



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

Wat bepaalt of internetters online dokteren?

**Toepassing van de Uses en Gratifications-benadering vanuit een sociaal-
cognitief perspectief op internetgebruik voor gezondheidsdoeleinden**

F.R. Zuure

Universiteit Twente

Enschede, 8 november 2005

Toegepaste Communicatiewetenschap

Afstudeercommissie:

Drs. O. Peters

Dr. E. Taal

SUMMARY

What factors determine the use of the Internet for health related purposes?

Application of the Uses and Gratifications-approach from a social-cognitive perspective to Internet usage for health related purposes.

The quantity of online health information and applications increases and several potential health benefits for users emerge. Besides, also the use of the Internet for health related purposes (e-health) increases. The aim of this study is to explore the factors that determine the use of e-health by users of the World Wide Web. Based on the Uses and Gratifications approach from a social-cognitive perspective, general Internet use as well as three types of health related Internet use are examined: (1) online communication with fellow users of the Internet about health or illness, (2) the intention to communicate with the general practitioner (GP) through e-mail and (3) seeking health information online. An online survey (N=333) was used to examine possible significant relations with factors retrieved from a search of the literature: demographic and personal characteristics, outcome expectations, Internet attitude, deficient self-regulation, habitual behaviour, experience, social environmental factors and both Internet and e-health self-efficacy.

In this study, 45% of the respondents used the Internet for communication with fellow users of the Internet about health or illness; 89% used the Internet for seeking health information. Also, many of the respondents were favourably disposed towards communication with the GP through e-mail. Multivariate analysis showed that higher 'social/status' outcome expectations and more experience with seeking health information online were related to using the Internet for communication with others about health or illness. Higher scores on both Internet and e-health self-efficacy, stronger habitual behaviour and higher monetary outcome expectations were significantly related to being more intended to communicate with the GP through e-mail. The type of e-health that concerns seeking health information online could not be examined with a multivariate analysis, but univariate analysis indicated associations with demographic and personal characteristics; deficient self-regulation; novel sensory, 'social/status' and self reactive outcome expectations; Internet attitude; e-health experience; and social environmental factors.

Concerning general Internet use, lower education, more Internet experience, stronger deficient self-regulation, higher 'social/status' outcome expectations, and a higher Internet attitude were significantly related to higher Internet use.

Besides the question about which factors significantly determine the use of e-health, this study examined the applicability of a model, usually used for explanation of overall media and Internet use, for health related research. In this different context, the Uses and Gratifications approach from a social-cognitive perspective proved to fit reasonably well. It also offered some interesting points of departure for further research, such as studying 'social/status' outcome expectations in health related Internet use more specifically.

SAMENVATTING

Wat bepaalt of internetters online dokteren?

Toepassing van de Uses en Gratifications-benadering vanuit een sociaal-cognitief perspectief op internetgebruik voor gezondheidsdoeleinden.

Het aanbod van gezondheidsgerelateerde informatie en toepassingen op internet neemt toe en diverse potentiële gezondheidsvoordelen voor gebruikers komen naar voren. Hiernaast blijkt dat steeds meer mensen het internet gebruiken voor gezondheidsdoeleinden (e-health). Dit onderzoek heeft als doel de factoren bloot te leggen die bepalend zijn voor het gebruik van e-health door internetgebruikers. Op basis van de Uses en Gratifications-benadering vanuit een sociaal-cognitief perspectief zijn met een online vragenlijst (N=333), naast algemeen internetgebruik, drie vormen van e-health onderzocht: (1) online contact met andere internetgebruikers over gezondheid of ziekte, (2) de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail en (3) het zoeken naar online gezondheidsinformatie. Factoren die tijdens het literatuuronderzoek werden onderscheiden als zijnde mogelijk gerelateerd aan e-healthgebruik zijn: demografische en persoonsgerelateerde kenmerken, uitkomstverwachtingen, internetattitude, gebrekkige zelfregulering, gewoontegedrag, ervaring, sociale omgevingsfactoren en internet en e-health 'self-efficacy'.

Van de respondenten gebruikt 45% het internet voor communicatie met andere internetters over gezondheid of ziekte; 89% gebruikt het internet voor het zoeken naar gezondheidsinformatie. Ook het animo voor communicatie met de huisarts per e-mail blijkt groot. Uit multivariate regressieanalyses komt naar voren dat gebruikers van internet voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte hogere 'social/status'-uitkomstverwachtingen en meer ervaring hebben met het zoeken naar online gezondheidsinformatie dan non-gebruikers. Hogere internet en e-health 'self-efficacy'-scores, sterker gewoontegedrag en hogere 'monetary'-uitkomstverwachtingen zijn significant gerelateerd aan een grotere intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail. De vorm van e-health die betrekking heeft op het zoeken naar gezondheidsinformatie kon niet in multivariate analyses worden onderzocht, maar univariate analyses suggereren associaties met demografische en persoonsgerelateerde kenmerken, gebrekkige zelfregulering, 'novel sensory'-, 'social/status'- en 'self reactive'-uitkomstverwachtingen, internetattitude, e-healthervaring en sociale omgevingsfactoren.

Met betrekking tot algemeen internetgebruik komt naar voren dat een lager opleidingsniveau, meer internetervaring, grotere gebrekkige zelfregulering, hogere 'social/status'-uitkomstverwachtingen en een hogere internetattitude significant gerelateerd zijn aan hoger internetgebruik.

Naast de vraag welke factoren bepalend zijn voor het gebruik van e-health door internetters is met dit onderzoek ook de toepasbaarheid van een model, gewoonlijk gebruikt voor de verklaring van algemeen media- en internetgebruik, voor onderzoek naar gezondheidsgerelateerd internetgebruik onderzocht. Hieruit komt naar voren dat het gebruik van de Uses en Gratifications-benadering vanuit een sociaal-cognitief perspectief bij onderzoek naar internet en gezondheid goed standhoudt en tevens interessante aanknopingspunten biedt voor vervolgonderzoek, zoals de nadere bestudering van 'social/status'-uitkomstverwachtingen. Deze verwachtingen blijken een interessante rol te spelen bij gebruik van e-health.

1. Inleiding

Het gebruik van internet als bron voor gezondheidsgerelateerde informatie neemt toe (Cline & Haynes, 2001); uit onderzoek van Skinner, Biscope en Poland (2003) blijkt dat het zoeken naar gezondheidsgerelateerde informatie de vierde meest voorkomende bezigheid is van de gemiddelde internetter. Onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2004) in Nederland laat zien, dat 20% van de mannen en 33% van de vrouwen, die het internet gebruiken voor het zoeken naar specifieke informatie, naar gezondheidsinformatie zochten. Inmiddels worden naast informatievoorziening ook andere toepassingen van internet in de gezondheidszorg gehanteerd, zoals geïndividualiseerde online voedingsvoorlichting (Oenema, Brug & Lechner, 2001) of de online toegang voor patiënten tot hun medisch dossier ter ondersteuning van zelfmanagement van een chronische ziekte (Ross, Moore, Earnest, Wittevrongel & Lin, 2004).

Uit diverse onderzoeken komen voordelen voor gebruikers van internet voor gezondheidsdoeleinden naar voren, zoals een betere relatie tussen arts en patiënt en een versterkte positie van de patiënt als gevolg van een kleinere kenniskloof tussen beide partijen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000). Naast de betere toegang tot gezondheidsgerelateerde informatie, biedt het internet ook betere mogelijkheden voor lotgenotencontact, nieuwe mogelijkheden tot behandeling (bijv. psychotherapie via het internet en online gezondheidsvoorlichting en –preventie) en kan het internet drempelverlagend werken met betrekking tot het consulteren van zorgverleners (ook voor het aanvragen van een second opinion). Daarnaast kan het anonieme karakter van het medium in sommige gevallen voordelen bieden (bijvoorbeeld bij gevoelige onderwerpen) en ontstaan er door gebruik van internet nieuwe communicatiemogelijkheden tussen arts en patiënt, zoals een elektronisch consult. De effecten van dergelijke verbeteringen kunnen bestaan uit zorg op maat, betere omgang met ziekte of handicap en het voorkomen van gezondheidsschade (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000).

Een literatuurstudie naar de impact van het internet op het gezondheidsgedrag van consumenten, uitgevoerd door de National Institute of Clinical Studies (2003) laat positieve effecten van internetgebruik voor gezondheidsdoeleinden op gezondheid(sgedrag) zien, maar noemt ook studies waarbij geen effecten werden gevonden. Uit het literatuuronderzoek wordt geconcludeerd dat ziektekennis en ziektemanagement positief lijken te worden beïnvloed door online interventies en dat respondenten in sommige studies aangeven sociale steun te ondervinden ten gevolge van internetgebruik.

Andere onderzoeken laten potentieel gezondheidsvoordeel zien als gevolg van de toepassing van internet in de gezondheidszorg. Zo leidde de toegang tot persoonlijke medische gegevens via internet voor patiënten met hartfalen in een ziekenhuis in Denver (VS) tot het beter opvolgen van doktersadvies en zijn er aanwijzingen voor een verbeterde arts-patiënt-relatie (Ross, et al., 2004). Onderzoek van Oenema, et al. (2001) laat significante verschillen zien

tussen online en offline interventies gericht op voorlichting over voeding; de geïndividualiseerde voorlichting via internet zorgde voor een grotere impact op opinies en gedragsintenties ten aanzien van gezonde voeding. Onderzoek in Amerika naar risicofactoren voor eetstoornissen laat eveneens significante verschillen zien tussen online en offline interventies; de online interventie leidde hier tot afname van bezorgdheid over gewicht en van verstoorde attitudes t.a.v. het eetpatroon (Celio, Winzelberg, Wilfley, Eppstein-Herald, Springer, Dey & Taylor, 2000). Het gebruik van internet voor gezondheidsgerelateerde informatie door mensen met HIV/AIDS werd door onderzoek van Kalichman, Benotsch, Weinhardt, Austin, Luke en Cherry (2003) onder andere geassocieerd met (betere) ziektekennis, het beter kunnen omgaan met de ziekte en sociale steun.

Ook maatschappelijk gezien kan gebruik van internet, maar ook andere informatie- en communicatietechnologieën (zoals SMS-en via de mobiele telefoon) in de gezondheidszorg voordelen opleveren. Volgens het Nationaal Platform E-Health zou het tekort aan huisartsen kunnen worden opgelost door het aanbieden van het email- en SMS-consult. Als tien procent van de consulten tussen arts en patiënt voortaan via e-mail plaatsvindt, is er geen gebrek meer aan huisartsenzorg in Nederland, aldus het platform (Tunderman, 2004). Uit onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg blijkt tevens dat 40% van de Nederlandse internetgebruikers aangeven minder vaak op het spreekuur van de huisarts te zullen komen indien het contact via e-mail kan plaatsvinden (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003). Hiermee zou op jaarbasis een besparing van 160 miljoen euro kunnen worden gerealiseerd voor de Nederlandse economie, omdat een e-mailconsult minder tijd in beslag neemt dan een regulier consult (Tunderman, 2004). Tevens stellen White en Dorman (2001) dat zogenaamde 'online communities' gezondheidsvoorlichters de kans kunnen bieden om bepaalde populaties te bereiken met specifieke boodschappen.

Naast deze voordelen kleven er ook nadelen aan het gebruik van internet in de gezondheidszorg, zoals mogelijk onjuiste informatie op internet, het onjuist interpreteren van de (overvloedige) informatie of privacy- c.q. veiligheidsproblemen bij bijvoorbeeld e-mailconsulten. Aan deze problematiek zijn diverse onderzoeken gewijd (bijv. Fox & Rainie, 2002; Skinner, et al., 2003; Huang, Discepola, Al-Fozan & Tulandi, 2005; Tjora, Tran & Faxvaag, 2005). Daarnaast is internet een medium dat niet door iedereen gebruikt wordt of gebruikt kan worden. Onderzoeken naar het gebruik van internet en computers laten een zogenaamde digitale kloof zien, welke betrekking heeft op zowel toegang tot internet, als op kennis en vaardigheden om met internet om te gaan. De gemiddelde internetgebruiker in Nederland heeft een relatief hoog opleidingsniveau, studeert of heeft een baan, is jonger en beschikt over een uitgebreider sociaal netwerk in vergelijking met degenen die het internet niet gebruiken (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000). Uit onderzoek van Busselle, Reagan, Pinkleton en Jackson (1999) blijkt eveneens dat

internetgebruikers gemiddeld jonger zijn en bovendien vaker man dan vrouw. Mensen die geen computer gebruiken hebben vaker een lager inkomen (Lin, 1998) en op het gebied van gezondheid vertrouwen niet-internetgebruikers meer op het oordeel van de arts en raadplegen zij geen of minder andere informatiebronnen dan internetgebruikers (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004).

De combinatie van het groeiend aantal huishoudens met toegang tot internet (CBS, 2005), het toenemende aanbod van gezondheidsgerelateerde informatie en toepassingen op internet en de potentiële gezondheidsvoordelen die gebruikers van gezondheidsgerelateerd internetten kunnen behalen, maken de vraag interessant welke factoren bepalend zijn voor het internetgebruik voor gezondheidsdoeleinden. De digitale kloof met betrekking tot toegang tot internet zal gezien de cijfers van het CBS steeds kleiner worden, maar een digitale kloof op het gebied van gebruik van bijvoorbeeld gezondheidsgerelateerde internettoepassingen, kan groeien. Naarmate er meer voordelen zijn te behalen uit internetgebruik voor gezondheidsdoeleinden, wordt de kloof groter tussen gebruikers en non-gebruikers van internet voor gezondheidsdoeleinden.

Om een dergelijke kloof te voorkomen of te verkleinen is het van belang om binnen de groep internetters inzicht te verkrijgen in de kenmerken van gebruikers en non-gebruikers van internet voor gezondheidsdoeleinden. De doelstelling van dit onderzoek is enerzijds het verkrijgen van inzicht in factoren die bepalend zijn voor het gebruik van internet voor gezondheidsdoeleinden, opdat zorgverleners en aanbieders van informatie en/of voorlichting hierop kunnen inspelen. Anderzijds zal met dit onderzoek worden getracht een zinvolle bijdrage te leveren aan de theorievorming omtrent de verklaring van mediagebruik. Door onderzoeksmodellen ter verklaring van algemeen media- en internetgebruik toe te passen op gezondheidsgerelateerd internetgebruik, wordt inzicht verkregen in de inzetbaarheid van dergelijke modellen voor onderzoek naar internet en gezondheid. De vraag die in dit onderzoek zal worden beantwoord, luidt: *“Welke factoren bepalen het gebruik van internet voor gezondheidsdoeleinden?”*. Met modellen ter verklaring van mediagebruik, gecombineerd met recent verkregen onderzoeksresultaten op het gebied van internetgebruik voor gezondheid en/of ziekte, zal worden getracht om de achterliggende variabelen die gezondheidsgerelateerd internetgebruik verklaren bloot te leggen. Hiermee bevindt dit onderzoek zich op het raakvlak van mediagebruik en gezondheidsgedrag.

2. Gebruik van e-health

Wanneer het gaat om internetgebruik voor gezondheidsdoeleinden, wordt vaak gerefereerd aan e-health. Het begrip 'e-health' omvat vele verschillende definities, maar wordt vrijwel altijd geassocieerd met gezondheid en techniek (Oh, Rizo, Enkin & Jadad, 2005). De meest voorkomende definitie op internet is die van Eysenbach (2001): e-health is "... *referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology.*" De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002) sluit hierop aan en definieert e-health als "... *het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name Internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren*".

Om onderzoek te doen naar het gebruik van e-health, zal nader moeten worden bepaald, welke activiteiten op internet precies worden verstaan onder e-health. Cline en Haynes (2001) onderscheiden hier drie activiteiten; namelijk het zoeken van gezondheidsinformatie, lotgenotencontact (het participeren in support groups, nieuws- en discussiegroepen en chatboxen) en het consulteren van zorgverleners. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) hanteert eveneens deze indeling, maar voegt hieraan toe 'het verrichten van transacties' (o.a. bestellen van bijvoorbeeld vitaminen en hulpmiddelen). Omdat dit gaat om een meer logistieke handeling, waarbij het gezondheidsaspect niet zozeer van belang is, wordt de indeling van Cline en Haynes (2001) in dit onderzoek gehandhaafd.

Duidelijk is dat e-health uit zeer verschillende activiteiten bestaat. Anders dan het zoeken naar gezondheidsgerelateerde informatie, wat bijvoorbeeld preventief kan, impliceren contact met anderen op internet over ziekte of gezondheid en het consulteren van zorgverleners de aanwezigheid van een gezondheidsprobleem. Het verdient derhalve aanbeveling om bij onderzoek naar gebruik van e-health onderscheid te maken tussen deze drie soorten activiteiten. Hierbij komt dat anno 2005 nog niet op grote schaal gebruik wordt gemaakt van internet voor het consulteren van zorgverleners. Dit vormt de intentie tot gebruik van deze vorm van e-health tot een interessante variabele. In dit onderzoek wordt deze intentie enigszins beperkt tot communicatie met de huisarts per e-mail indien deze service wordt aangeboden.

Uses en Gratifications en de Social Cognitive Theory

Om de factoren die het gebruik van e-health bepalen te onderzoeken, zal grotendeels worden vastgehouden aan het model ter verklaring van mediagebruik van LaRose en Eastin (2004). Dit model is gebaseerd op de Uses en Gratifications benadering van Katz, Blumler en Gurevitch (1974), maar benadert deze vanuit een sociaal-cognitief perspectief, volgens Bandura's (1986) Social Cognitive Theory (SCT). Onderzoeken van LaRose, Mastro en Eastin (2001) en LaRose

en Eastin (2004) laten zien dat de toepassing van een sociaal cognitief perspectief op de Uses en Gratifications-benadering een goede verklaring van het internetgebruik kan opleveren. Interessant is hier de vraag in hoeverre het model van toepassing is op internetgebruik voor gezondheidsgerelateerde doeleinden.

Net als de Uses en Gratifications-benadering richt het model van LaRose en Eastin (2004) zich op effecten van media en gaat het model uit van een functionele benadering van massamedia; de functies van het medium vormen de basis voor het verklaren van het gebruik ervan (De Boer & Brennecke, 2003). De nadruk wordt gelegd op de behandeling van de media door de ontvanger, in plaats van andersom (Van Cuilenburg, Scholten & Noomen, 1996). De Uses en Gratifications-benadering heeft als doel het verklaren van het gebruik en de functies van media, waarbij de basisassumptie is dat hoe meer de motieven (uitgedrukt in gratificaties) voor gebruik van het medium worden vervuld, hoe meer het medium zal worden gebruikt.

Volgens Bandura's Social Cognitive Theory is gedrag het gevolg van een continue interactie tussen de persoonlijke factoren, omgevingsfactoren en het gedrag zelf, het zogenaamde 'wederzijds determinisme'. Persoonlijke factoren zijn cognitieve, affectieve en biologische processen, zoals processen met betrekking tot het reguleren of opwekken van emoties (affectief) en denkprocessen bij het verwerven, organiseren en gebruiken van informatie (cognitief) (Bandura, 1994). Belangrijk hierbij is dat mensen niet alleen leren 'uit een boek' of door zelf het gedrag uit te voeren, maar ook door observatie van anderen in de (sociale) omgeving ('vicarious learning'). De sociale omgeving speelt daarnaast ook een rol door mogelijke invloeden van bijvoorbeeld naasten op het gedrag.

De Social Cognitive Theory stelt verder dat menselijk gedrag in grote mate wordt bepaald door de verwachtingen die men van bepaald gedrag heeft. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds verwachtingen over de uitkomsten van gedrag en de consequenties van het gedrag in de sociale en fysieke omgeving (parallel aan gratificaties in de Uses en Gratifications-benadering) en anderzijds verwachtingen over of men in staat is een bepaalde actie uit te voeren ('self-efficacy') (Brug, Schaalma, Kok, Meertens & Van der Molen, 2001).

Volgens de Uses en Gratifications-benadering verklaren de *gezochte* en *verkregen gratificaties* (Palmgreen, 1984) het mediumgebruik; mensen kiezen het medium om bepaalde gratificaties te krijgen. Verondersteld wordt dat het verkrijgen van de gezochte gratificaties invloed heeft op de (nieuwe) gezochte gratificaties en dus indirect op het wederom gebruiken van het medium. Is men positief over de verkregen ontspanning, bijvoorbeeld door het kijken naar televisie, dan is de kans groot dat men weer ontspanning zoekt bij het medium televisie. De mate van het krijgen van de gezochte gratificaties staat in verband met de mate van mediumgebruik (McQuail, 2001).

Er is echter ook kritiek geuit op diverse aspecten uit de Uses en Gratifications-benadering, waaronder op de stelling dat door vergelijking van gezochte en verkregen

gratificaties het mediagebruik kan worden verklaard. Door dit retrospectieve perspectief van de Uses en Gratifications-benadering wordt gedrag (mediagebruik) niet gekoppeld aan verwachte uitkomsten van dat gedrag, maar aan huidige gezochte (gewenste) gratificaties. Er zijn situaties denkbaar met 'onwerkelijke' gezochte gratificaties, namelijk gezochte maar niet verwachte gratificaties. Stel 'casinobezoek' is het gedrag dat verklaard dient te worden, dan kan het winnen van de jackpot een gezochte gratificatie zijn, terwijl men niet *verwacht* de jackpot te winnen. De meeste mensen bezoeken het casino niet omdat zij denken de jackpot te winnen. Het meten van het verschil tussen gezochte gratificaties (winnen van jackpot) en verkregen gratificaties (bijv. verlies of 'gelijkspel') zou hier een onjuiste verklaring van 'casinobezoek' opleveren. Verder kunnen er bij mediagebruik gratificaties worden verkregen die van tevoren niet werden gezocht, wat eveneens vertekening en complexe resultaten met zich meebrengt.

LaRose en Eastin (2004) hanteren hierom op basis van Bandura's Social Cognitive Theory (1986) *uitkomstverwachtingen* in plaats van gezochte en verkregen gratificaties en ondervangen met het prospectieve perspectief het probleem van onwerkelijke gezochte gratificaties en verkregen ongezochte gratificaties. "Uitkomstverwachtingen reflecteren de huidige overtuiging in de *uitkomsten van toekomstig gedrag*, maar zijn gebaseerd op vergelijkingen tussen verwachte en in het verleden behaalde uitkomsten" (LaRose et al., 2001, p. 399). Gedrag (mediagebruik) kan hier opgevat worden als het wel of niet handelen. Het gaat bij het verschil tussen de Uses en Gratifications-benadering en de Social Cognitive Theory vooral ook om een andere formulering van de items, waarbij men deze vanuit het sociaal-cognitieve perspectief meer stelt als waarschijnlijkheid, bijvoorbeeld: "Hoe waarschijnlijk is het dat u via het internet mensen zoals u leert kennen?" (LaRose & Eastin, 2004), in plaats van als wens, bijvoorbeeld: "Ik maak graag vrienden via het internet" (Kang & Atkin, 1999).

Een ander punt van kritiek op de Uses en Gratifications-benadering is het ontbreken van een onderliggende theorie op basis waarvan gezochte en verkregen gratificaties worden ingedeeld. In de literatuur is een verscheidenheid aan indelingen gehanteerd, wat niet ten goede komt aan de ontwikkeling van een theorie. Zo identificeerden Levy en Windahl (1984) in hun onderzoek naar motieven voor het kijken naar televisienieuws in Zweden door middel van factoranalyse drie factoren, namelijk 'ontspanning en parasociale interactie', 'surveillance, kijk op de wereld' en 'interpersoonlijke bruikbaarheid'. De Bock (1980) hanteerde in zijn onderzoek tijdens de kranten- en televisiestaking van 1977, zes soorten behoeften: 'informatie', 'sociaal prestige', 'ontspanning', 'verveling', 'ritueel gedrag' en 'zekerheid', welke hij verkreeg uit eerder onderzoek tijdens krantenstakingen. Zo zijn er uiteenlopende indelingen gehanteerd, waarbij de verschillende indelingen overigens vaak wel enige overeenkomst vertonen.

In het model van LaRose en Eastin (2004) wordt de indeling van uitkomstverwachtingen gemaakt op basis van de Social Cognitive Theory; Bandura (1986) stelt dat menselijk gedrag niet kan worden begrepen zonder het bekijken van de regulerende invloed van de gevolgen van dit

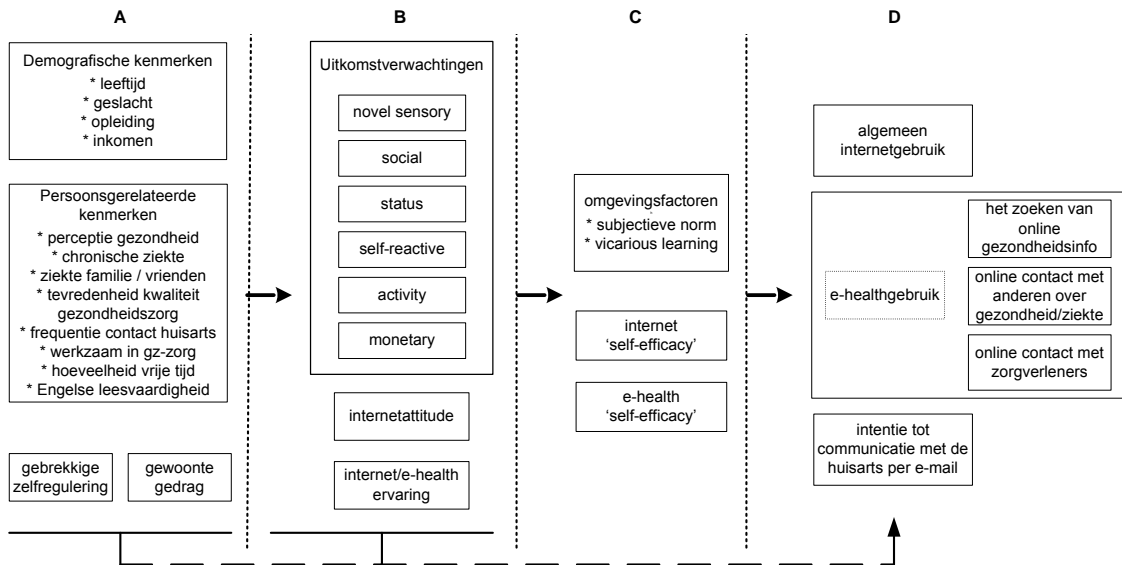
gedrag. Gedrag wordt gemotiveerd door zowel geleerde gevolgen (door observatie van anderen en/of door (eigen) oefening), als externe gevolgen (bijv. directe beloning of straf), als zelf bepaalde uitkomsten ('self-reactive', het willen halen van bepaalde standaarden, de evaluatie van prestaties aan deze standaarden en de zelfmotivering of -demotivering die hierop volgt) (Bandura, 1986). De zes uitkomsten die LaRose en Eastin (2004) op basis van deze theorie met betrekking tot internetgebruik identificeren zijn 'novel sensory', 'social', 'status', 'self-reactive', 'activity' en 'monetary'.

Het conceptueel kader (figuur 1) dat in dit onderzoek wordt gehanteerd is opgebouwd uit demografische, persoonsgerelateerde kenmerken, uitkomstverwachtingen over gedrag, internetattitude, gewoontegedrag, gebrekkige zelfregulering, 'self-efficacy', ervaring en omgevingsfactoren. Deze worden achtereenvolgens besproken.

Demografische kenmerken en e-health

Uit onderzoeken komt naar voren dat vrouwen vaker op internet zoeken bij vragen over gezondheid dan mannen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004; CBS, 2004). Ook blijkt uit onderzoek van Cotten en Gupta (2004) dat leeftijd, inkomen en opleidingsniveau van invloed zijn op het zoeken van gezondheidsgerelateerde informatie op internet; hoe ouder en lager geschoold iemand is en hoe lager het inkomen, hoe kleiner de kans dat iemand gebruik maakt van internet voor gezondheidsgerelateerde informatie. Onderzoek van het CBS (2004) geeft echter aan dat leeftijd positief samenhangt met internetgebruik voor gezondheidsgerelateerde informatie; hoe ouder men wordt, hoe groter het gebruik. Kalichman, Weinhardt, Benotsch, DiFonzo, Luke en Austin (2002) vonden in hun onderzoek onder HIV-AIDS patiënten een relatie tussen inkomen en het gebruik van internet; in de onderzochte minderheidsgroepen waren naast het inkomen ook opleidingsniveau en geslacht significante voorspellers. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

OV-1: Welke rol spelen demografische kenmerken bij het verklaren van het gebruik van e-health onder internetters?



Figuur 1. Conceptueel kader van internetgebruik, e-healthgebruik en de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail, waarin naast een indirecte ook een directe relatie mogelijk is tussen de variabelen onder A, B en D.

Persoonsgerelateerde kenmerken

Uit onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2004) komt naar voren dat mensen die in het afgelopen jaar minstens tweemaal hun huisarts bezochten, meer dan gemiddeld het internet gebruikten voor gezondheidsinformatie. De frequentie van contact met de huisarts lijkt hiermee een rol te spelen.

Daarnaast komt uit het onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2004) naar voren dat chronisch zieken en mensen die ontevreden zijn over de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg, vaker het internet raadplegen voor gezondheidsinformatie. Een gebrek aan vertrouwen in de medische zorg zou het zelf vergaren van medische kennis op internet kunnen doen toenemen. Naast de vraag of iemand zelf chronisch ziek is, kan de aanwezigheid van een chronische ziekte, beperking of handicap in de naaste omgeving ook relevant zijn bij e-healthgebruik. De bereidheid van mensen om specifieke informatie te zoeken, kan afhangen van de betrokkenheid die men heeft in het onderwerp. Grote betrokkenheid kan worden verwacht indien een (dierbare) naaste van iemand aan een ziekte, handicap of beperking lijdt, en kan hiermee gerelateerd zijn aan het gebruik van e-health.

Aansluitend op de betrokkenheid zou het kunnen zijn dat werkzaamheid in de gezondheidszorg gerelateerd is aan het gebruik van e-health. Betrokkenheid bij de gezondheidszorg zou hier een mogelijke verklaring voor kunnen zijn, echter anderzijds zou werkzaamheid in de zorg ook minder gebruik van e-health betekenen, omdat men mogelijk de beschikking heeft over deskundige bronnen via het werk.

Verder blijkt uit onderzoek van Cotten en Gupta (2004) dat er een relatie bestaat tussen de perceptie van de eigen gezondheidstoestand en het gebruik van internet voor

gezondheidsgerelateerde informatie; online informatiezoekers rapporteerden een betere (gepercipieerde) gezondheid en een groter algemeen gevoel van welzijn dan offline informatiezoekers. Echter onderzoek van Houston en Allison (2002) laat het tegenovergestelde zien; de groep mensen met een matig tot slechte gepercipieerde gezondheidstoestand gebruikten het internet vaker voor het zoeken naar specifieke gezondheidsinformatie en waren meer geneigd tot het hebben van online contact met anderen.

Engelse leesvaardigheid is een niet-gezondheidsgerelateerde factor die gerelateerd kan zijn aan het gebruik van e-health. Uit onderzoek van Jeannot, Floehlich, Wietlisbach, Burnand, Terraz & Vader (2004) in Zwitserland blijken patiënten met kennis van de Engelse taal significant vaker het internet te gebruiken voor het zoeken naar gezondheidsinformatie.

Hiernaast kan de hoeveelheid vrije tijd die iemand heeft samenhangen met mate van internetgebruik en zou werkzaamheid in de gezondheidszorg verschil kunnen maken in het gebruik van e-health. Wellicht maken mensen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg minder vaak gebruik van e-health omdat zij makkelijk beschikking hebben over andere medische bronnen. Anderzijds zou het kunnen zijn dat deze groep mensen juist beter zijn weg weet te vinden op internet wanneer het gaat om gezondheidsdoeleinden.

OV-2: Welke rol spelen persoonsgerelateerde kenmerken bij het verklaren van het gebruik van e-health onder internetters?

Uitkomstverwachtingen

De uitkomstverwachtingen, vergelijkbaar met gratificaties, worden in willekeurige volgorde besproken. Bij 'novel sensory'-uitkomsten gaat het om zintuiglijke ervaringen, waarbij nieuwigheid en verandering over het algemeen de effectiviteit van zintuiglijke ervaringen op gedragsmotivatie vergroten, terwijl herhaling de effectiviteit reduceert. 'Novel sensory'-uitkomsten kunnen gedrag op verschillende manieren motiveren; sommigen zijn intrinsiek plezierig of onplezierig, veel bevredigen verworven voorkeuren en smaken, anderen vormen een reactie op saaiheid en weer anderen creëren motiverende interne discrepanties (Bandura, 1986).

Bij 'social'-uitkomsten gaat het om de goedkeuring en/of interesse van anderen ter motivering van gedrag. Vaak, maar niet altijd, gaan sociale reacties van anderen vooraf aan fysieke beloningen of straffen (bijv. opslag of ontslag), waardoor de sociale reacties voorspellers zijn van de primaire gevolgen (Bandura, 1986). Hier speelt ook de mate van invloed van sociale reacties een rol; waardering of afwijzing door mensen die veel invloed op iemand hebben (bijv. werkgever) is belangrijker dan door mensen die geen invloed hebben (bijv. verre kennis) (Bandura, 1986). De kracht van sociale uitkomsten hangt hiermee ook af van de (primaire) gevolgen die de goed- of afkeuring met zich mee kunnen brengen; de goedkeuring van een werkgever kan leiden tot aanzien of bijvoorbeeld tot het krijgen van een vast contract. De goedkeuring van een vage kennis m.b.t. bijvoorbeeld werkzaamheden heeft veel minder impact.

Bij 'status'-uitkomsten gaat het om sociale status, oftewel maatschappelijk aanzien. 'Status'-uitkomsten vertonen veel overeenkomsten met 'social'-uitkomsten. Echter anders dan bij status, kan iemand bij sociale goedkeuring lof krijgen *zonder* te worden gepromoveerd in status of machts hiërarchie. Status of macht zorgt voor een mate van *controle* over middelen en gedragingen van anderen en gaat gepaard met verschillende voordelen (bijv. materiële beloningen, sociaal aanzien). 'Status'-uitkomsten oefenen hierom vaak meer invloed uit op gedrag dan 'social'-uitkomsten, maar de stimulerende waarde van status komt ongetwijfeld grotendeels voort uit sociale en materiële voordelen (Bandura, 1986). Het gaat bij 'status' om prestatie; de prestatiedruk is hoger bij weinig statusposities, meer concurrenten en grotere voordelen (Bandura, 1986).

Bij 'self reactive'-uitkomsten gaat het om verwachtingen die betrekking hebben op het behalen van bepaalde (interne) standaarden. Dit is een vorm van intrinsieke motivatie, intern ontstaan en bepaald door zelf vastgestelde uitkomsten van gedrag. Het vergelijken (evalueren) van eigen prestaties met interne standaarden leidt tot inzichten in de geboekte vooruitgang die motiverend dan wel demotiverend kunnen zijn, afhankelijk van de hoogte van de standaarden waaraan de vooruitgang wordt getoetst. De feedback op het eigen gedrag beïnvloedt vervolgens ook de interne standaarden, waardoor er een continue zelfmotivatie kan optreden. LaRose en Eastin (2004) operationaliseren 'self reactive'-uitkomsten die van toepassing zijn op internetgebruik als het voelen van ontspanning, het vergeten van problemen, het doden van tijd, het tegengaan van verveling en het zich minder eenzaam voelen.

Bij 'activity'-uitkomsten gaat het om het krijgen van vermaak. Het gaat hier om intrinsieke motivatie, waarbij externe factoren zorgen voor natuurlijke uitkomsten, zoals het luisteren naar muziek (extern) iemand in een bepaalde gemoedstoestand kan brengen (natuurlijk gevolg). Zo kan internetgebruik leiden tot opvrolijking of bijvoorbeeld het gevoel, vermaakt te worden.

Bij 'monetary'-uitkomstverwachtingen gaat het vooral om financiële winst of besparingen. Echter, geld wordt steeds minder direct gekoppeld aan prestatie (mede door de verandering van stukloon naar uurloon). Daarom is het plausibel om ook winst in de zin van tijd of moeite uit te leggen. LaRose en Eastin (2004) echter sturen vooral aan op het vinden van online aanbiedingen en het krijgen van gratis producten.

Hoewel niet alle uitkomstcategorieën van toepassing lijken te zijn op internetgebruik voor gezondheidsdoeleinden worden ze wel allen opgenomen in het onderzoeksmodel, om deze veronderstelling te kunnen controleren. Daarnaast kan er zo een vergelijking worden gemaakt met het onderzoek van LaRose en Eastin (2004). De besproken uitkomstverwachtingen zijn volgens de Social Cognitive Theory (mede)voorspellers van gedrag; de cognitieve capaciteiten van mensen maken het mogelijk dat verwachtingen worden gecreëerd bij verschillende gedragingen. Verondersteld wordt dat deze uitkomstverwachtingen, uitgedrukt in categorieën van

uitkomsten, direct gerelateerd zijn aan mediumgebruik. De volgende onderzoeksvraag zal worden onderzocht:

OV-3: Welke rol spelen uitkomstverwachtingen bij het verklaren van de mate van internetgebruik en het gebruik van e-health onder internetters?

Internetattitude

Iemand kan een positieve dan wel negatieve attitude hebben ten aanzien van het gebruiken van internet en om deze reden veel of juist weinig gebruik maken van het medium. Attitudes zijn evaluaties, beoordelingen van bepaalde objecten of gedrag in termen van goed/slecht of positief/negatief en hebben een stabiel karakter (Gutteling en Heuvelman, 2000). Mogelijk dragen uitkomstverwachtingen bij aan de vorming van een attitude. De relatie tussen attitude en (intentioneel) gedrag komt in diverse theorieën naar voren, zoals in de Social Cognitive Theory (Bandura, 1986) en de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991).

De gratificaties uit de Uses en Gratifications-benadering gaan in op de verwachtingen van de uitkomsten van het gedrag, los van de activiteit van het gebruiken van het medium. Dit kan enigszins worden vergeleken met het verschil tussen zogenaamde 'content gratifications' en 'process gratifications' (Windahl, Signitzer & Olson, 1992). Omdat mensen bijvoorbeeld een hekel kunnen hebben aan het kijken op een beeldscherm of andere facetten van internetgebruik, is het plausibel ook attitudes over internetten als op zichzelf staande activiteit te onderscheiden. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

OV-4: Welke rol speelt internetattitude bij het verklaren van de mate van internetgebruik en het gebruik van e-health onder internetters?

Gewoonte, gebrekkige zelfregulering, 'self-efficacy' en ervaring

Gewoonte en gebrekkige zelfregulering

Een van de zwakke punten van de Uses en Gratifications-benadering ligt in de assumptie dat mensen actief kiezen voor het gebruik van een medium om individuele behoeften te bevredigen. McQuail (2001) stelt dat gedrag vaak juist niet rationeel, gepland of gemotiveerd is, maar een optelsom van gewoonte, omgevingsfactoren en emoties. Ook spreekt men wel van 'gecontroleerd' en 'automatisch' gedrag (Brug, et al., 2001), waarbij het bij automatisch gedrag meer een kwestie van 'gewoontegedrag' is dan weloverwogen gedrag. Gewoontegedrag is een repeterend patroon en heeft meer met routine en rituelen te maken dan met gecontroleerd gedrag en doelmatige behoeftebevrediging. In onderzoek van LaRose, Mastro & Eastin (2001) verklaart gewoontegedrag een groot deel van de verklaarde variantie in internetgebruik.

Een nadere uitleg van actief en minder actief gedrag komt uit de Social Cognitive Theory met het construct zelfregulering. Zelfregulering is een proces van zelfcontrole en beschrijft hoe

mensen hun eigen gedrag observeren (self-monitoring), beoordelen op basis van persoonlijke en sociale (interne) standaarden (judgemental process) en hoe mensen vervolgens 'self-reactive'-uitkomsten toepassen om hun gedrag te matigen ('self-reactive'-process). Bandura stelt dat een gebrekkige zelfregulering de basis is van (psychologische) verslaving (1999). Om goed het eigen gedrag te kunnen observeren, moeten mensen zich actief bewust zijn van hun gedrag. Men vergelijkt dit gedrag dan met interne standaarden (bijv. afkomstig uit de sociale omgeving) en ziet bijvoorbeeld in dat men het gedrag teveel vertoont. Het matigen van het gedrag, om beter te voldoen aan de interne standaarden, kan bijvoorbeeld een positief gevoel opleveren ('self-reactive'-uitkomst). Wanneer dit mechanisme niet goed functioneert, spreekt men van gebrekkige zelfregulering; een staat waarin actieve zelfcontrole is verminderd (LaRose, Lin & Eastin, 2003).

LaRose et al. (2003) leggen de werking van gecontroleerd en automatisch gedrag (gewoontegedrag) uit aan de hand van het sociaal cognitieve mechanisme van zelfregulering. Vanuit de Uses en Gratifications-benadering gezien begint gebrekkige zelfregulering bij het *bewust* gebruiken van media om verveling of eenzaamheid tegen te gaan, tijd te doden, etc. Dergelijke uitkomsten vallen binnen de Social Cognitive Theory onder 'self-reactive'-uitkomsten. Wanneer bij repeterend gedrag/gebruik vervolgens minder aandacht wordt geschonken aan 'self-monitoring' (en er steeds meer sprake is van gewoontegedrag), dan wordt het gebruik van 'self-reactive' uitkomsten ter matiging van het gedrag ook steeds onwaarschijnlijker. Wat dan overblijft is ongereguleerd gewoontegedrag, als (door 'self-reactive'-uikomsten) geconditioneerde respons op een negatieve gemoedstoestand (zoals bijv. eenzaamheid).

LaRose en Eastin (2004) stellen dat gewoontegedrag mogelijk als een alternatieve 'route' kan worden gezien naast het actief beslissen over mediaconsumptie op basis van uitkomstverwachtingen. Meer ervaren internetters zouden eerder volgens gewoontegedrag gebruik maken van internet en nieuwe internetgebruikers meer op basis van uitkomstverwachtingen. Strikt genomen zou dit moeten betekenen dat gewoontegedrag negatief is gecorreleerd met uitkomstverwachtingen, maar volgens LaRose en Eastin (2004) kunnen herinneringen aan het vroegere beslissen op basis van uitkomstverwachtingen verantwoordelijk zijn voor een positieve correlatie.

Gewoonten, in de zin van automatische gedragingen die ontstaan zonder zelfinstructie, groeien naarmate zelfregulering steeds minder effectief wordt. Gewoonte en gebrekkige zelfregulering zijn dus overlappende constructen, dicht gerelateerd aan (internet)verslaving. Het verschil tussen gewoontegedrag en gebrekkige zelfregulering is nog niet geheel duidelijk. Onderzoek van LaRose en Eastin (2004) laat zien dat gebrekkige zelfregulering het gewoontegedrag versterkt en dat gewoonte een voorspeller is van internetgebruik. Daarnaast heeft gebrekkige zelfregulering een 'eigen' invloed op het internetgebruik. Voorgesteld wordt dat het bij gewoontegedrag zou gaan om gebrekkige 'self-monitoring' als eerste subfunctie van zelfregulering. Bij gebrekkige zelfregulering zou het daarentegen gaan om verminderde werking

van de andere twee subfuncties van zelfregulering, namelijk de 'judgemental' en 'self-reactive'-processen. Gewoontegedrag zou dan dus kunnen worden gezien als onbewust gedrag, terwijl gebrekkige zelfregulering door individuen wel actief wordt ervaren, maar waarbij men er niet in slaagt het gedrag/gebruik te matigen.

'Self-efficacy'

'Self-efficacy', ofwel uitvoerbaarheidsverwachting, is een belangrijk construct in de Social Cognitive Theory en gaat om de overtuiging van een persoon in zijn/haar capaciteiten met betrekking tot het overwinnen van moeilijkheden die bij het uitvoeren van een bepaalde taak of gedrag horen (Bandura, 1989). 'Self-efficacy' is de meest centrale of overtuigende soort gedachte die van belang is bij gedrag (Bandura, 1986); hoe hoger iemands 'self-efficacy' ten aanzien van een bepaald gedrag, hoe groter de kans dat dit gedrag wordt uitgevoerd. Ook in de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) neemt 'self-efficacy', neergezet als waargenomen gedragscontrole, een grote rol in. 'Self-efficacy' varieert in algemeenheid; hoewel de bovenstaande definitie van 'self-efficacy' taak-specifiek (SSE) is, wordt in diverse onderzoeken ook gerefereerd aan gegeneraliseerde 'self-efficacy' (GSE). Deze GSE wordt opgevat als een algemeen persoonskenmerk met een redelijk stabiel karakter (Boer, 1993), een algemene overtuiging van iemand in zijn/haar bekwaamheid om succes te behalen. GSE kan gezien worden als een karaktertrek, dat iemand onderscheidt van anderen, terwijl SSE meer situatieafhankelijk is, een toestand op een bepaald moment (Hsu & Chiu, 2004). Door herhaaldelijke ervaringen met successen (of mislukkingen) over een langer tijdsbestek, zou een meer algemene en stabiele 'self-efficacy' ontstaan. Wanneer het echter gaat om het verklaren van een specifieke taak, kan SSE een betrouwbaardere verklaring opleveren dan GSE.

Zowel bij onderzoek naar internetgebruik (bijv. Hsu & Chiu, 2004; Eastin & LaRose, 2001, 2005) en onderzoek naar gezondheidsgedrag (bijv. AbuSabha & Achterberg, 1997; Findley, Kerns, Weinberg & Rosenberg, 1998) wordt het belang van het construct 'self-efficacy' bij het verklaren van gedrag aangetoond.

Ervaring

De beoordeling van 'self-efficacy' is volgens Bandura (1989) gebaseerd op vier informatiebronnen, namelijk 'mastery experiences', 'vicarious experiences', 'verbal persuasion and social influences' en 'physiological states'. Ervaring speelt hierbij dus een grote rol, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen ervaring opgedaan door eigen gedrag (mastery experiences) en ervaring door model-leren (vicarious experience). Onderzoek van Eastin en LaRose (2000) toont in lijn met deze theorie aan dat internetervaring vooraf gaat aan internet 'self-efficacy'. De samenhang tussen internetervaring en 'self-efficacy' is eveneens in verschillende onderzoeken aangetoond (bijv. LaRose en Eastin, 2004; Igbaria en Iivari, 1995).

Gewoontegedrag en het uitvoeren van nieuw gedrag zijn twee tegengestelden; hiermee is duidelijk dat ervaring samenhangt met gewoontegedrag; immers gedrag kan pas een gewoonte worden, naarmate het vaker is uitgevoerd. Ditzelfde geldt voor gebrekkige zelfregulering; zelfregulering is pas aan de orde wanneer het gedrag vertoond wordt. Gebrekkige zelfregulering veronderstelt ongecontroleerd gedrag, wat ervaring met dit gedrag impliceert.

Daarnaast kan internetervaring rechtstreeks van invloed zijn op het gebruik van internet; de metafoor dat het weer van morgen vaak het best voorspeld wordt door het weer van vandaag, kan in zekere zin ook gelden voor internetervaring en internetgebruik. Mensen met veel ervaring hebben logischerwijs het internet vaker gebruikt en gebruiken dit waarschijnlijk nog steeds vaker. De volgende onderzoeksvraag zal worden onderzocht:

OV-5: Welke rol spelen gewoonte, gebrekkige zelfregulering, 'self-efficacy' en ervaring bij de verklaring van het gebruik van e-health onder internetters?

Omgevingsfactoren

Zoals eerder besproken stelt de Social Cognitive Theory dat er continu interactie plaatsvindt tussen gedrag, persoonlijke factoren en omgevingsfactoren. De *sociale* omgeving speelt hierbij eveneens een rol; echter in de Uses en Gratifications-benadering komt deze invloed op het gedrag of mediumgebruik niet als aparte variabele voor. De invloed van de sociale omgeving is tweezijdig; enerzijds is het een indirecte manier van leren, ook wel 'model-leren' genoemd. Dit werkt zowel positief als negatief; ziet men dat een bepaald gedrag voor een naaste slechte gevolgen heeft, dan heeft dit een negatief effect op de intentie om dat gedrag uit te gaan voeren. Aangenomen wordt dat ervaringen van mensen uit de sociale omgeving invloed hebben op zowel de uitkomstverwachtingen als op de mate 'self-efficacy' en hiermee indirect invloed op het gedrag of de gedragsintentie.

Naast 'vicarious learning' (indirect leren ofwel 'model-leren'), bestaat er ook een andere vorm van sociale invloed, namelijk de subjectieve norm zoals de Theory of Planned Behavior deze omschrijft. Het gaat hier om 'normative beliefs', namelijk de overtuiging dat belangrijke personen in iemands sociale omgeving het bepaalde gedrag goed- of afkeuren (Ajzen, 1991). Deze 'normative beliefs', vermenigvuldigd met iemands 'motivation to comply' (ofwel de mate waarin iemand gehoor geeft aan de goed- of afkeuring van belangrijke anderen), bepalen de subjectieve norm. Of de invloed van de subjectieve norm op het gedrag direct is of via sociale of status uitkomstverwachtingen is niet geheel duidelijk. De volgende onderzoeksvraag zal worden onderzocht:

OV-6: Welke rol spelen sociale omgevingsfactoren bij de verklaring van het gebruik van e-health onder internetters?

3. Methode

Doelgroep

Dit onderzoek is gericht op gebruikers en potentiële gebruikers van e-health van 15 jaar en ouder, hiermee doelende op mensen die thuis de beschikking hebben over een desktop computer of laptop met internetverbinding. Internettoegang en –gebruik met mobiele telefoons, palmtops of andere apparaten wordt in dit onderzoek niet meegenomen, omdat hier mogelijk andere factoren een rol spelen als het gaat om het gebruiken voor bepaalde doeleinden. Zo kan het lezen van een stuk tekst op internet een stuk lastiger gaan met een mobiel dan met een desktop computer.

Het onderzoek is voornamelijk uitgevoerd in Almere, Flevoland. Dit is een relatief jonge stad met een populatie van 129.732 inwoners van 15 jaar en ouder. Gekozen is voor de doelgroep 15 jaar en ouder, aangezien het waarschijnlijk is dat jongeren rond deze leeftijd meer zelf bezig zijn met (hun) gezondheid. Middels een op internet vrij toegankelijke vragenlijst is de data verzameld. Onder de deelnemers werden vijf cadeaubonnen van 10 euro verloot.

Vooronderzoek

Om een idee te krijgen van de variaties in internetgebruik, achterliggende motieven en internetgebruik voor gezondheidsgerelateerde doeleinden is vooronderzoek uitgevoerd met een gelegenheidssteekproef (N=27), bestaande uit 10 mannen en 17 vrouwen (gemiddelde leeftijd = 32,1; SD = 13,6; range = 15-57 jaar). De respondenten zijn per e-mail benaderd met een korte vragenlijst met open vragen. Gekeken werd of de door de respondenten genoemde motieven voor internetgebruik binnen de uitkomstverwachtingen pasten, welke onderscheiden worden in het model van LaRose en Eastin én of de motieven werden gedekt door de items van LaRose en Eastin (2004). Hieruit bleek dat tijdwinst en besparing van moeite belangrijke motieven waren (bijv. internetgebruik voor bankzaken en het snel opzoeken van openbaar vervoer informatie om tijd en moeite te besparen).

Als indicator voor het opstellen van antwoordcategorieën voor het meten van internetgebruik in de uiteindelijke vragenlijst, is het internetgebruik in minuten en uren van de respondenten in het vooronderzoek gebruikt. Het internetgebruik van de 27 respondenten varieerde van gemiddeld 2 minuten per dag tot 10 uur per dag met een gemiddelde van 111,4 minuten (SD=131,9 minuten). Vervolgens zijn negen categorieën opgesteld waarbij het internetgebruik van 85,2% van de respondenten evenredig binnen de eerste zes categorieën viel. De antwoordcategorieën die hiermee werden gevormd zijn: 'minder dan 15 minuten', '15 tot 30 minuten', '30 tot 60 minuten', '1 tot 1,5 uur', '1,5 tot 2 uur', '2 tot 3 uur', '3 tot 4 uur', '4 tot 5 uur' en '5 uur of meer'. De laatste drie categorieën, met internetgebruik van meer dan 3 uur, zijn toch gesplitst opgenomen, om de mogelijke variantie op scores van de afhankelijke variabele te vergroten.

De vragenlijst die op basis van het vooronderzoek is opgesteld is vervolgens gepretest door vier personen, waarvan twee communicatiedeskundigen. Hierbij is gebruik gemaakt van de plus-en-min-methode, gevolgd door een interview (De Jong & Schellens, 2000). Respondenten werd gevraagd om positieve en negatieve punten in de vragenlijst te markeren, maar tegelijkertijd ook zelf de vragenlijst in te vullen. In het interview werden de redenen van de plussen en minnen achterhaald. Vervolgens werd gevraagd om de betekenis van enkele items waarin internettermen voorkwamen (bijv. online, hardware, software, etc.). Hierbij bleek dat de betekenis van deze woorden niet voor iedereen helder was en is gebrainstormd over alternatieve benamingen.

De belangrijkste wijzigingen die na de pretest zijn doorgevoerd hebben betrekking op de vertaling van items uit het Engels (VS) naar het Nederlands. Woorden met betrekking tot computers of internet die in het Engels algemeen bekend zijn, zijn vertaald in het Nederlands (of nog steeds in het Engels) voor Nederlanders minder bekend. Zo was het woord 'online' niet bekend bij een respondent, waardoor veel items moesten worden hergeformuleerd, zoals: 'Ik ga altijd rond dezelfde tijd online' vs. 'Ik ga altijd rond dezelfde tijd op internet' en 'Ik zou internet missen als ik niet meer online zou kunnen' vs. 'Ik zou internet missen als ik geen toegang meer zou hebben tot internet'.

Procedure

Respondenten zijn op diverse manieren in een tijdsbestek van drie weken benaderd in de maanden juni - juli 2005. Ten eerste zijn huis-aan-huis flyers (zie bijlage 1.1) verspreid in alle eerste straten beginnend met een letter van het alfabet in Almere (voor een overzicht zie bijlage 2). Hierbij is steeds gekozen voor de linkerkant van de straat, waardoor de ene keer de even en de andere keer de oneven nummers een flyer hebben gekregen. In totaal zijn 877 flyers op deze wijze verspreid.

Daarnaast is een persbericht (zie bijlage 1.2) geplaatst in de huis-aan-huis krant 'Almere Deze Week'. Deze krant heeft een oplage van 76.119 en wordt eenmaal per week verspreid. De week volgend op het persbericht, is in dezelfde krant een advertentie (zie bijlage 1.3) geplaatst met een oproep voor deelname aan het onderzoek. Bereiksonderzoek in opdracht van Wegener (uitgever hah-kranten) laat zien dat hah-kranten gemiddeld door 84% van de ondervraagden wordt gelezen (Wegener, 2004).

De derde wijze waarop respondenten zijn geworven was het persoonlijk aan huis benaderen voor het onderzoek. Het gesprek is gestart volgens een vast verhaal (zie bijlage 1.4). Als startpunt zijn twee centrale plekken in Almere-Buiten en Almere-Haven genomen, te weten het NS Station Almere-Buiten en de haven in Almere-Haven. Hier vanuit is een route afgelegd, waarbij de systematisch werd gekozen voor linker dan wel rechterstraten. Hiermee werd een zigzaggend effect bereikt, waardoor zeer diverse buurten zijn aangedaan. Ook hier zijn altijd de linker huizen in een straat benaderd. In totaal zijn 565 huishoudens benaderd, waarvan er 340

aanwezig waren. 109 huishoudens hadden thuis geen toegang tot internet en in 8 gevallen was de spreektaal anders dan Nederlands, waardoor deze personen niet aan het onderzoek konden meewerken. 63 mensen hadden wel internet, maar hadden geen interesse om mee te werken. In totaal hebben 160 mensen toegezegd de vragenlijst in te vullen.

Verder is een oproep voor deelname aan het onderzoek geplaatst op alle forums van de portals m.b.t. gezondheid van www.startpagina.nl (zie bijlage 1.5). Gekozen is voor deze forums, aangezien uit onderzoek van onderzoeksbureau Multiscope (2004) blijkt dat Startpagina.nl, samen met de forums hierop (de zogenoemde prikpagina's), nummer 1 staat op de ranglijst van best bezochte website van 2004. Door vervolgens de oproep te plaatsen op alle forums op het gebied van ziekte en/of gezondheid, zijn zeer uiteenlopende forums bereikt, zoals het forum over aids, maar ook bijvoorbeeld het forum over voetreflexologie (voor een overzicht zie bijlage 3).

Daarnaast is een oproep voor deelname (zie bijlage 1.6) geplaatst op de gratis persberichtenservice www.PressCenter.nl. Verder is gebleken dat mensen elkaar op de hoogte brachten van het onderzoek en op deze manier 'via via' werden geworven. De respondenten konden op een voor hen gelegen tijdstip thuis de vragenlijst invullen op een website, welke vrij toegankelijk was. Het was niet mogelijk de vragenlijst tussentijds af te breken en later te hervatten.

In totaal hebben 333 personen met thuis toegang tot internet de vragenlijst ingevuld, 110 mannen en 223 vrouwen (gemiddelde leeftijd = 38,7, $SD = 12,77$, range = 15-78 jaar). Het opleidingsniveau van de respondenten varieert van lagere school tot wetenschappelijk onderwijs, met de grootste vertegenwoordiging in de groepen MBO (26,7%), HBO (29,1%) en WO (15,0%). Slechts 6,3% van de respondenten heeft een internetverbinding via de telefoonlijn, terwijl 91,6% internet via de kabel of ADSL. Dit duidt op een oververtegenwoordiging van breedband-internetters in dit onderzoek, aangezien onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek aantoont dat in 2004 de helft van de huishoudens met internet in Nederland een breedbandverbinding had (CBS, 2005). De respons is niet vast te stellen, omdat verschillende methoden van werven zijn gehanteerd en niet van elke methode de respons kan worden berekend. Een overzicht van de demografische gegevens van de respondenten en de respons per manier van werven (voor zover bekend) is weergegeven in tabel 1. Opvallend is dat via de forums vooral vrouwen zijn geworven (85%).

Tabel 1
Demografische gegevens van de respondenten per manier van werven

	Via een flyer	Via de lokale krant	Aan de deur	Via een forum	Via via	Via een website ^a
N	29	13	86	129	53	22
respons	5% ^b	nb	39% ^c	nb	nb	nb
% man	41	31	50	15	47	27
gemiddelde leeftijd	45.7 jaar <u>SD</u> = 13.0 range = 16 - 71	47.7 jaar <u>SD</u> = 16.5 range = 19 - 73	38.6 jaar <u>SD</u> = 12.4 range = 15 - 71	37.6 <u>SD</u> = 10.9 range = 16 - 66	34.4 <u>SD</u> = 14.7 range = 16 - 78	40.9 <u>SD</u> = 11.4 range = 28 - 60
opleidingsniveau ^d	laag: 24% gemiddeld: 41% hoog: 35%	laag: 31% gemiddeld: 38% hoog: 31%	laag: 16% gemiddeld: 49% hoog: 35%	laag: 17% gemiddeld: 45% hoog: 38%	laag: 2% gemiddeld: 17% hoog: 81%	laag: 18% gemiddeld: 32% hoog: 50%
inkomen ^e	laag: 22% gemiddeld: 43% hoog: 35% (N=23)	laag: 36% gemiddeld: 46% hoog: 18% (N=11)	laag: 9% gemiddeld: 57% hoog: 34% (N=76)	laag: 23% gemiddeld: 64% hoog: 13% (N=110)	laag: 24.5% gemiddeld: 51% hoog: 24.5% (N=49)	laag: 11% gemiddeld: 78% hoog: 11% (N=18)

Opmerking: Één respondent gaf aan via Google bij toeval de vragenlijst te hebben gevonden en ingevuld.

^a Mogelijk gaat het hier om presscenter.nl, maar mensen gaven ook aan de oproep op hun eigen website te hebben geplaatst, waardoor het niet mogelijk is de precieze website te achterhalen.

^b Uit onderzoek van het CBS (2004) blijkt dat 66% van de huishoudens in een sterk stedelijke omgeving (1500-2500 adressen/m²) thuis toegang heeft tot internet. Hiermee is rekening gehouden bij de berekening van de respons. In totaal zijn 877 flyers verspreid, wat leidt tot $29 / (877 * 0.66) = 5\%$.

^c De respons is berekend op basis van de huishoudens die op het moment thuis waren, de Nederlandse taal spraken en een internetverbinding tot hun beschikking hadden.

^d Voor de weergave in deze tabel is het opleidingsniveau in drie categorieën ingedeeld; laag (lagere school, LBO, MAVO/MULO), gemiddeld (MBO, HAVO/MMS, VWO/Gymnasium/HBS) en hoog (HBO, WO).

^e Aangezien een aantal respondenten geen inkomen wilde opgeven, geldt in deze rij een afwijkende **N**. Voor de weergave in deze tabel is het inkomen in drie categorieën ingedeeld; laag (beneden modaal), gemiddeld (modaal tot twee keer modaal) en hoog (twee keer modaal en hoger).

Onderzoeksinstrument

De respondenten hebben een online vragenlijst ingevuld, bestaande uit 45 vragen (met in totaal 96 items) over demografische gegevens, persoonsgerelateerde kenmerken, uitkomstverwachtingen, internetattitude, gewoontegedrag, gebrekkige zelfregulering, ervaring, sociale invloed, 'self-efficacy' en gebruik van internet en e-health (zie bijlage 4).

Persoonsgerelateerde kenmerken

Internetverbinding

Naar de internetverbinding van de respondent is gevraagd met de antwoordmogelijkheden 'telefoonlijn, inbellen met een modem', 'kabel', 'adsl', 'LAN', 'weet niet' en 'anders'.

Vrije tijd

De hoeveelheid vrije tijd van de respondent werd gemeten met de stelling: "Ik heb over het algemeen veel vrije tijd", waarbij geantwoord werd op een vijf-punts Likert schaal met de

antwoordmogelijkheden variërend van 'helemaal mee oneens' (score 1) tot 'helemaal mee eens' (score 5).

Engelse leesvaardigheid

De Engelse leesvaardigheid werd gemeten met de vraag "Hoeveel moeite heeft u met het lezen van teksten in het Engels?", waarbij geantwoord werd op een vijf-punts Likert schaal met de antwoordmogelijkheden 'veel moeite' (1), 'redelijk wat moeite' (2), 'een beetje moeite' (3), 'nauwelijks moeite' (4) en 'helemaal geen moeite' (5).

Beoordeling van de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg

De beoordeling van de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg werd gemeten met de vraag "Wat vindt u van de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg?", waarbij geantwoord werd op een vijf-punts Likert schaal met de antwoordmogelijkheden 'slecht' (1), 'matig' (2), 'redelijk' (3), 'goed' (4) en 'zeer goed' (5).

Gepercipieerde gezondheidstoestand

Een indicatie van de gezondheidstoestand van de respondenten is verkregen met behulp van de gepercipieerde gezondheidstoestand. Uit onderzoek van Houston & Allison (2002) blijkt namelijk dat de gepercipieerde gezondheidstoestand een goede indicator is van de objectieve gezondheidstoestand. De perceptie van de eigen gezondheid werd gemeten met de vraag "Hoe beoordeelt u uw eigen gezondheid van de afgelopen maand?" en beantwoord op een vijf-punts Likert schaal met de antwoordmogelijkheden 'slecht' (1), 'matig' (2), 'redelijk' (3), 'goed' (4) en 'zeer goed' (5).

Werkzaam binnen de gezondheidszorg

Het al dan niet werkzaam zijn binnen de gezondheidszorg is gemeten met de vraag: "Bent u momenteel werkzaam binnen de gezondheidszorg?", met de antwoordmogelijkheden 'nee' (score 0) en 'ja' (score 1).

Chronische ziekte, beperking of handicap

De aanwezigheid van een chronische ziekte, beperking of handicap bij de respondent of in zijn of haar directe omgeving zijn gemeten met de vragen: "Heeft u een chronische ziekte, beperking of handicap?" en "Heeft iemand uit uw directe omgeving (bijv. uw kind, partner of ouders) een chronische ziekte, beperking of handicap?". De antwoordmogelijkheden zijn 'nee' (score 0) en 'ja' (score 1).

Contact met de huisarts in de afgelopen 3 maanden

De frequentie van contact met de huisarts in de afgelopen 3 maanden werd gemeten met de vraag: "Heeft u de afgelopen 3 maanden contact gehad met uw huisarts?" en een vijf-punts Likert schaal met de antwoordcategorieën 'niet (nul keer)' (score 1), '1 keer' (score 2), '2 à 3 keer' (score 3), '4 à 5 keer' (score 4) en '6 keer over vaker' (score 5). Gekozen is voor een periode van

drie maanden om een recente indicatie te krijgen van contact met zorgverleners over een langere termijn dan de afgelopen maand. Mogelijk gaat contact met zorgverleners namelijk voor aan gebruik van e-health, waardoor de meetperiode van contact met de huisarts groter moet zijn dan de meetperiode voor internet- en e-healthgebruik.

Uitkomstverwachtingen

Uitkomstverwachtingen werden gemeten met behulp van een vijf-punts Likert schaal, variërend van 'zeer onwaarschijnlijk' (score 1) tot 'zeer waarschijnlijk' (score 5). De opbouw van de items is in alle gevallen: "Als u aan het internetten bent, hoe waarschijnlijk is het dat u...", gevolgd door de verschillende items. De uitkomstverwachtingen zijn ingedeeld volgens het door LaRose en Eastin (2004) gehanteerde model in de zes categorieën 'monetary', 'novel sensory', 'social', 'status', 'self reactive' en 'activity'. Een principale componentenanalyse met varimax rotatie is uitgevoerd op de 30 items (tabel 2). In totaal zijn zes dimensies zijn gevonden; vijf dimensies van uitkomstverwachtingen en één rest-dimensie. 'Social'- en 'status'-uitkomstverwachtingen vallen binnen dezelfde dimensie. Voor opname van een item binnen een construct is gekeken naar de hoogste factorlading van het item (met een minimum van .30), de item-analyse en betrouwbaarheidsanalyse (Cronbach's alpha) alsook de inhoud van het item. De totaalscores op een construct zijn gevormd door berekening van de gemiddelde score op de items. Voor handhaving van een construct werd een Cronbach's alpha van tenminste .70 vereist.

'Social'-uitkomsten en 'sociale status'-uitkomsten

Principale componentenanalyse (tabel 2) wijst uit dat de items van 'social'- en 'status'-uitkomstverwachtingen binnen dezelfde dimensie vallen. 'Social'-uitkomstverwachtingen zijn gemeten met zes items, waarvan vier afkomstig van LaRose en Eastin (2004) en vertaald naar het Nederlands. Twee items zijn voortgekomen uit het vooronderzoek, waaruit bleek dat contact hebben met anderen via bijvoorbeeld MSN en email door vrijwel iedereen als zeer belangrijk motief voor internetgebruik werd gezien. 'Status'-uitkomstverwachtingen zijn gemeten met vijf items, afkomstig van LaRose en Eastin (2004) en vertaald naar het Nederlands. Het 'status'-item '...blijft met nieuwe technologieën?' bleek op basis van de principale componentenanalyse (factorlading .19 versus .63) beter aan de sluiten bij 'novel sensory'-uitkomsten en is daarom verwijderd.

Correlatieanalyse tussen de uitkomstverwachtingen 'social' en 'status' levert een samenhang op van .74. Omdat de beide uitkomstverwachtingen ook inhoudelijk dicht tegen elkaar aan liggen en ze wellicht kunnen worden samengevoegd, is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd met de items van zowel 'social' als 'status'-uitkomstverwachtingen. De inter-item correlaties van het 'status'-item '...uw toekomst-perspectieven verbetert' zijn lager dan van de overige items evenals de item-totaal correlatie. De factorlading van dit item is .48, wat op zich acceptabel is, maar wel een stuk lager dan de factorladingen van de overige items, die variëren

van .66 tot .86. Daarnaast werd Cronbach's alpha hoger wanneer dit item zou worden verwijderd. Op basis hiervan is besloten om een 'social/status' construct te handhaven met verwijdering van het item '...uw toekomstperspectieven verbetert'. De betrouwbaarheid van de uit negen items bestaande 'social/status'-schaal is .92.

Tabel 2

Resultaat van de principale componentenanalyse op de uitkomstverwachtingen (N=333)^a

<i>Als u aan het internetten bent, hoe waarschijnlijk is het dat u...</i>	factor 1 social en status	factor 2 self- reactive	factor 3 monetary	factor 4 novel sensory	factor 5 activity	factor 6 rest
...steun krijgt van anderen?	.86					
...iets vindt om over te praten?	.77					
...zich met andere mensen op internet verbonden voelt?	.84					
...belangrijke contacten onderhoudt?	.66					
...altijd wel iemand vindt om via het internet mee te praten / een spel mee te doen, etc.?	.69					
...contact heeft met anderen wat zonder internet een stuk lastiger zou zijn?	.66					
...mensen vindt die respect voor u hebben?	.82					
...mensen vindt met dezelfde interesses als u?	.77					
...uw toekomstperspectieven verbetert?	.48					
...hulp biedt aan anderen?	.75					
...blijft met nieuwe technologieën?			.45	.63		
...zich minder eenzaam voelt?	.47	.58				
...een manier vindt om de tijd door te brengen?		.79				
...problemen (even) vergeet?		.81				
...verveling tegengaat?		.85				
...ontspanning vindt?					.61	
...tijd bespaart met winkelen?			.67			.35
...goede aanbiedingen vindt?			.71			.37
...gratis informatie krijgt (aanvraagt/download) waarvoor u anders zou moeten betalen?			.66			
...gratis producten krijgt?			.63			
...moeite bespaart in vergelijking tot andere informatiebronnen?						.84
...tijd wint in vergelijking tot andere informatiebronnen?						.83
...snel op de hoogte bent van belangrijk nieuws?				.73		
...een schat aan informatie vindt?				.72		
...nieuwe interactieve snufjes vindt?			.50	.54		
...informatie vindt die moeilijk ergens anders te vinden zou zijn?				.39		.45
...vrolijk wordt?					.60	
...een spel speelt dat u leuk vindt?					.52	
...vermaakt wordt?					.68	
...naar prettige muziek luistert?			.39		.52	
eigenwaarde	7.99	3.68	2.12	1.77	1.55	1.26
verklaarde variantie	26.62	12.26	7.05	5.90	5.16	4.21
Cronbach's α	.92	.86	.74	.74	.58	

^a varimax rotatie; alleen factorladingen > .30 zijn weergegeven.

'Self-reactive'-uitkomsten

'Self reactive'-uitkomsten zijn gemeten met vijf items, afkomstig van LaRose en Eastin (2004) en vertaald naar het Nederlands. Principale componentenanalyse (tabel 2) en itemanalyse tonen aan dat het item '...ontspanning vindt' niet binnen dit construct past. De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van de schaal wordt hoger bij verwijdering van dit item en komt uit op .86.

'Monetary'-uitkomsten

'Monetary'-uitkomsten zijn gemeten met zes items, waarvan vier afkomstig van LaRose en Eastin (2004) en vertaald naar het Nederlands. Twee items zijn op basis van het vooronderzoek toegevoegd, aangezien bleek dat tijdwinst en besparing van moeite in tegenstelling tot geldwinst voor veel mensen van belang waren. Principale componentenanalyse (tabel 2) wees echter uit dat deze toegevoegde items tot een andere dimensie behoren en zijn derhalve verwijderd uit het construct 'monetary'-uitkomstverwachtingen. De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van de schaal met vier items is .74.

'Novel sensory'-uitkomsten

'Novel sensory'-uitkomsten zijn gemeten met vier items afkomstig van LaRose en Eastin (2004) en vertaald naar het Nederlands. Principale componentenanalyse (tabel 2) wees uit dat één item uit het construct 'status'-uitkomsten ('...blijft met nieuwe technologieën?') goed bleek te passen binnen 'novel sensory'-uitkomsten. Ook inhoudelijk gezien past dit item bij 'novel sensory'-uitkomsten, waardoor besloten is dit item toe te voegen. Het item '...informatie vindt die moeilijk ergens anders te vinden zou zijn?' echter scoorde hoger op een andere dimensie en is daarom uit het construct 'novel sensory'-uitkomsten verwijderd. De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van de schaal is .74.

'Activity'-uitkomsten

'Activity'-uitkomsten zijn gemeten met vier items, afkomstig van LaRose en Eastin (2004) en vertaald naar het Nederlands. De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van de schaal is .58 en hiermee te laag om dit construct in het onderzoek te handhaven. Ook de toevoeging van het item '...ontspanning vindt', welke volgens de principale componentenanalyse (tabel 2) bij 'activity'-uitkomsten zou passen, kan de betrouwbaarheid niet tot gewenst niveau brengen ($\alpha = .62$).

Internetattitude

Internetattitude is gemeten met vier items ontleend aan Chang en Cheung (2001). De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van de schaal is .75 en bestaat uit de items: (a) 'Ik vind internetten frustrerend', (b) 'Ik vind het leuk om te internetten', (c) 'Ik vind internetten saai' en (d) 'Ik vind het plezierig om internet te gebruiken'. Antwoord werd gegeven op een vijf-punts Likert schaal, variërend van 'helemaal mee oneens' (score 1) tot 'helemaal mee eens' (score 5). Items (a) en (c) zijn omgeschaald, waarna de scores op de vier items zijn gemiddeld tot een totaalscore.

Gebrekkige zelfregulering en gewoontegedrag

Gebrekkige zelfregulering en gewoontegedrag zijn gemeten op een vijf-punts Likert schaal, variërend van 'helemaal mee oneens' (score 1) tot 'helemaal mee eens' (score 5). Een principale componentenanalyse met oblique rotatie vanwege de verwachte onderlinge correlatie tussen gebrekkige zelfregulering en gewoontegedrag is uitgevoerd, waarbij twee dimensies zijn gevonden (tabel 3). Voor opname van een item binnen een construct is gekeken naar de factorlading (met een minimum van .30), de item-totaal correlaties (met een minimum van .35) en betrouwbaarheidsanalyses (Cronbach's alpha). Voor handhaving van een construct werd een Cronbach's alpha van tenminste .70 vereist.

Gebrekkige zelfregulering

Gebrekkige zelfregulering is gemeten met zeven items afkomstig van en/of gebaseerd op Youngs (1998) diagnostiserende vragenlijst voor internetverslaving, vertaald naar het Nederlands. Principale componentenanalyse (tabel 3) wijst uit dat twee items op zowel Factor 1 als Factor 2 goed laden. Om het onderscheid tussen gewoontegedrag en gebrekkige zelfregulering te handhaven, zijn deze items verwijderd. Op basis van een betrouwbaarheidsanalyse is een derde item (Ik blijf vaak eindeloos doorzoeken op internet naar informatie) verwijderd. De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van de schaal is .89.

Gewoontegedrag

Gewoontegedrag is gemeten met zes items, waarvan drie afkomstig van LaRose en Eastin (2004) en één van Kang en Atkin (1999), vertaald naar het Nederlands. De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) is .73 met verwijdering van het item 'Mijn internetgebruik wisselt; soms tijden helemaal niet en dan weer elke dag'. De item-totaal correlatie van dit item was .28 en door verwijdering werd Cronbach's alpha hoger.

Tabel 3
 Resultaat van de principale componentenanalyse op verminderde zelfregulering en gewoontegedrag (N=333)^a

	factor 1 verminderde zelfregulering	factor 2 gewoonte- gedrag
Ik heb het gevoel dat ik soms wat te vaak achter internet zit.	.91	
Ik heb het gevoel dat ik soms wat te lang achter internet zit.	.93	
Ik ben vaak langer aan het internetten dan ik eigenlijk van plan was.	.82	
Ik heb het gevoel dat mijn internetgebruik wat uit de hand loopt.	.82	
Ik kijk uit naar het moment dat ik weer kan internetten.	.43	.47
Ik word een beetje geïrriteerd of gespannen als ik niet op internet kan.	.33	.45
Ik blijf vaak eindeloos doorzoeken op internet naar informatie.	.44	
Het internet vormt een onderdeel van mijn gangbare routine.		.72
Ik zou internet missen als ik geen toegang meer zou hebben tot internet.		.75
Ik surf vaak op internet, zonder voor ogen te hebben wat ik zoek.		.42
Ik zou het erg vinden om een week geen verbinding tot internet te hebben.		.75
Ik ga meestal rond dezelfde tijd op internet.		.63
Mijn internetgebruik wisselt; soms tijden helemaal niet en dan weer elke dag.		.46
eigenwaarde	4.90	1.77
verklaarde variantie	37.70	13.62
Cronbach's α	.89	.73

^a oblique rotatie; alleen factorladingen > .30 zijn weergegeven.

'Self-efficacy'

Omdat internetgebruik niet gelijk is aan e-healthgebruik, worden hiervoor twee aparte schalen opgesteld. Toegepast op dit onderzoek luidt de omschrijving van 'self-efficacy' als 'de gepercipieerde capaciteiten om het medium internet aan te wenden (voor gezondheidsgerelateerde zaken)', met tussen haakjes de aanvulling die nodig is voor specifiek internetgebruik, namelijk gebruik van e-health. Internet en e-health 'self-efficacy' zijn gemeten op een vijf-punts Likert schaal, variërend van 'helemaal mee oneens' (score 1) tot 'helemaal mee eens' (score 5). Een principale componentenanalyse met oblique rotatie vanwege de verwachte onderlinge correlatie tussen internet en e-health 'self-efficacy' is uitgevoerd, waarbij twee dimensies zijn gevonden (tabel 4). Voor opname van een item binnen een construct is gekeken naar de hoogste factorlading van het item (met een minimum van .30), de item-totaal correlaties (met een minimum van .35) en betrouwbaarheidsanalyses (Cronbach's alpha). Voor handhaving van een construct werd een Cronbach's alpha van tenminste .70 vereist.

Internet 'self-efficacy'

Internet 'self-efficacy' is gemeten met een vertaling van de internet 'self-efficacy' schaal van Eastin en Larose (2000), welke eveneens is gebruikt in het onderzoek van LaRose en Eastin (2004). In deze beide onderzoeken resulteerde deze schaal in een betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van .93. Ook in dit onderzoek is de betrouwbaarheid .93, met verwijdering van de twee items: '...als het gaat om het gebruiken van discussiegroepen op internet voor hulp bij internetproblemen' en '...als het gaat om het gebruiken van internet om informatie te verzamelen'. De factorladingen van beide items waren lager dan van de overige items en door verwijdering werd Cronbach's alpha hoger.

E-health 'self-efficacy'

E-health 'self-efficacy' is gemeten met zes items, waarvan drie gebaseerd zijn op mogelijke nadelen van gebruik van e-health, die uit het onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) naar voren kwamen (onbetrouwbare informatie, misinterpretatie, overvloed aan informatie). Twee items spitsen toe op het vertrouwen van mensen om überhaupt gezondheidsinformatie en –websites op internet te vinden. De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van de schaal is .77 met verwijdering van het item: 'Ik denk dat ik via het internet goed met zorgverleners over gezondheidsproblemen zou kunnen communiceren'. De item-totaal correlatie van dit item was slechts .25 en door verwijdering werd Cronbach's alpha hoger.

Tabel 4
Resultaat van de principale componentenanalyse op 'self-efficacy' (N=333) ^a

Ik voel me zeker...	factor 1 internet self-efficacy	factor 2 e-health self-efficacy
...als er wordt gesproken over zaken m.b.t. internet software (zoals Internet Explorer, Netscape, Firefox).	.89	
...als er wordt gesproken over zaken m.b.t. internet hardware (bijv. server, netwerkkaart, modem).	.89	
...als het gaat om het beschrijven van de manier waarop internet hardware werkt.	.91	
...als het gaat om het oplossen van problemen met internet.	.89	
...als het gaat om het uitleggen wat er precies niet werkt bij een internetverbinding.	.89	
...als het gaat om het leren van de extra mogelijkheden die een internetprogramma biedt.	.65	
...als het gaat om het gebruiken van discussiegroepen op internet voor hulp bij internetproblemen.	.37	
...als het gaat om het gebruiken van internet om informatie te verzamelen.	.44	.40
Ik geloof dat ik op internet moeilijk betrouwbare informatie over ziekte of gezondheid zal vinden.		.51
Ik geloof dat ik op internet moeilijk correcte informatie over ziekte of gezondheid zal vinden.		.49
Ik geloof dat ik tussen de vele informatie op internet over gezondheid of ziekte, de voor mij interessante informatie zal vinden.		.77
Ik voel me zeker als het gaat om het zoeken van gezondheidsinformatie op internet.		.87
Ik voel me zeker als het gaat om het zoeken naar websites met gezondheidsinformatie.		.85
Ik denk dat ik via het internet goed met zorgverleners over gezondheidsproblemen zou kunnen communiceren.		.37
eigenwaarde	35.18	21.40
verklaarde variantie	4.93	3.00
Cronbach's α	.93	.77

^a oblique rotatie; alleen factorladingen > .30 zijn weergegeven.

Ervaring

Internetervaring is gemeten met het item: 'Ik heb veel ervaring met internet'. Antwoord werd gegeven op een vijf-punts Likert schaal, variërend van 'helemaal mee oneens' (score 1) tot 'helemaal mee eens' (score 5). Gekozen is voor de gepercipieerde ervaring in plaats van het aantal jaren dat men gebruik maakt van internet, aangezien iemand met een jaar intensief gebruik meer ervaring heeft dan iemand die vijf jaar sporadisch gebruik maakt van internet.

E-healthervaring is gemeten met de items: 'Ik heb veel ervaring met het zoeken naar gezondheidsinformatie op internet', 'Ik heb veel ervaring met het communiceren met andere mensen op internet over gezondheid of ziekte' en 'Ik heb veel ervaring met het communiceren

met zorgverleners via het internet'. Antwoord werd gegeven op een vijf-punts Likert schaal, variërend van 'helemaal mee oneens' (score 1) tot 'helemaal mee eens' (score 5). Respondenten die aangaven geen gebruik te maken van een vorm van e-health, konden de vraag met betrekking tot ervaring met deze vorm van e-health overslaan in de vragenlijst. Deze missing values zijn later vervangen door score 1 (helemaal mee oneens), aangezien geen gebruik automatisch leidt tot geen ervaring. Hoewel er samenhang bestaat tussen de verschillende vormen van e-healthervaring (r_s variërend van .25 tot .58), vormen deze items geen construct, aangezien zij betrekking hebben op verschillende vormen van e-health.

Sociale invloed

'Vicarious learning'

Om de invloed van model-leren ('vicarious learning') op het gebruik van e-health vast te kunnen stellen, zijn de volgende drie items in de vragenlijst opgenomen: *Familie of vrienden van mij gebruiken het internet...* (a) '...voor het opzoeken van gezondheidsinformatie', (b) '...als middel om met anderen (onbekenden) over gezondheid of ziekte te communiceren (bijv. via een forum, chatbox, etc.) en (c) '...als middel om met zorgverleners te communiceren'. Antwoord werd gegeven op een vijf-punts Likert schaal variërend van 'helemaal mee oneens' (score 1) tot 'helemaal mee eens' (score 5). Hoewel er samenhang bestaat (r_s variërend van .27 tot .58), vormen deze items geen construct, aangezien zij betrekking hebben op verschillende vormen van e-health.

Subjectieve norm

Subjectieve norm, een andere vorm van sociale invloed, bestaat uit 'normative beliefs en 'motivation to comply'. 'Normative beliefs' zijn gemeten met de items: *Mensen uit mijn directe omgeving (bijv. partner, vrienden of familie) staan over het algemeen positief ten opzichte van...* (a) '...internet als bron voor informatie over gezondheid en ziekte', (b) '...internet als middel om met anderen (onbekenden) over gezondheid of ziekte te communiceren (bijv. via een forum, chatbox, etc.) en (c) '...internet als middel om met zorgverleners te communiceren'. 'Motivation to comply' werd gemeten met het item: 'Ik hecht veel waarde aan de mening van mijn omgeving over internetgebruik voor gezondheid of ziekte'. Antwoorden werden gegeven op vijf-punts Likert schalen variërend van 'helemaal mee oneens' (score 1) tot 'helemaal mee eens' (score 5). De score op 'motivation to comply' werden rond nul gecentreerd (-2 tot +2) en vermenigvuldigd met de scores op 'normative beliefs' (1 tot 5), waardoor scores voor 'subjectieve norm' werden gecreëerd. Uit de sterke onderlinge correlatie tussen de scores voor de drie verschillende subjectieve normen (.97 met $p < .001$ voor de drie relaties) blijkt dat de 'normative beliefs' nauwelijks verschillen per vorm van e-health. Schaalanalyse met de drie subjectieve normvariabelen resulteert in een Cronbach's alpha van .98. Een totaalscore voor subjectieve norm met

betrekking tot e-health is gevormd door berekening van de gemiddelde score op de subjectieve normen voor de drie vormen van e-health.

Meting van de afhankelijke variabelen

De afhankelijke variabelen algemeen internetgebruik, internetgebruik voor gezondheidsinformatie, internetgebruik voor contact met anderen over gezondheid of ziekte en internetgebruik voor communicatie met zorgverleners, zijn gemeten met een 9-puntsschaal, met de antwoordcategorieën 'minder dan 15 minuten' (1), '15 tot 30 minuten' (2), '30 tot 60 minuten' (3), '1 tot 1,5 uur' (4), '1,5 tot 2 uur' (5), '2 tot 3 uur' (6), '3 tot 4 uur' (7), '4 tot 5 uur' (8) en '5 uur of meer' (9). Deze antwoordmogelijkheden zijn gebaseerd op het vooronderzoek ($N=27$). Bij het meten van internetgebruik is onderscheid gemaakt tussen dagen door de week en dagen in het weekend. Voor respondenten die geen gebruik maakten van e-health is een score 0 (0 minuten) ingevuld voor e-healthgebruik, wat leidt tot een range van 0 tot 9 voor e-healthgebruik.

De score voor internet en e-healthgebruik op een gemiddelde dag, ongeacht week of weekend, is berekend aan de hand van de categoriescores. Hiervoor is de formule $((\text{categorie week} * 5) + (\text{categorie weekend} * 2)) / 7$ gehanteerd, waarna het resultaat van de formule werd afgerond naar een heel getal (oftewel een categorie). Stel iemand zegt op een doordeweekse dag 15 tot 30 minuten gebruik te maken van internet en op een dag in het weekend 1 tot 1.5 uur, dan volgt hieruit $((2 * 5) + (4 * 2)) / 7 = 2.57$, dus categorie 3 (30 tot 60 minuten).

Bijna de helft van de respondenten maakt gebruik van internet voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte, waardoor vergelijkingen kunnen worden gemaakt tussen wel- ($N=151$) en niet-gebruikers ($N=182$) van internet voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte. Ook omdat relatief veel wel-gebruikers laag scoren (26.7% valt in categorie 1 of 2) en daarmee ruim 80% van de respondenten zich bevindt in categorie 0 t/m 3, is de spreiding van de scores gering (gemiddelde score = 1.15, $SD = 1.66$). Het is hierom zinvoller om de afhankelijke variabele gericht op deze vorm van e-health te transformeren tot een binaire variabele en verschillen tussen wel- en niet-gebruikers te onderzoeken.

Slechts 20.4% van de 333 respondenten geeft aan gebruik te maken van internet voor communicatie met zorgverleners. Aangezien het 'soort' zorgverleners waarmee op internet wordt gecommuniceerd niet nader is gespecificeerd, zou het transformeren van deze variabele tot een binaire afhankelijke variabele mogelijk het verschil weergeven tussen de groep respondenten waarvan de eigen huisarts wel de mogelijkheid aanbiedt van een elektronisch consult en de groep respondenten waarvan de huisarts deze mogelijkheid niet biedt. Het is daarom niet wenselijk deze variabele te handhaven als afhankelijke variabele. Om communicatie met zorgverleners als onderdeel van e-health toch (enigszins) te kunnen onderzoeken wordt gebruik gemaakt van de afhankelijke variabele 'de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail'. Deze intentie is gemeten met het item: 'Stel uw huisarts zou u de mogelijkheid bieden om via e-

mail te communiceren, zou u hier dan gebruik van maken?'. Antwoord werd gegeven op een vijf-punts Likert schaal met de categorieën 'zeker niet' (1), 'waarschijnlijk niet' (2), 'misschien wel, misschien niet' (3), 'waarschijnlijk wel' (4) en 'zeker wel' (5).

Statistische analyses

Geen van de afhankelijke variabelen voldoet aan de normale verdeling, wat leidt tot het gebruik van non-parametrische toetsen. De afhankelijke variabelen 'internetgebruik', 'internetgebruik voor gezondheidsinformatie' en 'de intentie tot communicatie per e-mail met de huisarts' zijn van ordinaal meetniveau. De afhankelijke variabele 'internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte' is nominaal (binair).

Verschillen voor binaire onafhankelijke variabelen (geslacht, de aanwezigheid van een chronische ziekte en het werkzaam zijn in de gezondheidszorg) in de scores op de nominale afhankelijke variabele 'wel/geen communicatie met anderen op internet over ziekte/gezondheid' zijn tweezijdig getoetst met chi-kwadraattoetsen. Verschillen tussen de groepen wel/geen communicatie met anderen op internet over gezondheid/ziekte op de onafhankelijke variabelen op ordinaal en intervalniveau (respectievelijk inkomen, opleidingsniveau, internetervaring, hoeveelheid vrije tijd, leesvaardigheid Engelse taal, ervaring met e-health, perceptie van de gezondheid, beoordeling van de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg, de frequentie van contact met de huisarts en 'vicarious learning' en leeftijd, internetattitude, uitkomstverwachtingen, gewoontegedrag, gebrekkige zelfregulering, 'self-efficacy' en subjectieve norm) zijn tweezijdig getoetst met Mann-Whitney-U toetsen met een betrouwbaarheidsinterval van 95%.

Verschillen tussen groepen (gevormd op basis van binaire onafhankelijke variabelen) in de scores op de ordinale afhankelijke variabelen 'algemeen internetgebruik', 'internetgebruik voor gezondheidsinformatie' en 'intentie tot communicatie met huisarts per e-mail' zijn tweezijdig getoetst met Mann-Whitney-U toetsen met een betrouwbaarheidsinterval van 95%. Samenhang tussen onafhankelijke variabelen op ordinaal en intervalniveau en de ordinale afhankelijke variabelen is getoetst met Spearman correlatietoetsen.

De afhankelijke variabele 'internetgebruik voor communicatie met (onbekende) anderen over ziekte of gezondheid' is categoriaal (binair), waardoor gewerkt wordt met categorische regressieanalyse. Het meest gebruikte model voor binaire data is logistische regressie (Agresti, 1996), waarmee de samenhang tussen de variabelen in figuur 1 zijn onderzocht. In tabel 12 stelt OR (odds ratios) de kansverhouding voor tussen de fracties gebruikers (score 1) en niet-gebruikers (score 0) voor de onafhankelijke variabelen, ofwel $\text{odds}_{\text{gebruikers}}/\text{odds}_{\text{niet-gebruikers}}$. De toename van één eenheid in bijvoorbeeld de onafhankelijke variabele 'perceptie gezondheidstoestand' doet de kansverhouding bij het wel gebruiken van internet voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte met een factor .57 toenemen, dus

afnemen. Een helling van 0 in het logistische regressiemodel betekent namelijk een relatieve kansverhouding (odds ratios) van 1, wat inhoudt dat waarden lager dan 1 duiden op een negatief effect en waarden hoger dan 1 op een positief effect. Bij een relatieve kansverhouding van 1 zijn de twee kansverhoudingen gelijk en helpt X niet met het voorspellen van Y. Omdat de kansverhoudingen lager dan 1 tot gezichtsbedrog kunnen leiden, immers, het effect lijkt veel kleiner dan bij de waarden boven 1, wordt een transformatie uitgevoerd. De grondslag ligt hierin dat wanneer de onafhankelijke variabelen andersom zouden zijn gecodeerd, bijvoorbeeld dat een lage score veel internetgebruik voor gezondheidsinformatie betekent en een hoge score weinig gebruik, de odds ratios en dus de regressiehelling niet positief maar negatief zouden zijn (in dit voorbeeld). De regressiehelling is een logaritme van de odds. De transformatie $e^{\text{regressiehelling}}$ maakt de logaritme ongedaan en transformeert de helling tot een odds ratios. Om de OR te berekenen voor de situatie waarin X andersom is gecodeerd, geldt $e^{-\text{regressiehelling}}$. Hieruit volgt dat een OR van 1.58 bij een 'normale' codering afkomstig is van de regressiehelling 0.46. De OR bij een omgedraaide codering zou dan zijn $e^{-0.46} = 0.63$. Omdat 1.58 en 0.63 moeilijk op het oog met elkaar te vergelijken zijn, worden de odds ratios kleiner dan 1 genoteerd alsof de codering zou zijn omgedraaid, wat eenvoudig kan worden voorgesteld als $(1/OR)^{-1}$.

De afhankelijke variabelen 'algemeen internetgebruik', 'internetgebruik voor gezondheidsinformatie' en 'intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail' zijn eveneens categoriaal (ordinaal). Voor 'algemeen internetgebruik' is gebruik gemaakt van lineaire hiërarchische regressieanalyse. Aan de voorwaarde van normaliteit van de residuscores is voldaan. Voor 'internetgebruik voor gezondheidsinformatie' en de 'intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail' wordt niet voldaan aan de voorwaarde van normaliteit van de residuscores, wat leidt tot de keuze voor een ordinale regressieanalyse.

Bij ordinale regressieanalyse dient gekozen te worden voor een passende link functie. De link functie is een transformatie van de cumulatieve waarschijnlijkheden van de ordinale uitkomst, wat gebruikt wordt bij de schatting van het regressiemodel. Bij de verdeling van internetgebruik voor gezondheidsinformatie is de waarschijnlijkheid op de lagere categorieën groter dan op hogere, waardoor gekozen is voor de negatieve log-log link functie. Bij de verdeling van de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail is de waarschijnlijkheid op de hogere categorieën groter dan op de lagere, waardoor gekozen is voor de complementary log-log link functie.

Bij de ordinale regressieanalyses is getoetst voor parallelle regressielijnen voor alle categorieën van de afhankelijke variabele, een assumptie van de ordinale regressieanalyse. Het resultaat van de toets voor parallelle regressielijnen voor het regressiemodel met het internetgebruik voor gezondheidsinformatie als afhankelijke variabele, laat echter zien dat niet aan de assumptie wordt voldaan ($p < .01$). Voor deze afhankelijke variabele zijn daarom alleen de resultaten van univariate analyses weergegeven. Het regressiemodel met als afhankelijke

variabele de intentie om per e-mail met de huisarts te communiceren voldoet wel aan de voorwaarde van parallelle regressielijnen ($p > .05$).

4. Resultaten

Gebruik van internet en e-health

De meeste respondenten maken 30 tot 60 minuten per dag (week of weekend) gebruik van internet. Van de 333 internetters zegt 89,8% het internet wel eens te hebben gebruikt voor het opzoeken van gezondheidsgerelateerde informatie. De meeste respondenten binnen deze groep besteden hier minder dan 15 minuten per dag (week/weekend) aan (mediaan = < 15 minuten (week) en 15 – 30 minuten (weekend)). Van de 333 internetters heeft 45,3% het internet wel eens gebruikt om met andere mensen op internet te communiceren over gezondheid of ziekte. De meeste respondenten binnen deze groep besteden hier minder dan 15 minuten per dag (week/weekend) aan (mediaan = 15 – 30 minuten week en weekend). Van de 333 internetters heeft 20,7% het internet wel eens gebruikt voor het communiceren met zorgverleners. De meeste respondenten binnen deze groep besteden hier minder dan 15 minuten per dag (week/weekend) aan (mediaan = < 15 minuten). Wanneer de huisarts de mogelijkheid zou aanbieden om via e-mail te communiceren, geven de meeste van de 333 internetters aan hier waarschijnlijk wel gebruik van te maken (mediaan = waarschijnlijk wel; gemiddelde = 3.67; SD = 1.01).

Demografische kenmerken en het gebruik van internet en e-health (OV-1)

De eerste onderzoeksvraag heeft betrekking op de rol die demografische kenmerken spelen bij het gebruik van internet en e-health. De eerste vier rijen in tabel 5 tonen de resultaten van de univariate analyses tussen demografische kenmerken en de afhankelijke variabelen, met uitzondering van internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte (hiervoor zie tabel 6). Met algemeen internetgebruik zijn alleen opleidingsniveau en inkomen significant gecorreleerd. Met internetgebruik voor het zoeken naar gezondheidsgerelateerde informatie zijn zowel geslacht, leeftijd, opleidingsniveau als inkomen significant gerelateerd. Bij het wel of niet gebruiken van internet voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte spelen geslacht, opleidingsniveau en inkomen een significante rol. De intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail is alleen significant gerelateerd aan de demografische variabele geslacht.

Tabel 5
 Resultaten van univariate analyses tussen demografische en persoonsgerelateerde kenmerken en algemeen internetgebruik, internetgebruik voor gezondheidsinformatie en de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail (N=333)

		algemeen internetgebruik	internetgebruik voor gezondheidsinformatie	intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail
geslacht	man	ns	1.45	3.86
	vrouw		2.09	3.58
			U= 8982.50** ^a	U= 10487.00* ^a
leeftijd		ns	$r_s = .16^{**\ b}$	ns
opleidingsniveau		$r_s = -.24^{**\ b}$	$r_s = -.28^{**\ b}$	ns
inkomen ^c		$r_s = -.21^{**\ b}$	$r_s = -.13^*\ b$	ns
perceptie van de gezondheids-toestand (afgelopen maand)		-	$r_s = -.33^{**\ b}$	ns
chronische ziekte (beperking of handicap)	niet	-	1.50	ns
	wel		2.51	
			U= 7554.50** ^a	
chronische ziekte in directe omgeving	niet	-	1.64	ns
	wel		2.14	
			U= 10811.50** ^a	
werkzaamheid in de gezondheidszorg	niet	-	1.81	ns
	wel		2.18	
			U= 10811.50** ^a	
tevredenheid over kwaliteit van Nederlandse gezondheidszorg		-	$r_s = -.13^*\ b$	ns
frequentie contact met huisarts (afgelopen 3 maanden)		-	$r_s = .30^{**\ b}$	ns
hoeveelheid vrije tijd		$r_s = .24^{**\ b}$	ns	ns
Engelse leesvaardigheid		ns	$r_s = -.19^{**\ b}$	ns

^a getoetst met een Mann Whitney toets, vermelde scores zijn gemiddelde scores

^b getoetst met een Spearman correlatietoets

^c voor inkomen geldt N=287 vanwege 46 missing cases

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tabel 6
 Resultaten van univariate analyses tussen demografische en persoonsgerelateerde kenmerken en internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte (N=333)

	internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid/ziekte		
	non-gebruikers	gebruikers	
geslacht	man vrouw	27.3% 54.3 %	$\chi^2 = 21.65^{** a}$
leeftijd			ns
opleidingsniveau	5.80	5.13	U= 10993.50 ^{** b}
inkomen ^c	3.03	2.45	U= 7612.50 ^{** b}
perceptie van de gezondheids- toestand (afgelopen maand)	3.84	2.97	U= 8205.50 ^{** b}
chronische ziekte (beperking of handicap)	niet wel	32.7% 66.4%	$\chi^2 = 35.80^{** a}$
chronische ziekte in directe omgeving	niet wel	36.8% 54.3%	$\chi^2 = 10.26^{** a}$
werkzaamheid in de gezondheidszorg	niet wel	42.2% 58.5%	$\chi^2 = 5.61^* a$
tevredenheid over kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg	3.32	3.02	U= 10878.00 ^{** b}
frequentie contact met huisarts (afgelopen 3 maanden)	1.58	2.13	U= 9906.00 ^{** b}
hoeveelheid vrije tijd	2.94	3.16	U= 11861.50 ^{* b}
Engelse leesvaardigheid	3.57	3.43	U= 11985.00 ^{* b}

^a getoetst met een χ^2 toets, scores zijn gemiddelde scores

^b getoetst met een Mann Whitney toets, vermelde scores zijn gemiddelde scores

^c voor inkomen geldt N=287 vanwege 46 missing cases

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Persoonsgerelateerde kenmerken en het gebruik van internet en e-health (OV-2)

De tweede onderzoeksvraag heeft betrekking op de rol die persoonsgerelateerde kenmerken spelen bij het gebruik van internet en e-health. Het tweede deel van tabel 5 (en tabel 6) toont de resultaten van univariate analyses tussen persoonsgerelateerde kenmerken en de afhankelijke variabelen. Aangezien de persoonsgerelateerde kenmerken op het gebied van gezondheid voor algemeen internetgebruik niet relevant zijn in dit onderzoek, zijn hiervoor de relaties niet weergegeven.

Met algemeen internetgebruik is alleen de hoeveelheid vrije tijd die iemand heeft significant gecorreleerd. Geen van de persoonsgerelateerde kenmerken is significant gerelateerd aan de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail.

Aan internetgebruik voor het zoeken naar gezondheidsgerelateerde informatie zijn de volgende variabelen significant gerelateerd: de perceptie van de gezondheidstoestand van de afgelopen maand, het zelf hebben van en de aanwezigheid in de directe omgeving van een chronische ziekte, beperking of handicap, de werkzaamheid in de zorg, de tevredenheid over de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg, de frequentie van contact met de huisarts in de afgelopen drie maanden en Engelse leesvaardigheid.

Aan het wel of niet gebruik maken van internet voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte zijn de volgende persoonsgerelateerde kenmerken significant gerelateerd: de perceptie van de eigen gezondheid in de afgelopen maand, het zelf hebben van en de aanwezigheid in de directe omgeving van een chronische ziekte, beperking of handicap, de werkzaamheid in de zorg, de tevredenheid over de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg, de hoeveelheid vrije tijd en Engelse leesvaardigheid.

Hoewel andersom verwacht, wordt een betere Engelse leesvaardigheid in de univariate analyses geassocieerd met minder gebruik van internet voor gezondheidsinformatie; ook blijkt dat mensen die internet gebruiken voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte een lagere Engelse leesvaardigheid hebben dan mensen die hier geen gebruik van maken. Omdat Engelse leesvaardigheid mogelijk samenhangt met opleidingsniveau is een correlatietoets uitgevoerd; de resultaten laten een significante samenhang zien tussen beide variabelen ($r_s = .45$, $p < .01$). De negatieve relaties tussen Engelse leesvaardigheid en e-healthgebruik kunnen hier mogelijk door worden verklaard.

Uitkomstverwachtingen en attitude en het gebruik van internet en e-health (OV-3 en 4)

De derde en vierde onderzoeksvraag hebben betrekking op de rol die uitkomstverwachtingen en internetattitude spelen bij het gebruik van internet en e-health. Tabel 7 toont de resultaten van univariate analyses tussen algemeen internetgebruik, internetgebruik voor het zoeken naar gezondheidsinformatie, de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail en de uitkomstverwachtingen en internetattitude. De vier verschillende uitkomstverwachtingen hangen allen significant positief samen met algemeen internetgebruik (1^e kolom) en met de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail (3^e kolom). Voor internetgebruik voor het zoeken naar gezondheidsinformatie is met alle uitkomstverwachtingen behalve 'monetary'-uitkomsten een positieve significante samenhang bevonden. Internetattitude correleert matig tot redelijk met de afhankelijke variabelen.

Tabel 7
Spearman correlatieanalyses tussen uitkomstverwachtingen, internetattitude en de afhankelijke variabelen algemeen internetgebruik, internetgebruik voor gezondheidsinformatie en de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail (N=333)

	algemeen internetgebruik	internetgebruik voor gezondheidsinformatie	intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail
algemeen internetgebruik		.35**	.19**
internetgebruik voor gezondheidsinfo			.09
'monetary'-uitkomsten	.12*	-.04	.27**
'novel sensory'-uitkomsten	.23**	.11*	.26**
'social/status'-uitkomsten	.48**	.35**	.17**
'self reactive'-uitkomsten	.35**	.15**	.14**
internetattitude	.35**	.24**	.19**

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tabel 8 toont de verschillen voor algemeen internetgebruik, internetgebruik voor gezondheidsinformatie, intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail en uitkomstverwachtingen tussen non-gebruikers en gebruikers van internet voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte. Slechts op twee uitkomstverwachtingen ('social/status' en 'self-reactive') worden significante verschillen waargenomen tussen non-gebruikers en gebruikers van internet voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte. Daarnaast zijn significante verschillen waargenomen voor algemeen internetgebruik, internetgebruik voor gezondheidsinformatie en internetattitude. Op al deze vijf variabelen scoren gebruikers hoger dan non-gebruikers.

Tabel 8
Verschillen in internet- en e-healthgebruik, intentie, uitkomstverwachtingen en internetattitude tussen gebruikers en non-gebruikers van internet voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte (N=333)

	communicatie met anderen op internet over gezondheid of ziekte		
	gemiddelde scores non-gebruikers (0)	gemiddelde scores gebruikers (1)	Mann Whitney U-scores
algemeen internetgebruik	4.27	5.34	9811.00**
internet voor gezondheidsinformatie	1.28	2.61	6253.00**
intentie tot contact huisarts per email	3.65	3.70	13235.50
'monetary'-uitkomsten	2.86	2.85	13040.00
'novel sensory'-uitkomsten	3.76	3.78	13394.50
'social/status'-uitkomsten	2.57	3.59	5685.00**
'self reactive'-uitkomsten	2.72	3.17	10082.00**
internetattitude	4.10	4.26	11354.50**

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Gebrekkige zelfregulering, gewoontegedrag, ervaring, sociale omgevingsfactoren en 'self-efficacy' en het gebruik van internet en e-health (OV-5 en 6)

Tabel 9 toont de resultaten van correlatieanalyses tussen gebrekkige zelfregulering, gewoontegedrag, ervaring, sociale omgevingsfactoren en 'self-efficacy' en algemeen internetgebruik, internetgebruik voor gezondheidsinformatie en de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail. Redelijk hoge (>.30) correlaties worden gevonden tussen algemeen internetgebruik en gebrekkige zelfregulering ($r_s = .41^{**}$), gewoontegedrag ($r_s = .34^{**}$) en internetervaring ($r_s = .34^{**}$) en tussen internetgebruik voor gezondheidsinformatie en ervaring met internetgebruik voor gezondheidsinformatie ($r_s = .57^{**}$) en ervaring met internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte ($r_s = .53$).

Tabel 9

Spearman correlatieanalyses tussen gebrekkige zelfregulering, gewoontegedrag, ervaring, omgevingsvariabelen en 'self-efficacy' en de afhankelijke variabelen algemeen internetgebruik, internetgebruik voor gezondheidsinformatie en de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail (N=333)

	algemeen internetgebruik	internet voor gezondheidsinformatie	intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail
gebrekkige zelfregulering	.41 **	.15 **	.15 **
gewoontegedrag	.34 **	.05	.30 **
internetervaring	.34 **	-.01	.28 **
e-healthervaring a ^a	.13 *	.57 **	.09
e-healthervaring b ^b	.30 **	.53 **	.03
e-healthervaring c ^c	.07	.26 **	.09
subjectieve norm	.03	.02	.10
vicarious learning a ^a	-.06	.15 **	.13 *
vicarious learning b ^b	.01	.08	.14 *
vicarious learning c ^c	.04	.03	.16 **
intern. self-efficacy	.19 **	-.03	.28 **
ehealth self-efficacy	.04	.25 **	.27 **

^a m.b.t. internetgebruik voor het opzoeken van gezondheidsinformatie

^b m.b.t. internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte

^c m.b.t. internetgebruik voor communicatie met zorgverleners

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tabel 10 laat de verschillen zien tussen non-gebruikers en gebruikers van internet voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte op de genoemde variabelen. Hier zijn vooral grote verschillen gevonden in e-healthervaring tussen gebruikers en non-gebruikers van internet voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte opvallend.

Tabel 10
 Verschillen in omgevingsvariabelen, ervaring, gebrekkige zelfregulering, gewoontegedrag en 'self-efficacy' tussen gebruikers en non-gebruikers van internet voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte (N=333)

	communicatie met anderen op internet over gezondheid of ziekte		Mann Whitney U-scores
	gemiddelde scores non-gebruikers (0)	gemiddelde scores gebruikers (1)	
gebrekkige zelfregulering	2.51	2.90	10838.00**
gewoontegedrag	3.40	3.57	11856.00*
internetervaring	3.99	4.16	12816.00
e-healthervaring a ^a	2.48	3.85	5561.00**
e-healthervaring b ^b	1.02	3.59	400.000**
e-healthervaring c ^c	1.20	1.64	10487.00**
subjectieve norm	-0.78	-0.74	13610.50
vicarious learning a ^a	3.27	3.35	13274.50
vicarious learning b ^b	2.58	2.95	11148.50**
vicarious learning c ^c	2.66	2.54	12938.00
internet self-efficacy	3.08	3.02	13006.50
e-health self-efficacy	3.63	3.83	11055.00**

^a m.b.t. internetgebruik voor het opzoeken van gezondheidsinformatie

^b m.b.t. internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte

^c m.b.t. internetgebruik voor communicatie met zorgverleners

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Resultaten van multivariate analyses

Met regressieanalyses is het veronderstelde conceptueel kader (figuur 1) met betrekking tot de afhankelijke variabelen 'algemeen internetgebruik' en 'internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte' onderzocht, waarbij de uit univariate analyses significant gebleken variabelen op het gebied van demografische kenmerken (OV-1), persoonsgerelateerde kenmerken (OV-2), uitkomstverwachtingen (OV-3), internetattitude (OV-4), gebrekkige zelfregulering, gewoontegedrag, internetervaring, omgevingsfactoren (OV-6) en 'self-efficacy', (OV-5) als voorspellers zijn opgenomen.

Algemeen internetgebruik

Tabel 11 toont de resultaten van de hiërarchische regressieanalyse met gebruikmaking van de methode 'forced entry'. De regressieanalyse is uitgevoerd zowel met als zonder de variabele 'inkomen', aangezien deze variabele 46 missing values heeft. Omdat er slechts zeer kleine verschillen zijn gevonden in de gestandaardiseerde beta's en verklaarde variantie tussen de analyses met en zonder de variabele inkomen, is de regressieanalyse zonder 'inkomen' weergegeven. Hierdoor kon de analyse met 333 in plaats van 287 worden uitgevoerd. De variantie in internetgebruik die met de variabelen in model 5 wordt verklaard is 40%, echter de bijdrage van 'self-efficacy' is niet significant ($p = .10$). Model 3 draagt het meeste bij aan de totale verklaarde variantie (22%). Gebrekkige zelfregulering ($\beta = .24$), 'social/status'-uitkomstver-

wachtingen ($\beta = .20$), internetattitude ($\beta = .19$), opleidingsniveau ($\beta = -.16$) en internetervaring ($\beta = .14$) blijken significant gerelateerd te zijn aan algemeen internetgebruik. Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor multicollineariteit ($VIF < 10$).

Tabel 11
Resultaten van de lineaire hiërarchische regressieanalyse voor de variabelen die gerelateerd zijn aan algemeen internetgebruik (N=333)

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5
	β	β	β	β	β
1 opleidingsniveau	-.24**	-.21**	-.23**	-.15**	-.16**
2 hoeveelheid vrije tijd		.20**	.11*	.07	.07
3 internetervaring			.23**	.18**	.14**
gebrekkige zelfregulering			.26**	.23**	.24**
gewoontegedrag			.15**	.04	.04
4 'monetary' uitkomstverwachtingen				-.02	-.03
'novel' uitkomstverwachtingen				-.02	-.05
'social/status' uitkomstverwachtingen				.20**	.20**
'selfreactive' uitkomstverwachtingen				.04	.04
internetattitude				.19**	.19**
5 internet 'self-efficacy'					.08
adjusted R ²	.06	.09	.31	.38	.38
R ²	.06	.10	.32	.40	.40
ΔR^2	.06**	.04**	.22**	.07**	.01

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte

Tabel 12 toont de resultaten van de binaire logistische regressieanalyse voor de kans het internet wel versus niet te gebruiken voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte. Nagelkerke's R² laat zien dat het logistische model bij benadering 60% van de variantie in wel of geen internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte verklaart (model $\chi^2(21) = 199.47$, $p < .01$). Ervaring met internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte is niet opgenomen in het binaire logistische regressiemodel, omdat een score van 2 of hoger op de variabele 'ervaring' het wel-gebruiken van deze vorm van e-health impliceert. Ervaring heeft men pas wanneer men het gebruikt, dus vandaar dat deze variabele bij de binaire afhankelijke variabele niet relevant is.

De resultaten in tabel 12 laten zien dat geslacht en opleidingsniveau (model 1) met een verklaarde variantie van 12% een redelijke bijdrage leveren aan het regressiemodel. Ook de persoonsgerelateerde kenmerken op het gebied van gezondheid (model 3, 18%) en model 4 (22%) met ervaring, gebrekkige zelfregulering en gewoontegedrag leveren een aanzienlijke bijdrage. Met model 5 (uitkomstverwachtingen) kan nog 7% aan de verklaarde variantie worden toegevoegd. Echter algemene persoonsgerelateerde kenmerken (model 2), sociale omgevingskenmerken (model 6) en e-health self-efficacy (model 7) dragen niet significant bij aan de verklaarde variantie van het regressiemodel. In het uiteindelijke model zijn ervaring met het zoeken naar online gezondheidsinformatie ($OR = 2.07$) en 'social/status'-uitkomstverwachtingen

Tabel 12
Uitkomsten van een binaire logistische regressieanalyse voor de kans om het internet wel versus niet te gebruiken voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte (N=333)

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6	model 7
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
1 geslacht (1 = vrouw) opleidingsniveau	0.33 (3.03) ^{***} 0.85 (1.18) [*]	0.31 (3.23) ^{***} 0.86 (1.62) [*]	0.35 (2.86) ^{***} 0.94 (1.06) [*]	0.41 (2.44) ^{**} 0.99 (1.01) [*]	0.52 (1.92) [†] 1.03	0.51 (1.96) [†] 1.02	0.50 (2.00) [†] 1.02
2 Engelse leesvaardigheid hoeveelheid vrije tijd	1.02 1.23	1.02 1.23	1.14 1.12	1.04 0.99 (1.01) [*]	0.98 (1.02) [†] 0.97 (1.03) [†]	0.98 (1.02) [†] 0.97 (1.03) [†]	0.99 (1.01) [†] 0.99 (3.03) [†]
3 gepercipieerde gezondheidstoestand aanwezigheid chronische ziekte chronische ziekte in omgeving werkzaamheid in de gezondheidszorg beoordeling kwaliteit gezondheidszorg frequentie contact huisarts			0.61 (1.64) ^{***} 1.79 1.66 2.10 [*] 0.79 (1.27) [†] 1.17	0.63 (1.59) [*] 1.26 1.32 1.38 0.80 (1.25) [†] 1.05	0.67 (1.49) [†] 1.55 1.24 1.66 0.74 (1.35) [†] 1.05	0.68 (1.47) [†] 1.55 1.21 1.64 0.73 (1.40) [†] 1.03	0.69 (1.45) [†] 1.58 1.25 1.68 0.73 (1.40) [†] 1.04
4 algemeen internetgebruik internetgebruik voor gezondheidsinfo ervaring met online gezondheidsinfo ervaring met online contact zorgverl. gebrekkige zelfregulering gewoontegedrag			1.13 1.27 2.20 ^{**} 1.48 [*] 1.29 1.32	1.02 1.26 1.96 ^{**} 1.34 1.04 1.13	1.02 1.26 1.96 ^{**} 1.32 1.05 1.16	1.01 1.28 2.07 ^{**} 1.33 1.05 1.20	
5 'social/status' uitkomstverwachtingen 'selfreactive' uitkomstverwachtingen internetattitude					3.01 ^{**} 0.99 (1.01) [†] 0.85 (1.18) [†]	2.91 ^{**} 0.99 (1.01) [†] 0.84 (1.19) [†]	2.89 ^{**} 0.99 (1.01) [†] 0.92 (1.09) [†]
6 'vicarious learning'						1.14	1.16
7 e-health 'self-efficacy'							0.72 (1.39) [†]
	χ^2 Nagelkerke R ² Δ R ² model χ^2 (df=21)	30.31 ^{**} .12 .12	3.79 .13 .01	54.82 ^{**} .31 .18	80.83 ^{**} .53 .22	27.82 ^{**} .60 .07	1.31 .60 .00 199.47

* p < .05. ** p < .01.

(OR=2.89) significant positief gerelateerd aan de kans om het internet wel versus niet te gebruiken voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte.

Intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail

Ordinale regressieanalyse staat niet toe gebruik te maken van hiërarchische of stapsgewijze toetsing waarmee het meest geschikte regressiemodel kan worden gevonden en de toegevoegde waarde van verschillende variabelen kan worden bepaald. Tabel 13 toont de resultaten van het ordinale regressiemodel met alle uit univariate analyses gebleken significante variabelen voor de kans op hogere versus lagere scores op de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail. Nagelkerke's R^2 laat zien dat het regressiemodel bij benadering 25% van de variantie in intentiescore voor communicatie met de huisarts per e-mail verklaart (model $\chi^2(15) = 87.91$, $p < .01$). De chi-kwadraattoets voor parallelle lijnen resulteert in een overschrijdingskans van .49, waarmee de nulhypothese blijft gehandhaafd en voldaan is aan de assumptie van parallelle lijnen. Omdat de complementary log-log link functie gecompliceerd is (anders dan de logit link functie), kunnen de Estimates niet direct geïnterpreteerd worden in termen van odds ratios (Chan, 2005). De Estimates geven de richting aan van de relatie tussen de significante voorspellers en de afhankelijke variabele. E-health 'self-efficacy' (est.= .36), gewoontegedrag (est.= .32), internet 'self-efficacy' (est.= .21) en 'monetary'-uitkomstverwachtingen (est.= .18) zijn significant gerelateerd aan de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail.

Tabel 13
Samenvatting van ordinale regressieanalyse voor de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail (N=333)

variabelen	estimate
geslacht (0=man)	.01
gebrekkige zelfregulering	.07
gewoontegedrag	.32 **
internetervaring	.10
algemeen internetgebruik	.03
'novel sensory'-uitkomstverwachtingen	.07
'social/status'-uitkomstverwachtingen	-.08
'selfreactive'-uitkomstverwachtingen	-.02
'monetary'-uitkomstverwachtingen	.18 *
internetattitude	.02
'vicarious learning' online gezondheidsinfo	.04
'vicarious learning' online contact anderen	.02
'vicarious learning' online contact zorgverl.	.12
internet 'self-efficacy'	.21 *
e-health 'self-efficacy'	.36 **
Nagelkerke R^2	.25
χ^2 (df=15)	87.91 **

Opmerking: De complementary log-log link functie is gehanteerd.
* $p < .05$. ** $p < .01$.

5. Discussie

De eerste doelstelling van dit onderzoek was het verkrijgen van inzicht in factoren die bepalend zijn voor het gebruik van internet voor gezondheidsdoeleinden door internetgebruikers. Dit onderzoek laat zien dat het maken van onderscheid tussen de verschillende vormen van e-healthgebruik zinvol is; ten eerste zijn er verschillen in gebruik van de verschillende vormen van e-health en ten tweede wordt het gebruik van internet voor gezondheidsdoeleinden niet eenduidig door dezelfde factoren bepaald. De conclusies zullen daarom per vorm van internet/e-healthgebruik apart worden besproken.

Algemeen internetgebruik

Demografische kenmerken, behalve het opleidingsniveau, zijn in dit onderzoek niet significant gerelateerd aan algemeen internetgebruik. Voor opleidingsniveau geldt een negatief verband: hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger het internetgebruik. Dit spreekt de resultaten van het onderzoek van Kalichman et al. (2002) tegen, waarin een hogere opleiding wordt gerelateerd aan meer internetgebruik. Ook vinden Kalichman et al. (2002), anders dan in dit onderzoek, een significante relatie tussen inkomen en algemeen internetgebruik. Mogelijk is de gedateerdheid van het onderzoek van Kalichman et al. (2002) of de doelgroep die in hun onderzoek wordt onderzocht (hiv/aids patiënten) van invloed op de discrepanties. Leeftijd en geslacht zijn niet significant gerelateerd aan algemeen internetgebruik; dit komt overeen met de bevindingen van Kalichman et al. (2002).

Internetervaring is direct positief significant gerelateerd aan algemeen internetgebruik. Hoewel op basis van de Social Cognitive Theory werd verwacht dat internetervaring (grotendeels) via internet 'self-efficacy' gerelateerd zou zijn aan algemeen internetgebruik, blijkt 'self-efficacy' geen significante bijdrage te leveren aan het regressiemodel en derhalve niet gerelateerd aan algemeen internetgebruik. In het onderzoek van LaRose en Eastin (2004) was internetervaring geen significante voorspeller van mediablootstelling. Mogelijk heeft dit verschil te maken met de meetwijze van internetervaring; LaRose en Eastin (2004) hanteren hier het aantal jaren dat men gebruik maakt van het internet, terwijl in dit onderzoek gebruik is gemaakt van de gepercipieerde internetervaring. Immers, iemand kan met één jaar intensief gebruik meer ervaring opdoen dan iemand met vijf jaar sporadisch gebruik.

Gebrekkige zelfregulering is een derde variabele die significant gerelateerd is aan algemeen internetgebruik; hoe hoger gescoord wordt op de variabele 'gebrekkige zelfregulering', hoe meer gebruik wordt gemaakt van (algemeen) internet. Dit komt overeen met onderzoek van LaRose et al. (2003), waarin gebrekkige zelfregulering werd gerelateerd aan internetgebruik. Gewoontegedrag is in dit onderzoek echter niet significant gerelateerd aan internetgebruik, wat niet overeenkomt met het onderzoek van LaRose en Eastin (2004). Zij stellen dat

gewoontegedrag een belangrijke onafhankelijke voorspeller is van internetgebruik. Doordat in dit onderzoek echter met de toevoeging van uitkomstverwachtingen de variabele gewoontegedrag niet meer significant is, lijkt gewoontegedrag wel gerelateerd te zijn aan uitkomstverwachtingen en dus geen onafhankelijke voorspeller. Meer onderzoek is nodig om de discrepanties tussen de tegengestelde resultaten te verhelderen.

'Social/Status'-uitkomstverwachtingen zijn significant gerelateerd aan algemeen internetgebruik; hoe meer verwacht wordt met internet voordeel te behalen op sociaal gebied of sociaal aanzien te verkrijgen, hoe meer men gebruik maakt van internet. Deze bevinding komt overeen met het onderzoek van LaRose en Eastin (2004). In de gehanteerde items waarmee 'social/status'-uitkomstverwachtingen zijn gemeten staat het hebben van contact met anderen centraal, om welke reden dan ook (bijv. om het contact te onderhouden, om met die anderen een spel te spelen op internet, om het krijgen van aanzien van anderen). Of het bij de relatie met algemeen internetgebruik nu meer gaat om sociaal aanzien (status) of om het onderhouden van contact met anderen, kan uit dit onderzoek echter niet worden geconcludeerd.

Anders echter dan in het onderzoek van LaRose en Eastin (2004) zijn 'novel sensory'-, 'selfreactive'- en 'monetary'-uitkomstverwachtingen niet significant gerelateerd aan algemeen internetgebruik. Er is geen eenduidige verklaring van dit contrast; mogelijk zijn verschillen in populatie of cultuurverschillen tussen Noord Amerika en Nederland hierop van invloed. Omdat de uitkomstverwachtingen in dit onderzoek wel allemaal positief correleren met algemeen internetgebruik, kan niet worden gezegd dat het principe van de Uses en Gratifications-benadering, dat mediablootstelling deels voorspeld wordt door media gratificaties ofwel uitkomstverwachtingen, niet goed wordt ondersteund door dit onderzoek. Nader onderzoek in bijvoorbeeld een Europese maatschappij zou moeten worden uitgevoerd om concretere uitspraken te kunnen doen over de rol van uitkomstverwachtingen en de bevindingen van LaRose en Eastin (2004) verder te beoordelen.

Internetattitude is een vijfde variabele die significant is gerelateerd aan algemeen internetgebruik. Internetattitude is gemeten in termen van saai, frustrerend, plezierig en leuk. Internetattitude zou gaan om zogenaamde 'process'- gratificaties, gratificaties door het gebruik van internet zelf en daarom anders dan verwachtingen over de uitkomsten van gebruik. Song, LaRose, Eastin en Lin (2004) stellen dat sommige activiteiten op internet zowel 'content'- als 'process'-gratificaties vervullen en geven het voorbeeld van e-mail en 'chatrooms', waaraan volgens hen sociale interactie functies worden toegeschreven, vaak samen met 'process'-gratificaties. In dit onderzoek zijn 'social/status'-uitkomstverwachtingen en attitude bijna even sterk gerelateerd aan algemeen internetgebruik, wat aangeeft dat naast uitkomstverwachtingen de rol van een internetattitude niet onderschat dient te worden.

Communicatie met andere internetters over gezondheid of ziekte

Demografische kenmerken en algemeen internetgebruik zijn niet significant gerelateerd aan het wel of niet gebruiken van internet voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte. Ervaring met internetgebruik voor gezondheidsinformatie is significant gerelateerd aan internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte. Dit zou kunnen worden verklaard door de veronderstelling dat e-healthgebruik begint bij het zoeken naar gezondheidsinformatie en men pas, naarmate men hier ervaring mee heeft, begint met het communiceren met anderen over gezondheid of ziekte. Daarnaast spelen 'social/status'-uitkomstverwachtingen een aanzienlijke rol als het gaat om internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte. Hogere 'social/status'-uitkomstverwachtingen leiden tot een grotere kans op het gebruik van internet voor communicatie met anderen. Omdat in dit onderzoek het onderscheid tussen 'social'- en 'status'-uitkomstverwachtingen niet kan worden gemaakt, kan dit resultaat niet precies worden geïnterpreteerd. Als de significantie aan internetgebruik voor communicatie met anderen gerelateerde uitkomstverwachtingen meer neigen naar 'social' dan naar 'status', is de verklaring eenvoudig. Immers, verwachtingen over sociale steun en contact met anderen leiden naar communicatie met anderen. Als de uitkomstverwachtingen echter meer neigen naar 'status', dan kan in een andere hoek gezocht worden. Het kan zijn dat mensen verwachten status te verwerven binnen de omgeving van het internet, bijvoorbeeld door kennisdeling met anderen. McLure Wasko en Faraj (2000) stellen dat kennisdeling, wanneer kennis wordt gezien als bezit van het individu, gemotiveerd wordt door eigenbelang, maar met immateriële winst, zoals status en reputatie. Dit geldt evenwel als het gaat om kennisdeling via het internet met onbekenden (zogenaamde 'electronic weak ties'); in het onderzoek van McLure Wasko en Faraj (2000) stelt men dat het af en toe gebeurt dat mensen naar aanleiding van participatie in nieuwsgroepen een baan of opdracht aangeboden krijgen, een gevolg van online verworven reputatie en/of status. Kortom, verder onderzoek is nodig om meer duidelijkheid te krijgen over 'social'- en 'status'-uitkomstverwachtingen, gerelateerd aan internetgebruik voor communicatie met anderen over gezondheid of ziekte.

Intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail

Gewoontegedrag is significant gerelateerd aan de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail. Aangezien gewoontegedrag wordt geassocieerd met repeterend gedrag (U&G) of mislukte zelfmonitoring als subfunctie van gebrekkige zelfregulering (SCT) is deze relatie opvallend. Mogelijk is ook hier het concept 'e-mailen' van invloed op de gevonden relatie. Voor mensen die hoog scoren op gewoontegedrag geldt dat internetten en wellicht ook e-mailen deel uitmaakt van hun dagelijkse routine. Mensen zijn mogelijk zo gewend aan het gebruik van e-mail dat zij deels vanuit dat oogpunt (puur de activiteit 'e-mailen') antwoord geven op de vraag met betrekking tot de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail. Het gegeven dat

internetervaring niet meer significant is wanneer gewoontegedrag als onafhankelijke variabele wordt opgenomen in het regressiemodel, draagt bij aan deze verklaring. Het lijkt namelijk aannemelijk dat mensen met veel internetervaring ook gebruik maken van internettoepassingen zoals e-mail.

Verder zijn 'monetary'-uitkomstverwachtingen significant gerelateerd aan de intentie om per e-mail met de huisarts te communiceren; de verwachting om winst te behalen met internet wordt geassocieerd met het hebben van de intentie om per e-mail met de huisarts te communiceren. Hoewel het construct 'monetary'-uitkomstverwachtingen grotendeels is opgesteld met items betrekking hebbende op financiële voordelen, wordt er ook een link gelegd naar tijdwinst ('tijd besparen met winkelen'). Met name tijdwinst past binnen de visie van marketing voor gezondheidszorgorganisaties, waar 'time access' wordt gezien als een van de drie belangrijkste distributiebeslissingen (Kotler & Clarke, 1987). Het gaat hier om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidsdiensten op voor de consument geschikte tijden. Gezien het steeds kostbaarder worden van tijd, is dit een belangrijk punt waarop huisartsen die de online communicatieservice aanbieden zich kunnen profileren. Van de andere kant kan de relatie tussen 'monetary'-uitkomstverwachtingen en de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail ook gebaseerd zijn op onjuiste veronderstellingen van respondenten. Mogelijk wordt aangenomen dat e-mailconsulten goedkoper zijn dan reguliere consulten. De data in dit onderzoek is niet toereikend om deze veronderstelling te analyseren. Nader onderzoek dient uit te wijzen of het animo voor een e-mail consult nog steeds groot is wanneer de kosten gelijk zijn aan een regulier consult.

Tenslotte zijn internet 'self-efficacy' als e-health 'self-efficacy' significant gerelateerd aan de intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail. Hogere scores op de 'self-efficacy' schalen worden geassocieerd met de kans op een grotere intentie tot communicatie met de huisarts per e-mail. 'Self-efficacy' is het vertrouwen dat mensen hebben in hun capaciteiten om een bepaald prestatieniveau te behalen in een bepaalde context; Kear (2000) stelt dat hoge 'self-efficacy' leidt tot het verlangen en de bereidheid tot handelen, het riskeren van het proberen van nieuw gedrag. Aangezien communicatie met de huisarts per e-mail voor veel mensen nieuw is, staat de bevinding dat 'self-efficacy' hieraan significant gerelateerd is in lijn met Kear's theorie.

Internetgebruik voor gezondheidsinformatie

Omdat multivariate analyses voor internetgebruik voor het zoeken naar gezondheidgerelateerde informatie ontbreken, kunnen slechts indicaties voor mogelijke significant gerelateerde variabelen worden gegeven op basis van univariate analyses. Met betrekking tot demografische kenmerken suggereert de data dat vrouwen meer gebruik maken van internet voor gezondheidsinformatie; dit komt overeen met onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2004). In dit onderzoek laten correlatietoetsen zien dat lagere opleidingsniveaus, lagere inkomens en een

hogere leeftijd een hoger internetgebruik voor gezondheidsinformatie impliceren. Dit spreekt tegen de resultaten van het onderzoek van Cotten en Gupta (2004), waarin precies tegenovergestelde bevindingen werden gedaan. De in dit onderzoek bevonden positieve relatie tussen leeftijd en internetgebruik voor gezondheidsinformatie komt overeen met onderzoek van het CBS (2004).

Met betrekking tot persoonsgebonden kenmerken gericht op de gezondheid(szorg) kunnen de volgende indicaties worden gegeven. Hoe slechter de gepercipieerde gezondheidstoestand, hoe meer gebruik wordt gemaakt van internet voor het opzoeken van gezondheidsinformatie. Dit komt overeen met onderzoek van Houston en Allison (2002) maar spreekt het onderzoek van Cotten en Gupta (2004) tegen. De aanwezigheid van een chronische ziekte, beperking of handicap en ontevredenheid over de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg worden in dit onderzoek geassocieerd met meer gebruik van internet voor het zoeken naar gezondheidsinformatie, overeenkomstig het onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2004). Meer contact met de huisarts in de afgelopen drie maanden wordt in dit onderzoek geassocieerd met meer gebruik van internet voor het zoeken naar gezondheidsinformatie in de afgelopen maand. Een relatie tussen huisartsbezoek en internetgebruik voor gezondheidsinformatie wordt ook gevonden in het onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2004). Mensen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg maken volgens dit onderzoek meer gebruik van internet voor het opzoeken van gezondheidsinformatie. Engelse leesvaardigheid tenslotte wordt in dit onderzoek negatief geassocieerd met internetgebruik voor gezondheidsinformatie, anders dan in het onderzoek van Jeannot et al. (2004). Zoals eerder aangegeven ligt opleidingsniveau mogelijk ten grondslag aan deze gevonden relatie.

Gebrekkige zelfregulering is in dit onderzoek positief gecorreleerd met internetgebruik voor gezondheidsinformatie. Met betrekking tot uitkomstverwachtingen zijn 'novel sensory'-, 'social/status'- en 'self reactive'-uitkomsten evenals internetattitude positief gecorreleerd met internetgebruik voor gezondheidsinformatie. Tevens wordt meer gebruik van internet in het algemeen in dit onderzoek geassocieerd met meer gebruik van internet voor het zoeken naar gezondheidsinformatie. Meer ervaring met alle vormen van e-health, evenals een hogere e-health 'self-efficacy' worden eveneens geassocieerd met meer gebruik van internet voor het zoeken naar gezondheidsinformatie. Met betrekking tot omgevingsfactoren wordt 'vicarious learning' geassocieerd met gebruik van internet voor het zoeken naar gezondheidsinformatie. Hoe meer iemand meent dat (belangrijke) personen uit zijn/haar sociale omgeving gebruik maken van internet voor het zoeken naar gezondheidsinformatie, hoe meer iemand hier zelf ook gebruik van zou maken. De relatieve invloed van deze variabelen kan echter door het ontbreken van multivariate analyses niet worden onderzocht.

De tweede doelstelling van dit onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de inzetbaarheid van onderzoeksmodellen ter verklaring van algemeen media- en internetgebruik voor onderzoek naar internet en gezondheid. Hoewel geen multivariate analyse kon worden uitgevoerd met de afhankelijke variabele 'internetgebruik voor het zoeken naar gezondheidsinformatie', komt uit de overige multivariate analyses naar voren dat het gebruik van de Uses en Gratifications-benadering vanuit sociaal-cognitief perspectief redelijk goed standhoudt. Hoewel niet alle uitkomstverwachtingen significant kunnen worden geassocieerd met het gebruik van e-health, zijn 'social/status'- en 'monetary'-uitkomstverwachtingen interessante constructen wanneer het gaat om de verklaring van e-healthgebruik. En hoewel het mechanisme van zelfregulering vooralsnog meer op algemeen internetgebruik van toepassing is dan op gebruik van e-health, zou de toename van het gebruik van e-health hier op termijn verandering in aan kunnen brengen. Kortom, dit onderzoek laat zien dat de toepassing van de Uses en Gratifications-benadering vanuit sociaal-cognitief perspectief ook bij onderzoek naar internetgebruik voor gezondheidsdoeleinden goed kan worden gehanteerd.

6. Opmerkingen

Er is een aantal factoren waarmee rekening moet worden gehouden bij de interpretatie en generalisatie van de onderzoeksresultaten en -conclusies. Ten eerste is er, mede vanwege het zelfselectieve karakter van de steekproef, geen sprake van representativiteit van de respondenten. Om deze reden kunnen de onderzoeksresultaten en -conclusies niet worden gegeneraliseerd naar de populatie internetgebruikers in Nederland. Het uitgangspunt van dit onderzoek is geweest om een zo heterogeen mogelijke groep respondenten te verzamelen om uitspraken te kunnen doen over (theoretische) factoren die van invloed kunnen zijn op gebruik van e-health. Door de keuze voor verschillende manieren van respondentenwerving is bijgedragen aan dit uitgangspunt. Dit kan gezien worden als een meerwaarde van dit onderzoek. Als bijkomend gevolg hiervan zijn mensen met een breedband internetaansluiting in dit onderzoek oververtegenwoordigd (92%), wat van invloed kan zijn op bijvoorbeeld de mate van internetgebruik. Ook zijn vrouwen oververtegenwoordigd in dit onderzoek, wat mogelijk samenhangt met het gegeven dat vrouwen meer dan mannen gebruik maken van internet voor gezondheidszaken (CBS, 2004). Deze oververtegenwoordiging kan mogelijk leiden tot vertekening van de resultaten. Samenhangend met de non-generaliseerbaarheid van dit onderzoek is eveneens de lage respons. Hoge non-respons kan voor serieuze vertekening van resultaten leiden, waardoor de resultaten uit dit onderzoek met enige voorzichtigheid dienen te worden behandeld.

Met betrekking tot de wijze van dataverzameling kan gesteld worden dat het duidelijk is dat twee (of drie) factoren van belang bleken voor een succesvollere respons. Het gaat hier ten eerste om een persoonlijke benaderwijze (respondentenwerving langs de deur) en ten tweede om betrokkenheid bij het onderwerp (respondentenwerving via gezondheidsforums) en/of het feit dat men al achter de computer zit en aan het internetten is. Deze punten komen overeen met resultaten uit onderzoek naar en theorieën over (non-)respons. Zo concluderen Cook, Heath en Thompson (2000) in literatuuronderzoek naar respons bij online vragenlijsten dat onder andere gepersonaliseerde contacten de respons positief beïnvloeden, uitgelegd als het noemen van de naam van de respondent in de schriftelijke communicatie. Het persoonlijk uitnodigen van iemand voor een onderzoek kan in deze lijn ook worden gezien als gepersonaliseerd contact. De Leeuw en Hox (1998) stellen op basis van diverse theorieën en modellen over non-respons dat reciprociteit, subjectieve norm, autoriteit, sympathie en schaarsheid factoren zijn die invloed hebben op de besluitvorming van mensen om mee te doen. Door langs de deur te gaan en mensen vriendelijk te benaderen, is de kans op een vriendelijke reactie groter (reciprociteit). Ook is het face-to-face eenvoudiger om sympathie te verwerven dan via een folder of advertentie. Hiernaast stellen De Leeuw en Hox (1998) dat bereikbaarheid en bereidwilligheid twee belangrijke constructen zijn bij non-respons. Bereidwilligheid is in dit onderzoek met name van belang (bereikbaarheid is met name van toepassing op telefonisch onderzoek); het gaat hierbij

om moeilijkheden als desinteresse, enquêtemoeheid en de toename van wantrouwen en privacygerichtheid van mensen. Het relatief vele aantal reacties van forumgebruikers tonen mogelijk de positieve invloed van interesse in het onderwerp op de respons (aangezien de echte respons niet bekend is, is dit slechts een veronderstelling). De algehele lage respons in dit onderzoek kan worden afgeleid van de aspecten van bereidwilligheid. Daarnaast springen oproepen in kranten, flyers en dergelijk onpersoonlijk materiaal wellicht onvoldoende uit boven het andere nieuws en direct-mail materiaal.

Een ander aandachtspunt is dat de analyses zijn uitgevoerd met data afkomstig van mensen die internet gebruiken, een zogenaamde 'truncated sample' (Dubin & Rivers, 1989). Bij conclusies met betrekking tot het gebruik van algemeen internet moet men daarom rekening houden met een selectievertekening, wat inhoudt dat de relaties die nu worden aangetoond mogelijk zwakker of sterker zijn wanneer de data zou bestaan uit zowel gebruikers als niet-gebruikers van internet. De conclusies met betrekking tot e-healthgebruik zijn alleen van toepassing op mensen die reeds internet gebruiken, waardoor de 'truncated sample' geen vertekening hoeft op te leveren.

Een punt dat eveneens mogelijk voor vertekening zorgt is het feit dat in het empirisch onderzoek gedrag (gebruik) in de afgelopen maand wordt gemeten, maar dat de gemeten uitkomstverwachtingen betrekking hebben op toekomstig gedrag (gebruik). Uitkomstverwachtingen reflecteren de *huidige* overtuiging in de uitkomsten van *toekomstig* gedrag, maar zijn gebaseerd op vergelijkingen tussen verwachte en in het verleden behaalde uitkomsten. Hoewel eerder in dit onderzoek uiteengezet is dat een prospectief perspectief van uitkomstverwachtingen betere resultaten oplevert dan een retrospectief perspectief (U&G), zouden mogelijk nog betrouwbaardere resultaten kunnen worden behaald wanneer eerst uitkomstverwachtingen zouden worden gemeten en pas later het gebruik.

Verder is Internetgebruik voor het zoeken naar gezondheidsinformatie niet onderzocht met multivariate analyses, omdat niet werd voldaan aan de assumptie van parallelle lijnen in ordinale regressieanalyse. Nader onderzoek moet uitwijzen wat de relatieve waarde is van de in univariate analyses significant gebleken variabelen. Hierbij zal tevens aandacht kunnen worden besteed aan de betrouwbaarheid van het construct 'activity'-uitkomstverwachtingen en het mogelijke verschil tussen 'social'- en 'status'-uitkomstverwachtingen. Nader onderzoek kan ook bijdragen aan het tot stand komen van gevalideerde schalen, hoewel de meeste constructen in dit onderzoek betrouwbaar zijn gemeten.

Een laatste punt van aandacht heeft betrekking op de controle over het invullen van de online vragenlijst. Omdat er geen password en login werden gevraagd, kon iedereen de vragenlijst invullen en mogelijk zelfs twee keer of vaker. Hoewel hiervan geen tekenen van misbruik zijn waargenomen, bestaat de kans dat mensen de vragenlijst meerdere keren hebben ingevuld.

7. Implicaties voor de gezondheidspraktijk

Bijna 90% van de respondenten uit dit onderzoek maakt gebruik van internet voor gezondheidsdoeleinden. Ervaring met deze vorm van e-health is significant gerelateerd aan internetgebruik voor communicatie met anderen op internet. Op basis hiervan kan worden verwacht dat het aantal mensen dat met anderen op internet communiceert over gezondheid of ziekte in de toekomst zal toenemen. Dit kan aanzienlijke, zowel positieve als negatieve, consequenties hebben voor de gezondheidspraktijk. Zo is eerder in dit onderzoek de mogelijkheid voorgesteld dat mensen vanuit verwachtingen naar sociaal aanzien (status) hun kennis online delen met anderen. Het gevaar zit hierin, dat deze kennis mogelijk onjuist is. Dit kan gevaar opleveren voor de gezondheid van mensen die deze kennis van onbekenden als waarheid tot zich nemen. Een toename van mensen die hun kennis online delen met anderen, kan een toename betekenen van onjuiste gezondheidsinformatie op het internet. Aan de andere kant kan de toename van communicatie met anderen op internet potentieel gezondheidsvoordeel opleveren, bijvoorbeeld als het gaat om het krijgen van sociale steun. Het is zaak om beleid te vormen waarmee de mogelijke negatieve consequenties van de toenemende onjuiste gezondheidsinformatie kunnen worden beperkt.

Verder komt het animo voor een elektronisch consult in dit onderzoek duidelijk naar voren. Wanneer uit vervolgonderzoek blijkt dat het animo voor een elektronisch consult nog steeds groot is wanneer duidelijk is dat de kosten hiervan gelijk zijn aan een regulier consult, kunnen huisartsen, die deze service aan gaan bieden, in hun reclameboodschap gebruik maken van tijdwinst als argument. Daarnaast moet stil worden gestaan bij de impact van internet en een elektronisch consult op de rol van de huisarts. Veranderingen in de samenleving, zoals op het gebied van het verzekeringsstelsel, kunnen ervoor zorgen dat mensen minder snel naar de huisarts gaan en eerst zelf 'online dokteren'. Wanneer vervolgens toch contact volgt met een (huis)arts, zal deze rekening moeten houden met een mogelijke andere kennisverhouding met de patiënt en wellicht andere manieren van het geven van voorlichting. Men kan dan denken aan het verwijzen naar bepaalde (betrouwbare) internetsites of forums, hierbij tevens wijzend op de mogelijke gevaren van onjuiste informatie op forums. Dit impliceert wel dat (huis)artsen zelf thuis dienen te zijn in de wereld van het online dokteren, mogelijk voor sommige (huis)artsen een taak met tegenstrijdige gevoelens.

Literatuur

- AbuShaba, R. & Achterberg, C. (1997). Review of self-efficacy and locus of control for nutrition- and health-related behavior. *Journal of the American Dietetic Association*, 97 (10), 1122-1132.
- Agresti, A. (1996). *An introduction to categorical data analysis*. New York: Wiley & Sons.
- Ajzen (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179-211.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*, 6. *Six theories of child development* (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science*, 10, pp. 214-217.
- Blumler J.G. & Katz, E. (1974). *The uses of mass communications: Current perspectives on gratifications research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Bock, H. de (1980). Gratification frustration during a newspaper strike and a tv blackout. *Journalism Quarterly*, 57, 61-70.
- Boer, H. (1993). *Psychosociale aspecten van bevolkingsonderzoek naar borstkanker*. Delft: Eburon.
- Boer, C. de & Brennecke, S. (2003). De Uses and Gratifications benadering. In: C. de Boer & S. Brennecke, *Media en publiek – Theorieën over media-impact (97-115)*. Amsterdam: Boom.
- Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. & Molen, H.T. van der (2001). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Busselle, R., Reagan, J., Pinkelton, B. & Jackson, K. (1999). Factors affecting internet use in a saturated-access population. *Telematics and Informatics*, 16, 45-58.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2004). *De digitale economie*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2005). *Snelle opmars breedbandinternet*. Webmagazine CBS februari 2005, Voorburg/Heerlen. Retrieved June 1, 2005, from the World Wide Web: www.cbs.nl/nl/publicaties/artikelen/algemeen/webmagazine/artikelen/2005/1644k.htm.
- Celio, A.A., Winzelberg, A.J., Wilfley, D.E., Eppstein-Herald, D., Springer, E.A., Dey, P. & Taylor, C.B. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: comparison of an internet- and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 650-657.

- Chan, Y.H. (2005). Biostatistics 305. Multinomial logistic regression. *Singapore Med J*, 46(6), 259-269.
- Chang, M.K. & Cheung, W. (2001). Determinants of the intention to use Internet/WWW at work: a confirmatory study. *Information & Management*, 39, p. 1-14.
- Cline, R.J.W. & Haynes, K.M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health Education Research*, 16 (6), 671-692.
- Cook, C., Heath, F. & Thompson, R.L. (2000). A meta-analysis of response rates in web or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-836.
- Cotten, S.R. & Gupta, S.S. (2004). Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science & Medicine*, 59, 1795-1806.
- Cuilenberg, J.J. van, Scholten, O. & Noomen, G.W. (1996). *Communicatiewetenschap*. Bussum: Dick Coutinho.
- Dubin, J.A. & Rivers, D. (1989). Selection bias in linear regression, logit and probit models. *Sociological Methods and Research*, 18, 360-390.
- Eastin, M.S. & LaRose, R. (2000). Internet self-efficacy and the psychology of the digital divide. *Journal of Computer Mediated Communication*, 6(1). Retrieved June 1, 2005, from the World Wide Web: <http://www.ascusc.org/jcmc/vol6/issue1/eastin.html>.
- Eastin, M.S. & LaRose, R. (2005). Alt.support: modeling social support online. *Computers in Human Behavior*, 21(6), 977-992.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *J Med Internet Res* 2001;3(2):e20. Retrieved April 7, 2005, from the World Wide Web: <http://www.jmir.org/2001/2/e20/>
- Findley, J.C., Kerns, R., Weinberg, L.D. & Rosenberg, R. (1998). Self-efficacy as a psychological moderator of chronic fatigue syndrome. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(4), 351-362.
- Fox, S. & Rainie, L. (2002) *Vital Decisions: How internet users decide what information to trust when they or their loved ones are sick*. Pew Internet and American Life Project, Washington, DC. Retrieved May 26, 2005, from the World Wide Web: http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Vital_Decisions_May2002.pdf
- Gutteling, J. & Heuvelman, A. (2000). Sociale psychologie en communicatiekundig ontwerpen. In P.J. Schellens, R. Klaassen & S. de Vries (Eds.), *Communicatiekundig ontwerpen* (pp. 147-162). Assen: Van Gorcum.
- Hsu, M.-H. & Chiu, C.-M (2004). Internet self-efficacy and electronic service acceptance. *Decision Support Systems*, 38, 369-381.
- Houston, T.K. & Allison, J.J. (2002). Users of internet health information: differences by health status. *J Med Internet Res*; 4(2):e7. Retrieved April 5, 2005, from the World Wide Web: <http://www.jmir.org/2002/2/e7/>.
- Huang, J.Y.J., Discepola, F., Al-Fozan, H. & Tulandi, T. (2005). Quality of fertility clinic websites. *Fertility and Sterility*, 83(3), 538-544.

- Igbaria, M. & Iivari, J. (1995). The effects of self-efficacy on computer usage. *Omega*, International Journal of Management Science, 23(6), 587-605.
- Jeanot, J.-G., Floehlich, F., Wietlisbach, V., Burnand, B., Terraz, O. & Vader, J.-P. (2004) Patient use of the internet for health care information in Switzerland. *Swiss Med Wkly*, 134, 307-312.
- Jong, M. de & Schellens, P.J. (2000). Formatieve evaluatie. In P.J. Schellens, R. Klaassen & S. de Vries (Eds.), *Communicatiekundig ontwerpen* (pp. 100-118). Assen: Van Gorcum.
- Kalichman, S.C., Benotsch, E.G., Weinhardt, L., Austin, J., Luke, W. & Cherry, C. (2003). Health-related internet use, coping, social support, and health indicators in people living with HIV/AIDS: preliminary results from a community survey. *Health Psychology*, 22(1), 111-116.
- Kalichman, S.C., Weinhardt, L., Benotsch, E., DiFonzo, K., Luke, W. & Austin, J. (2002). Internet access and internet use for health information among people living with HIV-AIDS. *Patient Education and Counseling*, 46, 109-116.
- Kang, M.E. & Atkin, D.J. (1999). Exploring the role of media uses and gratifications in multimedia cable adoption. *Telematics and Informatics*, 16, 59-74.
- Katz, E., Blumler, J. & Gurevitch, M. (1974). Uses of mass communication by the individual. In W.P. Davidson and Fredrick Yu (Eds.), *Mass Communication Research: Major Issues and Future Directions* (pp. 11-35). New York: Praeger.
- Kear, M. (2000). Concept analysis of self-efficacy. *Graduate Research in Nursing*, 2(2), available online. Retrieved October 23, 2005, from the World Wide Web: <http://graduateresearch.com/Kear.htm>.
- Kotler, P. & Clarke, R.N. (1987). *Marketing for health care organizations*. New Jersey: Prentice-Hall.
- LaRose, R. & Eastin, M.S. (2004). A social cognitive theory of internet uses and gratifications: toward a new model of media attendance. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 48(3), 358-377.
- LaRose, R., Lin, C.A. & Eastin, M.S. (2003). Unregulated internet usage: Addiction, habit or deficient self-regulation? *Media Psychology*, 5(3), 225-253.
- LaRose, R., Mastro, D. & Eastin, M.S. (2001). Understanding Internet usage – a social cognitive approach to Uses and Gratifications. *Social Science Computer Review*, 19(4), 395-413.
- Leeuw, E.D. de & Hox, J.J. (1998). Nonrespons in surveys: een overzicht. *Kwantitatieve Methoden*, 19, 31-53.
- Levy, M.R. & Windahl, S. (1984). Audience activity and gratifications – a conceptual clarification and exploration. *Communication Research*, 11(1), 51-78.
- Lin, C. (1998). Exploring personal computer adoption dynamics. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 42, pp. 95-112.

- McLure Wasko, M. & Faraj, S. (2000). "It is what one does": why people participate and help others in electronic communities of practice. *Journal of Strategic Information Systems*, 9, 155-173
- McQuail, D. (2001). With more hindsight: conceptual problems and some ways forward for media use research. *Communications: The European Journal of Communication Research*, 26(4), 337-350.
- Multiscope (2004). *Top 20 sites van 2004*. Online onderzoeksbureau Multiscope. Retrieved July 16, 2005, from the World Wide Web: <http://www.multiscope.nl/persbericht-volledig.phtml?uniek=20041202132547>.
- National Institute of Clinical Studies (2003). *The impact of the Internet on consumer's health behaviour*. Prepared by the Centre for General Practice and the Centre for Evidence Based Practice, University of Queensland. NICS: Melbourne.
- Oenema, A., Brug, J. & Lechner, L. (2001). Web-based tailored nutrition education: results of a randomized controlled trial. *Health Education Research*, 16(6), 647-660.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M. & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): A systematic review of published definitions. *J Med Internet Res* 2005;7(1):e1. Retrieved March 29, 2005, from the World Wide Web: <http://www.jmir.org/2005/1/e1/>.
- Palmgreen, P. (1984). Uses and gratifications: A theoretical perspective. In: R.N. Bostrom (Ed.), *Communication Yearbook 8 (61-72)*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Over e-health en cybermedicine* (achtergrondstudie bij advies: Patiënt en internet). Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002). Wat is E-health? In: *Inzicht in e-health*. (achtergrondstudie bij advies: E-health in zicht). Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003). Het internet als bron van informatie en zijn impact. In: *Internetgebruiker en kiezen van zorg*. (resultatenonderzoek bij advies: Van patiënt tot klant). Zoetermeer: RVZ
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2004). Internetgebruiker en gebruiker van zorg. In: *De invloed van de consument op het gebruik van zorg* (achtergrondstudie bij het advies: Gepaste zorg). Zoetermeer: RVZ.
- Ross, S.E., Moore, L.A., Earnest, M.A., Wittevrongel, L. & Lin, C. (2004). Providing a web-based online medical record with electronic communication capabilities to patients with congestive heart failure: randomized trial. *J of Med Internet Res*, 6(2):e12. Retrieved April 6, 2005, from the World Wide Web: <http://www.jmir.org/2004/2/e12/>.
- Skinner, H. Biscope, S. & Poland, B. (2003). Quality of internet access: barrier behind internet use statistics. *Social Science & Medicine*, 57, 875-880.
- Tjora, A., Tran, T. & Faxvaag, A. (2005). Privacy vs usability: A qualitative exploration of patients' experiences with secure internet communication with their general practitioner. *J Med*

- Internet Res*, 7(2):e15. Retrieved June 1, 2005, from the World Wide Web:
<http://www.jmir.org/2005/2/e15/>.
- Tunderman, B.M. (2004). E-Health en E-care, digitale opstap naar eerstelijks zorg. *Zorgmagazine* April 2004. *National Platform E-Health*. Retrieved March 29, 2005, from the World Wide Web: http://www.e-healthplatform.nl/PUBL/PUBL_center_NPE0.454761.html.
- Wegener huis-aan-huiskranten (2004). *Waanzinnige cijfers voor de Wegener huis-aan-huiskrantentitels*. Bereiksonderzoek uitgevoerd door markt- en beleidsonderzoeksbureau R&M Matrix. Retrieved August, 16, 2005, from the World Wide Web:
<http://www.waanzinnigecijfers.nl/waanzinnigecijfa.html>.
- White, M. & Dorman, S.M. (2001). Receiving social support online: implications for health education. *Health Education Research*, 16(6), 693-707.
- Windahl, S., Signitzer, B.H. & Olson, J.T. (1992). *Using communication theory: An introduction to planned communication*. Newbury Park: Sage Publications
- Young, K.S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 1(3), 237-244.

Bijlage 1


1.1 Huis-aan-huis verspreidde flyer

Uitnodiging

Heeft u thuis een computer met internet en wilt u kans maken op een cadeaubon van 10 euro? Voor mijn afstudeeronderzoek aan de Universiteit Twente zoek ik mensen van 15 jaar of ouder, die mijn vragenlijst willen invullen. Het onderzoek gaat over het gebruik van internet in het dagelijks leven en de rol die internet speelt bij gezondheidsvragen. Onder de deelnemers worden vijf cadeaubonnen van 10 euro verloot.

U vindt de vragenlijst en informatie op: <http://www.frekezuure.nl>
Mocht u verder nog vragen hebben, dan kunt u mij bereiken op 06 427 19908.

Alvast hartelijk dank!
Freke Zuure


Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

1.2 Persbericht in *Almere Deze Week* d.d. 6 juli 2005, pagina 7 van de 32.

Onderzoek naar online dokteren

Almere, 28 juni 2005

'Het gebruik van internet voor gezondheidsinformatie neemt toe en kan voor de gebruikers gezondheidsvoordelen opleveren', is de voorzichtige conclusie op basis van literatuuronderzoek van de Almeerse studente Freke Zuure. Zo zijn mensen door het internetgebruik veelal beter geïnformeerd, waardoor een gelijkwaardigere relatie ontstaat tussen arts en patiënt. Ook het leren omgaan met een ziekte, of het volgen van een therapie kunnen positief worden beïnvloed door het gebruik van internet. Hierop sluit de vraag aan, welke internetters het internet voor gezondheidsinformatie gebruiken en hoe dit gebruik te voorspellen is. Wie wil, kan op internet (www.frekezuure.nl) een vragenlijst invullen en zo een bijdrage leveren aan het onderzoek. Onder de deelnemers worden vijf cadeaubonnen van 10 euro verloot. De studente Toegepaste Communicatiewetenschap hoopt medio september op dit onderzoek aan de Universiteit Twente af te studeren.

1.3 Advertentie (50 * 72 mm) in *Almere Deze Week* d.d. 13 juli 2005, pagina 10 van de 28.

Doet u mee?

Heeft u thuis een computer met internet en wilt u kans maken op 10 euro? Voor mijn afstudeeronderzoek zoek ik mensen van 15 jaar en ouder die mijn vragenlijst willen invullen. Het onderzoek gaat over internetgebruik in het dagelijks leven en bij gezondheidsvragen. U vindt de vragenlijst op www.frekezuure.nl

Alvast hartelijk dank!


Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

1.4 Start van de dialoog bij het werven aan de deur

“Hallo ik heb een vraag, ik ben bezig met mijn afstudeeronderzoek naar internetgebruik in het dagelijks leven en bij gezondheidsvragen. Hiervoor ben ik op zoek naar mensen van 15 jaar of ouder die mijn vragenlijst op internet willen invullen...”

1.5 Bericht dat geplaatst is op de verschillende gezondheidsforums

Hallo allemaal,

Voor mijn studie (toegepaste communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente) ben ik bezig met een onderzoek naar internetgebruik voor gezondheidsdoeleinden. Hieronder valt onder andere het opzoeken van informatie over gezondheid of ziekte en contact met anderen via bijvoorbeeld forums of chatboxen. Ik probeer hiermee een bijdrage te leveren aan het gebruik van internet in de gezondheidszorg.

Hiervoor ben ik op zoek naar mensen die mijn online vragenlijst (anoniem) willen invullen. De vragenlijst bestaat onder andere uit stellingen over internetgebruik in het algemeen en internetgebruik voor gezondheidsdoeleinden. Onder de deelnemers verloot ik 5 cadeaubonnen van 10 euro.

De vragenlijst is te vinden op www.frekezuure.nl. Als u hieraan wilt meewerken, hartelijk dank!

Met vriendelijke groet,
Freke Zuure

1.6 Bericht dat geplaatst is op de website www.presscenter.nl

Almere, 28 juni 2005 'Het gebruik van internet voor gezondheidsinformatie neemt toe en kan voor de gebruikers gezondheidsvoordelen opleveren', is de voorzichtige conclusie op basis van literatuuronderzoek van studente Freke Zuure. Zo zijn mensen door het internetgebruik veelal beter geïnformeerd, waardoor een gelijkwaardigere relatie ontstaat tussen arts en patiënt. Ook het leren omgaan met een ziekte, of het volgen van een therapie kunnen positief worden beïnvloed door het gebruik van internet. Hierop sluit de vraag aan, welke internetters het internet voor gezondheidsinformatie gebruiken en hoe dit gebruik te voorspellen is. Wie wil, kan op internet (www.frekezuure.nl) een vragenlijst invullen en zo een bijdrage leveren aan het onderzoek. Onder de deelnemers worden vijf cadeaubonnen van 10 euro verloot. De studente Toegepaste Communicatiewetenschap hoopt medio september op dit onderzoek aan de Universiteit Twente af te studeren.

Bijlage 2

Verspreiding flyers te Almere (N=877)

- Aakweg
- Baarnstraat
- Callasstraat, Maria
- Dadelklaverstraat
- Ebbekruidstraat
- Fabriciusstraat, J.
- Gabinplantsoen, J.
- Haagbeukweg
- Iepenstraat
- Jaagmeent
- Kaatsheuvelstraat
- Laan der VOC
- Maandagstraat
- Naardenstraat
- Ocelotplantsoen
- Paal, De
- Quadrillestraat
- Raaigrasstraat
- Sabapier
- Tahitistraat
- Udenstraat
- Valentijnstraat, F.
- Waagstraat
- Zadelmakersstraat

Bijlage 3

- <http://adhd-algemeen.pagina.nl>
- <http://aids.pagina.nl/>
- <http://autisme.pagina.nl/> + <http://autisme-pdd-nos.pagina.nl/>
- <http://borderline.pagina.nl/>
- <http://borstvoeding.pagina.nl/>
- <http://depressie.pagina.nl/>
- <http://diabetes.pagina.nl/>
- <http://downsyndroom.pagina.nl/>
- <http://eetstoornissen.pagina.nl/>
- <http://ehbo.pagina.nl/>
- <http://fibromyalgie.pagina.nl/>
- <http://geslachtsziekten.pagina.nl/>
- <http://inspanningsfysiologie.pagina.nl/>
- <http://kanker.pagina.nl/>
- <http://kraam.pagina.nl/>
- <http://legionella.pagina.nl/>
- <http://logopedie.pagina.nl/>
- <http://ongesteld.pagina.nl/>
- <http://orgaantransplantatie.pagina.nl/>
- <http://ouderenzorg.pagina.nl/>
- <http://overgewicht.pagina.nl/>
- <http://psoriasis.pagina.nl/>
- <http://psychiater.pagina.nl/>
- <http://reuma.pagina.nl/>
- <http://schildklier.pagina.nl/>
- <http://sportverzorging.pagina.nl/>
- <http://tandarts.pagina.nl/>
- <http://tourette.pagina.nl/>
- <http://verslaving.pagina.nl/>
- <http://verstandelijkgehandicapt.pagina.nl/>
- <http://voetreflexologie.pagina.nl/>
- <http://vruchtbaarheid.pagina.nl/>
- <http://whiplash.pagina.nl/>

Bijlage 4

Online vragenlijst

Het gebruik van internet

Deze vragenlijst maakt deel uit van een afstudeeropdracht over internetgebruik aan de Universiteit van Twente. Bij elke vraag is het de bedoeling dat u een antwoord selecteert, dat zo goed mogelijk overeen komt met uw mening. Na het invullen van de vragen, kunt u onderaan op 'verder' klikken. Zo loopt u vanzelf door de vragenlijst.

Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen, afhankelijk van uw antwoorden. Door mee te doen maakt u kans op een van de vijf cadeaubonnen van €10,-, die onder de deelnemers worden verloot. Als u hier kans op wilt maken, dan kunt u uw emailadres aan het einde van de vragenlijst invullen. Uw emailadres zal uiteraard vertrouwelijk worden behandeld. Winnaars krijgen voor 1 augustus 2005 bericht.

Uw antwoorden worden anoniem verwerkt. De resultaten van het onderzoek zullen op deze website bekend worden gemaakt.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

---- volgende pagina ----

1. Hoe lang maakt u al gebruik van internet?

- Minder dan 1 jaar
- 1 - 2 jaar
- 2 – 3 jaar
- Drie jaar of langer

2. Op welke manier is uw computer verbonden met internet?

- Telefoonlijn (inbelverbinding met een modem)
- Kabel
- ADSL
- LAN
- Weet niet
- Anders, namelijk

3. Als u denkt aan de afgelopen maand,

hoe lang gebruikte u thuis het internet op een gemiddelde doordeweekse dag?

- minder dan 15 minuten
- 15 tot 30 minuten
- 30 tot 60 minuten
- 1 tot 1,5 uur
- 1,5 tot 2 uur
- 2 tot 3 uur
- 3 tot 4 uur
- 4 tot 5 uur
- meer dan 5 uur

4. En hoeveel uur was dat op een gemiddelde dag in het weekend?

- minder dan 15 minuten
- 15 tot 30 minuten
- 30 tot 60 minuten
- 1 tot 1,5 uur
- 1,5 tot 2 uur
- 2 tot 3 uur
- 3 tot 4 uur
- 4 tot 5 uur
- meer dan 5 uur

---- volgende pagina ----

De volgende stellingen gaan over het medium internet. De bedoeling is dat u per stelling aangeeft, in hoeverre deze stelling op u van toepassing is. Kiest u voor een van de antwoordmogelijkheden van 1 t/m 5:

- 1 = Zeer onwaarschijnlijk
- 2 = Onwaarschijnlijk
- 3 = Niet onwaarschijnlijk / niet waarschijnlijk
- 4 = Waarschijnlijk
- 5 = Zeer waarschijnlijk

5. Als u aan het internetten bent, hoe waarschijnlijk is het dat u...

- Hiervan vrolijk wordt?
- Een spel speelt op internet dat u leuk vindt?
- Vermaakt wordt?
- Naar muziek luistert op internet?

6. Als u aan het internetten bent, hoe waarschijnlijk is het dat u...

- Zich ontspant?
- Zich minder eenzaam voelt?
- Een manier vindt om de tijd door te brengen?
- Uw problemen (even) vergeet?
- Verveling tegengaat?

---- volgende pagina ----

Hieronder volgt weer een aantal stellingen. Ook hier kunt u kiezen voor een van de antwoordmogelijkheden van 1 t/m5:

- 1 = Zeer onwaarschijnlijk
- 2 = Onwaarschijnlijk
- 3 = Niet onwaarschijnlijk / niet waarschijnlijk
- 4 = Waarschijnlijk
- 5 = Zeer waarschijnlijk

7. Als u aan het internetten bent, hoe waarschijnlijk is het dat u...

- Tijd bespaart met winkelen?
- Goede aanbiedingen vindt?
- Gratis informatie krijgt (aanvraagt / download), waarvoor u anders zou moeten betalen?
- Gratis producten krijgt?
- Moeite bespaart in vergelijking tot andere informatiebronnen?
- Tijd wint in vergelijking tot andere informatiebronnen?

8. Als u aan het internetten bent, hoe waarschijnlijk is het dat u...
- Snel op de hoogte bent van belangrijk nieuws?
 - Een schat aan informatie vindt?
 - Nieuwe interactieve snufjes vindt?
 - Informatie vindt die moeilijk ergens anders te vinden zou zijn?

---- volgende pagina ----

Ook bij deze stellingen kunt u kiezen voor een van de antwoordmogelijkheden van 1 t/m 5:

- 1 = Zeer onwaarschijnlijk
- 2 = Onwaarschijnlijk
- 3 = Niet onwaarschijnlijk / niet waarschijnlijk
- 4 = Waarschijnlijk
- 5 = Zeer waarschijnlijk

9. Als u aan het internetten bent, hoe waarschijnlijk is het dat u...
- Mensen vindt die respect voor u hebben?
 - Mensen vindt met dezelfde interesses als u?
 - Uw toekomstperspectieven verbetert?
 - Bijblijft met nieuwe technologieën?
 - Hulp biedt aan anderen?
10. Als u aan het internetten bent, hoe waarschijnlijk is het dat u...
- Steun krijgt van anderen?
 - Iets vindt om over te praten?
 - Zich met andere mensen op internet verbonden voelt?
 - Belangrijke contacten onderhoudt?
 - Altijd wel iemand vindt om via het internet mee te praten / een spel mee te doen, etc.?
 - Contact heeft met anderen, wat zonder internet een stuk lastiger zou zijn?

---- volgende pagina ----

Nu volgen drie blokken met stellingen over de rol die internet speelt in uw dagelijks leven. De bedoeling is dat u per stelling aangeeft, in hoeverre deze op u van toepassing is. Kiest u voor een van de antwoordmogelijkheden van 1 t/m 5.

11. Stellingen:

- Het internet is een onderdeel van mijn gangbare routine.
- Ik zou internet missen als ik geen toegang meer zou hebben tot internet.
- Ik surf vaak op internetsites zonder precies voor ogen te hebben wat ik zoek.
- Ik zou het niet erg vinden om een week geen verbinding tot het internet te hebben.
- Ik ga meestal rond dezelfde tijd op internet.
- Mijn internetgebruik wisselt; soms tijden helemaal niet en dan weer elke dag.

12. Stellingen:

- Ik blijf vaak eindeloos doorzoeken op internet naar informatie.
- Ik heb het gevoel dat ik soms wat te vaak achter internet zit.
- Ik heb het gevoel dat ik soms wat te lang achter internet zit.
- Ik ben vaak langer aan het internetten dan ik eigenlijk van plan was.
- Ik wordt een beetje geïrriteerd of gespannen als ik niet op internet kan.
- Ik kijk uit naar het moment dat ik weer kan internetten.
- Ik heb het gevoel dat mijn internetgebruik wat uit de hand loopt.

13. Stellingen:

- Ik vind internetten frustrerend.
- Ik vind het leuk om te internetten.
- Ik vind internetten saai.
- Ik vind het plezierig om internet te gebruiken.

---- volgende pagina ----

Niet iedereen kan even goed overweg met computers en internet. De volgende stellingen sluiten hierop aan. De bedoeling is weer dat u per stelling aangeeft, in hoeverre deze op u van toepassing is. Kiest u voor een van de antwoordmogelijkheden van 1 t/m 5:

- 1 = Helemaal mee oneens

- 2 = Mee oneens

- 3 = Niet mee eens / niet mee oneens

- 4 = Mee eens

- 5 = Helemaal mee eens

14. Ik voel me zeker ...

- als er wordt gesproken over zaken m.b.t. internet software (bijv. Internet Explorer, Netscape, Firefox, etc.).
- als er wordt gesproken over zaken m.b.t. internet hardware (bijv. modem, netwerkkaart, server, etc.).
- als het gaat om het beschrijven van de manier waarop internet hardware werkt.
- als het gaat om het oplossen van problemen met internet.
- als het gaat om het uitleggen wat er precies niet werkt bij een internetprobleem.
- als het gaat om het gebruiken van internet om informatie te verzamelen.
- als het gaat om het leren van de extra mogelijkheden die een internetprogramma biedt.
- als het gaat om het gebruiken van discussiegroepen op internet voor hulp bij internetproblemen.

---- volgende pagina ----

Internetgebruik en gezondheid

De vragenlijst gaat verder over internet en gezondheid. Met gezondheidsinformatie op internet kunt u denken aan preventieve informatie, bijvoorbeeld over voldoende bewegen, gezond eten of veilig zonnen. Maar ook aan informatie over ziektesymptomen, medicijnen of medische onderzoeken. Kortom, met gezondheid en ziekte op het internet worden alle mogelijke toepassingen op internet bedoeld die in verband staan met gezondheid of ziekte.

15. Heeft u het internet wel eens gebruikt voor het zoeken naar gezondheidsinformatie?

- Ja, ga verder met vraag 16.
- Nee, sla vraag 16 t/m 18 over en klik op 'verder'

16. Als u denkt aan de afgelopen maand, hoeveel tijd besteedde u op een gemiddelde doordeweekse dag aan het zoeken naar gezondheidsinformatie op internet?

- minder dan 15 minuten
- 15 tot 30 minuten
- 30 tot 60 minuten
- 1 tot 1,5 uur
- 1,5 tot 2 uur
- 2 tot 3 uur
- 3 tot 4 uur
- 4 tot 5 uur
- meer dan 5 uur

17. En hoeveel was dat op een gemiddelde dag in het weekend?

- minder dan 15 minuten
- 15 tot 30 minuten
- 30 tot 60 minuten
- 1 tot 1,5 uur
- 1,5 tot 2 uur
- 2 tot 3 uur
- 3 tot 4 uur
- 4 tot 5 uur
- meer dan 5 uur

18. Wat is uw mening over deze stelling:

Ik heb veel ervaring met het zoeken naar gezondheidsinformatie op internet.

Kiest u voor een van de antwoordmogelijkheden van 1 t/m 5:

1 = Helemaal mee oneens

2 = Mee oneens

3 = Niet mee eens / niet mee oneens

4 = Mee eens

5 = Helemaal mee eens

---- volgende pagina ----

19. Heeft u het internet wel eens gebruikt om met andere mensen op internet te communiceren over gezondheid of ziekte (bijv. via een forum, chatbox, discussiegroep, etc.)?

- Ja --> ga verder met vraag 20.
- Nee --> sla vraag 20 t/m 22 over en klik op 'verder'

20. Als u denkt aan de afgelopen maand, hoeveel tijd besteedde u op een gemiddelde doordeweekse dag aan het communiceren met anderen op internet over gezondheid of ziekte (bijvoorbeeld via een chatbox, forum, discussiegroep, etc.)?

- minder dan 15 minuten
- 15 tot 30 minuten
- 30 tot 60 minuten
- 1 tot 1,5 uur
- 1,5 tot 2 uur
- 2 tot 3 uur
- 3 tot 4 uur
- 4 tot 5 uur
- meer dan 5 uur

21. En hoeveel was dat op een gemiddelde dag in het weekend?

- minder dan 15 minuten
- 15 tot 30 minuten
- 30 tot 60 minuten
- 1 tot 1,5 uur
- 1,5 tot 2 uur
- 2 tot 3 uur
- 3 tot 4 uur
- 4 tot 5 uur
- meer dan 5 uur

22. Wat is uw mening over deze stelling:

Ik heb veel ervaring met het communiceren met andere mensen op internet over ziekte en/of gezondheid.

Kiest u voor een van de antwoordmogelijkheden van 1 t/m 5:

- 1 = Helemaal mee oneens
- 2 = Mee oneens
- 3 = Niet mee eens / niet mee oneens
- 4 = Mee eens
- 5 = Helemaal mee eens

---- volgende pagina ----

23. Heeft u het internet wel eens gebruikt om met zorgverleners te communiceren?

- Ja --> ga verder met vraag 24.
- Nee --> sla vraag 24 t/m 26 over en klik op 'verder'

24. Als u denkt aan de afgelopen maand, hoeveel tijd besteedde u op een gemiddelde doordeweekse dag aan het communiceren met zorgverleners via het internet?

- minder dan 15 minuten
- 15 tot 30 minuten
- 30 tot 60 minuten
- 1 tot 1,5 uur
- 1,5 tot 2 uur
- 2 tot 3 uur
- 3 tot 4 uur
- 4 tot 5 uur
- meer dan 5 uur

25. En hoeveel was dat op een gemiddelde dag in het weekend?

- minder dan 15 minuten
- 15 tot 30 minuten
- 30 tot 60 minuten
- 1 tot 1,5 uur
- 1,5 tot 2 uur
- 2 tot 3 uur
- 3 tot 4 uur
- 4 tot 5 uur
- meer dan 5 uur

26. Wat is uw mening over deze stelling:

Ik heb veel ervaring met het communiceren met zorgverleners via het internet.

Kiest u voor een van de antwoordmogelijkheden van 1 t/m 5:

- 1 = Helemaal mee oneens
- 2 = Mee oneens
- 3 = Niet mee eens / niet mee oneens
- 4 = Mee eens
- 5 = Helemaal mee eens

---- volgende pagina ----

27. Stel uw huisarts zou u de mogelijkheid bieden om via email te communiceren, zou u hier dan gebruik van maken?

- Zeker niet
- Waarschijnlijk niet
- Misschien wel, misschien niet
- Waarschijnlijk wel
- Zeker wel

De volgende stellingen gaan over internetgebruik voor gezondheid. De bedoeling is weer dat u per stelling aangeeft, in hoeverre deze op u van toepassing is. Kiest u voor een van de antwoordmogelijkheden van 1 t/m 5:

1 = Helemaal mee oneens

2 = Mee oneens

3 = Niet mee eens / niet mee oneens

4 = Mee eens

5 = Helemaal mee eens

28. Stellingen:

- Ik geloof dat ik op internet moeilijk betrouwbare informatie over ziekte of gezondheid zal vinden.
- Ik geloof dat ik op internet moeilijk correcte informatie over ziekte of gezondheid zal vinden.
- Ik geloof dat ik tussen de vele informatie op internet over gezondheid of ziekte, de voor mij interessante informatie zal vinden.
- Ik denk dat ik via het internet goed met zorgverleners over gezondheidsproblemen zou kunnen communiceren.
- Ik voel me zeker als het gaat om het zoeken van gezondheidsinformatie op internet.
- Ik voel me zeker als het gaat om het zoeken naar websites met gezondheidsinformatie.

---- volgende pagina ----

Nu volgen de laatste stellingen. Hierin wordt gevraagd naar de houding van uw omgeving ten opzichte van internetgebruik voor gezondheid. Ook al weet u misschien niet precies wat uw omgeving hierover denkt, probeer een antwoord te kiezen dat volgens u het beste past.

U kunt weer kiezen voor een van de antwoordmogelijkheden van 1 t/m 5:

1 = Helemaal mee oneens

2 = Mee oneens

3 = Niet mee eens / niet mee oneens

4 = Mee eens

5 = Helemaal mee eens

29. Mensen uit mijn directe omgeving (bijv. partner, vrienden, of familie) staan over het algemeen positief ten opzichte van...

- internet als bron voor informatie over gezondheid en ziekte.
- internet als middel om met anderen (onbekenden) over gezondheid of ziekte te communiceren (bijv. via een forum, chatbox, etc.).
- internet als middel om met zorgverleners te communiceren.

30. Ik hecht veel waarde aan de mening van mijn omgeving over internetgebruik voor gezondheid of ziekte.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Noch eens, noch oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

31. Familie of vrienden van mij gebruiken het internet...
- voor het opzoeken van gezondheidsinformatie.
 - als middel om met anderen (onbekenden) over gezondheid of ziekte te communiceren (bijv. via een forum, chatbox, etc.).
 - als middel om met zorgverleners te communiceren.

---- volgende pagina ----

Tot slot nog een aantal algemene vragen.

32. Bent u momenteel werkzaam binnen de gezondheidszorg?

- Ja
- Nee

33. Wat vindt u van de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg?

- Slecht
- Matig
- Redelijk
- Goed
- Zeer goed

34. Hoe beoordeelt u uw eigen gezondheid van de afgelopen maand?

- Slecht
- Matig
- Redelijk
- Goed
- Zeer goed

35. Heeft u de afgelopen 3 maanden contact gehad met uw huisarts?

- Nee
- Ja, 1 keer
- Ja, 2 à 3 keer
- Ja, 4 à 5 keer
- Ja, 6 keer of vaker

36. Heeft u een chronische ziekte, beperking of handicap?

- Ja
- Nee

37. Heeft iemand uit uw directe omgeving (bijv. uw kind, partner of ouders) een chronische ziekte, beperking of handicap?

- Ja
- Nee, niet dat ik weet

38. Stelling: Ik heb veel ervaring met internet.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Noch eens, noch oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

39. Stelling: Ik heb over het algemeen veel vrije tijd.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Noch eens, noch oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

40. Hoeveel moeite heeft u met het lezen van teksten in het Engels?

- Veel moeite
- Redelijk wat moeite
- Een beetje moeite
- Nauwelijks moeite
- Helemaal geen moeite

41. Bent u...

- Man
- Vrouw

42. Wat is uw leeftijd?

43. Wat is uw hoogst afgeronde of huidige opleiding?

- Lagere school
- LBO (Lager Beroeps Onderwijs)
- MAVO / MULO
- MBO (Middelbaar Beroeps Onderwijs)
- HAVO / MMS
- VWO / Gymnasium / HBS
- HBO (Hoger Beroeps Onderwijs)
- WO (Universitaire opleiding)

44. Wanneer we het hebben over het bruto inkomen van uw huishouden, dus van alle leden van het huishouden gezamenlijk, is het bruto inkomen van uw huishouden dan meer of minder dan het modale inkomen? Het antwoord op deze vraag wordt alleen voor dit onderzoek gebruikt en bovendien anoniem verwerkt.

Het modale inkomen bedraagt ongeveer € 28.000 bruto per jaar en/of € 2.150,- bruto per maand.

- Beneden modaal
- Ongeveer modaal (€28.000 bruto per jaar)
- Tussen 1 en 2x modaal (tussen €28.000 en €56.000 per jaar)
- Ongeveer 2x modaal
- Meer dan 2x modaal (meer dan €56.000 per jaar)
- Weet niet/wil niet zeggen

45. Hoe bent u op de hoogte gebracht van dit onderzoek?

- Via de krant.
- Via een flyer in de brievenbus.
- Iemand kwam bij mij thuis aan de deur.
- Via een forum of discussiegroep op internet.
- Via een website op internet.
- Een bekende van mij attendeerde mij op dit onderzoek.
- Anders, namelijk...

U bent aan het einde gekomen van de vragenlijst. Hartelijk dank voor het invullen!
Mocht u nog opmerkingen hebben, dan kunt u deze hieronder kort kwijt.

....

Wilt u kans maken op een van de vijf cadeaubonnen van 10 euro, dan kunt u hier uw emailadres invullen (uw emailadres wordt vertrouwelijk behandeld). De winnaars krijgen tegen eind augustus bericht.

Klikt u op 'versturen' om de vragenlijst af te sluiten en uw antwoorden te verzenden.