

Drop-out bij de online begeleidingsmodule abortusverwerking van Fiom

Kwalitatief onderzoek naar de motieven van cliënten om door te gaan of voortijdig te stoppen met de begeleidingsmodule abortusverwerking.

Student: Felicity Shuttleworth

Studentnummer: s1016369

Opleiding: Bachelor Psychologie

Specialisatie: Gezondheidspsychologie

Opdrachtgever: Fiom

1^e begeleider: Dr. Stans Drossaert

2^e begeleider: Dr. Annemarie Braakman

Externe begeleider Fiom: Naomi Boer

Datum: 22-01-2014



UNIVERSITEIT TWENTE.

Samenvatting

Achtergrond: Bij onbedoelde zwangerschap bestaat de optie een abortus te laten verrichten. Het komt regelmatig voor dat vrouwen psychische klachten krijgen na hun abortus, zoals spijt, verdriet en schaamte. Vrouwen in Nederland hebben de mogelijkheid om hun abortus te verwerken met behulp van de online begeleidingsmodule abortusverwerking van Fiom. Uit onderzoek van Witten-Eshuis (2013) bleek dat bijna 60% van deze vrouwen die de begeleidingsmodule volgden, voortijdig zijn gestopt. Dit fenomeen wordt drop-out genoemd en is een bekend probleem bij online interventies en hulpverlening.

Doelstelling: Het huidige onderzoek beoogde inzicht te krijgen in factoren die drop-out van de online begeleidingsmodule abortusverwerking beïnvloeden.

Methoden: De participanten in dit kwalitatieve onderzoek waren vrouwen die de begeleidingsmodule volgen of hebben gevolgd (N=14). Er zijn semi-gestructureerde, telefonische interviews afgenomen en opgenomen, waarbij de audio-opnamen zijn verwerkt tot transcripten. Relevante fragmenten van de transcripten zijn vervolgens inductief geanalyseerd om zo tot antwoord categorieën en thema's te komen.

Resultaten: Participanten waren zeer positief over de begeleidingsmodule. De meest genoemde factoren die hen motiveerden om door te gaan met de module, waren dat zij vooruitgang in hun situatie zagen, benieuwd waren naar het eindresultaat en het online contact met de hulpverlener aangenaam vonden. De belangrijkste gevonden factoren die de participanten eventueel zouden belemmeren om de module af te ronden, waren het willen vermijden van de confrontatie die zij ervoeren bij de opdrachten, technische problemen en het moeite hebben met het vinden van tijd om de opdrachten te maken.

Conclusies: Een combinatie van persoonlijke, technische en tijd gerelateerde factoren heeft invloed op de kans op drop-out. De belangrijkste belemmerende factoren zijn persoonlijk, namelijk de confrontatie uit de weg willen gaan en het vinden van tijd om opdrachten te maken. Het contact met de hulpverlener als motiverende factor is niet terug te vinden in de literatuur, maar bleek hier wel een rol te spelen. Tenslotte blijkt dat factoren die drop-out beïnvloeden bij geautomatiseerde interventies deels overeenkomen met de factoren die een rol spelen bij niet-geautomatiseerde interventies zoals de module abortusverwerking.

Summary

Background: One of the possible decisions regarding unintentional pregnancy is to get an abortion. Women often suffer from psychological distress after getting an abortion, which can include feelings of regret, shame and grief. Those suffering from psychological distress have the possibility to follow the Dutch online guidance module from Fiom to learn to cope with their abortion. Previous research showed that almost 60% of all women prematurely quit the programme (Witten-Eshuis, 2013). This phenomenon is called dropout and is a well known problem regarding web-based interventions.

Objective: The current research was conducted to gain insight into the factors that influence dropout from the guidance module.

Methods: Participants of this qualitative research were women who were involved in the guidance module (N=14). Semi-structured interviews were held via telephone and were audio-taped. The audio-tapes were transcribed verbatim. Relevant fragments of the transcripts were analysed inductively, which led to the formation of categories and themes.

Results: Overall, participants were very positive about the module. Motivating factors to complete the module that were mentioned most often, included the progress the participants noticed regarding their psychological distress, being curious about the results and the pleasant contact they had with the social worker who guided them. Mentioned factors that would hinder participants from completing the module, were technical issues, wanting to avoid confrontation caused by the assignments, and having difficulty finding time to make the assignments.

Conclusions: A combination of personal, technical and time related factors influence the chance of dropout. The most important factors that could lead to dropout are wanting to avoid confrontation and having difficulty finding time to make the assignments. The contact with the social worker as a motivating factor has not been found in literature, but has been found to play a role in adherence to the guidance module. Factors that influence dropout in automated interventions partly overlap with factors that influence dropout in non-automated interventions, such as the guidance module.

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Summary	2
1. Inleiding	5
1.1 Abortus	5
1.2 De abortusbehandeling	6
1.3 Wet Afbreking Zwangerschap	6
1.4 Redenen om te kiezen voor abortus	7
1.5 Klachten na de abortus	7
1.6 Fiom	9
1.7 Online hulpverlening en drop-outs	11
1.8 Model ter verklaring van drop-out	12
1.9 Onderzoeksvragen en variabelen	15
2. Methode	16
2.1 Participanten	16
2.2 Procedure	16
2.3 Materialen	17
2.3.1 Socio-demografische gegevens	17
2.3.2 Vragen met betrekking tot de abortus	18
2.3.3 Reden van initiële deelname aan de module abortusverwerking.nl	18
2.3.4 Ervaringen met de module abortusverwerking.nl	19
2.3.5 Intentie tot afronden van de module abortusverwerking.nl	19
2.3.6 Redenen om (eventueel) voortijdig te stoppen met de module abortusverwerking.nl	20
2.3.7 Redenen om door te gaan met de module abortusverwerking.nl	20
2.3.4 Afsluiting	20
2.4 Data-analyse	21
3. Resultaten	21
3.1 Beschrijving van de participanten	21
3.2 Gegevens met betrekking tot de abortus	23
3.3 Reden tot initiële deelname aan de module abortusverwerking.nl	25
3.3.1 Voorkeur voor digitale of face to face hulpverlening	27
3.4 Ervaringen met de module abortusverwerking.nl	28
3.4.1 Ervaringen met de opdrachten	28
3.4.2 Ervaringen met de hulpverlener	33
3.5 Intentie tot afronden van en motiverende factoren om door te gaan met de module abortusverwerking.nl	35
3.6 Factoren die een rol spelen om (eventueel) voortijdig te stoppen met de module abortusverwerking.nl	37
3.7 Tips om de module abortusverwerking.nl te verbeteren	39

4. Conclusie en discussie	39
4.1 <i>Online begeleidingsmodule abortusverwerking</i>	39
4.2 <i>Treatment Completer Motivation model</i>	42
4.3 <i>Sterke punten en beperkingen van het huidige onderzoek</i>	43
4.4 <i>Aanbevelingen</i>	43
4.4.1 <i>Vervolgonderzoek Fiom</i>	43
4.4.2 <i>Begeleidingsmodule abortusverwerking</i>	44
6. Referenties	46
7. Bijlagen	49
<i>Bijlage 1: e-mail naar de participanten</i>	49
<i>Bijlage 2: de vragenlijst</i>	52

1. Inleiding

1.1 Abortus

Sommige vrouwen raken onbedoeld zwanger. Wanneer dit gebeurt, moet een keuze gemaakt worden met betrekking tot de zwangerschap. Opties waaruit gekozen kan worden zijn het uitdragen van de zwangerschap, gevolgd door het houden van het kind, afstand ter adoptie of een alternatieve opvoedmogelijkheid zoals een pleegzorgplaatsing. Een andere mogelijkheid is de keuze voor een abortusbehandeling, waarbij de zwangerschap wordt afgebroken.

Uit de Landelijke abortusregistratie (Rutgers WPF, 2013) blijkt dat in 2011 in Nederland 31.707 abortussen zijn uitgevoerd. In verhouding tot alle geregistreerde zwangerschappen in 2011, houdt dit in dat 13,3% van alle zwangere vrouwen ervoor heeft gekozen om de zwangerschap af te laten breken. Deze cijfers zijn de laatste jaren stabiel gebleven (Centraal bureau van de Statistiek [CBS], 2011).

De leeftijd van de zwangere vrouw heeft invloed op de keuze voor abortus. De gemiddelde leeftijd van een vrouw die voor een abortus kiest is 27,5 jaar. Tieners (vrouwen onder de twintig jaar) kiezen het vaakst voor een abortus. Van de tieners die zwanger worden, kiest 62% voor een abortus. De groep die het minst vaak voor een abortus kiest zijn vrouwen tussen de 30 en 34 jaar. Van deze zwangere vrouwen kiest slechts 6,4% voor een abortus. Het gemiddeld aantal weken zwangerschap waarop er voor een abortus wordt gekozen is acht weken. Het grootste deel van de vrouwen (91,5%) laat dan ook een abortus verrichten in het eerste trimester van de zwangerschap (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2013).

Voor een aanzienlijk aantal vrouwen blijft het niet bij één abortus. Ongeveer een derde (38,9%) van de vrouwen die voor een abortus kiest, heeft al eerder één of meerdere abortussen laten verrichten (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2013). Antilliaanse en Surinaamse vrouwen schroeven dit gemiddelde flink omhoog; in deze groepen heeft respectievelijk 54% en 58% al vaker een abortus ondergaan (Rutgers WPF, 2013).

1.2 De abortusbehandeling

In Nederland zijn er drie methoden om abortus te verrichten, namelijk de morning-afterpil, de abortuspil en zuigcuretage. De duur van de zwangerschap op het moment van abortus bepaalt welke behandelmethode wordt gebruikt. De morning-afterpil moet binnen 72 uur na de onbeschermdde geslachtsgemeenschap worden ingenomen. Een abortus door middel van een abortuspil is mogelijk tot negen weken na de eerste dag van de laatste menstruatie. Na de negende week van de zwangerschap is het mogelijk om een abortus te verrichten door middel van zuigcuretage, waarbij het vruchtje uit de baarmoeder gezogen wordt. Wanneer een vrouw tussen de dertien en 22 weken zwanger is, is deze behandeling fysiek gezien zwaarder vanwege de grootte van de vrucht. De vrucht wordt dan in stukjes verdeeld, waarna deze uit de baarmoeder gezogen worden (Fiom, 2012).

1.3 Wet Afbreking Zwangerschap

Waar het in sommige landen verboden is om abortus te verrichten, is het in Nederland wettelijk toegestaan, mits er wordt voldaan aan een aantal regels. Deze regels worden gespecificeerd in de Wet Afbreking Zwangerschap (WAZ), opgesteld in 1984. Hierin staat dat een abortus wettelijk is toegestaan tot de 24^e week van de zwangerschap. Dit is besloten omdat het kind vanaf de 24^e week buiten de baarmoeder van de moeder levensvatbaar is. Volgens de Jaarrapportage 2011 Wet Afbreking Zwangerschap (2013) houden artsen gemiddeld 22 weken zwangerschap aan als grens voor het mogen verrichten van een abortus, omdat artsen tot op twee weken nauwkeurig de duur van een zwangerschap kunnen bepalen. Omdat abortus een psychisch zware ingreep kan zijn, is in de WAZ daarnaast een verplichte bedenktijd van vijf dagen opgenomen. Tijdens deze bedenktijd kan de vrouw nadenken of zij definitief achter haar keuze tot abortus staat. De verplichte bedenktijd is geldig vanaf het moment dat een vrouw meer dan zestien dagen overtijd is. Een meisje onder de zestien jaar heeft toestemming nodig van haar ouders of voogd om een abortus te laten verrichten. Zonder toestemming kan zij nog wel naar een arts of abortuskliniek gaan. In dat geval bepaalt de arts of het meisje de gevolgen van haar beslissing volledig begrijpt. Mocht dat zo zijn, dan kan zij alsnog een abortus laten verrichten, zonder toestemming van haar ouders of voogd.

1.4 Redenen om te kiezen voor abortus

Besluit tot abortus gebeurt om verschillende redenen. Slechts een klein deel van de abortussen wordt besloten naar aanleiding van ongunstige bevindingen bij prenatale diagnostiek. Deze zwangerschappen waren in eerste instantie gewenst. Na een ongunstige diagnose kunnen de meeste ouders het emotioneel niet aan om zwanger te blijven van een kind dat ernstige afwijkingen of helemaal geen levenskansen heeft (Geerink-Vercammen, 2009). Bij 3% van alle zwangerschappen wordt een afwijking gevonden bij de foetus, waarna ongeveer 80% van deze zwangerschappen voor de 24^e week wordt afgebroken (Gawron, Cameron, Phisuthikul, Simon, 2013).

Bij onbedoelde zwangerschap kiezen vrouwen om uiteenlopende redenen voor een abortus. De meest genoemde redenen zijn financiële redenen, timing (“niet het juiste moment”), partner gerelateerde redenen, de behoefte om zich te focussen op hun andere kind(eren), niet emotioneel klaar zijn voor een kind en gezondheid gerelateerde redenen (Biggs, Foster & Gould, 2013). Vrouwen plaatsen hun motivatie voor hun besluit dus tegen de achtergrond van hun levenssituatie (Brauer, van Nijnatten & Vollebergh, 2012).

De keuze voor abortus bij een onbedoelde zwangerschap is niet makkelijk. In een Nederlands onderzoek van Brauer, van Nijnatten en Vollebergh (2012) werd gekeken naar het besluitvormingsproces tot een abortus. In dit onderzoek werden 81 vrouwen geïnterviewd die hadden gekozen voor een abortus. Zij gaven allen aan dit als een zware beslissing te hebben ervaren. Hoewel het een zwaar besluit was, hebben sommige vrouwen (39,5% van de onderzoeksgroep) niet getwijfeld aan hun besluit om voor een abortus te kiezen. Vrouwen die wél twijfelden, worstelden met verschillende dingen. Zo konden of wilden zij geen keuze maken en/of voelden zij zich gedwongen door omstandigheden of door de verwekker. Ook hadden de vrouwen die twijfelden een strijd tussen hun gevoel en verstand, een negatieve attitude ten aanzien van abortus, angst voor negatieve gevolgen van een abortus en ervoeren zij een emotionele nasleep (Brauer, van Nijnatten & Vollebergh, 2012).

1.5 Klachten na de abortus

Wereldwijd is er onderzoek gedaan naar de invloed van een abortus op de mentale gezondheid van vrouwen. Hoewel een abortus niet altijd hoeft te leiden tot psychische problemen, bleek uit vele onderzoeken dat vrouwen die een abortus laten verrichten

wél een grotere kans hierop hebben. In een grootschalig kwalitatief onderzoek van Kimport, Gould en Foster (2013) onder 843 vrouwen uit de Verenigde Staten, bleek dat 90% van deze vrouwen opluchting voelden na hun abortus. Hoewel veel vrouwen tevredenheid en opluchting voelden, ervoer meer dan de helft tevens psychische klachten door hun keuze tot abortus en de ingreep zelf (Kimport, Gould & Foster, 2013). Uit een Nederlands onderzoek kwam naar voren dat spijt en andere emotionele problemen zoals verdriet en schaamte, vooral voorkomen onder vrouwen die zich onder druk gezet voelden om voor een abortus te kiezen (Brauer, van Nijnatten & Vollebergh, 2012).

Het optreden van psychische problematiek als gevolg van abortus is niet alleen aangetoond in kwalitatief onderzoek, maar ook in kwantitatief onderzoek. Zo bleek uit een onderzoek onder Nieuw-Zeelandse vrouwen die een abortus hebben gehad, dat deze vrouwen een groter risico lopen op mentale problemen zoals depressie, angststoornissen en alcohol- en drugsmisbruik (Fergusson, Horwood & Ridder, 2006). Deze resultaten kwamen tevens naar voren uit onderzoek van Dingle en Alati (2008), die vonden dat vrouwen die een abortus hebben laten verrichten een verhoogd risico hebben op een negatief zelfbeeld, angststoornissen, suïcide en misbruik van en/of verslaving aan drugs en alcohol. In een Amerikaans onderzoek van Curley en Johnston (2013) is gekeken naar de psychische gevolgen van een abortus bij 89 studenten. Daaruit bleek dat alle studenten symptomen van post-traumatische stress stoornis (PTSS) vertoonden. Bij 40% van deze studenten waren de symptomen dusdanig aanwezig dat zij er veel last van hadden (Curley & Johnston, 2013).

Samengevat kan gesteld worden dat de keuze tot abortus door veel vrouwen wordt gezien als een moeilijk besluit en dat abortus een heftige nasleep met zich mee kan brengen. Vanwege de psychische problematiek die vaak op abortus volgt, raden onderzoekers steeds vaker aan dat vrouwen psychologische begeleiding krijgen na een abortus (Curley & Johnston, 2013). Veel vrouwen (iets meer dan 50%) die participeerden in het onderzoek van Curley en Johnston (2013) gaven ook zelf aan behoefte te hebben aan professionele hulp om leren om te gaan met de negatieve, psychische klachten die zij ervoeren na de abortus.

1.6 Fiom

In Nederland kunnen vrouwen die last hebben van psychische klachten na een abortus terecht bij Fiom. Fiom is het kenniscentrum in Nederland die hulp, kennis en informatie biedt op gebied van ongewenste zwangerschap en afstamming, met daaruit voortvloeiende dienstverlening voor ongewenst zwangere vrouwen en mensen met afstammingsvragen. Fiom zet zich in om in verbinding met anderen, de keuzevrijheid van ongewenst zwangere vrouwen te vergroten en te bewerkstelligen dat afstammingsgegevens reeds vanaf de geboorte zeker gesteld, gewaarborgd, vastgelegd en traceerbaar zijn.

De door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gesubsidieerde instelling bood voorheen face-to-face begeleiding aan vrouwen die na hun abortus last hadden van emotionele of psychische klachten. Sinds VWS een subsidiekorting van 60% heeft doorgevoerd in 2013, kan Fiom geen face-to-face begeleiding meer aanbieden. Wel blijven zij hulp bieden via www.abortusverwerking.nl, een online begeleidingsmodule die sinds november 2010 van start is gegaan. De website geeft de mogelijkheid tot begeleiding aan vrouwen vanaf zestien jaar die emotionele en psychische klachten hebben na een abortus. Deze online begeleiding is gebaseerd op de face-to-face begeleiding die Fiom voorheen aanbood. Naast de online begeleidingsmodule kunnen vrouwen op deze site ook informatie over abortus vinden, op het forum berichten plaatsen om ervaringen te delen, een ervaringsverhaal delen op de site en kunnen zij anoniem chatten met een maatschappelijk werker. Bezoekers van de site kunnen een zelf-test invullen om te kijken of het voor hen verstandig zou zijn om de online begeleidingsmodule te volgen. Als de vrouw besluit dat zij de module wil gaan volgen, kan zij een intakeformulier invullen. Een maatschappelijk werker beoordeelt dan of de vrouw geschikt is voor online begeleiding of beter doorverwezen kan worden naar een andere instelling.

In de online begeleidingsmodule wordt iedere cliënte gekoppeld aan een maatschappelijk werker die haar zal begeleiden. De begeleiding bestaat uit vier fasen, waarbij duidelijk onderscheid is gemaakt in thema's (tabel 1). De begeleider stuurt schrijfoopdrachten aan de cliënte, welke passen bij het thema van de betreffende fase. In totaal zijn er veertien opdrachten die verdeeld worden over zestien weken. Er is een vaste volgorde waarin deze opdrachten gemaakt dienen te worden, maar de begeleider

kan hier veranderingen in aanbrengen als dat beter aansluit bij de situatie van de cliënte. Soms wordt, in overleg met de cliënte, besloten dat niet alle opdrachten gemaakt hoeven te worden, als deze niet van toepassing zijn bij de betreffende cliënte.

Tabel 1.

Opdrachten en fases van de online begeleidingsmodule abortusverwerking

Fase	Opdracht thema
1. De gebeurtenis: de abortus	Zwangerschap en besluitvorming De abortus
2. De gevolgen: gevoelens en gedachten	Schaamte Schuld Omgeving Klachten Overlevingsmechanismen Kinderwens Seksualiteit
3. De betekenis: balans opmaken	Betekenis van de abortus Afscheid en herdenken Vergeven
4. De toekomst	Eigen kracht Hoe ga je verder
Evaluatie	Eerste evaluatieformulier Tweede evaluatieformulier

De opdrachten worden gemaakt in een beveiligde internetomgeving, waar de cliënte haar oude opdrachten en intake kan teruglezen en berichten kan sturen naar haar begeleider. Wanneer de begeleider een bericht stuurt, bijvoorbeeld met feedback op de laatst afgeronde opdracht, krijgt de cliënte een bericht van noreply@fiomedia.nl. De cliënte ziet op deze manier dat er een bericht voor haar klaarstaat, zonder dat een buitenstaander kan zien waar het over gaat, waardoor de vertrouwelijkheid wordt gewaarborgd. Wanneer de begeleiding is afgerond, ontvangt de cliënte een evaluatieformulier. Drie maanden na afronding ontvangt zij nogmaals een

evaluatieformulier. Op deze manier kan Fiom de werking van de module in kaart brengen.

Afronding van de begeleidingsmodule vindt plaats wanneer de cliënte klaar is met de opdrachten die haar begeleider haar heeft gegeven of wanneer zij, samen met de begeleider, besluit dat het beter is om te stoppen, bijvoorbeeld omdat de module niet het gewenste effect heeft. In dit laatste geval kan de begeleider de cliënte alsnog doorverwijzen naar een andere instantie. Het komt echter ook voor dat een cliënte stopt zonder dat dit aangeraden wordt door haar begeleider. Uit onderzoek van Witten-Eshuis (2013) bleek dat 58,6% van de cliënten bij Fiom voortijdig is gestopt met de module. De reden van voortijdig stoppen is onbekend. Daarnaast kan niet worden gezien in welk deel van de begeleiding een cliënte precies is gestopt, wat het lastiger maakt om een verklaring te vinden. Het huidige onderzoek beoogt inzicht te krijgen in de redenen voor voortijdig stoppen met de module.

1.7 Online hulpverlening en drop-outs

Het gebruik van internet als medium voor psychologische interventies en hulpverlening komt steeds vaker voor. Effectiviteit van dergelijke interventies is aangetoond bij verschillende soorten problematiek, zoals depressie, misbruik van alcohol en drugs, angststoornissen en slaapproblemen (Mohr, Burns, Schueller, Clarke & Klinkman, 2013).

Online hulpverlening kent vele voordelen. Zo is het beschikbaar waar en wanneer de cliënt hiervoor kiest en is de drempel tot hulp zoeken lager door anonimiteit (Griffiths, Lindemeyer, Powell, Lowe & Thorogood, 2006). Sommige mensen zoeken liever geen traditionele face-to-face therapie, vanwege geografische redenen, vastzitten aan tijden en een gevoel van schaamte; factoren die beduidend minder een rol spelen bij online hulpverlening (Donkin & Glozier, 2012; Ritterband et al., 2009). Daarnaast hebben zowel de cliënt als de hulpverlener bij online hulpverlening meer tijd om na te denken over hun reactie voordat ze daadwerkelijk reageren (Eysenbach, 2005).

Online hulpverlening kent echter ook nadelen. Zo is het niet voor iedereen even makkelijk bereikbaar. Iemand moet beschikking hebben over een computer, internetverbinding en bepaalde computervaardigheden. Het grootste probleem bij online hulpverlening is de verhoogde kans op drop-out (Mohr, Burns, Schueller,

Clarke & Klinkman, 2013). Bij drop-out stopt de cliënt met het programma voordat hij of zij deze voltooid heeft. Bij geautomatiseerde interventies ligt het drop-out percentage vaak tussen de 60 en 80% (Geraghty, Torres, Leykin, Perez-Stable & Munoz, 2012).

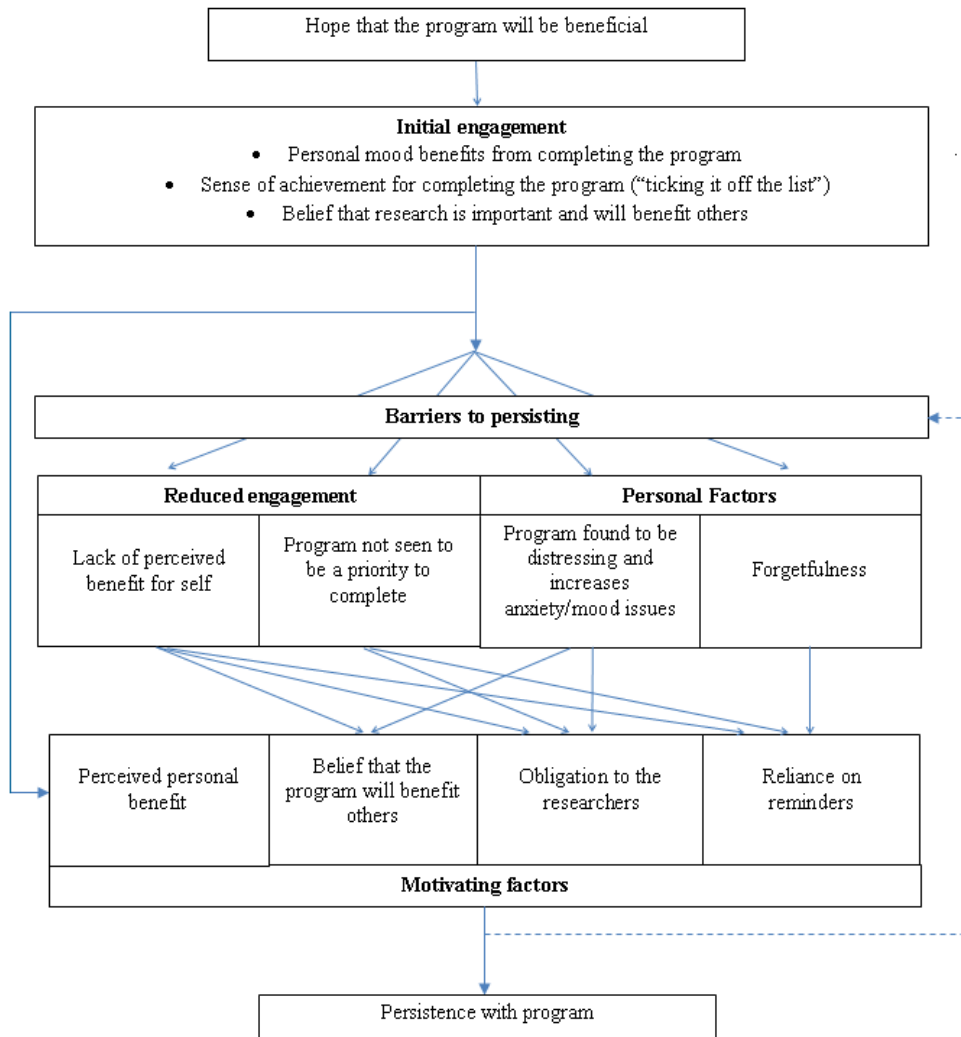
Meerdere factoren spelen een rol in drop-out. Sommige mensen missen face-to-face contact met een therapeut of hebben technische problemen met hun computer en toegang tot het internet (Christensen, Griffiths & Farrer, 2009). Daarnaast spelen verwachtingen van de online interventie een rol. Lage verwachtingen van de effectiviteit van de interventie hebben een voorspellende waarde voor drop-out. Demografische variabelen zoals een hogere leeftijd, lager opleidingsniveau en ongehuwde status zijn tevens voorspellend voor drop-out in online hulpverlening (Geraghty, Torres, Leykin, Perez-Stable & Munoz, 2012; Batterham, Neil, Bennett, Griffiths & Christensen, 2008).

1.8 Model ter verklaring van drop-out

Uiteindelijk bepaalt een combinatie van motiverende en belemmerende factoren of iemand een online interventie voltooit. Donkin en Glozier (2012) voerden een kwalitatief onderzoek uit naar deze factoren onder deelnemers van een Australisch online, geautomatiseerd hulpprogramma voor mensen met depressieve symptomen. Zij werkten met een ‘grounded theory’ benadering, wat inhoudt dat zij een theorie opstelden op basis van de gegevens die zij vonden in hun onderzoek, zonder enige theoretische voorkennis te gebruiken. De gegevens werden verhaald door middel van diepte interviews bij twaalf participanten van het online hulpprogramma. De gegevens van de interviews zijn verwerkt tot een model genaamd Treatment Completer Motivation (model 1).

Model 1.

Treatment Completer Motivation



Donkin en Glozier (2012) vonden grote overeenkomsten tussen de uitkomst van hun onderzoek en andere onderzoeken naar factoren die een rol spelen bij het afronden van een online hulpprogramma. Op basis van hun onderzoek en een bijbehorende literatuurstudie blijkt dat drie factoren, die genoemd worden in het model, een grote voorspellende rol spelen in het wel al dan niet afronden van een online hulpprogramma: de redenen van initiële deelname, de belemmerende factoren en de motiverende factoren. In het model zijn ook factoren opgenomen die betrekking hebben op deelname aan (wetenschappelijk) onderzoek, welke niet relevant zijn voor het huidige onderzoek.

Allereerst zijn er verschillende soorten motivatie waardoor een persoon zich besluit aan te melden voor een online interventie of behandeling ("initial

engagement”, model 1). Voordat het besluit gemaakt wordt, moet er een gedachte zijn dat de interventie een positieve werking zal hebben. Bij daadwerkelijke deelname zijn er volgens het model drie factoren die een rol hebben gespeeld in het besluit om deel te nemen. Zo kan gedacht worden dat de behandeling een verbetering van (psychische) klachten teweeg kan brengen. Daarnaast hebben sommige mensen het idee dat het iets is wat zij gedaan willen hebben als persoonlijke prestatie. De laatste factor die volgens het model een rol speelt, is de overtuiging dat het onderzoek belangrijk is en anderen kan helpen. Deze laatste factor is in het huidige onderzoek niet relevant, aangezien er geen sprake is van een onderzoek, maar van een begeleidingsmodule om van psychische klachten af te komen.

Wanneer de behandeling begonnen is, zijn er verscheidene factoren die de motivatie verminderen om de behandeling te voltooien (“barriers to persisting”, model 1). Een deelnemer kan geen of minder persoonlijke voordelen zien in de behandeling of de behandeling is geen prioriteit voor hem/haar. Simpelweg het vergeten van de behandeling en de opdrachten speelt ook een rol bij de vermindering van motivatie. Tenslotte spelen ook psychische factoren een rol in de vermindering van motivatie. De behandeling kan stress opleveren waardoor stemmings- en angstproblemen meer opspelen, wat maakt dat iemand minder bezig wil zijn met de behandeling. Deze factoren zouden allen een rol kunnen spelen in de vermindering van motivatie van participanten in het huidige onderzoek.

De barrières worden volgens het model onder andere opgeheven wanneer een deelnemer persoonlijke voordelen ziet bij de behandeling. Wanneer iemand vooruitgang ziet in zijn/haar situatie, is ligt de kans ongeveer 20% hoger dat deze persoon doorgaat met de behandeling (Batterham, Neil, Bennett, Griffiths & Christensen, 2008). Daarnaast wordt in het model genoemd dat het geloof dat anderen kunnen profiteren van de behandeling en herinneringen vanuit de behandeling ontvangen zodat de opdrachten niet vergeten worden tevens motiverende factoren zijn om verder te gaan met een behandeling. Tenslotte wordt in het model genoemd dat een plichtgevoel tegenover de onderzoeker een motiverende factor is, maar deze factor is in het huidige onderzoek niet relevant, omdat bij de begeleidingsmodule geen sprake is van onderzoek waar een cliënte aan deelneemt.

Samen met beweegredenen om in eerste instantie te kiezen voor een specifieke behandeling, zijn deze motiverende factoren en afwezigheid van barrières doorslaggevend voor het voltooien van de behandeling. Het model is het gebaseerd op

een geautomatiseerde interventie (zonder online contact met een hulpverlener), maar lijkt op het eerste oog ook inzetbaar ter verklaring van drop-out bij niet-geautomatiseerde interventies, zoals de begeleidingsmodule van Fiom. Hoewel het Treatment Completer Motivation model (Donkin & Glozier, 2012) een plausibele verklaring lijkt te bieden voor drop-out, is er nog weinig onderzoek gedaan om het model in zijn geheel te ondersteunen en verifiëren. Om deze ondersteuning te krijgen, is meer empirisch bewijs nodig. Het huidige onderzoek beoogt de validiteit en bruikbaarheid van het model in onderzoek naar drop-out bij online interventies in kaart te brengen.

1.9 Onderzoeksvragen en variabelen

Zoals voorheen beschreven, stopt 58,6% van de cliënten bij Fiom met de begeleidingsmodule abortusverwerking voordat zij deze afronden (Witten-Eshuis, 2013). Vaak is er op moment van afhaken geen contact meer met deze cliënten en is er, door de vertrouwelijke manier van werken vanuit Fiom, geen mogelijkheid om contact op te nemen met deze cliënten om de reden(en) van voortijdig stoppen te achterhalen. Fiom wil weten hoe het komt dat een groot deel van de cliënten voortijdig stopt met de online begeleidingsmodule. De onderzoeksvraag luidt dan ook:

Wat zijn redenen van cliënten om voortijdig te stoppen met de online begeleidingsmodule abortusverwerking van Fiom?

De deelvragen hierbij luiden als volgt:

1. Wat is de initiële motivatie van cliënten om te beginnen met de online begeleidingsmodule?
2. In hoeverre hebben cliënten de intentie om de online begeleidingsmodule af te ronden?
3. Wat zijn motiverende factoren voor cliënten om de online begeleidingsmodule af te ronden?
4. Wat ervaren cliënten als belemmerende factoren voor participatie aan en afronding van de online begeleidingsmodule?
5. Wat zouden cliënten veranderen aan de online begeleidingsmodule?

6. In hoeverre is het Treatment Completer Motivation model van Donkin en Glozier (2012) bruikbaar en valide in onderzoek naar drop-out bij online interventies?

De te onderzoeken variabelen zijn de reden van initiële deelname aan de module, de ervaringen van de cliënte met de module, de intentie van de cliënte om de module te voltooien, de barrières bij het deelnemen en voltooien van de module, en de motivatie van de cliënte om de module af te ronden. Deze variabelen zijn gekozen aan de hand van de literatuur, waarbij het Treatment Completer Motivation model (Donkin & Glozier, 2012) de grootste rol speelt.

2. Methode

2.1 Participanten

De participanten in dit onderzoek waren vrouwen die de online begeleidingsmodule abortusverwerking van Fiom volgen of gevolgd hebben. Sinds juli 2013 wordt in het intakeformulier gevraagd of de cliënte mee zou willen werken aan een onderzoek. Wanneer een vrouw dit wilde, kon zij contactgegevens achterlaten (e-mailadres). Daarnaast hebben maatschappelijk werkers van Fiom hun huidige online cliënten gevraagd of zij deel wilden nemen aan het onderzoek, is er een oproep geplaatst op abortusverwerking.nl en fiom.nl en er is via het twitter- en facebookaccount van Fiom geworven. Cliënten die hebben aangegeven deel te willen nemen, zijn benaderd door medewerkers van Fiom (beheerders van abortusverwerking.nl).

2.2 Procedure

Aan de vrouwen die hebben aangegeven dat ze wilden deelnemen, werd een e-mail vanuit Fiom gestuurd met uitleg over het onderzoek, de rechten van de participanten en de vraag of zij nog steeds wilden deelnemen aan het onderzoek. Deze e-mail werd ongeveer drie weken gestuurd voordat het interview plaatsvond. De tweede e-mail ontvingen zij één à twee weken later (bijlage 1). In deze e-mail stelde de onderzoeker zich voor, werd gezorgd voor informed consent en kregen de vrouwen de vragenlijsten te zien. De vragenlijsten werden toegestuurd voordat het interview

plaatsvond, zodat de vrouwen zich konden voorbereiden op het beantwoorden van de vragen en wisten wat hen te wachten stond tijdens het interview. In de e-mail stond tevens een verzoek tot het maken van een telefonische afspraak.

Op de door de participant gekozen datum werd zij gebeld voor het telefonische interview. Deze werd afgenomen vanuit een kantoor op Universiteit Twente. Voorafgaand aan het interview werd de participant nogmaals gewezen op het doel van het onderzoek en haar rechten om op elk moment te kunnen stoppen met de deelname. Er werd verteld dat de informatie uit het interview enkel gebruikt zal worden voor de doeleinden van het onderzoek en dat vertrouwelijkheid gegarandeerd is. Tevens werd verteld dat de antwoorden van de cliënte niet worden doorgegeven aan haar begeleider van de module. Na het geven van informed consent, werd de participant gevraagd of zij hiermee akkoord ging. Daarna begon het interview, waarbij de vragenlijst werd afgenomen. Van ieder interview werd een audio-opname gemaakt. Het interview duurde twintig tot 30 minuten, afhankelijk van de participant

2.3 Materialen

De opzet van het huidige onderzoek is een beschrijvend, kwalitatief ontwerp. De interviews waren semi-gestructureerd op basis van een vragenlijst. De vragenlijst (bijlage 2) bestond uit drie onderdelen, namelijk vragen over socio-demografische gegevens, vragen met betrekking tot de abortus, en vragen met betrekking tot de online begeleidingsmodule abortusverwerking van Fiom. Er zijn veel open vragen gesteld, waarbij de interviewer vaak vroeg naar meer informatie of uitleg. Om zoveel mogelijk informatie te verkrijgen, gebruikte de interviewer verbale aanmoedigingen (“hmh”, “ja”) en werd doorgevraagd op de antwoorden van de open vragen (“Kunt u daar wat meer over vertellen?”, “Hoe bedoelt u dat?”, “Kunt u daar een voorbeeld van geven?”, “Kunt u zich nog meer redenen/dingen bedenken?”).

2.3.1 Socio-demografische gegevens

Ieder interview begon met een aantal vragen over de socio-demografische gegevens van de participant. Er werd gevraagd naar haar leeftijd en gezinssituatie. Er is gevraagd of de participant een partner heeft (ja of nee) en zo ja, of zij samen wonen (ja of nee). Vervolgens is gevraagd of de participant kinderen heeft en zo ja, hoeveel dit er zijn en, mits zij een partner heeft, deze kind(eren) van haar huidige partner is/zijn (ja, nee, of niet al mijn kinderen, maar wel ... kind(eren)).

2.3.2 Vragen met betrekking tot de abortus

Allereerst werd gevraagd hoeveel abortussen de cliënte heeft gehad (1, 2, 3, of meer dan 3). Indien de participant meer dan één abortus heeft gehad, werden de rest van de vragen gesteld over de abortus waarvoor zij de begeleidingsmodule volgt. Hoeveel weken de participant zwanger was op het moment dat de abortus plaats vond, werd aangegeven met 0-4 weken, 5-8 weken, 9-12 weken, 13-16 weken, 17-20 weken, 21-22 weken, of meer dan 22 weken. De volgende vraag was of de abortus haar eigen besluit was ('Ja, dit was volledig mijn eigen besluit', 'Ik heb dit samen met mijn partner besloten', 'Nee, dit was niet mijn eigen besluit', of 'Anders, namelijk...')) en zo ja, wat de reden was van dit besluit. Hierbij zijn de antwoordopties gezondheidsredenen, financiële redenen, niet het juiste moment, het gevoel er nog niet klaar voor te zijn, partner gerelateerde redenen, het kindje niet de juiste toekomst kunnen bieden, of anders namelijk Deze opties zijn gekozen aan de hand van literatuur over de meest genoemde redenen voor een abortus (Biggs, Foster & Gould, 2013). Als de abortus niet de keuze was van de participant zelf, werd gevraagd wie deze beslissing heeft genomen wan wat de reden hiervan was.

2.3.3 Reden van initiële deelname aan de module abortusverwerking.nl

Gesloten vragen

Hoe de participant in aanraking gekomen is met Fiom en abortusverwerking.nl, kon beantwoord worden met via een zoekmachine (zoals Google), via een flyer of poster, ik ben doorverwezen door ..., ik heb er over gelezen, of anders, namelijk Er is gevraagd of de participant een voorkeur heeft voor digitale hulpverlening ofwel reguliere (face-to-face) hulpverlening. Daarna is gevraagd naar de reden van deze voorkeur.

Open vragen

Er werd gevraagd wat de participant heeft doen besluiten om zich aan de melden bij abortusverwerking.nl. Vervolgens werd gevraagd wat voor verwachtingen de participant, voorafgaand aan de aanmelding, had van de online begeleidingsmodule. Op beide vragen is doorgevraagd.

2.3.4 Ervaringen met de module abortusverwerking.nl

Gesloten vragen

Om te kijken hoever de cliënte is met de module, is gevraagd hoeveel weken zij al bezig was met de module en welke opdrachten zij al heeft voltooid. Daarnaast is gevraagd hoe lang ze gemiddeld bezig was met een opdracht (0-30 minuten, 30-60 minuten, 60-90 minuten, 90-120 minuten, of langer, namelijk ... minuten). Om te kijken of er al vermindering is van de klachten waar de cliënte last van heeft/had, werd gevraagd aan te geven hoe erg zij haar klachten ervoer voordat de module begon en hoe zij deze nu ervaart (beide op een schaal van 1 tot 10, waarbij 1 staat voor erg lichte klachten en 10 voor erg zware klachten).

Open vragen

Er is gevraagd naar wat de cliënte vindt van de opdrachten die zij tot dusver gemaakt heeft. Dit werd gedaan middels twee open vragen. Eerst werd gevraagd wat de cliënte goed, plezierig of zinvol vond aan de opdrachten. Een deelvraag hierbij was of de cliënte zich nog opdrachten kan herinneren waar zij veel aan heeft gehad en waarom zij deze opdrachten noemde. Daarna werd gevraagd wat de cliënte minder goed, lastig of moeilijk vond aan de opdrachten. Een deelvraag hierbij was of de cliënte zich nog opdrachten kon herinneren die zij minder goed vond en waarom. Vervolgens werd gevraagd hoe zij zich voelde terwijl ze een opdracht maakte. Tenslotte is gevraagd hoe de cliënte het contact met haar hulpverlener ervoer. Op alle open vragen is doorgevraagd.

2.3.5 Intentie tot afronden van de module abortusverwerking.nl

Gesloten vragen

Er is gevraagd om met een cijfer van 1 (helemaal niet waar) tot 7 (volledig waar) aan te geven in hoeverre een aantal stellingen op de participant van toepassing waren. De eerste drie stellingen luiden als volgt: Als ik eerder zou stoppen met de module... 1 ... zou ik me slecht voelen over mezelf, 2 ... zou ik het gevoel hebben dat ik faal, 3 ... zou dat zijn omdat ik niet het idee heb dat het me helpt. De andere twee stellingen waren: Ik heb het gevoel dat... 1 ... het het beste voor mezelf is als ik de module af maak, 2 ... de module voor mij de beste optie is om van mijn klachten af te komen. Er is gevraagd om een toelichting op de antwoorden.

Open vraag

Er is gevraagd naar hoe waarschijnlijk de participant het achtte dat zij de hele begeleidingsmodule gaat voltooien. Enkele participanten hadden de begeleidingsmodule al voltooid. Aan hen werd de vraag net wat anders gesteld, namelijk: ‘Hoe waarschijnlijk achtte u het, tijdens dat u nog bezig was met de module, dat u de hele begeleidingsmodule ging voltooien?’ Er is gevraagd om toelichting op het antwoord, waarbij doorgevraagd werd op het antwoord.

2.3.6 Redenen om (eventueel) voortijdig te stoppen met de module abortusverwerking.nl

Open vraag

Dit onderdeel bestond uit één open vraag. Deze luidde: Wat zijn dingen die het voor u moeilijker maken om de opdrachten te maken en uiteindelijk de module te voltooien? Hier is wederom doorgevraagd op het antwoord.

2.3.7 Redenen om door te gaan met de module abortusverwerking.nl

Open vragen

Allereerst werd gevraagd wat de participant motiveert om verder te gaan met de module en deze uiteindelijk te voltooien. Vervolgens werd gevraagd op wat voor manier de participant dacht dat de module haar helpt bij de verwerking van haar abortus. Wederom is er bij beide vragen doorgevraagd op het antwoord.

2.3.4 Afsluiting

Gesloten vragen

Ter afsluiting zijn drie vragen gesteld over de achtergrond van de participant. Deze vragen horen bij de socio-demografische gegevens. De vragen hadden betrekking op nationaliteit (Wat is uw nationaliteit? Antwoordopties: Nederlands, of anders namelijk...) en het land waar zij van origine vandaan komt (In welk land bent u geboren? Antwoordopties: Nederland, of anders namelijk...). Vervolgens werd gevraagd naar de hoogst genoten opleiding die de cliënte heeft voltooid.

Open vragen

Er is gevraagd of de participant nog tips had om de begeleidingsmodule abortusverwerking te verbeteren. Aan het einde van het interview is aan de participant

gevraagd: 'Zijn er nog dingen waar niet naar gevraagd is, maar waarvan u wel denkt dat ze van belang zijn?'

Beëindiging interview

Er is gevraagd of de participant de resultaten van het onderzoek wil ontvangen. Tenslotte werd de participant bedankt voor haar deelname aan het interview.

2.4 Data-analyse

De audio-opnames van de interviews zijn verwerkt tot transcripten. Om de vertrouwelijkheid te waarborgen, zijn de participanten individueel aangeduid met een participantnummer (bijvoorbeeld '001'). Fiom zal een bestand ontvangen met de persoonsgegevens per code voor eventueel vervolgonderzoek. Verder worden deze gegevens niet verstrekt.

De transcripten van de interviews werden door één codeur geanalyseerd. Allereerst zijn per variabele relevante citaten geselecteerd. Vervolgens werd per variabele met inductieve analyse gezocht naar categorieën en thema's. Voorafgaand aan de analyse was niet bekend welke categorieën binnen de variabelen gevonden zouden worden. Wanneer alle categorieën waren gemaakt, zijn de transcripten nogmaals gelezen om te controleren of alle informatie gebruikt was en of de categorieën een goede weergave vormden van de informatie die de participanten hebben gegeven. De gemiddelden en standaardafwijkingen van de kwantitatieve gegevens zijn berekend met SPSS.

3. Resultaten

3.1 Beschrijving van de participanten

In totaal hebben veertien vrouwen deelgenomen aan de interviews (N=14) (tabel 2). De gemiddelde leeftijd is 32,6 jaar (SD=10,4). Van deze vrouwen hebben acht een partner waarmee zij samenwonen. Daarnaast hebben zeven vrouwen kinderen, waarvan vier vrouwen twee kinderen hebben, één vrouw drie kinderen heeft en twee vrouwen vier kinderen hebben. Alle veertien vrouwen hebben de Nederlandse nationaliteit en zijn tevens in Nederland geboren. Qua behaald opleidingsniveau is er diversiteit onder de vrouwen.

Tabel 2.

Beschrijving van de participanten

	Gemiddeld	(SD)	Min	Max
<i>Leeftijd</i>	32.6	(10.4)	17	56
<i>Zwangerschap (in weken)</i>	9.1	(4.1)	5	21
<i>Opleidingsniveau*</i>	Aantal participanten			
Lager niveau	4			
Middelmatig niveau	5			
Hoger niveau	5			

*Lager: VMBO-tl, LAO, Mavo

Middel: VWO, MBO

Hoger: HBO, WO (bachelor), WO (5)

Niet alle vrouwen wisten precies hoeveel weken zij al bezig waren met de module en hoeveel minuten zij gemiddeld besteden aan een opdracht (tabel 3). Aan de participanten is gevraagd een cijfer te geven aan hun klachten zoals zij die ervoeren voordat zij met de module waren begonnen en hoe zij deze ervoeren nu ze bezig of zelfs klaar waren met de module. De klachten zijn, in vergelijking met voor de module, gemiddeld met 2,9 punten gedaald.

Tabel 3.

Beschrijving van de participanten met betrekking tot de begeleidingsmodule

	Gemiddeld	(SD)	Min	Max
<i>Aantal weken bezig met de module (N=8, Missing=6)</i>	8.0	(2.6)	4	12
<i>Tijd bezig met opdracht (in minuten) (N=12, Missing=2)</i>	40.8	(22.6)	15	90
<i>Klachtencijfer voor</i>	7.6	(1.9)	2	10
<i>Klachtencijfer nu</i>	4.7	(2.2)	2	8

3.2 Gegevens met betrekking tot de abortus

Van de geïnterviewde vrouwen gaven dertien vrouwen aan dat zij één abortus hebben laten verrichten. Één vrouw heeft twee abortussen laten verrichten. Omdat zij voor haar meest recente abortus de online begeleidingsmodule volgt, zijn de andere twee vragen met betrekking tot de laatste abortus gesteld.

Alle participanten hebben het besluit tot abortus als hun eigen besluit ervaren. Hiervan zijn vier participanten samen met hun partner tot het besluit gekomen. Drie participanten gaven aan enige druk van de omgeving te hebben gevoeld en samen met hun ouders en gezin de beslissing te hebben genomen. Deze participanten waren allemaal relatief jong toen zij de abortus lieten verrichten, namelijk veertien, vijftien en zeventien jaar.

Vaak gaven de participanten meerdere redenen voor hun besluit tot een abortus. Tabel 4 geeft een overzicht van deze redenen. Genoemde redenen voor een besluit tot abortus zijn een slechte relatie met de verwekker van het kind, leeftijd gerelateerde

redenen (zichzelf te jong of te oud vinden voor een kind), financiële redenen, dat het niet het juiste moment was, dat het gezin van de participant al compleet was, het kind niet de juiste toekomst te kunnen bieden en zelf geen goede toekomst kunnen opbouwen.

Tabel 4.

Redenen van de participanten om voor een abortus te kiezen

<i>Reden abortus</i>	Aantal participanten	Citaat
Slechte relatie met de verwekker	6	“Zeg maar de verwekker ervan, ja, om het simpel te zeggen, die haat ik gewoon zo erg dat ik er helemaal niets meer mee te maken wou hebben, dus ook geen kind van hem wou.”
Leeftijd	5	“Ja, dat ik veel te jong was natuurlijk. En dat kan niet.”
Financieel	5	“Financieel, en eh, ik had ook zoiets van, zo kan ik geen kind opvoeden, ik moet eerst een gewone woning hebben.”
Zelf geen goede toekomst kunnen opbouwen	3	“Dat was niet slim voor mij en eh, dan had ik geen toekomst meer en dat soort dingetjes.”
Gezin is al compleet	3	“Vooral eh, omdat ik natuurlijk twee eh, kinderen heb en ons gezin eigenlijk al compleet was. Eh, dat speelde heel erg mee, omdat ik denk, eh we hebben bewust gekozen voor eh, twee kinderen.”
Niet het juiste moment voor een kind	2	“Maar het tijdstip kwam ook gewoon niet uit, wij zijn nog niet heel lang samen en nou, ja, het leek ons gewoon niet verstandig.”
Kind niet de juiste toekomst kunnen bieden	2	“Ik had het idee dat ik niet een kind wilde laten opgroeien tussen twee ouders die gewoon in de ruzie zitten.”

3.3 Reden tot initiële deelname aan de module abortusverwerking.nl

De participanten gaven een aantal redenen waarom zij zich hebben aangemeld bij abortusverwerking.nl (tabel 5). De meest genoemde reden was het ervaren van psychische klachten als gevolg van hun abortus, waarbij met name schuldgevoel en spijt naar voren kwamen. Zo vertelde een van de participanten:

“Mijn schuldgevoel is heel erg groot dat ik op 39jarige leeftijd een kindje heb laten aborteren.”

Daarnaast voelden een aantal participanten de behoefte om over de abortus te praten. Zij vonden het moeilijk om erover te praten en gaven aan dit in het dagelijks leven ook bijna nooit te doen.

“Ja ik was heel erg op zoek naar een manier om het te verwerken en aangezien ik het lastig vond om erover te praten, maar eh wel mijn verhaal kwijt kon eh, wou, ja ik wou mijn verhaal zeg maar wel kwijt en ik vond dit wel een geschikte manier voor mij.”

Een aantal participanten wilden de kans aangrijpen om wat aan hun psychische klachten te doen en zagen de module als een goede gelegenheid daartoe. Tot slot gaf één participant aan zich aangemeld te hebben vanwege haar lichamelijke klachten.

Veel participanten hadden geen specifieke verwachtingen van de module. Participanten die wél verwachtingen hadden, gaven aan dat zij adequate begeleiding verwachtten, hoopten op vermindering van hun klachten en verwachtten hun verhaal kwijt te kunnen.

Tabel 5.

Initiële deelname aan de module abortusverwerking.nl

<i>In aanraking gekomen via</i>	Aantal	Citaat
	participanten	
Google	10	
Doorverwezen door huisarts	2	
Onduidelijk	2	
<i>Reden van aanmelding</i>		
Psychische klachten	10	“Ja psychisch heb ik daar best een dreun mee gehad, ja. En dat is voor mij de reden geweest dat ik toch wel dacht van nu moet ik wel hulp gaan zoeken.”
Erover willen praten	4	“En vooral erover praten vond ik heel erg moeilijk, met andere mensen.”
De kans aangrijpen om er wat aan te doen	4	“...ik dacht wie niet waagt wie niet wint. Misschien levert het wel iets goeds op.”
Lichamelijke klachten	1	“Nou eh, voornamelijk toch omdat ik lichamelijk veel klachten had en niet lekker in m'n vel zat.”
<i>Verwachtingen</i>		
Geen specifieke verwachtingen	10	“Ik had er niet echt een verwachting bij. Ik wist niet echt wat ik er van moest vinden eigenlijk, hoe het in z'n werking zou gaan precies.”
Adequate begeleiding	2	“Verwachting was dat, dat ik wel contact zou krijgen met mensen die er verstand van hadden of ervaring mee hadden of wel wisten waar je dan tegenaan zou kunnen lopen. Kennis, zeg maar.”
Vermindering klachten	2	“Ja, ik had natuurlijk ook wel de verwachting dat, eh, als de module af zou zijn dat de klachten wel verminderd waren.”
Verhaal kwijt kunnen	2	“Ik had zoiets van, ja goh, als het maar helpt, als ik mijn verhaal maar kwijt kan, mijn hart kan luchten, want ja dat doe je niet snel.”

3.3.1 Voorkeur voor digitale of face to face hulpverlening

Zeven participanten gaven aan een voorkeur voor digitale hulpverlening te hebben en de anderen hadden geen expliciete voorkeur voor ofwel digitale of face to face hulpverlening. Alle participanten zagen echter wel voordelen in online hulpverlening (tabel 6).

Tabel 6.

Voor- en nadelen aan digitale hulpverlening

<i>Voordelen aan digitale hulpverlening</i>	Aantal participanten	Citaat
Zelf tijd en plaats beheren	9	“Je kunt je daar in je eigen privé tijd mee bezig houden, op een moment dat het je goed uitkomt, dus dat vind ik fijn.”
Makkelijker/fijner schrijven dan praten	4	“Voor mijn gevoel, als ik het opschrijf, ben ik het meer kwijt als wanneer ik het tegen iemand moet gaan zitten te vertellen.”
Minder schaamtegevoel door anonimiteit	4	“Face to face heb je meer schaamtegevoel denk ik, en met digitaal is het wat makkelijker, toch.”
Anderen helpen met verhaal	1	“Dat ik er inderdaad gewoon over kan praten, misschien kan door mijn verhaal ook juist weer anderen helpen.”
<i>Nadelen aan digitale hulpverlening</i>		
Geen directe reactie	4	“Het enige wat zeg maar, soms jammer is, is dat je wat langer op feedback moet wachten van je opdracht.”

Het meest genoemde voordeel is dat zij vanuit huis de opdrachten konden maken wanneer hen dat uitkwam. Een aantal participanten gaven aan weinig of geen tijd te hebben voor face to face begeleiding.

“Het is heel lastig om een afspraak zeg maar te maken om iemand dan face to face te treffen, nu kan ik gewoon zelf bepalen wanneer ik dit doe, hoeveel tijd ik daar voor neem.”

Daarnaast kwam naar voren dat participanten via internet minder schaamtegevoel ervoeren dan wanneer zij face to face begeleiding zouden ontvangen. Dit maakt het makkelijker om over de abortus en gerelateerde problemen te praten.

“Omdat je dan toch een beetje anoniem bent en toch een beetje de schaamte zeg maar, aan deze kant kan houden, voelt het heel veilig om via internet en via online begeleiding je verhaal te doen, en dat is wel het grootste voordeel denk ik hiervan.”

Vier participanten gaven aan het als een nadeel te beschouwen dat zij niet direct reactie kregen op hun berichten en opdrachten, al hadden zij hier wel begrip voor. Verder zijn geen nadelen aan digitale hulpverlening genoemd.

3.4 Ervaringen met de module [abortusverwerking.nl](https://www.abortusverwerking.nl)

3.4.1 Ervaringen met de opdrachten

De participanten hebben meerdere aspecten aan de opdrachten als positief ervaren (tabel 7). Het vaakst werd genoemd dat het zinvol voelt om over de abortus te schrijven en zo overzicht te krijgen van wat er tijdens die periode gebeurd is. Dat werd gerelateerd aan het stilstaan bij de situatie en de bewustwording daarvan. Tijdens de periodes waarin de participanten abortus lieten verrichten, stonden zij vaak niet stil bij wat er gebeurde:

“Op het moment zeg maar dat je in het proces zelf zit, dan sta je eigenlijk niet stil bij wat er nou precies allemaal gebeurt en eh, je hormonen spelen dan heel erg, en ben je dan zeg maar niet echt helder denk ik. En voor mij is het echt dat ik hier pas echt alles weer stap voor stap eigenlijk weer aan het, eh, dat ik nu eigenlijk pas zie hoe het is gelopen.”

De helft van de participanten denkt dat de module hen voornamelijk helpt door over de abortus te moeten schrijven en erover na te denken. Door er bewust mee bezig te zijn, hebben zij het gevoel dat zij inzicht krijgen in de situatie en begrijpen waarom het zo is gelopen.

“Dat het gewoon niet alleen maar fout en slecht is wat je gedaan hebt, dat het voor jezelf nog allemaal in een film zeg maar voorbij komt, en dat ook de reden waarom je het gedaan hebt duidelijk wordt.”

Ook de feedback van de hulpverlener draagt hier aan bij. Zo vertelde een participant:

“Eigenlijk is het niet meer als dat ze jouw woorden herhaalt en als je die dan leest, dan eh, ja dan wordt het duidelijk dat je zo 'n beslissing niet zomaar hebt gemaakt, en dat je er echt wel goed over na hebt gedacht.”

Tabel 7.

Positieve meningen over en ervaringen met de opdrachten uit de module

<i>Positief aspect</i>	Aantal participanten	Citaat
Overzicht krijgen van de gebeurtenis	7	“Ik vond het fijn dat je alles van je af kunt schrijven, want dan kan je het ook nog eens nalezen en dan kan je ook nalezen of je wel een hele goede beslissing hebt gemaakt of juist niet.”
Aard van de opdrachten	5	“Ik vind het leuk hoe ze eh, verschillende dingen aanpakken, het blijft niet alleen bij de abortus zelf, maar ook stukken daarvoor, stukken daarna...”
Bewustwording en stilstaan	5	“Dat je gaat stilstaan bij je emoties en inzicht gaat krijgen in je emoties, of in je gevoelens, in je gedachtes. En dat je, sommige opdrachten leer je kennen dat je, ehm... Je wordt gewoon bewust van wat je doet.”
Anders tegen de situatie aankijken	2	“Als je dan de vragen krijgt zeg maar, dat je toch heel anders eh, ja er heel anders tegenaan gaat kijken.”
Betrekken van de omgeving	1	“Het waren gewoon, voor mij waren het echt goede opdrachten, ook omdat je, ja je omgeving er ook bij betrokken werd, indien je dat zelf wilde zeg maar.”

Manier waarop de module**helpt**

Erover schrijven en nadenken	7	“Ik denk dat wat me helpt is om het een keer allemaal op te schrijven en dat je gedwongen wordt om erover na te denken. En dan ook zo objectief mogelijk erover na te denken.”
Verhelderend en geeft inzicht	5	“Inzicht gekregen door de vraagstelling, eh, door de reacties van de begeleider, maar ook stil gaan staan bij dingen waar je niet zelf voor gaat kiezen om over na te denken, dan staat het er en denk je ‘ja dat heb ik ook’.”
Feedback begeleider	2	“Omdat ik wel merkte dat het me erg hielp, ook als ik eh, als ik die feedback kreeg zeg maar. Dat, dat helpt je door eh, in te zien dat je de juiste beslissing hebt gemaakt.”
Abortus een plek leren geven	2	“Ze hebben echt eh, mij een stap verder geholpen met eh, inderdaad met die verwerking. Om het toch een plek te kunnen geven en het bespreekbaar te maken in mijn omgeving.”

Positieve gevoelens tijdens**een opdracht**

(Achteraf) opgelucht	4	“Het is ook wel weer opluchting, dat je het van je af kan schrijven.”
Gewoon en/of goed	3	“Ik, ja, dat voelde goed, omdat je er dan wat aan doet zeg maar. Je niet eh, doelloos op de bank.”

Participanten hebben ook negatieve aspecten aan de opdrachten ervaren (tabel 8). Het was confronterend, waardoor sommige participanten moeite hadden met een opdracht maken. Het woord ‘confronterend’ werd door de participanten gebruikt om uit te leggen dat zij steeds moesten terug denken aan iets waar zij liever niet aan wilden denken, waardoor negatieve gevoelens zoals verdriet en schaamte naar boven kwamen. Daarnaast hebben sommige participanten moeite met het verwoorden van hun gedachten en gevoelens. Naast deze persoonlijke redenen, gaven de participanten twee negatieve aspecten met betrekking van de module zelf. Wat door een aantal participanten als erg storend werd ervaren, was dat er technische problemen waren zoals het niet kunnen inleveren van hun opdracht.

De gevoelens van de participanten terwijl zij een opdracht maakten, liepen uiteen. De meesten ervoeren verdriet bij het terughalen van de herinneringen, maar zagen in dat het wel nuttig is om dit te doen:

“Ja, dan komt het verdriet wel weer boven, dat moet ik wel zeggen... Maar ik denk dat het juist wel belangrijk is voor het verwerkingsproces.”

Tabel 8.

Negatieve meningen over en ervaringen met de opdrachten uit de module

<i>Negatief aspect</i>	Aantal participanten	Citaat
Confronterend	4	“Je staat er heel bewust bij stil en eh, ja, dat vond ik soms moeilijk. Confronterend, is het wel.”
Moeite met verwoorden gedachten en gevoelens	4	“Ik denk dat het lastigste is dat je zeg maar je gedachtes moet verwoorden. Ik denk dat je soms niet de juiste woorden weet te vinden, hoe je het zeg maar kan schrijven om het over te brengen, denk ik.”
Technische problemen	4	“Het enige waar ik steeds tegenaan loop is dat ik storing heb met mijn computer als ik mijn opdrachten wil verzenden.”
Onduidelijkheden in opdrachten	3	“Dat vond ik een beetje onduidelijk, dat het onduidelijk was bij sommige opdrachten, van de opdrachten... Wat voel je met dit of dat, en dan zeg je wat je voelt, en dan, ja beetje onduidelijk soms.”
Opdracht(en) sluit(en) niet aan bij persoonlijke situatie	1	“Nee niet zozeer dat, minder interessant of zo voor mezelf dan, zeg maar. Maar iets minder, ja wat iets minder speelde, denk ik.”
<i>Negatieve gevoelens tijdens een opdracht</i>		
Verdrietig en geëmotioneerd	11	“Op ten duur als je ermee bezig bent dan eh, nou ja, komen alle gevoelens toch wel weer naar boven en op het eind van het liedje, ja maakt dat je soms toch best wel weer verdrietig.”
Geconfronteerd	1	“Dat vind ik moeilijk, dan voel ik me ook niet fijn en dat duurt ook echt wel een aantal dagen, uh, want dan word je er gewoon heel erg mee geconfronteerd.”
Schuldgevoel	1	“Gewoon het schuldgevoel wat altijd blijft en inderdaad het steeds terugzien eh, van de echo en dan gewoon dat kindje voor je zien.”

3.4.2 Ervaringen met de hulpverlener

Overwegend waren de participanten zeer positief over hun hulpverleners (tabel 9). De meest genoemde positieve ervaring is dat de participanten steun en medeleven ervoeren van hun hulpverlener. Hierdoor voelden de participanten een persoonlijke band met hem of haar.

“Ik denk toch, ook al is online eh, een soort van afstand, toch wel de persoonlijkheid. Je, weet je, ik vind het heel was als iemand de privé email geeft als mijn computer het niet helemaal werkt, dat vind ik toch wel heel wat. En dat geeft wel het gevoel dat iemand ook echt bewust, persoonlijk je wilt helpen.”

Veel participanten gaven daarnaast aan dat zij het prettig vonden dat hun hulpverlener niet oordeelde over wat zij schreven. Dit zorgde ervoor dat de participanten open durfden te zijn over de situatie en hun gevoelens daarover. Ook werd genoemd dat de hulpverlener voor nieuwe inzichten zorgde en adequate kennis bezat.

Naast de positieve ervaringen, zijn er twee negatieve ervaringen genoemd. Vier participanten vonden het niet fijn dat ze niet direct een reactie krijgen op hun berichten en één participant mistte diepgang in het contact.

Tabel 9.

Ervaring contact met hulpverlener

<i>Ervaring</i>	Aantal participanten	Citaat
<i>Positief</i>		
Steun en medeleven	7	“Ze is heel positief, heel vriendelijk richting mij. Eh, ze heeft ook echt eh, zo ervaar ik het tenminste, interesse in hoe het gaat, hoe ik me voel.”
Geen oordelende reacties	4	“Wat je ook opschrijft is gewoon goed, ze veroordeelt ze niet. Soms zegt ze wel van, joh je schrijft dit en dit en dan kan ze even iets confronterends zeggen, maar ze veroordeelt niet wat je opschrijft.”
Nieuwe inzichten door feedback	3	“Die koppelde wel bepaalde dingen terug waardoor ik dacht van hee, dat is inderdaad misschien wel zo zeg, inzichten.”
Adequate kennis hulpverlener	3	“Zij is dan natuurlijk gespecialiseerd in eh, abortus hulpverlening. Ja, ja daardoor weet zij er gewoon heel veel van. Ze is wel heel professioneel volgens mij.”
Mogelijkheden tot contact	2	“Ik kon hem ook gewoon tussentijds berichten sturen, dus eh ja, als ik vragen had of dingen wilde bespreken dan kon dat ook gewoon.”
<i>Negatief</i>		
Niet direct reactie	4	“Soms wil je gewoon echt graag iets weten over een bepaalde opdracht of je wil ergens antwoord op hebben of, nja noem het maar op. En dan merk je toch wel weer dat online toch soms best een beetje lastig kan zijn, omdat ja, soms krijg je gewoon niet gelijk één, twee, drie antwoord.”
Opleidingsniveau hulpverlener, gebrek aan diepgang	1	“Ik denk dat als ik iets op moet noemen wat ik niet zo prettig vind is denk ik het opleidingsniveau van de hulpverlener. Volgens mij is mijn hulpverleenster een maatschappelijk werkster. En ik merk wel dat ik op bepaalde momenten enige diepgang mis.”

3.5 Intentie tot afronden van en motiverende factoren om door te gaan met de module abortusverwerking.nl

In tabel 10 wordt een overzicht gegeven van factoren die de participanten motiveren om de module af te ronden. Participanten hopen op verbetering van de klachten die zij hebben als gevolg van hun abortus, terwijl sommigen ook al verbetering hebben opgemerkt. Beide factoren motiveren om verder te gaan met de module.

“Nu gaat het me op zich makkelijker af, mits mensen er niet al te diep op ingaan, want dat is gewoon nog heel erg moeilijk. Maar ja, ik merk wel dat het gewoon echt goed is voor mij nu ik hiermee bezig ben.”

Drie participanten hadden de module al afgerond. Hiervan is één participant voortijdig gestopt, omdat zij naast de module hulp kreeg van een psycholoog. Zij had samen met haar hulpverlener bij Fiom besloten dat het beter was als zij stopte met de module en verder ging bij haar psycholoog. De andere twee participanten hebben hun intentie tot afronden tijdens de module besproken.

In totaal gaven elf participanten aan de begeleidingsmodule waarschijnlijk wel af te ronden en twee participanten gaven aan dat zij dit waarschijnlijk niet gaan doen. De motiverende factoren die genoemd zijn door participanten die de intentie hebben om de module af te ronden, zijn opgenomen in tabel 10. Factoren die een rol spelen bij de twee participanten die de module waarschijnlijk niet gaan voltooien, zijn technische problemen en dat één van de participanten al erg lang bezig is met de module. Deze factoren zijn opgenomen in tabel 11.

Tabel 10.

Factoren die de participanten motiveren om de module af te maken

<i>Motiverende factoren</i>	Aantal	Citaat
	participanten	
Module helpt tot nu toe	6	“Ik merkte dus eh, gedurende de module dat het wel echt steeds beter met me ging, dus eh, dat was goede motivatie om door te gaan.”
Hoop op verbetering klachten	6	“De hoop dat het schuldgevoel ehm, vermindert en dat ik het iets beter kan plaatsen. Eh, en dat zal ook de reden zijn om het af te maken, dat ik hoop dat ik er iets beter mee leer om te gaan, dat ik die keuze heb gemaakt.”
Afmaken waar je aan begonnen bent	5	“Ik stop nooit halverwege iets, ik wil graag dingen afmaken.”
Prettig contact met hulpverlener	4	“Omdat het contact met haar erg goed bevalt, en ik wil het wel afmaken.”
Verhaal vertellen	2	“Het is heel fijn om je verhaal te doen, het lucht mij op en het geeft ook emoties, maar het lucht wel op, en ik heb wel het gevoel dat ik hier baat bij heb.”
Plichtsgevoel tegenover Fiom	2	“Het is wel heel erg belangrijk voor mij en eh, ik zou een schuldig gevoel hebben tegenover mezelf, maar ook tegenover de mensen die zoveel tijd en moeite in me hebben gestoken, en dat ik het dan niet afmaak.”
Hoop op lotgenotencontact	1	“Ik hoop dus dat er inderdaad een mogelijkheid bestaat om hierna met lotgenoten zeg maar te praten.”
Belangrijk onderwerp	1	“Ik denk dat dat wel hoogstwaarschijnlijk is dat ik dat wel eh, ga afronden. Om, ja, omdat het toch wel belangrijk is.”

3.6 Factoren die een rol spelen om (eventueel) voortijdig te stoppen met de module abortusverwerking.nl

Er zijn meerdere factoren genoemd die een rol spelen in het eventuele voortijdig stoppen met de module. Een overzicht hiervan is te vinden in tabel 11. Moeite hebben met het vinden van tijd om de opdrachten te maken, is de meest genoemde factor. Participanten gaven aan een druk leven te hebben en het lastig te vinden dat te combineren met de module.

“Als mijn man dan toevallig een avond extra moet werken en mijn kind hangt aan mijn been, nou dan kan ik dus niet die opdrachten doen, dus dan merk ik dat ik eh, dat dat soms lastig is om, om een plekje te vinden.”

Dat de opdrachten confronterend kunnen zijn, werd tevens als een barrière beschouwd. Hoewel participanten graag van hun klachten af wilden en de abortus wilden verwerken, wilden zij eigenlijk niet veel aan de abortus terugdenken.

“Ja hoe diep er op in, hoe diep er op sommige dingen ingegaan werd, dat eh, dat maakte het dan moeilijk. Dan moest je vragen beantwoorden die je eigenlijk liever eh, ja, zo gewoon zou vergeten zeg maar.”

Daarnaast werd genoemd dat sommigen moeite hebben bij het verwoorden van hun gevoelens en behoefte hebben aan directe afleiding. Hoewel vier participanten last hebben van technische problemen, gaf slechts één participant aan dat dit een reden kan zijn waardoor zij eerder stopt met de module. Drie participanten gaven aan geen factoren te kunnen bedenken waardoor zij eventueel voortijdig zouden stoppen met de module.

Tabel 11.

Factoren die invloed hebben op het voortijdig stoppen met de module

<i>Factoren</i>	<i>Aantal</i> <i>participanten</i>	<i>Citaat</i>
<i>Voortijdig stoppen (N=11, Missing=3)</i>		
Moeite met vinden van tijd	6	“Het is eh, pittig om dan in je drukke leventje een plekje te vinden om even je opdrachten te maken. En eh, er staat dan inderdaad ook bij de module bij dat ze dan verwachten dat je dan een week later die opdrachten weer inlevert.”
Confronterende opdrachten	5	“Dat het confronterend was. Het nog een keer, elke keer weer moest terug denken aan het verleden en daarbij stil moest staan en dat vond ik soms heel moeilijk, waardoor ik een opdracht soms zeg maar, voor mezelf eh, vooruit schoof.”
Moeite met verwoorden van gevoelens	2	“Ja eh, met name het verwoorden van eh, van mijn gevoelens.”
Behoefte aan directe afleiding	1	“Ik denk als ik geen directe afleiding zou hebben eh, na het maken van de opdrachten, en ik dus zou blijven hangen in mijn verhaal of in mijn verdriet, dan zou het voor mij moeilijker zijn om het af te maken.”
Technische problemen	1	“Nou op dit moment ziet het er niet zo uit dat ik hem [module] ga voltooien, omdat ik al zo lang niks gehoord heb. Ja dat, en ik ben, ik ben ook een beetje een computer eh, nou ja niks nut.”
Al erg lang bezig zijn met de module	1	“Ja, omdat het heel veel tijd kost en er is al heel veel tijd overheen gegaan en eh, ik weet niet hoe lang ik hier eigenlijk mee bezig eh, mag zijn, maar als het zoveel tijd kost en ze zijn zo lang bezig met alleen mij, dan eh, ja denk ik niet dat het, dat het eh, dat ik het dan voor elkaar ga krijgen om het af te ronden.”

3.7 Tips om de module abortusverwerking.nl te verbeteren

Alle participanten gaven aan de module al erg goed te vinden zoals deze nu is. Er zijn echter een aantal dingen waar sommige participanten behoefte aan hebben. Zo werd genoemd dat een snellere reactie van de hulpverlener prettig zou zijn. Daarnaast wilde een participant dat de begeleidingsmodule meer op maat wordt gemaakt. Zij wilde graag dat er dieper ingegaan zou worden op opdrachten die voor haar relevant zijn. Nu wordt er aan ieder onderwerp evenveel aandacht besteed.

“Het zijn soms van die hele algemene vragen, waarvan ik zoiets heb van, ik vind het zelf fijner om op sommige dingen wat meer door te gaan dan op andere gebieden, terwijl eh, elk onderwerp wordt zeg maar even goed aangepakt, zeg maar. Hoewel ik zoiets heb van, het ene heeft meer aandacht nodig dan het andere.”

Daarnaast gaven de participanten als tip dat de vraagstelling soms duidelijker mag zijn, dat de module en het contact met de hulpverlener wat langer mag duren, en dat de technische problemen opgelost moeten worden. Tenslotte had een participant de tip dat een nieuwe opdracht automatisch wordt toegestuurd wanneer zij de vorige opdracht inlevert, zodat zij direct verder kan en niet eerst op de reactie van haar hulpverlener hoeft te wachten.

4. Conclusie en discussie

Concluderend kan gesteld worden dat de participanten over het algemeen zeer positief zijn over de online begeleidingsmodule. Zij gaven meerdere factoren die meespelen in het wel of niet afronden van de begeleidingsmodule. De belangrijkste factoren worden besproken en bediscussieerd aan de hand van relevante literatuur en het Treatment Completer Motivation model (Donkin & Glozier, 2012).

4.1 Online begeleidingsmodule abortusverwerking

De aanwezigheid van psychische klachten was de meest genoemde reden om te starten met de begeleidingsmodule. De participanten hebben aangegeven de kans aan te willen grijpen om wat aan deze klachten te doen, wat overeenkomt met de initiële motivatie zoals deze beschreven is in het model van Donkin en Glozier (2012). De

andere twee factoren die volgens Donkin en Glozier (2012) een rol spelen bij initiële deelname, het idee dat de behandeling anderen kan helpen en een behandeling zien als persoonlijke prestatie, zijn niet naar voren gekomen in het huidige onderzoek. Dit is niet verrassend, aangezien deze twee factoren voornamelijk gericht zijn op deelname aan onderzoek en niet specifiek op het volgen van een behandeling.

Het merendeel van de participanten had de intentie om de module af te ronden. Deze intentie kwam voort uit verschillende motieven. Zo gaven een aantal participanten aan dat de module tot nu toe al werkt en weer anderen waren benieuwd in hoeverre hun klachten zijn afgenomen als zij de module hebben afgerond. Het merken van verbetering als motiverende factor wordt ondersteund door een onderzoek waaruit bleek dat dit de kans verhoogt om een online behandeling volledig af te maken (Batterham, Neil, Bennett, Griffiths & Christensen, 2008). Het is tevens een motiverende factor in het Treatment Completer Motivation model van Donkin en Glozier (2012). In hetzelfde model staan nog twee motiverende factoren, het geloof dat anderen baat hebben bij de behandeling en herinneringen aan de opdrachten krijgen, welke niet naar voren gekomen zijn in het huidige onderzoek. Cliënten worden automatisch herinnerd aan opdrachten doordat zij een e-mail krijgen van hun hulpverlener als een nieuwe opdracht voor hen klaarstaat. Dat de participanten dit niet genoemd hebben in de interviews, wil dus niet zeggen dat dit geen rol speelt. Het kan zijn dat, wanneer zij geen e-mail ontvangen maar er zelf aan zouden moeten denken, het simpelweg vergeten van de opdrachten wél een rol speelt, zoals in het Treatment Completer Motivation model (Donkin & Glozier, 2012) beschreven wordt. De vierde factor, een plichtsgevoel hebben tegenover de onderzoeker, is tegen de verwachting wél genoemd, alleen is het plichtsgevoel in dit geval tegenover de hulpverlener en/of Fiom.

Het contact met de hulpverlener blijkt ook een rol te spelen in de motivatie om verder te gaan met de module. Participanten waren zeer tevreden over hun hulpverleners en noemden dat zij steun en medeleven ervaren. Het contact met de hulpverlener als motiverende factor is specifiek voor de module van Fiom en is niet naar voren gekomen in het literatuuronderzoek; de focus in andere onderzoeken lag op geautomatiseerde hulpverlening. Dit geldt ook voor het model van Donkin en Glozier (2012), waarin geen rol wordt toebedeeld aan een hulpverlener. Naar aanleiding van het huidige onderzoek kan geconcludeerd worden dat deze factor wel

degelijk van belang is en meegenomen moet worden in onderzoek naar en ontwikkeling van niet-geautomatiseerde online hulpverlening.

Er zijn een aantal belemmerende factoren gevonden, welke drop-out in de hand kunnen werken. De participanten noemden de opdrachten confronterend, wat negatieve gevoelens met zich mee bracht zoals verdriet en schuldgevoel. Dit wilden de participanten liever vermijden, wat in het onderzoek van Donkin en Glozier (2012) tevens als belemmerende factor wordt genoemd. Daarnaast had bijna de helft van de participanten moeite met het vinden van tijd om de opdrachten te maken en beschouwden dit als een factor die mee kan spelen in het voortijdig stoppen met de module. Dit is een opmerkelijke uitkomst. Participanten gaven namelijk aan het als een groot voordeel te beschouwen dat zij zelf de tijd en plaats kunnen bepalen bij het maken van de opdrachten, maar lijken het toch lastig te vinden om dit te realiseren. Dit zou gerelateerd kunnen worden aan de door Donkin en Glozier (2012) gegeven barrière ‘programma is geen prioriteit’. Hoewel dit niet in deze woorden door de participanten aangegeven is, zou gesteld kunnen worden dat er makkelijker tijd gemaakt wordt voor de opdrachten als de begeleidingsmodule wél een prioriteit is.

Een belemmerende factor die niet voorkomt in het model van Donkin en Glozier (2012), maar die wel gevonden is in het huidige onderzoek, is de aanwezigheid van technische problemen. Door deze problemen konden participanten opdrachten niet inleveren of gingen hun geschreven opdrachten verloren op het moment dat zij het wilden inleveren. Dit werd als erg storend ervaren, omdat de participanten dan nogmaals de hele opdracht moesten maken en het idee hadden dat zij niet verder kwamen. Dat technische problemen een factor is die drop-out in de hand werkt, kwam tevens voren uit onderzoek van Christensen, Griffiths en Farrer (2009).

In dit onderzoek was één participant voortijdig gestopt met de module. Dit besluit was genomen toen bleek dat enkel de begeleidingsmodule van Fiom niet voldoende was om de participant verder te helpen, waarna zij in behandeling ging bij een psycholoog. De andere participanten hebben niet genoemd dat zij zouden stoppen als de module niet zou helpen. De helft van de participanten wilde de module zelfs afmaken als het niet zou helpen, omdat het afmaken van dingen naar eigen zeggen in hun karakter zit. De factor ‘geen voordelen zien in de behandeling’ uit het Treatment Completer Motivation model (Donkin & Glozier, 2012) lijkt hier dus geen rol te spelen. Er zit een groot verschil tussen de participanten wat betreft de invloed van de

werking van de module op de motivatie om deze af te ronden, wat gerelateerd wordt aan hun persoonlijkheid.

Tenslotte gaven slechts twee van de veertien participanten aan niet de intentie te hebben om de begeleidingsmodule af te ronden. Dit komt niet overeen met de bestaande cijfers over drop-out bij Fiom, waaruit bleek dat meer dan de helft van de cliënten voortijdig stopt (Witten-Eshuis, 2013). Hiervoor zijn twee verklaringen te geven. Ten eerste is de intentie tot een bepaald gedrag geen garantie voor het vertonen van dat gedrag. Participanten hebben factoren genoemd die hen kunnen belemmeren in het afronden van de begeleidingsmodule, welke voor hen alsnog een reden kunnen zijn om voortijdig te stoppen, ook al hadden zij de intentie om de begeleidingsmodule af te ronden. Ten tweede is het mogelijk dat de huidige onderzoeksgroep niet representatief is voor de hele cliënt populatie van Fiom (zie 4.3).

4.2 Treatment Completer Motivation model

Er zijn overeenkomsten gevonden tussen de uitkomsten van het huidige onderzoek en de factoren die zijn opgenomen in het Treatment Completer Motivation model (Donkin & Glozier, 2012). Deze overeenkomsten bieden ondersteuning aan het model. Voornamelijk persoonlijke factoren, zoals het ondervinden van negatieve gevoelens door de opdrachten en hoop hebben op verbetering van de klachten, kwamen prominent naar voren in het huidige onderzoek.

Opvallend is dat er een aantal verschillen zijn gevonden die vooral te maken hebben met het feit dat het model is ontworpen naar aanleiding van onderzoek naar de pilot van een geautomatiseerde interventie, waarbij geen online contact was tussen een cliënt en een hulpverlener. Bepaalde factoren die opgenomen zijn in het model, zijn dus niet bruikbaar in onderzoek naar niet-geautomatiseerde interventies waarbij deelname aan onderzoek geen rol speelt. Wanneer dit model gebruikt wordt in onderzoek naar drop-out bij online interventies, moet rekening gehouden worden met het soort interventie (geautomatiseerd of niet-geautomatiseerd). Bij niet-geautomatiseerde interventies dient de rol van de hulpverlener ook meegenomen te worden bij de motiverende factoren.

Concluderend kan gesteld worden dat het Treatment Completer Motivation model (Donkin & Glozier, 2012) een goede weergave biedt van belemmerende en motiverende factoren die een rol spelen bij drop-out bij geautomatiseerde interventies, maar dat er ook factoren in zijn opgenomen die niet relevant zijn voor niet-

geautomatiseerde interventies waarbij geen sprake is van deelname aan onderzoek. Het huidige onderzoek geeft handvaten voor toekomstig onderzoek naar drop-out bij niet-geautomatiseerde interventies met gebruik van het Treatment Completer Motivation model (Donkin & Glozier, 2012) als theoretische basis. Aangeraden wordt het model naar aanleiding van vervolgonderzoek aan te passen, zodat het een valide weergave wordt van zowel geautomatiseerde als niet-geautomatiseerde online interventies.

4.3 Sterke punten en beperkingen van het huidige onderzoek

Voor zover bekend, is dit het eerste onderzoek waarbij de intentie tot afronden van een online hulpprogramma tijdens de deelname aan het programma zelf gevraagd is. Hierdoor kan in vervolgonderzoek bestudeerd worden of de genoemde intenties van de participanten daadwerkelijk hebben geleid tot het wel of niet afronden van de begeleidingsmodule en in hoeverre de genoemde belemmerende en motiverende factoren hier een rol in hebben gespeeld. Daarnaast is dit, voor zover bekend, het eerste onderzoek waarbij specifiek gebruik is gemaakt van het Treatment Completer Motivation model (Donkin & Glozier, 2012). Het is gebleken dat de factoren die een rol spelen bij drop-out op sommige punten verschillend zijn bij geautomatiseerde en niet-geautomatiseerde interventies, wat een aanknopingspunt biedt voor het vormen van een wetenschappelijk model voor niet-geautomatiseerde interventies.

Dit onderzoek kent daarnaast een aantal beperkingen. De mogelijkheid bestaat dat de resultaten van dit onderzoek niet representatief zijn voor alle cliënten van Fiom. De participanten hebben vrijwillig deelgenomen aan dit onderzoek, wat kan betekenen dat zij meer en actiever bezig zijn met de begeleidingsmodule en onderzoeksdoeleinden dan andere cliënten. Daarnaast is tijdens het huidige onderzoek slechts één codeur actief geweest met het analyseren van de transcripten. Hierdoor was er geen ruimte voor discussie over de gevonden categorieën. Er is een kans dat een analyse met meerdere codeurs andere categorieën als uitkomst zou hebben.

4.4 Aanbevelingen

4.4.1 Vervolgonderzoek Fiom

In het huidige onderzoek zijn factoren gevonden die de cliënten stimuleren om verder te gaan met de begeleidingsmodule, maar ook factoren waardoor zij voortijdig zouden

kunnen stoppen. Deze laatste factoren kunnen bevestigd of gecorrigeerd worden door vervolgonderzoek onder cliënten die daadwerkelijk vroegtijdig gestopt zijn met de begeleidingsmodule. Dit kan gedaan worden met de gegevens over de participanten uit het huidige onderzoek, maar ook met nieuwe participanten. Om dit vervolgonderzoek te kunnen bewerkstelligen, is het nodig dat op het intakeformulier gevraagd wordt of de cliënte bereid is om mee te werken aan een onderzoek, ook na afronden of afhaken van de begeleidingsmodule. Daarnaast is het momenteel niet duidelijk bij welke opdracht een cliënt precies afhaakt, omdat dit niet terug te zien is in de module. Fiom kan de begeleidingsmodule dusdanig instellen dat zij wél kunnen zien bij welke opdracht een cliënte is afgehaakt. Wanneer zichtbaar is na welke opdracht er veel wordt afgehaakt, kan worden gezocht naar redenen hiervoor.

4.4.2 Begeleidingsmodule abortusverwerking

Hoewel persoonlijke factoren, zoals confrontatie willen vermijden en moeite hebben met het vinden van tijd, dingen zijn die bij de cliënte zelf liggen, zijn er factoren gevonden die specifiek te maken hebben met de begeleidingsmodule. Deze belemmerende factoren vormen een aanknopingspunt voor aanpassingen aan de begeleidingsmodule.

Meer op maat

Hoewel de begeleidingsmodule al persoonlijk is, zijn er mogelijkheden om de module nog meer op maat te maken. Uit het huidige onderzoek is naar voren gekomen dat participanten aan ieder onderwerp evenveel aandacht besteden, hoewel er soms behoefte was om meer bezig te zijn met een bepaald onderwerp of thema. Een mogelijkheid is dat de cliënte aan kan geven aan welke onderwerpen zij meer aandacht wilt besteden, waarna zij samen met de hulpverlener daar dieper op ingaat.

Formulering opdrachten

De formulering van de opdrachten is niet door alle participanten als helder ervaren. Soms wordt er een vraag gesteld over een bepaalde situatie en wordt in een vraag die daarop volgt pas om uitleg gevraagd. Participanten gaven aan dat zij dan al een hele uitleg hadden getypt en het vervelend vonden dat zij dit nogmaals moesten doen. Geadviseerd wordt om de opdrachten wel zo uitgebreid te houden zoals deze nu

zijn, maar de vragen meer overzichtelijke manier op te stellen zodat de cliënten dit probleem niet hebben.

Technische problematiek

Vier participanten ondervonden technische problemen, waardoor zij hun opdrachten niet konden inleveren en berichten niet altijd konden versturen of ontvangen. Aangezien al meer dan een kwart van de huidige onderzoeksgroep deze problemen had, zullen deze problemen bij een aanzienlijk aantal cliënten voorkomen. De technische problemen worden als storend ervaren en werken demotiverend om de module af te maken. Daarom wordt geadviseerd deze problemen op korte termijn op te lossen.

6. Referenties

- Batterham, P. J., Neil, A. J., Bennett, K., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2008). Predictors of adherence among community users of a cognitive behavior therapy website. *Patient Preference and Adherence*, 2, 97-105.
- Biggs, M. A., Foster, D. G., & Gould, H. (2013). Understanding why women seek abortions in de US. *BMS Women's Health*. Verkregen op 13 september 2013, via <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/13/29>
- Brauer, M., van Nijnatten, C., & Vollenbergh, W. (2012). *Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap: een kwalitatief onderzoek onder vrouwen die tot abortus hebben besloten en vrouwen die tot het uitdragen van hun zwangerschap hebben besloten*. Universiteit Utrecht, faculteit Sociale en Gedragwetenschappen.
- Centraal bureau voor de statistiek (2011). *Abortuscijfer vrijwel stabiel*. Garssen, J., Kruijger, H. Verkregen op 12 september 2013, via http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3322_wm.htm
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Farrer, L. (2009). Adherence in Internet interventions for anxiety and depression: systematic review. *Journal of Medical Research*, 11(2), e:13.
- Curley, M., & Johnston, C. (2013). The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(3), 279-293.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

- Dingle, K., & Alati, A. (2008). Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study. *British journal of psychiatry*, 193, 455-460.
- Donkin, L., & Glozier, N. (2012). Motivators and motivations to persist with online psychological interventions: a qualitative study of treatment completers. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), 1-12.
- Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1).
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 16-24.
- Fiom (2012). Hulpverlening bij besluitvorming onbedoelde zwangerschap. Volgnummer 866-12B/DP/kr.
- Gawron, L. M., Cameron, K. A., Phisuthikul, A., & Simon, M. A. (2013). An exploration of women's reasons for termination timing in the setting of fetal abnormalities. *Contraception*, 88(1), 109-115.
- Geerink-Vercammen, C. (2009). *Stille baby's: Rouwverwerking bij doodgeboorte en zwangerschapsafbreking*. Amsterdam: Archipel.
- Geraghty, A. W., Torres, L. D., Leykin, Y., Perez-Stable, E. J., & Muñoz, R. F. (2012). Understanding attrition from international internet health interventions: a step towards globale Health. *Health Promotion international*, 28(3), 442-452.
- Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P., & Thorogood, M. (2006). Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), 1-15.

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013). *Jaarrapportage 2011 van de Wet Afbreking Zwangerschap*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Utrecht.
- Mohr, D. C., Burns, M. N., Schueller, S. M., Clarke, G., & Klinkman, M. (2013). Behavioral intervention technologies: evidence review and recommendations for future research in mental health. *General hospital psychiatry*, *35*, 332-338.
- Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Cox, D. J., Kovatchev, B/ P., & Gonder Frederick, L. A. (2009). A behavior change model for internet interventions. *Annual behavioral medicine*, *38*(1), 18-27.
- Rocca, C. H., Kimport, K., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *45*(5), 122-131.
- Rutgers WPF (2013). *Landelijke abortusregistratie 2013*. Verkregen via http://www.rutgerswfp.nl/sites/default/files/20130624_Factsheet_LAR_2011_def.pfd
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivation for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive behaviors*, *20*(3), 279-297.
- Witten-Eshuis, M. (2013). *Fiom online begeleidingsmodule abortusverwerking: Kwalitatieve doelgroep analyse van cliënten die deelnemen of deel hebben genomen aan de online begeleidingsmodule abortusverwerking*. Ongepubliceerde bachelor thesis, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.

7. Bijlagen

Bijlage 1: e-mail naar de participanten

UNIVERSITEIT TWENTE.

[datum]

Beste [naam],

Bedankt voor uw bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek naar de ervaring van cliënten van Fiom met de online begeleidingsmodule abortusverwerking.nl. In deze e-mail wordt meer informatie gegeven over het onderzoek en over de werkwijze, uw deelname en uw rechten. Lees deze informatie goed door.

Allereerst zal ik mezelf voorstellen. Ik ben Felicity Shuttleworth, derdejaars studente Gezondheidspsychologie aan Universiteit Twente. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van Fiom. Voor mij is dit onderzoek onderdeel van mijn afsluitende scriptie van de bachelor Gezondheidspsychologie. Mijn begeleiders bij dit onderzoek zijn dr. Stans Drossaert van Universiteit Twente en Naomi Boer van Fiom.

Met het onderzoek wil Fiom achterhalen welke ervaringen cliënten hebben met de online begeleidingsmodule. Daarnaast wil Fiom meer informatie over de motivatie van cliënten om de online begeleidingsmodule af te ronden. Wij hopen met de resultaten van het onderzoek een beter beeld te krijgen van de ervaring van de cliënten en daarmee de begeleidingsmodule te kunnen verbeteren.

Wat kunt u verwachten?

Het onderzoek bestaat uit het afnemen van telefonische interviews met cliënten die de online module van abortusverwerking.nl volgen. Ik zal u binnenkort bellen op een datum en tijdstip dat u uitkomt. Aan het einde van deze e-mail worden een aantal data en tijdstippen voorgesteld waar u uit kunt kiezen. Het interview zal ongeveer 30

minuten duren. Als bijlage bij de volgende e-mail vindt u de vragen die gesteld gaan worden tijdens het telefonisch interview. Geadviseerd wordt deze vragen alvast door te nemen zodat u weet wat u kunt verwachten tijdens het interview.

Zorg dat u in een voor u prettige en veilige omgeving bent wanneer het telefonische interview zal plaatsvinden. Het gesprek zal worden opgenomen en deze audio-opnames worden in een beveiligde omgeving bewaard. Naast degene die het interview afneemt, krijgt niemand de opnames te horen, ook uw begeleider bij de Fiom-module niet. Alles wat u vertelt wordt strikt vertrouwelijk behandeld. De gegevens van u en van de andere geïnterviewden worden verwerkt tot een eindverslag. In dit verslag worden nergens namen genoemd en de gegevens die genoemd worden zijn niet tot personen herleidbaar.

Als u zich later bedenkt, kunt u op ieder moment, zonder opgave van redenen, uit het onderzoek stappen. Uw gegevens zullen dan worden verwijderd.

Hieronder staan een aantal data met tijdstippen. U kunt in uw reactie per e-mail aangeven welke data en tijdstip u het beste uitkomt. Mocht het zo zijn dat geen van de onderstaande data handig is voor u, dan wil ik u vragen om een aantal andere data en tijdstippen voor te stellen. Dan kunnen we samen een andere datum kiezen die voor u wel uitkomt.

[Dag/datum] om [tijdstip]

[Dag/datum] om [tijdstip]

Ik stuur u, na uw reactie op deze e-mail, een e-mail met de datum en tijdstip waarop het telefonisch interview zal plaatsvinden. Bij deze e-mail stuur ik u ook de vragenlijst, zodat u deze alvast kunt doornemen.

Als u nog vragen heeft over het onderzoek, kunt u contact opnemen met mij via het e-mailadres f.a.shuttleworth@student.utwente.nl. Als u op enig moment klachten heeft over de wijze van het onderzoek, kunt u contact opnemen met Fiom (via mail: nboer@fiom.nl) of met de secretaris van de ethische commissie van Universiteit Twente (via mail: j.rademaker@utwente.nl).

Met vriendelijke groet,

Namens de onderzoeker,

Felicity Shuttleworth, studente Gezondheidspsychologie

f.a.shuttleworth@student.utwente.nl

Namens Fiom,

Naomi Boer

nboer@fiom.nl

Bijlage 2: de vragenlijst

Vragenlijst voor cliënten van Fiom

Socio-demografische gegevens:

1. Wat is uw leeftijd?
... jaar

2. Heeft u een partner?
 Ja
 Nee

3. Indien “ja” bij vraag 5: Woont u samen (al dan niet getrouwd)?
 Ja
 Nee

4. Heeft u kinderen?
 Ja
 Nee

- Zo ja, hoeveel kinderen heeft u?
 1
 2
 3
 4
 meer dan 4

5. Indien “ja” bij vraag 2 en 4: Is/zijn uw kind(eren) van uw huidige partner?
 Ja
 Nee
 Niet al mijn kinderen, maar wel ... kind(eren)

Vragen met betrekking tot uw abortus:

1. Hoeveel abortussen heeft u gehad?
 1
 2
 3
 meer dan 3

Indien u meer dan één abortus heeft gehad, gaan de volgende twee vragen over de abortus waarvoor u de online begeleidingsmodule volgt.

2. Hoeveel weken was u zwanger op het moment dat u de abortus liet verrichten?
- 0-4 weken
 - 5-8 weken
 - 9-12 weken
 - 13-16 weken
 - 17-20 weken
 - 21-22 weken
 - meer dan 22 weken
3. Was de abortus uw eigen besluit?
- Ja, dit was volledig mijn eigen besluit
 - Ik heb dit samen met mijn partner besloten
 - Nee, dit was niet mijn eigen besluit
 - Anders, namelijk ...

Zo ja, wat was de reden van uw besluit? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Gezondheidsredenen
- Financiële redenen
- Niet het juiste moment
- Het gevoel er nog niet klaar voor te zijn
- Partner gerelateerde redenen
- Het kindje niet de juiste toekomst kunnen bieden
- Anders, namelijk

Zo nee, wie heeft de beslissing gemaakt en waarom?

Vragen met betrekking tot de online begeleidingsmodule van Fiom:

Het kan zijn dat tijdens het interview wordt doorggevraagd op uw antwoord. Vertel zoveel als u zelf wilt.

Deel 1: Reden van initiële deelname aan de module abortusverwerking.nl

1. Hoe bent u in aanraking gekomen met Fiom en abortusverwerking.nl?
- via een zoekmachine (zoals Google)
 - via een flyer of poster
 - ik ben doorverwezen door ...

- O ik heb er over gelezen
- O anders, namelijk ...

2. Wat heeft u doen besluiten om u aan te melden bij abortusverwerking.nl?
3. Wat waren voorafgaand van uw aanmelding uw verwachtingen van de online begeleidingsmodule?
4. Heeft u een voorkeur voor digitale hulpverlening in plaats van reguliere (face-to-face) hulpverlening?
 - O Ja, het liefst online omdat ...
 - O Nee, liever face-to-face omdat ...

Deel 2: Evaringen met de module abortusverwerking.nl

1. Hoeveel weken bent u al bezig met de module abortusverwerking?
2. Welke opdrachten heeft u al voltooid?
3. Wat vindt u goed, plezierig of zinvol aan de opdrachten?

Kunt u zich nog opdrachten herinneren waar u veel aan gehad heeft?

4. Wat vindt u minder goed, lastig, of moeilijk aan de opdrachten?

Kunt u zich nog opdrachten herinneren die u minder goed vond?

5. Hoe voelt u zich terwijl u een opdracht maakt?
6. Hoe lang bent u gemiddeld bezig met een opdracht?
 - O 0-30 minuten
 - O 30-60 minuten
 - O 60-90 minuten
 - O 90-120 minuten
 - O langer, namelijk ... minuten

7. Hoe ervaart u het contact met uw hulpverlener?

8. Geef aan hoe u uw klachten heeft ervaren voordat de module begon, en hoe u deze nu ervaart. Hierbij geeft de 1 erg lichte klachten aan, en de 10 erg zware klachten.

Vóór het beginnen met de module:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Op dit moment:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Deel 3: Intentie tot afronden van de module abortusverwerking.nl

1. Hoe waarschijnlijk is het dat u de hele begeleidingsmodule gaat voltooien?
(met voltooien wordt bedoeld: zoveel opdrachten maken totdat u zelf het gevoel heeft weer zelfstandig verder te kunnen, in overleg met uw begeleider)

- Zeker niet
- Waarschijnlijk niet
- Weet ik niet
- Waarschijnlijk wel
- Zeker wel

Toelichting: ...

2. Geef met een cijfer van 1 tot 7 aan in hoeverre de volgende stellingen op u van toepassing zijn:

Helemaal niet waar		→	Een beetje waar			→	Volledig waar	
1	2		3	4	5	6	7	

Als ik eerder zou stoppen met de module:

1. ... zou ik me slecht voelen over mezelf.
2. ... zou ik het gevoel zou hebben dat ik faal.
3. ... zou dat zijn omdat ik niet het idee hebt dat het me helpt.

Ik heb het gevoel dat:

1. ... het het beste voor mezelf is als ik de module af maak.
2. ... de module voor mij de beste optie is om van mijn klachten af te komen.

Deel 4: Redenen/factoren om (eventueel) voortijdig te stoppen met de module abortusverwerking.nl

1. Wat zijn dingen die het voor u moeilijker maken om de opdrachten te maken en uiteindelijk de module te voltooien?

Deel 5: Redenen/factoren om door te gaan met de module abortusverwerking.nl

1. Wat motiveert u om verder te gaan met de module en deze uiteindelijk te voltooien?

2. Op wat voor manier denkt u dat de module u helpt bij het verwerken van uw abortus?

Afsluiting

1. Heeft u nog tips om de module van abortusverwerking.nl te verbeteren?

Tot slot nog drie algemene vragen over uw achtergrond, omdat we graag willen weten of de mensen die deel hebben genomen aan de interviews een goede afspiegeling zijn van de Nederlandse populatie.

1. Wat is uw nationaliteit?
 - O Nederlands
 - O Anders, namelijk ...

2. In welk land bent u geboren?
 - O Nederland
 - O Anders, namelijk ...

3. Wat is de hoogst genoten opleiding die u heeft voltooid?
 - O Geen
 - O Basisonderwijs
 - O Lager beroepsonderwijs
 - O Voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (VMBO)
 - O Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)
 - O Hoger voortgezet onderwijs (Havo, VWO)

- O Hoger beroepsonderwijs (HBO)
- O Wetenschappelijk onderwijs (WO)