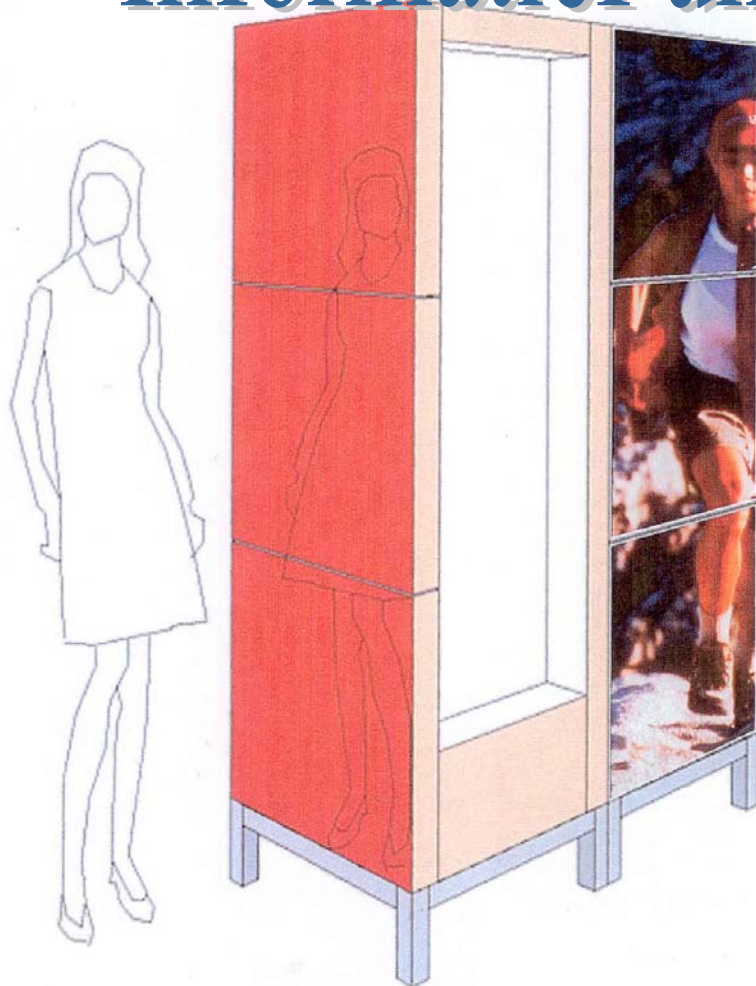


Gezondheids- InformatiePunt



Uitgevoerd door:
Leandra Bosma

Gezondheids- InformatiePunt

Opdracht uitgevoerd door:

Leandra Bosma 0037796
Opleiding Bachelor Psychologie
Studiejaar 2004-2005

Begeleidende docenten:

Drs. H.A. Van Vuuren
Dr. C.H.C Drossaert

In opdracht van:

Bibliotheek Hengelo

&

Universiteit Twente



Inhoud	
<u>Samenvatting</u>	<u>1</u>
<u>1. Inleiding</u>	<u>2</u>
<u>2. Gezondheidsinformatie in de bibliotheek</u>	<u>4</u>
§ 2.1 Gezondheidsinformatie	4
§ 2.2 Gebruik gezondheidsinformatie	6
<i>Doelgroep</i>	6
<i>Verschillende informatiegebruikers</i>	8
§ 2.3 Aanbieding gezondheidsinformatie	9
<i>De vraagkant</i>	10
Card-sort & behoeftepeiling	11
§ 2.4 Onderzoeksvragen	13
§ 2.5 Andere beïnvloedende factoren	13
<i>Kleur & tekst</i>	13
<i>Vormen & figuren</i>	15
<i>Nieuwe media</i>	16
<u>3. Methode</u>	<u>17</u>
§ 3.1 Onderzoek 1	17
<i>Werving respondenten</i>	17
<i>Procedure</i>	17
<i>Meetinstrument</i>	18
<i>Analyse</i>	18
§ 3.2 Onderzoek 2	19
<i>Werving respondenten</i>	19
<i>Procedure</i>	19
<i>Meetinstrument</i>	20
<i>Analyse</i>	20
<u>4. Resultaten</u>	<u>21</u>
§ 4.1 Demografische kenmerken	21
§ 4.2 Bekendheid met diensten GIP	22
§ 4.3 Gebruik van bepaalde diensten GIP	23
§ 4.4 Tevredenheid over GIP	23
§ 4.5 Voorspelling resultaten	25
<i>Bekendheid, gebruik & tevredenheid versus monitors/blunters</i>	25
<i>Bekendheid versus demografische gegevens</i>	28
<i>Gebruik versus demografische gegevens</i>	29
<i>Tevredenheid versus demografische gegevens</i>	29
§ 4.6 Resultaten card-sort	32
§ 4.7 Resultaten behoeftepeiling	36
<u>5. Discussie</u>	<u>38</u>
§ 5.1 Bekendheid, gebruik en tevredenheid huidig GIP	38
§ 5.2 Voorspelling bekendheid, gebruik en tevredenheid	38
§ 5.3 Aansluiting bij cognitieve schema's gebruikers GIP	39
§ 5.4 Behoeftpeiling ten aanzien nieuw GIP	40
<u>6. Literatuurlijst</u>	<u>41</u>
<u>7. Bijlagen</u>	<u>44</u>

Samenvatting

Het GezondheidsInformatiePunt (GIP) in de bibliotheek Hengelo is een informatiepunt voor mensen die informatie zoeken over gezondheid, gezondheidszorg, ziekte of het voorkomen van ziekte. De vraag bleef echter bestaan hoe een nieuw GIP kan worden ingericht opdat er meer en beter gebruik van wordt gemaakt. Wat duidelijk is, is dat verschillende gebruikers van gezondheidsinformatie, ook verschillend reageren op gezondheidsinformatie. Voorbeelden hiervan zien we in studies naar monitors en blunTERS (Miller, 1987; Van Zuuren, Muris, 1993; Van Zuuren, 1996). Een belangrijke factor waar in dit onderzoek rekening mee wordt gehouden is de klant en daarmee de vraagkant. In deze studie wordt bekeken in hoeverre de klanten van de bibliotheek bekend zijn met het GIP, in hoeverre men er gebruik van maakt en in hoeverre men tevreden is over het GIP. Er wordt bekeken of bekendheid, gebruik en tevredenheid kunnen worden voorspeld door middel van demografische en psychologische variabelen. Vervolgens komt nog aan bod hoe de onderwerpen van het GIP zouden moeten worden aangeboden opdat de indeling goed aansluit bij de cognitieve schema's van de gebruikers. Ook zullen de behoeftes van de gezondheidsinformatiegebruikers ten aanzien van een nieuw GIP worden weergegeven.

Methode

In het methodedeel wordt weergegeven hoe het totale onderzoek is uitgevoerd. Deze studie bestaat uit twee onderzoeken. Allereerst een afgenomen vragenlijst onder bibliotheekbezoekers die bestond uit een enquête en een TMSI-schaal. Het tweede onderzoek bestond uit een card-sort en een behoeftepeiling. Bekendheid, gebruik en tevredenheid betreffende het GIP werden gemeten door middel van het eerste onderzoek. Ook werd door middel van dit eerste onderzoek de categorie gezondheidsinformatiegebruiker (monitor/blunter) bepaald waar een respondent in viel. Vervolgens werd nog gekeken of bekendheid, gebruik en tevredenheid konden worden voorspeld met demografische en psychologische variabelen. Naar aanleiding van het eerste onderzoek zijn er respondenten geselecteerd voor het tweede (vervolg)onderzoek. Met behulp van het tweede onderzoek werd gekeken naar de cognitieve schema's en de behoeftes van de gebruikers. Voor de analyse van het eerste onderzoek werd gebruik gemaakt van SPSS, en voor het tweede onderzoek van het programma 'EZ-sort'.

Resultaten

Uit de TMSI-schaal kwam naar voren dat van de doelgroep van 35 tot en met 54 jaar de meeste mensen in de categorie high monitor/low blunter vielen. Uit de enquête kwam naar voren dat men wel wist waar het GIP zich bevond maar dat men niet duidelijk bekend was met de manieren van gezondheidsinformatie die de bibliotheek aanbod. Het gebruik van bepaalde diensten van het GIP was niet echt goed maar degenen die de vragen met betrekking tot de tevredenheid over het GIP konden beantwoorden, waren redelijk tot zeer positief. Bekendheid leek wel door psychologische variabelen voorspeld te kunnen worden, terwijl dit niet duidelijk bleek voor gebruik en tevredenheid betreffende het GIP. Om hier zeker van te zijn zou er echter nog een toets uitgevoerd moeten worden. De card-sort gaf een goede indruk van welke gezondheidsonderwerpen bij elkaar passen aansluitend bij de cognitieve schema's van de gebruikers. De open vragen gaven goed weer wat de klant belangrijk vond voor een nieuw GIP. Naar aanleiding van deze resultaten konden in de discussie goede aanbevelingen voor een nieuw GIP worden gedaan.

1. Inleiding

Omdat de bibliotheek Hengelo ernaar streeft een innovatieve bibliotheek te zijn, probeert zij, zoals zij het zelf formuleert in de opdrachtschrijving, het stoffige imago van de bibliotheek te doorbreken. Begin 2006 gaat zij over naar een nieuw gebouw. De bibliotheek heeft sinds 2003 een GezondheidsInformatiePunt (GIP). Voor de nieuwbouw wil de bibliotheek zich heroriënteren op de manier waarop deze informatie moet worden gecommuniceerd. De bibliotheek vraagt zich daarom af hoe het GezondheidsInformatiePunt vorm moet worden gegeven; anders gezegd, hoe de informatie moet worden aangeboden zodat de latente informatiebehoefte naar gezondheid bij de bezoekers wordt geprikkeld.

Naar aanleiding van deze probleemstelling, gesprekken met verschillende vertegenwoordigers van andere GezondheidsInformatiePunten en verricht literatuuronderzoek kwamen de volgende vragen naar voren: hoe kunnen wij de bezoekers van de bibliotheek zover krijgen dat ze meer gebruik gaan maken van het GIP en hoe moet het GIP daarom worden ingericht? Wat moet er verbeterd worden in de ogen van de bezoekers van het GIP? Welke informatie zien zij graag in het GIP? Hoe zien het GIP qua inrichting, kleur en bewegwijzering het liefst? Hoe kan dus de centrale bibliotheek Hengelo hun gezondheidsinformatiebehoefte tegemoet komen? Dit alles kan worden samengevat in één hoofdvraag:

Hoe kan het GIP in de centrale bibliotheek Hengelo zodanig worden ingericht dat er rekening wordt gehouden met zowel de aanbodkant (van de bibliotheek) als ook met de vraagkant (van de gezondheidsinformatiebehoefte) van de klant?

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden is er een onderzoek uitgevoerd waarin gebruik is gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Allereerst is er onder de bezoekers van de bibliotheek Hengelo een vragenlijst afgenomen die bestond uit een evaluerende enquête en een TMSI-schaal. Hiermee werd de bekendheid, het gebruik van en de tevredenheid over het GezondheidsInformatiePunt gemeten en werd gekeken wat voor groep gebruikers van gezondheidsinformatie in de bibliotheek kwam. Daarna is een vervolgonderzoek uitgevoerd bij een doelgroep die is verkregen door middel van de eerder afgenomen vragenlijst. Dit vervolgonderzoek bestond uit een card-sort en een behoeftepeiling. Met behulp van de card-sort kon worden bepaald hoe de gezondheidsonderwerpen konden worden gerangschikt, zodat zij aansloten bij de cognitieve schema's van de gebruikers van het GezondheidsInformatiePunt. Met behulp van de behoeftepeiling werd gekeken wat er volgens deze gebruikers absoluut niet mag missen in een nieuw GezondheidsInformatiePunt.

In deze scriptie zal allereerst algemene informatie worden weergegeven over het GezondheidsInformatiePunt. Vervolgens zal dieper worden ingegaan op het gebruik van gezondheidsinformatie door aandacht te besteden aan de doelgroep en de overige verschillende informatiegebruikers. Verder zal uiteen worden gezet hoe gezondheidsinformatie kan worden aangeboden vanuit de vraagkant en op welke manier kan worden bekeken wat de gebruikers van het GezondheidsInformatiePunt graag willen in een nieuw GIP. Ook zullen er nog andere factoren worden genoemd die van invloed kunnen zijn op informatiebehoefteprikkeling en waarmee dus rekening moet worden gehouden bij het inrichten van een nieuw GIP. Hierna zullen de onderzoeksvragen worden weergegeven die beantwoord zullen worden met het verdere onderzoek

In het methodedeel zal daarom worden weergegeven hoe de onderzoeken zijn uitgevoerd, waarna de resultaten worden gepresenteerd in het resultaatendeel. Als laatste zullen in het discussiegedeelte de belangrijkste resultaten nog een keer worden aangehaald, waarna aanbevelingen zullen worden gedaan voor het inrichten van een nieuw GIP.

2. Gezondheidsinformatie in de bibliotheek

In dit hoofdstuk zal allereerst een globale beschrijving worden gegeven over gezondheidsinformatie in de bibliotheek en wat het GezondheidsInformatiePunt (GIP) precies is. Vervolgens zal worden ingegaan op het gebruik van gezondheidsinformatie en zal aandacht worden besteed aan de verschillende gebruikers. Dan rest nog de vraag hoe gezondheidsinformatie het best kan worden aangeboden door rekening te houden met de vraagkant en er niet alleen puur vanuit de aanbodkant wordt gekeken.

§ 2.1 Gezondheidsinformatie

Het thema gezondheid is een thema dat volgens een gebruikersonderzoek, gehouden in 2000 bij vier grote bibliotheken (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht), goed in de markt ligt (Stalpers, 2002/2003). Volgens het 'Marketingplan Gezondheidsinformatiepunt' (2002) gehouden in Hengelo dat hiernaar verwijst, zoekt 57% van de mensen wel eens informatie over gezondheid en/of opvoeden. Ook blijkt dat bij het zoeken naar mondelinge informatie de grootste groep volwassenen geïnteresseerd is in ditzelfde onderwerp. Bij de vraag naar gewenste nieuwe diensten in een klanttevredenheidsonderzoek bij de hierboven genoemde grotere bibliotheken, gaf 40% van de ondervraagden als antwoord een gezondheidsinformatiepunt te willen.

Verscheidene bibliotheken in Nederland spelen in op de behoefte aan gezondheidsinformatie door een punt in hun bibliotheek in te richten waar men gezondheidsinformatie kan vinden, het GezondheidsInformatiePunt (GIP) genoemd.

In het GezondheidsInformatiePunt van de bibliotheek Hengelo kan men concreet informatie vinden over gezondheid, gezondheidszorg, ziekte of het voorkomen van ziekte. Dit kan door gebruik te maken van de folderkast waarin ruim tweehonderd folders en brochures staan; door tijdschriften en door gebruik te maken van een computer met een database over gezondheidsinformatie. Ook kan informatie gevonden worden op posters die in het GIP zijn opgehangen. Elders in de bibliotheek kan men nog gezondheidsinformatie vinden in boeken en op internet. Om een indruk te geven van hoe het GezondheidsInformatiePunt in de bibliotheek Hengelo eruit ziet, staan in figuur 2.1 een drietal foto's ervan weergegeven.

In gesprekken die ik heb gevoerd met verschillende vertegenwoordigers van GezondheidsInformatiePunten kwam naar voren dat er in de verschillende bibliotheken over het gehele land te weinig gebruik werd gemaakt van de diensten die in het GIP werden aangeboden. Bij de ene bibliotheek liep het GIP beter dan bij de andere. Samenwerking tussen een boven-lokaal team, bestaande uit medewerkers van de bibliotheken Borculo, Doetinchem, Wehl, Winterswijk en een medewerker van de afdeling Informatievoorziening van de Biblioservice Gelderland, heeft vervolgens geresulteerd in het samenstellen van het draaiboek 'Gezondheidsinformatie in Bibliotheken'. Dit draaiboek biedt een gedetailleerde beschrijving voor het inrichten en uitvoeren van een Gezondheidsinformatiepunt (*Draaiboek Gezondheidsinformatie in Bibliotheken, 2004*). Uit de gesprekken, alsook uit het lezen van het draaiboek, kwam echter naar voren dat hierbij puur vanuit de aanbodkant wordt gekeken.

Het lijkt dus onduidelijk te zijn wie er wel en wie er geen gebruik maken van het GezondheidsInformatiePunt in bibliotheken. De vraag rijst dan ook hoe gezondheidsinformatie kan worden aangeboden zodat het aansluit bij de cognitieve schema's van de gebruikers en waardoor het gebruik het van het GIP verbeterd kan worden.

Figuur 2.1 Foto's van het GIP in bibliotheek Hengelo



§ 2.2 Gebruik gezondheidsinformatie

Zoals in de inleiding naar voren is gekomen is de vraagkant erg belangrijk in dit onderzoek. Er moet immers iets veranderen aan de manier waarop het GezondheidsInformatiePunt tot nu toe benaderd werd. Daarom kijken we in deze paragraaf allereerst naar de doelgroep waar rekening mee zal moeten worden gehouden. Daarna zal worden gekeken naar verschillende groepen gezondheidsinformatiegebruikers en zullen er vervolgens manieren worden weergegeven waarop men kan kijken en vaststellen wat de behoeftes van deze gebruikers van gezondheidsinformatie zijn.

Doelgroep

Er zijn verschillende redenen waarom doelgroepbepaling van belang is voor dit onderzoek. Zoals Chattopadhyay, George en Lawrence (2004) aangeven, is de bepaling van de doelgroep onder andere belangrijk voor de onzekerheidsvermindering, welke op zijn beurt weer belangrijk is voor het gebruik maken van verschillende aangeboden diensten en informatie (McGarty, Turner, Oaks, Haslam, 1993). Gillaspay geeft het identificeren van de doelgroep zelfs als een eerste stap weer in haar stap-voor-stap methode voor de implementatie van een GezondheidsInformatiePunt (2000). Om te kunnen vaststellen wat de behoeftes van de doelgroep zijn, moet er dus eerst worden nagegaan wie nu precies de doelgroep is. In deze paragraaf zal daarom worden uiteengezet hoe de doelgroep is bepaald en wie de doelgroep is. Zoals in bovenstaande paragrafen ook duidelijk naar voren kwam, zullen mensen, wanneer ze boodschappen als persoonlijk relevant ervaren, eerder de prikkeling tot informatiebehoeften krijgen en hun gedrag veranderen.

In een klanttevredenheidsonderzoek van onderzoeksmedewerker Cedric Stalpers van de *Vereniging Openbare Bibliotheken* (2002-2003), gehouden in bibliotheken in Den Haag, Utrecht, Amsterdam en Rotterdam worden verschillende bevindingen weergegeven waaronder de persoonskenmerken van de bezoekers. Uit deze persoonskenmerken blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de bezoekers 44,3 jaar is. De leeftijdsgroep 12 tot en met 19 jaar is met 13% vertegenwoordigd. Dit is voor de leeftijdsgroep 20 tot en met 34 jaar bijna gelijk, namelijk 14%. Het verschil is echter wel duidelijk in vergelijking tot de leeftijdsgroep 35 tot en met 49 jaar die met 38% bij deze bibliotheken vertegenwoordigd is onder de bezoekers. Boven die leeftijd neemt het aantal bezoekers weer af. De vertegenwoordiging bij de leeftijdsgroep van 49 tot en met 64 jaar is 22% en bij 65 jaar en ouder 13%. Stalpers geeft in dit onderzoek aan dat een ruime meerderheid onder meer informatie zoekt over gezondheid.

Bij een ander onderzoek waar antwoord wordt gegeven op veelgestelde vragen over het bibliotheekgebruik geeft Stalpers aan dat in de jaren 2003/2004 79% van de leeftijdsgroep tot 49 jaar geïnteresseerd was in informatie over gezondheid. In de leeftijdsgroepen vanaf 50 jaar en ouder is te zien dat deze behoefte minder wordt. Een verklaring die hiervoor wordt gegeven door Stalpers is, dat het kan zijn dat naarmate men ouder wordt enkele informatiebehoeften wegvallen, zoals behoeften gerelateerd aan werk, school en opvoeding. Daarnaast geldt nu nog dat de oudere generaties ten opzichte van jongere laag opgeleid zijn, terwijl het zoeken van informatie positief gerelateerd is aan opleiding.

Om een beter beeld te krijgen van de klanten van de centrale bibliotheek Hengelo is er ook gekeken naar het aantal leden dat zij hebben in de verschillende leeftijdsgroepen. Daarom staat in tabel 2.2a weergegeven wat de vertegenwoordiging is in de centrale bibliotheek Hengelo.

Tabel 2.2a: totaal aantal leden centrale bibliotheek Hengelo

Leeftijdsgroep in jaren	Vertegenwoordiging in procenten
0 tot en met 9	22,4
10 tot en met 19	22,7
20 tot en met 29	5,3
30 tot en met 39	10,5
40 tot en met 49	13,5
50 tot en met 59	10,6
60 tot en met 69	7,1
70 tot en met 79	5,7
80 tot en met 89	2,1
90 tot en met 99	0,2

In deze tabel is te zien dat kinderen en jongeren het best vertegenwoordigd zijn. Verklaringen hiervoor kunnen worden gezocht bij bijvoorbeeld het feit dat jongeren boeken moeten lezen voor school en voor de kinderen dat ze bijvoorbeeld lid worden gemaakt door hun ouders. Bij de volwassenen is de groep van 40 tot en met 49 jaar het best vertegenwoordigd. Hoe ouder de mensen zijn des te minder ze nog lid zijn van de bibliotheek.

Om alvast een beter beeld van de interesse in gezondheidsinformatie te krijgen onder de leden van de centrale bibliotheek Hengelo, is er gekeken naar het percentage leden dat gezondheidsinformatie leent uit de SISO-collectie (rubriek 600-615). Dit staat weergegeven in tabel 2.2b.

Tabel 2.2b: leden die gebruik maken van gezondheidsinformatie uit SISO-collectie rubriek 600-615

Leeftijdsgroep in jaren	Leners in procenten
0 tot en met 9	2,8
10 tot en met 19	13,6
20 tot en met 29	11,3
30 tot en met 39	17,4
40 tot en met 49	24,9
50 tot en met 59	18,5
60 tot en met 69	8,0
70 tot en met 79	2,7
80 tot en met 85	0,9

Opvallend in deze tabel is dat onder de volwassenen weer de leeftijdsgroep 40 tot en met 49 erbovenuit springt. Deze leeftijdsgroep leent dus de meeste gezondheidsinformatie uit de SISO-collectie.

Om dus een zo groot mogelijke en een zo representatief mogelijke groep te bereiken, kijken we naar de groep die in de centrale bibliotheek Hengelo het meest vertegenwoordigd is en die ook het meeste leent qua gezondheidsinformatie uit de SISO-collectie. Dat is de leeftijdsgroep van 40 tot en met 49 jaar.

Om niet alleen deze groep te bereiken, maar ook om de doelgroep nog representatiever te laten zijn, nemen we daarom een marge van plus 5 jaren en min 5 jaren. Dat wil dus zeggen dat we voor het uitvoeren van dit onderzoek een doelgroep nemen die valt in de leeftijd van 35 tot en met 54 jaar.

Omdat we in dit onderzoek ook de jongeren en de ouderen erbij willen betrekken om een zo ruim mogelijke groep van de bibliotheek te bereiken, zijn er met de opdrachtgever nog twee willekeurige leeftijdsgroepen bepaald. Een jongerengroep van 14 tot en met 22 jaar en een ouderengroep van 65 tot en met 75 jaar.

Deze leeftijden zijn zo gekozen omdat de jongerengroep niet té jong kan zijn in verband met het begrijpen van de vragenlijst. Gezien het feit dat er in verhouding weinig jongeren in de bibliotheek komen, is er voor een ruime groep gekozen. Bij de ouderengroep geldt dat de groep niet té oud moet zijn. Deze mensen komen namelijk ook in verhouding weinig in de bibliotheek en de verwachting is dat oudere mensen minder of helemaal niet mee willen doen met het invullen van een vragenlijst. Ook bij deze groep moet rekening worden gehouden met het niet begrijpen van de vragen.

Door deze groepen als doelgroepen te nemen is de verwachting dat tegemoet kan worden gekomen aan een groot deel van de behoefte aan gezondheidsinformatie van de leden van de centrale bibliotheek Hengelo.

Verschillende informatiegebruikers

Zoals we bij de uitleg van de doelgroep hebben kunnen zien en kunnen lezen komen verschillende mensen bij de bibliotheek in Hengelo. Verschillende mensen reageren ook weer verschillend op verschillende gezondheidsinformatie. De Uncertainty Reduction Theory (UCT) zegt hierover dat mensen onzeker kunnen zijn over welke informatie ze waar kunnen vinden en over de mogelijkheden die de dienstenaanbieder zou kunnen verlenen (Smith, 1996). Maar ook kunnen mensen onzeker zijn door bijvoorbeeld de hoeveelheid aan diensten/ informatie. Hoe meer alternatieven we hebben, des te onzekerder mensen kunnen zijn in het kiezen (McGarty et al, 1993). Miller (1987) deelt individuen daarom op in haar *Miller Behavioral Style Scale* (MBSS) in *monitors* en *blunters* omdat individuen verschillen in hoe ze met informatie omgaan. Hoge monitors/lage blunters kiezen bijvoorbeeld juist voor voorspelbaarheid van informatie boven onvoorspelbaarheid, terwijl lage monitors/hoge blunters juist kiezen voor het omgekeerde. De MBSS bestaat uit viermaal een welomschreven bedreigende situatie (bijvoorbeeld dreigend ontslag), steeds gevolgd door acht gedragsmogelijkheden. De acht gedragsmogelijkheden – waaronder ook gedachten vallen - bevatten steeds vier monitoringitems en vier bluntingitems, in random volgorde. De items worden dichotoom beantwoord op een wijze van ‘ doe ik wel/ niet’ (Eeckhaut, Van Zuuren, Grypdonck, Defloor, Van Vliet, 2003). Voordelen van deze situationele benadering zijn volgens Van Zuuren (1996) dat de proefpersonen bij het beantwoorden min of meer dezelfde situatie in gedachten hebben, en dat de items zo geformuleerd zijn dat ze van toepassing zijn in de betreffende situatie.

Williams-Piehota, Pizarro, Schneider, Mowad en Salovey (2005) geven een uitgebreide beschrijving van monitors en blunters weer:

Monitors zijn zich erg bewust van risico's voor ziektes. Ze scannen voor bedreigende cues in gezondheidsinformatie en maken zich zorgen om deze dreigingen of risico's voor langere tijdsperiodes. Ze ervaren ook grotere angst over gezondheidsrisico's en denken na over de dreigende informatie. Daarom is het belangrijk om monitors informatie te geven die gedetailleerde beschrijvingen bevat over gezondheidsrisico's of over een specifieke conditie als ook strategieën voor het verminderen van het risico en het verlichten van de angst.

Blunters zoeken daarentegen geen gedetailleerde informatie over gezondheidsrisico's of een medische conditie. Zij volgen eerder gezondheids- en medische aanwijzingen als zij worden gegeven met minder uitgebreide informatie, voornamelijk minder dreigende informatie. Blunters lijken te worden overstelpt door gezondheidsinformatie die zij als dreigend zien. Ze vinden een grote hoeveelheid aan informatie stressvol, zeker wanneer deze statistieken en risicofactoren bevatten, en daarom blokkeren ze het uit hun aandacht ('wat je niet ziet, dat is er niet'). Effectieve gezondheidsboodschappen die worden gepresenteerd aan blunters moeten dus kort en beknopt zijn, geen dreiging benadrukken en een suggestie geven voor het ondernemen van actie in simpele termen.

Er zijn goede resultaten te vinden in onderzoeken waar de MBSS is gebruikt. Een voorbeeld van zulke onderzoeken is de Spaanse versie van de MBSS (Miró, 1997). Zoals Miller (1987) het zelf stelt is de MBSS een bruikbaar instrument voor het voorspellen van informatie zoeken onder stress.

In een onderzoek van Williams-Piehota et al (2005) worden echter zowel de krachten als de beperkingen weergegeven. De schaal is volgens hen makkelijk uit te voeren, geaccepteerd en toegepast in onderzoekssettings en goed toepasbaar voor assessment en verspreiding in echte omstandigheden. De constructen van monitor- en blunterstijlen zijn echter complex. Van Zuuren en Muris (1993) en Eeckhaut et al (2003) verwijzen in hun onderzoeken naar een onderzoek van Van Zuuren en Wolfs uit 1991 waaruit bleek dat de reports van proefpersonen van monitoring en blunting in een echte situatie verschilden van hun coping stijlen als gemeten met de MBSS. De interne consistentie van de schalen bleek niet erg hoog en dit gold vooral voor de bluntingsschaal. Volgens Van Zuuren en Muris (1993) is een enquête veel motiverender om in te vullen als deze aansluit bij de context waar mensen zichzelf in bevinden. Daarom is een geheel nieuwe monitoring-/bluntingvragenlijst ontworpen die gericht is op de wijze van omgaan met bedreigende medische situaties: de *Threatening Medical Situations Inventory* (TMSI). Om het probleem van de interne consistentie te boven te komen is de TMSI een versie met 5-punts Likertschalen ('Helemaal niet op mij van toepassing' tot en met 'Zeer op mij van toepassing'); hierdoor steeg de interne consistentie van beide schalen aanzienlijk (Eeckhaut et al, 2003). Van Zuuren (1996) stelt zelf dat er geconcludeerd kan worden dat de Nederlandse versie van de TMSI een bruikbaar instrument is voor het schatten van de copingstijlen van een cognitieve confrontatie en vermijding bij medische patiënten.

Wat men zich kan afvragen is hoe monitors en blunters zullen reageren op verschillende aangeboden gezondheidsinformatie. De verwachting is dat zij verschillend zullen reageren op de momenteel aangeboden gezondheidsinformatie in het huidige GezondheidsInformatiePunt in de bibliotheek Hengelo.

§ 2.3 Aanbieding gezondheidsinformatie

Zoals weergegeven in paragraaf 2.1 van dit onderzoek kwam er in de gesprekken met vertegenwoordigers van de verschillende GezondheidsInformatiePunten en bij het lezen van het draaiboek voor het inrichten van een GezondheidsInformatiePunt duidelijk naar voren dat men zich vooral richtte op de aanbodkant bij het aanbieden van gezondheidsinformatie. Vanuit de aanbodkant probeerde men meer bezoekers te trekken en hier hun GezondheidsInformatiePunt op aan te passen.

In deze paragraaf zal daarom uiteengezet worden waarom er juist gekeken moet worden naar de vraagkant bij het aanbieden van gezondheidsinformatie en hoe dat dan uiteindelijk kan worden gedaan, aansluitend bij de cognitieve schema's van de gebruikers van gezondheidsinformatie.

De vraagkant

Petty en Cacioppo (1986) beginnen in hun onderzoek over het Elaboration Likelihood Model met het uiteenzetten van de routes waarlangs overtuiging kan gaan. Deze overtuiging kan gaan via een centrale route waarbij de mensen de gepresenteerde informatie voorzichtig en nadrukkelijk overwegen aan de hand van weergegeven onderbouwingen. Maar via de perifere route wordt kan worden getracht overtuiging plaats te laten vinden. Dit kan dan via een simpele cue in de persuasieve context (bijvoorbeeld een aantrekkelijke bron).

Er zijn nog een aantal zaken, die Petty en Cacioppo (1986) weergeven in hun ELM, die van invloed kunnen zijn bij het presenteren van gezondheidsinformatie én, als hier rekening mee wordt gehouden, zo de prikkeling bij mensen zullen verhogen. Eén van die dingen bij het presenteren van gezondheidsinformatie is, dat mensen gemotiveerd zijn om correcte attitudes te hebben. Onder attitudes worden hierbij algemene evaluaties verstaan die mensen hebben met betrekking tot zichzelf, andere mensen, objecten en zaken. Incorrecte attitudes kunnen immers tot incorrecte gedragingen en dus tot teleurstellingen leiden.

Een ander punt is, dat, ook al willen mensen correcte attitudes hebben, het verschilt per individu en situatie waarop mensen de argumentatie van een boodschap beoordelen. Dit is de mate waarin een persoon denkt aan de issue-relevante argumenten die zich bevinden in een boodschap (elaboratie). Ofwel, mensen zullen altijd boodschappen vergelijken met associaties die zij hebben in bepaalde situaties, met bepaalde ervaringen, herinneringen, etcetera. De waarschijnlijkheid van elaboratie zal wel worden bepaald door de motivatie van de persoon en de mogelijkheid om de gepresenteerde communicatie te evalueren. Kreuter, Bull, Clark & Oswald (1999) en Kreuter, Farrell, Olevitch & Brennan (2001) stellen ook naar aanleiding van het ELM dat gezondheidsinformatie die is aangepast aan de unieke behoeftes, interesses en verwachtingen van specifieke individuen effectiever blijkt dan algemenere gezondheidsinformatie. Mensen zullen ook eerder naar informatie kijken als ze deze informatie persoonlijk relevant vinden. Deze informatie zal dan ook eerder aan de verschillende individuele unieke behoeftes tegemoetkomen en significant de kansen verhogen van het beter opnemen van informatie en aanzetten tot stimulering van gedragsverandering.

Er zijn ook verscheidene variabelen die de mate en richting van een attitude kunnen veranderen. Petty & Cacioppo (1986) stellen dat dit bijvoorbeeld kan door variabelen te laten dienen als persuasieve argumenten, als perifere cues en/of het beïnvloeden van de mate of richting van issue en argument elaboratie. Een voorbeeld hiervan is de kwaliteit van het argument/boodschap. Petty en Cacioppo spreken hierbij van sterke en zwakke boodschappen. Sterke boodschappen bevatten argumenten waarbij personen worden geïnstrueerd om na te denken over de boodschap. Deze gedachten moeten dan wel in het voordeel zijn van de boodschap. Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn: 'we moeten lesgeld vragen zodat er meer boeken kunnen worden gekocht voor de bibliotheek'. Een zwakke boodschap bevat echter argumenten die, wanneer personen worden geïnstrueerd erover na te denken, gedachten genereren die niet de voorkeur hebben voor deze boodschap. Voorbeeld: 'we moeten lesgeld vragen zodat er meer bomen kunnen worden geplant op de campus'. Ook de kwaliteit van perifere cues speelt een rol. Een simpele cue in de persuasieve context beïnvloedt attitudes in de afwezigheid van argumentverwerking.

Reïncorende en straffende stimuli hebben bewezen hierin effectief te zijn, evenals begeleidende regels en gevolgtrekkingen (bijvoorbeeld met betrekking tot zelf-perceptie). De laatste manier van attitudeverandering die hierbij kan worden genoemd is het bepalen van de mate of directie van boodschapverwerking.

Variabelen kunnen argumentverwerking beïnvloeden in een relatief objectieve of op een relatieve bias manier. Bij objectieve verwerking kan het zijn dat een behandelingsvariabele motiveert, of mensen in staat stelt om de krachten of zwakten van bepaalde argumenten te zien. Dit gebeurt dan door middel van 'bottom up' verwerking omdat de elaboratie relatief onpartijdig en informatief is. Relatieve bias-elaboratie heeft echter meer gemeen met 'top-down' verwerking. Hierbij kan het zijn dat een behandelingsvariabele mensen motiveert of in staat stelt om een bepaald soort gedachte in reactie op een boodschap te genereren of juist een bepaalde gedachte te vermijden.

Persoonlijke relevantie en betrokkenheid is volgens het ELM ook een factor die van invloed zou kunnen zijn bij behoefteprikkeling en gedragsverandering. Hiermee wordt de mate bedoeld waarbij de ondersteunende argumenten van een boodschap een persoonlijke mening of een intrinsiek belang voor de persoon bevat. Persoonlijke relevantie ontstaat wanneer mensen verwachten dat een issue significante consequenties heeft voor hun eigen leven. Wanneer de persoonlijke relevantie hoger wordt, worden mensen steeds meer gemotiveerd om de gepresenteerde relevante argumenten te verwerken. Wanneer de persoonlijke consequenties in een ondersteunende boodschap duidelijker worden, wordt het belangrijker voor mensen om zich een mening te vormen, want de consequenties van het incorrect zijn, zijn groter.

Dat het belangrijk is om rekening te houden met vraag-/ontvangerskant van gezondheidsinformatie kan verder worden beargumenteerd met behulp van de Uncertainty Reduction Theory. Deze stelt namelijk dat, in het algemeen, het verminderen van onzekerheid tussen klanten en medewerkers de waargenomen kwaliteitservaringen van een dienst zou moeten verhogen. Het verminderen van deze onzekerheid hangt af van het feit of de verwachtingen van de klant kunnen worden vervuld (Smith, 1996). Er moet dus worden gekeken naar de vraagkant (verwachtingen en behoeftes van de klant) om de aanbodkant (dienstverlening) te kunnen geven.

Het betrekken van de vraagkant bij informatievoorziening naast de aanbodkant is dus van groot belang, omdat het uiteindelijk de klant is die bepaalt of zijn behoeftes zijn vervuld dan wel aan zijn verwachtingen tegemoet is gekomen en dit dus ook bepaalt of hij de volgende keer weer terug zal komen. Om vanuit de vraagkant te redeneren moet dus worden bekeken hoe de gezondheidsinformatie moet worden gepresenteerd zodat het aansluit bij de cognitieve schema's van de gebruikers. Een mogelijke manier waarop kan worden onderzocht wat de gebruikers vinden en hoe zij de gezondheidsinformatie gepresenteerd zouden willen zien is door middel van een card-sort en een behoeftepeiling.

Card-sort & behoeftepeiling

Een van de opvallendste dingen in het huidige GezondheidsInformatiePunt in de bibliotheek Hengelo is de folderkast. De folders zijn wel enigszins gerangschikt op onderwerp, maar de onderwerpen staan er in het klein onder en er staan nummers bij die voor de bezoekers van de bibliotheek Hengelo totaal niet interessant zijn. Deze nummers corresponderen namelijk met nummers waarop de folders door de bibliotheek kunnen worden besteld en bijgevoerd.

De vraag is dan ook of de onderwerpen waar de folders nu op gerangschikt zijn wel die onderwerpen zijn, waar de bibliotheekbezoekers deze folders onder zouden willen rangschikken. Het kan natuurlijk ook zijn dat zij een andere groepsnaam zouden geven. Een mogelijke manier om dit te bekijken is 'card-sort' met behulp van focusgroepen en zal hieronder worden uiteengezet.

In een onderzoek van Van der Geest (2002) wordt weergegeven hoe informatiesoorten kunnen worden bepaald voor een intranet systeem, waarna de objecten hiervoor worden geïdentificeerd en uiteindelijk door middel van een vrije kaart sorteringsactiviteit een initieel idee wordt verkregen voor de structuur van de intranet site. Door de sorteringsactiviteit verschuift hierbij de nadruk van het verkrijgen van kennis over, welke de inhoud van het intranet nu eigenlijk zou moeten zijn, naar het begrijpen van hoe de geïdentificeerde inhoud moet worden gestructureerd volgens de gebruikers.

Allereerst wordt een aantal voorwaarden aangegeven waar een card-sorting aan moet voldoen. Bij de uitleg van de card-sorting wordt duidelijk vermeld dat het aantal onderwerpen sowieso niet meer dan vijftig zou moeten zijn om ervoor te zorgen dat de participanten ruim voldoende de tijd krijgen voor het sorteren en het bediscussiëren van de resulterende arrangementen. Bij de sessies in dit onderzoek deden zes participanten mee. Zij kregen een korte uitleg over het waarom van de sorteringsactiviteit. Ook mochten de participanten vooraf aan de activiteit zoveel mogelijk vragen stellen. Verdere instructies werden niet alleen mondeling gegeven, maar werden ook opgehangen aan de muur op een heel groot vel papier. De bedoeling was dat de participanten de onderwerpen zouden rangschikken in groepen van onderwerpen welke zij bij elkaar vonden horen. Elke groep moesten zij benoemen door dit aan te geven in twee tot vier woorden op een notitieblaadje die bovenop die groep werd geplakt. Alle verkregen data werden geanalyseerd met cluster analyse technieken. Het doel hiervan was om een visuele representatie te creëren van hoe participanten de onderwerpen associeerden of met elkaar groepeerden.

Niet alleen in dit onderzoek van Van der Geest kwam naar voren dat card-sorting een prima methode is voor het begrijpen van de structuur die gebruikers graag willen zien, maar ook Upchurch, Rugg & Kitchenham (2001) geven dit aan in hun onderzoek. Ook zij gebruikten de card-sort voor het verhogen van de kwaliteit van een webpagina. Zij geven hierbij ook aan dat de respondenten in hun onderzoek de card-sorting techniek makkelijk vonden om te gebruiken. Davies (1996) stelt echter dat er toch wel enige rekening moet worden gehouden met het feit dat er geen garantie is dat de kijk van de participanten stabiel blijft over de tijd. De uiting van mensen over hun kijk op dingen is namelijk erg context afhankelijk..

Niet alle vragen zullen kunnen worden beantwoord door middel van deze card-sort. Om een beeld te krijgen van wat echt niet mag ontbreken in een nieuw GezondheidsInformatiePunt, volgens de gebruikers van gezondheidsinformatie, is een behoeftepeiling daarom ook van belang. Deze behoeftepeiling bestaat uit een vijftal open vragen die samen met de bibliotheek Hengelo geformuleerd zijn.

§ 2.4 Onderzoeksvragen

Naar aanleiding van bovenstaande paragrafen kunnen nu duidelijke onderzoeksvragen geformuleerd worden die in het verdere onderzoek beantwoord zullen worden. Deze onderzoeksvragen zijn:

- In hoeverre zijn bezoekers van de bibliotheek bekend met het GezondheidsInformatiePunt en met de specifieke onderdelen (folders, digitale informatie, georganiseerde gezondheidsactiviteiten in samenwerking met andere instanties, thematentoonstellingen) ervan?
- In hoeverre maakt men gebruik van het GezondheidsInformatiePunt en de specifieke onderdelen ervan?
- In hoeverre is men tevreden over het huidige GezondheidsInformatiePunt en over de specifieke onderdelen ervan?
- Kunnen bekendheid, gebruik en tevredenheid worden voorspeld met demografische variabelen (leeftijd en geslacht) en psychologische variabelen (monitoring/blunting)?
- Hoe zouden de onderwerpen van het GezondheidsInformatiePunt moeten worden aangeboden opdat de indeling goed aansluit bij de cognitieve schema's van de gebruikers?
- Welke behoeften bestaan er bij de bezoekers van de bibliotheek ten aanzien van inhoud en vorm van het GezondheidsInformatiePunt?

§ 2.5 Andere beïnvloedende factoren

In de literatuur worden ook nog andere factoren weergegeven die het gebruik van gezondheidsinformatie kunnen beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn kleur, tekst, vormen en figuren, maar ook het gebruik van nieuwe media. Ook al zullen deze factoren niet worden meegenomen bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen, worden ze hier toch weergegeven vanwege de uitdrukkelijke vraag hiernaar door de opdrachtgever.

Kleur & tekst

Zoals in paragraaf 2.3 kon worden gelezen is het belangrijk de juiste argumentatie te kiezen bij het weergeven van een bepaalde boodschap. Het Elaboration Likelihood Model (ELM) spreekt hierbij van zwakke en sterke argumenten. Niet alleen het gebruik van sterke en zwakke argumenten helpen volgens het ELM, maar bijvoorbeeld ook de kwaliteit van het argument of de weergegeven boodschap. Omdat volgens het ELM argumenten kleine stukjes informatie zijn die relevant zijn voor een subjectieve bepaling van de ware aard van de onderbouwing, is het dus belangrijk zo goed mogelijk aan te sluiten bij de persoonlijke beleving (Petty & Cacioppo, 1986).

Andere manieren van het gebruiken van tekst vinden we terug in het gebruik van 'fear appeals'. Het gebruik van fear appeals blijkt succesvol te zijn in advertenties. Dit blijkt onder andere uit een studie van Snipes, LaTour & Bliss (1999): Een advertentie waarin gebruik werd gemaakt van fear appeals had duidelijk meer effect dan de advertentie zonder fear appeals. Ook geven zij in dit onderzoek aan dat het gebruik van fear appeals vanuit een ethisch oogpunt wél kan. Een individu's self-efficacy kan namelijk een substantieel effect hebben op eigen percepties en houdingen tegenover een advertentie waarin gebruik wordt gemaakt van fear appeals. Dus hoeft het niet onethisch te zijn om fear appeals te gebruiken als mensen zichzelf krachtadig voelen aan de hand de aanbevolen coping responsen na weergave van de fear appeal.

Comment [C1]: Heb er toch maar even bijgezet dat de bieb dit van belang vindt, anders is het misschien onduidelijk waarom ik na het weergeven van de onderzoeksvragen nog met deze paragraaf aankom.

Witte & Allen (2000) geven wel praktische toepassingen voor fear appeals. Zij geven namelijk aan dat ook al motiveren fear appeals houdingen, intenties en gedragsveranderingen, ze wel voorzichtig moeten worden aangeboden. Ze kunnen namelijk juist een verkeerde uitwerking hebben als de doelgroep niet gelooft in staat te zijn om een dreiging effectief af te wenden. Iets om rekening mee te houden is dan ook bijvoorbeeld dat een boodschap met een hoge fear appeal altijd in combinatie met een hoge doeltreffende boodschap moet worden aangeboden. Wordt dit niet gedaan dan bestaat er een kans dat het een defensieve uitwerking heeft op mensen met lage efficacy-percepties.

De cognitieve theorie van Martindale (Martindale & Moore, 1988) over 'aesthetische' (smaakvolle) voorkeur zegt dat het brein alles analyseert naar cognitieve eenheden. Bij een woord betekent dit dat de perceptie van een woord correspondeert met de activatie van cognitieve eenheden die letterkenmerken, individuele letters en algehele woorden codeert. Cognitieve eenheden variëren in hun kracht, ofwel in de mate waarin ze geactiveerd kunnen worden. Units die prototypen coderen of stimuli die frequenter voorkomen, zijn sterker dan units die dit niet doen. Dit kan volgens Martindale & Moore verklaren waarom er een positieve relatie is tussen de frequentie van het voorkomen ervan en de voorkeur, en tussen de prototypen en de voorkeur.

Over het gebruik van kleur zijn verscheidene tegenstrijdige bevindingen te vinden in de literatuur. Bij een onderzoek waarin gebruik werd gemaakt van The Lüscher Color Test (LCT) werden sekseverschillen gevonden en crossculturele verschillen bij de voorkeur voor kleuren. Canadese mannelijke studenten lieten een lichte voorkeur zien voor rood ten opzichte van blauw in tegenstelling tot de Amerikaanse mannelijke studenten die juist een voorkeur hadden voor geel in deze combinatie, terwijl de Europeanen weer een voorkeur voor rood hadden. tegenstelling Terwijl Canadese mannen een voorkeur aan rood gaven, hadden de Canadese vrouwen liever geel. De LCT blijkt echter een inadequaate diagnostisch middel te zijn. De test-retest betrouwbaarheidsresultaten waren laag en er kunnen dus geen goede conclusies worden getrokken op basis van deze test.

In een studie van Dittmar (2001) werd gevonden dat kleurvoorkeuren veranderen over de tijd. De leeftijdsgroepen waren in deze studie verdeeld in een groep van 19 tot en met 44 jaar en van 52 tot en met 90 jaar. Resultaten lieten zien dat bij het kiezen uit de kleuren blauw, groen, rood en geel beide leeftijdsgroepen en beide seksen blauw kozen als meest geprefereerde kleur en geel als de minst geprefereerde kleur. Mannen noemden geel vaker en rood minder vaak als minst geprefereerd in vergelijking tot de vrouwen. Ook kon men zien dat met het ouder worden de voorkeur voor blauw minder werd terwijl de populariteit voor groen en rood verhoogde. Dittmar verwijst naar meerdere onderzoeken waarbij gelijksoortige resultaten naar voren kwamen en waar vooral opviel dat blauw bij de meeste volwassenen favoriet was. Wat echter opvalt in een studie van Wiegersma & van Loon (1989) is dat bij de keuze uit twaalf kleuren Nederlandse studenten meest frequent spontaan kozen voor rood, blauw, groen en paars. In deze studie verwijzen zij ook naar een eerdere studie waaruit bleek dat het 'blauw-fenomeen' in Nederland eigenlijk het 'rood-fenomeen' is omdat in Nederland rood ten opzichte van blauw werd geprefereerd. Iets wat duidelijk een uitzondering is in vergelijking tot andere studies.

Ook interessant om te benoemen, is dat in een studie van Wehr & Wippich (2003) werd gevonden dat wanneer woorden werden geschreven in een ongebruikelijke druk of kleur, deze eerder werden onthouden dan normaal weergegeven woorden. In een onderzoek van Wijers, Mulder, Okita & Mulder (1989) werd gevonden dat bij selectieve aandacht kleur zelfs een overwicht had op de grootte van letters.

Vormen & figuren

Het blijkt best lastig te zijn om de voorkeuren van mensen voor verschillende vormen en figuren weer te geven als we kijken naar wat hierover in de literatuur bekend is. Dit kan komen doordat vormen op zichzelf weer onderdeel kunnen zijn van een andere vorm, welke dus problemen veroorzaakt voor een classificatie van vormen (Feldman, 2000). Het kan ook zijn dat dit komt doordat objectperceptie wordt geleid door verwachtingen en dat verwachtingen weer gebaseerd zijn op informatie (schemata) opgeslagen in het geheugen (Enns & Girgus, 1986). McManus (1980) verwijst bijvoorbeeld in een onderzoek naar Fechner die door middel van drie experimentele methodes keek naar wat mensen de meest mooie of meest plezierige figuur vonden. Fechner's experiment bleek echter niet als adequaat bewijs te kunnen worden gebruikt voor de algehele populatie. De conclusie die McManus zelf trekt is dat er zeer weinig bewijs bestaat voor ook maar enige consistente populatie voorkeur voor simpele figuren. Als mogelijke uitzonderingen verwijst hij naar het werk van Weber uit 1931 en van Austin en Sleight in 1951.

Er zijn echter ook artikelen waar wel voorkeur voor vormen en figuren worden gevonden. Munroe, Munroe & Lansky (1976) geven bijvoorbeeld aan dat er sekseverschillen zijn in de voorkeur voor bepaalde vormen.

In studies naar voorkeuren kozen mannen bijvoorbeeld ronde figuren terwijl vrouwen de voorkeur gaven aan hoekige figuren. Bij een afmaak-teken-taak waren de producties echter tegenovergesteld van de vorige uitkomsten. Die van de mannen waren nu juist hoekig en die van de vrouwen meer rond. Munroe et al benadrukken dat het verschil tussen voorkeur en productie kan komen door het opereren van verschillende principes. Voorkeur voor figuren kunnen liggen aan de seksuele objectkeuze en de productie van figuren zou de symbolische representatie van zichzelf kunnen zijn.

Martindale & Moore (1988) verwijzen naar een eerder onderzoek van Martindale uit 1984 waarin hij zelfs spreekt over een cognitieve theorie van 'aesthetische' (smaakvolle) voorkeur. De hoeveelheid plezier die wordt gegenereerd door een stimulus is volgens deze theorie een positieve functie van de mate waarin de interne representaties of cognitieve units die coderen geactiveerd zijn. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld het genoeg dat wordt verhoogd door een zonsopgang, een schilderij of een stuk muziek.

Er bestaan niet alleen individuele verschillen in vorm- en figuurvoorkeuren maar ook culturele verschillen spelen hierbij ook een rol. Kim & Markus (1999) laten in hun onderzoek duidelijk de culturele verschillen zien tussen verschillende bevolkingsgroepen in Amerika (onder andere Europese Amerikanen, Oost-Aziaten, Koreanen) in cognitietaken. In dit onderzoek kwam vooral duidelijk naar voren dat de Europese Amerikanen duidelijk een voorkeur hadden voor unieke individuele vormen en kleuren en dat de andere bevolkingsgroepen eerder keken naar het geheel als basis en dus een duidelijke voorkeur hadden voor conformiteit. Kim & Markus noteren hier wel bij dat deze culturele verschillen niet overal en altijd gelden maar dat het zeker iets is om rekening mee te houden.

Nieuwe media

Vandaag de dag wordt in communicatie veel gebruik gemaakt van nieuwe media. We zien dit ook terug in eigen gebruik.

Heel gewoon zijn de laatste jaren radio, televisie en nu ook internet en dvd geworden. Ook de bibliotheken werken hier aan mee. Op de website van de bibliotheek Hengelo (www.bibliotheekhengelo.nl) kunnen vragen worden gesteld aan 'Aladin' en in het GezondheidsInformatiePunt in de bibliotheek in Hengelo staat een computer met enkele links naar gezondheidsinformatie. Zijn deze technologieën eigenlijk wel van waarde voor het overbrengen van gezondheidsinformatie? Ook kunnen we ons afvragen welke voorwaarden er verbonden zijn aan het gebruik van deze nieuwe technologieën.

Het internet is volgens een onderzoek van Street jr. (Thompson, Dorser, Miller, Parrott, 2003) verschillend van andere media technologieën. Dit heeft alles te maken met de hoeveelheid informatie waar mensen over kunnen beschikken, de snelheid waarmee ze deze informatie kunnen bereiken en de mogelijkheid die het gebruikers geeft om met elkaar te interacteren. Street jr. verwijst hierbij naar enkele andere onderzoeken waaruit blijkt dat 40 tot 70% van de internetgebruikers online gaan voor gezondheidsinformatie, ondersteuning en services. Enkele voordelen die Jabbour et al (2003) noemen zijn bijvoorbeeld het creëren van bewustheid van bepaalde risico's onder het publiek waardoor er preventief kan worden opgetreden bij bijvoorbeeld cardiovasculaire ziektes. Volgens Bensing, Visser & Saan (2001) kan internet zowel voordelen als nadelen met zich meebrengen wanneer deze gebruikt wordt voor patiënteducatie. Het is zeker een mogelijkheid voor mensen die direct meer willen weten, maar ook zeker een gevaar omdat er geen controle is over de kwaliteit van de verstrekte informatie. Een soort 'kwaliteitswaarmaerk' zou dus niet verkeerd zijn.

Kreuter et al (2001) geven in hun boek *Tailoring Health Messages* verscheidene manieren aan waarop computer technologie een rol zou kunnen spelen bij het weergeven van gepersonaliseerde gezondheidsinformatie. Media campagnes betreffende gezondheid hebben niet alleen het voordeel dat ze een groot publiek bereiken, maar ook dat ze hoge zichtbaarheid creëren bij het verduidelijken van gezondheidszaken (bijvoorbeeld verduidelijking van gezondheidsboodschappen door middel van plaatjes, etcetera). Een nadeel van communicatie door bijvoorbeeld de televisie is dat het een one-way communicatie biedt, waarbij geen mogelijkheid bestaat voor feedback of de mogelijkheid voor interactie. Toch blijkt media een prima middel te zijn om de selectie van onderwerpen te beïnvloeden en een debat over deze onderwerpen op gang te houden. Ook hierbij komt weer naar voren dat het gebruik van media de publieke bewustheid voor bepaalde gezondheidszaken kan verhogen. Kreuter et al benadrukken ook weer heel sterk het feit dat, zoals ook weergegeven in het Elaboration Likelihood Model, de persoonlijke relevantie erg belangrijk blijft. Alleen al het gebruik van iemands naam kan een boodschap als persoonlijk relevant doen ervaren. Persoonlijke relevante boodschappen zorgen ervoor dat ze de aandacht pakken, worden gelezen en onthouden, worden opgeslagen, dat erover wordt gepraat met anderen en dat ze worden gezien als speciaal voor de lezers geschreven.

Wat interessant is, is dat Finnegan & Viswanath (internet; zie webadres in literatuurlijst) in een artikel wijzen op het feit dat door middel van gezondheidsinformatie door de media mensen die lager op de sociale ladder staan en niet altijd goed toegang hebben tot gezondheidsinformatie toch in aanraking kunnen komen met deze (preventieve) informatie.

3. Methode

In dit methodedeel zal in twee delen uiteengezet worden hoe het onderzoek is verricht om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Het onderzoek bestaat uit twee delen: de vragenlijst (paragraaf 3.1) en de card-sort in combinatie met de behoeftepeiling (paragraaf 3.2).

§ 3.1 Onderzoek 1: enquête onder bibliotheekbezoekers

In deze paragraaf zal worden besproken hoe het eerste onderzoek is uitgevoerd. Hoe de werving van de respondenten heeft plaatsgevonden, hoe de procedure heeft plaatsgevonden, welk meetinstrument is gebruikt, hoe de variabelen werden gemeten en hoe uiteindelijk de analyses zijn uitgevoerd.

Werving respondenten

Om de verscheidene onderzoeksvragen te kunnen onderzoeken is er een evaluerende enquête met toegevoegde TMSI-schaal afgenomen (zie bijlage 1) bij in totaal 71 mensen. In totaal bleven er 63 bruikbare vragenlijsten over. Van deze 63 vragenlijsten zijn er 55 afgenomen bij klanten van de bibliotheek en bij 8 personen is alleen de TMSI-schaal afgenomen. Deze 8 personen waren medewerkers van de bibliotheek.

De respondenten zijn geselecteerd door in de bibliotheek te gaan staan en de vragenlijst aan te bieden aan mensen in de leeftijd van 14 tot en met 22 jaar, 35 tot en met 54 jaar, en 65 tot en met 75 jaar. Deze leeftijden vloeien voort uit de doelgroepbepaling (zie paragraaf 2.2) die van tevoren had plaatsgevonden. Om een zo gelijk mogelijke verdeling te krijgen werd van tevoren aan deze mensen hun leeftijd gevraagd en afgevinkt per leeftijdsgroep.

In de enquête was ook de vraag toegevoegd of de mensen mee zouden willen werken aan het vervolgonderzoek van maximaal 45 minuten en tegen een vergoeding van Euro 10,00 in de vorm van een Irischeque (VVV-bon). Ondanks deze beloning en ondanks het feit dat de enquête elke dag werd afgenomen in de bibliotheek op verschillende tijden (dinsdag, woensdag, donderdag en vrijdag), werd het na de eerste twee dagen al snel duidelijk dat de respons op het vervolgonderzoek van de mensen in de twee uiterste leeftijdsgroepen (14 tot en met 22 jaar & 65 tot en met 75 jaar) vrij slecht was. Er wilden dus meer mensen uit de groep van 35 tot en met 54 jaar meedoen aan het vervolgonderzoek dan uit de andere groepen. Omdat de groep van 35 tot en met 54 jaar van tevoren als belangrijkste doelgroep was bepaald, werd besloten alleen nog maar vragenlijsten af te nemen onder mensen van deze doelgroep om straks een zo goed mogelijke groep te krijgen voor het vervolgonderzoek.

Na het afnemen van deze vragenlijsten bleken er 8 mensen bereid te zijn mee te willen doen aan het vervolgonderzoek die waren geworven als klanten van de bibliotheek ('externe groep'). Omdat er rekening moest worden gehouden met uitval van respondenten voor het vervolgonderzoek werd er besloten om een gelijk aantal respondenten 'intern' te werven. Dat wil zeggen dat er dus gevraagd is of medewerkers van de bibliotheek zelf ook mee wilden werken aan het vervolgonderzoek als extra focusgroep. Deze groepen zullen in de rest van dit onderzoek worden benoemd als respectievelijk de externe en de interne groep.

Procedure

De enquête met toegevoegde TMSI-schaal werd afgenomen in de centrale bibliotheek Hengelo. De enquêteur stond op een strategische positie vrij in het midden bij de in- en uitgang van de bibliotheek, zodat wanneer de klanten binnen kwamen, ze ook direct konden worden aangesproken.

Hier vlakbij stond aan de zijkant tegen de muur een lange tafel met vier stoelen en een doos vol met pennen. Zodra de mensen binnen de bepaalde leeftijdsgroepen vielen en bereid waren mee te werken aan de vragenlijst konden ze de vragenlijst meteen invullen. Zo konden er dus vier mensen tegelijkertijd worden geworven.

Meetinstrument

Om een duidelijk beeld te krijgen van wat er nu precies gemeten moet worden, wordt hieronder uiteengezet wat getracht is te meten met de verschillende vragen uit de vragenlijst.

Allereerst werden in dit onderzoek de *demografische kenmerken* gemeten door middel van een vraag naar het geslacht van de respondent en zijn of haar leeftijd.

Ook werd de *bekendheid* met het GezondheidsInformatiePunt gemeten door middel van vier vragen waar men 'ja' of 'nee' op kon antwoorden. Om te kijken of het duidelijk was voor de klanten waar het GezondheidsInformatiePunt zich bevond in de bibliotheek werd er één vraag gesteld over de bewegwijzering waar men op kon antwoorden door te kiezen uit zes antwoordmogelijkheden.

Verschillende aangeboden informatievoorzieningen werden aangehaald in de vragenlijst om te kijken in hoeverre de klanten hiervan *gebruik* maakten en eventueel wat ze ervan vonden (dus de mate van *tevredenheid* over de verschillende informatievoorzieningen). Deze vragen konden worden beantwoord door middel van vijf-punts antwoordmogelijkheden.

Om voornamelijk rekening te kunnen houden met de tijden waarop de klanten beschikbaar zouden kunnen zijn voor een vervolgonderzoek, werd er nog gevraagd naar de *voorkeur van tijd* voor het organiseren van gezondheidsactiviteiten.

Om te kijken welke gebruikers in welke *monitor-/blunter-categorie* vielen is de TMSI-schaal toegevoegd aan de enquête. De TMSI-schaal bestaat uit een viertal stellingen met zes reactiemogelijkheden en een vijf-puntsschaal om op te antwoorden waarmee dit kan worden gemeten.

Ten slotte lag de interesse bij het werven van *respondenten voor het vervolgonderzoek* waardoor de laatste vraag van de vragenlijst hierop was gericht.

Analyse

De analyse van deze enquête met toegevoegde TMSI-schaal werd gedaan met behulp van het programma SPSS, versie 11.0. Hierin zijn alle gegevens ingevoerd en de resultaten, zoals die in het volgende hoofdstuk worden weergegeven, zijn dus met behulp van dit programma verkregen.

Omdat de onderwerpen in de enquête te ver uit elkaar lagen en gezien de items van de TMSI-schaal, is besloten hier geen betrouwbaarheidsanalyse uit te voeren.

§ 3.2 Onderzoek 2: card-sort en behoeftepeiling

In deze paragraaf zal er worden besproken hoe het tweede onderzoek is uitgevoerd. Hoe de werving van de respondenten heeft plaatsgevonden, hoe de procedure heeft plaatsgevonden, welk meetinstrument is gebruikt, hoe de variabelen werden gemeten en hoe uiteindelijk de analyses zijn uitgevoerd.

Werving respondenten

Bij het vervolgonderzoek is een card-sort (zie bijlage 4) uitgevoerd en een behoeftepeiling door middel van vijf open vragen (zie bijlage 5) bij in totaal 15 personen.

De respondenten werden geselecteerd uit mensen die in het eerste onderzoek hadden meegewerkt aan de vragenlijst en bereid waren mee te werken aan het vervolgonderzoek. In deze vragenlijst was namelijk een vraag opgenomen waar de respondenten werden gevraagd of ze bereid waren mee te werken aan het vervolgonderzoek dat maximaal 45 minuten zou duren en waarvoor zij een vergoeding zouden krijgen van Euro 10,00 in de vorm van een Iris-cheque (VVV-bon). Hiervoor konden zij hun naam en telefoonnummer noteren.

Toen bleek dat uit de hoofddoelgroep (35 tot en met 54 jaar) maar 8 klanten van de bibliotheek (de 'externe groep') bereid waren mee te werken aan het vervolgonderzoek, en er ook nog rekening moest worden gehouden met uitval, werd besloten ook 8 medewerkers van de bibliotheek te vragen voor het vervolgonderzoek (de 'interne' groep).

Na het selecteren van de respondenten voor het vervolgonderzoek werd de externe groep telefonisch benaderd om met hen een datum te pikken voor het vervolgonderzoek. De verdeling van de externe groep werd dusdanig dat er twee focusgroepen waren om mee te werken op twee avonden, die beide bestonden uit 4 personen. Tijdens dit telefoongesprek werden hun naam en adresgegevens genoteerd zodat nog een herinneringsbrief kon worden gestuurd. Deze herinneringsbrief staat weergegeven in bijlage 2, en werd een week voordat het vervolgonderzoek plaatsvond verstuurd. De interne groep, bestaande uit acht personen, ontving dezelfde brief een week van tevoren in hun postvakjes in de bibliotheek zelf. Bij hen werd het onderzoek op één avond afgenomen.

Ondanks het telefonische contact en de herinneringsbrief was er alsnog uitval van 1 persoon uit de externe groep. Bij navraag bleek dat deze persoon het was vergeten. Ook was nog één respondent uit de externe groep de afspraak vergeten, maar kon na uitnodiging toch nog meedoen met de tweede focusgroep. Hierdoor zag de verdeling van de focusgroepen per afname van het tweede onderzoek er als volgt uit: Focusgroep 1 (extern) bestond uit twee personen, Focusgroep 2 (extern) bestond uit 5 personen, en focusgroep 3 (intern) bestond uit 8 personen.

Procedure

De card-sort en de behoeftepeiling werden afgenomen in focusgroepen (zoals beschreven bij *werving respondenten*) in de centrale bibliotheek Hengelo. Hiervoor was een speciale ruimte gereserveerd waar de respondenten goed de ruimte hadden en ze elkaar niet in de weg zaten. Het onderzoek vond plaats op afgesproken data en tijden met de respondenten.

Tijdens het onderzoek werd allereerst een instructie gegeven (zie bijlage 3) voor de card-sort. Deze instructie kon iedere respondent meelesen, maar werd ook voorgelezen. Op het moment dat er dingen onduidelijk waren konden deze worden aangegeven en er was ruimte tot stellen van vragen.

De kaartjes van de card-sort lagen bij iedere respondent in aselecte volgorde gestapeld en zij moesten deze naar eigen inzicht sorteren (zie uitleg paragraaf 2.3 over card-sort). De respondenten was gevraagd deze rijtjes kaarten een categorienaam te geven die zij bij dat rijtje gezondheidsonderwerpen vonden passen. Naderhand werden er van elke card-sort digitale foto's genomen zodat deze later konden worden geanalyseerd (zie bijlage 4 voor een voorbeeldfoto). Om te weten welke card-sort bij welke respondent hoort, werd er aan elke respondent een corresponderend nummer gegeven die ook staan weergegeven op de foto's. Zodoende kon er worden nagegaan welke respondent dit was, en ook hoe zijn of haar antwoorden waren op de TMSI-schaal. Dit was belangrijk voor het eventueel kunnen vergelijken van de resultaten van de card-sort en de resultaten van de TMSI-schaal. Helaas is deze nummering niet gebeurd bij de interne groep, waardoor deze vergelijking daar niet kan worden gemaakt. Wel is er bij de interne groep naderhand de TMSI-schaal afgenomen, ondanks dat zij de vragenlijst uit het eerste onderzoek niet hebben ingevuld.

Na de card-sort werden er nog een vijftal open vragen (zie bijlage 5) gesteld waar iedereen in de focusgroep ter plekke op kon reageren. Deze open vragen dienden als behoeftepeiling. Deze vragen werden opgenomen op tape zodat ze na de tijd nog konden worden beluisterd, maar voor de zekerheid werden deze ook nog ter plekke genoteerd.

Meetinstrument

Voor dit vervolgonderzoek is er gebruik gemaakt van de card-sort en een behoeftepeiling. Hieronder zal worden beschreven welke onderdelen bij beide aan bod kwamen en hoe deze zijn geselecteerd.

De card-sort bestond uit 33 gezondheidsonderwerpen. Deze zijn samen met de opdrachtgever geselecteerd aan de hand van gezondheidsonderwerpen uit de foldercollectie die op dit moment goed lopen in de bibliotheek. Het zijn er niet alleen 33 geworden omdat dit de belangrijkste zijn, maar ook omdat er niet teveel gezondheidsonderwerpen aan bod konden komen in verband met de tijd die een respondent heeft bij het sorteren. Door middel van deze card-sort werd gehoopt een beeld te krijgen van hoe onderwerpen in het GezondheidsInformatiePunt zouden moeten worden aangeboden, zodat de indeling goed aansluit bij de cognitieve schema's van de gebruikers.

Om te kijken welke behoeftes er leven onder de gebruikers van de bibliotheek Hengelo zijn er nog een vijftal open vragen gesteld waar de respondenten vrij op konden reageren. Deze vragen zijn ontstaan naar aanleiding van de vragenlijst uit het eerste onderzoek en het gehele proces. Deze vragen waren nog niet beantwoord en toch zeer relevant voor een nieuw GezondheidsInformatiePunt. Met deze vragen werd dus vooral gekeken naar de behoeftes van de gebruikers voor een nieuw GezondheidsInformatiePunt, zowel qua inhoud als vorm.

Analyse

De antwoorden van de card-sort (zie bijlage 7) zijn geanalyseerd door middel van clusteranalyse met behulp van 'EZ sort' (programma voor het analyseren van card-sort resultaten).

De antwoorden van de open vragen werden per focusgroep met elkaar vergeleken. Ook werd gekeken welke behoeftes overeenkomen en welke nieuwe behoeftes naar voren kwamen tijdens het gesprek.

4. Resultaten

In deze paragraaf zullen de verschillende resultaten worden weergegeven van het onderzoek. Allereerst zullen de demografische gegevens van het onderzoek worden uiteengezet, waarna de resultaten worden weergegeven wat betreft de bekendheid met de diensten van het GezondheidsInformatiePunt. Ook het gebruik van bepaalde diensten van het GezondheidsInformatiePunt en de tevredenheid over de aangeboden diensten door het GIP komen aan bod. Bij het bekijken van bovenstaande resultaten zal ook nog worden gekeken naar de mogelijke samenhang van het monitor/bluntergehalte en de demografische kenmerken met bekendheid, gebruik en tevredenheid over het GezondheidsInformatiePunt. Tenslotte zullen de resultaten van de card-sort en de behoeftepeiling worden weergegeven.

§ 4.1 Demografische kenmerken

In tabel 4.1 staat weergegeven hoeveel respondenten er meededen aan het onderzoek, een kleine verdeling per leeftijdsgroep, het aantal per geslacht, wie er meededen aan het vervolgonderzoek en in welke monitor/blunter-categorie ze zich bevonden.

Tabel 4.1: Demografische gegevens van bruikbare respondenten voor het onderzoek

Enquête	n	% (afgerond)
Totaal aantal respondenten	<u>63</u>	<u>100</u>
Respondenten die vragenlijst hebben ingevuld	55	87
Leeftijd in jaren		
14 tot en met 22	17	27
35 tot en met 54 (doelgroep)	30	48
65 tot en met 75	16	25
Geslacht		
man	25	40
vrouw	38	60
<u>Monitors&Blunters in totaalonderzoek</u>		
High mon/low blunt	17	27
High blunt/low mon	20	32
High mon&high blunt	15	24
Low mon&low blunt	11	17
<u>Doelgroep 35 tm 54 jaar</u>	<u>30</u>	<u>100</u>
Geslacht		
man	10	33
vrouw	20	67
High mon/low blunt	13	43
High blunt/low mon	6	20
High mon&high blunt	8	27
Low mon&low blunt	3	10

De meeste mensen die meededen aan dit onderzoek zaten in de leeftijd 35 tot en met 54 jaar. Dit is niet zo verwonderlijk aangezien tijdens het afnemen van de vragenlijsten op een gegeven moment is besloten voornamelijk nog mensen uit deze doelgroep te bepalen (zie paragraaf 3.1). Er deden aan dit onderzoek meer vrouwen dan mannen mee, zowel bij de doelgroep als bij het totaalonderzoek.

De gemiddelde monitor- en blunterscores waren 36,38 en 35,27. Wanneer een persoon onder deze gemiddelde score viel was hij 'low' en boven deze score was die persoon 'high'. Aan de hand hiervan kon dus worden bepaald of iemand een high monitor/ low blunter-score had, of een high blunter/low monitor-score.

Tijdens het bekijken van deze scores kwam echter naar voren dat er ook mensen waren met een high monitor & high blunter-score, en ook mensen die juist op beide laag scoorden (dus low monitor& low blunter-score). In tabel 4.1 staan de verschillende high monitors/low blunTERS, high blunTERS/low monitors, high monitors&high blunTERS, low monitors&low blunTERS weergegeven.

Bij deze resultaten moet wel rekening worden gehouden met effect van bias aangezien sommige mensen misschien sociaal wenselijk hebben geantwoord, of overal hetzelfde antwoord hebben gegeven ook al werd duidelijk gemaakt dat dit juist niet van ze werd verlangd.

Uit deze tabel kan worden opgemaakt dat in de categorie high blunter/low monitor het hoogste percentage viel van de mensen die meededen aan het onderzoek. Daarna was dit het geval voor de categorie high monitor/low blunter. Opvallend aan deze tabel is dat er relatief weinig verschil zit tussen het percentage mensen die in deze categorie zitten en het percentage mensen die vielen in de categorie high monitor & high blunter. Er is dus niet een relatief groot verschil te vinden in verschillende gezondheidsinformatiegebruikers die hebben meegewerkt aan dit onderzoek.

Wat opvallend is bij de doelgroep (dus bij de mensen in de leeftijd van 35 tot en met 54 jaar) betreffende de bepaling in de monitor/blunter-categorie, is dat de meeste mensen van deze doelgroep vallen in de high monitor-/low blunter-categorie.

§ 4.2 Bekendheid met diensten GIP

In tabel 4.2 staat de bekendheid met het GezondheidsInformatiePunt weergegeven in percentages van het totaal.

Tabel 4.2: Bekendheid met het GIP (met n=55) in percentages van het totaal

	%
<u>GIP bezocht afgelopen half jaar?</u>	
-Ja	36
-Nee	64
<u>Weten waar GIP zich bevindt?</u>	
-Ja	65
-Nee	35
<u>Mening bewegwijzering om GIP te vinden</u>	
-Heel erg duidelijk	15
-Duidelijk	31
-Niet duidelijk, maar ook niet onduidelijk	16
-Onduidelijk	7
-Geen mening	31
<u>Bekend met manieren van infoverzorging in GIP?</u>	
-Ja	29
-Nee	71
<u>Bekend met gezondheidsactiviteiten georganiseerd door bibliotheek?</u>	
-Ja	22
-Nee	78

Opvallend aan deze tabel is dat het merendeel van de mensen het GezondheidsInformatiePunt in het afgelopen jaar niet hebben bezocht. Toch wist het merendeel van de ondervraagde mensen wél waar het GezondheidsInformatiePunt zich bevond in de bibliotheek.

Op de vraag wat de mensen vonden van de bewegwijzering vond een groot aantal dit duidelijk, maar had een even groot aantal aan respondenten geen mening.

De manieren van informatievoorziening in het GezondheidsInformatiePunt waren bij de meerderheid van de respondenten niet bekend en de meerderheid wist tevens niet van de andere gezondheidsactiviteiten die door de bibliotheek werden georganiseerd in samenwerking met andere organisaties.

§ 4.3 Gebruik van bepaalde diensten van GIP

In deze paragraaf wordt de mate van het gebruik van bepaalde diensten van het GezondheidsInformatiePunt uiteengezet. De resultaten van de vragenlijst staan in onderstaande tabel.

Tabel 4.3: *Mate van gebruik van bepaalde diensten van het GIP (met n=55) in percentages van het totaal*

	%
<u>Wel eens gebruik gemaakt digitale info?</u>	
-Ja	13
-Nee	87
<u>Wel eens thematentoonstelling bekeken?</u>	
-Ja	13
-Nee	10

Opvallend bij de vraag naar de mate van gebruik van digitale informatie, is dat de meerderheid hier geen gebruik van maakt. Bij de vraag of mensen wel eens een thematentoonstelling hadden bekeken, had een bijna even groot aantal dit wel als niet gedaan. Voor een groot deel van de respondenten was deze vraag namelijk niet relevant aangezien zij helemaal niet bekend waren met gezondheidsactiviteiten die door de bibliotheek worden georganiseerd (zie paragraaf 4.2) en dus deze vraag niet konden beantwoorden.

§ 4.4 Tevredenheid over GIP

In tabel 4.4 worden de resultaten weergegeven die zijn afgeleid uit de antwoorden op de vragen over de tevredenheid over bepaalde diensten. Hierbij zijn niet altijd alle antwoordmogelijkheden weergegeven zoals deze staan in de vragenlijst. Simpelweg omdat niet altijd op elke antwoordmogelijkheid is ingegaan.

Tabel 4.4: *Mate van tevredenheid diensten van het GIP (met n=55) in percentages van het totaal*

	%
<u>Mening aantal soorten folders</u>	
-Genoeg	13
-Voldoende	15
-Niet voldoende, maar ook niet onvoldoende	2
<u>Mening onderwerpen aangeboden in folders</u>	
-Zeer interessant	8
-Interessant	20
-Niet interessant, maar ook niet oninteressant	2
<u>Mening bruikbaarheid digitale informatie</u>	
-Zeer goed bruikbaar	4
-Goed bruikbaar	12
-Niet goed bruikbaar, maar ook niet slecht bruikbaar	2
<u>Mening hoeveelheid aangeboden gezondheidsinfo via digitale mogelijkheden</u>	
-Genoeg	4
-Voldoende	8
-Niet voldoende, maar ook niet onvoldoende	4
<u>Mening aantrekkelijkheid thematentoonstellingen</u>	
-Aantrekkelijk	10
-Niet aantrekkelijk, maar ook niet afstotend	6
<u>Mening huidige thema's in thematentoonstellingen</u>	
-Interessant	8
-Niet interessant, maar ook niet oninteressant	6
<u>Meer thematentoonstellingen in bieb?</u>	
-Ja	13
-Nee	9

De eerste vraag wat betreft de mate van tevredenheid over diensten in het GezondheidsInformatiePunt ging over het aantal soorten folders die werden aangeboden. De meerderheid van het aantal respondenten dat op deze vraag kon antwoorden was positief.

Ook bij de tevredenheid over de gezondheidsonderwerpen, zoals deze in de folders worden aangeboden, was de meerderheid van de respondenten die deze vraag kon beantwoorden positief.

Hetzelfde geldt eigenlijk voor de tevredenheid over de bruikbaarheid van digitale informatie. De meerderheid van de respondenten die in staat waren deze vraag te beantwoorden was positief en vond het 'goed bruikbaar'. De meerderheid van deze

respondenten vond de hoeveelheid aangeboden gezondheidsinformatie via digitale mogelijkheden ook voldoende.

Ook de vraag over de aantrekkelijkheid werd door het merendeel positief beantwoord. Toch week dit significant niet erg af van het percentage dat het 'niet aantrekkelijk, maar ook niet afstotend' vond. Ook hierbij moet worden vermeld dat het gaat om het percentage van het totale aantal respondenten die deze vraag konden beantwoorden. Het percentage respondenten die de huidige thema's 'interessant' vonden maar ook 'niet interessant, maar ook niet oninteressant' week niet sterk van elkaar af. Het is ook niet erg verwonderlijk dat het percentage respondenten dat wel vindt dat er meer thematoonstellingen moeten worden georganiseerd, niet echt significant afwijkt van het percentage respondenten dat dit niet vindt.

§ 4.5 Voorspelling resultaten

In deze paragraaf wordt afgevraagd in hoeverre bekendheid, gebruik en tevredenheid kunnen worden voorspeld met demografische kenmerken en met verschillende gebruikers (high monitors/low blunters, high blunters/low monitors, high monitors&high blunters, low monitors&low blunters).

Bekendheid, gebruik & tevredenheid versus monitors/blunters

Allereerst zal hier worden bekeken of de verschillen in de verschillende monitor-/blunter-categorieën voorspellers kunnen zijn voor bekendheid, gebruik en tevredenheid van het GezondheidsInformatiePunt.

Tabel 4.5a: *Bekendheid, gebruik & tevredenheid met het GIP versus monitors/blunters (met n= 55) in afgeronde percentages*

	High mon/ low blunt (n=15)	High blunt/ low mon (n=18)	High mon& high blunt (n=11)	Low mon& low blunt (n=11)	totaal (n=55)
<i>Bekendheid</i>					
<u>GIP bezocht afgelopen half jaar?</u>					
-Ja	47%	22%	45%	36%	36%
-Nee	53%	78%	55%	64%	64%
<u>Weten waar GIP zich bevindt?</u>					
-Ja	93%	56%	64%	45%	65%
-Nee	7%	44%	36%	55%	35%
<u>Mening bewegwijzering om GIP te vinden</u>					
-HE duidelijk	0%	28%	0%	27%	15%
-Duidelijk	40%	17%	45%	27%	31%
-ND, maar ook niet OD	27%	11%	18%	9%	16%
-Onduidelijk	6%	6%	9%	9%	7%
-Geen mening	27%	39%	27%	27%	31%
<u>Bekend met manieren van infovoorziening in GIP?</u>					
-Ja	27%	22%	55%	18%	29%
-Nee	73%	78%	45%	82%	71%
<u>Bekend met gezondheidsactiviteiten georganiseerd door bibliotheek?</u>					
-Ja	27%	17%	27%	18%	20%
-Nee	73%	83%	73%	82%	78%

Tabel 4.5a (vervolg): Bekendheid, gebruik & tevredenheid met het GIP versus monitors/blunters (met n= 55) in afgeronde percentages

	High mon/ low blunt (n=15)	High blunt/ low mon (n=18)	High mon& high blunt (n=11)	Low mon& low blunt (n=11)	totaal (n=55)
Gebruik					
<u>Wel eens gebruik gemaakt digitale info?</u>					
-Ja	7%	17%	18%	9%	13%
-Nee	93%	83%	82%	91%	87%
<u>Wel eens thematentoonstelling bekeken?</u>					
-Ja	27%	17%	27%	18%	13%
-Nee	73%	83%	73%	82%	10%
<hr/>					
Tevredenheid					
<u>Mening aantal soorten folders</u>					
-Genoeg	0%	17%	27%	9%	13%
-Voldoende	27%	6%	18%	9%	15%
-Niet vol, maar ook niet onvol	0%	0%	9%	0%	2%
<u>Mening onderwerpen aangeboden in folders</u>					
-Zeer interess	7%	11%	9%	0%	8%
-Interess	20%	6%	45%	18%	20%
-Niet int, maar ook niet oninter	0%	6%	0%	0%	2%
<u>Mening bruikbaarheid digitale informatie</u>					
-ZG bruikbaar	0%	11%	0%	0%	4%
-Goed bruikb	7%	6%	18%	18%	12%
-NG bruikb, maar ook niet slecht bruikb	7%	0%	0%	0%	2%
<u>Mening hoeveelheid aangeboden gezondheidsinfo via digitale mogelijkheden</u>					
-Genoeg	0%	11%	0%	0%	4%
-Voldoende	7%	0%	18%	9%	8%
-Niet vol, maar ook niet onvol	7%	6%	0%	0%	4%
<u>Mening aantrekkelijkheid thematentoonstellingen</u>					
-Aantrekkelijk	13%	6%	9%	9%	10%
-Niet aant,maar ook niet afstotend	7%	6%	0%	9%	6%
<u>Mening huidige thema's in thematentoonstellingen</u>					
-Interessant	7%	6%	9%	9%	8%
-Niet int,maar ook niet onint	13%	6%	0%	0%	6%
<u>Meer thematentoonstellingen in bieb?</u>					
-Ja	13%	11%	9%	18%	13%
-Nee	13%	6%	18%	0%	9%

Het merendeel van alle ondervraagden had het GIP het afgelopen half jaar niet bezocht. Te verwachten viel dat dat met name gold voor mensen die in de categorie high blunter/low monitor vielen. Uit de resultaten kwam naar voren dat dit ook zo bleek te zijn. De meerderheid van alle respondenten wist het GIP echter wél te vinden. Een overgrote meerderheid van de high monitors/low blunTERS wist dit ook (in vergelijking tot de kleine meerderheid in de categorie high blunter/low monitor).

De bewegwijzering naar het GIP werd over het algemeen duidelijk gevonden, maar eenzelfde aantal mensen had hierover geen mening. Het verschil tussen de categorie high monitor/low blunter en de categorie high blunter/low monitor was wel goed te zien. In de eerstgenoemde categorie waren significant meer mensen die de bewegwijzering duidelijk vonden. Opvallend was dat nog meer mensen in de categorie high monitor/high blunter dit ook vonden. Bij bijna alle categorieën informatiegebruikers viel te zien dat ze niet bekend waren met de manieren van informatievoorziening in het GIP, maar bij de high monitors&high blunTERS was er een kleine meerderheid die dit wel was. Bij de vraag naar de bekendheid met gezondheidsactiviteiten die georganiseerd werden door de bibliotheek waren alle categorieën informatiegebruikers het met elkaar eens.

Bij de vragen naar het gebruik van bepaalde diensten die werden aangeboden door het GIP, kwam in alle categorieën informatiegebruikers naar voren dat het merendeel geen gebruik maakte van digitale gezondheidsinformatie. Dit was in overeenstemming met wat het totale aantal respondenten als antwoord gaven. Er kon bij deze vraag dus geen significant verschil worden gevonden tussen bepaalde soorten informatiegebruikers. Een zeer kleine meerderheid van de mensen die antwoord kon geven op de vraag of ze wel eens een thematentoonstelling had bekeken, had dit ook daadwerkelijk gedaan. Opvallend bij de informatiegebruikers was, dat alle categorieën het hierover vrijwel met elkaar eens waren. De meesten hadden namelijk nog nooit een thematentoonstelling bekeken.

Over het algemeen waren de respondenten tevreden wat betreft het aantal soorten folders en de onderwerpen die werden aangeboden in de folders. Er kwam dan ook geen andere respons van een bepaalde categorie informatiegebruiker. Van de respondenten die een mening konden geven over het gebruik van digitale informatie waren ook hier de reacties positief. Opvallend bij de gebruikerscategorieën is wel hetzelfde percentage positief als wat minder positief in de categorie high monitor/low blunter. Dit gold exact hetzelfde bij de vraag naar de mening over de hoeveelheid aangeboden gezondheidsinformatie via digitale mogelijkheden. Tevredenheid betreffende de thematentoonstellingen was vrij positief alsook over de thema's die hier werden aangeboden. Een kleine meerderheid van de mensen die deze vragen konden beantwoorden vond dan ook dat er meer thematentoonstellingen in de bibliotheek moesten komen. Opvallend bij deze laatste vraag was, dat juist alle low monitors&low blunTERS deze mening waren toegedaan, terwijl bij de andere categorieën niet zo'n sterke meerderheid was die daar een bepaalde mening over had.

Bekendheid leek naar aanleiding van deze resultaten wel voorspeld te kunnen worden door een gebruikerscategorie, dit kwam echter bij gebruik en tevredenheid minder sterk naar voren. Om te kijken of bekendheid echt voorspeld kan worden door een monitor-/bluntercategorie zou echter met een toets vastgesteld moeten worden.

Bekendheid versus demografische gegevens

In onderstaande tabel wordt de bekendheid met het GezondheidsInformatiePunt afgezet tegen de demografische gegevens.

Tabel 4.5b: Bekendheid met het GIP(demografische gegevens) met n=55

	<u>n</u>	<u>man</u>	<u>vrouw</u>	<u>Doelgroep (35-54 jaar)</u>
<u>GIP bezocht afgelopen half jaar?</u>				
-Ja	20	33%	39%	50%
-Nee	35	67%	61%	50%
<u>Weten waar GIP zich bevindt?</u>				
-Ja	36	46%	81%	73%
-Nee	19	54%	29%	27%
<u>Mening bewegwijzering om GIP te vinden</u>				
-HE duidelijk	8	33%	0%	9%
-Duidelijk	17	17%	42%	23%
-ND, maar ook niet OD	9	4%	26%	18%
-Onduidelijk	4	13%	3%	18%
-Geen mening	17	33%	29%	32%
<u>Bekend met manieren van infoverzorging in GIP?</u>				
-Ja	16	17%	39%	36%
-Nee	39	83%	61%	64%
<u>Bekend met gezondheidsactiviteiten georganiseerd door bibliotheek?</u>				
-Ja	11	17%	26%	27%
-Nee	43	83%	74%	73%

De meerderheid van de ondervraagden hebben het afgelopen half jaar het GezondheidsInformatiePunt niet bezocht. Dit antwoord werd door bijna evenveel vrouwen als mannen gegeven. Bij de doelgroep hadden echter evenveel mensen het GIP wel als niet bezocht.

Van de ondervraagden wist de meerderheid waar het GIP zich bevond in deze bibliotheek. Een overgrote meerderheid van de vrouwen wist waar het GIP zich bevond, terwijl een kleine meerderheid van de mannen het juist niet wist. De meeste mensen van de doelgroep wisten het wel.

Een aantal mensen vond de bewegwijzering om het GIP te vinden duidelijk, maar een even groot aantal had hierover geen mening. Opvallend bij de demografische gegevens was, dat de meeste vrouwen het duidelijk vonden, maar evenveel mannen vonden de bewegwijzering heel erg duidelijk, danwel hadden geen mening hierover. Ook het merendeel van de doelgroep had hierover geen mening.

De meeste respondenten waren niet bekend met de manieren van informatievoorziening in het GIP en met de gezondheidsactiviteiten die door de bibliotheek worden georganiseerd. Zowel het merendeel van de mannen en vrouwen, alsook het merendeel van de doelgroep, waren het hier mee eens.

De bekendheid leek naar aanleiding van deze resultaten redelijk gelijk te zijn bij zowel de mannen als bij de vrouwen. Dit gold ook voor de doelgroep die vaak gelijke mening had betreffende de bekendheid van het GezondheidsInformatiePunt.

Gebruik versus demografische gegevens

In tabel 4.5c wordt het gebruik van twee bepaalde diensten die georganiseerd worden door het GezondheidsInformatiePunt, afgezet tegen de demografische gegevens.

Tabel 4.5c: *Gebruik van bepaalde diensten van het GIP (demografische gegevens) met n=55*

	<u><i>n</i></u>	<u><i>man</i></u>	<u><i>vrouw</i></u>	<u><i>Doelgroep 35-54 jaar</i></u>
<u>Wel eens gebruik gemaakt digitale info?</u>				
-Ja	7	21%	6%	9%
-Nee	48	79%	94%	91%
<u>Wel eens thematentoonstelling bekeken?</u>				
-Ja	7	13%	13%	18%
-Nee	5	4%	13%	9%
(-niet van toepas)43		83%	74%	73%

Wat opvallend is bij de vraag over het gebruik van digitale informatie is dat de meerderheid er geen gebruik van maakt. Dit geldt ook voor de meerderheid van de mannen, vrouwen en van de doelgroep. Er moet wel bij worden vermeld dat er toch wel een behoorlijk verschil is tussen het percentage mannen en vrouwen dat er wél gebruik van maakt.

Bij de vraag over het bekijken van een thematentoonstelling, is er weinig verschil tussen het aantal mensen dat er wel en geen gebruik van maakt. Voor veel mensen was deze vraag niet van toepassing omdat ze niet bekend waren met gezondheidsactiviteiten die door de bibliotheek georganiseerd werden.

Op basis van in feite één vraag kon niet duidelijk gesteld worden of de demografische gegevens voorspellers zouden kunnen zijn van het wel of niet gebruik maken van bepaalde gezondheidsactiviteiten die worden aangeboden door de bibliotheek.

Tevredenheid versus demografische gegevens

Als laatste wordt in de onderstaande tabel (tabel 4.5d) de vragen weergegeven die de tevredenheid van de bezoekers hebben gemeten. Deze worden afgezet tegen de demografische gegevens om te kijken of deze voorspellers zouden kunnen zijn van de mate van tevredenheid. Om aan te geven dat niet elke respondent deze vragen kon beantwoorden, zijn voor het procentuele totaal ook de respondenten weergegeven voor wie de vraag niet van toepassing was.

Tabel 4.5d: *Mate van tevredenheid diensten van het GIP (demografische gegevens) met n=55*

	<u><i>n</i></u>	<u><i>man</i></u>	<u><i>vrouw</i></u>	<u><i>Doelgroep 35-54 jaar</i></u>
<u>Mening aantal soorten folders</u>				
-Genoeg	7	13%	13%	14%
-Voldoende	8	4%	23%	18%
-Niet vol, maar ook niet onvol	1	0	3%	4%
(-niet v. toepass) 39		83%	61%	64%

Tabel 4.5d: Mate van tevredenheid diensten van het GIP (demografische gegevens) met n=55

	<u>n</u>	<u>man</u>	<u>vrouw</u>	<u>Doelgroep 35-54 jaar</u>
<u>Mening onderwerpen aangeboden in folders</u>				
-Zeer interess	4	4%	10%	9%
-Interess	11	13%	26%	27%
-Niet int, maar ook niet oninter	1	0%	3%	0%
(-niet v. toepass)	39	83%	61%	64%
<u>Mening bruikbaarheid digitale informatie</u>				
-ZG bruikbaar	2	8%	0%	0%
-Goed bruikb	6	17%	7%	9%
-NG bruikb, maar ook niet slecht bruikb	1	0%	3%	5%
(-niet v. toepass)	46	75%	90%	86%
<u>Mening hoeveelheid aangeboden gezondheidsinfo via digitale mogelijkheden</u>				
-Genoeg	2	8%	0%	0%
-Voldoende	4	8%	7%	9%
-Niet vol, maar ook niet onvol	2	4%	3%	5%
(-niet v. toepass)	47	79%	90%	86%
<u>Mening aantrekkelijkheid thematentoonstellingen</u>				
-Aantrekkelijk	5	13%	6,5%	14%
-Niet aant, maar ook niet afstotend	3	4%	6,5%	5%
(-niet v. toepass)	47	83%	87%	82%
<u>Mening huidige thema's in thematentoonstellingen</u>				
-Interessant	4	8%	6,5%	9%
-Niet int, maar ook niet onint	3	4%	6,5%	9%
(-niet v. toepass)	48	88%	87%	82%
<u>Meer thematentoonstellingen in bieb?</u>				
-Ja	7	8%	16%	9%
-Nee	5	8%	10%	18%
(-niet v. toepass)	43	84%	74%	73%

Over het algemeen waren de respondenten die de vraag over de folders konden beantwoorden positief over het aantal folders en de onderwerpen aangeboden in de folders. Het percentage vrouwen was bij deze vraag positiever dan de mannen, maar dit kan ook komen doordat deze vragen voor meer vrouwen relevant was dan voor de mannen. Ook bij diegene die van de doelgroep deze vraag konden beantwoorden waren positief wat betreft deze onderwerpen.

Opvallend bij de vraag naar de bruikbaarheid van digitale informatie, is dat de meeste mensen positief hierover zijn, alleen was er onder de vrouwen en de doelgroep toch nog een relatief percentage voor wie de vraag relevant was en dit juist niet vond. Hetzelfde gold voor de vraag naar de tevredenheid over de hoeveelheid aangeboden

gezondheidsinformatie via digitale mogelijkheden, maar naast de vrouwen en mensen uit de doelgroep was hier ook een relatief percentage mannen die hier niet tevreden over was.

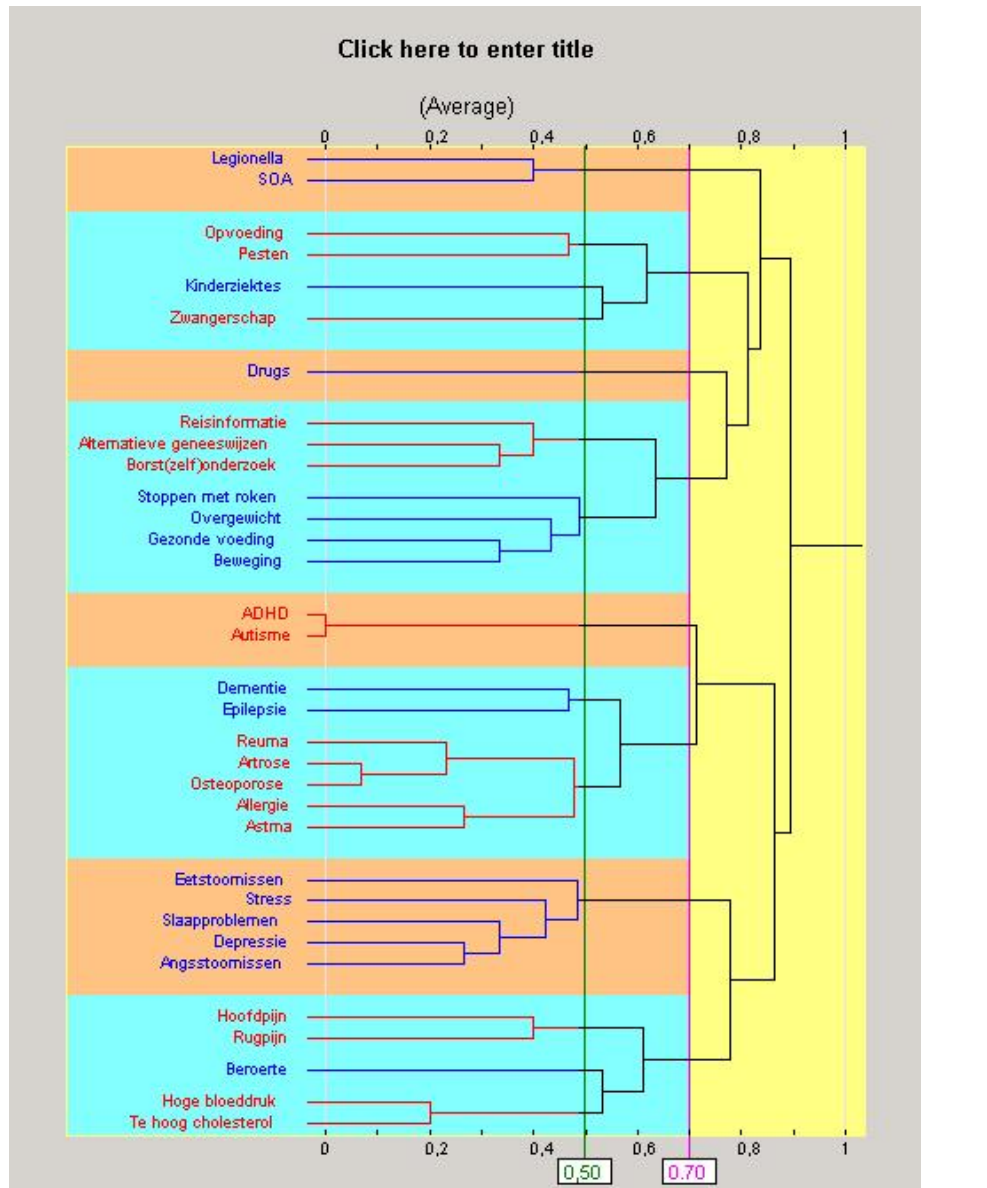
Door de mannen en de doelgroep werden de thematentoonstellingen over het algemeen interessant gevonden, terwijl de vrouwen verdeeld waren over de aantrekkelijkheid ervan. De mannen blijven de thema's van de thematentoonstellingen over het algemeen interessant vinden, maar hierbij zijn de meningen van de vrouwen alsook die van die doelgroep verdeeld. Ondanks dat de mannen zo positief zijn over de thematentoonstellingen, vindt de helft van de mannen die deze vraag konden invullen dat er meer thematentoonstellingen moeten worden georganiseerd en de andere helft vindt dit juist niet.

Over het algemeen waren de meningen vrij gelijk voor wat betreft de tevredenheid over de verschillende manieren van gezondheidsinformatie die wordt aangeboden. Bij de vragen over digitale gezondheidsinformatie waren de mannen echter meer tevreden dan de vrouwen en de doelgroep. Mannen zouden eventueel een voorspeller kunnen zijn van de tevredenheid hierover. Maar in het algemeen kan er worden geconcludeerd dat zowel geslacht als doelgroep niet echt sterke voorspellers zijn van de tevredenheid betreffende de aangeboden gezondheidsinformatie.

§ 4.6 Resultaten card-sort

In deze paragraaf staan de resultaten van de card-sort weergegeven die zijn verkregen met behulp van het programma 'EZ sort' (IBM). Dit is een techniek die patronen in sets van volgordes ontdekt (Van der Geest & Loorbach, 2005). Dit gebeurt door middel van een clusteranalyse waaruit een boomdiagram is verkregen. Deze boomdiagram staat hieronder weergegeven in figuur 4.6.

Figuur 4.6 Boomdiagram Clusteranalyse Card-sort



Met behulp van de gebruikte clusteranalyse en in deze boomdiagram is te zien is hoeverre de respondenten van de focusgroepen het met elkaar oneens waren bij het indelen van de bepaalde gezondheidsonderwerpen die werden aangeboden in de card-sort. Het laat ook zien welke onderwerpen het meest bij elkaar werden gegroepeerd en dus bij elkaar hoorden in de perceptie van de respondenten (Van der Geest & Loorbach, 2005).

Opvallend aan deze boomdiagram is dat 0 procent van de respondenten het met elkaar oneens waren over in het bij elkaar plaatsen van *ADHD* en *Autisme*. Met andere woorden, 100 procent van de respondenten uit de focusgroepen hebben deze bij elkaar gegroepeerd. Bij *Osteoporose* en *Artrose* heeft 90 procent ze bij elkaar gegroepeerd, en bij *Hoge bloeddruk* en *Te hoog cholesterol* was dit 80 procent.

Normaliter is het bij het gebruik van deze 'EZ sort' zo, dat de groene lijn bij 0,3 staat en dat alles links daarvan het beste bij elkaar kan worden geplaatst (dat wil zeggen dat 30 procent van de respondenten het dan met elkaar oneens is over het bij elkaar plaatsen van deze onderwerpen). Vanwege de niet al te grote groep aan respondenten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek is deze lijn verplaatst naar 0,5 en gekeken naar alle groepen die hier links van zaten. In tabel 4.6 staan daarom de nieuwe indeling van groepen zoals deze wordt aanbevolen naar aanleiding van de resultaten van de clusteranalyse waar deze groepen uit zijn te halen.

Tabel 4.6: *Indeling gezondheidsonderwerpen aansluitend bij cognitieve schema's van de gebruikers van het GezondheidsInformatiePunt*

<u>Categorienamen</u>	<u>Gezondheidsonderwerpen</u>
<i>Infecties</i>	Legionella SOA
<i>Opvoeding</i>	Opvoeding Pesten Kinderziektes Zwangerschap
<i>Verslaving</i>	Drugs
<i>Voorlichtings- informatie</i>	Reisinformatie Alternatieve geneeswijzen Borst(zelf-)onderzoek
<i>Zelfverantwoording</i>	Stoppen met roken Overgewicht Gezonde voeding Beweging
<i>Psyche</i>	ADHD Autisme
<i>Neurologisch</i>	Dementie Epilepsie

(vervolg)Tabel 4.6: Indeling gezondheidsonderwerpen aansluitend bij cognitieve schema's van de gebruikers van het GezondheidsInformatiePunt

<u>Categorienamen</u>	<u>Gezondheidsonderwerpen</u>
<i>Chronisch</i>	Reuma Artrose Osteoporose Allergie Astma
<i>Spanningsklachten</i>	Eetstoornissen Stress Slaapproblemen Depressie Angststoornissen
<i>Aandoeningen</i>	Hoofdpijn Rugpijn
<i>Hart- en vaatziekten</i>	Beroerte Hoge bloeddruk Te hoog cholesterol

In tabel 4.6 staan de gezondheidsonderwerpen weergegeven op de manier waarop ze gegroepeerd zijn naar aanleiding van de clusteranalyse van de card-sort. De categorienamen zijn een eigen interpretatie gebaseerd op de categorienamen die de respondenten hebben gegeven aan de rijtjes van de card-sort. Deze zijn na te lezen in bijlage ..., waar alle antwoorden van iedere respondent in de card-sort te vinden zijn. Zoals te zien is in tabel 4.6 zijn er met behulp van deze resultaten categoriebenamingen gemaakt. Uiteindelijk zijn er 11 categorieën gekomen uit de resultaten van de card-sort.

Er viel in de antwoorden van de respondenten op dat de rijtjes waar *Legionella* en *SOA* in voorkwamen meerdere malen 'bacteriële infecties' of dergelijke benamingen kregen.

De rijtjes waar *Opvoeding*, *Pesten*, *Kinderziekten* en *Zwangerschap* het meeste in voorkwamen werden vaak bestempeld met termen als 'jeugd', 'jong' maar ook meerdere malen met een categorienaam waar de term 'opvoeding' in voorkwam.

Drugs was een gezondheidsonderwerp waar bijna 80 procent van de respondenten het met elkaar oneens was over waar men het nu zou moeten plaatsen. Termen als 'niet aan beginnen', 'drugs' en 'verslaving' waren meest voorkomend. Categorienamen als 'informatie', 'voorlichting/informatie' of 'algemene informatie' werden het meest gebruikt voor rijtjes waarin de gezondheidsonderwerpen *Reisinformatie*, *Alternatieve geneeswijzen* en *Borst(zelf-)onderzoek* in voorkwamen. Ondanks dat deze drie onderwerpen nauwelijks op elkaar aan lijken te sluiten, werden ze toch door 40 procent van de respondenten bij elkaar gegroepeerd.

Stoppen met roken, *Overgewicht*, *Gezonde voeding* en *Beweging* werden door iets meer dan 50 procent bij elkaar gegroepeerd. De categorienamen die hierbij naar voren kwamen kregen voor het merendeel benamingen mee die iets met 'voeding' van doen hadden. Maar ook de term 'zelf doen' of 'zelf de leiding nemen' kwam een aantal keren voorbij, alsook de benaming 'gedrag'.

Zoals bij de belangrijkste resultaten al stond weergegeven van deze clusteranalyse, is dat het overduidelijk is dat iedereen van de respondenten vond dat *ADHD* en *Autisme* bij elkaar gegroepeerd moesten worden. Zij kwamen het meeste voor in rijtjes van de card-sort die namen meekregen in de trant van 'psychisch/neurologisch/stoornissen', 'kinder(problematiek)' maar ook 'chronisch'.

Door iets meer dan 50 procent van alle respondenten werden de onderwerpen *Dementie* en *Epilepsie* bij elkaar geschaard. Zij kregen het vaakst de term 'chronisch' en 'neurologisch' mee in de rij waar zij toe behoorden.

Reuma, *Artrose* en *Osteoporose* werden door iets minder dan 80 procent van de respondenten uit de focusgroep bij elkaar gezet. Voor *Allergie* en *Astma* was dit ongeveer 70 procent. Samen werden deze vijf onderwerpen door iets meer dan de helft weer bij elkaar gegroepeerd. Bij de rijen waar ze alle vijf in voorkwamen kwamen als meest de volgende categorienamen voor: 'Fysiek' en 'chronisch'.

Iets meer dan de helft van de respondenten zag *Eetstoornissen*, *Stress*, *Slaapproblemen*, *Depressie* en *Angststoornissen* als onderwerpen die onder één noemer hoorden. 'Stoornissen', 'Psyche', en categorienamen met betrekking tot 'stress en spanning' kwamen duidelijk naar voren.

Misschien is het niet erg frappant dat door meer dan 60 procent van de mensen twee onderwerpen die over pijn gaan, namelijk *Hoofdpijn* en *Rugpijn*, bij elkaar worden geplaatst in een groep. De benamingen van de rijtjes waar deze in voor kwamen waren het meest in de richting van 'aandoeningen', 'klachten' en 'verschijnselen'.

Beroerte was een onderwerp waarover meer dan de helft van de respondenten qua groepering het met elkaar oneens was. Daardoor stond het nogal op zichzelf. *Hoge bloeddruk* en *Te hoog cholesterol* worden door 80 procent van de respondenten bij elkaar geplaatst in de rijen die gevormd werden. Ook al werden deze drie onderwerpen niet door bijster veel mensen bij elkaar gegroepeerd, kwamen ze apart (*Beroerte* en *Hoge bloeddruk & Te hoog cholesterol*) vaak voor in rijtjes met benamingen als '(hart- en vaat-)ziektes.

§ 4.7 Resultaten behoeftepeiling

Omdat niet alle vragen konden worden beantwoord met de vragenlijst alsook niet met de card-sort, zijn er na de card-sort zowel bij de externe als bij de interne groep nog een vijftal open vragen gesteld waarbij iedereen zo vrij mocht zijn om hierop te reageren. Deze vragen staan weergegeven in bijlage 5. De resultaten van deze behoeftepeiling zijn weergegeven in tabel 4.7 om zo een vergelijking te kunnen trekken tussen de verschillende focusgroepen en hun antwoorden. Na het stellen van deze open vragen konden mensen aangeven of ze bereid waren om mee te werken in de toekomst bij het uitzoeken van onderwerpen en activiteiten voor het GezondheidsInformatiePunt. De mensen die hier bereid toe waren staan vermeld in bijlage 6.

Tabel 4.7: Resultaten behoeftepeiling per focusgroep

	Focusgroepen		
	<u>1</u> (extern)	<u>2</u> (extern)	<u>3</u> (intern)
Missen onderwerpen:	-medicijnen -hartkwalen	-hartproblemen -whiplash -CVS/ME -schildklierafwijking -schimmelnagels -voedingssupplementen -hoogbegaafdheid	-geen
Presentatie gez. info:	-op zich prima -toegankelijkheid folders hoger -avonden lotgenoten-contact	-bepaald onderwerp meer info per periode -Gez. info op 1 plek -Internet -meer aandacht alternatieve geneeswijzen -workshops/inloopuren -duidelijkere indeling folders -meer gezondheidsboeken -posters	-mondelijke info -individuele info -info om mee te nemen -sprekuren (arts, patiëntenveren.) -email met arts -boeken/website gez. info
Kwaliteit gez. info:	-toetsing folders (update)	-kwaliteit folders prima (goed toegankelijk)	-folders te beknopt -plek gez. info centraler -info niet té specialistisch
Absoluut in nieuw GIP:	-computers -internet -uitleg waar wat te vinden op internet (bijv. flapover) -toegankelijke medische tijdschriften (bijv. blad 'Plus') -Zitje mét kop koffie/pen papier	-register voor doorverwijzingen -Privéplekje mét koffie -Hoek alternatieve geneeswijzen	-preventieve info -folders -visuele info -digitale info -verwijzingen -duidelijke kleuren -duidelijk aangeven GIP -openheid GIP, niet te hoge kasten, flexibele inrichting -computers -privacy

Omdat het open vragen waren die werden beantwoord werden niet overal dezelfde antwoorden gegeven. Opvallend is echter wel dat door de drie verschillende behoeftepeilingen heen er telkens weer dezelfde dingen naar voren kwamen. Opvallende resultaten worden daarom hieronder per onderwerp uiteengezet die meerdere malen naar voren kwamen.

Er waren geen extreme verschillen tussen de verschillende focusgroepen. Bij het missen van onderwerpen werd alleen 'hartproblemen' genoemd bij twee focusgroepen. De andere focusgroep miste geen enkel onderwerp tijdens de card-sort. Dit zou kunnen komen omdat deze focusgroep maar uit twee respondenten bestond en er veel minder interactie was dan in de andere focusgroepen.

Eveneens opvallend is dat de folders zeker moeten blijven in een nieuw GezondheidsInformatiePunt. Wel moest hierbij duidelijk de standaard en toegankelijkheid in de gaten worden gehouden.

Visuele informatie stond ook hoog in het vaandel. Posters, maar ook bewegende beelden, video en dvd werden verscheidene malen genoemd. Ook de kleuren van de kasten in het GIP konden hier volgens de deelnemers een rol bij spelen, en zo ook de hoogte van de kasten. Vooral frappant was het noemen van duidelijke kleuren door de interne groep (medewerkers van de bibliotheek). Dit omdat er in het begin van dit onderzoek een wijziging in de opdracht plaats heeft gevonden juist vanwege huisstijlkleuren (pasteltinten) die moesten worden aangehouden.

Verwijzingen naar andere instellingen moesten ook kunnen worden gevonden in het GIP. Zowel voor (preventieve) gezondheidsinformatie als voor praktische zaken die nodig zijn naar aanleiding van ziekte (bijvoorbeeld verstelbaar bed, huishulp).

Verder moest het internet zeer zeker blijven. Er moest bij het internet alleen rekening worden gehouden met mensen die hier niet mee om kunnen gaan.

De centralisatie van de gezondheidsinformatie in de bibliotheek en dus door middel van een GezondheidsInformatiePunt werd verscheidene malen genoemd. Een speciale hoek werd daarom voorgesteld, met zitje, een stukje privacy, pen en papier, en als absolute must een kopje koffie!

5. Discussie

In dit discussiegedeelte van het onderzoek bekijken we per onderzoeksvraag wat eruit komt, wat de conclusies zijn, in hoeverre deze uitkomsten en conclusies aansluiten bij de verwachtingen en wat de aanbevelingen voor de bibliotheek als ook voor een eventueel vervolgonderzoek zijn. De onderzoeksvragen met betrekking op de bekendheid met, het gebruik van en de tevredenheid over het GIP zullen worden behandeld in paragraaf 5.1. De onderzoeksvraag over de voorspelling van bekendheid, gebruik en tevredenheid betreffende het GIP in paragraaf 5.2. Vervolgens zullen in paragraaf 5.3 en paragraaf 5.4 de onderzoeksvraag over het laten aansluiten van de gezondheidsinformatie bij de cognitieve schema's van de gebruikers, én de onderzoeksvraag met betrekking tot de behoeftes ten aanzien van een nieuw GIP worden behandeld.

§ 5.1 Bekendheid, gebruik en tevredenheid huidige GIP

In deze paragraaf zal worden uiteengezet wat de uitkomsten van de resultaten van het onderzoek zijn voor de bekendheid, het gebruik en de tevredenheid betreffende het huidige GezondheidsInformatiePunt.

Uit de resultaten viel op te maken dat de bekendheid met het GIP niet altijd erg goed is. De meeste respondenten hebben het GIP het afgelopen half jaar wel bezocht en weten het GIP ook wel te vinden, maar ze zijn minder bekend met de manieren van informatievoorziening en gezondheidsactiviteiten die worden aangeboden door de bibliotheek. Dit viel vooral te zien bij de vragen naar het gebruik van twee diensten aangeboden door de bibliotheek. De meerderheid van de respondenten maakten geen gebruik van digitale informatie en de respondenten die de vraag met betrekking tot het gebruik van een thematentoonstelling konden beantwoorden, scheelde qua antwoord niet veel van elkaar. Slechts een kleine meerderheid had wel eens een thematentoonstelling bekeken. Over het algemeen waren de respondenten wel tevreden over het GezondheidsInformatiePunt. De respondenten die konden antwoorden op deze vragen, waren redelijk tot zeer positief. Dit geldt voor het aantal aangeboden folders, de aangeboden onderwerpen in de folders, de bruikbaarheid en hoeveelheid van de digitale gezondheidsinformatie, en ook de aantrekkelijkheid en de thema's van de thematentoonstellingen.

Doordat niet iedereen alle vragen konden beantwoorden moet er rekening worden gehouden met een vertekend beeld van wat de gebruikers van het GezondheidsInformatiePunt nu werkelijk vinden en zou een belemmering kunnen betekenen voor de representativiteit van de doelgroep. Daarom wordt er voor een vervolgonderzoek aanbevolen dat er nogmaals evaluerende vragen met betrekking tot het GIP worden gesteld, maar ditmaal aan daadwerkelijke gebruikers van het GezondheidsInformatiePunt in plaats van alle bibliotheekbezoekers.

§ 5.2 Voorspelling bekendheid, gebruik en tevredenheid

In deze paragraaf zal worden uiteengezet in hoeverre bekendheid, gebruik en tevredenheid kunnen worden voorspeld aan de hand van psychologische variabelen (monitors/blunters) en demografische variabelen (leeftijd en geslacht).

Uit de resultaten viel goed op te maken dat er bij de bekendheid met het GIP een duidelijk verschil was te vinden tussen de verschillende gebruikerscategorieën ofwel de monitor-/bluntercategorieën. Zoals verwacht waren high monitors/low blunters meer bekend met het GIP en haar voorzieningen dan high blunters/low monitors.

Deze categorie gezondheidsinformatiegebruikers is immers meer geïnteresseerd in gezondheidsinformatie. Voor het gebruik van en tevredenheid over het GIP was dit minder duidelijk.

Er moet in dit onderzoek wel rekening worden gehouden met de manier van invullen van de TMSI-schaal door de respondenten. Bij het analyseren van de data leek het namelijk dat sommige respondenten aan het einde van de schaal gauw een aantal hokjes onder elkaar hebben aangekruist zodat ze eerder klaar waren met het invullen van de schaal.

De vraag die na het bestuderen van de resultaten dan ook opkwam, was hoe het kan dat er naast de high monitors/ low blunTERS en high blunTERS/ low monitors ook mensen waren die zowel high monitor als high blunTER waren of juist low monitor én low blunTER. Hiervoor wordt niet zozeer een vervolgonderzoek aanbevolen. Wel zou een vervolgonderzoek verstandig zijn om na te gaan of de bekendheid met het GezondheidsInformatiePunt daadwerkelijk voorspeld wordt door de monitor-/blunTER-categorieën. Voor een vervolgonderzoek wordt daarom een correlerende toets aanbevolen om te kijken in hoeverre de bekendheid met het GIP correleert met de verschillende monitor-/blunTER-categorieën.

De bekendheid met het GIP blijkt onder zowel de mannen als de vrouwen redelijk gelijk te zijn. Hetzelfde geldt ook voor de doelgroep. Opvallend is wel dat er meer mannen gebruik maken van gezondheidsinformatie via digitale mogelijkheden in vergelijking tot de vrouwen. Er was overigens geen duidelijk verschil in het gebruik van de thematentoonstelling tussen mannen en vrouwen en de doelgroep. Bij de vragen over de tevredenheid was men ook redelijk gelijkgestemd bij zowel mannen als vrouwen als in de doelgroep.

De bekendheid met het GIP lijkt niet goed voorspeld te kunnen worden door een bepaald geslacht of het behoren tot de doelgroep. Voor zowel het gebruik als de tevredenheid van het GIP geldt wel dat niet iedereen deze vragen kon beantwoorden zoals al vermeld staat in paragraaf 5.1. Daarom kunnen deze variabelen in dit onderzoek niet duidelijk worden aangewezen als het wel of niet voorspellen van het gebruik van en de tevredenheid over het GIP.

§ 5.3 Aansluiting bij cognitieve schema's gebruikers GIP

Om te toetsen hoe de onderwerpen van het GezondheidsInformatiePunt zouden moeten worden aangeboden opdat de indeling goed aansluit bij de cognitieve schema's van de gebruikers is er een card-sort uitgevoerd.

Naar aanleiding van deze card-sort is er een volgende indeling gemaakt die te zien is in tabel 4.6. Het wordt aanbevolen de folders in te delen aan de hand van deze onderwerpen en onderwerpgroepen. Omdat de card-sort zelf ook wordt gebruikt om websites in te delen, wordt daarom ook aanbevolen de digitale informatie op een gelijke manier in te delen. Ook zou deze indeling terug te vinden kunnen zijn in bijvoorbeeld een kaartenbak waar mensen op alfabet de verscheidene onderwerpen en de daar bij behorende folders terug kunnen vinden. Hierdoor komt er een constante indeling van het GezondheidsInformatiePunt.

Omdat deze indeling puur gebaseerd is op de cognitieve schema's van de gezondheidsinformatiegebruikers van de bibliotheek Hengelo wordt er aanbevolen een dergelijke card-sort uit te voeren voor een GIP in bijvoorbeeld een andere bibliotheek. Er kunnen verscheidene factoren een rol spelen (bijvoorbeeld doelgroep, cultuur, leeftijd, sociale normen, etcetera) die van invloed kunnen zijn op de cognitieve schema's van gezondheidsinformatiegebruikers en daarom zou het kunnen zijn dat dit onderzoek niet representatief is voor een andere bibliotheek.

Ook zou er nog een vervolgonderzoek plaats kunnen vinden waarbij een vergelijking wordt getrokken met de indeling op de onderwerpen zoals deze nu bestaat in de folderkast van het GIP in Hengelo. Dit zou kunnen door middel van nog een card-sort waarbij deze specifieke onderwerpen worden aangeboden. Zo kan worden gekeken of deze onderwerpen juist meer of minder bij elkaar worden geplaatst in vergelijking tot de onderwerpen van de card-sort die in dit onderzoek zijn gebruikt.

§ 5.4 Behoefteteiling ten aanzien nieuw GIP

Omdat niet alle vragen konden worden beantwoord door de vragenlijst en de card-sort, is er ook nog een behoefteteiling uitgevoerd. Hiermee zijn de specifieke behoeftes van de gezondheidsinformatiegebruikers in kaart gebracht met betrekking tot een nieuw GezondheidsInformatiePunt.

De behoeftes die bij alle drie de focusgroepen naar voren kwamen waren dat de folderkast toch zeker moet blijven in een nieuw GIP. De toegankelijkheid ervan was hierbij vooral belangrijk. Ook stond visuele informatie hoog in het vaandel met als voorbeelden posters, dvd, video en bewegende beelden. Internet moet daarom ook zeker in het GIP. Verwijzingen naar andere instellingen voor praktische zaken en lotgenotencontact werden ook als zeer belangrijk gekenmerkt. De centralisatie van alle gezondheidsinformatie (in het GIP) kwam ook duidelijk naar voren, maar een absolute must was toch wel een speciale hoek met zitje, een stukje privacy, pen en papier én de mogelijkheid tot het krijgen van een kop koffie!

6. Literatuurlijst

- Bensing, J.M., Visser, A., Saan, H. (2001). Patient education in the Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 44, 15-22.
- Bibliotheken Doetinchem en Winterswijk (november 2004). Draaiboek Gezondheidsinformatie in Bibliotheken. *Biblioservice Gelderland*.
- Bibliotheek Hengelo website. *Vraag het Aladin*.
http://aladin.bibliotheek.nl/default.asp?bibliotheek_naam=Bibliotheek+Hengelo&bron=0&postcode=7551&I3.x=45&I3.y=8. Laatst geraadpleegd op 02-08-2005.
- Bonekamp P., Holterman F. (17 januari 2002). *Marketingplan Gezondheidsinformatiepunt*.
- Chattopadhyay, P., George, E., Lawrence, S. (2004). Why does dissimilarity matter? Exploring self-categorization, self-enhancement, and uncertainty reduction. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 89, Issue 5.
- Davies, R. (1996). *Hierarchical card sorting: a tool for qualitative research*.
<http://www.swan.ac.uk/cds/rd/hierarch.htm>. Laatst geraadpleegd op 03-08-2005.
- Dittmar, M. (2001). Changing colour preferences with ageing: a comparative study on younger and older native Germans aged 19-90 years. *Gerontology*, 47, 219-226.
- Eeckhaut, K., Van Zuuren, F.J., Grypdonck, M.H.F., Defloor, T., Van Vliet, M.J. (2003). Monitoring en blunting in verpleegkundig onderzoek: een secundaire analyse op gegevens van de Nederlandstalige Threatening Medical Situations Inventory (TMSI). *Gedrag & Gezondheid*, vol. 31, issue 2, pp. 86-98.
- Enns, J.T., Girgus, J.S. (1986). A developmental study of shape integration over space and time. *Developmental Psychology*, Vol. 22, No. 4, 491-499.
- Feldman, J. (2000). Bias toward regular form in mental shape spaces. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, Vol. 26, No. 1, 152-165.
- Finnegan jr., J.R., Viswanath, K. (?). *Communication theory and health behavior change: the media studies framework*.
http://www.epi.umn.edu/pubh5074/Readings/5074_1.pdf. Laatst geraadpleegd op 02-08-2005.
- Gillaspie, M.L. (2000). Starting a consumer health information service in a public library. *Public Library Quarterly*, Vol. 18(3/4).
- Jabbour, S., Nishtar, S., Prabhakaran, D., Chockalingam, A., Achutti, A., Agrawal, A., Luna, M.A., Garofalo, F., Wielgosz, A. (2003). Information and communication technology in cardiovascular disease prevention in developing countries: hype and hope. *International Journal of Cardiology*, 92, 105-111.
- Kim, H., Markus, H.R. (1999). Deviance or uniqueness, harmony or conformity? A cultural analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 77, No. 4, 785-800.

- Kreuter, M.W., Bull, F.C., Clark, E.M., Oswald, D.L. (1999). Understanding how people process health information: A comparison of tailored and nontailored weight-loss materials. *Health Psychology, Vol. 18, Issue 5*.
- Kreuter, M., Farrell, D., Olevitch, L., Brennan, L. (2001). Tailoring health messages: customizing communication with computer technology. *Health education and behavior, Vol. 28 (2), 249-251*.
- Martindale, C., Moore, K. (1988). Priming, prototypicality, and preference. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, Vol. 14, No. 4, 661-670*.
- McGarty, C., Turner, J.C., Oakes, P.J., Haslam, S.A. (1993). The creation of uncertainty in the influence process: The roles of stimulus information and disagreement with similar others. *European Journal of Psychology, Vol. 23, 17-38*.
- McManus, I.C. (1980). The aesthetics of simple figures. *British Journal of Psychology, 71, 505-524*.
- Miller, S.M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 52, No. 2, 345- 353*.
- Miró, J. (1997). Translation, validation and adaptation of an instrument to assess the information-seeking style of coping with stress: the Spanish version of the Miller Behavioral Style Scale. *Personality and individual Differences, vol. 23, no. 5, pp. 909-912*.
- Munroe, R.H., Munroe, R.L., Lansky, L.M. (1976). A sex difference in shape preference. *The Journal of Social Psychology, 98, 139-140*.
- Petty, R.E., Cacioppo, J.T. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology, Vol. 19*.
- Smith, W. (1996). A framework for the application of uncertainty reduction (UCR) theory to service encounters. *The International Journal of Organizational Analysis, Vol. 4, No. 3, 299-308*.
- Snipes, R.L., LaTour, M.S., Bliss, S.J. (1999). A model of the effects of self-efficacy on the perceived ethicality and performance of fear appeals in advertising. *Journal of Business Ethics, Vol. 19, Issue 3, 273-285*.
- Stalpers, C. (2002/2003). *Klanttevredenheidsonderzoek onder 11.000 bibliotheekbezoekers*.
- Street jr., R.L. (edited by Thompson, T.L., Dorsey, A.M., Miller, K.I., Parrott, R.) (2003). Communication in medical encounters. *Handbook of Health Communication, Mahwah, NJ, Erlbaum*.
- Upchurch, L., Rugg, G., Kitchenham, B. (2001). Using card sorts to elicit web page quality attributes. *IEEE Software, July/August 2001*.
- Van der Geest, T.M. (2002). Methods and materials for administering a card sort to establish an early indication of internal site structure. *Destry Wion, TC599: Sorting Methods, 10 May 2002* (verkrege via Prof. Van der Geest zelf).
- Van der Geest, Loorbach (2005). Testing the visual consistency of web sites. *Technical Communication, vol. 52, number 1*.
- Van Zuuren, F.J., Muris, P. (1993). Coping under experimental threat: Observable and cognitive correlates of dispositional monitoring and blunting. *European Journal of Personality, Vol. 7, 245- 253*.

- Van Zuuren, F.J. (1996). Omgaan met bedreigende medische situaties: een evaluatie van de Nederlandstalige Threatening Medical Situations Inventory (TMSI). *Gedrag & Gezondheid*, vol. 24, issue 1, pp. 39- 46.
- Wehr, T., Wippich, W. (2004). Typography and color: Effects of salience and fluency on conscious recollective experience. *Psychological research*, 69, 138-146.
- Wiegersma, S., Van Loon, A. (1989). Some variables in the blue (red) phenomenon. *The Journal of General Psychology*, 116 (3), 259-269.
- Wijers, A.A., Mulder, G., Okita, T., Mulder, L.J.M. (1989). Event-related potentials during memory search and selective attention to letter size and conjunctions of letter size and color. *Psychophysiology*, Vol. 26, No. 5.
- Williams-Piehota, P., Pizarro, J., Schneider, T.R., Mowad, L., Salovey, P. (2005). Matching health messages to monitor-blunter coping styles to motivate screening mammography. *Health Psychology*, Vol. 24, No. 1, 58-67.
- Witte, K., Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health education & behavior*, Vol. 27 (5), 591-615.

8) Wat vindt u van de informatie over onderwerpen zoals die in de folders wordt aangeboden?

Deze vind ik:

- Zeer interessant
- Interessant
- Niet interessant, maar ook niet oninteressant
- Oninteressant
- Zeer oninteressant

In het GezondheidsInformatiePunt wordt naast foldermateriaal ook digitale informatie aangeboden, zoals de databank op de beschikbare computer in het GezondheidsInformatiePunt, internet en de website van de bibliotheek.

9) Maakt u wel eens gebruik van digitale informatie?

- Ja (ga door met vraag 10)
- Nee (ga door met vraag 11)

10) Wat vindt u van de bruikbaarheid van digitale informatie?

Deze vind ik:

- Zeer goed bruikbaar
- Goed bruikbaar
- Niet goed bruikbaar, maar ook niet slecht bruikbaar
- Slecht bruikbaar
- Zeer slecht bruikbaar

11) Wat vindt u van de hoeveelheid aangeboden gezondheidsinformatie via digitale mogelijkheden?

Deze vind ik:

- Genoeg
- Voldoende
- Niet voldoende, maar ook niet onvoldoende
- Onvoldoende
- Zeer onvoldoende

In deze bibliotheek worden ook gezondheidsactiviteiten georganiseerd in samenwerking met andere organisaties, zoals thematentoonstellingen (bijvoorbeeld 'hart- en vaatziekten', 'dementie', 'opvoeding', etcetera).

12) Bent u bekend met gezondheidsactiviteiten die door de bibliotheek worden georganiseerd?

- Ja (ga door met vraag 13)
- Nee (ga door met vraag 17)

13) Hebt u wel eens een thematentoonstelling bekeken?

- Ja (ga door met vraag 14)
- Nee (ga door met vraag 16)

14) Hoe aantrekkelijk vindt u de thematentoonstellingen om naartoe te gaan?

Deze vind ik:

- Zeer aantrekkelijk
- Aantrekkelijk
- Niet aantrekkelijk, maar ook niet afstotend
- Afstotend
- Zeer afstotend

15) Wat vindt u van de huidige thema's die worden aangeboden in de thematentoonstellingen?

Deze vind ik:

- Zeer interessant
- Interessant
- Niet interessant, maar ook niet oninteressant
- Oninteressant
- Zeer oninteressant

16) Vindt u dat meer van deze thematentoonstellingen in de bibliotheek moeten worden georganiseerd?

- Ja
- Nee

17) Wanneer hebt u het liefst dat de bibliotheek gezondheidsactiviteiten organiseert?

Graag heb ik deze:

- Op een ochtend
- Op een middag
- Op een avond
- In het weekend
- Maakt mij niets uit

Hieronder worden een aantal situaties geschetst, die u wellicht zelf nog nooit heeft meegemaakt. Het is de bedoeling dat u toch probeert u zo goed mogelijk in te leven in de beschreven bedachte situatie en aangeeft in hoeverre de beschreven acties (a t/m f) op u van toepassing zullen zijn.

Wilt u voor **alle** uitspraken aangeven in hoeverre deze op u van toepassing zijn?

Kruis het meest passende antwoord aan; kies het antwoord dat het beste uw mening weergeeft.

Stelling 1: Stel, u hebt al enige tijd last van hoofdpijn en duizeligheid. U bent bij de huisarts en deze vertelt u dat hij het niet helemaal vertrouwt en dat u naar de specialist moet voor een nogal vervelend onderzoek.

	Helemaal niet op mij van toepassing	Niet erg op mijn van toepassing	Enigszins op mij van toepassing	Nogal op mij van toepassing	Zeer op mij van toepassing
a. Ik neem me voor de specialist zoveel mogelijk vragen te stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helemaal niet op mij van toepassing	Niet erg op mijn van toepassing	Enigszins op mij van toepassing	Nogal op mij van toepassing	Zeer op mij van toepassing
b. Ik denk dat het allemaal wel mee zal vallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ik besluit eerst nog bij andere instanties en dokters te informeren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ik neem mij voor te gaan lezen over hoofdpijn en duizeligheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ik probeer voorlopig zo min mogelijk aan vervelende dingen te denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ik maak me niet druk: zo'n onderzoek is minder erg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stelling 2: Stel, u werkt hard en bent veel te zwaar. Uw huisarts heeft al vaker gezegd dat dit onverstandig is. U bent bij hem en hij constateert een te hoge bloeddruk.

	Helemaal niet op mij van toepassing	Niet erg op mijn van toepassing	Enigszins op mij van toepassing	Nogal op mij van toepassing	Zeer op mij van toepassing
a. Ik kijk mee op het apparaat om te zien of hij zich niet vergist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ik maak me niet al te druk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ik besluit gewoon door te leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ik vraag uitgebreid naar de verdere gevolgen en risico's.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ik denk bij mezelf: "er zijn ergere kwalen".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ik neem mij voor veel te gaan lezen over een hoge bloeddruk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stelling 3: Stel, u hebt last van uw hart. U bent bij de specialist en hij adviseert een operatie. Hij vertelt dat u er vier maanden op moet wachten en dat niet zeker is of de operatie echt zal helpen.

	Helemaal niet op mij van toepassing	Niet erg op mijn van toepassing	Enigszins op mij van toepassing	Nogal op mij van toepassing	Zeer op mij van toepassing
a. Ik ga ervan uit dat de operatie bij mij wel zal helpen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ik besluit me zoveel mogelijk in hartoperaties te gaan verdiepen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ik neem me voor de komende maanden zoveel mogelijk plezierige en nuttige dingen te doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ik ga onderzoeken of er een kans is dat de operatie nadelig uitpakt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ik besluit contact te zoeken met andere patiënten met hetzelfde probleem, voor informatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ik denk: "het zal allemaal wel meevallen".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stelling 4: Stel, u gaat met niet al te ernstig lijkende darmklachten naar de dokter. Hij constateert een acute blindedarmontsteking en zegt dat u zo snel mogelijk geopereerd moet worden.

	Helemaal niet op mij van toepassing	Niet erg op mijn van toepassing	Enigszins op mij van toepassing	Nogal op mij van toepassing	Zeer op mij van toepassing
a. Ik wil precies van hem weten wat ze met me gaan doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ik besluit me nog even te ontspannen voor het zover is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ik vraag me af wat er allemaal mis kan gaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ik maak me zo min mogelijk druk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ik denk bij mezelf: "het zal wel meevallen".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ik probeer snel nog iemand te bellen die mij iets over deze operatie kan vertellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bent u bereid mee te doen aan een vervolgonderzoek dat maximaal 45 minuten duurt en ook zal plaatsvinden in deze bibliotheek? Het zal plaatsvinden op een voor u passend tijdstip. U krijgt hiervoor een vergoeding van Euro 10,00 in de vorm van een Irischeque!

Dan zouden wij hiervoor graag uw naam en telefoonnummer noteren:

Naam: _____

Telefoonnummer overdag: _____

's Avonds te bereiken op/ mobiel nummer:

Einde van deze enquête!

Bijlage 2

VOORBEELD Herinneringsbrief Vervolgonderzoek

Bibliotheek Hengelo
Leandra Bosma – Universiteit Twente
Burgemeester Jansenstraat 2
7551 EE Hengelo

Betreft: Onderzoek gezondheidsinformatie bibliotheek Hengelo

Hengelo, 13 juni 2005

Geachte heer/mevrouw,

Hartelijk dank voor het mee willen werken aan het (vervolg)onderzoek naar gezondheidsinformatie in de bibliotheek Hengelo. Bij deze een brief met daarin enkele instructies voor dat onderzoek.

U wordt op **woensdag 22 juni om 19:00 uur** verwacht in de Centrale bibliotheek te Hengelo (Burgemeester Jansenstraat 2). U kunt daar aanbellen bij de hoofdingang en aangeven dat u komt voor het onderzoek. Na afloop van het onderzoek, wat maximaal 45 minuten zal duren, krijgt u als dank de Iris-cheque (VVV-bon) van Euro 10,00.

Nogmaals hartelijk dank en graag tot ziens!

Met vriendelijke groet,

(handtekening)

Leandra Bosma,
onderzoeker voor de bibliotheek Hengelo

Bijlage 3

Instructies card-sort

Wij willen graag uw mening weten over gezondheidsonderwerpen, vandaar deze opdracht:

Voor u liggen 2 stapeltjes kaarten.

Op het eerste stapeltje kaarten staan gezondheidsonderwerpen. Het tweede stapeltje kaarten is blanco.

Het is de bedoeling dat u het stapeltje met de gezondheidsonderwerpen rangschikt in rijen met gezondheidsonderwerpen die u bij elkaar vindt horen, bijvoorbeeld:

<u>Rij 1</u>	<u>Rij 2</u>	<u>Rij 3</u>
Appel	Groen	Vierkant
<i>Peer</i>	<i>Blauw</i>	<i>Rond</i>
<i>Banaan</i>	<i>Paars</i>	<i>Rechthoekig</i>
<i>Kers</i>	<i>Geel</i>	
	<i>Roze</i>	

Het gaat er bij het rangschikken met name om wat u vindt, dus niet hoe u denkt dat wij het zouden willen zien! De rijen hoeven dus ook niet van gelijke lengte te zijn. En als u *Appel*, *Paars* en *Vierkant* bij elkaar vindt horen dan mag dat dus ook.

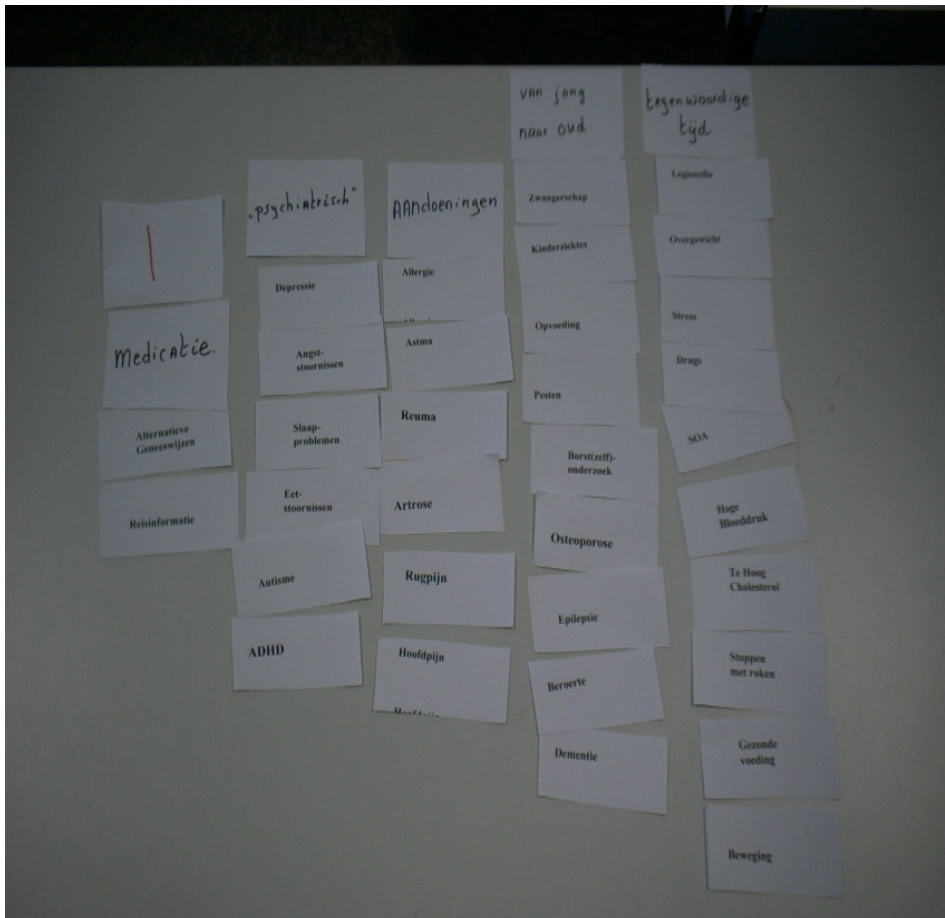
Nadat u de kaartjes met gezondheidsinformatie hebt gesorteerd is het de bedoeling dat u elke rij een 'groepsnaam' geeft die u vindt passen bij die groep. Deze groepsnamen schrijft u op de blanco kaartjes en plaatst u bovenaan elke rij.

Voor deze opdracht hebt u ongeveer 15 à 20 minuten de tijd.

Mochten er nog dingen onduidelijk zijn dan hoor ik het graag.

Bijlage 4

Voorbeeld van de card-sort



Bijlage 5

Onderwerpen card-sort + open vragen

- 1) **Alternatieve geneeswijzen**
- 2) **ADHD**
- 3) **Beroerte**
- 4) **Hoofdpijn**
- 5) **Allergie**
- 6) **Astma**
- 7) **Legionella**
- 8) **Hoge bloeddruk**
- 9) **Te hoog cholesterol**
- 10) **Artrose**
- 11) **Osteoporose**
- 12) **Reuma**
- 13) **Rugpijn**
- 14) **Kinderziektes**
- 15) **Borst(zelf)onderzoek**
- 16) **Dementie**
- 17) **Zwangerschap**
- 18) **Opvoeding**
- 19) **Pesten**
- 20) **Depressie**
- 21) **Angststoornissen**
- 22) **Slaapproblemen**
- 23) **Stress**
- 24) **Drugs**
- 25) **Stoppen met roken**
- 26) **Eetstoornissen**
- 27) **Overgewicht**
- 28) **Gezonde voeding**
- 29) **Beweging**
- 30) **Reisinformatie**
- 31) **Epilepsie**
- 32) **Autisme**
- 33) **SOA**

U hebt net meegedaan aan een onderzoek waar u verscheidene gezondheidsonderwerpen bent tegengekomen.

-Miste u nog bepaalde onderwerpen?

-Op watvoor manier zou u gezondheidsinformatie het liefst gepresenteerd zien (workshops, folders, boeken, inloopuren, via internet/computer, etcetera-> hopelijk komen mensen met deze manieren zelf aan, ik probeer geen aanleiding te geven om beïnvloeding te voorkomen).

Wat moet er verbeteren aan de kwaliteit van de gezondheidsinformatie?

Wat moet er absoluut komen in een nieuw GezondheidsInformatiePunt (qua informatie, qua vormgeving, etcetera-> wat op dat moment maar in de mensen opkomt)?

Zou u zelf betrokken willen worden in de toekomst bij het uitzoeken van onderwerpen en activiteiten voor het GezondheidsInformatiePunt?

Bijlage 6

Mensen die in de toekomst betrokken willen worden bij het GIP:

Externe groep:

- Men. Tjeerd Oenema
074-2425455
Handelstraat 22-2hoog, 7557 TZ Hengelo
- Mevr. H. van Asselt
074-2431317
Godfried Bomansstr. 26, 7552 NS Hengelo
- Mevr. Martine Rozema
074-2911888
Boekeloseweg 82, 7553 DP Hengelo
- 'Hans'
074-2909171/06-18777275
Godfried Bomansstr. 64, 7552 NT Hengelo
- Men. H.H. ter Halle
06-28132897
Allegrohof 9-1, 7457 VJ Hengelo.

Interne groep

Alle medewerkers die mee hebben gewerkt aan het onderzoek waren bereid in de toekomst weer mee te werken.

Bijlage 7: Antwoorden card-sort

Categorieën	Onderwerpen in die categorie
Externe groep	
[1]	
-Medicatie -“psychiatrisch”	<i>Alternatieve geneeswijzen, Reisinformatie Depressie, Angststoornissen, Slaapproblemen, Eetstoornissen, Autisme, ADHD</i>
-Aandoeningen -Van jong naar oud	<i>Allergie, Astma, Reuma, Artrose, Rugpijn, Hoofdpijn Zwangerschap, Kinderziektes, Opvoeding, Pesten, Borst(zelf-) onderzoek, Osteoporose, Epilepsie, Beroerte, Dementie</i>
-Tegenwoordige tijd	<i>Legionella, Overgewicht, Stress, Drugs, SOA, Hoge bloeddruk, Te hoog cholesterol, Stoppen met roken, Gezonde voeding, Beweging</i>
[2]	
-Midlife perikelen	<i>Te hoog cholesterol, Beroerte, Hoofdpijn, Depressie, Slaapproblemen,</i>
-Eet-/Voedingsproblematiek	<i>Hoge bloeddruk, Overgewicht, Gezonde voeding, Eetstoornissen, Drugs, Stoppen met roken, Allergie</i>
-Reisproblematiek	<i>Legionella, Reisinformatie, Epilepsie, Angststoornissen, Stress, SOA</i>
-Kinderproblematiek	<i>Opvoeding, Autisme, Pesten, Kinderziektes, Astma, Alternatieve geneeswijzen, Borst(zelf-)onderzoek, Zwangerschap, ADHD</i>
-Ouderdomverschijnselen	<i>Dementie, Rugpijn, Beweging, Reuma, Artrose, Osteoporose</i>
[3]	
-Niet aan beginnen -Goed over nadenken -Lastige nadelen -Voor een gezonder leven	<i>Drugs, SOA Zwangerschap, Kinderziektes, Opvoeding, Autisme, ADHD Osteoporose, Artrose, Reuma, Rugpijn, Astma, Epilepsie, Allergie Borst(zelf-)onderzoek, Gezonde voeding, Beweging, Stoppen met roken, Alternatieve geneeswijzen, Overgewicht, Reisinformatie, Legionella</i>
-Een ziekte voor jong en oud	<i>Dementie, Beroerte, Angststoornissen, Stress, Depressie, Pesten, Slaapproblemen, Eetstoornissen, Hoofdpijn, Hoge bloeddruk, Te hoog cholesterol</i>
[5]	
-Psychische klachten/verschijns.	<i>Depressie, Slaapproblemen, Stress, Angststoornissen, Eetstoornissen</i>
-Chronische ziektes	<i>Astma, Epilepsie, Osteoporose, Artrose, Reuma, Dementie, Beroerte, Autisme, ADHD</i>
-Tijdelijke ziektes -Gezinsperikelen -Voorlichting cq informatie	<i>Legionella, SOA Zwangerschap, opvoeding, kinderziektes Borst(zelf-)onderzoek, Drugs, Reisinformatie, Stoppen met</i>
-klachten en of verschijnselen	<i>roken, Gezonde voeding, Beweging, Pesten, Alternatieve genees- wijzen Hoofdpijn, Rugpijn, Hoge bloeddruk, Overgewicht, Te hoog chol, aller.</i>
[6]	
-Infectie -Gezondheid	<i>Legionella, SOA Te hoog cholesterol, Beweging, Gezonde voeding, Borst(zelf-) onderzoek, Alternatieve geneeswijzen, Zwangerschap</i>
-Stress gerelateerde aandoening- en/gedragingen	<i>Hoofdpijn, Eetstoornissen, Hoge bloeddruk, Stress, Drugs, Overgewicht, Stoppen met roken, Depressie, Angststoornissen, Slaapproblemen, Rugpijn</i>
-(veel)voorkomende aandoening- en	<i>Allergie, Reuma, Kinderziektes, Osteoporose, Dementie, Beroerte, Epilepsie, Autisme, ADHD, Artrose, Astma</i>

-Gedrag	<i>Opvoeding, Pesten</i>
-Preventie	<i>Reisinformatie</i>
[7]	
-Begin vd levenscyclus	<i>Zwangerschap, Opvoeding, Gezonde voeding, Kinderziektes</i>
-Hier kun je 'zelf' de leiding nemen	<i>Stress, beweging, Borst(zelf-)onderzoek, Hoge bloeddruk, Te hoog cholesterol, Overgewicht, Rugpijn, Reisinformatie, Stoppen met roken</i>
-Hier niet aan beginnen; oorzaak-> gevolg	<i>SOA, Drugs, Pesten</i>
-De onbepaalde factor in het leven	<i>Allergie, Epilepsie, Reuma, Astma, ADHD, Autisme, Legionella</i>
-Persoonlijke oplossing ipv de reguliere zorg	<i>Alternatieve geneeswijzen</i>
-Leren ontspannen op eigen wijze	<i>Hoofdpijn, Slaapproblemen, Depressie, Angststoornissen, Eetstoornissen</i>
-Einde levenscyclus; maar niet persé einde vd rit	<i>Artrose, Beroerte, Dementie, Osteoporose</i>

[8]	
-Algemene informatie	<i>Reuma, Epilepsie, Reisinformatie, Alternatieve geneeswijzen, Borst (zelf-)onderzoek, Dementie, Legionella</i>
-Ouder worden	<i>Osteoporose, Rugpijn, Artrose</i>
-Gezond proberen te zijn	<i>Beweging, Hoge bloeddruk, Beroerte, Te hoog cholesterol, Stoppen met roken</i>
-Spanningsklachten	<i>Hoofdpijn, Slaapproblemen, Allergie, Stress, Astma, Kinderziektes</i>
-Voorlichting	<i>Opvoeding, SOA, Autisme, ADHD</i>
-Met aankomen en afvallen bezig zijn	<i>Eetstoornissen, Overgewicht, Gezonde voeding, Zwangerschap</i>
-Het gevoel	<i>Depressie, Angststoornissen, Pesten, Drugs</i>

Interne groep

[*]1	
-55+ ouderen	<i>Dementie, Osteoporose, Artrose</i>
-Neurologisch	<i>Depressie, Stress, Slaapproblemen, Angststoornissen, Eetstoornissen</i>
-Gezondheid	<i>Overgewicht, Gezonde voeding, Beweging, Hoge Bloeddruk, Te hoog cholesterol</i>
-Ziektes	<i>Beroerte, Reuma, Epilepsie, Rugpijn, Astma, Hoofdpijn, Allergie</i>
-Verslaving	<i>Drugs</i>
-Alternatief	<i>Alternatieve geneeswijzen</i>
-Jeugd	<i>Kinderziektes, Opvoeding, Pesten, Autisme, ADHD</i>
-Voorlichting	<i>Reisinformatie, SOA, Zwangerschap, Legionella, Borst(zelf-)onderzoek, Stoppen met roken</i>

[*]2	
-Vrouwenvragen	<i>Zwangerschap, Borst(zelf-)onderzoek</i>
-Gezond leven	<i>Beweging, Overgewicht</i>
-Opvoeding/opvoedingsproblematiek/jeugd	<i>Opvoeding, ADHD, Autisme</i>
-Drugs	<i>Drugs, Stoppen met roken</i>
-Onderwerpen op zichzelf	<i>Alternatieve geneeswijzen, Allergie, Slaapproblemen, Astma, Reisinformatie, Hoge bloeddruk, Hoofdpijn, Epilepsie, SOA, Kinderziektes, Pesten, Rugpijn, Beroerte</i>
-Voeding	<i>Gezonde voeding, Eetstoornissen, Te hoog cholesterol</i>
-Ziekten	<i>Legionella</i>
-Botten/gewrichten	<i>Osteoporose, Artrose, Reuma</i>
-Psychische klachten	<i>Angststoornissen, Depressie, Dementie, Stress</i>

[*]3

-Botten&gewrichten
-Klachten/stoornissen bij kinderen
-Hart- en vaatziekten

*Osteoporose, Artrose, Reuma
Kinderziektes, ADHD, Autisme*

-Sporten
-Stoornissen
-Lichamelijke/psychische klachten
-Opvoeding
-Zwangerschap
-Binnen- en buitenland
-Bacteriële en andere infecties
-Allergieën
-Kanker

*Beroerte, Hoge bloeddruk, Overgewicht, Te hoog cholesterol, Stoppen met roken
Beweging, gezonde voeding
Epilepsie, Angststoornissen, Eetstoornissen, Stress
Hoofdpijn, Rugpijn, Depressie, Dementie
Slaapproblemen, Pesten, Drugs, Opvoeding
Zwangerschap
Reisinformatie
Legionelle, SOA
Astma, Allergie
Borst(zelf-)onderzoek, Alternatieve geneeswijzen*

[*]4

-Verslaving
-Alternatieve geneeswijzen
-Bewegingsleer
-Voedingsleer
-Hart- en vaatziekten

-Veel voorkomende slaapproblemen
-Neurologie
-Vrouw&Kinderen

*Drugs, Stoppen met roken
Alternatieve geneeswijzen
Artrose, Astma, Osteoporose, Reuma, Rugpijn
Gezonde voeding, Eetstoornissen, Allergie
Beroerte, Beweging, Hoge bloeddruk, Te hoog cholesterol, Overgewicht
Slaapproblemen, Angststoornissen, Stress, Depressie, Hoofdpijn
ADHD, Autisme, Dementie, Epilepsie
Borst(zelf-)onderzoek, Zwangerschap, Kinderziektes, Opvoeding, Pesten
Reisinformatie, Legionella, SOA*

[*]5

-Gezondheid & zelfhulp

-Stoornissen
-Ziektebeelden
-Chronische ziektebeelden

*Opvoeding, Zwangerschap, Stress, Borst(zelf-)onderzoek, Beweging, Overgewicht, Drugs, Stoppen met roken, Gezonde voeding, Reisinformatie, Alternatieve geneeswijzen, Pesten
Slaapproblemen, Autisme, ADHD, Eetstoornissen, Angststoornissen, Dementie
Kinderziektes, SOA, Rugpijn, Beroerte, Depressie, Legionella, Hoofdpijn, Te hoog cholesterol, Hoge bloeddruk
Allergie, Astma, Epilepsie, Osteoporose, Reuma, Artrose*

[*]6

-Chronisch

-Actieve houding

-Ziekten

-Invloed van buiten/pech
-Leven
-Psychisch

*Allergie, Astma, ADHD, Depressie, Autisme, Dementie, Epilepsie, Reuma, Artrose, Osteoporose
Reisinformatie, Stoppen met roken, Opvoeding, Alternatieve geneeswijzen, Beweging, Gezonde voeding, SOA, Borst(zelf-)onderzoek, Overgewicht
Beroerte, Rugpijn, Hoge bloeddruk, Te hoog cholesterol, Slaapproblemen, Hoofdpijn, Kinderziektes
Legionella, Stress, Drugs, Pesten
Zwangerschap
Eetstoornissen, Angststoornissen*

[*]7

-Levenswijze
-Psyche
-Gedrag
-Bacterie
-Ziekten

*Gezonde voeding, Eetstoornissen, Beweging, Overgewicht
Slaapproblemen, Stress, Angststoornissen, Depressie, Hoofdpijn
Pesten, Opvoeding, Stoppen met roken, ADHD, Autisme
Legionella
SOA, Osteoporose, Artrose, Reuma, Beroerte, Kinderziektes,*

-Ongezond	<i>Dementie, Astma, Epilepsie</i>
-Informatie	<i>Te hoog cholesterol, Hoge bloeddruk, Drugs</i> <i>Alternatieve geneeswijzen, Reisinformatie, Borst(zelf-)onderzoek, Zwangerschap, Rugpijn, Allergie</i>
[*]8	
-Fysiek	<i>Overgewicht, Artrose, Allergie, Reuma, Te hoog cholesterol, SOA, Legionella, Astma, Rugpijn, Hoofdpijn, Kinderziekten, Hoge bloeddruk, Zwangerschap, Osteoporose</i>
-Psychisch	<i>Pesten, Slaapproblemen, Stress, ADHD, Drugs, Epilepsie, Angststoornissen, Beroerte, Eetstoornissen, Autisme, Dementie, Depressie</i>
-Zelf doen	<i>Beweging, Opvoeding, Reisinformatie, Alternatieve geneeswijzen, Borst(zelf-)onderzoek, Gezonde voeding, Stoppen met roken</i>
