikt is voor de doelgroep van dit onderzoek. Dit idee wordt ondersteund door het gegeven dat Vorstman (2020) ook geen positieve effecten van de interventie op zelfmanagementvaardigheden had gevonden via kwantitatieve analyse van deze vragenlijst. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat het woordgebruik in de vragenlijst niet overeenkomt met het dagelijks taalgebruik van mensen. Dit kan zorgen voor problemen met de interpretatie van vragen. Bij een interview kunnen deelnemers in zo'n geval eenvoudigweg vragen om verduidelijking, terwijl dit bij een vragenlijst (zeker als deze thuis ingevuld wordt) ingewikkelder is. Daarnaast is het mogelijk dat de kwalitatieve effecten subtiel van aard waren, waardoor deze effecten niet saillant waren bij de deelnemers op het moment dat ze de vragenlijst invulden. Hier kan ook de mogelijk lastige interpretatie van vragen een rol spelen.

Het is ten slotte mogelijk dat de deelnemers aan de interventie niet representatief waren voor de doelgroep van Community Wise. Zoals eerder genoemd is ervoor gekozen om alle gegadigden die woonachtig waren in de geselecteerde gebieden toe te laten tot de interventie. Het is echter mogelijk dat deze mensen geen beperkende gezondheidsproblemen hadden aan de start van de interventie, terwijl dit wel onderdeel is van de doelgroep van Community Wise. Slechts twee van alle 109 deelnemers beoordeelden hun eigen gezondheid aan de start van de interventie dan ook als 'slecht'. Uit eerder onderzoek van McCann et al.



(2013) bleek ook al dat juist individuen die het meest baat zouden kunnen hebben bij een *community-based* interventie gericht op gezondheidsbevordering, zich veelal niet aanmelden.

### **Toekomstig Onderzoek en Doorzet van de Interventie**

Toekomstig onderzoek kan zich ten eerste richten op het onderzoeken of deelnemers aan Community Wise de gebruikte vragenlijst correct interpreteren. Dit kan worden gedaan door middel van interviews waarin deelnemers wordt gevraagd in hun eigen woorden de vragen van de vragenlijst uit te leggen. Als het klopt dat deelnemers de vragenlijst incorrect interpreteren, kan vervolgonderzoek een aangepaste versie van de vragenlijst gebruiken. Wellicht dat een versimpelde versie of een versie met extra mondelinge of geschreven uitleg over de vragen en vaardigheden ervoor kan zorgen dat er wel patronen worden gevonden door middel van vragenlijsten en kwantitatieve analyses. Toekomstig onderzoek zou resultaten van deelnemers die een aangepaste versie hebben ingevuld kunnen vergelijken met resultaten van deelnemers die de originele versie hebben ingevuld, om zo te beoordelen of er met een aangepaste versie wel kwantitatieve positieve effecten gevonden worden.

Verder is het belangrijk dat er in de toekomst onderzocht wordt of deelnemers aan de interventie representatief zijn voor de doelgroep van Community Wise. Dit kan gedaan worden door middel van een uitgebreide mondelinge screening. Door voorafgaand aan de interventie één-op-één interviews in te zetten waarin expliciet gevraagd wordt naar zelfmanagementvaardigheden en de (positieve) gezondheid van deelnemers, kan nadien worden geanalyseerd welke deelnemers het meest baat hadden bij de interventie. Op die manier kan de interventie in de toekomst doelgerichter ingezet kan worden voor deze groep.

Bij het zojuist genoemde vervolgonderzoek is het bovendien van belang dat deelnemers op alle meetmomenten de vragenlijst volledig invullen, zodat de steekproefgrootte voor de kwantitatieve analyses aanzienlijk groter is dan bij het huidige onderzoek. Dit kan

worden gestimuleerd door de deelnemers uit te leggen waarom het belangrijk is dat zij de vragenlijst volledig invullen. Als deelnemers de vragenlijst niet of incompleet invullen, is het belangrijk om te achterhalen wat hier de reden voor is. Hoewel in het huidige onderzoek de meeste problemen met het niet invullen van de vragenlijst optraden toen de coronaperiode zijn intrede deed, waren er voor die periode ook al veel deelnemers die de vragenlijst niet of incompleet invulden. Via toekomstig onderzoek kan wellicht achterhaald worden wat de reden daarvoor is. Wellicht is het zo dat de vragenlijst wel stelselmatig volledig wordt ingevuld als deze niet wordt gecombineerd met andere vragenlijsten tijdens de meetmomenten, omdat deelnemers dan minder kampen met verveling of vermoeidheid.

Tot slot benoemden een aantal deelnemers tijdens de interviews dat ze de diversiteit in de groep qua leeftijd negatief hebben ervaren. Volgens deze deelnemers was er binnen de groep teveel verschil in interesses, fysieke mogelijkheden en doelen in het leven tussen met name jongere en oudere deelnemers. Door de beperkingen van met name oudere deelnemers werden activiteiten na afloop van de interventie niet voortgezet, terwijl jongere deelnemers hier wel behoefte aan hadden. Dit kan betekenen dat als groepen homogener zouden zijn qua doelen en mogelijkheden van deelnemers, dit zou kunnen leiden tot een verbeterde zelfstandige voortzetting van activiteiten van de interventie door deelnemers zelf. Toekomstig onderzoek kan onderzoeken of reeds bestaande homogene groepen/ buurten beter slagen in een zelfstandige voortzetting van activiteiten dan reeds bestaande heterogene groepen/ buurten. Als dit het geval is, kan het voor de interventie nuttig zijn om in de toekomst binnen geselecteerde buurten gebruik te maken van subgroepen van deelnemers met verschillende doelen in het leven en fysieke en mentale mogelijkheden. Deze doelen en mogelijkheden zouden voorafgaand aan de interventie door middel van één-op-één interviews in kaart kunnen worden gebracht.

## Conclusie

Concluderend kan worden gesteld dat het huidige onderzoek enerzijds geen en anderzijds positieve effecten van de interventie Community Wise op zelfmanagementvaardigheden heeft gevonden. Hoewel vanuit de kwantitatieve analyse van de zelfmanagementvaardigheden geen effect gevonden werd, liet de kwalitatieve analyse van interviews wel positieve effecten zien van Community Wise op een aantal zelfmanagementvaardigheden: initiatief nemen, *self-efficacy*, variëteit en in mindere mate ook positief perspectief. Het verschil tussen de kwantitatieve en kwalitatieve bevindingen kan zijn ontstaan doordat mogelijk problemen optraden met de interpretatie van vragen uit de vragenlijst of doordat de positieve effecten subtiel van aard waren en om die reden niet saillant waren op het moment van het invullen van de vragenlijst. Wat betreft het effect van de covid-19-pandemie op zelfmanagementvaardigheden was een negatief effect zichtbaar voor twee zelfmanagementvaardigheden: variëteit en multifunctionaliteit. De andere zelfmanagementvaardigheden (initiatief nemen, positief perspectief, *self-efficacy* en investeringsgedrag) bleven stabiel gedurende de covid-19-pandemie.

Aangezien het kwantitatieve gedeelte van het huidige onderzoek gebaseerd is op een kleine steekproef, is toekomstig onderzoek met een grotere steekproef vereist om extra duidelijkheid te scheppen in het verband tussen de interventie Community Wise en zelfmanagementvaardigheden. Hierbij is het van belang dat deelnemers representatief zijn voor de doelgroep van de interventie en dat ze gedurende het gehele onderzoek vragenlijsten volledig invullen. Bovendien kan het zinvol zijn om te onderzoeken of het hebben van meer homogene groepen leidt tot een verbeterde zelfstandige voortzetting van activiteiten. Uiteindelijk gaan we dan een toekomst tegemoet waarin de interventie gericht ingezet kan worden en oudere volwassenen samen sterker worden dan ooit.

## Referenties

- APA. (n.d.). *Socioeconomic status* . American Psychological Association. Retrieved October 25, 2021, from <https://www.apa.org/topics/socioeconomic-status/>.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, *381*(9868), 752–762.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., & Burke, G. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology Series A*, *56*, 157.
- Gonçalves, A. R., Barcelos, J. L. M., Duarte, A. P., Lucchetti, G., Gonçalves, D. R., Silva e Dutra, F. C. M., & Gonçalves, J. R. L. (2021). Perceptions, feelings, and the routine of older adults during the isolation period caused by the covid-19 pandemic: A qualitative study in four countries. *Aging & Mental Health*. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1080/13607863.2021.1891198>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d, Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M. v. d, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. v, & Smid, H. (2011). How should we define health? *Bmj*, *343*(Jul26 2), 4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Kanungo, S., Tsuzuki, A., Deen, J. L., Lopez, A. L., Rajendran, K., Manna, B., Sur, D., Kim, D. R., Gupta, V. K., & Ochiai, R. L. (2010). Use of verbal autopsy to determine mortality patterns in an urban slum in kolkata, india. *Bulletin- World Health Organization*, *88*(9), 667–674.
- Kenniscentrum Sport en Bewegen. (n.d.). Sociaal Vitaal. Retrieved January 27, 2022, from <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/interventies/interventie/sociaal-vitaal/>

- Knoops, K., & Brakel, M. (2010). Rijke mensen leven lang en gezond. *Tsg*, *2010*(1), 17–24.
- Kremers, I. P., Steverink, N., Albersnagel, F. A., & Slaets, J. P. (2006). Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. *Aging & Mental Health*, *10*(5), 476–84.
- Lindenberg, S. (1996). Continuities in the theory of social production functions. In H. B. G. Ganzeboom & S.M.L. Lindenberg (Eds.), *Verklarende sociologie. Opstellen voor Reinhard Wippler* (pp. 169–184). Explanatory sociology: Essays in honor of Reinhard Wippler
- McCann, J., Ridgers, N. D., Carver, A., Thornton, L. E., & Teychenne, M. (2013). Effective recruitment and retention strategies in community health programs. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, *24*(2), 104–110.
- Meijer, M., Röhl J, Bloomfield, K., & Grittner, U. (2012). Do neighborhoods affect individual mortality? a systematic review and meta-analysis of multilevel studies. *Social Science & Medicine* (1982), *74*(8), 1204–12. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.034>
- Mukhtar, S. (2020). Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic outbreak. *International Journal of Social Psychiatry*, *66*(5), 512–516. <https://doi.org/10.1177/0020764020925835>
- Nauta, W.M. (2022). *Zelfmanagement Vaardigheden Verhogen bij Ouderen doormiddel van de Interventie Community Wise en het Effect van de Coronapandemie hierop* (unpublished manuscript) [bachelorthese, Rijksuniversiteit Groningen].

- Rodríguez-Mañas, L., Féart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., Gonzalez-Colaço, H. M., Bergman, H., Carcaillon, L., Nicholson, C., Scuteri, A., Sinclair, A., Pelaez, M., Van, der C. T., Beland, F., Bickenbach, J., Delamarche, P., Ferrucci, L., Fried, L. P., ... FOD-CC group (Appendix 1). (2013). Searching for an operational definition of frailty: a delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. *The Journals of Gerontology. Series a, Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(1), 62–7.  
<https://doi.org/10.1093/gerona/gls119>
- Schuermans, H., Steverink, N., Frieswijk, N., Buunk, B. P., Slaets, J. P. J., & Lindenberg, S. (2005). How to measure self-management abilities in older people by self-report. the development of the smas-30. *Quality of Life Research*, 14(10), 2215–2228.
- Signorello, L. B., Cohen, S. S., Williams, D. R., Munro, H. M., Hargreaves, M. K., & Blot, W. J. (2014). Socioeconomic status, race, and mortality: a prospective cohort study. *American Journal of Public Health*, 104(12), 107.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302156>
- Steverink, N. (2014). Successful development and ageing: Theory and intervention. In N. A. Pachana & K. Laidlaw (Eds.), *The Oxford handbook of clinical geropsychology*. (pp. 84–103). Oxford University Press.
- Steverink, N., Lindenberg, S., Slaets, J.P.J. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *European Journal of Ageing*, 2, 235-244.
- Takatori, K., & Matsumoto, D. (2021). Social factors associated with reversing frailty progression in community-dwelling late-stage elderly people: An observational study. *PLoS ONE*, 16(3). <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1371/journal.pone.0247296>

- Van der Linden, B. W. A., Cheval, B., Sieber, S., Orsholits, D., Guessous, I., Stringhini, S., Gabriel, R., Aartsen, M., Blane, D., Courvoisier, D., Burton-Jeangros, C., Kliegel, M., & Cullati, S. (2020). Life course socioeconomic conditions and frailty at older ages. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(6), 1348–1357. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1093/geronb/gbz018>
- Voornhout, R.R. (2021). *Het effect van Community Wise op de mentale en sociale gezondheid van ouderen met een lage SES*. [masterthese, Rijksuniversiteit Groningen]. <https://gmwpublic.studenttheses.ub.rug.nl/>
- Vorstman, J. (2020). *The short-term effect of the intervention “Community Wise” on positive health of older adults living in socioeconomically deprived neighborhoods*. [masterthese, Vrije Universiteit Amsterdam/ Universitair Medisch Centrum Groningen].
- World Health Organization. (n.d.). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization. Retrieved October 23, 2021, from <https://www.who.int/about/governance/constitution>.

## Bijlage A: Interviewschema T1

### Verbondenheid en steun tussen de bewoners met tijdlijn

- Zou je kunnen opschrijven/beschrijven hoe de verbondenheid tussen de bewoners was voor, tijdens en waarschijnlijk na Community Wise? (aan de hand van de tijdlijn).
- Zou je kunnen opschrijven/beschrijven hoe de sociale steun tussen de bewoners was voor, tijdens, en waarschijnlijk na de bijeenkomsten van Community Wise? (aan de hand van de tijdlijn).

---

Voor Community Wise	Start Community Wise	6 Bijeenkomsten	12 bijeenkomsten	3 maanden	6 maanden	1 jaar
---------------------	----------------------	-----------------	------------------	-----------	-----------	--------

### Sociale, mentale en fysieke gezondheid

- Denk je dat je lichamelijk fitter bent geworden door Community Wise?(waarom wel/waarom niet).
- Vind je dat je sociaal vitaler bent geworden door Community wise? (waarom wel/waarom niet)
- Vind je dat je meer GLANS aan het leven hebt kunnen geven? (waarom wel/niet? Op welke vlakken/partjes?)
- Vind je dat je meer veerkracht [eigen regie] gekregen door Community Wise?

### Eigen ervaring Community Wise

- Wat blijft je het meeste bij van Community Wise?
- Wat vond je het leukste om te doen tijdens de bijeenkomsten?
- Wat vond je minder leuk om te doen tijdens de bijeenkomsten?
- Wat heb je geleerd van Community Wise?



- Als je Community Wise aan iemand anders moest uitleggen, hoe zou je dat dan doen?
- Voor wie vindt je een programma zoals Community Wise geschikt?

### **Intervention ownership**

- In hoeverre heb je het gevoel dat Community Wise ook van jou is?
- Had je het idee dat je het programma kon aanpassen naar je eigen wensen en behoeftes? (waarom wel/waarom niet).
- Willen jullie, zonder onze ondersteuning, Community Wise voortzetten? (waarom wel/waarom niet)
- Wat moet er gebeuren om ervoor te zorgen dat Community Wise in de toekomst kan voortbestaan?

## **Bijlage B: Interviewschema T2 en T3**

### **Vragen die aangepast zijn naar aanleiding van de start van de covid-19-pandemie:**

#### **Invloed corona**

- Op welke manier heeft u de coronaperiode ervaren?
- Heeft de coronaperiode invloed gehad op uw fysieke gezondheid?
- Heeft de coronaperiode invloed gehad op uw mentale gezondheid?
- Heeft de coronaperiode invloed gehad op uw sociale gezondheid?
- Zijn er aspecten van het programma (locatie) Vitaal die u hebben geholpen in de afgelopen periode?
- Hoe denkt u dat deze periode invloed heeft gehad op andere deelnemers van het programma?

#### **Oorspronkelijke vragen (additioneel aan de vragen hierboven):**

#### **Contact tussen deelnemers**

- Zou je kunnen beschrijven hoe het contact met de deelnemers is? (hoe vaak zien jullie elkaar nog, hoe houden jullie contact)?
- Zou je kunnen beschrijven hoe de verbondenheid tussen de deelnemers van Community Wise nu is?
- Het is 12 maanden geleden dat Community Wise is afgelopen, is de groep door de tijd heen veranderd? En zo ja hoe?

### **Sociale, mentale en fysieke gezondheid**

- Denk je dat je lichamelijk fitter bent geworden door Community Wise?(waarom wel/waarom niet). Wat merk je daar nu nog van?
- Vind je dat je sociaal vitaler bent geworden door Community wise? (waarom wel/waarom niet). Wat merk je daar nu nog van?
- Vind je dat je meer veerkracht [eigen regie] hebt gekregen door Community Wise? Wat merk je daar nu nog van?
- Wat neem je mee uit het programma en gebruik je nu nog in je dagelijks leven?
- Wat is je het meeste van het programma bijgebleven?

### **Na community Wise**

- Wat voor activiteiten doen jullie nu als groep na Community Wise?
- Wie neemt het initiatief om activiteiten met elkaar te doen?
- Hebben jullie begeleiding nodig bij die activiteiten, zo ja welke?
- Zouden jullie ook activiteiten kunnen/willen organiseren zonder begeleiding?
- Wat moet er gebeuren om ervoor te zorgen dat jullie groep in de toekomst kan voortbestaan?