

Mindfulness bij de pilotuitvoering van het IAS vitaliteitsprogramma:

Een groepsvergelijking



Student: David Rassers 309005
Opleiding: Toegepaste Psychologie
Onderwijs instelling: Saxion Hogeschool Deventer
Inleverdatum: 04-01-2016
1^{ste} beoordelaar: Ton Jacobs
2^{de} beoordelaar: Marco Farfan Galindo
Opdrachtgever: IAS Vitaal – B. Zandbergen

SAXION

IASVitaal

Samenvatting

In februari 2015 is IAS Vitaal begonnen met de pilotuitvoering van haar vitaliteitsprogramma. Dhr. Zandbergen, directeur van IAS Vitaal, heeft opdracht gegeven om de kwaliteit van het programma vast te stellen. Dit verslag behandelt het onderzoek naar één van de gewenste effecten, namelijk het passieve subjectieve welbevinden: de *ervaren mindfulness*.

Mindfulness is een staat van bewustzijn die wordt gekarakteriseerd door zelfsturing van aandacht op ervaringen uit het huidige moment, gekoppeld aan een accepterende, niet oordelende houding ten opzichte van deze ervaringen (Anderson et al., 2004). Gedurende het vitaliteitsprogramma dat bestaat uit de interventies acupunctuur, bewegingsapparatuur, meditatie en voedingsadviezen werd beoogd de *ervaren mindfulness* van de deelnemers te verbeteren. Er is in dit onderzoek gecontroleerd op de attitude die de deelnemers hadden ten opzichte van de interventies en hun indeling in diagnostische typen van de Traditionele Chinese Geneeskunde of *Traditional Chinese Medicine*, constitutietypen genaamd.

Om de *ervaren mindfulness* te meten is een kwantitatief onderzoek opgezet dat middels een vragenlijst data verzamelde over de deelnemersgroep (n=34) aan het vitaliteitprogramma en een controle groep (n=36). De afname vond plaats na drie maanden van het begin van het vitaliteitprogramma. Na de afname zijn de data ontvangen en zijn deze statistisch geanalyseerd.

Uit dit onderzoek blijkt er geen significant verschil te bestaan tussen de deelnemersgroep en de controlegroep wat betreft de *ervaren mindfulness*. Beide groepen gaven aan vaak mindfulness te ervaren. Ook de samenhangmetingen van de *ervaren mindfulness* met de attitude die de deelnemers hebben ten opzichte van de interventies noch met de constitutietypen indeling vertonen significante correlaties.

Er wordt geconcludeerd dat de pilotuitvoering van het IAS Vitaliteitsprogramma geen verbetering stimuleert wat de ervaren mindfulness van de deelnemers betreft. Er zijn meerdere aanbevelingen opgesteld voor het programma en voor vervolgonderzoek. Er is aanbevolen om de betrokkenheid van de deelnemers te vergroten door meer contactmomenten te organiseren. Ook wordt er geadviseerd om de onderzoeksmethode uit te breiden met voormetingen om veranderingen te kunnen vastleggen en met kwalitatieve dataverzameling in de vorm van interviews.

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie over het mindfulness onderzoek dat ik heb afgerond. Dit was niet gelukt als er een aantal personen mij, David Rassers, niet hadden geholpen. Deze wil ik graag bedanken.

Allereerst wil ik Bert Zandbergen bedanken voor de mogelijkheid om een zeer interessant onderzoek uit te voeren bij IAS Vitaal B.V. Dankzij de zeer informatieve gesprekken en het algeheel vriendelijke contact heb ik veel kunnen leren over de Traditionele Chinese Geneeskunde en ook een waardevolle ervaring als onderzoeker kunnen opdoen. Uiteraard wil ik ook Caroline Niekus, praktijkmanager van IAS Vitaal B.V., bedanken voor haar actieve meedenken en daadkrachtige handelen.

Daarnaast heb ik erg veel hulp gekregen van mijn afstudeerbegeleiders Ton Jacobs en Marco Farfan Galindo. Het afstudeerproces is niet geheel soepel verlopen en dankzij uw steun, feedback en vertrouwen is het toch mogelijk geworden dit onderzoeksverslag in te leveren. Mijn diepe dankbaarheid hiervoor.

Tenslotte wil ik graag Lenneke van der Wal bedanken voor haar hulp bij de afronding. Wanneer ik door de woorden de tekst niet meer zag, was jij er om orde te vinden en mij te steunen. Je vertrouwen in mij en nuchtere blik hebben veel voor mij betekend.

David Rassers

4 januari 2016

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding en doelstelling	6
1.2 Onderzoeksvragen.....	9
1.3 Doelstelling	9
Hoofdstuk 2 theoretisch kader	10
2.1 Mindfulness.....	10
2.1.1 Ervaren mindfulness – huidige vormen.....	10
2.1.2 Ervaren mindfulness – binnen dit onderzoek.....	12
2.2 Secundaire constructen	12
2.2.1 Interventies van het vitaliteitsprogramma.....	12
2.2.2 Attitude ten opzichte van de interventies.....	13
2.2.3 Constitutietypen.....	13
2.3 Conceptuele modellen en hypothesen	14
Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign	17
3.1 Onderzoeksmethode.....	17
3.2 Onderzoekseenheden.....	17
3.3 Onderzoeksinstrument.....	18
3.3.1 De meting van ervaren mindfulness.....	18
3.3.2 De meting van de attitude ten opzichte van de interventies.....	20
3.3.3 De meting van de constitutietypen.....	21
3.3.4 Demografische kenmerken.....	21
3.3.5 Opzet van de vragenlijst.....	21
3.4 Onderzoekafname voorbereiding.....	22
3.5 Uitgevoerde analyses.....	22
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten	24
4.1 Uitvoering van het onderzoek	24
4.2 Onderzoeksvraag 1.....	25
4.3 Onderzoeksvraag 2.....	26
4.4 Onderzoeksvraag 3.....	26
4.5 Demografische kenmerken	27
Hoofdstuk 5 Conclusie, Discussie en Aanbevelingen	29
5.1 Conclusies	29
5.1.1 Onderzoeksvraag 1.....	29

5.1.2 Onderzoeksvraag 2.....	29
5.1.3 Onderzoeksvraag 3.....	30
5.2 Discussie	30
5.2.1 Koppeling van de conclusies aan relevante literatuur.....	30
5.2.2 Validiteit en betrouwbaarheid	32
5.3 Aanbevelingen	34
5.3.1 Aanbevelingen voor de opdrachtgever	34
5.3.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoeken	34
5.4 Rol van de TP'er	35
Literatuur	36
Bijlage 1: Eigenwerk verklaring.....	
Bijlage 2: Vragenlijst	
Bijlage 3: Analyses van demografische kenmerken	
Bijlage 4: Interview met de opdrachtgever	
Bijlage 5: gesimplificeerde uitleg van mindfulness	
Bijlage 6: Stellingen eindgesprek.....	

Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de inleiding van het onderzoek besproken. In paragraaf 1.1 komt de aanleiding van het onderzoek aan bod. Het te analyseren object (het vitaliteitsprogramma) wordt beschreven samen met de te meten constructen. In paragraaf 1.2 staan de onderzoeksvragen weergegeven en in paragraaf 1.3 wordt het doel van de opdrachtgever (dhr. Zandbergen) geconcretiseerd.

1.1 Aanleiding en doelstelling

IAS Vitaal is een organisatie die in 2013 is opgericht door dhr. Zandbergen. Het doel van IAS Vitaal is om doormiddel van begeleiding bij georganiseerde activiteiten haar klanten te stimuleren een gezondere levensstijl aan te nemen. Het einddoel hiervan is om werkend Nederland gezonder en duurzamer inzetbaar te maken. De begeleiding gedurende en het aanbod van de verschillende activiteiten zijn de hoofddiensten die worden geleverd. In februari 2015 is IAS Vitaal begonnen met de pilotuitvoering van haar vitaliteitsprogramma. Dit programma bestaat uit vier onderdelen (of interventies). Dit zijn acupunctuur, Qigong, meditatie en voedingsadviezen. Voor de invulling van deze interventies heeft IAS Vitaal zich gebaseerd op de '*Traditional Chinese Medicine*' (TCM).

De term acupunctuur komt van de Latijnse woorden acus (naald) en pungere (prikken). Doormiddel van het prikken van metalen naaldjes door de huid op specifieke plekken worden energiemeridianen geactiveerd die balans herstellen in het lichaam. Deze behandelmethode is uitvoerig onderzocht op effectiviteit en als geschikt beschouwd door de World Health Organisation (WHO, 2000).

Qigong is een activiteit gekenmerkt door een rustige ademhaling die begeleid wordt door een aantal simpele bewegingen. Er wordt gezegd dat door de wisseling van spanning en ontspanning de levensenergie (de Qi) weer door het lichaam stroomt en hierdoor systemen zoals het zenuwstelsel, de spieren en ook de mentale staat verbeteren (Tsung-Jung et al., 2011). Tijdens het bewegingsprogramma wordt er ook gewerkt aan een zestal fysiotherapeutische oefeningen.

Meditatie in de brede zin van het woord is de bewuste ontwikkeling van menselijke basiseigenschappen zoals een stabielere geest, emotionele balans of het ervaren van liefde en compassie (Ricard, Lutz & Davidson, 2014). Deze auteurs beschrijven meerdere vormen van meditatie. De vorm die wordt aangeleerd bij het vitaliteitsprogramma komt het meest overeen met gerichte-aandacht meditatie. Hierbij is het de bedoeling om steeds terug te blijven keren naar een stabiel punt in het heden,

vaak de ademhaling. Door te leren minder mee te gaan in afleiding leert de deelnemer om zelf flow/bevlogenheid te creëren in de dagelijkse structuur.

Ook binnen de TCM zijn er richtlijnen voor gezonde voeding. Anders dan in het westen is het voedingsadvies persoonlijker vanwege de constitutietypen diagnose (zie verder op in deze paragraaf). Het doel van de voedingsadviezen is om vitaler te worden, niet om af te vallen. Afvallen zal, wanneer nodig, wel kunnen plaats vinden. Overgewicht ligt bij de meeste mensen niet in hun genen. Herstel van de lichamelijke balans kan daardoor tevens een herstel van het natuurlijke gewicht betekenen.

Het is ongebruikelijk om methoden uit de TCM toe te passen in de Nederlandse zorg. Om het vertrouwen te winnen van de aandeelhouders en zijn cliënten doelgroep (de Nederlandse volwassenen) heeft dhr. Zandbergen besloten een drietal onderzoeken uit te voeren om de kwaliteit van het programma vast te stellen. Het eerste onderzoek is een effectmeting van het programma. Hierbij worden biomedische gegevens van deelnemers voor deelname vergeleken met de biomedische gegevens van dezelfde deelnemers na deelname aan het programma. Het tweede onderzoek dat wordt uitgevoerd is een motivatieonderzoek. Tenslotte zal het derde onderzoek achterhalen of het programma effect heeft op het *subjectieve welzijn* van de deelnemers. Om dit te weten werd hiervoor enkel vitaliteit als maat gebruikt. Er werd echter geconcludeerd dat vitaliteit niet het gehele construct *subjectief welbevinden* omvat. De reden hiervoor is dat vitaliteit door de opdrachtgever en de onderzoeker van het vitaliteitonderzoek (S. Chitoe) werd beoordeeld als teveel georiënteerd op activiteit en daadkracht. Een *passieve vorm van welbevinden* kon met dit construct niet gemeten worden, ondanks dat dit wel behoorde tot de factoren die dhr. Zandbergen beoogde te stimuleren met het IAS Vitaliteitsprogramma. De opdracht voor dit onderzoek is om het *passieve welbevinden* gelijktijdig met de *actieve vorm* (vitaliteit) te meten. Middels de verkregen metingen kan de opdrachtgever besluiten om het bestaande programma aan te passen.

Er is voor dit onderzoek gekozen om het construct *ervaren mindfulness* te gebruiken voor het construct *passief welbevinden*. *Ervaren mindfulness* refereert naar een staat van bewustzijn die wordt gekarakteriseerd door zelfsturing van aandacht op ervaringen uit het huidige moment, gekoppeld aan een accepterende, niet oordelende houding ten opzichte van deze ervaringen (Anderson et al., 2004). Deze definiëring belicht de mogelijkheid om een staat van zorgeloosheid te bereiken door de voorspellende intenties van het denken niet meer het gevoel en gedrag te laten bepalen.

De opdrachtgever wil weten of deelname aan het programma een effect heeft op het *passieve welbevinden* (verder in deze tekst *ervaren mindfulness* genoemd). Om te kunnen

spreken van een effect dient er een vergelijking gemaakt te worden. Dit zal worden bereikt door de groep die deelneemt aan het vitaliteitsprogramma te vergelijken met een niet deelnemende groep. Aangezien de deelnemende groep enkel bestaat uit werknemers van het schoonmaakbedrijf CleanCare van ZGT Almelo, is er gekozen om deze te vergelijken met werknemers van CleanCare van de locatie ZGT Hengelo.

Het doel van deelname aan het programma is levensstijlverandering. Dit kan worden beschouwd als een duurzame gedragsverandering. De attitude van de deelnemers ten opzichte van de interventies speelt hier mogelijk een belangrijke rol in. Vanuit de psychologische literatuur over gedragsverandering is namelijk bekend dat de attitude van een persoon ten opzichte van nieuw gedrag invloed kan hebben op het integreren van dit nieuwe gedrag (Vries, de, Dijkstra, & Kuhlman, 1988). Ook bij dit onderzoek kan de attitude van de deelnemers ten opzichte van de interventies een rol spelen in de totstandkoming het gedrag dat hun *ervaren mindfulness* dient te verhogen. Om deze reden zal ook hun attitude ten opzichte van deze interventies gemeten worden om de samenhang met de *ervaren mindfulness* te kunnen meten. Er zal geen causaliteit vast gesteld kunnen worden, maar deze kan wel geïndiceerd worden. Het construct attitude is geoperationaliseerd naar het construct tevredenheid. De verantwoording voor deze keuze is te vinden in paragraaf 2.2.2.

Een andere factor die invloed kan hebben op de *ervaren mindfulness* van de deelnemers is de indeling in de constitutietypen waar dhr. Zandbergen gebruik van heeft gemaakt. Bennetts (2007) beschrijft de vijf constitutietypen uit de TCM als symbool voor de vijf fasen waar elk cyclisch proces door gekenmerkt wordt. Deze auteur beargumenteert dat vanuit de vijf fasen benadering ook het lichaam deze vijf fasen kent. Door het lichaam te assisteren door deze vijf fasen te vloeien wordt de natuurlijke weerstand gestimuleerd. Het constitutietype waar een persoon in wordt gedeeld vertelt welke fase mogelijk geblokkeerd zit en welke behandeling de persoon nodig heeft. Vanuit deze gedachtegang heeft dhr. Zandbergen besloten de focus van de interventies af te laten hangen van het constitutietype waar de deelnemer toe behoort. Voor het bepalen van de constitutietypen is gebruik gemaakt van een vragenlijst, ontleend uit het boek *Between Heaven and Earth: A Guide to Chinese Medicine* (Beinfeld & Korngold, 1992). In dit onderzoek is gecontroleerd in welke mate deze indeling invloed heeft gehad op de *ervaren mindfulness*.

1.2 Onderzoeksvragen

Om de hulpvraag van dhr. Zandbergen te kunnen beantwoorden zijn er de volgende drie onderzoeksvragen opgesteld:

1 Hoe verschillend zijn de werknemers van ZGT CleanCare Almelo, die deelnemen aan de pilotuitvoering van het IAS Vitaliteitsprogramma, in vergelijking met de werknemers van ZGT Hengelo, die niet deelnemen aan het vitaliteitsprogramma, wat betreft hun *ervaren mindfulness*?

2 In hoeverre is er een samenhang tussen de mate waarin de deelnemers tevreden zijn over de interventies van het IAS Vitaliteitsprogramma en hun *ervaren mindfulness*?

3 In hoeverre is er een samenhang tussen de plaatsing van de deelnemers in constitutietypen en hun *ervaren mindfulness*?

1.3 Doelstelling

Middels dit onderzoek hoopt de opdrachtgever een indicatie te krijgen voor de kwaliteit van het vitaliteitsprogramma wat betreft diens effecten op de *ervaren mindfulness* van de deelnemers. Dit is de hoofddoelstelling van het onderzoek. Daarnaast wordt er nagestreefd om specifieke aanbevelingen te kunnen bieden aan dhr. Zandbergen ter verbetering van (de implementatie van) het programma. Tenslotte zullen er aanbevelingen worden opgesteld voor replicaonderzoek en de IAS Vitaal vervolgonderzoeken.

Hoofdstuk 2 theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt extra uitleg gegeven over de constructen die gemeten zullen worden. In paragraaf 2.1 zullen de twee belangrijkste vormen van het begrip ervaren mindfulness worden besproken om de juiste vorm te kiezen voor dit onderzoek. In paragraaf 2.2 worden stilgestaan bij de secundaire constructen van dit onderzoek. Het hoofdstuk sluit af in paragraaf 2.3 met de conceptuele modellen van de onderzoeksvragen en de aansluitende hypothesen.

2.1 Mindfulness

2.1.1 Ervaren mindfulness – huidige vormen

Mindfulness is een breed begrip. Er is een diversiteit aan invalshoeken om mindfulness te benaderen. Dit komt door de verscheidenheid aan manieren waarop deze ervaring vergaard kan worden en doelen die dit dient te behalen. Dit wordt bevestigd door de vele personen die met een volhardende zekerheid op fora en andere commentaarplatforms de ware aard van het begrip verkondigen. (Een voorbeeld van een discussie-inducerende tekst over dit begrip is online te vinden onder de titel: ‘The Muddled Meaning of ‘Mindfulness’ uit the New York Times.) De beste verklaring voor deze gebrekkige consensus is mogelijk de esoterische aard van deze beleving afkomstig uit het Boeddhisme.

Oorsprong van Mindfulness

In 500 v.Chr. ontstond er in het gebied dat tegenwoordig Nepal is een nieuwe filosofie op het bereiken van verlossing van menselijk lijden. Siddharta Gautama bereikte dankzij eigen inzichten en volledige toewijding en overgave de verlichting die hem een Boeddha maakte. Sinds dat moment heeft hij zijn methode onderwezen tot aan zijn dood en tot op heden wordt deze doorgegeven. Zijn filosofische en spirituele leer wordt gevormd door vier waarheden. Dit zijn: 1. Alles verandert, alles is vergankelijk, 2. Ons verlangen naar stabiliteit of vervulling is tegenstrijdig met waarheid 1 en creëert hierdoor lijden, 3. Diep inzicht in ons verlangen laat ons zien dat wij dit los kunnen laten en daarmee ook het lijden, 4. Welke houding en welk gedrag het loslaten mogelijk maken. Mindfulness speelt een belangrijke rol in deze leer. Diens oorspronkelijke betekenis die dicht in de buurt komt van ‘geheugen’ of ‘onthouden’ verwijst naar het belang om als persoon bewust te blijven van de vier waarheden. Door ons bewust te blijven van ons begrip van de vier waarheden, kan ons begrip toenemen om uiteindelijk het niveau te bereiken van verlichting (Sujato, 2012).

Mindfulness in het westen

Het Boeddhisme heeft vele oosterse culturen beïnvloed. Hun focus op de innerlijke wereld van mensen vertoont een contrast met de westerse culturen, die juist de nadruk legt op de vormbaarheid van de omgeving. Roger Walsh (1980) en Carl Jung (1969), gerenommeerde personen op het grensgebied tussen de psychologie en de filosofie, constateerden beiden dat wanneer het gaat om inzicht in realiteitsbeleving en mentale processen, de oosterse culturen flink voorop lopen op de westerse. De eerste persoon die succesvol oosterse wijsheid wist te vertalen naar geestelijke gezondheidszorg in het westen was Jon Kabat-Zinn (1990). Met zijn Mindfulness Based Stress Reduction methode was hij de eerste om mindfulness 'gebruiksvriendelijk' te maken voor het westen. Kabat-Zinn omschrijft mindfulness in "*Full Catastrophe living*" (1990) als een methode om met minder stress te leven. We hebben twee ikken. We hebben de gebruikelijke ik, die denkt, plant, doet en voelt. Deze ik is in de westerse wereld veelal de enige ik die wij kennen en willen erkennen. Maar dieper dan deze ik ligt de ik die enkel waarneemt. Deze ik kan de gebruikelijke ik zien plannen, in het verleden of de toekomst zien vast zitten, de ik zien zich zorgen maken et cetera.

Kabat- Zinn omschrijft in *Full Catastrophe Living* (1990) zeven principes voor mindfulness beoefening. Deze principes zijn: 1. Besef dat je gebruikelijke ik constant beoordeelt en veroordeelt. Neem dit waar, zonder hierover te oordelen en besef dat je diepere ik dus niet hoeft te oordelen. 2. Besef dat je gebruikelijke ik altijd naar beter toe wil gaan. Neem dit waar en besef dat de huidige ervaring nu eenmaal is en geduld de realiteit de moeite waard maakt. 3. Besef dat je gebruikelijke ik niet echt waarneemt, maar bij voorbaat denkt te weten en begrijpen. Neem dit waar en besef dat elke ervaring door zijn complexiteit weer nieuw is en het vervolg onvoorspelbaar. 4. Besef dat je gebruikelijke ik altijd bevestiging zoekt buiten zichzelf. Neem dit waar en besef dat anderen enkel goed kunnen zijn in zichzelf zijn en ook jij het beste bent in wie jij werkelijk bent. Vertrouw op jezelf. 5. Besef dat je gebruikelijke ik op zoek is naar bewijs door doelen te stellen. Neem dit waar en besef dat de verandering die nodig is geen gevecht is om een trede te bereiken, maar een logisch gevolg dankzij acceptatie van je reële zelf en je reële omgeving. 6. Besef dat je geen macht hebt over het heden, slechts beperkte mate over de toekomst. Neem waar dat je gebruikelijke ik een filter over het heden wil plaatsen om negatief te vertalen naar neutraal of positief. Besef dat het heden er al is en dat acceptatie ervan het enige realistische is. 7. Besef dat los laten en vast houden intenties zijn van de gebruikelijke ik. Neem waar hoe het voelt om vast te houden of om los te laten en hoe de een ons iets leert over de ander. Besef dat los laten juist geen intentie nodig heeft.

2.1.2 Ervaren mindfulness – binnen dit onderzoek

Het einddoel van de bovenstaande opsomming is om te leren leven zonder stress. Dit is een duidelijke afsplitsing van het boeddhistische mindfulness, waar juist de zuivere concentratie helpt om in elke situatie ethisch en moreel te handelen zonder dat de eigen verlangens in de weg zitten (Sujato, 2012). Door deze differentiatie kan slechts één van deze vormen gekozen worden ter operationalisering. Ondanks dat de oorspronkelijke betekenis van mindfulness recht doet aan de complexiteit van de context waarbinnen het wordt beoefend, dient de definitie het meest overeen te komen met de experimentele conditie. De manier waarop de meditatie wordt aangeleerd en het doel van mediteren als onderdeel van het vitaliteitsprogramma komen veel meer overeen met de praktische hedendaagse mindfulness. Hierdoor wordt deze gekozen. Een correcte parafrasering van de bovenstaande principes resulteert tot de volgende definitie: Een staat van bewustzijn die wordt gekarakteriseerd door zelfsturing van aandacht op ervaringen uit het huidige moment, gekoppeld aan een accepterende, niet oordelende houding ten opzichte van deze ervaringen (Anderson et al., 2004). Ter verdere verduidelijking van dit construct is er een gesimplificeerde uitleg toegevoegd aan dit verslag als bijlage 5.

2.2 Secundaire constructen

2.2.1 Interventies van het vitaliteitsprogramma

In paragraaf 1.1 is een algemene beschrijving gegeven van de verschillende interventies. In deze paragraaf wordt beschreven hoe deze interventies zijn aangeboden aan de deelnemers van het vitaliteitsprogramma.

Voor de interventie acupunctuur zijn er maandelijkse afspraken gemaakt. Gedurende deze individuele afspraken is er gekeken naar het constitutietype van de deelnemer en is de acupunctuurbehandeling hierop aangepast.

De interventie 'bewegingsapparatuur' bestaat uit wekelijkse Qigong groepslessen, gecombineerd met een zestal fysiotherapeutische oefeningen. Tevens heeft elke deelnemer een map gekregen waarin een bewegings-dvd zit. Op deze dvd worden de oefeningen uitgelegd. Het is de bedoeling dat de deelnemers elke dag een aantal minuten de tijd nemen om deze oefeningen te doen.

Meditatie wordt gegeven aan de hand van de take10 meditatiemethode (Puddicombe, 2015). Deze methode is speciaal ontwikkeld voor de westerse mens en vraagt een dagelijkse investering van 10 minuten. De deelnemers aan het vitaliteitsprogramma krijgen hiervoor een cd. Meditatie vindt ook plaats in wekelijkse groepslessen.

De interventie voedingsadviezen bestaat uit een aantal coachingsgesprekken waarbij de deelnemer samen met een voedingsdeskundige kijkt naar het huidige voedingspatroon en hoe dit (met gebruik van de constitutietype indeling) gecomplementeerd kan worden om meer in balans te komen. In de persoonlijke map van de deelnemers zijn voedingskaarten toegevoegd om meer inzicht te geven in en informatie te bieden over een gebalanceerd dieet.

2.2.2 Attitude ten opzichte van de interventies

Een uitleg over de reden van het meten van het construct 'attitude ten opzichte van de interventies' is gegeven in paragraaf 1.1. Attitude is nog een erg breed construct. Dit is in eerste instantie goed, omdat hiermee de deelnemers de vrijheid hebben om hun beleving zelf te karakteriseren. Deze vrijheid zou beperkt zijn wanneer de onderzoeker de categorisering bepaalt. 'Attitude ten opzichte van de interventies' is echter moeilijk meetbaar en dient nog verder geoperationaliseerd te worden. Er is daarom gekozen voor het construct tevredenheid. Typerend voor het construct tevredenheid is dat deze een subjectieve kosten-en-baten afweging uitvraagt en daarmee een overkoepeling van algemeen welbevinden bevraagt (Craig, 1998). Dit staat de respondent toe om diens prioriteitenhiërarchie te gebruiken voor het aangeven van de persoonlijke attitude. Dit maakt tevredenheid zeer geschikt om een snelle indruk te krijgen van de attitude van de deelnemers. In paragraaf 3.2 zal dit begrip verder worden geoperationaliseerd.

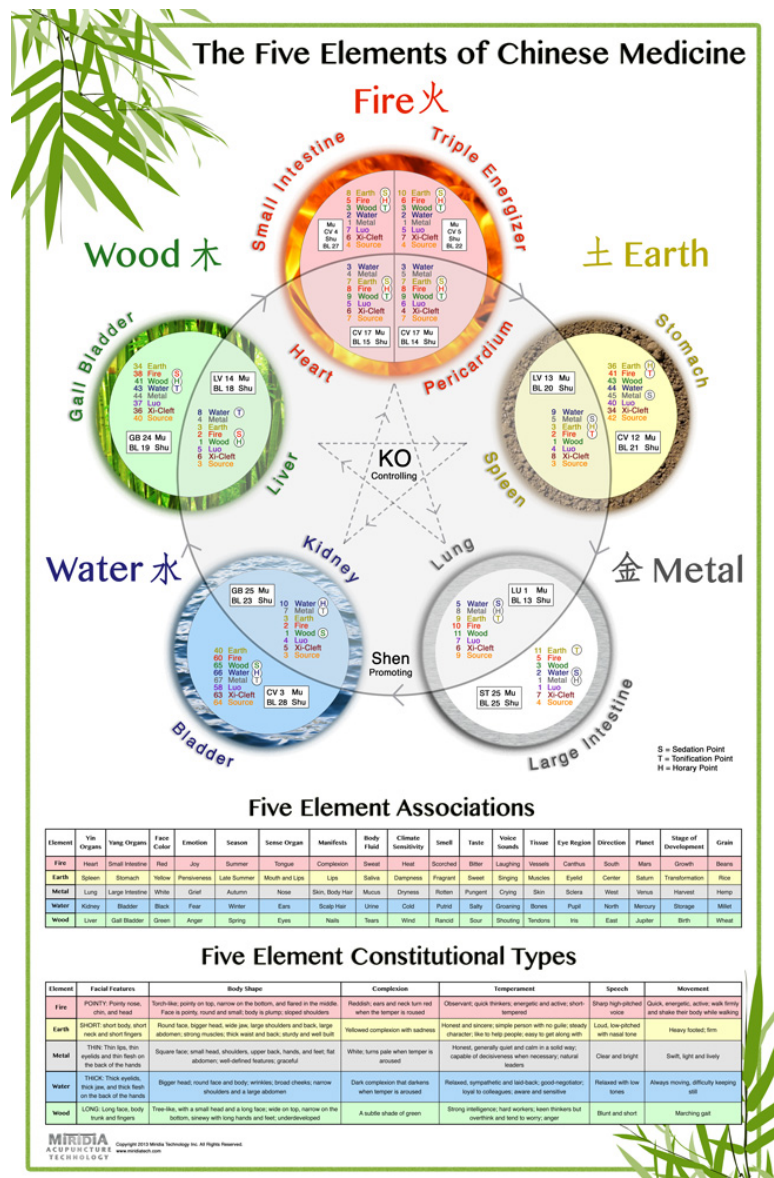
2.2.3 Constitutietypen

In paragraaf 1.1 is de reden voor de meting van de constitutietypen besproken. Om dit construct te begrijpen is er echter meer uitleg nodig. Dit vanwege de complexiteit ervan en de basis die het vormt voor de Chinese benadering van vele verschillende wetenschappen (zoals de geneeskunde, sterrenkunde en aardrijkskunde). Om een basis inzicht te verkrijgen in de constitutietypen zal er aan de hand van figuur 1 (zie volgende bladzijde) drie eigenschappen worden besproken. De eerste is de aanname dat vele systemen een cyclisch beloop hebben, met dezelfde vijf te onderscheiden fasen of elementen. Systemen van geheel verschillende wetenschappen zouden hierdoor gelijkende eigenschappen vertonen. Zodoende heeft elk systeem bijvoorbeeld een water fase en een aarde fase. Dit creëert overlap tussen de verschillende wetenschappen wat de kern vormt voor diens holistische aard. De tweede aanname is dat er een logisch transformatieproces is (in figuur 1 aangeduid met de Shen cirkel). Zoals de seizoenen, volgen ook de andere systemen vanuit deze benadering een voorspelbaar natuurlijk proces. Verstoring in het transformatieproces is de voornaamste reden voor onbalans in het systeem. De derde aanname is dat er naast het transformatie- er ook een

controleproces is (in figuur 1 aangeduid met de controle pentagram). Er wordt binnen de TCM begrepen dat dit invloedproces een herstellend effect heeft bij een disbalans. Dit proces wordt ook wel het grootmoeder-kleinkindproces genoemd. Een voorbeeld: Wanneer de grootmoeder (in deze uitleg het vuur element) uit balans is, zal deze via het transformatieproces ook de moeder (in deze uitleg het aarde element) uit balans brengen. Op haar beurt zal de moeder het kind (in deze uitleg het metaal element) uit balans brengen. Echter heeft de grootmoeder een controlerend effect op het kind via het controleproces (vuur heeft controle op metaal) waardoor het kind bescherming kent tegen de onrust van de moeder.

Figuur 1.

Constitutietypen poster van Miridia Acupuncture



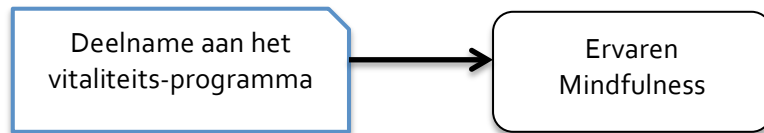
Ondanks de overvloed aan informatie die over de vijf-fasen-benadering te vinden is op internet, is het moeilijk om goede Engels- of Nederlandstalige literatuur te vinden die deze benadering onderbouwt met onderzoek. Dit geeft extra reden om meer inzicht te verkrijgen over de rol van dit construct binnen de pilotstudie.

2.3 Conceptuele modellen en hypothesen

Voor een vereenvoudigde grafische weergave van de verbanden die onderzocht zullen worden in dit onderzoek zijn de volgende conceptuele modellen opgesteld. Een dubbele pijl geeft een samenhang meting aan. Bij figuur 2 en 3 is te zien hoe de hoofdconstructen 'beoordeling van de interventies' en 'indeling in de constitutietypen' bestaan uit subgroepen. Per onderzoeksvraag wordt naast het conceptuele model, ook de nul- en alternatieve hypothese gegeven.

Onderzoeksvraag 1

Figuur 2.
Conceptueel model onderzoeksvraag 1

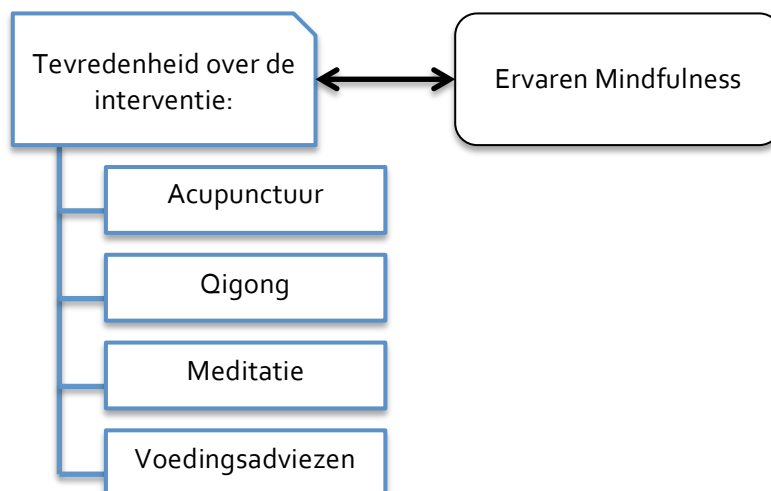


H_A (eenzijdig) = De groep respondenten die deelneemt aan het vitaliteitsprogramma heeft een hogere *ervaren mindfulness* dan de groep respondenten die niet deelneemt aan het vitaliteitsprogramma.

Vanuit aansluitende literatuur is onduidelijk of een vitaliteitsprogramma dat gebaseerd is op de TCM tot positieve resultaten leidt voor de *ervaren mindfulness* van de deelnemers (Strijk, Proper, Beek, van der & Mechelen, 2009). Aangezien hier sprake is van een pilotstudie en individuele interventies zoals meditatie in de literatuur wel de ervaren mindfulness blijken te verbeteren (Valentine & Sweet, 2007), wordt er verwacht dat deelname aan het vitaliteitsprogramma een positief effect heeft op de *ervaren mindfulness*.

Onderzoeksvraag 2

Figuur 3.
Conceptueel model onderzoeksvraag 2

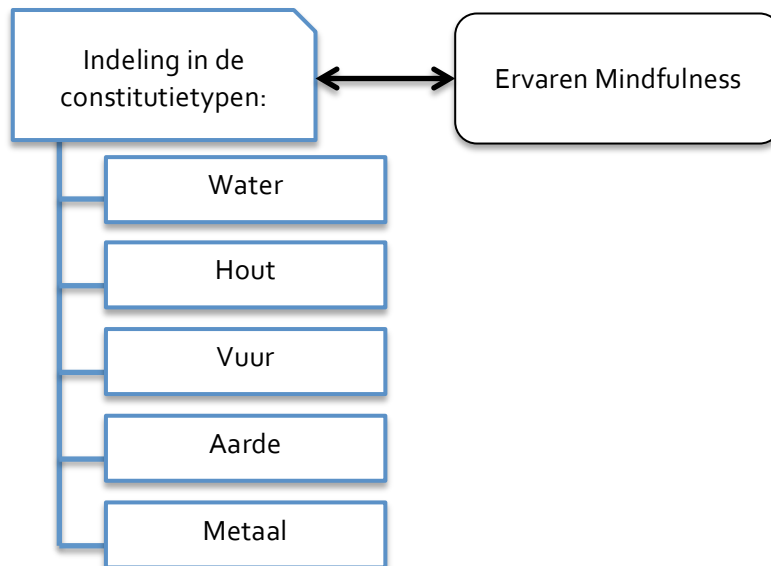


H_0 = Er is geen samenhang tussen de beoordeling die de respondenten hebben van de interventies en hun *ervaren mindfulness*.

Tot op heden zijn er nog geen onderzoeken gedaan naar de attitude ten opzichte van gelijken interventies in samenhang met *ervaren mindfulness*. Vanuit deze basis wordt de H_0 aangenomen vanwege een gebrek aan precedent.

Onderzoeksvraag 3

Figuur 4.
Conceptueel model onderzoeksvraag 3



H_0 = Er is geen samenhang tussen de indeling in de constitutietypen en de *ervaren mindfulness*.

Tot op heden zijn er nog geen onderzoeken gedaan naar een constitutietypen indeling in samenhang met *ervaren mindfulness*. Vanuit deze basis wordt de H_0 aangenomen vanwege een gebrek aan precedent.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk worden de praktische aspecten van het onderzoek besproken. In paragraaf 3.1 wordt de onderzoeksmethode verantwoord en onderbouwd. De respondenten van het onderzoek, de onderzoekseenheden, worden in paragraaf 3.2 besproken. In paragraaf 3.3 wordt het onderzoeksinstrument uitvoerig behandeld. Vervolgens wordt in paragraaf 3.4 de onderzoeksprocedure besproken om af te sluiten met paragraaf 3.5 betreffende de voorbereiding op hoofdstuk 4, de analyses.

3.1 Onderzoeksmethode

Voor het beantwoorden van de vragen wordt gekozen voor een groepsvergelijking als onderzoeksdesign. Hieronder wordt verstaan een onderzoek waarbij sprake is van twee specifieke groepen die door verschillende kenmerken interessant zijn om met elkaar te vergelijken (zie paragraaf 1.1). Dit design is anders dan een experiment waarbij er ook een meting vóór de manipulatie plaatsvindt. Dit was wenselijker geweest doordat er uitspraken gedaan konden worden over het effect in plaats van enkel indicaties. Aangezien het vitaliteitsprogramma voor het begin van het onderzoek al van start is gegaan, was dit echter niet mogelijk. Als gevolg zal er één enkel meetmoment zijn waarop de demografische gegevens, attitude ten opzichte van de interventies en de ervaren *mindfulness* schaal wordt afgenomen (zie H3 – planning).

Binnen dit onderzoek is er sprake van een kwantitatieve dataverzameling. Dit betekent dat de gegevens die worden verzameld een numerieke waarde krijgen toegekend om statistische analyses mogelijk te maken. Dit is binnen dit onderzoek wenselijk aangezien uitspraken die onderbouwd worden door statistische analyses een aantoonbare betrouwbaarheid hebben (Verhoeven, 2011). Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden wordt er gekozen voor een vragenlijst. Gezien er tussen de 100 en 200 personen benaderd zijn om in een korte periode informatie van te verzamelen, is het niet verstandig om interviews af te nemen. Dit is een grote tijdsinvestering. De mensen die benaderd zijn hebben sterk verschillende werktijden wat binnen de opzettijd van het onderzoek tot een zeer gecomprimeerd en intensieve tijdinvestering had geleid.

3.2 Onderzoekseenheden

Voor het bepalen van effecten die voortkomen uit deelname aan het vitaliteitsprogramma is er gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef. Bij deze vorm steekproef wordt de groep deelnemers geselecteerd op geschiktheid voor deelname (Saunders, Lewis & Thornhill, 2011). Er is bij dit onderzoek sprake van een dergelijke steekproef aangezien de experimentele groep is geselecteerd op vrijwillige

deelname vanuit een bestaande groep mensen (werknemers van ZGT Clean Care Almelo). De controle groep is vervolgens geselecteerd om zo gelijkend mogelijk te zijn aan de experimentele groep. Er is voor de controle groep gekozen voor werknemers van ZGT Clean Care Hengelo. De groepen verschillen naast de wel of niet deelname aan het vitaliteitsprogramma ook geografisch van elkaar vanwege het verschil in werklocatie. Er is echter sprake van de zelfde werkgever, Ziekenhuisgroep Twente, en de afstand van deur tot deur is met 15,1 kilometer onvoldoende om te kunnen spreken van een significant verschil. De respondenten van beide groepen zijn werkzaam binnen de schoonmaakdienst van de ziekenhuizen. In tabel 1 van hoofdstuk 4 is de respons weergegeven. Deze groepen aan onderzoekseenheden kan er geen generaliserende uitspraak worden gedaan over de Nederlandse beroepspopulatie.

3.3 Onderzoeksinstrument

3.3.1 De meting van ervaren mindfulness

Sinds de introductie van mindfulness in de wetenschappelijke praktijk, zijn er meerdere meetinstrumenten opgezet om dit begrip te kunnen meten. Om vanuit het begrip mindfulness over te stappen naar meetbare items, zal één van deze instrumenten gebruikt worden. Twee van deze instrumenten zijn geselecteerd als meest geschikt. Dit doordat deze vertaald zijn naar het Nederlands en dankzij validatieonderzoek geschikt zijn gevonden voor gebruik in de klinische praktijk en onder de algemene bevolking. Dit zijn de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) en de Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). Criteria waar naar wordt gekeken om een definitieve keuze te maken zijn: overeenstemming met de gebruikte definitie in dit onderzoek, methodologie van de onderzoeken en geschiktheid voor de doelgroep.

MAAS validatieonderzoek (Schroevens, Nyklicek & Topman, 2008)

Geoperationaliseerde definitie: Bewust aandacht geven aan de gewaarwording in het huidige moment, op een nieuwsgierige, niet-oordelende, accepterende manier. Deze definitie vertoont grote overeenkomst met de in dit onderzoek gekozen definitie.

Methodologie: De 15 items, verkregen van de Engelstalige versie van de MAAS, zijn middels de abba-methode/back-translation-methode vertaalt naar het Nederlands. Er zijn drie studies verricht om de vertaalde items te valideren. Hiervoor waren psychologie studenten (n=427), hoger opgeleiden (n=250) en een groep algemene populatie (n=202) de deelnemers. Bij al deze studies bleek er een goede Alpha te zijn gevonden (.81-.87) en wezen de scree plots van de factoranalyses op één factor. De metingen vertoonden een goede convergente validiteit met de Engelstalige versie. Ook de concurrent validiteit is gecontroleerd door de resultaten te vergelijken met door de

respondenten (studie 3: algemene bevolking) ingevulde vragenlijsten naar uit onderzoek aangewezen relevante maten. Dit zijn vragenlijsten naar kwaliteit van leven (WHOQOL-Bref: .26), affect (GMS: positief=.28, negatief=-.48) en ervaren stress (PSS: -.46). De antwoordmogelijkheden op de vragen van de MAAS gaan van 1 t/m 6. De gemiddelden die gevonden zijn in de eerste onderzoeken waren 4,45 , 3,85 en 3,97. Dit maakt de normgrafiek negatief scheef verdeeld.

Geschiktheid voor doelgroep: De items zijn in gemakkelijk Nederlands en de hoeveelheid is overzichtelijk. De antwoord mogelijkheden zijn eenvoudig, al is niet aangegeven binnen welke tijdsperiode de dagelijkse ervaringen beleefd dienen te zijn (mate waarin de volgende stellingen de afgelopen week/twee weken/maand/etc.). De stellingen zijn allen negatief correlerend aan mindfulness. Hiervoor is bewust gekozen, vanwege de overtuiging dat mensen eerder mindless dan mindful zijn en hierdoor deze ervaringen beter kunnen herkennen.

FMI-14 validatieonderzoek (Roon, 2013)

Geoperationaliseerde definitie: Een proces van zelf-reguleren van aandacht waar het behouden van aandacht, het veranderen van aandacht en het beperken van betekenisverlening (bijv. de waarom- vraag) centraal staan. Deze definitie is nog te abstract om gemakkelijke overeenkomstigheid met de in dit onderzoek gebruikte definitie te bepalen.

Methodologie: De 14 items, verkregen van de Duitstalige versie van de FMI, zijn door één persoon vertaald naar het Nederlands. Deze persoon spreekt vloeiend Nederlands en Duits. De oorspronkelijke reden voor het bedenken van de vragenlijst is om specifiek de acceptatie die typerend is voor mindfulness in kaart te kunnen brengen. Desalniettemin is deze vragenlijst ook buiten de klinische praktijk bruikbaar gebleken. Er zijn twee studies verricht om de vertaalde items te valideren. Hiervoor waren hartpatiënten (n=107) en kankerpatiënten (n=65) de deelnemers. Bij beide groepen was er een sterke meerderheid van de respondenten één geslacht (bij kankerpatiënten meer vrouwen en bij hartpatiënten meer mannen). Tevens is af te vragen of de groep kankerpatiënten geschikt is voor valideringsonderzoek aangezien deze deel hebben genomen aan een mindfulness programma. De metingen die zijn gedaan zijn eerder georiënteerd op het vaststellen van een effect van het programma, dan op de bruikbaarheid van het instrument zelf. Bij de studie onder de hartpatiënten is er een goede Alpha gebleken (.83), maar bevestigde de factoranalyse een tweedeling van het construct. Negen items behoren tot het begrip openheid en vijf items behoren tot het begrip niet-oordelen. Bij nadere beoordeling van de items is het erg lastig het onderscheid te vinden tussen deze subcategorieën. De formulering van de items blijkt

grote invloed te hebben, zonder dat de items dieperliggend een verschillend construct meten. De aanname om de categorieën zodoende te benamen is hierdoor lastig te begrijpen. Ook bij dit instrument zijn de gemiddelden hoog (32,80 – 39,74 op een maximum van 52) waardoor de normgrafiek negatief scheef verdeeld is.

Geschiktheid voor doelgroep: Twee items benoemen de ervaring van in het nu zijn. Deze omschrijving voor een mindfulness-ervaring is mogelijk lastig te begrijpen voor de controlegroep waarvan niet kan worden verwacht bekend te zijn met deze terminologie. De hoeveelheid is overzichtelijk en de antwoordmogelijkheden zijn goed verdeeld. Echter mist er de mogelijkheid om aan te geven dat een ervaring nooit voorkomt (i.p.v. zelden naar nooit/zelden).

Afweging en Keuze

De MAAS lijkt op de gekozen criteria het meest geschikte meetinstrument. De scheve verdeling door een hoog gemiddelde is niet doorslaggevend, aangezien hier ook sprake van is bij de FMI. De keuze om de stellingen mindless in plaats van mindful te maken is twijfelachtig, maar hiervoor is geen concreet bezwaar te maken aangezien het in ieder geval minder duidelijk maakt aan de deelnemers wat er concreet wordt gemeten. De tijdsperiode waarbinnen de respondenten dienen te bepalen of de stellingen bij hen aansluiten kan met goede verantwoording aan de uitleg worden toegevoegd. Welke tijdsperiode dit zal zijn wordt nader bepaald. Het validatieonderzoek van de FMI vertoonde voldoende aspecten die de validatie minder krachtig maakten. Ongelijke groepen en enkel respondenten met een ernstige aandoening zijn niet representatief genoeg voor de werknemers van ZGT Clean Care. De betrouwbaarheidsmetingen van de FMI bij de hartpatiënten is tevens uitgevoerd door een andere onderzoeker. Diens resultaten zijn niet gepubliceerd en daardoor is de studie onder de hartpatiënten die in het rapport van Roon (2013) staat beschreven niet een validatieonderzoek.

Op basis van de bovengenoemde criteria is er gekozen voor de MAAS vragenlijst om de *ervaren mindfulness* te meten voor dit onderzoek.

3.3.2 De meting van de attitude ten opzichte van de interventies

De attitude wordt binnen dit onderzoek geoperationaliseerd naar het construct tevredenheid. Voor elke interventie zal een vijf-punts Likertschaal worden opgesteld. Deze gaat van zeer tevreden, via neutraal, naar zeer ontevreden. Aansluitend op deze vragen is er een open vraag toegevoegd waar de respondent de mogelijkheid heeft om zijn of haar antwoord verder te verklaren.

3.3.3 De meting van de constitutietypen

De deelnemers zijn bekend met hun plaatsing in de constitutietypen. Hun plaatsing zal hierdoor middels één multiple-choice vraag gemeten worden, waarbij de deelnemers aan kunnen vinken bij welk type zij zijn ingedeeld. Deze item zal bij de overdracht naar het statistiekprogramma SPSS worden vertaald naar één dummy (wel of niet als antwoordmogelijkheid) per constitutietype. Hiervoor is gekozen aangezien een aantal mensen in meerdere constitutietypen zijn ingedeeld.

3.3.4 Demografische kenmerken

De lijst met demografische vragen is een samenstelling van vragen die wij van de opdrachtgever, dhr. Zandbergen, hebben gekregen en een aantal zelf bedachte vragen. Deze vragen dienen ter controle van de gelijkheid van de groepen en ter inventarisatie van de steekproef. De verdeling die ontstaat middels deze vragen geeft aan over welke groep mensen wij een indicerende uitspraken kunnen doen. De vragen betreffen de constructen:

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| - Functie op werk | - Chronische aandoeningen |
| - Leeftijd (in groepen) | - Opmaak van huishouden |
| - Geslacht | - Sportbeoefening in uren |
| - Burgerlijke staat | - Moeite met invullen |
| - Opleidingsniveau | - Ervaren gezondheid |
| - In Nederland geboren | - Verandering gezondheid |

3.3.5 Opzet van de vragenlijst

De vragenlijst bestond uit vijf onderdelen. Het eerste was een briefingtekst. Hierin werd uitleg gegeven over de opzet van de vragenlijst, hoe er antwoord kon worden gegeven of antwoorden gewijzigd konden worden en hoeveel tijd het invullen zou duren. Tevens werd er verteld dat de vragenlijsten anoniem zouden blijven. Het tweede onderdeel bestond uit de vragen naar de ervaren vitaliteit en de beleefde gezondheid. In dit onderzoek zijn er analyses uitgevoerd op de beleefde gezondheid. De ervaren vitaliteit is gemeten ten behoeve van een parallel onderzoek maar is niet geanalyseerd binnen dit onderzoek. Het derde deel bestond uit de vragen naar de *ervaren mindfulness*. De algemene vragen kwamen aan bod in het vierde deel. Het laatste deel bestond uit de vraag naar de constitutietype indeling van de deelnemers en de vragen naar de tevredenheid van de deelnemers over de interventies. De vragenlijst is in hard-copy vorm afgenomen doordat er twijfel was of alle respondenten deze online zouden kunnen invullen.

3.4 Onderzoekafname voorbereiding

Voorafgaand aan de afname van het onderzoek is er veel overleg geweest tussen de onderzoekers en IAS Vitaal. Specifiek met dhr. Zandbergen en mv. Niekus de praktijkmanager. De deelnemers aan het vitaliteitsprogramma zijn tijdens contacturen geïnformeerd door de interventieleiders over de afname van het onderzoek dat zou plaatsvinden. Dit informeren vond drie weken voor de afname plaats. Twee weken voor de afname is de controle groep door de leiding van ZGT CleanCare Hengelo geïnformeerd over het onderzoek.

De uitvoering van de afname staat beschreven in paragraaf 1 van hoofdstuk 4.

3.5 Uitgevoerde analyses

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de verkregen gegevens uit de vragenlijsten in het analyseprogramma SPSS gevoerd. De analyses die zijn uitgevoerd worden per onderzoeksvraag beschreven. Voorafgaand aan de onderzoeksvragen is er een Cronbach's Alpha berekend op het construct *ervaren mindfulness*.

1 Hoe verschillend zijn de werknemers van ZGT CleanCare Almelo, die deelnemen aan de pilotuitvoering van het IAS Vitaliteitsprogramma, in vergelijking met de werknemers van ZGT Hengelo, die niet deelnemen aan het vitaliteitsprogramma, wat betreft hun *ervaren mindfulness*?

De twee hoofdconstructen in deze vraag zijn de *ervaren mindfulness* (interval) en wel of niet deelname aan het vitaliteitsprogramma (nominaal). Doordat de vraag is of de splitsing in de experimentele en controle groep een verschil in *ervaren mindfulness* veroorzaakt zal er een onafhankelijke T-Toets gebruikt worden als analyse.

2 In hoeverre is er een samenhang tussen de mate waarin de deelnemers tevreden zijn over de interventies van het IAS Vitaliteitsprogramma en hun *ervaren mindfulness*?

Voor deze onderzoeksvraag worden er vijf analyses uitgevoerd. De samenhang tussen *ervaren mindfulness* (interval) en elke interventie beoordeling (interval) wordt gemeten. Naast deze vier analyses wordt er een samenhang gemeten tussen *ervaren mindfulness* en het gemiddelde van alle vier interventies (interval). Voor alle analyses wordt een Pearson correlatiecoëfficiënt gebruikt.

3 In hoeverre is er een samenhang tussen de plaatsing van de deelnemers in constitutietypen en hun *ervaren mindfulness*?

Voor deze onderzoeksvraag worden er vijf analyses uitgevoerd. De vijf constitutietypen hebben ieder hun eigen variabele gekregen (nominaal) en hiervan wordt de samenhang met ervaren mindfulness gemeten. Voor deze analyses wordt een Pearson correlatiecoëfficiënt gebruikt.

Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten

In dit onderzoek worden de resultaten van de analyses gepresenteerd. De eerste paragraaf behandelt de uitvoering van het onderzoek en de respons. De volgende drie paragrafen behandelen ieder een eigen onderzoeksvraag. De analyses van de demografische vragen zijn terug te vinden in paragraaf vier en bijlage 3.

4.1 Uitvoering van het onderzoek

Vanaf 30 april zijn de vragenlijsten uitgedeeld door de specifieke contactpersonen voor de respondentgroepen. De interventieleiders deelden de vragenlijsten uit aan de experimentele groep na de Qigong lessen. Bij de controle groep regelden de ZGT leidinggevendenden de verspreiding. Om de respons te vergroten is er besloten om aan de vragenlijst twee documenten toe te voegen. Het eerste document was een introductietekst waarin de onderzoekers werden voorgesteld en het doel van het onderzoek werd uitgelegd. Hierdoor werd het verzoek tot deelname minder onpersoonlijk. Het tweede document was een formulier waarop de respondenten hun naam en telefoonnummer konden zetten voor deelname aan een prijsverloting. Voor elke 30 respondenten zou er een prijs worden verdeeld. Hiermee werd er een incentive toegevoegd om deel te nemen.

Samen met de vragenlijst vormden de documenten pakketjes in enveloppen van IAS Vitaal. Op de enveloppen stond vermeld hoe de pakketten geretourneerd konden worden. Dit was voor de experimentele groep de brievenbus van IAS Vitaal in het ziekenhuis waar zij werkten. Voor de controle groep was dit een officiële IAS Vitaal doos die stond op het bureau van hun leidinggevendenden. Dankzij de mogelijkheid om het als geënveloppeerd pakket te kunnen retourneren kon de anonimiteit van de deelnemers gewaarborgd worden. De oorspronkelijke afnameperiode was twee weken waarna er een totaal van 15 vragenlijsten terug was gestuurd. Er is meerdere malen overleg geweest met dhr. Zandbergen en mv. Niekus over de mogelijkheden om de respons te verhogen. Er is besloten om de afnameperiode te verlengen met twee weken. Tevens hebben de respectievelijke contactpersonen hun respondentgroepen nogmaals aangedrongen om hun vragenlijsten in te vullen en te retourneren. Aan het einde van de afnameperiode zijn er een totaal van 70 vragenlijsten ontvangen en ter analyse ingevoerd in een SPSS databestand. De respons is te vinden in tabel 1.

Tabel 1.
Respons a.d.h.v. geslacht en leeftijd

	Groep deelnemers aan het programma	Groep die niet deelneemt aan het programma	Totaal
Totaal	34	36	70
Geslacht			
<i>Man</i>	2	6	8
<i>Vrouw</i>	13	28	41
<i>Missing</i>	4	1	5
Leeftijd*			
<i>1 t/m 30</i>	2	9	11
<i>31 – 40</i>	4	4	8
<i>41 – 50</i>	11	12	23
<i>51 t/m 99</i>	15	11	26
<i>Missing</i>	2	0	2

*Noot. Gemiddelde leeftijd totale groep = 44,22 ; Gemiddelde standaarddeviatie totale groep = 12,72

4.2 Onderzoeksvraag 1

De eerste onderzoeksvraag luidt:

Hoe verschillend zijn de werknemers van ZGT CleanCare Almelo, die deelnemen aan de pilotuitvoering van het IAS Vitaliteitsprogramma, in vergelijking met de werknemers van ZGT Hengelo, die niet deelnemen aan het vitaliteitsprogramma, wat betreft hun *ervaren mindfulness*?

Tabel 2.
Interne consistentie van ervaren mindfulness

	Chronbach's Alpha	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Respondenten			
Groep deelnemers aan het programma	0,91	4,19	0,93
Groep die niet deelneemt aan het programma	0,87	4,45	0,8
Totaal	0,89	4,33	0,87

Gemiddeld genomen hebben de respondenten van de experimentele groep (gemiddelde mindfulness=4,19, spreiding=0,93) een lagere ervaren mindfulness dan de controle groep (gemiddelde mindfulness=4,45, spreiding=0,8). Dit verschil is echter niet significant ($t=-1,25$; $df=63,53$; $p>0,05$).

4.3 Onderzoeksvraag 2

Onderzoeksvraag 2 luidt:

In hoeverre is er een samenhang tussen de mate waarin de deelnemers tevreden zijn over de interventies van het IAS Vitaliteitsprogramma en hun *ervaren mindfulness*?

Tabel 3.

Gemiddelden van beoordeling per interventie en van het programma in totaal

	Gemiddelde beoordeling	Standaarddeviatie
Interventie		
<i>Acupunctuur</i>	4,44	1,01
<i>Bewegingsapparatuur</i>	4,26	1,24
<i>Meditatie</i>	3,26	1,43
<i>Voedingsadviezen</i>	3,81	1,23
<i>Totaal</i>	3,98	0,92

Er blijkt geen significante samenhang ($r = -0,12$; $p > 0,05$; $n = 32$) te zijn tussen de *ervaren mindfulness* van de deelnemers aan het vitaliteitsprogramma en hun beoordeling van de interventie acupunctuur. Ook blijkt er geen samenhang ($r = 0,28$; $p > 0,05$; $n = 31$) te zijn tussen de *ervaren mindfulness* van de deelnemers aan het vitaliteitsprogramma en hun beoordeling van de interventie bewegingsapparatuur. Tussen de *ervaren mindfulness* van de deelnemers aan het vitaliteitsprogramma en hun beoordeling van de interventie meditatie is geen significante samenhang ($r = 0,04$; $p > 0,05$; $n = 27$) te zijn tussen. Het zelfde geldt voor de samenhang tussen de *ervaren mindfulness* van de deelnemers aan het vitaliteitsprogramma en hun beoordeling van de interventie voedingsadviezen. Hier blijkt geen significante samenhang ($r = 0,21$; $p > 0,05$; $n = 32$) te zijn tussen. Tenslotte blijkt er ook geen significante samenhang ($r = 0,13$; $p > 0,05$; $n = 32$) te zijn tussen de *ervaren mindfulness* van de deelnemers aan het vitaliteitsprogramma en hun beoordeling van de het programma in zijn geheel (interventies totaal).

4.4 Onderzoeksvraag 3

Onderzoeksvraag 3 luidt:

In hoeverre is er een samenhang tussen de beoordeling die de deelnemers hebben van de interventies van het IAS Vitaliteitsprogramma en hun *ervaren mindfulness*?

Tabel 4.
Frequenties van de constitutietypen indeling

	Aantal (%)
constitutietypen	
<i>Water</i>	3 (8,8%)
<i>Hout</i>	4 (11,8%)
<i>Vuur</i>	3 (8,8%)
<i>Aarde</i>	20 (58,8%)
<i>Metaal</i>	4 (11,8%)

Voor enkel het constitutietype metaal is er een significante samenhang gevonden:

Er blijkt geen significante samenhang ($r = 0,1$; $p > 0,05$; $n = 3$) te zijn tussen de *ervaren mindfulness* van de deelnemers aan het vitaliteitsprogramma en de indeling in het constitutietype *water*.

Ook blijkt er geen significante samenhang ($r = -0,18$; $p > 0,05$; $n = 4$) te zijn tussen de *ervaren mindfulness* van de deelnemers aan het vitaliteitsprogramma en de indeling in het constitutietype *hout*.

Tussen de *ervaren mindfulness* van de deelnemers aan het vitaliteitsprogramma en de indeling in het constitutietype *vuur* blijkt geen significante samenhang ($r = 0,18$; $p > 0,05$; $n = 3$) te zijn tussen.

Het zelfde geldt tussen de *ervaren mindfulness* van de deelnemers aan het vitaliteitsprogramma en de indeling in het constitutietype *aarde*. Er blijkt geen significante samenhang ($r = 0,29$; $p > 0,05$; $n = 20$) te zijn tussen.

Wel blijkt er een zwak positieve samenhang ($r = 0,4$; $0,05 > p > 0,01$; $n = 4$) te zijn tussen de *ervaren mindfulness* van de deelnemers aan het vitaliteitsprogramma en de indeling in het constitutietype *metaal*.

4.5 Demografische kenmerken

Ter controle is er gekeken of er significante verschillen zijn tussen de controle groep en de experimentele groep wat betreft de demografische kenmerken. Enkel op het kenmerk burgerlijke staat is er een verschil gevonden. In de experimentele groep zit significant meer gehuwden dan in de controle groep ($\chi^2 = 9,83$; $df = 4$, $0,01 < p < 0,05$). Zie tabel 4.2.

Er is aansluitend gecontroleerd of dit kenmerk samenhang vertoont met het construct *ervaren mindfulness*. Hier blijkt echter geen significante samenhang te bestaan ($r = 0,2$; $p > 0,05$; $n = 32$).

Tabel 5.
Frequenties van het demografische kenmerk burgerlijke staat

	Experimentele groep (N)	Controle groep (N)
<i>Gehuwd/geregistreerd</i>	21	13
<i>partnerschap</i>		
<i>Samenwonend</i>	5	12
<i>Ongehuwd/nooit gehuwd</i>	2	8
<i>geweest</i>		
<i>Gescheiden/gescheiden</i>	4	2
<i>levend</i>		
<i>Weduwe/Weduwnaar</i>	0	1
<i>Totaal</i>	32	36

De analyses voor de overige demografische kenmerken zijn toegevoegd als bijlage 3 aan dit verslag.

Hoofdstuk 5 Conclusie, Discussie en Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de uitspraken gedaan over de metingen die zijn gedaan en worden deze kritisch beoordeeld. In paragraaf 5.1 worden de onderzoeksvragen beantwoord en de bijbehorende hypothesen aangenomen/afgewezen. In paragraaf 5.2 wordt de betrouwbaarheid en validiteit van de uitspraken van 5.1 kritisch beoordeeld. Aansluitend hierop worden er aanbevelingen gedaan aan de opdrachtgever en vervolgonderzoekers in paragraaf 5.3.

5.1 Conclusies

5.1.1 Onderzoeksvraag 1

De eerste conclusie betreft de volgende onderzoeksvraag:

Hoe verschillend zijn de werknemers van ZGT CleanCare Almelo, die deelnemen aan de pilotuitvoering van het IAS Vitaliteitsprogramma, in vergelijking met de werknemers van ZGT Hengelo, die niet deelnemen aan het vitaliteitsprogramma, wat betreft hun *ervaren mindfulness*?

Uit de metingen voor deze onderzoeksvraag blijkt er geen statistisch verschil te bestaan tussen de werknemers van ZGT CleanCare Almelo die deelnemen aan de pilotuitvoering van het vitaliteitsprogramma en de werknemers van ZGT Hengelo die niet deelnemen aan het programma wat hun *ervaren mindfulness* betreft. De hypothese is hierbij verworpen. Deelname aan het programma blijkt uit dit onderzoek de *ervaren mindfulness* van haar deelnemers niet significant te beïnvloeden.

5.1.2 Onderzoeksvraag 2

De tweede conclusie betreft de volgende onderzoeksvraag:

In hoeverre is er een samenhang tussen de mate waarin de deelnemers tevreden zijn over de interventies van het IAS Vitaliteitsprogramma en hun *ervaren mindfulness*?

Uit de metingen blijkt er geen significante samenhang te zijn tussen de attitude van de deelnemers van het IAS Vitaliteitsprogramma en hun *ervaren mindfulness*. De H_0 wordt hierbij aangenomen en de alternatieve hypothese is hierbij verworpen. Een hogere beoordeling van de interventies (een positieve attitude naar de interventies) komt in dit onderzoek niet overeen met een hogere *ervaren mindfulness*. De deelnemers die een hogere *mindfulness* rapporteren, hebben geen positievere beoordeling van de interventies dan deelnemers die een lagere *ervaren mindfulness* rapporteren.

5.1.3 Onderzoeksvraag 3

De laatste conclusie betreft de volgende onderzoeksvraag:

In hoeverre is er een samenhang tussen de beoordeling die de deelnemers hebben van de interventies van het IAS Vitaliteitsprogramma en hun *ervaren mindfulness*?

Uit de metingen van dit onderzoek blijkt er enkel voor het constitutietype *metaal* een hogere *ervaren mindfulness* vast gesteld te zijn. De H_0 wordt aangenomen en de alternatieve hypothese is verworpen. De indeling in de constitutietypen blijkt uit dit onderzoek geen samenhang te vertonen met de *ervaren mindfulness* van de deelnemers. Enkel bij de vier deelnemers die zijn ingedeeld in het constitutietype metaal rapporteerden een hogere *ervaren mindfulness*.

5.2 Discussie

5.2.1 Koppeling van de conclusies aan relevante literatuur

Er zijn binnen dit onderzoek een viertal uitkomsten die opvallen.

Allereerst is de *ervaren mindfulness* van de respondenten niet te koppelen aan de grotere constructen (enkel het constitutietype *metaal*). Mindfulness meditatie kan helpen bij het veranderen van de gewoonten. Echter is voor zowel het gedrag en de gedachten een systematische implementatie van deze interventie in het dagelijks leven nodig voordat deze effect heeft op de *ervaren mindfulness* (Lea, Cadman & Philo, 2015). Zoals in hoofdstuk 1 is uitgelegd is het doel van de interventies dan ook om een levensstijlverandering te promoten bij de deelnemers. Een verhoging van de *ervaren mindfulness* zou hiervan een gevolg zijn. Er kan aan de hand van deze conclusies afgevraagd worden of de interventies een levensstijl verandering teweeg hebben gebracht. Drie van de vier interventies vroegen om een grotere zelfstandige investering van de deelnemer. De interventie bewegingsapparatuur vereiste een dagelijkse investering van 30-40 minuten per dag, meditatie een dagelijkse investering van 10 minuten en voor het beste effect dienden de voedingsadviezen ook dagelijks opgevolgd te worden.

Ten tweede blijkt uit de resultaten dat de interventie meditatie beduidend lager beoordeeld wordt door de deelnemers en de interventie acupunctuur beduidend hoger. Uit de literatuur kan geconcludeerd worden dat juist meditatie een verkozen methode is boven een methode zoals Qigong om te werken aan het welbevinden (Burke, 2012). Een mogelijke verklaring voor deze resultaten is dat de mate van zelfstandigheid die gevraagd wordt voor de uitvoer van de interventie de bepalende factor is geweest voor

diens beoordeling. Acupunctuur is een interventie die in volledige passiviteit wordt uitgevoerd, maar met name geen actieve bijdrage vereist. Ondanks dat meditatie ook een relatief passieve beoefening lijkt in fysieke vorm, is het correct aanleren hiervan geen eenvoudige opgave. De persoon heeft erg veel vrijheid om te werken waar deze zelf aan wil werken. Dit kan echter ingewikkeld zijn voor beginners, aangezien deze een hogere behoefte hebben aan feedback om te weten of zij een goede uitvoer hebben. Daarnaast is binnen Nederland al geaccepteerd dat beweging een positieve bijdrage levert aan het welbevinden en de gezondheid (denkt u maar aan de toevoeging van gymnastiek bij het onderwijs van kinderen en jongeren). Dit maakt een activiteit zoals Qigong mogelijk ook toegankelijker dan meditatie.

Een andere opvallende uitkomst is dat verreweg de meeste deelnemers (20 van de 34) aangaven ingedeeld te zijn in het constitutietype aarde. De overige types waren door de kleine hoeveelheid respondenten slecht vertegenwoordigd. In een gesprek met de opdrachtgever (dhr. Zandbergen) over het hoge aantal aarde types is naar voren gekomen dat hij zelf niet helemaal zeker was van de vragenlijst die hij heeft gebruikt om de indeling in de constitutietypen te bepalen. Vele malen hadden hij en een collega van hem bij het beoordelen van de uitkomsten van de constitutietypen vragenlijst het idee dat deze niet altijd de hele lading dekten van de symptomen en eigenschappen die zij aantroffen bij de deelnemers. Het resultaat is dat de deelnemers veel vaker zijn ingedeeld in het constitutietype aarde dan dhr. Zandbergen zelf zou hebben vastgesteld (zie tabel 4 in hoofdstuk 4). Ondanks deze dubio heeft dhr. Zandbergen nog een andere mogelijke reden genoemd. De constitutietypen zijn niet gelijk verdeeld over de geslachten. Vanwege de structuur van het cyclische constitutiesysteem en de verschillen in biologische en psychische normen tussen mannen en vrouwen kan worden verwacht dat mannen eerder een type hebben aan het begin van de cyclus (hout of vuur) en vrouwen eerder een type aan het einde van de cyclus (aarde, metaal of water). Het gevonden verband tussen de *ervaren mindfulness* en behoren tot het constitutietype metaal kan door de grote variatie van de groep (n=4) niet als betrouwbaar worden beschouwd voor uitsluitende uitspraken over de samenhang. Desondanks is aan te raden de methode voor het bepalen van de constitutietypen aan te passen.

Tenslotte is er een relatief lage opkomst in verhouding tot het aantal mensen dat is benaderd voor dit onderzoek. 70 respondenten op de 200 vragenlijsten die zijn afgegeven is een lage respons. In paragraaf 3.4 is besproken hoe deze procedure is verlopen. Het is duidelijk dat dit beter georganiseerd had kunnen worden door de

onderzoeker. Hierover meer bij de aanbevelingen. De respondentgroepen waren beiden $n > 30$. Dit betekent dat er voldoende onderzoekseenheden waren om de nodige analyses uit te voeren. Wel heeft dit bij verdere categorisering van de groepen, zoals de constitutietypen indeling, geleid tot beperkte representativiteit van de steekproef voor de gehele doelgroep populatie van het vitaliteitsprogramma. Dit is voor dit onderzoek niet noodzakelijk geweest vanwege het feit dat dit een pilotstudie betreft.

5.2.2 Validiteit en betrouwbaarheid

In deze sub-paragraaf zullen de volgende vormen van validiteit worden besproken en de betrouwbaarheid. De gegeven definities zijn ontleend uit het boek *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics?* van Andy Field (2013).

Criteriumvaliditeit = de mate waarin de meting overeenkomt met objectieve criteria: Het is lastig vast te stellen in welke mate de gekozen vragenlijst een concurrent validity heeft. Het gemiddelde van alle respondenten op de vragenlijst voor *ervaren mindfulness* is 4,33 op een schaal van 1 tot 6. Dit is onverwacht hoog, aangezien dit zou betekenen dat de deelnemers eerder mindful, dan niet mindful zijn (zie paragraaf 3.3.1). Wanneer ook de groep die geen deel heeft genomen aan het programma een hoge *ervaren mindfulness* rapporteert (4,45) zijn er drie aspecten van dit onderzoek die hiervoor een verklaring kunnen leveren. De eerste is dat de vragenlijst niet geschikt is gebleken voor het meten van *ervaren mindfulness*. Dit is echter, gezien de literatuur en de voorgaande onderzoeken met deze vragenlijst, onwaarschijnlijk. De tweede mogelijke reden is dat de vragenlijst onjuist is ingevuld. Dit kan komen doordat de respondenten de vragen verkeerd hebben geïnterpreteerd, of dat er sprake is van sociaal wenselijk antwoorden. Dit doet vermoeden dat een kwalitatieve dataverzameling (in combinatie met een kwantitatieve) zoals interviews de mogelijkheid zouden bieden om hier meer inzicht in te krijgen. De derde reden is dat de werknemers al een mindful leven leiden of denken te leiden. Door in een vervolgonderzoek duidelijk te krijgen wat de specifieke redenen zijn voor de deelnemers om te participeren aan het programma, kan er aangetoond worden of dezen een noodzaak ervaren hiervoor of dat dezen vanuit interesse in verdere zelfontplooiing zich hebben aangemeld. Een belangrijk kenmerk van een mindful persoon is namelijk de afwezigheid van het ervaren van noodzaak. Dit kan gekoppeld worden aan een controle item voor de mate waarin de deelnemer actief heeft deelgenomen en in welke mate deze consequent is geweest met het uitvoeren van de zelfstandige thuisopdrachten.

Inhoudsvaliditeit = de mate waarin de individuele items van een construct het gehele construct correct vertegenwoordigen:

De vragenlijst die gebruikt is heeft geen subconstructen. Het begrip *ervaren mindfulness* is niet onderverdeeld in kleinere begrippen die onafhankelijk gemeten zijn. Omdat ook de gevonden Cronbach's Alpha's hoog uitvallen (totaal=0,89) is het belangrijk te controleren of het gehele construct wel adequaat is vertegenwoordigd. Bij het inzien van de individueel ingevulde vragenlijsten is echter te zien dat de respondenten de items met voldoende diversiteit hebben ingevuld. Ook is te stellen dat mindfulness een eenduidige houding is ten opzichte van het leven, maar dat de gevolgen van deze houding zich breed kunnen vertakken. Dit is in deze vragenlijst terug te vinden, waardoor geconcludeerd kan worden dat het begrip goed vertegenwoordigd is.

Externe validiteit = de mate waarin geconstateerd wordt dat de gevonden resultaten generaliseerbaar zijn:

Door het gehele verslag is duidelijk gemaakt dat de analyses die zijn uitgevoerd enkel betrekking hebben op de steekproef en hierdoor de conclusies niet gegeneraliseerd kunnen worden naar de Nederlandse beroepspopulatie. Het doel van deze studie was dan ook om inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van het programma zelf (pilotstudie) dan om uitspraken te doen over de populatie. Tevens zijn de analyses voldoende geweest om uitspraken te doen over de samenhang van constructen, niet voor het bepalen van causaliteit.

Betrouwbaarheid = de mate waarin het onderzoek vrij is van toevallige fouten:

Er is bij het opstellen van de vragenlijst veel aandacht besteed aan deze zo duidelijk en eenvoudig mogelijk maken. De afname is geheel gestructureerd geweest (enquête) waardoor ook inconsequenties van een onderzoekafnemer zijn vermeden. Voor onduidelijkheden kon de onderzoeker benaderd worden en de gegevens zijn geheel vertrouwelijk en secuur verwerkt. De statistische analyses zijn uitgevoerd middels het computer programma SPSS om ook menselijke rekenfouten te voorkomen. Een aspect dat mogelijk invloed heeft gehad op de betrouwbaarheid is dat sommige respondenten de vragenlijst thuis hebben ingevuld, waar anderen hem op de locatie ZGT Hengelo of ZGT Almelo hebben ingevuld. Gezien de aard van de vragen dient dit echter niet tot significante verschillen te hebben geleid. Er kan worden verwacht dat er sterk gelijkende resultaten zullen zijn bij het repliceren van dit onderzoek, oftewel het onderzoek is betrouwbaar geweest.

5.3 Aanbevelingen

Er zijn, vanwege de onzekerheid over de validiteit, met name aanbevelingen voor vervolgonderzoeken.

5.3.1 Aanbevelingen voor de opdrachtgever

Gezien de resultaten van dit onderzoek is het belangrijk dat het vitaliteitsprogramma nogmaals goed wordt geëvalueerd. Zoals dhr. Zandbergen zelf al heeft geconcludeerd is een nieuwe methode nodig om de deelnemers in te delen in constitutietypen. Ook is het aan te bevelen om de deelnemers meer contacturen of groepsactiviteiten aan te bieden om de betrokkenheid te vergroten. Dit kan vooraf in de vorm van infoavonden of opendagen, maar ook gedurende het programma in de vorm van meer georganiseerde groepsactiviteiten waarbij de verwachtingen en attitudes actief gemanaged kunnen worden. Ook wordt er aanbevolen de hoeveelheid thuisopdrachten geleidelijk op te bouwen om de transitie naar een andere levensstijl voor de deelnemers te vergemakkelijken.

5.3.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoeken

Allereerst zal het belangrijk zijn om meer contactmomenten te hebben met de respondenten. Dit dient twee doelen. Het eerste doel is de mogelijkheid om de deelnemers een beter inzicht te bieden in *mindfulness*. Doordat dit construct een interne beleving is, kan het lastig zijn voor de deelnemers om adequaat te beoordelen of hiervan sprake is in hun dagelijks leven. Meer contact met de onderzoekers creëert de mogelijkheid voor hen om meer informatie te krijgen hierover en hun nodige vragen en ervaringen te delen. Het tweede doel is de mogelijkheid voor de onderzoeker om middels informeel contact de attitude van de deelnemers te peilen ten opzichte van de interventies, het construct *ervaren mindfulness*, maar ook ten opzichte van de onderzoekafname. In overleg met dhr. Zandbergen is bedacht om eenmalig of periodiek presentaties te geven met de mogelijkheid tot discussie en het delen van ervaringen. Hiermee kan uiteindelijk ook de betrokkenheid van de deelnemers vergroot worden waardoor sociaal wenselijk antwoorden beperkt kan worden en de respons wordt vergroot.

De tweede aanbeveling is om een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling te gebruiken. Doorvragen op sommige antwoorden kan veel noodzakelijke informatie bieden. Daarnaast kan het construct attitude verder uitgewerkt worden. Bijvoorbeeld vragen naar de mate waarin de deelnemer actief deelneemt aan het programma en hoe deze de thuisopdrachten uitvoert is belangrijk om te achterhalen en vormt een realistische maatstaf voor de attitude.

De derde aanbeveling is het uitvoeren van een onderzoek met experimentele groep en controle groep (zoals in dit onderzoek), maar tevens met voormeting van de *ervaren mindfulness* en attitude ten opzichte van de interventies. Het is de afhankelijke verschilmeting die het doorslaggevende inzicht kan bieden in de effecten die deelname aan het programma heeft op de *ervaren mindfulness*. Hiervoor is een voor- en nameting vereist.

Tenslotte wordt er aanbevolen om de afnameprocedure contingent te maken. Hiermee wordt bedoeld dat er binnen het oorspronkelijke plan mogelijkheden worden toegevoegd om tijdens de afname aanpassingen door te voeren. Dit is wenselijk in situaties waarbij het oorspronkelijke plan ontoereikend blijkt te zijn en aanpassingen het verloop en/of het verzamelen van de data kan bevorderen. Aanpassingen zijn gedurende de afname aangebracht om het gebrek aan respons op te vangen, maar deze zijn pas bedacht na het probleem zich voor deed. Wanneer mogelijke aanpassingen gedurende de voorbereiding zouden zijn bedacht, had dit waardevolle tijd en middelen kunnen besparen. Een positief bijeffect van een dergelijke voorbereiding is dat het makkelijker wordt om de verschillende verantwoordelijkheden die genomen dienen te worden te verdelen. In deze situatie was het mogelijk geweest voor de onderzoeker om meer verantwoordelijkheid te nemen in het verhogen van de respons, iets wat nu veelal door de leiding van IAS Vitaal en ZGT CleanCare is opgepakt.

5.4 Rol van de TP'er

Voor de verschillende aanbevelingen die gegeven zijn kan een toegepast psycholoog worden ingezet. De beperkte specialisatie en met juist een brede opleiding kan de toegepast psycholoog gemakkelijk verschillende mens en gedrag gerichte-taken uitvoeren. Door middel van coachgesprekken kan een TP'er de nodige kwalitatieve gegevens verzamelen die nodig zijn om te begrijpen hoe de gevonden resultaten in dit onderzoek tot stand zijn gekomen. Ook kan deze een plan bedenken en uitvoeren om de deelnemers aan het vitaliteitsprogramma gradueel te betrekken bij hun eigen levensstijlverandering. Tenslotte weet een TP'er ook hoe een effectstudie met voor- en nameting kan worden opgezet.

Literatuur

- Anderson, N.D., Abbey, S., Bishop, S. R., Carlson, L., Devins, G., ... Velting, D. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241. doi: 1093/clipsy/bph077
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10, 125-143. doi:10.1093/clipsy/bpg015
- Beauchemin, J., Hutchins, T.L., & Patterson, F. (2008). Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills and improve academic performance amongst older adolescents with learning difficulties. *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 13(1), 34-45.
- van der Beek, A. J., van Mechelen, W., Proper, K., & Strijk, J. (2013). *Ontwikkeling en evaluatie van een vitaliteitsprogramma voor oudere werknemers in de zorg: het Vital@work onderzoek* [Powerpoint Slides]. Verkregen van: http://www.bewegingswetenschappen.org/wpcontent/uploads/2012/02/IGArbeid_presentatie_2_Strijk.pdf
- Bennetts, G., (2007). Constitutional Five-Element Accupunture. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*, vol. 13, 3, 159-164.
- Bögels, S. M., van der Oord, S., & Peijnenburg, D. (2008). The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. *Journal of Child and Family*. Advance online publication. doi: 10.1007/s10826-011-9457-0
- Burke, A., (2012). Comparing individual preferences for four meditation techniques: Zen, Vipassana (Mindfulness), Qigong and Mantra. *Explore* (New York, N.Y.) 8(4), 237-242. doi: 10.1016/j.explore.2012.04.003
- Craig, E. (1998). *Routledge Encyclopedia of Philosophy: Index*. Abingdon, Engeland: Francis & Taylor.
- Field, A., (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. London, Engeland: Sage Publications.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York, NY: Delta.
- Lan, H. K., Rahmat, N., Subramanian, P., & Kar, P. C. (2014). The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol. 31, 3, 22-32.
- Lea, J., Cadman, L. & Philo, C., (2015). Changing the habits of a lifetime? Mindfulness meditation and habitual geographies. *Cultural Geographies*, 22(1), 49-65.
- Metz, S. M., Frank, J. L., Reibel, D., Cantrell, T., Sanders, R., & Broderick, P. (2013). The effectiveness of the Learning to BREATHE on Adolescent Emotion Regulation. *Research in Human Development*, Vol. 10, 3, 252-272. doi: 10.1080/15427609.2013.818488
- Murphy, M. J., Mermelstein, L. C., Edwards, K. M., & Gidycz, C. A. (2012). The benefits of Dispositional Mindfulness in Physical Health: A Longitudinal Study of Female College Students. *Journal of American College Health*. Vol. 60, 5, 341-348. doi: 10.1080/07448481.2011.629260
- Reb, J., Narayanam, J., & Chaturvedi, S. (2012) Leading Mindfully: Two Studies on the Influence

of Supervisor Trait Mindfulness on Employee Well-Being and Performance
Mindfulness. Vol. 5, 1, 36-45. doi: 10.1007/s12671-012-0144-z

- Richard, M., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2014). Mind of the meditator. *Scientific American*, 311(5), 38-45
- Roon, J. (2013). Mindfulness als Meetbaar construct: validatie van de Nederlandse verkorte Freiburg Mindfulness Inventory (Proefschrift). Retrieved from <http://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/293032/Masterthesis%20Jasper%20van%20Roon%20.pdf?sequence=2>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2011). *Methoden en Technieken van Onderzoek*. Amsterdam, Nederland: Pearson Education NL.
- Schroevers, M., Nyklicek, I., & Topman, R. (2008). Validatie van de Nederlandstalige versie van de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Gedragstherapie*, 41, 225-240
- Scott-Littleton, C. (2003). *Oosterse Wijsheid*. Amsterdam, Nederland: The House of Books.
- Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmermann, D., Haarig, F., ... Kunze, S. (2012). The Psychological Effects of Meditation: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, Vol. 138, 6, 1139-1171. doi: 10.1037/a0028168
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Sipe, W. B., & Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice. *Canadian Journal Of Psychiatry*. Vol. 57, 2, 63-69. Retrieved from EBSCO host Academic Search Primer.
- Strijk, J.E., Proper, K.I. Beek, A. J. van der & Mechelen, W. van, (2009). The Vital@Work Study. The systematic development of a lifestyle intervention to improve older workers' vitality and the design of a randomised controlled trial evaluating this intervention, *BMC Public Health* 9: pp. 40-8
- Sujato, B. (2012), *A history of Mindfulness: How insight worsted tranquility in the Satipatthāna Sutta*. Taiwan: Santipada.
- Tolle, E. (2001). *The Power of Now. A Guide to Spiritual Enlightenment*. London, Engeland: Hodder & Stoughton.
- Tsung-Jung, H., Christiani, D. C., Tso-Chiang, M., Tsong-Rong, J., Chih-Hui, L., Yi-Chun, Y., & ... Tzuo-Yun, L. (2011). Effect of Qigong on quality of life: a cross-sectional population-based comparison study in Taiwan. *BMC Public Health*, 11(1), 546-551. doi:10.1186/1471-2458-11-546
- Valentine, E. R. & Sweet, P. L. G., (2007). Meditation and Attention: A comparison of the effects of concentrative and mindfulness meditation on sustained attention. *Mental Health, Religion & Culture*, 2 (1), 59-70. doi: 10.1080/13674679908406332
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Amsterdam, Nederland: Boom Lemma.
- Vries, H. de, Dijkstra, M., Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health education research*. 3, nr.3, pp. 273-282.
- World health organization, (2000). *Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled*

Clinical Trials. Verkregen van: <https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjqyrmCvszJAhULc3IKHd2uB6AQFggvMAE&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fpublications%2F2002%2F9241545437.pdf&usg=AFQjCNG9ryTpXOgipGSrVVH15eePbK-SPw&bvm=bv.109332125,d.bGQ>

Afbeelding van voorblad verkregen via:

[http://www.meanderen.org/Mindfulness-Based_Stress_Reductie_\(MBSR\).html](http://www.meanderen.org/Mindfulness-Based_Stress_Reductie_(MBSR).html)

Bijlage 1: Eigenwerk verklaring

Ondergetekende: (Naam student)

David Rassers

verklaart ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en daarom geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander,
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding door middel van voetnoten,
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via SafeAssign (Blackboard).

Plaats: Deventer

Datum: 04-01-2016

Handtekeningen:

David Rassers

N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werkverklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19 OER.

Bijlage 2: Vragenlijst



Bijlage 2 vragenlijst.docx

Bijlage 3: Analyses van demografische kenmerken

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de experimentele groep is 47,22 jaar (SD: 10,16) en die van de controle groep is 43,53 jaar (SD: 13,66). Het verschil tussen dezen is niet significant ($t=-1,25$; $df=66$; $p>0,05$).

Geslacht

Er blijkt geen significant verschil te bestaan tussen het aantal mannen en vrouwen per respondentgroep. In iedere groep zit ongeveer evenveel mannen als vrouwen ($\chi^2=1,17$; $df=1$, $p>0,05$).

Burgerlijke staat

Er blijkt een verschil te bestaan in burgerlijke staat tussen de respondentgroepen op. In de experimentele groep zit significant meer gehuwden dan in de controle groep ($\chi^2=9,83$; $df=4$, $0,01<p<0,05$). Zie tabel 4.2.

Opleidingsniveau

In dit onderzoek blijkt de experimentele groep (gemiddelde rangordescor 35,37) gemiddeld een hoger opleidingsniveau te hebben dan de controle groep (gemiddelde rangordescor 32,82). Dit verschil is echter niet significant ($Z=-0,55$; $p>0,05$).

	Experimentele groep (N)	Controle groep (N)
<i>Gehuwd/geregistreerd partnerschap</i>	21	13
<i>Samenwonend</i>	5	12
<i>Ongehuwd/nooit gehuwd geweest</i>	2	8
<i>Gescheiden/gescheiden levend</i>	4	2
<i>Weduwe/Weduwnaar</i>	0	1
<i>Totaal</i>	32	36

In Nederland geboren

Het blijkt dat er geen significant verschil bestaat tussen de respondentgroepen wat betreft wel of niet geboren zijn in Nederland ($\chi^2=1,31$; $df=1$; $p>0,05$).

Chronische aandoeningen

Uit dit onderzoek blijkt er geen significant verschil te bestaan tussen de experimentele groep en de controle groep wat betreft het hebben van chronische aandoeningen ($\chi^2=13,24$; $df=7$; $p>0,05$).

Leefsituatie

Het blijkt dat er geen significant verschil bestaat tussen de respondentgroepen wat betreft leefsituatie ($\chi^2=2,64$; $df=5$; $p>0,05$).

Sportbeoefening

Gemiddeld genomen sporten de respondenten van de experimentele groep (gemiddeld sport per week 3,23 uren, spreiding 7,24) vaker dan de respondenten van de controlegroep (gemiddeld aantal per week 2,15 uren, spreiding 2,79). Dit verschil is echter niet significant; $t=0,77$; $df=38,22$; $p>0,05$ bij tweezijdige toetsing.

Moeite met invullen

In dit onderzoek blijkt er geen significant verschil te zijn tussen de experimentele groep (gemiddelde rangordescor = 33,83) en de controle groep (gemiddelde rangordescor = 35,1) wat betreft moeite met de vragenlijst ($Z=-0,3$; $p>0,05$).

Ervaren gezondheid

In dit onderzoek blijkt de experimentele groep (gemiddelde rangordescor 34,5) gemiddeld een betere gezondheid te ervaren dan de controle groep (gemiddelde rangordescor 28,86). Dit verschil is echter niet significant ($Z=-1,35$; $p>0,05$).

Verandering gezondheid

In dit onderzoek blijkt er geen significant verschil te zijn tussen de experimentele groep (gemiddelde rangordescor = 29,59) en de controle groep (gemiddelde rangordescor = 32,2) wat betreft verandering in gezondheid in de afgelopen zes maanden ($Z=-0,67$; $p>0,05$).

Bijlage 4: Interview met de opdrachtgever

Vragen aan de opdrachtgever (dhr. Zandbergen) ter verdieping van onderzoek

Naar aanleiding van ons onderzoek willen wij (Shanti Chitoe en David Rassers) een aantal vragen aan u stellen. Uw antwoorden kunnen ons helpen een beter begrip te krijgen van de context waarbinnen het programma is opgezet en waarbinnen het heeft plaats gevonden. Wanneer er in deze vragen het woord interventies wordt gebruikt, wordt er verwezen naar QiGong, Take10 Meditatie, voedingsadviezen, accupunctuur en FysioCompact.

De volgende vragen gaan over de opzet van het programma:

1. Op basis waarvan heeft u gekozen voor de interventies die het programma maken?

Het is ontstaan vanuit de behoefte van de overheid om Nederland te verschuiven van ZZ (zorg en ziekte) naar GG (gedrag en gezondheid). Vanwege zijn ervaringen met preventief werk (in de vorm van accupunctuur) bevond dhr. Zandbergen zich in de positie om een integratie te vinden van de reguliere zorg en complementaire geneeskunde. De interventies (en vorm waarin ze worden aangeboden) zijn tevens gebaseerd op de 4P's (preventie, participatie, gepersonaliseerd en predictief). De gekozen interventies vallen binnen deze richtlijnen. Er waren andere interventies waar aan gedacht is om als module toe te voegen aan het programma (zoals yoga). Aangezien er sprake was van een pilot-run was, leek het wenselijker om het niet te breed te maken. Yoga is bijvoorbeeld niet gekozen vanwege de verwachting dat de deelnemers aan het programma minder bekend zouden zijn met deze vormen van beweging dan fysio en QiGong. Wel is er het verlangen om bij het definitieve programma de mogelijkheid te bieden aan de deelnemers om de interventies verder te personaliseren, waardoor yoga mogelijk als module zal worden aangeboden voor hen die dit willen toevoegen.

2. Op basis waarvan heeft u de tijdsduur van het programma bepaald?

Verschillende publicaties hebben aangegeven dat systematische gedragsverandering gemiddeld 26 weken nodig heeft om tot stand te komen. Aangezien het doel van het programma een verandering van levensstijl is, komt dit overeen met de conclusies uit deze publicaties. Hierop is de duur van het programma gebaseerd.

3. Op basis waarvan heeft u de vorm (groep, individueel, thuis met cd) en frequentie (wekelijks, om de week) waarin de interventies worden aangeboden bepaald?

Het uitgangspunt was de 4P's die bij punt 1 zijn besproken. Alle interventies sluiten aan bij Preventie. Allen zijn ze gefocust op het voorkomen van ziek worden, dankzij het stimuleren van de lichamelijke en mentale weerstand. Participatie wordt bereikt door de deelnemers eigenverantwoordelijkheid te laten nemen voor hun gezondheid. Door de deelnemers te thuis de mogelijkheid te geven om middels een cd onder andere te mediteren, worden zij gestimuleerd om zelfstandig hier een prioriteit van te maken (dit te doen, in plaats van iets anders). Dit wordt bereikt door deze interventies in eerste instantie in groepsverband aan te bieden wat de betrokkenheid positief beïnvloed. Dit bleek echter bij de leidinggevenden averechts te werken. Het programma wordt toegespitst op de individuele behoeften van de deelnemers. Deze behoeften worden vastgesteld middels het diagnostische proces waarbij de constitutietypen worden bepaald. Doordat er nog sprake was van een pilotstudie hebben ze er voor gekozen om de frequentie van de interventies stabiel te houden. Dit zal in de toekomst dynamischer worden gemaakt (gepersonaliseerd). Predictie verwijst naar het vinden van biologische/fysiologische kenmerken die een voorspellende waarde hebben voor het vinden van kwetsbaarheden. Dit heeft gedeeltelijk plaats gevonden middels het diagnostische proces. Dit zal in de toekomst echter verder uitgebreid worden met onderzoek naar biomarkers die samenhangen met een organische homeostase.

4. Wat voor effecten kunnen deelnemers verwachten na toegewijde deelname aan de interventies na afronding van het programma?

Gewichtsbeheersing, Beter slapen/slaapritme, daling van de bloeddruk, verminderd ziekteverzuim, verminderd medicijnbehoefte, een algeheel vitaal gevoel en een mentaal-emotionele rust.

5. Wat voor effecten kunnen deelnemers verwachten na toegewijde deelname aan de interventies na drie maanden (het meetmoment)?

Gewichtsbeheersing, Beter slapen/slaapritme, daling van de bloeddruk, verminderd ziekteverzuimen een verminderde medicijnbehoefte.

De volgende vragen gaan over de uitvoer en het resultaat van het programma:

Wij karakteriseren het programma als (onder andere) een stimulering van levensstijl verandering. Volgens het model van DiClemente en Prochaska (2002) zijn meerdere fases te onderscheiden om tot een structurele verandering te komen. – **Zie figuur 1**

6. Waar in het gedragsverandering model (afgebeeld in figuur 1) bevonden/bevinden de meeste deelnemers zich? Waar merkt u dat aan?

Veel van de deelnemers waren bij aanvang van het

programma in fase 1 (nog niet bewust van de mogelijkheden om te werken aan hun vitaliteit en mindfulness). Dankzij een goede voorlichting die is gegeven aan 150 werknemers, hebben 100 hiervan zich aangemeld voor het programma. Dit laat zien dat zijn in fase 3 zaten (ze waren zich bewust geworden van de mogelijkheden en waren bereid om tot actie over te gaan, maar deden dit nog niet). Op het moment van afname vertoont nog niet iedereen een echte toewijding en bevindt het merendeel van de groep zich tussen fase 3 en 4.

7. Op een schaal van 1 t/m 10 (waarbij 1 volledig niet is en 10 volledig wel), in welke mate vond u dat de deelnemers betrokkenheid en motivatie toonden voor de interventies? - Wat maakt dat u dit cijfer geeft?

Aangezien 75 van de 100 deelnemers nog actief deelnemen aan het programma wordt er een 7,5 gegeven voor de motivatie van de deelnemers.

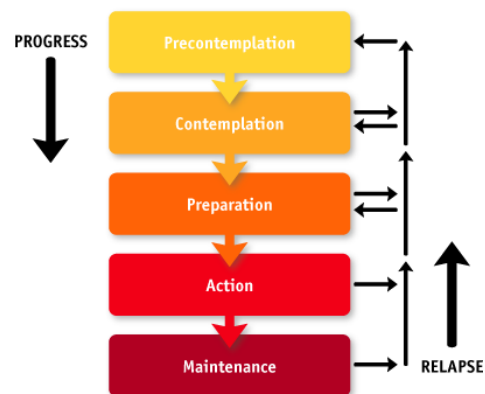
8. Wat is volgens u de voornaamste reden voor de hoeveelheid respons voor dit onderzoek?

Allereerst was het onhandig om de afname van de vragenlijst gedurende een vakantieperiode te laten gebeuren. Het resultaat was dat veel deelnemers niet aanwezig waren. Tevens is er oorspronkelijk besloten de projectleiders (leidinggevend van de respondenten) de vragenlijsten uit te laten delen. Er wordt vermoed dat dit weinig stimulerend is geweest voor de respondenten om de vragenlijsten in te vullen en te retourneren. Tenslotte heeft IAS Vitaal ervoor gekozen om de vragenlijsten zelf uit te delen. Wat oorspronkelijk een slechte respons was, is hierdoor gestegen tot een matige/voldoende respons. Een oplossing die wordt genoemd is dat de onderzoekers (Shanti en David) zelf een voorlichting hadden moeten geven waardoor de groep beter begreep wat het belang was van de deelname en het zien van de onderzoekers zou tevens de betrokkenheid hebben vergroot.

9. Hoe beoordeelt u zelf het verloop van het programma in het algemeen?

Positief. De groep deelnemers komt sterk intrinsiek gemotiveerd over. Wel was een tussentijdse voorlichting nog beter geweest om de motivatie te behouden.

Figuur 1
Gedragsverandering



10. Zijn er elementen die u zult veranderen voor volgende programma uitvoeringen? Zo ja:
Welke en hoe?

Allereerst een meer gepersonaliseerde interventies. De ene deelnemer loopt voor op de andere op sommige onderdelen. Om de motivatie te behouden kan een pakket op maat de deelnemers nog meer stimuleren. Aansluitend zullen er veranderingen worden doorgevoerd op het diagnostische proces (constitutietypen) en zal er een telefoonapplicatie worden ontwikkeld om de toegankelijkheid te vergroten.

Bijlage 5: gesimplificeerde uitleg van mindfulness

Ervaren mindfulness – gesimplificeerde uitleg

Mindfulness is een Engelse term die verwijst naar een mentale staat van acceptatie en een verhoogde, bewuste beleving van aanwezige prikkels (Anderson et al., 2004). Dit is een redelijk abstracte definitie. Ter verduidelijking zal het begrip in drie categorieën worden gesplitst. Deze categorieën zijn: de *focus*, de *beleving* en de *behouder*. De focus van een mindful persoon ligt op prikkels die enkel in de huidige situatie worden geboden. Voorbeeld: Een mindful persoon die door een bos loopt, en in de situatie ervoor te horen heeft gekregen dat mensen teleurgesteld zijn in hem, zal op dat moment niet nadenken of de anderen wel of niet gelijk hadden of wat deze persoon kan doen om het goed te maken. De focus van een mindful persoon zal liggen bij wat deze in het bos ziet, ruikt en met andere zintuigen beleeft. De nieuwsgierigheid naar de prikkels die op dat moment worden aangeboden is hierin bepalend. Het resultaat van deze focus is een specifieke beleving. Deze wordt binnen de oorspronkelijke, boeddhistische cultuur ook 'in het nu leven' genoemd. De beleving wordt gekenmerkt door een afwezigheid van zorgen en een hogere/verscherpte aandacht. Het is deze beleving die als genezend/harmoniserend wordt beschouwd (Tolle, 2001). Mindfulness is niet enkel een tijdelijke methode om met stress om te gaan. Het is na training een houding ten opzichte van het leven die kan worden behouden. Hier wordt in de onderzoeksliteratuur naar verwezen als *dispositional mindfulness* (Shorey, Gawrysiak, Anderson & Stuart, 2014). Hiermee wordt bedoeld dat de houding dermate wordt geïntegreerd dat deze als onderdeel van de persoonlijkheid wordt beschouwd. Om te kunnen spreken van *dispositional mindfulness* dient de persoon zijn eigen ervaringen objectief te kunnen observeren. Een beoordeling van de ervaring zal namelijk leiden tot een cognitieve zoektocht die de persoon tot hypothetische gedachteprocessen brengt. Voorbeeld: De persoon die door het bos loopt en zich bewust is van alle prikkels die op hem afkomen kan 'in het nu' komen. Wanneer deze persoon de ervaringen echter gaat beoordelen (bijvoorbeeld als nutteloos) dan raakt deze in een gedachtencyclus die zoekt naar nut. Aangezien er beoordeeld is dat nut niet in de huidige situatie te vinden is, zal deze persoon de behoefte ervaren om deze elders te vinden. Dit zet de persoon aan om mogelijke toekomstige situaties af te gaan, een andere huidige situatie te wensen of een voorgaande situatie te herbeleven. Al deze opties zijn ervaringen die beleefd worden in de fantasie en die hiermee de persoon uit de huidige situatie halen. Wanneer de persoon echter diens huidige situatie accepteert, ervaart deze geen noodzaak om de fantasie te betreden (Reb, Narayanam & Chaturvedi, 2012).

Bijlage 6: Stellingen eindgesprek

Stelling 1: Mindfulness is een construct dat niet correct te meten is met een zelfbeoordelingsvragenlijst.

Stelling 2: Een zelfbeoordelingsvragenlijst is niet geschikt om het constitutietype (van de traditionele Chinese geneeskunde) van een persoon vast te stellen.

Stelling 3: Een vitaliteitsprogramma gericht op werkenden is pas een succes wanneer de deelnemers zelfstandig de activiteiten/interventies uitvoeren.

Stelling 4: Een groepsvergelijking, in de vorm van een onafhankelijke verschilanalyse, is onvoldoende basis voor de evaluatie van een pilotstudie van een vitaliteitsprogramma.

Stelling 5: Een vitaliteitsprogramma kan beter niet focussen op het verbeteren van de ervaren mindfulness.