

Het effect van mindsettraining op de mate van sociale inclusie.

Een kwantitatief onderzoek naar het effect van de Reset Yourself mindsettraining op de mate van sociale inclusie van bijstandsgerechtigden, hun levenskwaliteit en de verschillende dimensies van persoonlijke groei.



Auteur:	Eva Céline de Borst
Studentnummer:	510673
Begeleider:	Menno Fenger
Tweede lezer:	Agnieszka Kanas
Aantal woorden:	Excl. : 16.811
	Incl. : 19.923
Datum:	07 - 08 - 2022

Inhoudsopgave

Abstract	2
Hoofdstuk 1 Introductie	3
1.1 Probleemstelling	4
1.2 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie	5
1.3 Leeswijzer	6
Hoofdstuk 2 Theoretisch Kader	7
2.1 Bijstandsgerechtigden	7
2.2 Sociale inclusie	8
2.3 Re-integratietrajecten en hun effecten	10
2.4 Verschillende dimensies van persoonlijke groei en hun effect op sociale inclusie	12
2.5 Modererende factoren	13
2.6 Het conceptueel model	14
Hoofdstuk 3 Methodologie	16
3.1 Ontwerp van het onderzoek	16
3.2 Dataverzameling en populatie	17
3.3 Operationalisatie	18
3.3.1 Sociaal kapitaal	18
3.3.2 Coping-mechanismen	18
3.3.3 Gevoel van eigenwaarde	19
3.3.4 Gezondheid	19
3.3.5 Levenskwaliteit	20
3.3.6 Sociale inclusie	20
3.3.7 Modererende factoren	21
3.4 Betrouwbaarheid en validiteit	21
3.5 Ethiek en privacy	22
Hoofdstuk 4 Resultaten	23
4.1 Beschrijvende statistiek	23
4.2 Correlatieanalyse	26
4.2.1 Multicollineariteit	27
4.3 Regressieanalyse	31
4.3.1 Mediatie	34
Hoofdstuk 5 Conclusie en Discussie	38
5.1 Beantwoording onderzoeksvragen	38
5.2 Discussie	41
5.3 Aanbevelingen	43
Referentielijst	45
Appendix	49
Vragenlijst	49
Regressievoorwaarden	53

Abstract

423.000 Nederlanders leven in de bijstand. De gemeente Rotterdam keert maandelijks de meeste uitkeringen uit. Door middel van re-integratietrajecten probeert de gemeente bijstandsgerechtigden te laten terugkeren op de arbeidsmarkt. Er wordt hierbij focus gelegd op 'work-first' en 'skill-first' re-integratietrajecten, waarbij een zo snel mogelijke terugkeer op de arbeidsmarkt centraal staat. Echter, bestaan er ook 'life-first' re-integratietrajecten. Mindsettrainingen behoren tot deze trajectgroep. Hierbij wordt er gewerkt aan de complexe problemen van een persoon, voordat de stap naar een toekomstige baan wordt gemaakt. Ook wordt er inspanning geleverd om de mate van sociale inclusie te verhogen. Bijstandsgerechtigden kunnen ervaring hebben met een daling in sociale inclusie en voelen zich vaker afgesloten van de samenleving. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen over het effect van de mindsettraining op de mate van sociale inclusie van bijstandsgerechtigden. Er is daarbij gebruik gemaakt van een vragenlijst die is afgenomen bij oud deelnemers van de 'Reset Yourself' mindsettraining.

Uit de analyses (N=105) is gebleken dat mindsettraining een positief effect heeft op de sociale inclusie van haar deelnemers. Verder geven de oud deelnemers aan positieve veranderingen te hebben doorgemaakt na de deelname aan de mindsettraining, zoals persoonlijke groei en verbetering in levenskwaliteit. Bovendien blijken de variabelen ook elkaar positief te beïnvloeden, echter is dit positieve effect minimaal.

Hoofdstuk 1 Introductie

Nederland telt ruim 480.000 mensen die leven van een bijstandsuitkering (CBS, 2022). Hiervan hebben 423.000 nog niet hun AOW-leeftijd bereikt. Bijna 10% van de bijstandsgerechtigden woont in de gemeente Rotterdam (De Koning, 2021). Binnen de gemeente Rotterdam was er in 2019 een daling vastgesteld in het aantal bijstandsgerechtigden, echter heeft de pandemie ervoor gezorgd dat de daling tot stilstand is gekomen en er nu weer een lichte stijging in het aantal uitkeringen te zien is. Deze stijging staat het doel van het Rotterdamse college in de weg. Het college van 2018 tot 2022 heeft in de begroting vastgesteld om het aantal uitkeringen te doen laten dalen onder de 30.000 aan het eind van de collegeperiode (gemeente Rotterdam, 2020). Dit doel blijkt moeilijk te behalen. Naast de stijging in uitkeringen die de pandemie heeft veroorzaakt, blijkt ook dat veel mensen die in de bijstand terechtkomen vaak voor langere tijd in deze positie vastzitten. Uit cijfers van het CBS (2018) blijkt dat gemiddeld 24% van de bijstandsgerechtigden drie jaar of langer in de bijstand zit. Deze langdurige situatie kan door verschillende factoren worden veroorzaakt, zoals gezondheidsproblemen of de ongunstige dynamiek van de arbeidsmarkt (Cörvers & van Landeghem, 2016). Echter blijken een verlaagd zelfbeeld en onzekerheid ook factoren te zijn waardoor mensen in de bijstand blijven zitten (Edzes, Rijnks, Kloosterman, & Venhorst, 2020). Daarnaast stellen De Swart, Braun en Schell-Kiehl (2017) en Hammel (2013) dat de invoering van de Participatiewet in 2015 heeft geresulteerd in een verlaging van motivatie van bijstandsgerechtigden om uit de bijstand te komen. Volgens hen wordt dit mede veroorzaakt doordat de Participatiewet meer focus legt op controle, regels en sancties. Volgens Kampen, Sebrechts en Knijn (2020) kan deze verlaging in motivatie worden verklaard door de onzekerheid en onrechtvaardigheid die de Participatiewet heeft veroorzaakt. De ‘tegenprestatie’ die in de Participatiewet centraal staat, kan door elke sociale dienst anders worden geconceptualiseerd. Bijstandsgerechtigden hebben daardoor weinig houvast en weten niet wat er van hen wordt verwacht. Deze onzekerheid in combinatie met de verschillende sancties binnen de Participatiewet heeft geleid tot meer armoede of gedwongen acceptatie van werk. Er wordt aangegeven dat het beleid niet is afgestemd op het individu en verschillende persoonlijke levenssituaties (Hammel, 2013). Er is meer verlangen naar het op maat maken van beleid om aan de behoeften van individuen te kunnen voldoen en hen uit de bijstand te kunnen krijgen en houden (Kampen, et al., 2020).

Hoewel het wettelijke kader op nationaal niveau wordt bepaald, zijn gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van het systeem (Edzes et al., 2020). Dat wil zeggen dat zij bepalen hoe zij bijstandsgerechtigden willen ondersteunen bij de re-integratie op de arbeidsmarkt of de sociale participatie van bijstandsgerechtigden willen bevorderen. Zo heeft de gemeente Rotterdam verschillende re-integratietrajecten waarvoor een bijstandsontvanger zich kan aanmelden (gemeente Rotterdam, 2022). Hierbij krijgen mensen advies over de arbeidsmarkt en solliciteren en worden zij ondersteund in de ontwikkeling van nieuwe competenties door middel van opleidingen. Deze trajecten zijn gebaseerd op de ‘work-first’ en ‘skills-first’ perspectieven, waarbij de snelle terugkeer op de

arbeidsmarkt centraal staat (De Koning, De Hek, De Vleeschouwer, Fenger & Van der Torre, 2017). Deze trajecten zijn niet voor iedereen even succesvol, voor sommigen zitten problemen dieper geworteld (Edzes et al., 2020). Voor deze mensen zijn er trajecten beschikbaar waarin zij anders leren kijken naar hun situatie en naar zichzelf. Deze trajecten zijn gebaseerd op het ‘life-first’ perspectief (De Koning, et al., 2017). Tijdens deze trajecten wordt er gewerkt aan de verbetering van de persoonlijke levenssituatie van de bijstandsgerechtigden. Binnen deze trajecten vallen ook mindsettrainingen, waarin er specifiek wordt gewerkt aan de complexe problemen van een persoon zoals een slecht zelfbeeld of weinig vertrouwen hebben in zichzelf en zijn of haar omgeving.

Volgens Van der Velde (2007) speelt sociale inclusie een belangrijke rol in het leven van een mens en kan, wanneer dit niet aanwezig is, een negatief effect hebben op hun doen en laten. Uit het onderzoek van Dierckx, Coene en Raeymaeckers (2015) blijkt de mate van sociale inclusie laag te zijn bij mensen in de bijstand en een steeds vaker voorkomend probleem. Door het ontbreken van een vaste baan is er de mogelijkheid dat mensen in de bijstand regelmaat missen in hun leven (Edzes et al., 2020). Het missen van een vaste baan en routine kan het idee wekken dat men geen deel uitmaakt van de samenleving. Sociale uitsluiting kan een negatieve impact op bijstandsgerechtigden hebben, met als gevolg een verlaagd zelfbeeld en zelfvertrouwen. Deze negatieve mindset kan ervoor zorgen dat zij steeds verder van hun doelen komen te staan en dieper in sociaal isolement geraken. De vraag is of mindsettrainingen het gevoel van sociale inclusie bij deze mensen kan bewerkstelligen. In dit onderzoek wordt er bekeken wat de effecten van mindsettrainingen zijn en op welke dimensies deze invloed hebben.

1.1 Probleemstelling

De gemeente Rotterdam biedt verschillende re-integratietrajecten aan om bijstandsgerechtigden weer deel uit te laten maken van de maatschappij. Een mogelijk traject bestaat uit mindsettrainingen. Een mindsettraining die door de gemeente Rotterdam wordt aangeboden is de training van Reset Yourself. Tijdens dit traject krijgen bijstandsgerechtigden inzicht in hun bewuste en onbewuste patronen (Reset Yourself, z.d.). Ze krijgen training in het begrijpen van hun eigen gedrag en de achterliggende redenen van dat gedrag. Tijdens dit traject staat de persoonlijke ontwikkeling centraal. Reset Yourself is in 2012 begonnen met het geven van mindsettrainingen aan mensen met een uitkering, maar er is nog weinig zekerheid over het effect van de mindsettrainingen op haar cursisten.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen over het effect van de mindsettraining op de mate van sociale inclusie van bijstandsgerechtigden binnen de gemeente Rotterdam. Daarbij wordt gekeken welke dimensies van persoonlijke groei door de mindsettraining worden geraakt en invloed hebben op de sociale inclusie. Op basis van theorie wordt er een vragenlijst opgesteld om dit te kunnen toetsen. De vragenlijst zal worden afgenomen bij oud deelnemers van de mindsettrainingen van het ‘Reset Yourself’.

De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt als volgt: *In hoeverre heeft de mindsettraining van Reset Yourself effect op de mate van sociale inclusie van bijstandsgerechtigden?*

Om antwoord te kunnen krijgen op de hoofdvraag van dit onderzoek zijn er deelvragen opgesteld. Deze luiden als volgt: *Wat houdt de mindsettraining van Reset Yourself in?* Door deze vraag te beantwoorden wordt er meer duidelijkheid geschept in hoe de training in haar werk gaat en welke dimensies tijdens de training worden besproken. *Wat is sociale inclusie?* Met deze vraag kan de afhankelijke variabele van dit onderzoek geconceptualiseerd worden. *Hoe beïnvloedt de mindsettraining van Reset Yourself de mate van sociale inclusie van haar deelnemers?* Met het antwoord op deze vraag kan worden vastgesteld of de dimensies binnen de mindsettraining invloed uitoefenen op de deelnemers en of bepaalde dimensies een sterkere invloed uitoefenen. Ten slotte, *zijn er factoren die invloed hebben op het effect van de mindsettraining?* Hiermee kan worden geconcludeerd in hoeverre het effect wordt beïnvloed door andere factoren die meespelen binnen het onderzoek.

1.2 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

In de huidige wetenschappelijke literatuur blijkt er veel onderzoek te zijn gedaan naar de kwetsbare personen binnen onze samenleving (De Greef, Segers & Verté, 2010). De literatuur beschrijft de situatie van deze mensen en welke factoren hebben geleid tot hun positie binnen de maatschappij. Ook beschrijft de literatuur welke trajecten al bestaan om hun situatie te verbeteren en welke trajecten nog kunnen worden ingezet. Echter, er is een schaarste aan literatuur die uitwijst in welke mate de verschillende trajecten effectief zijn en welk effect zij hebben op de mate van sociale inclusie. Dit is voornamelijk het geval als het gaat om het effect van re-integratietrajecten op mensen in de bijstand (Blommesteijn, Kruis, & van Geuns, 2012). De literatuur wijst uit dat een aantal trajecten al zijn getest op effectiviteit, bijvoorbeeld het verplicht stellen van vrijwilligerswerk (Dierckx, Coene en Raeymaeckers, 2015). Daarentegen, blijkt het overgrote deel van de trajecten niet te zijn onderzocht op effectiviteit. Het volgen van een mindsettraining blijkt een traject te zijn die steeds vaker wordt ingezet door de overheid, maar waar weinig wetenschappelijke informatie over het effect en de mate van hun sociale inclusie beschikbaar is (Dean & Platt, 2016). Onderzoek naar de effectiviteit van de verschillende trajecten van de overheid, geeft de mogelijkheid om te inventariseren welke trajecten het meeste opleveren en welke weinig tot geen effect blijken te hebben. De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is om een begin te maken met het aanvullen van deze ontbrekende aspecten binnen de literatuur met kwantitatieve data, door het effect van mindsettrainingen in kaart te brengen.

Naast de wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek, is dit onderzoek ook van relevante waarde op maatschappelijk gebied. In de periode voor de start van de pandemie was er een daling in het aantal bijstandsuitkeringen vastgesteld (CBS, 2022). De pandemie heeft echter als gevolg dat deze

daling tot stilstand is gekomen en het aantal bijstandsuitkeringen weer licht is gestegen. De kwetsbaren in de samenleving blijken uit onderzoek het hardst te zijn getroffen door de pandemie, hiertoe behoren ook de mensen die een bijstandsuitkering ontvangen (Anholt & Hoijsink, 2021). Steeds meer mensen dreigen sociaal te worden uitgesloten van de samenleving (Nickell, Nunziata, & Ochel, 2005). De verschillende trajecten van de overheid kunnen helpen om mensen sneller en beter uit de bijstand te krijgen, maar er is nog te weinig informatie over de effectiviteit van de trajecten en hun effect op de mate van sociale inclusie. Het is van maatschappelijk belang om hier meer duidelijkheid in te scheppen en in kaart te brengen welke trajecten het juiste effect bieden. Door meer informatie te werven, krijgt de overheid helderheid over welke trajecten goede resultaten leveren en waarin beter geïnvesteerd kan worden en welke trajecten kunnen worden afgeschaald of gesloten. De kennis over nuttige en effectieve benaderingen geeft de mogelijkheid om de huidige praktijk te verbeteren en zo bijstandsgerechtigden te ondersteunen met hun kansen op sociale inclusie (Blonk, Van Twuijver, Van de Ven, & Hazelzet, 2015).

1.3 Leeswijzer

Dit onderzoek is als volgt opgebouwd. Voor dit onderzoek zal eerst een beeld worden geschetst van de relevante literatuur. Hierbij worden de centrale concepten nader uitgelegd en de relaties tussen de concepten worden besproken. Daarna volgt de methodologie waarin wordt uitgelegd waarom er specifiek gekozen is voor een kwantitatieve methode en hoe de data zal worden verzameld. Hierop volgt de statistische analyse die doorloopt in de resultatensectie van deze scriptie. Tenslotte zal er worden afgesloten met de discussie en de conclusie van het uitgevoerde onderzoek.

Hoofdstuk 2 Theoretisch Kader

Binnen dit hoofdstuk van het onderzoek wordt de huidige literatuur besproken omtrent bijstandsgerechtigden, re-integratietrajecten en sociale inclusie. In de literatuur komen verschillende inzichten en theorieën naar voren over deze concepten en de relaties met elkaar.

2.1 Bijstandsgerechtigden

Bijstandsgerechtigden behoren tot de kwetsbaren binnen de samenleving (Edzes et al., 2020). Uit het onderzoek van Nickell et al. (2005) blijkt dat deze groep in aantallen blijft toenemen binnen de westerse wereld, ook al wordt er vooruitgang geboekt op sociaal-economisch gebied. De mensen die leven van een uitkering behoren tot een heterogene groep. Sociale en economische problemen spelen mee in hun dagelijks leven. Daarnaast bestaat de groep ook uit personen die kampen met fysieke of mentale klachten of personen met een migratieachtergrond die moeite hebben met de taal (Saikkonen, & Ylikännö, 2020). Zulke persoonlijke factoren resulteren in het feit dat deze groep steeds verder weg komt te staan van het perspectief op een baan en zich daarbij ook verder weg voelen staan van de samenleving waarin zij leven. Een baan biedt volgens Dierckx, Coene en Raeymaeckers (2015) routine en houvast in het dagelijks leven van een persoon. Doordat dit mist bij mensen in de bijstand en hun perspectief op een baan steeds verder van hen vandaan lijkt te komen staan, geraken zij in een staat van onzekerheid en wantrouwen. Ze voelen zich afgesloten van de samenleving en hun gevoel van sociale inclusie verdwijnt. Jarvis en Griffin (2002) geven aan dat de re-integratietrajecten zijn georganiseerd met het doel om het gevoel van sociale inclusie te stimuleren, mede door de sociaal-economische standaard van het dagelijks leven van de bijstandsgerechtigden te verhogen. De heterogeniteit van de groep en het maatwerk dat er van de gemeenten wordt gevraagd, zorgt ervoor dat het zeer lastig is om een re-integratietraject op te zetten wat succes biedt voor ieder die het volgt (Jarvis & Griffin, 2003). Wanneer mensen uit de bijstand komen en weer aan het werk zijn, wordt door de Participatiewet gezien als een succes (Hofstra, 2019). Jarvis en Griffin (2002) zijn het eens met deze stelling en geven daarnaast aan dat een baan een persoon helpt bij het bewerkstelligen van sociale inclusie. Echter, volgen bijstandsgerechtigden re-integratietrajecten om persoonlijke doelen te behalen en hun dagelijks leven dragelijker te maken. Ze zijn daarbij niet gefocust op bijscholing of het behalen van een diploma om daardoor betere kansen te krijgen op de arbeidsmarkt.

Mullainathan en Shafir (2013) geven een ander inzicht waarom mensen uit de bijstand niet gefocust zijn op het vinden van een baan. Zij verbinden dit gedrag aan de invloed van armoede op de geestesgesteldheid van mensen. Uit het onderzoek blijkt dat de stress die armoede met zich meebrengt een vermindering in cognitieve hulpbronnen veroorzaakt. De cognitieve hulpbronnen die een persoon nog bezit worden ingezet om het huishouden draaiende te houden en door de dag te komen. Het tekort aan geld en de regels die door de overheid worden opgelegd voor het krijgen van een uitkering nemen de cognitieve hulpbronnen van een persoon in beslag. Dit heeft als gevolg dat er weinig ruimte is voor

andere mentaal uitdagende taken, zoals bijvoorbeeld bijscholing en zoeken naar een baan, maar ook het onderhouden van een sociaal netwerk wordt hierdoor verwaarloosd, wat kan resulteren in een vermindering van sociale inclusie (Groot, Muffels, & Verlaet, 2019).

Het gedrag van mensen in de bijstand kan ook worden verklaard vanuit de gedragseconomie (Fehr & Schmidt, 2003). Hierin wordt gesteld dat het handelen van instituties invloed heeft op de keuzes die bijstandsgerechtigden maken. De waarden waarnaar instituties handelen en die tot uiting komen in uitkeringsvoorwaarden, regels en verplichtingen hebben effect op onder andere de focus van een persoon op het vinden van een baan of de mate waarin een persoon participeert binnen de samenleving. Wanneer een institutie waarden aanhangt, zoals reciprociteit en vertrouwen en naar deze waarden handelt tegenover een bijstandsgerechtigden, kan dit een positief effect hebben op de hoeveelheid inspanning die hij of zij wil leveren om uit de bijstand te komen (Fehr & Schmidt, 2003). In ruil voor vertrouwen van instituties blijkt, uit het onderzoek van Bohnet, Frey en Huck (2001), dat bijstandsgerechtigden extra gemotiveerd raken, blijvende inzet tonen en productiever worden. Daarentegen, kunnen de waarden van een institutie ook negatief effect hebben wanneer deze handelt op basis van wantrouwen en negatieve reciprociteit. Deze theorie wordt door Blonk (2018) gedeeld. In het onderzoek van Blonk (2018) wordt beschreven dat negatieve prikkels vanuit instituties om mensen weer aan het werk te krijgen op de korte termijn effectief zijn. Door middel van bijvoorbeeld financiële sancties en kortingen op de uitkering accepteren mensen uit de bijstand eerder een baan, ook al blijkt deze baan niet goed bij hen te passen. Dit heeft op de lange termijn als gevolg dat het welbevinden, de gezondheid en de loopbaan negatief worden beïnvloed, met als eindresultaat, een terugkeer naar de bijstand en het gevoel van sociale uitsluiting.

Uit de literatuur blijken re-integratietrajecten meer winst te kunnen behalen wanneer deze zich focussen op de persoonlijke ontwikkeling van de bijstandsgerechtigden. Een traject dat zich focust op de terugkeer op de arbeidsmarkt kan op de korte termijn als succesvol worden beschouwd, maar zal op de lange termijn negatieve effecten bewerkstelligen (Blonk, 2018). Mensen in de bijstand proberen hun dagelijks leven stukje bij beetje te verbeteren en hebben niet de cognitieve hulpbronnen om zich te laten omscholen voor een andere baan (Jarvis & Griffin, 2001; Mullainathan & Shafir, 2013). Re-integratietrajecten die zich richten op de persoonlijke ontwikkeling blijken effectiever te kunnen zijn, dat is ook de reden dat er binnen dit onderzoek wordt gekeken naar de invloed van deze trajecten en het effect op de mate van sociale inclusie.

2.2 Sociale inclusie

Mensen die leven van een uitkering hebben ervaring met een vermindering van sociale inclusie of zelfs sociale uitsluiting (Buchan, Smyth, & Jeans, 2000). Das Gupta (1999) geeft hiervoor een aantal factoren die bijdragen aan de sociale uitsluiting van bijstandsgerechtigden. Hierbij spreekt zij over een gebrek aan toereikend inkomen, laag opleidingsniveau, gebrek aan toegang tot goederen en diensten

(inclusief gezondheidszorg), onveilige huisvesting, gebrek aan werkgelegenheid. Deze factoren creëren samen een staat van uitsluiting. Sociale inclusie wordt door Guildford (2000) beschreven als een proces waarin een persoon op zoek is naar zijn of haar geschikte plek binnen de samenleving. Hij geeft daarnaast aan dat elk individu op zoek is naar zijn of haar plek en daar volledig geaccepteerd wil worden door hun familie, gemeenschap, maar bovenal, de samenleving. Dit proces is volgens Mastergeorge (2001) een proces van internalisatie. Tijdens dit proces zijn mensen bezig met het creëren van hun eigen weg in verschillende domeinen van het leven, zoals familie, gezondheid, financiën, geluk, economische status en sociale structuren en hopen hiermee een gevoel van sociale inclusie te bewerkstelligen (Benjamin, 1994). Guildford (2000) en Mastergeorge (2001) geven aan dat dit proces bij elk individu kan plaatsvinden echter, zijn Fortuin en Keune (1997) het niet eens met deze stelling. Uit hun onderzoek blijkt dat in het geval van kwetsbaren in de samenleving, waaronder bijstandsgerechtigden, het proces van internalisatie niet voor elk individu mogelijk is. Ze willen de mate van hun sociale inclusie verhogen en het proces van internaliseren in gaan, maar volgens Mullainathan en Shafir (2013) en Edzes et al. (2020) worden er alleen stappen ondernomen om verplichtingen in hun directe omgeving te beheren en hun dagelijks leven dragelijker te maken. Daarentegen zien Fortuin en Keune (1997) deze kleine stapjes, waarin kennis en vaardigheden worden ontwikkeld, als een activatie wat uiteindelijk kan leiden tot internalisatie.

Guildford (2000) gaat verder over sociale inclusie, waar sociale inclusie een proces is waar een individu geaccepteerd wil worden en zijn of haar plek vindt binnen de samenleving door middel van internalisatie, is sociale inclusie ook een proces waarbij een individu deelneemt aan de samenleving. Hierbij wordt er gefocust op de mate van participatie die een individu toont. Volgens het onderzoek van Verté et al. (2007) proberen bijstandsgerechtigden hun sociale inclusie te verhogen door te participeren in de samenleving, hierbij tonen zij een voorkeur voor sociale participatie in plaats van participatie door middel van een betaalde baan. Voorbeelden van sociale participatie zijn lid worden van een vereniging, mantelzorg of het organiseren van activiteiten in de buurt (Verté et al., 2007). Verder beschrijft Verté et al. (2007) dat sociale participatie niet per sé een individueel proces hoeft te zijn, maar dat deze vorm van participatie ook door een collectief kan worden ondernomen. In een collectief proces staan de ontmoeting met anderen en het ontwikkelen van een nieuw sociaal netwerk met andere sociale structuren centraal. Colley (1975) en Smith (2007) definiëren dit proces van sociale inclusie als het leggen van verbindingen door middel van sociale participatie.

In dit onderzoek zal de afhankelijke variabele sociale inclusie worden geconceptualiseerd op basis van de theorieën van Guildford (2000) en Mastergeorge (2001). Waar sociale inclusie wordt geconceptualiseerd als een proces van internalisatie en activatie, waarbij er gefocust wordt op de mate waarin een bijstandsgerechtigden zich op zijn of haar plek voelt binnen de samenleving.

2.3 Re-integratietrajecten en hun effecten

Een van de belangrijkste manieren waarop gemeenten mensen uit de bijstand proberen te halen, is door middel van re-integratie trajecten (Hofstra, 2019). De effectiviteit van deze trajecten wordt gemeten aan de hand van het aantal bijstandsgerechtigden die tijdens of na het afronden van het traject terugkeren op de arbeidsmarkt (Edzes, 2010). Niet alle re-integratietrajecten hebben als doel om de bijstandsgerechtigden volledig onafhankelijk te maken van elke vorm van bijstand vanuit de gemeente. Er zijn trajecten waarbij het doel is om mensen uit de bijstand te voorzien van een baan. Dit zal een baan zijn met werkgarantie, maar waarvoor extra loonkostensubsidie en werkvoorzieningen uit het participatiebudget door de gemeente worden uitgekeerd om hen een loon te kunnen laten verdienen waarvan kan worden geleefd (Rekenkamer Krimpen aan den IJssel, 2019). Verder bestaan er ook re-integratietrajecten die zich focussen op de stappen tussen de bijstand en de terugkeer op de arbeidsmarkt. Tijdens deze trajecten wordt er ingegaan op de persoon zelf en zijn of haar persoonlijke ontwikkeling. Deze trajecten richten zich op bijvoorbeeld gezondheid, zelfredzaamheid en maatschappelijke betrokkenheid.

De Koning et al. (2017) verdelen de re-integratietrajecten van de gemeenten in drie categorieën: work-first, skills-first en life-first. Binnen elke categorie wordt er een ander perspectief toegepast op het doel van het traject. De eerste categorie is work-first. Volgens Sol en Hoogtanders (2005) is het doel van re-integratietrajecten die onder deze categorie vallen om mensen zo snel mogelijk uit de bijstand te krijgen en op zoek te laten gaan naar een betaalde baan met als eindresultaat onafhankelijkheid van een uitkering. Tijdens deze trajecten staat de zoektocht naar een baan centraal. Voor degenen die niet op de korte termijn een baan kunnen vinden, worden in een work-first traject extra activiteiten georganiseerd die moeten helpen om wel aan het werk te kunnen (Sol & Hoogtanders, 2005). Zo krijgen mensen les en training om factoren te verhelpen die zorgen dat iemand niet wordt aangenomen. Ook maken deze trajecten het mogelijk om werkervaring op te doen, wat iemand aantrekkelijker maakt voor een werkgever. De Koning et al. (2017) geven aan dat de trajecten kunnen worden opgedeeld in twee bestanddelen: de zoektocht naar geschikte vacatures en het ontwikkelen van de zoek- en sollicitatievaardigheden van bijstandsgerechtigden.

Ten tweede beschrijven De Koning et al. (2017) skills-first trajecten als de volgende categorie. Deze vorm van trajecten wordt ook wel de *human capital development* benadering genoemd. Tijdens deze trajecten wordt de nadruk gelegd op de vaardigheden en competenties waarover mensen nog niet beschikken. Bijstandsgerechtigden die dit traject volgen krijgen ondersteuning in de ontwikkeling van arbeidsmarktvaardigheden (Lindsay et al., 2007). Deze ondersteuning wordt geboden door middel van cursussen, maar ook omscholingstrajecten. Het skills-first re-integratietraject zou moeten resulteren in hogere baankansen en een betere overgang van de bijstand naar een betaalde baan.

De laatste categorie die door Koning et al. (2017) wordt benoemd is life-first trajecten. Deze trajecten worden gezien als de verlengstukken van de skills-first trajecten. In de life-first trajecten wordt echter meer nadruk gelegd op de problemen van een persoon zelf die een negatieve invloed hebben op de mate van participatie op de arbeidsmarkt. Uit het onderzoek van Dean (2003) in De Koning et al. (2017) volgt de volgende definiëring van de life-first benadering: binnen deze benadering krijgen de levensbehoeften van het individu de prioriteit boven de verplichting om te werken. Dean (2003) geeft hierbij aan dat werken deel uitmaakt van iemand zijn of haar identiteit, maar voor mensen met meerdere problemen en behoeften moet dit betekenen dat elke vorm van werk hen de mogelijkheid moet kunnen geven om hun problemen op te lossen en aan hun behoeften te kunnen voldoen. De problemen die de participatie op de arbeidsmarkt kunnen belemmeren, worden door De Koning et al. (2017) in twee vormen gesplitst: praktische problemen en complexe problemen. Voorbeelden van praktische problemen zijn het gebrek aan vervoer of zorg voor de kinderen. Dit zijn simpele problemen die op de korte termijn kunnen worden opgelost. Complexe problemen zitten dieper in een persoon geworteld. Voorbeelden hiervan zijn geen zelfvertrouwen hebben, gebrek aan zelfredzaamheid of een slechte mentale gezondheid. Deze problemen zijn moeilijk op te lossen en vergen meer tijd en intensievere ondersteuning vanuit het traject (Clayton et al., 2011).

Het re-integratiebeleid van de gemeenten maakt voornamelijk gebruik van trajecten die vallen onder de categorieën work-first en skills-first (Edzes, 2010). Uit een onderzoek van het ministerie van sociale zaken en werkgelegenheid (2008) blijkt dat deze re-integratietrajecten een klein positief effect hebben op de uitstroom naar een betaalde baan. Echter, is dit niet een resultaat van de korte termijn, dit komt omdat mensen die het traject volgen weinig motivatie hebben om met een nieuwe baan te starten (SEO, 2013). Daarentegen, blijkt op de lange termijn er een blijvende verhoogde kans op werk te zijn voor degenen die het traject hebben doorlopen. Volgens een onderzoek van het ministerie van sociale zaken en werkgelegenheid (2013) hebben life-first trajecten, die focussen op de belemmeringen die de participatie op de arbeidsmarkt doen verlagen, het grootste effect op de uitstroom naar de arbeidsmarkt. Over de life-first trajecten, die zich bezighouden met de complexe persoonlijke problemen van een individu, is nog weinig duidelijkheid over de effectiviteit. Volgens Jarvis en Griffin (2003) hebben deze trajecten een positief effect op de kwaliteit van iemands leven en kan de effectiviteit ervan niet worden teruggezien in termen van werk, maar in de term van sociale inclusie.

Reset Yourself is een voorbeeld van een life-first traject wat als doel heeft om complexe persoonlijke problemen te verhelpen en daarmee mensen een stap dichterbij te kunnen brengen bij sociale inclusie. Reset Yourself focust op de persoon zelf en zijn of haar directe omgeving. In dit onderzoek wordt er onderzocht of deze training effect heeft op de mensen die hem volgen en in hoeverre de sociale inclusie van de bijstandsgerechtigden wordt beïnvloed.

2.4 Verschillende dimensies van persoonlijke groei en hun effect op sociale inclusie

Zoals door Jarvis en Griffin (2003) wordt beschreven hebben life-first trajecten een positief effect op de mate van sociale inclusie. Life-first trajecten zoals mindset-trainingen focussen zich op specifieke sociale indicatoren die dit kunnen verhogen. Andrews en Withey (1974) stellen dat er verschillende sociale indicatoren kunnen worden onderzocht. Voorbeelden van deze sociale indicatoren zijn: sociaal netwerk, levenshouding, persoonlijke ontwikkeling, mate van controle. In het onderzoek van Wahl, et al. (2010) worden de sociale indicatoren van Andrews en Withey (1974) samengevat in dimensies. Deze dimensies zijn onderdelen van een persoon zijn of haar persoonlijke groei en zijn terugkerende onderwerpen binnen life-first trajecten. De dimensies die worden beschreven zijn sociaal kapitaal, coping-mechanismen, gevoel van eigenwaarde en gezondheid. Sociaal kapitaal is een breed concept binnen de literatuur (Abbott & Freeth, 2008). Er kan daarin een onderscheid gemaakt worden tussen sociaal kapitaal als een individuele hulpbron en sociaal kapitaal als een collectieve hulpbron of sociaal kapitaal in de vorm van vertrouwen en sociaal kapitaal in de vorm van wederkerigheid. Putman (1993) definieert sociaal kapitaal als kenmerken van interpersoonlijk vertrouwen, normen van wederkerigheid en sociale betrokkenheid. In dit onderzoek zal de focus liggen op het interpersoonlijk vertrouwen van een iemands sociaal kapitaal. De dimensie ‘coping-mechanismen’ wordt gedefinieerd als de activiteiten die door een persoon worden ondernomen om stress te verminderen of te vermijden (Carpenter & Scott, 1992). Dit kan worden gedaan door eisen te verminderen, hulpmiddelen te vergroten, betere overtuigingen te creëren of de reactie op stress te verminderen. Gevoel van eigenwaarde wordt gedefinieerd als de persoonlijke beoordeling over de mate waarin degenen zichzelf het waard vindt en in welke mate degenen zichzelf accepteert voor wie hij of zij is (Rogers, 1961). Rogers (1961) geeft aan dat als er een sterke overeenkomst is tussen het werkelijke zelf en het ideale zelf, het gevoel van eigenwaarde hoog zal zijn. De laatste dimensie is ‘gezondheid’. Volgens de World Health Organisation (1948) omvat gezondheid zowel de fysieke en mentale gezondheid van een persoon. In dit onderzoek zal dit onderscheid van fysieke en mentale gezondheid worden aangehouden.

Tijdens de mindsettrainingen van Reset Yourself wordt er intensief gewerkt aan deze vier dimensies. De trainingen laat bijstandsgerechtigden werken aan de vier dimensies met als doel deze te doen verhogen. De rekenkamer van Krimpen aan den IJssel (2019) heeft een positief effect geconstateerd van de life-first trajecten op de vier dimensies. De vier dimensies hebben echter geen direct effect op de mate van sociale inclusie die door een persoon wordt ervaren (McGivney, 1992). Andrews en Withey (1974) en Wahl, et al. (2010) stellen dat het positieve effect van een life-first traject via de vier dimensies doorstroomt naar de levenskwaliteit van een persoon, wat kan zorgen voor een verhoging in de mate van sociale inclusie. De levenskwaliteit van een persoon wordt gedefinieerd als iemands tevreden- of ontevredenheid met belangrijke gebieden binnen degenen zijn of haar leven (Ferrans, 1990). Levenskwaliteit kan volgens Wahl, et al (2010) gemeten worden door

de tevredenheid van iemand over zijn of haar leven vast te stellen. Uit onderzoek blijkt dat deze variabele kan worden versterkt of verzwakt door de vier dimensies binnen life-first trajecten (Wahl, et al., 2010). Wanneer een persoon hoog scoort op sociaal kapitaal, coping-mechanismen, gevoel van eigenwaarde of gezondheid blijkt dat dit een positief effect heeft op de kwaliteit van leven.

Cambir en Vasile (2015) en Brown et al. (2015) geven aan dat iemands levenskwaliteit nauw verbonden is met de mate van sociale inclusie die degenen ervaart. Sociale inclusie kan volgens de Greef, et al. (2010) worden gemeten door vast te stellen in welke mate een persoon zich op zijn of haar plek voelt binnen de samenleving. Voelt een persoon zich betrokken bij de omgeving en voelt een persoon zich zelfverzekerd in de omgeving waarin hij of zij leeft. Uit het onderzoek van Brown et al. (2015) kan worden geconcludeerd dat een hogere levenskwaliteit resulteert in een hogere mate van sociale inclusie. Dit effect kan worden uitgelegd door de mate van tevredenheid dat aanwezig is. Een persoon die de kwaliteit van zijn of haar leven hoog acht, is tevreden met zijn of haar positie in het leven en binnen de maatschappij. Een hoge tevredenheid kan resulteren in een hogere mate van sociale inclusie (Andrew & Withey, 1974). Cambir en Vasile (2015) stellen dat dit effect ook de andere richting op kan werken. Hiermee wordt bedoeld dat een hoge mate van sociale inclusie de levenskwaliteit van een persoon kan doen verbeteren. De twee variabelen hebben een versterkend effect op elkaar. In het geval van life-first trajecten blijkt uit onderzoek dat dit effect op een positieve manier wordt beïnvloed (Jarvis & Griffin, 2003). Echter, moet er rekening worden gehouden met externe factoren die een impact kunnen hebben op iemands leven en voor veranderingen zorgen in leefomstandigheden (Andrews & Withey, 1974). Deze veranderingen kunnen belangrijke invloed uitoefenen op de mate van sociale inclusie van een persoon. Een voorbeeld van zo'n verandering is als een persoon een betere baan aangeboden krijgt. Dit kan mogelijk een afname van sociale uitsluiting als gevolg hebben, wat niet is veroorzaakt door de deelname aan een life-first traject.

2.5 Modererende factoren

Een aantal kenmerken van de groep bijstandsgerechtigden en het verschil in hun deelname aan de mindsettraining kunnen het effect van de training modereren. Het opleidingsniveau van de deelnemer kan volgens Aldosari, et al., (2018) bijdragen aan een verschil van effect. Hierbij wordt gesteld dat personen met een hoger opleidingsniveau minder snel zichzelf willen aanpassen en meer geneigd zijn vast te houden aan de routines die zij hebben. Voor personen met een lager opleidingsniveau bestaat er een grotere kans dat zij willen aannemen wat tijdens de training wordt verteld en zal het effect van de training eerder en beter zichtbaar zijn. Een volgend kenmerk van de deelnemers is de manier waarop zij zijn aangemeld. Dit kan zijn gedaan op vrijwillige basis, maar bijstandsgerechtigden kunnen ook door hun consulent verplicht zijn aangemeld. Hierdoor ontstaat er een verschil in motivatie om deel te nemen aan de training. Bagnall (1989) geeft aan dat deze motivatie een rol kan spelen in de bereidheid van de persoon om zich open te stellen voor nieuwe informatie, wat mogelijk kan leiden tot een laag

effect van de training op de deelnemer. Een ander kenmerk dat het effect kan modereren, is de aantal dagen dat een deelnemer de mindsettraining heeft bijgewoond. De mindsettraining van Reset Yourself bestaat uit zes dagen. Wanneer de volle zes dagen zijn bijgewoond zal de training het meest rendabel zijn voor de deelnemer. Deelnemers mogen dagen missen, echter laat onderzoek zien dat het effect van een training minder groot is wanneer deze niet in zijn volledigheid wordt bijgewoond (Kober, 2014). Door de corona pandemie en de bijbehorende lockdown, heeft Reset Yourself het mogelijk gemaakt om de mindsettraining online te kunnen volgen. Uit het onderzoek van Li en Irby (2008) blijkt echter dat het doorgeven en ontvangen van informatie minder effectief is via online communicatiekanalen. Ook voor de mindsettrainingen bestaat de mogelijkheid dat de online versie van de training minder effect heeft op haar deelnemers in vergelijking met de fysieke training.

2.6 Het conceptueel model

Life-first trajecten, zoals de mindsettrainingen van Reset Yourself, kunnen de leefomstandigheden van haar deelnemers verbeteren en marginalisatie laten afnemen (McClusky, 1970). De trainingen van Reset Yourself zijn gemaakt om bijstandsgerechtigden sterker in hun schoenen te laten staan en aan zichzelf te laten werken door middel van de vier dimensies. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de life-first trajecten, zoals mindsettrainingen, een goede invloed kunnen hebben op de personen die ze volgen en de vier dimensies kunnen verhogen (Jarvis & Griffin, 2003; Rekenkamer Krimpen aan de IJssel, 2019). Aan de hand hiervan zijn de volgende hypothesen opgesteld:

H1a: *De mindsettraingen van Reset Yourself hebben een positief effect op het sociaal kapitaal.*

H1b: *De mindsettraingen van Reset Yourself hebben een positief effect op de coping-mechanismen.*

H1c: *De mindsettraingen van Reset Yourself hebben een positief effect op het gevoel van eigenwaarde*

H1d: *De mindsettraingen van Reset Yourself hebben een positief effect op de fysieke gezondheid.*

H1e: *De mindsettraingen van Reset Yourself hebben een positief effect op de mentale gezondheid.*

Verder wordt er gesteld dat de vier dimensies een positief effect kunnen hebben op de levenskwaliteit van een persoon (Andrews & Withey, 1974; Wahl, et al., 2010). Hiervoor zijn de volgende hypothesen opgesteld:

H2a: *Een verhoging van sociaal kapitaal heeft een positief effect op de levenskwaliteit.*

H2b: *Een verhoging van de coping-mechanismen heeft een positief effect op de levenskwaliteit.*

H2c: *Een verhoging van gevoel van eigenwaarde heeft een positief effect op de levenskwaliteit.*

H2d: *Een verbetering van de gezondheid heeft een positief effect op de levenskwaliteit.*

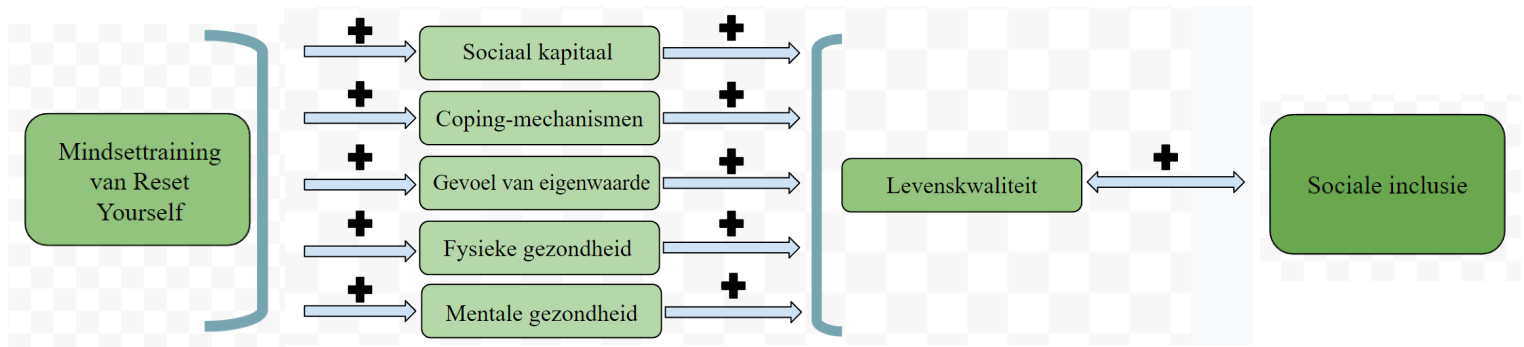
Ten slotte blijkt de levenskwaliteit van een persoon een positief effect te kunnen hebben op de mate van sociale inclusie die wordt ervaren (Andrews & Withey, 1974; Brown, et al., 2015; Cambir &

Vasile, 2015). Waarbij door Cambir en Vasile (2015) wordt gesteld dat dit effect ook andersom werkt. Hieruit zijn de volgende hypothesen opgesteld:

H3: Een verhoging van de levenskwaliteit heeft een positief effect op de mate van sociale inclusie.

H4: Een verhoging in de mate van sociale inclusie heeft een positief effect op de levenskwaliteit.

Figuur 1



Hoofdstuk 3 Methodologie

In dit hoofdstuk zal er uitleg worden gegeven over de gebruikte onderzoeksmethode van dit onderzoek. De onderzoeksmethode die tijdens dit onderzoek is gehanteerd is de kwantitatieve analyse. Deze methode biedt de mogelijkheid om veel data te verkrijgen over de onderzoeksconcepten en hiermee de fundering te leggen voor verder verdiepend onderzoek (Babbie, 2013).

3.1 Ontwerp van het onderzoek

Voor dit onderzoek is er gekozen voor een kwantitatieve analyse door middel van een vragenlijst. Een vragenlijst biedt de mogelijkheid om makkelijker een grote groep te bereiken (Boeije, 2014). De vragenlijst voor dit onderzoek is een online vragenlijst. De vragenlijst kan worden geopend door middel van een link die, nadat deze is geopend, de respondenten naar de eerste vraag leidt. Nadat de laatste vraag is beantwoord wordt de vragenlijst beëindigd en kan de respondent het tabblad sluiten. Deze online vorm van dataverzameling maakt de drempel lager voor respondenten om de vragenlijst in te vullen, doordat er geen verdere stappen hoeven te worden genomen om de data bij de onderzoeker te krijgen (Boeije, 2014).

De vragenlijst is opgedeeld in meerdere secties die aansluiten bij hoe het conceptueel model is vormgegeven. In de eerste sectie zullen er algemene vragen aan bod komen. Deze vragen dienen als controlemechanisme binnen het onderzoek. Er zal bijvoorbeeld worden gevraagd naar de leeftijd van de respondent, zijn of haar opleidingsniveau en in welk jaar hij of zij de mindsettraining heeft gevolgd. Door middel van deze algemene vragen kan worden vastgesteld of externe factoren invloed uitoefenen op de relaties en uitkomsten van dit onderzoek. Door dit controlemechanisme toe te voegen aan de vragenlijst zal de externe validiteit van het onderzoek positief worden beïnvloed (Boeije, 2014). Na de sectie met de algemene vragen zullen de vier verschillende dimensies van persoonlijke groei worden behandeld. Hierop aansluitend volgt de vraag over de levenskwaliteit van de respondent en ten slotte zullen er stellingen aan bod komen met betrekking op de mate van sociale inclusie die de respondent ervaart.

Kwantitatieve analyses die onderzoeken in hoeverre een training invloed heeft op de personen die eraan deelnemen, beschrijven twee momenten voor de deelnemers om de vragenlijst in te vullen (De Greef, et al., 2010). De vragenlijst wordt aan de deelnemers voorgelegd voorafgaand aan de training en krijgen dezelfde vragenlijst nadat zij de training hebben afgerond. De antwoorden van voor en na afloop van de training kunnen dan worden vergeleken en aan de hand daarvan kunnen veranderingen worden vastgesteld (De Greef, et al., 2010). In dit onderzoek is er geen tijd om de deelnemers op twee verschillende momenten dezelfde vragenlijst te laten invullen. Om deze reden zal alleen data worden verzameld over de periode na de afronding van de training. Echter, wordt er binnen dit onderzoek onderzocht in hoeverre de mindsettrainingen van Reset Yourself effect hebben op de bijstandsgerechtigden die daaraan hebben deelgenomen. Dit heeft als gevolg dat de vragenlijst

minder neutraal zal zijn opgesteld. De vragenlijst zal vragen of er veranderingen hebben plaatsgevonden nadat de mindsettrainingen zijn afgerond. De woorden ‘meer’, ‘minder’, ‘vaker’ en ‘minder vaak’ zullen in de vragen en stellingen zijn verwerkt om veranderingen in de deelnemers te kunnen vaststellen

3.2 Dataverzameling en populatie

De data van dit onderzoek is verzameld in de maand mei van 2022. De data is verzameld door middel van een vragenlijst die is opgesteld via Qualtrics. Deze vragenlijst is naar oud deelnemer van de Reset Yourself mindsettrainingen verzonden via twee communicatiekanalen: e-mail en WhatsApp. In beide gevallen stond er in het bericht een link die hen leidde naar de online vragenlijst. Het verzenden van de vragenlijsten is georganiseerd vanuit de organisatie van Reset Yourself. Verschillende werknemers hebben de vragenlijsten verzonden naar oud deelnemers van de mindsettraingen waarvan het e-mailadres of telefoonnummer nog bekend was in het systeem van de organisatie. Ook werd er gewezen op de vragenlijst tijdens terugkombijeenkomsten met oud deelnemers. De oud deelnemers konden tijdens de bijeenkomst de vragenlijst invullen. De oud deelnemers die een vragenlijst via de e-mail en WhatsApp ontvingen, maar verder niks meer van zich lieten horen, werden nog eens nagebeld om te kunnen concluderen of zij de vragenlijst hadden ingevuld. Bleek de vragenlijst niet te zijn ingevuld, werden zij er nogmaals op gewezen en gevraagd of ze dit wel konden doen. Daarnaast werd er ook gevraagd wat de reden was voor het niet invullen van de vragenlijst en of zij hulp nodig hadden met het invullen ervan. Hierbij kwam naar voren dat sommige oud deelnemers moeite hadden met het invullen van de vragenlijst in verband met het niet goed kunnen begrijpen van de vragen. Dit was voornamelijk het geval bij mensen die moeite hadden met het lezen van de Nederlandse taal. Dit werd door de werknemers van Reset Yourself opgelost door samen met de oud deelnemer de vragenlijst te doorlopen en vragen nader uit te leggen die niet volledig door de oud deelnemer werd begrepen. Dit werd gedaan via de telefoon of fysiek. Deze uitgebreide dataverzamelingsprocedure is bewerkstelligd, omdat uit onderzoek blijkt dat mensen die in de bijstand zitten moeilijk te bereiken zijn en niet beschikken over intrinsieke motivatie om mee te werken aan een onderzoek (Wahl, et al., 2010). Deze mensen zijn voornamelijk bezig met overleven en hebben andere dingen aan hun hoofd dan een vragenlijst invullen (Mullainathan & Shafir, 2013). Door middel van nabellen en hulp aanbieden, hopen wij meer mensen te bereiken en de vragenlijst te laten invullen.

De Reset Yourself mindsettrainingen zijn in 2012 begonnen. De populatie van dit onderzoek bestaat uit oud deelnemers van de mindsettrainingen die de training hebben gevolgd binnen de periode van 2012 tot en met april 2022. De populatie bedraagt ongeveer 1500 oud deelnemers. Voor dit onderzoek zal er een betrouwbaarheidsniveau van 90% worden vastgesteld met een foutmarge van 8%. Voor een gedegen steekproef zal er daarom een minimum van 100 respondenten worden aangehouden. Er zijn ongeveer 600 oud deelnemers benaderd, hiervan hebben er 105 de vragenlijst

ingevuld. Dit is een responspercentage van 17,5%. Dit is een zeer lage opkomst. De reden hiervoor is de onbereikbaarheid van de oud deelnemers. De telefoonnummers en e-mailadressen die in het systeem van Reset Yourself waren opgeslagen bleken in veel gevallen verouderd. Hierdoor bleken de personen, waarvan deze informatie was, niet meer bereikbaar voor het onderzoek. Ook door de regels van het AVG was het niet mogelijk om de nieuwe telefoonnummers en e-mailadressen van de oud deelnemers op te vragen bij de gemeente Rotterdam. Dit had als gevolg dat er een kleine selectie van oud deelnemers overbleef waarnaar de vragenlijst kon worden verzonden.

3.3 Operationalisatie

Binnen dit onderzoek worden sociaal kapitaal, coping-mechanismen, gevoel van eigenwaarde, fysieke en mentale gezondheid getoetst op hun effect op de levenskwaliteit van de oud deelnemers en de mate van sociale inclusie. In deze sectie zal worden beschreven hoe deze variabelen zullen worden getoetst.

3.3.1 Sociaal kapitaal

Deze schaal is gebaseerd op de stelling dat vertrouwen een belangrijk onderdeel is van sociaal kapitaal en dat aan de hand van vertrouwen sociaal kapitaal kan worden gemeten (Putnam, 1993). Putnam (1993) heeft hiervoor drie stellingen opgesteld om het algemeen vertrouwen van de respondenten te kunnen meten en daarbij de mate van sociaal kapitaal. De stellingen zijn in dit onderzoek aangepast om te kunnen meten of er verandering heeft plaatsgevonden in de mate van sociaal kapitaal na de afronding van de mindsettraining van Reset Yourself. De stellingen vragen of er ‘meer’ vertrouwen aanwezig is ten opzichte van de situatie voor de deelname aan de mindsettraining. De eerste stelling die wordt gesteld gaat over het vertrouwen dat de respondent heeft in anderen en of de respondent acht voorzichtig te zijn in zijn of haar contact met anderen. De tweede stelling van de schaal heeft te maken met eerlijkheid en vraagt aan de respondenten of zij denken dat anderen eerlijk tegenover hen zijn of dat zij juist misbruik van hen zullen proberen te maken. De derde en laatste stelling van de schaal gaat over de mate waarin anderen de respondent zouden helpen “*Ik heb meer vertrouwen in dat anderen mij willen helpen.*”. Op deze stellingen kan door de respondenten antwoord worden gegeven op basis van een likertschaal van (1) volledig mee oneens tot (5) volledig mee eens. Hierbij geldt dat een hogere score gelijk staat aan een hogere mate van sociaal kapitaal. De Cronbach’s Alpha voor deze schaal is 0,910

3.3.2 Coping-mechanismen

Om de coping-mechanismen van de respondenten te meten wordt de schaal van Pearlin en Schooler (1987) gebruikt. Deze schaal bestaat uit zeven items die vragen naar de perceptie van de respondent over zijn of haar coping-mechanismen. De stellingen gaan in op de mate waarin de respondenten het idee hebben controle te hebben over een situatie of juist geen controle te hebben over wat er gebeurt

en in welke mate zij denken invloed te hebben op hun leven en de problemen daarin. Voor dit onderzoek zijn de stellingen veranderd om te kunnen vaststellen of de coping-mechanismen zijn toegenomen of afgenomen na de deelname aan de mindsettraining van Reset Yourself. De woorden ‘meer’ en ‘minder’ zijn aan de stellingen van Pearlin en Schooler (1987) toegevoegd. Een voorbeeld van een stelling uit de vragenlijst is: *“Ik heb meer controle over de dingen die mij gebeuren.”*. De respondenten kunnen antwoorden op een Likertschaal van volledig mee oneens (1) naar volledig mee eens (5). De items worden bij elkaar opgeteld met 7 als laagste score en 35 als hoogste score, waarbij de hoogte van de score aangeeft in welke mate coping-mechanismen aanwezig zijn bij de respondent. De Cronbach’s Alpha van deze schaal is 0,881

3.3.3 Gevoel van eigenwaarde

Het gevoel van eigenwaarde van de respondenten wordt gemeten door middel van de ‘Rosenberg self-esteem scale’ (Rosenberg, 1965). Deze schaal bestaat uit tien stellingen over de respondenten hun perceptie van zichzelf en hun houding tegenover zichzelf. De stellingen gaan ook in op de mate waarin de respondenten trots zijn op wie zij zijn en zichzelf respecteren voor wie zij zijn. Voor dit onderzoek zijn de stellingen aangepast om de mogelijke verandering in gevoel van eigenwaarde te kunnen vaststellen na de deelname aan de mindsettraining van Reset Yourself. De stellingen bevatten nu woorden zoals ‘meer’ en ‘vaker’. De respondenten kunnen antwoorden op een Likertschaal van volledig mee oneens (1) tot volledig mee eens (5). Waarbij een hogere score aangeeft dat hun gevoel van eigenwaarde is gegroeid en de respondent meer zelfrespect heeft na de deelname aan de mindsettraining. De Cronbach’s Alpha van deze schaal is 0,920

3.3.4 Gezondheid

Deze schaal is afkomstig uit de 36 item short-form (SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992). Deze schaal was gecreëerd voor klinische praktijken en onderzoeken, gezondheidsbeleid evaluaties en algemene bevolkingsenquêtes. De schaal bevat acht concepten: algemene gezondheid, fysiek functioneren, rol fysiek, lichaamspijn, vitaliteit, sociaal functioneren, rol emotioneel en geestelijke gezondheid. Van de SF-36 is een samenvattende schaal gemaakt, de 12 item short-form (SF-12). Hierin komen vragen aan de orde over gezondheid, dagelijks functioneren en gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit (Ware, et al, 1995). De acht concepten van de SF-36 zijn samengevat in twee overkoepelende concepten: fysieke gezondheid en mentale gezondheid. Algemene gezondheid, fysiek functioneren, rol fysiek en lichaamspijn vallen onder fysieke gezondheid. Vitaliteit, sociaal functioneren, rol emotioneel en geestelijke gezondheid vallen onder mentale gezondheid. Voor dit onderzoek is de SF-12 schaal aangepast om de mogelijke veranderingen in gezondheid na de deelname aan de mindsettraining van Reset Yourself vast te stellen. De vragen dienen beantwoord te worden over de periode na de mindsettraining met de periode daarvoor in het achterhoofd. Voor de vraagstelling is deze zin toegevoegd: *Na het volgen van de mindsettraining van Reset Yourself...* De respondenten kunnen

antwoorden op basis van een Likertschaal. Vraag 1 gaat over de algemene gezondheid en kan worden beantwoord op een Likertschaal van (1) slecht tot (5) geweldig. Aansluitend aan deze vraag wordt er gevraagd of hierin verandering heeft plaatsgevonden na de deelname aan de mindsettraining van Reset Yourself. Vragen 3 tot en met 9 kunnen worden beantwoord op basis van een likertschaal (1) volledig mee oneens tot (5) volledig mee eens. Vragen 10 tot en met 13 kunnen worden beantwoord op basis van een likertschaal (1) veel vaker tot (5) veel minder vaak. Voor de likertschalen van vragen 3 tot en met 13 geldt dat punt 3 op de likertschaal staat voor *“de situatie is hetzelfde gebleven”*. Vragen 3 tot en met 7 vormen de schaal om de fysieke gezondheid te meten en vragen 8 tot en met 13 vormen de schaal om de mentale gezondheid te meten. De scores van de items worden bij elkaar opgeteld, waarbij de hoogte van de score aangeeft in welke mate er positieve veranderingen zijn doorgevoerd in de gezondheid van de respondent na de mindsettraining. De Cronbach's Alpha voor de volledige gezondheid schaal is 0,910. De Cronbach's Alpha voor de fysieke gezondheid schaal is 0,846. De Cronbach's Alpha voor de mentale gezondheid schaal is 0,825.

3.3.5 Levenskwaliteit

De levenskwaliteit van de respondenten wordt gemeten aan de hand van een vraag. Deze vraag luidt als volgt: *Hoe tevreden bent u met uw leven op dit moment?* Deze vraag kan door de respondenten worden beantwoord op basis van een likertschaal (1) heel ontevreden tot (5) heel tevreden. Volgens Wahl, et al (2010) kan door middel van deze enkele vraag bepaald worden wat de respondent zijn of haar waargenomen kwaliteit van leven is. Aansluitend op deze vraag wordt gevraagd of dit veranderd is na de deelname aan de mindsettraining van Reset Yourself om te bepalen of de mindsettraining mogelijke invloed hierop heeft.

3.3.6 Sociale inclusie

De mate van sociale inclusie wordt gemeten door middel van de schaal van De Greef et al. (2010). De items van deze schaal zijn gebaseerd op de sociale competenties van de respondent (Huisman et al., 2003), de educatieve competenties voor het functioneren op de arbeidsmarkt (Huisman & Tubbing, 2005) en de competenties voor het opvoeden van kinderen binnen deze maatschappij (Huisman & Tubbing, 2005). Voor dit onderzoek zijn de stellingen aangepast om de mogelijke verandering in de mate van sociale inclusie te kunnen vaststellen na de deelname aan de mindsettraining van Reset Yourself. De stellingen bevatten nu woorden zoals 'meer', 'vaker' en 'beter'. De respondenten kunnen antwoorden door middel van een likertschaal die loopt van (1) volledig mee oneens naar (5) volledig mee eens. Punt 3 op de likertschaal betekent *‘de situatie is hetzelfde gebleven’*. De scores worden bij elkaar opgeteld, waarbij een hogere eindscore gelijk staat aan een hogere mate van sociale inclusie. De Cronbach's Alpha van deze schaal was 0,608, maar door items 17, 18 en 19 te verwijderen werd de Cronbach's Alpha 0,917. Een mogelijke reden dat deze stellingen binnen dit onderzoek niet werken is dat voor de vragenlijst van dit onderzoek de optie *‘niet van toepassing’* is

toegevoegd aan deze items. De respondenten hebben deze optie vaak gekozen, dit kan komen omdat zij geen kinderen hebben en deze stellingen dus niet voor hun toepasbaar zijn of deze optie werd gezien als een antwoord wat aangaf dat er geen verandering heeft plaatsgevonden.

3.3.7 Modererende factoren

De modererende factoren zijn de individuele kenmerken van de oud deelnemers. Voor de analyse worden deze geschetst als controle variabelen binnen het onderzoek. De vragenlijst begint met vragen over deze individuele kenmerken. Voorbeelden van deze vragen zijn “*Hoe bent u ingeschreven voor deze cursus?*” en “*Hoe heeft u de cursus gevolgd?*”. De vragen kunnen worden beantwoord door middel van multiple choice. Alleen voor de vragen omtrent de leeftijd van de respondent en het jaar wanneer zij de cursus hebben gevolgd, wordt er een antwoord in getallen verwacht. Deze achtergrondinformatie over de respondent geeft de mogelijkheid om te toetsen in hoeverre deze individuele kenmerken een modererende rol spelen in de relatie tussen de mindsettraining en sociale inclusie.

3.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Voor dit onderzoek zal er worden geprobeerd om een zo’n representatief mogelijk beeld te schetsen van de onderzoekspopulatie. De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestaat uit 1500 personen. Er zal een steekproefgrootte van minimaal 100 respondenten worden aangehouden. Deze steekproef is vrij klein vergeleken de onderzoekspopulatie, maar door de data te verkrijgen van een variatie aan mensen, kan er een representatief beeld worden gevormd en de externe validiteit van dit onderzoek worden versterkt (Boeije, 2014). Er zullen onder andere verschillen zijn in leeftijd, opleidingsniveau, het jaar waarin de training is gevolgd en of deze online of klassikaal is bijgewoond. Dit heeft als gevolg dat de conclusies van dit onderzoek beter kunnen worden gegeneraliseerd (Boeije, 2014).

Verder is ook de interne validiteit van dit onderzoek gewaarborgd. Dit is gedaan door de vragenlijst te laten nakijken. Vijf verschillende personen hebben de vragenlijst ingevuld en gecontroleerd op onduidelijkheden en dubbele vraagstellingen. Om de interne validiteit te verhogen is het van belang dat alle vragen duidelijk zijn en worden begrepen zoals ze door de onderzoeker bedoeld zijn (Boeije, 2014). Op deze manier is er meer zekerheid dat er wordt gemeten wat het onderzoek wil meten. Daarnaast is de vragenlijst opgebouwd uit al bestaande schalen die in eerdere onderzoeken zijn gebruikt en getest op interne cohesie. Voor dit onderzoek zijn dezelfde items gebruikt maar zijn er woorden zoals meer, minder, vaker en minder vaak toegevoegd. De Cronbach’s Alpha van de gebruikte schalen zijn gemiddeld hoger dan 0,8 wat duidt op een sterke interne consistentie (Babbie, 2013).

Evenzeer zal de betrouwbaarheid van dit onderzoek worden gegarandeerd. Dit zal worden gedaan door de data meerdere malen in SPSS te testen. Ook zal een tweede persoon het proces en de

testresultaten controleren om fouten te kunnen herstellen. Bovendien zal de herhaalbaarheid van dit onderzoek worden verzekerd door het onderzoeksproces en de keuzes en stappen die daarbinnen zijn gemaakt duidelijk te verwoorden in dit onderzoekspaper (Babbie, 2013).

3.5 Ethiek en privacy

Tijdens dit onderzoek wordt er gewerkt met een kwetsbare groep mensen. Dit heeft als gevolg dat er extra aandacht wordt vereist op het gebied van ethiek (Babbie, 2013). De data voor het onderzoek zal op een manier worden verzameld waarbij de privacy van de respondenten niet zal worden geschonden. Omwille van de privacy van de respondenten zullen zij volledig anoniem blijven en zullen er geen vragen worden gesteld waarvan de antwoorden terug zouden kunnen leiden naar een specifiek persoon. Bovendien zal de data veilig worden bewaard en alleen worden gebruikt voor dit onderzoek.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de analyses van het kwantitatieve onderzoek gerapporteerd en worden de resultaten besproken en bediscussieerd. De onderzoeksvraag die centraal staat is: *In hoeverre heeft de mindsettraining van Reset Yourself effect op de mate van sociale inclusie van bijstandsgerechtigden?* Het hoofdstuk is opgedeeld in de beschrijvende statistiek, de correlatieanalyses van de verschillende variabelen en de regressieanalyses waarbij de mediatie van de variabelen wordt besproken.

4.1 Beschrijvende statistiek

Een samenvatting van de respondenten van de vragenlijst is terug te vinden in figuur 2. De vragenlijst is ingevuld door personen die hebben aangegeven de Reset Yourself mindsettraining te hebben gevolgd. Hiervan hebben 105 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. 93,3% van de respondenten geeft aan vijf dagen of zes dagen te hebben deelgenomen aan de training. Dit betekent dat 93,3% alle onderdelen van de mindsettraining hebben bijgewoond. Wat verder in de beschrijvende statistiek naar voren komt is het hoge percentage aan vrouwen in vergelijking tot de mannen. De respondenten bestaan voor 70,5% uit vrouwen. Dit hoge percentage is ook terug te zien in de totalen bijstandsgerechtigden van de gemeente Rotterdam. Bijna 60% van de Rotterdamse bijstandsgerechtigden is vrouw. Garcia en Kazepov (2002) geven aan dat dit kan komen door het feit dat vrouwen vaak worden geacht thuis te blijven en de zorg van de kinderen op zich te nemen. Daarnaast stoppen zij eerder met hun opleiding vanwege het stichten van een gezin en hebben daardoor lagere baankansen. Verder laat de data van de vragenlijst zien dat 52,4% geen hogere opleiding heeft afgerond dan het lager voortgezet onderwijs, zelfs 15,2% heeft alleen de basisschool afgerond. Deze percentages zijn te relateren aan het opleidingsniveau van de totalen bijstandsgerechtigden van Rotterdam. Hier blijkt ongeveer 35% geen verdere opleidingen te hebben gevolgd na het lager voortgezet onderwijs. Daarnaast is er een gemiddelde leeftijd van 43,8 vastgesteld wat overeenkomt met de gemiddelde leeftijd van mensen in de bijstand van de gemeente Rotterdam.

De volgende hypothesen kunnen worden getoetst aan de hand van de beschrijvende statistieken:

H1a: *De mindsettraingen van Reset Yourself hebben een positief effect op het sociaal kapitaal.*

H1b: *De mindsettraingen van Reset Yourself hebben een positief effect op de coping-mechanismen.*

H1c: *De mindsettraingen van Reset Yourself hebben een positief effect op het gevoel van eigenwaarde*

H1d: *De mindsettraingen van Reset Yourself hebben een positief effect op de fysieke gezondheid.*

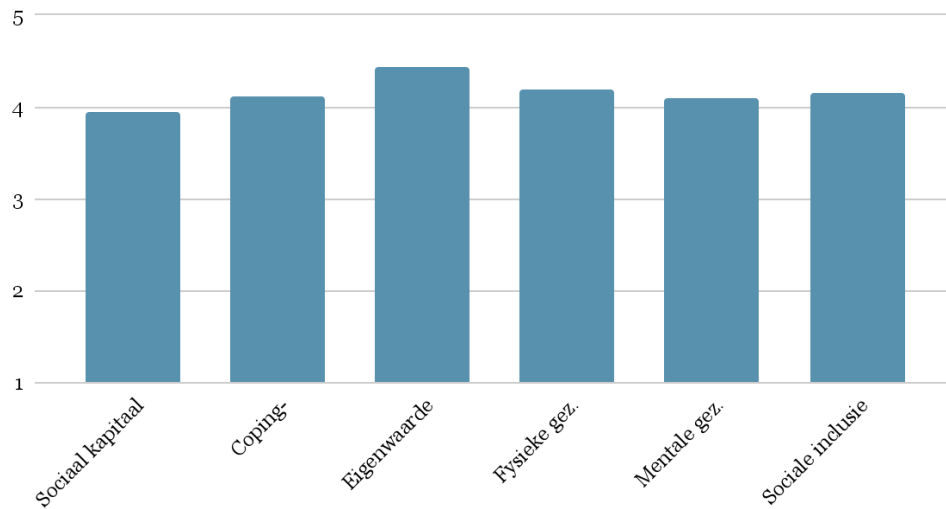
H1e: *De mindsettraingen van Reset Yourself hebben een positief effect op de mentale gezondheid.*

De vragenlijst is alleen ingevuld door mensen die de mindsettrainingen van Reset Yourself hebben gevolgd en de stellingen zijn positief of negatief geformuleerd om een verandering te kunnen

vaststellen in de dimensies, levenskwaliteit en sociale inclusie van de oud deelnemers. De verschillende dimensies zijn gemeten op een vijfpunts Likertschaal van ‘volledig mee oneens’ naar ‘volledig mee eens’. De modus is 5. Een gemiddelde dichtbij de 5 geeft aan dat de oud deelnemers een positief effect hebben ervaren en een verbetering teweeg is gebracht in hun persoonlijke groei nadat zij de mindsettraining hebben afgerond. De dimensies van persoonlijke groei die binnen de mindsettraining worden behandeld scoren gemiddeld een 4,03. Respondenten geven daarmee aan dat zij positieve veranderingen en persoonlijke groei hebben doorgemaakt na de afronding van de mindsettraining. Het sociaal kapitaal van de respondenten blijkt sinds de training licht te zijn toegenomen. Sociaal kapitaal heeft een score van 3,95, hieruit blijkt dat mensen meer vertrouwen hebben gekregen in de eerlijkheid van anderen en hun willigheid om iemand te helpen. Hypothese 1a kan daarom worden aangenomen. Toch kan er door de score worden geconcludeerd dat de respondenten voorzichtig blijven met wie zij vertrouwen en van wie zij hulp aannemen. De coping-mechanismen van de respondenten blijken een sterker positief effect te hebben ervaren van de mindsettraining in vergelijking met het sociaal kapitaal. Met een score van 4,11 gemiddeld blijken er positieve veranderingen te hebben plaatsgevonden bij de respondenten. Hypothese 1b kan daarom worden aangenomen. Respondenten geven aan meer controle te hebben over hun leven en meer mogelijkheden te zien om met problemen om te gaan en deze op te lossen. Sinds de mindsettraining blijken de respondenten meer verantwoordelijkheid te dragen en hebben zij de touwtjes van hun leven beter in handen. Ook het gevoel van eigenwaarde van de respondenten is sinds de mindsettraining verbeterd. Hypothese 1c kan daarom worden aangenomen. Volgens de respondenten heeft deze dimensie de meeste groei doorgemaakt en scoort deze gemiddeld een 4,43. Sinds de mindsettraining geven respondenten aan een positieve houding te hebben aangenomen ten opzichte van zichzelf en achten ze zichzelf vaker als waardevol. De laatste dimensie die werd behandeld is gezondheid. Deze dimensie is voor dit onderzoek opgesplitst in fysieke en mentale gezondheid. In beide gevallen blijkt er een positieve verandering te hebben plaatsgevonden sinds de mindsettraining. De fysieke gezondheid scoort gemiddeld een 4,19. Hypothese 1d kan daarom worden aangenomen. Deze score geeft aan dat de respondenten het gevoel hebben fysiek gezonder en fitter te zijn geworden. Uit de vragenlijst blijkt dat respondenten vaker de trap nemen en minder moeite hebben met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Bovendien geven de respondenten aan dat zij beter met hun pijn kunnen omgaan en pijn een minder prominente rol speelt in hun leven sinds de mindsettraining. Ook de mentale gezondheid blijkt te zijn verbeterd. Hypothese 1e kan daarom worden aangenomen. De mentale gezondheid heeft een gemiddelde van 4,09. Hiermee kan worden gesteld dat de respondenten sinds de mindsettraining beter in hun vel zitten. Ze hebben een verbetering in hun energieniveau ervaren en zijn minder vaak neerslachtig of onrustig.

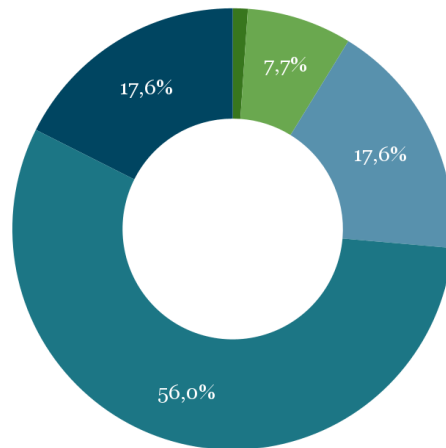
De respondenten geven aan een persoonlijke groei te hebben doorgemaakt sinds de afronding van de mindsettraining, maar daarnaast blijkt ook hun levenskwaliteit te zijn verbeterd. De score van 3,80 toont aan dat de respondenten tevreden zijn met hun leven op dit moment. Meer dan 96% duidt hierbij aan dat hun levenskwaliteit is verhoogd door de deelname aan de mindsettraining.

De dimensies en sociale inclusie



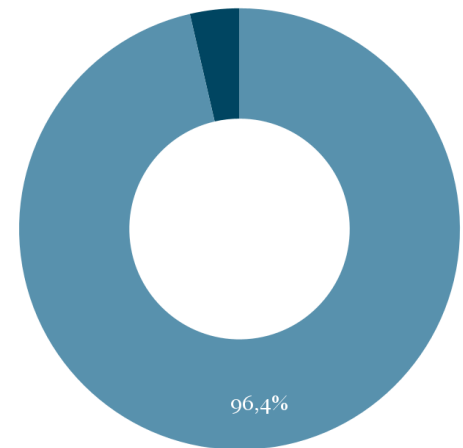
Levenskwaliteit

- Heel ontevreden
- Ontevreden
- Niet ontevreden of tevreden
- Tevreden
- Heel tevreden



Verbetering levenskwaliteit

- Ja
- Nee



Figuur 2

	Gemiddelde/Percentage	St. deviatie	N
Sociaal kapitaal	3,95	0,971	105
Coping-mechanismen	4,11	0,761	105
Eigenwaarde	4,43	0,681	105
Gezondheid	4,07	0,686	105
Algemene gezondheid	3,28	0,826	105
Fysieke gezondheid	4,19	0,808	105
Mentale gezondheid	4,09	0,683	105
Levenskwaliteit	3,80	0,825	105
Sociale inclusie	4,15	0,592	105
Geslacht	-	-	105
Man	28,6%	-	30
Vrouw	70,5%	-	74
Anders	1,0%	-	1
Leeftijd	43,8	1,246	105
Opleiding	2,84	1,353	105
Aanmelding	2,13	0,651	105
Online	31,4	-	33
Klassikaal	68,6	-	72
Aantal dagen	5,55	0,747	105

4.2 Correlatieanalyse

In deze sectie van het hoofdstuk worden de correlaties tussen de onderzoeksvariabelen gerapporteerd. De correlatieanalyses geven aan in welke mate er samenhang bestaat tussen de variabelen en hoe sterk deze samenhang is (Field, 2013). De analyses geven aan dat er positieve correlaties bestaan tussen de dimensies en de levenskwaliteit van de respondent. Sociaal kapitaal heeft een significante, positieve, maar zwakke correlatie met levenskwaliteit ($r=0,240$; $p<0,05$). Ditzelfde geldt voor de dimensie coping-mechanismen ($r=0,234$; $p<0,05$) en eigenwaarde ($r=0,290$; $p<0,01$). De dimensie van gezondheid blijkt een grotere samenhang te hebben met de levenskwaliteit van de respondent. De correlatie, blijkt uit de analyses, het sterkst tussen mentale gezondheid en levenskwaliteit ($r=0,484$; $p<0,01$). Dit kan suggereren dat een positieve verandering in de mentale gezondheid van een persoon de grootste invloed heeft op de levenskwaliteit. Daarnaast komt uit de analyses naar voren dat er ook

veel samenhang bestaat tussen de dimensies zelf. De Pearson correlatie wijst uit dat er een significant, sterk positief verband is tussen de dimensies sociaal kapitaal, coping-mechanismen en eigenwaarde ($r=0,756$; $p<0,01$; $r=0,611$; $p<0,01$; $r=0,722$; $p<0,01$). Ook de dimensie gezondheid geeft een significante, positieve correlatie weer, echter blijkt dit verband met de andere dimensies zwakker te zijn ($r=0,380$; $p<0,01$; $r=0,451$; $p<0,01$; $r=0,428$; $p<0,01$). De significante correlaties doen vermoeden dat de dimensies een positief versterkend effect op elkaar hebben. Verder blijkt uit de analyses dat de vier dimensies een verband hebben met sociale inclusie. Bij sociaal kapitaal is er sprake van een significant, middelmatig positieve correlatie met sociale inclusie ($r=0,453$; $p<0,01$). Hetzelfde geldt voor de dimensies coping-mechanismen en eigenwaarde ($r=0,461$; $p<0,01$; $r=0,411$; $p<0,01$). Gezondheid komt in de analyses naar voren als de dimensie met het sterkste verband met sociale inclusie ($r=0,638$; $p<0,01$). Ook hier blijkt dat mentale gezondheid een sterkere correlatiecoëfficiënt heeft dan fysieke gezondheid ($r=0,676$; $p<0,01$; $r=0,527$; $p<0,01$). Dit kan erop duiden dat een verandering in de mentale gezondheid van een persoon een grotere invloed heeft op de mate van sociale inclusie dan een verandering in de fysieke gezondheid. Ook levenskwaliteit heeft een significante, positieve correlatie met sociale inclusie, echter is dit een zwak verband. Deze uitkomst kan suggereren dat de invloed van de mindsettraining via de dimensies direct doorstroomt naar sociale inclusie, in plaats dat levenskwaliteit als een mediërende variabele hier tussen staat. Deze vermoedens zullen verder worden uitgewerkt in de regressieanalyse.

De controlevariabelen binnen dit onderzoek blijken weinig significante verbanden te hebben met de onderzoeksvariabelen. Alleen de variabele opleiding blijkt significante correlaties te hebben met de volgende variabelen: sociaal kapitaal, coping-mechanismen, eigenwaarde, fysieke gezondheid, levenskwaliteit en aanmelding. De correlaties zijn in alle gevallen negatief, dit doet beweren dat een hogere opleiding een negatieve invloed heeft op de genoemde variabelen. Daarentegen zijn het zeer zwakke correlaties dus zal de invloed minimaal zijn. Alleen tussen opleiding en aanmelding is er een significante, middelmatig negatieve correlatie aanwezig ($r=-0,445$; $p<0,01$). Dit kan aangeven dat personen met een hogere opleiding vaker niet op vrijwillige basis deelnemen aan de mindsettrainingen en verplicht worden aangemeld door de gemeente Rotterdam.

4.2.1 Multicollineariteit

De correlatiecoëfficiënten staan vermeld in figuur 3. Hierin wordt duidelijk dat verschillende variabelen een hoge correlatiecoëfficiënt hebben. Dit kan duiden op multicollineariteit (Field, 2013). Er bestaan hoge correlaties tussen de dimensies. Deze hoge correlaties kunnen worden verklaard doordat deze alle dimensies zijn van ‘persoonlijke groei’. Toch zullen deze variabelen, naast de andere onderzoeksvariabelen, getoetst worden op multicollineariteit. Om multicollineariteit vast te kunnen stellen zijn de VIF waarden van alle onderzoeksvariabelen berekend. Een VIF waarde hoger dan vier suggereert dat multicollineariteit zich voordoet tussen de variabelen (Field, 2013). Binnen dit onderzoek overschrijden de VIF waarden de 4 grens niet, wat concludeert dat er geen sprake is van

multicollineariteit. Door de afwezigheid van multicollineariteit tussen de dimensies is ervoor gekozen deze niet samen te voegen tot een variabele ‘persoonlijke groei’, maar zijn deze per dimensie te toetsen.

Figuur 3

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Sociaal kapitaal	1	0,756**	0,611**	0,380**	0,332**	0,408**	0,240*	0,453**	-0,084	-0,061	-0,238*	0,079	-0,115	0,079	0,120
2 Coping- mechani smen		1	0,722**	0,451**	0,458**	0,411**	0,234*	0,461**	-0,042	-0,031	-0,227*	0,56	-0,137	0,136	0,101
3 Eigenwa arde			1	0,428**	0,405**	0,416**	0,290**	0,411**	-0,006	0,098	-0,207*	0,022	-0,113	0,237*	0,070
4 Gezondh eid				1	0,939**	0,947**	0,465**	0,638**	-0,009	-0,145	-0,171	0,158	-0,148	0,024	0,138
5 Fysieke gezondh eid					1	0,789**	0,339**	0,527**	-0,0013	-0,154	-0,212*	0,173	-0,070	-0,059	0,150
6 Mentale gezondh eid						1	0,484**	0,676**	-0,11	-0,119	-0,120	0,144	-0,189	0,381	0,288
7 Levensk waliteit							1	0,367**	0,154	-0,163	-0,193*	0,140	-0,148	0,060	0,041
8 Sociale inclusie								1	-0,103	-0,148	-0,128	0,079	-0,174	0,076	0,079

9 Geslacht									1	-0,037	-0,026	-0,098	0,138	-0,005	-0,054
10 Leeftijd										1	-0,095	0,582	-0,424**	0,106	-0,005
11 Opleiding											1	-0,445**	0,154	0,101	0,089
12 Aanmelding												1	-0,092	-0,114	-0,113
13 Welk jaar													1	-0,438**	-0,106
14 Hoe gevolgd														1	0,006
15 Aantal dagen															1

* Correlatie is significant op het 0,01 niveau

** Correlatie is significant op het 0,05 niveau

4.3 Regressieanalyse

In deze sectie van het hoofdstuk wordt de toetsing van de hypothesen gerapporteerd en besproken. In dit onderzoek wordt er verwacht dat de mindsettrainingen van Reset Yourself een positief effect hebben op de mate van sociale inclusie van de deelnemer. Vanuit de theorie is er vanuit gegaan dat deze relatie niet direct is, maar wordt gemedieerd door een aantal variabelen. De verwachting is dat de invloed van de mindsettrainingen wordt gemedieerd door de verschillende dimensies: sociaal kapitaal, coping-mechanismen, gevoel van eigenwaarde en gezondheid. Veranderingen binnen deze dimensies zorgen voor een verhoging of verlaging van de levenskwaliteit van de deelnemer, wat uiteindelijk zijn invloed uitoefent op de mate van sociale inclusie. Om te kunnen vaststellen of deze verwachtingen mogen worden aangenomen, worden de R^2 waarden, de bèta waarden en de significanties berekend van de verschillende relaties. De analyses worden uitgevoerd met een significantiewaarde van tenminste 0,05.

De volgende hypothesen worden getoetst:

H2a: *Een verhoging van sociaal kapitaal heeft een positief effect op de levenskwaliteit.*

H2b: *Een verhoging van de coping-mechanismen heeft een positief effect op de levenskwaliteit.*

H2c: *Een verhoging van gevoel van eigenwaarde heeft een positief effect op de levenskwaliteit.*

H2d: *Een verbetering van de fysieke gezondheid heeft een positief effect op de levenskwaliteit.*

H2e: *Een verbetering van de mentale gezondheid heeft een positief effect op de levenskwaliteit.*

H3: *Een verhoging van de levenskwaliteit heeft een positief effect op de mate van sociale inclusie.*

H4: *Een verhoging in de mate van sociale inclusie heeft een positief effect op de levenskwaliteit.*

Voordat de regressieanalyses zijn uitgevoerd is er gecontroleerd of het regressiemodel voldoet aan de volgende voorwaarden: normale verdeling, linear en homoscedastisch. De grafieken van deze controle analyses zijn terug te vinden in de bijlagen. Het regressiemodel van deze dataset voldoet aan de voorwaarden, ook is er al eerder vastgesteld dat er geen sprake is van multicollineariteit en kan er dus verder worden gegaan met de analyses. Verder moet er worden aangekaart dat er een verschil zit in meetmethoden tussen de onderzoeksvariabelen. In dit onderzoek zijn alle variabelen gemeten aan de hand van stellingen die stellen dat een situatie of gevoel ‘meer’, ‘minder’, ‘vaker’ of ‘minder vaak’ voorkomt bij de respondent. Dit is gedaan, omdat er geen tijd was voor twee meetmomenten, maar dit onderzoek toch een mogelijk verschil wilde vaststellen tussen de periode voor en na de mindsettraining. Echter, is de variabele levenskwaliteit gemeten aan de hand van een neutrale vraag en een vraag of de levenskwaliteit is verbeterd na de mindsettraining. Deze keuze is gemaakt, omdat levenskwaliteit door middel van een enkele vraag gemeten kan worden en dit de meest voorkomende en simpele meetmethoden is (Wahl, et al., 2010). De toevoeging van de tweede vraag, biedt de mogelijkheid om het effect van de mindsettraining vast te stellen. Voor de andere variabelen was deze methoden niet mogelijk, omdat deze schalen bestonden uit meerdere items die vroegen naar

verschillende aspecten van de variabele. Deze items zijn daarom aangevuld met de woorden ‘meer’, ‘minder’, ‘vaker’ of ‘minder vaak’.

Voor de hypothese 2a tot en met 2e is er een meervoudige regressie uitgevoerd. De bèta waarden, significanties, R^2 waarden en F waarden zijn terug te vinden in figuur 4. In dit figuur zijn drie modellen gerapporteerd. In model 1 zijn de waarden van de meervoudige regressie te zien met als onafhankelijke variabelen de dimensies en als afhankelijke variabele levenskwaliteit. In model twee is deze regressie uitgevoerd met alleen de controlevariabelen als onafhankelijke variabelen en in model 3 zijn de dimensies als onafhankelijke variabelen hieraan toegevoegd. Zowel model 1 als model 3 concluderen dat alleen de variabele mentale gezondheid een significante relatie heeft met levenskwaliteit. Toch blijken beide modellen significant te zijn, ook al blijkt uit de regressieanalyse dat de meeste onafhankelijke variabelen geen significante relatie hebben met de afhankelijke variabele. De insignificantie van de onafhankelijke variabelen kan worden verklaard door de hoge correlaties tussen de onafhankelijke variabelen. De aanwezigheid van deze correlaties zorgt ervoor dat het effect van de onafhankelijke variabelen verdund is en hun p waarden hoger zijn dan 0,05. Echter, kan er door de significantie van het model en de significantie die is vastgesteld door middel van enkelvoudige regressieanalyses (figuur 5) worden vastgesteld dat de onafhankelijke variabelen gerelateerd zijn aan de uitkomst van levenskwaliteit (Witten, Hastie & Tibshirani, 2013). De nulhypothese, dat er geen effect is tussen de dimensies en levenskwaliteit, kan dus worden verworpen. Er is sprake van een positief effect van de dimensies op de levenskwaliteit van een persoon, ook al laat figuur 4 zien dat er bij vier van de vijf variabelen geen significante relatie kan worden aangetoond. Sociaal kapitaal laat een heel zwak, maar positief effect zien op levenskwaliteit ($r=0,042$). Hypothese 2a kan daarom worden aangenomen. Coping-mechanismen laat een heel zwak, maar positief effect zien op levenskwaliteit ($r=0,057$). Hypothese 2b kan daarom worden aangenomen. Gevoel van eigenwaarde laat een zwak tot gemiddeld positief effect zien op levenskwaliteit ($r=0,216$). Hypothese 2c kan daarom worden aangenomen. Hetzelfde geldt voor fysieke gezondheid, deze variabele laat een zwak tot gemiddeld positief effect zien op levenskwaliteit ($r=0,201$). Hypothese 2d kan daarom worden aangenomen. De laatste dimensie, mentale gezondheid, laat als enige een significant sterk positief effect zien op levenskwaliteit ($r=0,520$; $p<0,05$). Hieruit kan worden vastgesteld dat de mentale gezondheid van een persoon de meeste impact heeft op de levenskwaliteit. Ook hypothese 2e kan worden aangenomen.

In model 3 is de R^2 waarde 0,085 hoger dan in model 1. Deze verhoging komt door de toevoeging van de controlevariabelen. Deze verhoging zal met name zijn veroorzaakt door de variabele leeftijd. Leeftijd is de enige controlevariabelen die een significante relatie toont in zowel de meervoudige regressie als de enkelvoudige regressie. Uiteindelijk verklaart model 3 33,6% van de variantie in levenskwaliteit. Dit lage percentage geeft aan dat er andere factoren meespelen die invloed hebben op de veranderingen in levenskwaliteit die niet in dit onderzoek zijn opgenomen.

Figuur 4

	Model 1	Model 2	Model 3
Geslacht		0,183	0,169
Leeftijd		-0,277*	-0,231*
Opleiding		-0,154	-0,122
Aanmelding		0,055	0,027
Welk jaar		-0,257*	-0,183
Hoe gevolgd		-0,001	-0,076
Aantal dagen		0,042	0,015
Sociaal kapitaal	0,000		0,042
Coping-mechanismen	0,028		0,057
Gevoel van eigenwaarde	0,137		0,216
Fysieke gezondheid	0,130		0,201
Mentale gezondheid	0,541**		0,520*
Significantie	0,000	0,023	0,000
R ²	0,251	0,150	0,336
F	6,627	2,451	3,884

* Correlatie is significant op het 0,01 niveau

** Correlatie is significant op het 0,05 niveau

Figuur 5

	Sociaal kapitaal	Coping-mechanismen	Gevoel van eigenwaarde	Fysieke gezondheid	Mentale gezondheid
Bèta	0,240*	0,234*	0,290*	0,339**	0,484**
R ²	0,058	0,055	0,084	0,105	0,234
F	6,310	5,971	9,424	13,407	31,487

* Correlatie is significant op het 0,01 niveau

** Correlatie is significant op het 0,05 niveau

Hypothese 3 verwacht dat een verhoging van de levenskwaliteit een positief effect heeft op de mate van sociale inclusie. Er is een regressieanalyse uitgevoerd met levenskwaliteit als onafhankelijke variabele en sociale inclusie als afhankelijke variabele. Levenskwaliteit blijkt sociale inclusie significant te kunnen verklaren. F is 16,020 ($p < 0,01$), wat duidt dat levenskwaliteit een significante rol speelt in de mate waarin de verhoging van sociale inclusie aanwezig is ($b = 0,367$; $p < 0,01$). De bèta

waarde geeft aan dat er een gemiddeld positief effect is van levenskwaliteit op sociale inclusie. Deze positieve significante waarde maakt dat hypothese 3 kan worden aangenomen. Daarnaast is ook getoetst of de verbetering in levenskwaliteit, als gevolg van de mindsettraining, de verhoging van sociale inclusie kan verklaren. Uit de regressieanalyse blijkt de verbetering in levenskwaliteit een significant positief effect te hebben op de verhoging van sociale inclusie ($b=0,499$; $p<0,01$). Hieruit kan worden geconcludeerd dat de mindsettraining, door middel van de verbetering in levenskwaliteit, een positief effect uitoefent op de verhoging van sociale inclusie.

Hypothese 4 verwacht dat het effect ook andersom loopt. Een verhoging in de mate van sociale inclusie heeft een positief effect op de levenskwaliteit. In dit geval is sociale inclusie de onafhankelijke variabele en levenskwaliteit de afhankelijke variabele. De uitkomsten van deze regressieanalyse zijn identiek aan de uitkomsten van de regressieanalyse van hypothese 3. Alleen de niet gestandaardiseerde coëfficiënten hebben andere waarden (figuur 6). Dit verschil is te verklaren door de eenheid waarmee beide variabelen zijn gemeten. Levenskwaliteit is gemeten aan de hand van een vraag. Sociale inclusie is gemeten aan de hand van 16 stellingen. De overeenkomst in bèta, R^2 en F waarden geeft aan dat levenskwaliteit en sociale inclusie elkaar als een constante beïnvloeden en nauw verbonden zijn met elkaar. Hypothese 4 kan daarom worden aangenomen.

Figuur 6

	B	Bèta	R^2	F
H3	4,212	0,367**	0,135	16,020
H4	0,032	0,367**	0,135	16,020

* Correlatie is significant op het 0,01 niveau

** Correlatie is significant op het 0,05 niveau

4.3.1 Mediatie

Voor dit onderzoek wordt er vanuit gegaan dat levenskwaliteit een mediërende rol heeft in de relaties tussen de dimensies van persoonlijke groei en de mate van sociale inclusie. In deze sectie van de regressieanalyse zal er aan de hand van de Hayes mediatieanalyse worden geconcludeerd of er een mediërende rol is van levenskwaliteit. De samenvatting van de analyse is terug te lezen in figuur 7. Binnen deze analyse worden de volgende letters gebruikt als afkortingen voor de variabelen:

- X1: Sociaal kapitaal
- X2: Coping-mechanismen
- X3: Gevoel van eigenwaarde
- X4: Fysieke gezondheid
- X5: Mentale gezondheid
- M: Levenskwaliteit
- Y: Sociale inclusie

Ten eerste is de mediërende rol van levenskwaliteit in de relatie tussen sociaal kapitaal en sociale inclusie getoetst. De resultaten geven aan dat er een significant indirect effect is van sociaal kapitaal

op sociale inclusie ($b=0,2319$; $p<0,01$). Verder blijkt dat het directe effect ook significant is met de aanwezigheid van levenskwaliteit binnen de relatie ($b=1,3662$; $p<0,01$). Door middel van de sterkte van de coëfficiënt van het directe effect, in vergelijking met de coëfficiënt van het indirecte effect, kan worden geconcludeerd dat de meeste invloed rechtstreek op sociale inclusie wordt uitgeoefend. Dit sterke directe effect is ook terug te zien in de relaties coping-mechanismen en sociale inclusie en fysieke gezondheid en sociale inclusie ($b=0,7052$; $b=1,0679$). De indirecte effecten zijn in deze relaties significant, maar vrij zwak ($b=0,1141$; $b=0,1691$). Eveneens kan voor deze relaties worden vastgesteld dat levenskwaliteit een mediërende rol heeft in de relatie tussen de dimensie en sociale inclusie, maar dat de grootste invloed direct van de dimensie op sociale inclusie wordt uitgeoefend. Dit is ook het geval voor de relatie tussen gevoel van eigenwaarde en sociale inclusie, echter is dit effect zwak tot gemiddeld ($b=0,4630$; $p<0,01$). Het indirecte effect is nog zwakker ($b=0,1098$; $p<0,01$). Deze zwakke coëfficiënten duiden erop dat gevoel van eigenwaarde weinig effect heeft op de mate van sociale inclusie. Uit de mediatieanalyse van levenskwaliteit in de relatie tussen mentale gezondheid en sociale inclusie is vastgesteld dat er geen significant indirect effect aanwezig is ($b=0,0584$; $p>0,05$). Het directe effect van mentale gezondheid op sociale inclusie is sterk en significant ($b=1,5028$; $p<0,01$). Uit deze resultaten kan worden geconcludeerd dat levenskwaliteit geen mediërende rol speelt binnen deze relatie.

Figuur 7

	X→M	M→Y	Direct effect	Indirect effect	Totaal effect
X1→M→Y	0,0738*	3,1428**	1,3662**	0,2319**	1,5981**
X2→M→Y	0,0363*	3,1461**	0,7052**	0,1141**	0,8193**
X3→M→Y	0,0351**	3,1053**	0,4630**	0,1098**	0,5720**
X4→M→Y	0,0693**	2,4381*	1,0679**	0,1691**	1,2369**
X5→M→Y	0,0974**	0,5993	1,5028**	0,0584	1,5611**

* Correlatie is significant op het 0,01 niveau

** Correlatie is significant op het 0,05 niveau

Door middel van de Hayes analyse is er vastgesteld dat het directe effect van de dimensies sterker is dan het indirecte effect via levenskwaliteit. Er is daarom een meervoudige regressie uitgevoerd om te constateren in hoeverre de dimensies invloed uitoefenen op sociale inclusie. De bèta waarden, significanties, R^2 waarden en F waarden zijn terug te vinden in figuur 8. In dit figuur zijn drie modellen gerapporteerd. In model 1 zijn de waarden van de meervoudige regressie te zien met als onafhankelijke variabelen de dimensies en levenskwaliteit en als afhankelijke variabele sociale inclusie. In model 2 is deze regressie uitgevoerd met alleen de controlevariabelen als onafhankelijke variabelen en in model 3 zijn de dimensies en levenskwaliteit als onafhankelijke variabelen hieraan toegevoegd. In figuur 8 is te zien dat modellen 1 en 3 beide significant zijn, echter is er alleen een

significante relatie vast te stellen tussen mentale gezondheid en sociale inclusie. Het feit dat de andere variabelen geen significante relatie aantonen kan zijn veroorzaakt door de hoge correlaties tussen de variabelen (Witten, et al., 2013). Dezelfde situatie doet zich voor in de meervoudige regressie met levenskwaliteit als afhankelijke variabele (figuur 4). De hoge correlaties hebben als gevolg dat dat het effect verdund en de p waarden hoger zijn dan 0,05. Echter, kan er door de significantie van het model worden vastgesteld dat de onafhankelijke variabelen gerelateerd zijn aan de uitkomst van sociale inclusie en kunnen de relaties als significant worden gezien. De dimensies laten alle vijf een positief effect zien op sociale inclusie. Sociaal kapitaal heeft een zeer zwak positief effect op sociale inclusie ($r=0,068$). Coping-mechanismen laat een zeer zwak positief effect zien ($r=0,142$). Gevoel van eigenwaarde heeft ook een zeer zwak positief effect op sociale inclusie ($r=0,057$). Fysieke gezondheid toont ook een zeer zwak positief effect ($r=0,091$). Alleen mentale gezondheid heeft een sterk positief effect op sociale inclusie, die door de analyse ook als significant is bevonden ($r=0,602$; $p<0,01$).

Figuur 8

	Model 1	Model 2	Model 3
Geslacht		-0,080	-0,088
Leeftijd		-0,271	-0,128
Opleiding		-0,130	-0,027
Aanmelding		-0,018	-0,055
Welk jaar		-0,251	-0,098
Hoe gevolgd		0,005	-0,054
Aantal dagen		0,057	-0,017
Sociaal kapitaal	0,100		0,068
Coping-mechanismen	0,159		0,142
Gevoel van eigenwaarde	0,001		0,057
Fysieke gezondheid	0,070		0,091
Mentale gezondheid	0,607**		0,602**
Levenskwaliteit	0,035		0,025
Significantie	0,000	0,106	0,000
R ²	0,505	0,112	0,526
F	16,673	1,753	7,771

* Correlatie is significant op het 0,01 niveau

** Correlatie is significant op het 0,05 niveau

Deze relaties verklaren 52,6% van de veranderingen in de mate van sociale inclusie. Dit betekent dat er andere factoren invloed hebben op de variantie in sociale inclusie. De relaties die zijn aangetoond binnen dit onderzoek zijn zwak, maar positief. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de dimensies van persoonlijke groei een positief effect hebben op de mate van sociale inclusie, maar dat deze zeer minimaal is. Daarentegen blijkt de dimensie mentale gezondheid wel een sterk effect te hebben op de mate van sociale inclusie. Verder is het directe effect sterker dan het indirecte effect en blijkt levenskwaliteit dus weinig tot geen toevoeging te hebben in de relatie tussen de dimensies en sociale inclusie.

Hoofdstuk 5 Conclusie en Discussie

5.1 Beantwoording onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen over het effect van mindsettraining op de mate van sociale inclusie van bijstandsgerechtigden binnen de gemeente Rotterdam. Voor dit onderzoek zijn de volgende deelvragen opgesteld: *Wat houdt de mindsettraining van Reset Yourself in?; Wat is sociale inclusie?; Hoe beïnvloedt de mindsettraining van Reset Yourself de mate van sociale inclusie van haar deelnemers?; Zijn er factoren die invloed hebben op het effect van de mindsettraining?*. In dit onderzoek is er data verzameld van oud deelnemers van de mindsettraining van Reset Yourself. Deze zesdaagse mindsettraining legt de focus op de persoonlijke groei van haar deelnemers. Er wordt gewerkt aan de motivatie en activatie van bijstandsgerechtigden om positieve veranderingen in hun leven te bewerkstelligen. De training maakt gebruik van sprekers, die hun eigen verhaal delen en benadrukken wat er nodig is om positieve verandering teweeg te brengen. Verder worden ook ‘doe-challenges’ geïmplementeerd, die de deelnemers moeten activeren om uit hun comfortzone te stappen. Na afronding van de training wordt er geacht dat de deelnemers persoonlijke groei hebben doorgemaakt en hun mate van sociale inclusie is gestegen. Bijstandsgerechtigden kunnen ervaring hebben met de vermindering van sociale inclusie. Door hun privésituatie en positie binnen de samenleving kunnen bijstandsgerechtigden het gevoel krijgen niet binnen de samenleving te passen en niet te worden geaccepteerd (Buchan, et al., 2000). Mindsettraining probeert bijstandsgerechtigden te laten inzien dat zij waardevolle deelnemers zijn van de samenleving (Jarvis & Griffin, 2003). Het probeert hen een actievere houding aan te laten nemen binnen de samenleving en hun sociale participatie te verhogen. Dit wordt binnen de mindsettraining gedaan door te focussen op de dimensies van persoonlijke groei. Een verhoging van deze dimensies kan ertoe leiden dat een persoon sterker in zijn of haar schoenen komt te staan en een positieve houding heeft tegenover zichzelf en zijn of haar omgeving. Dit heeft als effect dat diegene zich meer op zijn of haar plek voelt binnen de samenleving en de mate van sociale inclusie wordt verhoogd (Andrews & Withey, 1974). In dit onderzoek werd verwacht dat factoren dit effect zouden modereren. Echter, blijkt dat de factoren die binnen dit onderzoek zijn getoetst weinig tot geen veranderingen in het effect bewerkstelligen. Een andere factor die mogelijk wel effect zou kunnen hebben is bijvoorbeeld leefomstandigheid (Andrews & Withey, 1974). Deze factor zou in een volgend onderzoek moeten worden getoetst.

De centrale onderzoeksvraag luidde als volgt: *“In hoeverre heeft de mindsettraining van Reset Yourself effect op de mate van sociale inclusie van bijstandsgerechtigden?”*.

Uit de theorie werd vastgesteld dat mindsettrainingen een aantal dimensies aankaarten binnen de trainingssessies (Wahl, et al., 2010). In de trainingen van Reset Yourself kwamen de volgende dimensies aan bod sociaal kapitaal, coping-mechanismen, gevoel voor eigenwaarde, fysieke gezondheid en mentale gezondheid. Uit de resultaten van de vragenlijst kan worden geconcludeerd dat

de deelname aan de mindsettraining van Reset Yourself heeft geleid tot een hogere score in alle vijf van de dimensies. Dit geeft aan dat de mindsettraining positieve veranderingen teweegbrengt bij haar deelnemers op het gebied van persoonlijke groei. De dimensies werden elk positief beïnvloed, maar bij de een is meer toename zichtbaar dan bij de ander. Het sociaal kapitaal is bijvoorbeeld licht toegenomen. Na afloop van de mindsettraining blijken de oud deelnemers meer vertrouwen te hebben in mensen en hun willigheid om hulp te bieden. Toch blijven de oud deelnemers voorzichtig met het vertrouwen van anderen en blijven zij het meest vertrouwen op zichzelf. De coping-mechanismen van de oud deelnemers zijn, in vergelijking met het sociaal kapitaal, sterker toegenomen sinds de mindsettraining. De mindsettraining heeft hen geholpen beter om te kunnen gaan met veranderingen en heeft hen meer controle gegeven over hun leven. Ook geven de oud deelnemers aan dat zij positieve veranderingen hebben meegemaakt op het gebied van hun probleemoplossend vermogen. De dimensie die het meest blijkt te worden beïnvloed door de mindsettraining is het gevoel van eigenwaarde. Tijdens de mindsettraining wordt er telkens benadrukt dat je als persoon waardevol bent en een meer positieve houding naar jezelf mag aannemen. Deze woorden blijken een positief effect te hebben op de deelnemers. De oud deelnemers geven aan dat zij vaker trots zijn op zichzelf en met meer respect met zichzelf omgaan. Ook in de dimensie van gezondheid zijn positieve veranderingen vastgesteld. Voor zowel de fysieke als mentale gezondheid geven de oud deelnemers aan dat zij verbeteringen hebben doorgemaakt. Sinds de mindsettraining voelen ze zich fitter en wordt hun leven minder geleid door fysieke pijn. Ook blijkt dat ze meer energie hebben en beter in hun vel zitten als gevolg van hun deelname aan de mindsettraining.

Daarnaast geeft meer dan 96% van de oud deelnemers aan dat hun levenskwaliteit is verbeterd sinds de deelname aan de mindsettraining. Er werd verwacht dat deze verbetering van levenskwaliteit zou worden veroorzaakt door de verhoging van de dimensies. In de regressieanalyse werd getoetst in hoeverre de dimensies invloed uitoefenen op de levenskwaliteit van de deelnemers. De resultaten geven aan dat voor vier van de vijf dimensies er geen significante relatie kan worden vastgesteld. Echter is het model met alle vijf de dimensies wel significant. Volgens Witten, et al. (2013) zijn de dimensies die geen significantie hebben volgens de analyse alsnog gerelateerd aan levenskwaliteit en kunnen deze als significant worden gezien. Mentale gezondheid is echter de enige dimensie die een sterk verband kan aantonen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de dimensie mentale gezondheid de meeste invloed uitoefent op levenskwaliteit. Oud deelnemers geven daarmee aan dat hun mentale gezondheid het zwaarst meeweegt in de kwaliteit van hun leven. De andere dimensies hebben wel een effect, maar blijken een minimale rol te spelen in veranderingen van de levenskwaliteit.

Veranderingen van de levenskwaliteit worden ook deels verklaard door de mate van sociale inclusie. De oud deelnemers geven aan dat zij na de de mindsettraining een hogere mate van sociale inclusie ervaren. De mindsettraining heeft geresulteerd in meer sociale participatie van de oud deelnemers en het gevoel dat zij deel uitmaken van de samenleving. Oud deelnemers geven aan meer

betrokken te zijn en ook zich meer op hun plek te voelen binnen de samenleving. Er werd verwacht dat deze positieve veranderingen deels het gevolg zouden zijn van een verbetering van levenskwaliteit. Uit de resultaten kan worden vastgesteld dat levenskwaliteit een zwak maar positief effect heeft op sociale inclusie. Hetzelfde geldt voor het effect van sociale inclusie op levenskwaliteit. Ook hier bestaat er een zwak maar positief effect. 13,5% van de veranderingen in beide variabelen kunnen worden verklaard door de andere variabele. De levenskwaliteit van een persoon en de mate van sociale inclusie die hij of zij ervaart zijn dus met elkaar verbonden, echter duidt het lage verklarende percentage aan dat mogelijk andere factoren de veranderingen beter kunnen verklaren, waaronder de dimensies.

De verwachting was dat er geen sprake zou zijn van een direct effect tussen de dimensies en sociale inclusie. Er is een Hayes mediatieanalyse uitgevoerd om deze verwachting te kunnen vaststellen. Echter, tonen de resultaten aan dat voor elke dimensie geldt dat het directe effect op sociale inclusie sterker is dan het indirecte effect via levenskwaliteit. De mediërende rol van levenskwaliteit is zeer zwak en binnen de relatie met mentale gezondheid zelfs insignificant. Wat aangeeft dat veranderingen in de mentale gezondheid van de oud deelnemers een direct effect hebben op de mate van sociale inclusie die zij ervaren. Levenskwaliteit speelt binnen deze relatie dus geen rol. De uitkomsten van het directe effect van de dimensies op sociale inclusie wijzen op een zeer sterk positief effect. De conclusie die hieruit kan worden getrokken is dat de levenskwaliteit van de oud deelnemers in een positieve zin is beïnvloed door de mindsettraining, maar dat deze verandering in levenskwaliteit weinig tot geen effect heeft op de mate van sociale inclusie van de oud deelnemers binnen deze relatie. Het effect van de dimensies wordt voornamelijk rechtstreeks uitgeoefend op de sociale inclusie. De resultaten van de meervoudige regressie geven aan dat het effect van de dimensies in vier van de vijf gevallen zeer zwak is. Alleen mentale gezondheid toont een sterk positief effect. De mentale gezondheid blijkt voor zowel de levenskwaliteit van de oud deelnemers als de mate van sociale inclusie een belangrijke factor te zijn. De verbetering in mentale gezondheid die na de mindsettraining tot stand is gekomen heeft een positief effect op de levenskwaliteit van de oud deelnemers, maar ook op de mate van sociale inclusie. Wanneer een persoon goed in zijn of haar vel zit en een positieve gedachtegang heeft, is het gevoel van sociale inclusiviteit sterker aanwezig. De andere dimensies tonen ook een positief effect op sociale inclusie, echter zijn deze effecten zeer zwak. Dit kan duiden op andere factoren die naast de mentale gezondheid van de oud deelnemer een sterkere invloed hebben op de mate van sociale inclusie. Factoren zoals bijvoorbeeld het hebben van een baan, de beheersing van de Nederlandse taal, tevredenheid over huisvesting of aanwezigheid van familie en vrienden. Deze factoren zijn niet meegenomen in dit onderzoek, maar zouden een verklarende factor kunnen zijn in veranderingen van de mate van sociale inclusie.

Mindsettraining blijkt een positief effect te hebben op de dimensies van persoonlijke groei. Deelnemers maken positieve veranderingen door op het gebied van sociaal kapitaal,

coping-mechanismen, gevoel van eigenwaarde en gezondheid. Daarbij toont meer dan 96% van de oud deelnemers aan een verbetering van levenskwaliteit te hebben vastgesteld sinds de mindsettraining. Het blijkt dat dit deels wordt verklaard door de verhoging in de dimensies. De mentale gezondheid speelt daarbij een zeer belangrijke rol. Een verbetering van de mentale gezondheid leidt tot een verhoging in levenskwaliteit. Deze positieve lijn van de dimensies naar levenskwaliteit kan echter niet worden doorgetrokken naar de mate van sociale inclusie. Oud deelnemers geven aan een hogere mate van sociale inclusie te hebben na hun deelname, maar volgens de analyses blijkt levenskwaliteit hier geen mediërende factor in te zijn. Er is vastgesteld dat de dimensies een direct effect hebben op sociale inclusie. Echter, blijkt dit effect op sociale inclusie minimaal te zijn. Alleen de mentale gezondheid heeft een sterk effect. Ook al zijn de effecten tussen de variabelen zwak de mindsettraining heeft over het geheel een positieve invloed op elke variabelen binnen dit onderzoek.

5.2 Discussie

Voor de dataverzameling van dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een vragenlijst die is verstuurd naar oud deelnemers van de Reset Yourself mindsettraining. Uiteindelijk is de vragenlijst ingevuld door 105 personen. De sample van dit onderzoek is vrij klein in vergelijking met de onderzoekspopulatie. Ook kan er worden gesteld dat deze steekproef vrij selectief is in vergelijking met de populatie bijstandsgerechtigden binnen de gemeente Rotterdam. Bijstandsgerechtigden die deelnemen aan de mindsettraining van Reset Yourself moeten aan criteria voldoen, waaronder de beheersing van de Nederlandse taal. Dit heeft als gevolg dat er vooraf al een selectie wordt gemaakt binnen de onderzoekspopulatie. De Reset Yourself mindsettrainingen zijn in de periode van 2012 tot en met april 2022 door ongeveer 1500 personen afgerond. De verzameling van respondenten bleek langer te duren dan verwacht en is stopgezet toen de ondergrens van 100 respondenten was overschreden. De telefoonnummers en e-mailadressen in het systeem van Reset Yourself bleken in veel gevallen verouderd te zijn, wat als gevolg had dat er minder mensen een vragenlijst kon worden toegestuurd. Daarnaast hebben eerdere onderzoeken met deze doelgroep uitgewezen dat deze mensen moeilijk te benaderen zijn en weinig motivatie tonen om mee te werken aan een onderzoek (Wahl, et al., 2010). Voor dit onderzoek is er een betrouwbaarheidsniveau van 90% met een foutmarge van 8% aangehouden, wat zou duiden op een steekproef van minimum 100 respondenten. De 105 respondenten binnen dit onderzoek bieden de mogelijkheid om gedegen analyses uit te voeren, maar een grotere steekproef zou een beter representatief beeld kunnen geven van de onderzoekspopulatie met een hoger betrouwbaarheidsniveau en een kleinere foutmarge. Echter, blijkt er veel variatie te zitten in de sample, wat de mogelijkheid geeft om de resultaten te kunnen generaliseren (Field, 2013). Er moet hier wel rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat de oud deelnemers die hebben gereageerd afkomstig zijn van twee uitersten. De ene helft respondenten zal gereageerd hebben,

omdat zij een goede ervaring hebben gehad met de mindsettraining. De andere helft zal hebben gereageerd, omdat zij een slechte ervaring hebben gehad met de mindsettraining. Deze trend is ook terug te zien in de dataset, waarin de ene respondent alleen met 5 heeft geantwoord en de ander alleen met 1.

Een ander discussiepunt is de hoge correlaties tussen verschillende variabelen. Dit was met name het geval tussen de dimensies. Er is door de afwezigheid van multicollineariteit voor gekozen de dimensies niet samen te voegen, maar deze hoge correlaties hebben ervoor gezorgd dat de coëfficiënten van de regressieanalyse werden verdund en de p waarden boven de 0,05 kwamen. De VIF waarden toonden aan dat er geen sprake was van multicollineariteit binnen dit onderzoek. Op basis van deze uitkomst zijn er geen variabelen verwijderd uit de dataset. Dit had als gevolg dat de uitkomsten van de regressieanalyses anders geïnterpreteerd moesten worden. Volgens Witten, et al. (2013) kunnen de effecten van de variabelen als significant worden gezien wanneer het model een significantie aangeeft van minstens $p < 0,05$. De verdunde coëfficiënten moeten wel worden afgelezen zoals deze in de regressieanalyses worden weergegeven. Door de afwezigheid van multicollineariteit en de controle op interpretatie van de uitkomsten, is de validiteit van dit onderzoek gewaarborgd.

De korte tijd waarin dit onderzoek moest worden uitgevoerd heeft ervoor gezorgd dat er geen voor- en nametingen konden worden uitgevoerd. Dit is opgelost door de stellingen in de vragenlijst positief of negatief te formuleren. Hiervoor zijn woorden toegevoegd zoals ‘meer’, ‘minder’, ‘vaker’ en ‘minder vaak’. Elke stelling begint met ‘Sinds de mindsettraining’, door deze formulering van de stellingen wordt er gevraagd of er een verschil kan worden vastgesteld door de respondent tussen de periode voor de mindsettraining en de periode na de afronding mindsettraining. Hierbij bestond ook de optie ‘De situatie is hetzelfde gebleven’. Deze manier van dataverzameling is voor dit onderzoek goed verlopen, maar voor een vervolgonderzoek is het beter om een vragenlijst door deelnemers te laten invullen voordat zij de mindsettraining gaan volgen en wanneer zij deze hebben afgerond. Verder biedt dit onderzoek een basis voor vervolgonderzoeken, waarbij kan worden ingegaan op de verklarende componenten achter de resultaten. Vervolgonderzoeken kunnen meer inzicht bieden in het positieve effect van de dimensies en het verschil in de invloedrijkheid van de dimensies op de levenskwaliteit en de sociale inclusie van de oud deelnemers. Ook kunnen vervolgonderzoeken meer duidelijkheid geven over welke factoren nog een belangrijke rol spelen in de veranderingen van sociale inclusie en wellicht een sterkere invloed tonen dan de variabelen binnen dit onderzoek. Vervolgonderzoeken kunnen informatie verstrekken waarmee mindsettrainingen beter kunnen worden ingericht en meer mensen effectief geholpen kunnen worden met het verhogen van hun sociale inclusie binnen de samenleving.

5.3 Aanbevelingen

Dit onderzoek biedt een eerste stap voor studie naar de effectiviteit van life-first trajecten voor bijstandsgerechtigden en hun terugkeer in de samenleving en de arbeidsmarkt. De trajecten die nu aan bijstandsgerechtigden worden aanbevolen, staan veelal in het teken van een snelle terugkeer op de arbeidsmarkt. Onderzoeken naar de effectiviteit van life-first trajecten kunnen mogelijk efficiëntere manieren blootleggen, die mensen eerder uit de bijstand kunnen krijgen en hen ook uit de bijstand kunnen houden. De mindsettrainingen van Reset Yourself zijn een voorbeeld van een life-first traject. De effectiviteit van dit traject is deels bewezen, echter toonden de resultaten dat er mogelijk andere factoren een sterkere invloed hebben op de mate van sociale inclusie dan de dimensies van de mindsettraining die binnen dit onderzoek zijn besproken. Een vervolgonderzoek kan nader bepalen welke factoren verder een belangrijke rol spelen en waarom bepaalde dimensies in de mindsettraining wel een sterke invloed hebben op de deelnemers en andere niet. Voor verder onderzoek is het van belang dat de vragenlijsten voor en na de training worden ingevuld door de deelnemers. Dit zal duidelijkere en meer valide resultaten kunnen bieden. Ook kan er op deze manier worden bijgehouden in hoeverre de training effectief blijkt te zijn en welke onderdelen binnen de training verbeterd kunnen worden. De nameting zal niet direct na de training plaatsvinden. Deze meting zal een maand later worden gedaan. Uit onderzoek blijkt dat deze periode van een maand voor de deelnemers cruciaal is om hun patronen te kunnen doorbreken en veranderingen door te kunnen maken (Adriaanse, Gollwitzer, De Ridder, De Wit, & Kroese, 2011). Als er binnen de eerste vier weken geen acties zijn ondernomen door de deelnemers om hun leven te verbeteren, is de kans zeer klein dat dit in de periode erna wel gaat gebeuren.

Naast het bijhouden van de vragenlijsten kan het behulpzaam zijn om evaluatiegesprekken in te plannen na de afronding van een mindsettraining. Deze gesprekken kunnen net zoals de vragenlijst dienen als een middel om de effectiviteit van de training te meten. Uit de evaluatiegesprekken kunnen conclusies worden getrokken waar verbeterpunten liggen voor de mindsettraining en welke onderdelen van de training een positieve impact hebben op de deelnemers. Ook voor de gesprekken zou een periode van een maand na de training het meest ideaal zijn. De personen voor de gesprekken kunnen steekproefsgewijs worden gekozen. Daarentegen kunnen personen zich ook vrijwillig aanmelden om aan het evaluatiegesprek deel te nemen. Een tweetal mensen zal volstaan om een beeld te kunnen vormen van de mindsettraining die door hen is bijgewoond. De gesprekken zullen individueel worden gedaan, waardoor er meer mogelijkheid wordt geboden om dieper in te gaan op ontwikkelingen die wel of niet zijn gemaakt door de deelnemer.

Reset Yourself geeft deelnemers de mogelijkheid om na de afronding van de training contact te zoeken met een van de trainers. De trainers bieden een luisterend oor of een goed advies. Echter zien oud deelnemers zelf niet altijd in dat dit een mogelijke oplossing is voor hen om oude patronen te kunnen doorbreken. Het advies is om de consulenten van de gemeente Rotterdam de kans te geven om

hun klanten door te sturen voor een persoonlijk gesprek met een trainer van Reset Yourself. Consulenten hebben nu de optie om hun klanten aan te melden voor een training, maar wanneer een persoon deze training al eens heeft gevolgd, kan dit overbodig zijn en kan een openhartig gesprek met een van de trainers voldoende zijn. Het contact tussen Reset Yourself en de consulenten is nu vooral gericht op de aanwezigheid van de klant tijdens de trainingen en zijn of haar gedrag. Zorg dat er meer communicatie plaatsvindt tussen Reset Yourself en de consulenten. Voer gesprekken over bijvoorbeeld het contact tussen de consulent en de klant, welke ontwikkelingen de klant verder heeft gemaakt na de training, geef elkaar advies over wat ieder denkt dat de klant het beste zou kunnen helpen en wat mogelijke struikelblokken zijn voor de klant.

Ten slotte, om vervolgonderzoeken en communicatie in de toekomst te doen slagen, is het van belang dat de lijst met telefoonnummers en e-mailadressen bijgehouden wordt. In dit onderzoek werd de conclusie getrokken dat veel van deze informatie niet meer bleek te kloppen, waardoor veel oud deelnemers niet meer bereikt konden worden. Bekijk wat de mogelijkheden zijn in verband met de AVG. Kunnen veranderingen in telefoonnummers en e-mailadressen door de gemeente Rotterdam worden doorgegeven aan Reset Yourself of kan deze informatie worden opgevraagd door Reset Yourself wanneer blijkt dat de telefoonnummers of e-mailadressen van bepaalde personen verouderd blijken te zijn en zij nodig zijn voor vervolgonderzoeken.

Referentielijst

- Abbott, S. & Freeth, D. (2008). Social capital and health: starting to make sense of the role of generalized trust and reciprocity. *J Health Psychol*, 13: 874–83.
- Adriaanse, M. A., Gollwitzer, P. M., De Ridder, D. T., De Wit, J. B., & Kroese, F. M. (2011). Breaking habits with implementation intentions: A test of underlying processes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(4), 502-513.
- Aldosari, B., Al-Mansour, S., Aldosari, H., & Alanazi, A. (2018). Assessment of factors influencing nurses acceptance of electronic medical record in a Saudi Arabia hospital. *Informatics in Medicine Unlocked*, 10, 82-88.
- Anholt, R. en Hoijsink, M. (2021). *De coronacrisis en de tragiek van ongelijkheid*. Beleid en Maatschappij 2021 (48) 1 - doi: 10.5553/BenM/138900692021048001008
- Babbie, E. (2013). *The practice of social research*. Wadsworth, Groot-Brittannië: Cengage Learning.
- Bagnall, R. G. (1989). To participate voluntarily in adult education. *Studies in the Education of Adults*, 21(1), 41-56.
- Benjamin, M. (1994). The quality of student life: Toward a coherent conceptualization. *Social Indicators Research*, 31(3), 60.
- Blommesteijn, M., Kruis, G., & van Geuns, R. (2012). Dutch municipalities and the implementation of social assistance: Making social assistance work. *Local Economy*, 27(5-6), 620-628.
- Blonk, R.W.B. (2018) We zijn nog maar net begonnen. Oratie. Tilburg University
- Blonk, R.W.B., Van Twuijver, M.W. Van de Ven, H.A. & Hazelzet, A.M. (2015). *Quickscan Wetenschappelijke literatuur gemeentelijke uitvoeringspraktijk*. Leiden: TNO
- Bohnet, I., Frey, B. S. and Huck, S. (2001) 'More order with less law: on contract enforcement, trust and crowding', *The American Political Science Review*, 95, 1,131–44
- Brown, R. I., Cobigo, V., & Taylor, W. D. (2015). Quality of life and social inclusion across the lifespan: Challenges and recommendations. *International Journal of Developmental Disabilities*, 61(2), 93-100.
- Buchan, M., Smyth, R., & Jeans, J. (2000). *The Social and Economic Inclusion Project*.
- Carpenter, B. N, & Scott, S. M. (1992). Interpersonal aspects of coping. In *Personal Coping: Theory, Research, and Application* (Carpenter BN, ed.), Praeger, Westport, CT, 93–109.
- Cambir, A., & Vasile, V. (2015). Material dimension of life quality and social inclusion. *Procedia Economics and Finance*, 32, 932-939.
- CBS (2018, 31 mei). Aantal mensen in de bijstand daalt verder. Verkregen van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/22/aantal-mensen-in-de-bijstand-daalt-verder>
- CBS (2022). Personen met een uitkering; uitkeringsontvangers per uitkeringssoort. Verkregen van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83426NED?q=bijstandsuitkering>

- Clayton, S., Bambra, C., Gosling, R., Povall, S., Misso, K., & Whitehead, M. (2011). Assembling the evidence jigsaw: insights from a systematic review of UK studies of individual-focused return to work initiatives for disabled and long-term ill people. *BMC public health*, 11(1), 1-12.
- Cörvers, F., & van Landeghem, B. (2016). Arbeidsmarktbeleid voor oudere werkzoekenden: Vlaanderen en Nederland (Netspar Opinion Paper 67). Tilburg: Netspar.
- Das Gupta, M., (1999). *Social Exclusion and Poverty*. Villa Borsig Workshop Series. Verkregen van <http://www.dse.de>
- Dean, H. & Platt, L., (2016). Poverty and Social Exclusion. *Social Advantage and Disadvantage* (pp. 3-24). Oxford, England: Oxford University Press.
- De Greef, M., Segers, M., & Verté, D. (2010). Development of the SIT, an instrument to evaluate the transfer effects of adult education programs for social inclusion. *Studies in Educational Evaluation*, 36(1-2), 42–61. doi:10.1016/j.stueduc.2010.06.001
- De Koning, A., (2021, 13 oktober). Steeds minder Rotterdammers in de bijstand, daling zet door. *Algemeen Dagblad*. Verkregen van: <https://www.ad.nl/rotterdam/steeds-minder-rotterdammers-in-de-bijstand-daling-zet-door~a45a56a4/#:~:text=De%20daling%20van%20het%20aantal,36.609%20Rotterdammers%20in%20de%20bijstand.>
- De Koning, J., De Hek, P., De Vleeschouwer, E., Fenger, M. & Van der Torre, L. (2017). Optimaliseren van WerkLoont. Verkregen van: https://www.researchgate.net/publication/313106993_Optimalisering_van_Werk_Loont#pf36
- De Swart, J. de, Braun, M., & Schell-Kiehl, I. (2017). Rechtmatigheid, Aandacht en Participatie – De resultaten van RAP. Enschede: Saxion
- Dierckx, D., Coene, J., Raeymaeckers, P. & Van der Burg, M. (2015). *Armoede en Sociale uitsluiting*. Jaarboek Armoede 2015. Leuven, België: Acco.
- Edzes, A., Rijnks, R., Kloosterman, K. & Venhorst, V. (2020). Bijstand op Maat. Rijksuniversiteit Groningen.
- Fehr, E. and Schmidt, K. M. (2003) ‘Theories of fairness and reciprocity: evidence and economic applications’, *Advances in Economics and Econometrics*, Econometric Society, Eighth World Congress, 1, 208–57
- Fenger, M. (2019). Langdurig in de bijstand, dus kansloos!? Verslag bench learn bijeenkomst. Utrecht: Divosa
- Ferrans, C. E. (1990). Development of a quality of life index for cancer patients. *Oncol Nurs Forum*, 17, 15–21
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Los Angeles, Californië: Sage Publications.
- Garcia, M., & Kazepov, Y. (2002). Why some people are more likely to be on social assistance than others. *Social assistance dynamics in europe*, 127-172.

- Gelderblom, A. & Koning, J. de (2007). Effecten van “zachte” kenmerken op de re-integratie van de WWB, WW en AO populatie. Een literatuurstudie. Rotterdam: SEO
- Gemeente Rotterdam (2022). Re-integratie en Ontwikkeling. Verkregen van:
<https://www.rotterdam.nl/werken-leren/reintegratie-ontwikkeling/#:~:text=Ondersteuning%20bij%20werk,kosten%20voor%20kinderopvang%20te%20vergoeden>
- Gemeente Rotterdam (2020). Werk en Inkomen. Verkregen van:
<https://www.watdoetdegemeente.rotterdam.nl/begroting2020/programmas/werk-en-inkomen/>
- Groot, L., Muffels, R. & Verlaet, T., (2019). Op cit.)
- Guildford, J. (2000). Making the case for social and economic inclusion. Canada Atlantic Region: Population and Public Health Branch.
- Hammel, M. (2013). Der sanktionsbedingte Wegfall von Arbeitslosengeld II – Eine vielschichtig schwierige Problematik. Zeitschrift für das Fürsorgewesen. 65 (7), 151-159.
- Kampen, T., Sebrechts, M., & Knijn, T. (2020). *Streng maar onrechtvaardig de bijstand gewogen*. (E. Tokens, Red.). Van Genneep
- Kober, M. (2014). Behavioural change through training-An exploratory study.
- Li, C. S., & Irby, B. (2008). An overview of online education: Attractiveness, benefits, challenges, concerns and recommendations. College Student Journal, 42(2), 449-459.
- Mastergeorge, A. M. (2001). Guided Participation in sociocultural learning: Intervention and apprenticeship. Academic Search Premier, 22(1), 14.
- McGivney, V. (1992). Tracking adult learning routes: A pilot investigation into adult learners' starting points and progression to further education and training. Leicester: National Institute of Adult Continuing Education.
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). Scarcity: Why having too little means so much. Times Books/Henry Holt and Co;)
- Nickell, S., Nunziata, L., & Ochel, W. (2005). Unemployment in the OECD since the 1960s: What do we know? The Economic Journal, 115: 1–27.
- Pearlin, L. J. & Schooler C. (1987). The structure of coping. Health Social Behavior; 19: 2–21.
- Putnam, R. (1993). *Bowling Alone*. Simon and Schuster: New York.
- Rogers, C. R. (1961). On becoming a person. Houghton Mifflin: Boston.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Saikkonen, P., & Ylikännö, M. (2020). Is there room for targeting within universalism? Finnish social assistance recipients as social citizens. Social Inclusion, 8(1), 145-154.
- Van der Velde, A. (2007). *Je mag niemand afschrijven*. Afstudeeronderzoek, A. S. W.
- Wahl, A., Bergland, A., & Løyland, B. (2010). Is social capital associated with coping, self-esteem, health and quality of life in long-term social assistance recipients? Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24(4), 808–816. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00779.x

- Ware, J. E., Jr, & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473–483.
- Ware, J. E, Kosinski, M., Bayliss, M. S., McHorney, C. A., Rogers, W. H. & Raczek, A. (1995). Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profiles and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care*; 33(4). 64–79.
- Witten, J., D., Hastie, T., and Tibshirani, R. (2013) *An introduction to statistical learning: with applications in R*. New York: Springer.
- World Health Organization (1948). *Constitution of World Health Organization*. In *Basic Documents*. Geneva: World Health Organization.

Appendix

Vragenlijst

1. Achtergrondinformatie:

- 1.1 Hoe identificeert u zich?
(1) Man, (2) Vrouw of (3) Anders
- 1.2 Wat is uw leeftijd?
Ik ben ... jaar oud (in getallen)
- 1.3 Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?
(1) Basisschool, (2) Lager voortgezet onderwijs (Bijvoorbeeld VMBO, MAVO, ulo, lbo), (3) Hoger voortgezet onderwijs (Bijvoorbeeld HAVO, VWO), (4) Middelbaar beroepsonderwijs (Bijvoorbeeld MBO, leerlingwezen, WEB-middenkader, specialistenopleiding), (5) Hoger beroepsonderwijs (HBO), (6) Academisch onderwijs (Bijvoorbeeld universiteit, postacademisch onderwijs), (7) Gepromoveerd aan de universiteit of (8) Anders, namelijk...
- 1.4 Hoe bent u ingeschreven voor deze cursus?
(1) Ik heb mezelf ingeschreven of (2) De gemeente Rotterdam heeft mij ingeschreven
- 1.5 In welk jaar heeft u de cursus gevolgd?
In het jaar ... heb ik de cursus van Reset Yourself gevolgd (in getallen)
- 1.6 Hoe heeft u de cursus gevolgd?
(1) Online of (2) Fysiek
- 1.7 Hoeveel dagen van de cursus heeft u gevolgd?
(1) Een dag, (2) Twee dagen, (3) Drie dagen, (4) Vier dagen, (5) Vijf dagen of (6) Zes dagen

2. De vier dimensies

2.1 Sociaal kapitaal

De respondenten antwoorden op een Likertschaal van volledig mee oneens (1) naar volledig mee eens (5).

- 2.1.1 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik meer vertrouwen gekregen in anderen.
- 2.1.2 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik meer vertrouwen in de eerlijkheid van anderen.
- 2.1.3 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik meer vertrouwen in dat anderen mij willen helpen.

2.2 Coping-mechanismen

De respondenten antwoorden op een Likertschaal van volledig mee oneens (1) naar volledig mee eens (5).

- 2.2.1 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik meer controle over de dingen die mij

- gebeuren.
- 2.2.2 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself zie ik meer mogelijkheden om mijn problemen te kunnen oplossen.
 - 2.2.3 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself zie ik in dat er meer is wat ik kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te kunnen veranderen.
 - 2.2.4 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself voel ik mij vaker hulpeloos bij het omgaan met problemen in mijn leven.
 - 2.2.5 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik minder het gevoel dat ik heen en weer word geduwd door anderen in mijn leven.
 - 2.2.6 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself voel ik meer verantwoordelijkheid over de dingen die mij gebeuren.
 - 2.2.7 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik meer het gevoel dat ik alles kan waar ik mijn zinnen op zet.

2.3 Gevoel van eigenwaarde

De respondenten antwoorden op een Likertschaal van volledig mee oneens (1) tot volledig mee eens (5).

- 2.3.1 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself ben ik meer tevreden met mezelf.
- 2.3.2 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself denk ik vaker dat ik een nietsnut ben.
- 2.3.3 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself zie ik in dat ik meer kwaliteiten heb dan ik dacht.
- 2.3.4 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself bedenk ik mij vaker dat ik sommige dingen net zo goed kan als anderen.
- 2.3.5 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself realiseer ik mij vaker dat ik dingen heb om trots op te zijn.
- 2.3.6 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself voel ik mij vaker nutteloos
- 2.3.7 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself realiseer ik mij vaker dat ik waardevol ben, tenminste net zo waardevol als anderen.
- 2.3.8 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik meer respect voor mezelf.
- 2.3.9 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself realiseer ik mij vaker dat ik een mislukkeling ben.
- 2.3.10 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik een meer positieve houding genomen ten opzichte van mezelf.

2.4 Gezondheid

- 2.4.1 In het algemeen, hoe is uw gezondheid?
(1) Slecht, (2) oke, (3) goed, (4) heel goed en (5) geweldig.
- 2.4.2 Is dit verbeterd na de afronding van de mindsettrainingen van Reset Yourself?
(1) Ja of (2) Nee

De volgende vragen gaan over activiteiten die mogelijk aan bod komen op een typische dag.

Na het volgen van de mindsettraining van Reset Yourself, hebben er veranderingen plaatsgevonden in de mate waarin uw gezondheid u bij deze activiteiten beperkt?

- 2.4.3 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself voel ik mij meer beperkt in het uitvoeren van gemiddeld zware activiteiten (stofzuigen, bed opmaken, fietsen, het verplaatsen van de eettafel, etc.)
 (1) Volledig mee eens, (2) Mee eens, (3) Situatie is hetzelfde gebleven (4) Mee oneens en (5) Volledig mee oneens.
- 2.4.4 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself voel ik mij meer beperkt in traplopen
 (1) Volledig mee eens, (2) Mee eens, (3) Situatie is hetzelfde gebleven (4) Mee oneens en (5) Volledig mee oneens.

Na het volgen van de mindsettraining van Reset Yourself, hebben er veranderingen plaatsgevonden in de mate waarin u problemen had met uw werk of andere dagelijkse activiteiten als gevolg van uw fysieke gezondheid?

- 2.4.5 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik minder bereikt dan ik wilde.
 (1) Volledig mee eens, (2) Mee eens, (3) Situatie is hetzelfde gebleven (4) Mee oneens en (5) Volledig mee oneens.
- 2.4.6 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself voel ik mij vaker beperkt in werktaken of andere activiteiten.
 (1) Volledig mee eens, (2) Mee eens, (3) Situatie is hetzelfde gebleven, (4) Mee oneens en (5) Volledig mee oneens.
- 2.4.7 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heeft pijn mij tijdens het uitvoeren van mijn dagelijkse taken of werk meer belemmerd.
 (1) Volledig mee eens, (2) Mee eens, (3) Situatie is hetzelfde gebleven, (4) Mee oneens en (5) Volledig mee oneens.

Na het volgen van de mindsettraining van Reset Yourself, hebben er veranderingen plaatsgevonden in de mate waarin u problemen had met uw werk of andere dagelijkse activiteiten als gevolg van uw mentale gezondheid? (depressie, stress, etc)

- 2.4.8 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik minder bereikt dan ik wilde.
 (1) Volledig mee eens, (2) Mee eens, (3) Situatie is hetzelfde gebleven (4) Mee oneens en (5) Volledig mee oneens.
- 2.4.9 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik werktaken of andere activiteiten minder voorzichtig uitgevoerd dan normaal.
 (1) Volledig mee eens, (2) Mee eens, (3) Situatie is hetzelfde gebleven (4) Mee oneens en (5) Volledig mee oneens.

De volgende vragen gaan over hoe u zich heeft gevoeld gedurende de periode na de mindsettraining van Reset Yourself.

Hoe vaak kwam de volgende gevoelens voor in de periode na de mindsettraining van Reset Yourself?

- 2.4.10 Vredig en kalm
 (1) Veel vaker, (2) Vaker, (3) Situatie is hetzelfde gebleven, (4) Minder vaak en (5) Veel minder vaak.
- 2.4.11 Energiek
 (1) Veel vaker, (2) Vaker, (3) Situatie is hetzelfde gebleven, (4) Minder vaak en (5) Veel

minder vaak.

2.4.12 Neerslachtig en verdrietig

(1) Veel vaker, (2) Vaker, (3) Situatie is hetzelfde gebleven, (4) Minder vaak en (5) Veel minder vaak.

2.4.13 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heeft/hebben mijn fysieke gezondheid en/of emotionele problemen mij meer belemmerd in het ondernemen van sociale activiteiten (zoals afspreken met vrienden of visite ontvangen) belemmerd?

(1) Volledig mee eens, (2) Mee eens, (3) Situatie is hetzelfde gebleven (4) Mee oneens en (5) Volledig mee oneens.

3. Levenskwaliteit

3.1 Hoe tevreden bent u met uw leven op dit moment?

(1) Heel ontevreden, (2) Ontevreden, (3) Niet ontevreden of tevreden, (4) Tevreden en (5) Heel tevreden.

3.2 Is dit sinds de mindsettraining van Reset Yourself verbeterd?

(1) Ja of (2) Nee

4. Sociale inclusie

De volgende vragen worden beantwoord door middel van een likertschaal die loopt van (1) Volledig mee oneens naar (5) Volledig mee eens.

4.1 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself ben ik zelfverzekerder

4.2 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself ben ik assertiever

4.3 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself ben ik beter in het beheren en oplossen van conflicten

4.4 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik mijn probleemoplossende vaardigheden verbeterd

4.5 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself ben ik zelfverzekerder in het nemen van besluiten

4.6 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself ben ik slechter geworden in wat ik doe

4.7 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself ben ik beter geworden in hard/goed werken tijdens werk op vrijwillige basis

4.8 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself ben ik meer betrokken bij het maken van besluiten die invloed hebben op mijn omgeving

4.9 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself ben ik meer betrokken bij het organiseren van evenementen in mijn omgeving

4.10 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik de leefomstandigheden in mijn buurt verbeterd

4.11 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself ben ik minder behulpzaam naar anderen

4.12 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik de relaties met belangrijke organisaties (zoals de huisarts, de school van mijn kinderen, de gemeenschap) verbeterd

4.13 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself respecteer ik anderen meer

4.14 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik meer vrienden gemaakt

4.15 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself ben ik vaker aardig en beleefd naar anderen

4.16 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik meer vriendelijke mensen leren kennen

- 4.17 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik een beter begrip van het ouderschap van mijn eigen kinderen
- 4.18 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik mijn opvoedingsvaardigheden voor het opvoeden van mijn kinderen verbeterd
- 4.19 Sinds de mindsettraining van Reset Yourself heb ik de relatie met de school/opvang waar mijn kinderen op zitten verbeterd

Regressievoorwaarden

