

UNIVERSITEIT TWENTE.

Masterthese positieve psychologie en technologie

Vergroten van mentale fitheid

“Een onderzoek naar het effect van de online zelfhulp cursus Psyfit aangeboden via de GGD gezondheidsmonitor op het vergroten van welbevinden”

Stefanie Vos (s1109413)

Enschede, juli 2014

Eerste beoordelaar:

Prof. Dr. E.T. Bohlmeijer

Universiteit Twente

Positive psychology & technology

Tweede beoordelaar:

drs. J.M. (Linda) Bolier

Trimbos- instituut

Projectleider Positieve psychologie & veerkracht

Samenvatting

Doel. Positief psychologische interventies zijn interventies die zich richten op het vergroten van positieve gevoelens, gedrag of cognitief. Een voorbeeld van een positieve psychologische interventie is Psyfit. Omdat positieve psychologische interventies een veel belovende aanpak zijn om het welzijn te verhogen is het interessant om Psyfit systematischer aan te bieden aan mensen uit de bevolking. In dit geval via een screening vanuit de GGD. Het doel van het huidige onderzoek is om meer inzicht te krijgen in het effect van Psyfit bij een verspreiding op grote schaal en of de interventie ook effectief is bij deze vorm van implementatie.

Methode. Participanten tussen de 19 en 64 jaar uit de provincies Zeeland, Noord-brabant en Limburg werden vanuit de GGD uitgenodigd om te participeren in een representatieve steekproef om de gezondheid te monitoren. Een pro actieve spreiding werd gebruikt om het bereik van de internet geleverde interventie Psyfit te vergroten. De uitnodiging bevatte informatie over de inhoud en het doel van het monitoren van de gezondheid. Participanten kregen de kans om een online versie van de vragenlijst in te vullen.

Resultaten. 4.378 participanten hebben zich geregistreerd in Psyfit. Van deze 4.378 deelnemers heeft uiteindelijk een groep van 872 participanten gebruik gemaakt van Psyfit. Dit houdt in dat zij minimaal 20% van Psyfit hebben doorlopen. Een groep van 96 participanten was uiteindelijk adherent. Zij hebben minimaal 100% van Psyfit doorlopen. Psyfit blijkt op de korte termijn effectief te zijn in het verhogen van het welbevinden. Het grootste effect wordt behaald wanneer participanten minimaal 1 module van de interventie doorlopen.

Discussie. Psyfit kan via een pro actieve spreiding gebruikt worden als een interventie om het welbevinden te vergroten. Wel is het aan te bevelen om in de verdere toekomst aandacht te besteden aan het verhogen van de adherentie en motivatie. Er moet meer onderzoek gedaan worden naar hoe we ervoor kunnen zorgen dat mensen gebruik maken van de interventie. Tevens is het aanbieden aan andere groepen gewenst zodat de resultaten generaliseerbaar zijn voor de gehele populatie.

Voorwoord

Enschede, juli 2014

Het verslag wat voor u ligt is het eindproduct van het onderzoek dat ik heb uitgevoerd ter afronding van mijn master opleiding Positieve Psychologie en Technologie aan de Universiteit van Twente.

Het huidige onderzoek betrof een onderzoek naar de verspreiding van het online zelfhulp programma Psyfit op het vergroten van welbevinden. Positieve psychologie was voorheen voor mij een onderwerp wat nog niet bekend was. Door deze master heb ik mij meer mogen verdiepen in de positieve psychologie en hoe dit toe te passen in het werkveld. Mijn persoonlijke interesse is hierdoor gewekt. Door middel van mijn stage heb ik een positief psychologische interventie mogen begeleiden en ik vond het dan ook erg leuk en leerzaam om een onderzoek uit te mogen voeren naar het effect van een positief psychologische interventie bij het Trimbos- instituut.

Graag wil ik mijn begeleider Ernst Bohlmeijer bedanken voor de feedbackpunten en adviezen. Tevens wil ik mijn externe begeleider Linda Bolier van het Trimbos instituut bedanken voor de intensieve begeleiding bij het uitvoeren van de analyses en de feedbackpunten en adviezen. Ook een bedankwoord voor mijn mede afstudeergenoot en familie voor de hulp, steun en gezelligheid.

Stefanie Vos

Inhoud

1.	Inleiding.....	6
1.1.	Public mental health	6
1.2.	Positieve geestelijke gezondheid	8
1.2.1.	Emotioneel welbevinden.....	8
1.2.2.	Psychologisch en sociaal welbevinden	8
1.3.	Positieve psychologie.....	9
1.4.	Psy fit.....	10
1.5.	Doel van het nieuwe onderzoek	11
2.	Methode.....	13
2.1.	Participanten	13
2.2.	Procedure	13
2.3.	Interventie	16
2.4.	Meetinstrumenten en meetmomenten	16
2.4.1.	Het welbevinden	16
2.4.2.	Tevredenheid over Psyfit	17
2.5.	Statistische analyse.....	18
3.	Resultaten	20
3.1.	Demografische gegevens	20
3.2.	Het effect van Psyfit op het welbevinden.....	24
3.3.	Het effect van Psyfit op het welbevinden bij mannen en vrouwen.....	26
3.4.	Verschil in uitkomsten bij participanten die de voormeting vragenlijst hebben ingevuld .. Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.	
3.5.	Effectiviteit van Psyfit op het welbevinden bij gebruik van het programma.....	28
3.6.	Effectiviteit van Psyfit op het welbevinden bij adherentie	30
3.7.	Mate van tevredenheid over Psyfit.....	32
4.	Discussie	33
4.1.	Resultaten.....	33
4.2.	Verklaringen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.3.	Beperkingen.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.4.	Conclusie en aanbevelingen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	Referentielijst.....	37
	Bijlagen.....	40
	Bijlage I Mental Health Continuum – Short Form.....	40
	Bijlage II Client Satisfaction Questionnaire (CSQ8)	41
	Bijlage III Psyfit.....	42

1. Inleiding

1.1. Public mental health

De geestelijke gezondheidszorg richt zich oorspronkelijk op het ontstaan, behandelen en voorkomen van psychische stoornissen. Hieronder worden afwijkingen van het normale functioneren verstaan die voldoende zijn om emotioneel lijden en beperkingen in het functioneren met zich mee te brengen (Spitzer & Wilson, 1975). Psychische stoornissen komen veel voor onder de bevolking en dit heeft een grote impact op het leven van mensen die eraan lijden (Meijer, Smit, Schoemaker & Cuijpers, 2006). Naast het individuele lijden, komt ook naar voren dat geestelijke ziektes een negatieve impact hebben op de kwaliteit van leven. Een eerste NEMESIS- studie laat zien dat het hebben van een psychische stoornis samenhangt met alle aspecten van de kwaliteit van leven die werden gemeten. Mensen beschouwen hun gezondheid als minder goed, hebben een minder goed rol functioneren, sociaal functioneren en lichamelijk functioneren, minder vitaliteit en meer pijn (Vollebergh, De Graaf, Ten Have, Schoemaker, Van Dorsselaer, Spijker & Beekman, 2003). Psychische stoornissen brengen belangrijke sociale en maatschappelijke consequenties met zich mee. Zo komen er bij het hebben van een psychische stoornis vaak schaamtegevoelens kijken (Crossley & Rockett, 2004). Psychische stoornissen zorgen tevens voor hoge economische kosten. Dit geldt voor zowel directe als indirecte kosten. Directe kosten worden gemaakt om psychische stoornissen te behandelen. In 2007 werd er in totaal 4,5 miljard euro uitgegeven aan 845.000 cliënten die gebruik maakten van de geestelijke gezondheidszorg. Dit komt neer op ruim 10% van de totale kosten in de Nederlandse gezondheidszorg. Indirecte kosten hebben te maken met het verlies aan arbeidsproductiviteit van mensen met een psychische stoornis. Een psychische stoornis is de belangrijkste factor die een verdere stijging van de productiviteit in de weg staat (Weehuizen, 2006). Hierdoor zijn psychische stoornissen een belangrijke oorzaak voor langdurige arbeidsongeschiktheid en ziekte verzuim (Koopmans, 2009).

De professionele praktijk en het wetenschappelijk onderzoek zijn steeds vaker gebaseerd op het medische model. In het medische model wordt de nadruk gelegd op datgene wat abnormaal is. Hierdoor is de nadruk sterk komen te liggen op een ziekte ideologie (Maddux, 2009). Het gebruik van het medisch denkmodel heeft ertoe geleid dat menselijke problemen

tot stoornissen worden verklaard. Ten eerste richt de psychologie zich als het gaat om geestelijke gezondheid op klachten en stoornissen. Er is sprake van een versmalling van de aandacht tot datgene wat er misgaat. We zien de gerichtheid op klachten niet alleen terug in de manier waarop diagnoses worden gesteld, maar ook in de behandeling en het wetenschappelijk onderzoek. Het instrumentarium dat wordt gebruikt in de diagnostiek is klachtgericht. De DSM-IV omvat voor het grootste deel een beschrijving van stoornissen. Psychiatrische interviews die worden gebruikt om DSM-diagnoses te stellen, zoals het Composite International Diagnostic Interview (CIDI), het Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) en het Mini international Neuropsychiatric Interview (MINI), richten zich vrijwel alleen op de negatieve aspecten van het functioneren. Woorden als welbevinden, geluk of tevredenheid ontbreken, terwijl woorden als plezier, interesse of zin alleen voorkomen in combinatie met het woord vermindering (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Ten tweede is er sprake van een verzelfstandiging van het ziektebegrip. De klachten worden toegeschreven aan een bepaalde psychologische stoornis die op het niveau van het individu gediagnosticeerd en behandeld moeten worden (Westerhof et al., 2010).

In recente jaren is er meer interesse gekomen in de positieve aanpak van mentale gezondheid. Deze aanpak bouwt op de fundamentele aanname dat mensen een neiging hebben naar persoonlijke groei en vervulling. De wereld gezondheids organisatie heeft positieve mentale gezondheid gedefinieerd in termen van (1) een individu's welzijn (2) effectief individueel functioneren en (3) een effectief sociaal functioneren (Fledderus, Bohlmeijer, Smit, Westerhof, 2010). Subjectieve evaluaties van deze 3 kern componenten kunnen aangeduid worden als emotioneel, psychologisch en sociaal welzijn. Promotie van mentale gezondheid kan gezien worden als een belangrijk nieuw doel voor public mental health. De grootste reden voor dit nieuwe doel is dat de afwezigheid van een mentale ziekte niet een aanwezigheid van mentale gezondheid betekent. Dit heeft als resultaat dat traditionele public mental health interventies die effectief zijn in het bestrijden van mentale ziektes niet persé geestelijke gezondheid promoten (Fledderus et al., 2010).

1.2. Positieve geestelijke gezondheid

Volgens de dominante opvatting is geestelijke gezondheid de afwezigheid van psychische stoornissen. Een verruiming van deze opvatting heeft geleid tot de invoering van het begrip “positieve geestelijke gezondheid” (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof, Walburg, 2013). Ook de World Health Organization (WHO, 2005) pleit er voor om de aandacht voor geestelijke gezondheid niet te beperken tot de afwezigheid van geestelijke ziekte. De WHO omschrijft geestelijke gezondheid op een positieve manier: “A state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community” (WHO, 2005). In deze definitie komen drie componenten van welbevinden terug: de subjectieve ervaring van welbevinden (emotioneel welbevinden), het effectief uitvoeren van het individu in de zin van zelfrealisatie (psychologisch welbevinden) en het effectief functioneren in de maatschappij (sociaal welbevinden) (Bohlmeijer et al., 2013).

1.2.1. Emotioneel welbevinden

Onderzoek naar emotioneel welbevinden is voortgekomen uit onderzoek naar kwaliteit van leven. Emotioneel welbevinden bevat drie aspecten: de mate waarin positieve gevoelens aanwezig zijn, de mate waarin negatieve gevoelens afwezig zijn en de mate waarin mensen tevreden zijn met hun leven (Diener, 1984). De laatste jaren is het duidelijker geworden dat emotioneel welbevinden belangrijk is voor het functioneren van mensen. Op basis van een review van diverse typen onderzoek kon de conclusie getrokken worden dat een hoger emotioneel welbevinden zorgt voor een gezonder en langer leven (Diener & Chan, 2011). Op basis van een meta analyse van zeventien studies kon geconcludeerd worden dat emotioneel welbevinden een gunstig effect heeft op herstel en overleving van mensen met lichamelijke aandoeningen (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster en Keyes, 2011).

1.2.2. Psychologisch en sociaal welbevinden

In de definitie van de WHO is zelfrealisatie een tweede belangrijke component van geestelijke gezondheid. Bij zelfrealisatie gaat het om het functioneren van het individu volgens normatieve psychologische standaarden. Het gaat om een goed leven vanuit psychologisch perspectief. Ryff (1989) bestudeerde uitgebreid het werk van de klassieke psychologische meesters. Deze hielden zich bezig met het positief functioneren vanuit een visie op menselijke groei en ontwikkeling. Ryff (1989) vond uiteindelijk zes criteria die in

verschillende theorieën een belangrijke rol spelen en die essentieel zijn in het algemene streven om het eigen potentieel te realiseren. De zes criteria hebben betrekking op het hebben van een doel in het leven, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelf acceptatie en positieve relaties. Op basis van deze zes criteria kan het proces van zelfrealisatie als volgt beschreven worden: “acceptatie van de eigen persoon en intimiteit in sociale relaties zijn belangrijke voorwaarden om autonoom een richting in het leven te kiezen die verwezenlijkt kan worden in de eigen omgeving en daarmee bijdraagt aan de persoonlijke groei en ontwikkeling” (Bohlmeijer et al., 2013).

Sociaal welbevinden houdt de evaluatie van het optimale sociale functioneren in de maatschappij in. Keyes (1998) richtte zich op het werk van klassieke sociologen en sociaal psychologen over positieve verschijnselen als sociale cohesie, sociale integratie, klassenbewustzijn en generativiteit. Op basis van zijn theoretische studie onderscheidt Keyes (1998) vijf dimensies die samen het sociaal welbevinden uitmaken. Deze vijf dimensies beschrijven een persoon die een positieve visie heeft op andere mensen en gelooft in maatschappelijke vooruitgang, die de maatschappij begrijpt, erin participeert en er zich in thuis voelt (Bohlmeijer et al., 2013).

De bespreking van het onderzoek naar welbevinden heeft duidelijk gemaakt dat welbevinden uit meerdere componenten bestaat. De basiscomponenten zijn het ervaren van plezier, het ervaren van persoonlijke groei en het ervaren van maatschappelijke betrokkenheid (Bohlmeijer et al., 2013).

1.3. Positieve psychologie

Onder de noemer positieve psychologie worden volgens Westerhof en Bohlmeijer (2010) positieve ervaringen, karaktertrekken, relaties en instituties bestudeerd die een goed leven mogelijk maken. Volgens Seligman (2000) zijn er verschillende vormen van “een goed leven”. Hij onderscheidt een plezierig, een betrokken en een zinvol leven. Welbevinden staat centraal en er worden termen als “flourishing” en “flow” gebruikt. Een goed leven gaat dus niet altijd samen met een prettig gevoel. Zo wordt flow gedefinieerd door het opgaan in activiteiten, waardoor gevoelens en gedachten tijdelijk geblokkeerd zijn (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Positieve psychologie heeft het afgelopen decennium academisch

sterk aan de weg getimmerd: 'er zijn in tien jaar tijd meer dan tweeduizend wetenschappelijke publicaties verschenen die expliciet het begrip positieve psychologie gebruiken' (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Het doel van positieve psychologie is om tegenwicht te bieden aan de klinische psychologie met pathologie en beschadiging. De positieve psychologie richt zich op het bevorderen van geestelijke veerkracht. Veerkracht komt tot uiting in het vermogen om flexibel te zijn en positieve adaptatie te ervaren. Zelfs als de levensomstandigheden belast zijn met stressoren, psychiatrische klachten of handicaps (Bohlmeijer et al., 2013).

De laatste jaren is er veel onderzoek gedaan naar positieve psychologische interventies. Positief psychologische interventies zijn interventies die zich richten op het vergroten van positieve gevoelens, gedrag of cognities en zijn een veel belovende aanpak om welzijn te verhogen. Een meta analyse van 51 interventies met 4.266 individuen heeft onderzocht of positieve psychologische interventies het welzijn van individuen vergroten. De resultaten lieten zien dat positieve psychologische interventies significant het welzijn vergroten en daarbij depressieve symptomen verminderen (Sin&Lyubomirsky, 2009).

1.4. Psy fit

Een voorbeeld van een positieve psychologische interventie is Psyfit. Psyfit is een online zelf hulp interventie zonder begeleiding van een therapeut. Participanten passen hun eigen interventie programma aan, aan persoonlijke behoeftes en meten de vooruitgang door verschillende zelf tests. Daarnaast kunnen ze de ervaringen bespreken in een online groep. De inhoud van Psyfit is gebaseerd op een extensieve literatuur review. Elementen in de interventie komen van de positieve psychologie, mindfulness, cognitieve gedrags therapie en oplossings gerichte therapie. Psyfit bestaat uit 6 modules die ieder een 4 weeks programma bevatten: positieve gevoelens, positieve relaties, hier en nu, denken en voelen, grip op je leven en missie en doelen (Bolier, Haverman, Kramer, Boon, Smit, Riper, Bohlmeijer, 2012).

Middels een RCT is er gekeken naar het effect van Psyfit. 284 participanten werden toegewezen aan het gebruik van Psyfit (experimentele conditie) of aan de 6 maand wachtlijst (controle conditie). Tijdens het onderzoek was de Psyfit website alleen toegankelijk voor participanten in de experimentele groep. De participant kon helemaal zelf

de interventie doorlopen, maar kon ook een contact formulier met een vraag invullen wanneer dit nodig was. Participanten in de controlegroep ontvingen na 6 maanden ook gegevens om te kunnen beginnen met de interventie (Bolier et al., 2012).

Welzijn was het belangrijkste aspect dat werd gemeten. Secundaire uitkomsten bevatte depressieve symptomen, algemene gezondheid en vitaliteit en economische kosten. Er werd een pre test afgenomen, één direct na de interventie (2 maand) en 6 maand later. Alle metingen waren zelf report metingen en werden verwerkt worden via email met een link naar de vragenlijst op internet (Bolier et al., 2012).

De resultaten van de 2 maand follow up meting lieten zien dat de interventie groep een significante verbetering doormaakte wat betreft het welzijn. Tevens kwam uit het onderzoek naar voren dat de algemene gezondheid verhoogde en depressieve en angst symptomen bij de interventie groep waren verminderd. De resultaten van de 6 maand post meting lieten tevens zien dat de depressieve klachten en angstklachten nog steeds waren verminderd (Bolier et al., 2012).

1.5. Doel van het nieuwe onderzoek

Omdat positieve psychologische interventies een veel belovende aanpak zijn om het welzijn te verhogen is het interessant om Psyfit systematischer aan te bieden aan mensen uit de bevolking. In dit geval via een screening vanuit de GGD.

Een pro actieve spreiding werd gebruikt om het bereik van de internet geleverde interventie Psyfit te vergroten. Om de interventie pro actief aan te kunnen bieden aan een grotere doelgroep werd de interventie ingebed in een Gezondheidsonderzoek van de GGD (GGD Nederland, 2011). Eens in de vier jaar wordt vanuit de GGD de gezondheid van de Nederlandse bevolking getest. Het doel is om door middel van een representatieve steekproef inzicht te krijgen in de mate van gezondheid en aspecten van de algemene gezondheid op zowel fysiek als mentaal gebied. De resultaten worden gebruikt voor het gezondheidsbeleid op nationaal, provinciaal en lokaal gebied. Een voordeel is dat op deze manier een groot gedeelte van de Nederlandse bevolking bereikt kan worden. Tevens kan er

een grote groep mee doen, doordat er gebruik wordt gemaakt van een online interventie. Een groot bereik x een goed effect van de interventie kan een grote impact met zich meebrengen (Schneider, 2014).

Door de interventie te integreren in het monitoren van de gezondheid, kan er direct data worden verkregen en gepresenteerd worden om mensen te informeren over de huidige gezondheidsstatus. Dit kan het bewustzijn verhogen en daarmee tevens de intentie om iets aan de gezondheidsstatus te willen veranderen. Het integreren van een online interventie stelt de GGD in staat om het welbevinden van de Nederlandse bevolking te vergroten. Naast het vergroten van het welbevinden heeft de GGD nu tevens de kans om informatie te geven over het effectief vergroten van welbevinden (Schneider, 2014).

Het doel van het onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de effecten bij een verspreiding op grote schaal. Dit leidt tot de volgende hoofdvraag en deelvragen:

“In hoeverre heeft de online zelfhulp cursus Psyfit aangeboden via de GGD gezondheidsmonitor effect op het vergroten van welbevinden?”

1. In hoeverre is er verschil in effectiviteit bij mannen/vrouwen?
2. In hoeverre is Psyfit effectiever voor participanten die gebruik maken van het programma?
3. In hoeverre is Psyfit effectiever voor participanten die adherent zijn?
4. Wat is de mate van tevredenheid over Psyfit?

2. Methode

2.1. Participanten

Participanten tussen de 19 en 64 jaar uit de provincies Zeeland, Noord-brabant en Limburg werden vanuit de GGD uitgenodigd om te participeren in een representatieve streekproef om de gezondheid te monitoren. De volgende inclusie criteria zijn gehanteerd:

1. Kennis van de Nederlandse taal
2. Toegang tot internet
3. In het bezit van een geldig e-mail adres

Als exclusiecriteria gold dat er een maximum score van 20 op de Kessler-10 vragenlijst behaald mocht worden. Dit houdt er in dat er sprake mocht zijn van milde tot geen depressieve gevoelens. Participanten moesten toestemming geven voor deelname door het invullen van een online toestemmingsformulier.

De uiteindelijke sample bestond uit 4.378 participanten. Er waren 2181 mannelijke participanten en 2197 vrouwelijke participanten met een gemiddelde leeftijd van 56.23 jaar (SD= 14.34). Het grootste gedeelte van de participanten heeft een gemiddeld opleidingsniveau.

2.2. Procedure

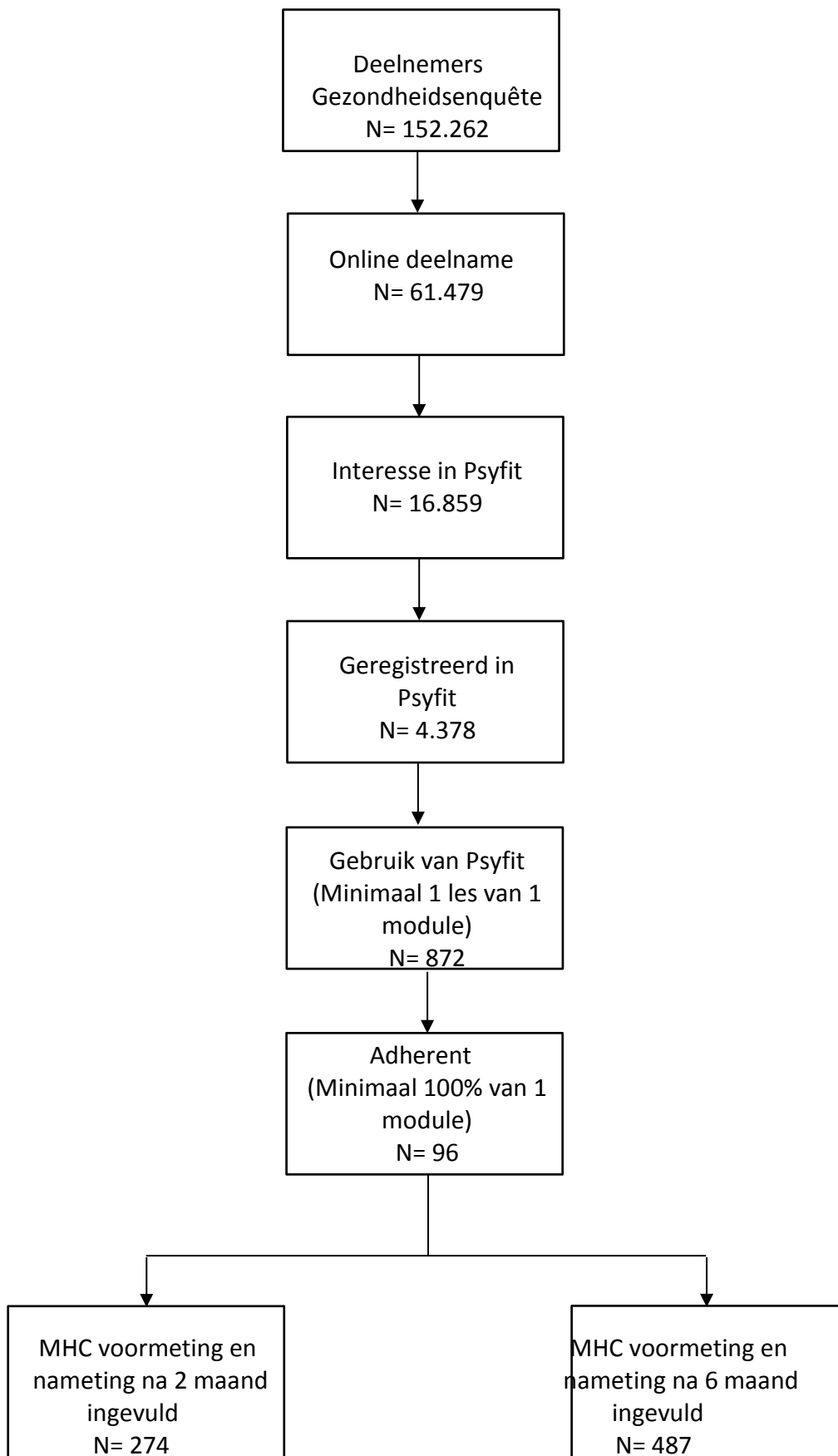
Participanten in de provincies Zeeland, Noord-brabant en Limburg werden vanuit de GGD uitgenodigd om te participeren in een Gezondheidsonderzoek. Een pro actieve spreiding werd gebruikt om het bereik van de internet geleverde interventie Psyfit te vergroten. De uitnodiging bevatte informatie over de inhoud en het doel van het monitoren van de gezondheid. Participanten kregen de kans om een online versie van de vragenlijst in te vullen. Een link van de website, met daarbij persoonlijke inlog informatie werd meegestuurd. In totaal hebben 152.262 mensen deelgenomen aan de Gezondheidsenquête – waarvan 61.479 deelnemers online deelnamen (40% van alle deelnemers). Al deze mensen hebben na afloop van de Gezondheidsenquête een uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan de

interventie over mentale fitheid (Psyfit of Kleur je leven). Van alle online deelnemers hebben uiteindelijk 16.859 (27% van alle online deelnemers) mensen het advies gekregen om deel te nemen aan Psyfit en vervolgens doorverwezen naar de landelijke pagina van Psyfit.

De participanten die interesse hadden in Psyfit werden vervolgens geïntroduceerd aan de online interventie. Participanten werd uitgelegd dat de interventie gratis was en een mogelijkheid bood om persoonlijke feedback te ontvangen op het gezondheidsgedrag. Participanten werd gevraagd om hun e-mail adres achter te laten en een online formulier in te vullen waarin ze aangaven interesse te hebben mee te doen aan de studie. Drie weken na het invullen van de Gezondheidsenquête, ontvingen alle geïnteresseerde participanten een e-mail om in te kunnen loggen in de interventie met een persoonlijke login code met wachtwoord. Na een maand, kregen participanten die niet hadden gereageerd een e-mail met een reminder over hun interesse in de interventie en een uitnodiging om alsnog mee te doen. Na het inloggen in de interventie ontvingen participanten gedetailleerde info over het doel en de inhoud.

Uiteindelijk hebben 4.378 participanten zich ook daadwerkelijk geregistreerd in Psyfit. Van deze 4.378 deelnemers heeft uiteindelijk een groep van 872 participanten gebruik gemaakt van Psyfit. Dit houdt in dat zij minimaal 20% van Psyfit hebben doorlopen. Dit is minimaal 1 les uit één van de modules van Psyfit. Een groep van 96 participanten was uiteindelijk adherent. Zij hebben minimaal 100% van Psyfit doorlopen. Dit is minimaal 1 hele module uit Psyfit. Bij het invullen van de MHC-SF zijn uiteindelijk twee onderzoeksgroepen naar voren gekomen. Zo hebben 274 participanten de voormeting en de nameting na 2 maand ingevuld. Deze metingen vonden beiden plaats in het Psyfit programma en betroffen beiden de MHC-SF vragenlijst. 487 participanten hebben de voor en nameting na 6 maand ingevuld. De MHC-SF voormeting vond tevens plaats in het Psyfit programma en de nameting na 6 maand betrof de MHC-SF vragenlijst die de participanten achteraf werd toegestuurd.

Figuur. 1 Flow van participanten



2.3. Interventie

De interventie in dit onderzoek bestaat uit de zelfhulp cursus Psyfit. Deze is ontwikkeld door het Trimbos- instituut. De cursus is gebaseerd op positieve psychologische elementen en richt zich op kracht en persoonlijke competenties in plaats van mentale problemen en tekortkomingen. Het bevat oefeningen gebaseerd op positieve psychologie en elementen van mindfulness, cognitieve gedragstherapie en oplossingsgerichte therapie. Iedere week bestaat de les uit psycho educatie en praktische oefeningen. Psyfit bestaat uit zes modules die ieder 4 lessen bevat:

1. Positieve gevoelens
2. Positieve relaties
3. Hier & nu
4. Denken & voelen
5. Grip op je leven
6. Missie & doelen

2.4. Meetinstrumenten en meetmomenten

2.4.1. Het welbevinden

Het welbevinden werd gemeten aan de hand van de Mental health Continuum Short Form (MHC-SF, Keyes, 2009). De MHC-SF is een vragenlijst die geestelijke gezondheid meet en is afgeleid van de MHC-Long Form. De vragenlijst bestaat uit veertien items. De items worden beantwoord op ervaringen in de afgelopen maand. Antwoorden worden gegeven op een 6-punts Likertschaal met een antwoordcategorie van 1=nooit, 2= één of twee keer, 3= ongeveer één keer per week, 4= twee of drie keer per week, 5= bijna elke dag en 6= elke dag. De items meten emotioneel welbevinden, sociaal welbevinden en psychologisch welbevinden. Het emotioneel welbevinden bestaat uit drie items, een voorbeelditem is: *“In de afgelopen maand, hoe had u het gevoel dat u gelukkig was?”*. Psychologisch welbevinden bestaat uit 6 items, een voorbeeld item is: *“In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?”*. Sociaal

welbevinden bestaat uit vijf items, een voorbeeld item is *“ In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?”*. Voor een overzicht van de MHC-SF zie bijlage één.

Op de MHC-SF kan een totaalscore behaald worden tussen de 14 en 84 punten. Een hogere score impliceert een hogere mate van welbevinden. De MHC-SF is vertaald vanuit het Engels naar het Nederlands. Zowel de Engelse als de Nederlandse versie van de MHC-SF bevatten een goede betrouwbaarheid en validiteit. De interne consistentie van de MHC-SF in de Nederlandse versie voor schaal emotioneel welbevinden was .83, voor psychologisch welbevinden .83 en voor sociaal welbevinden .74. (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster & Keyes, 2011).

2.4.2. Tevredenheid over Psyfit

De tevredenheid van de deelnemers over Psyfit werd gemeten aan de hand van een zelf ontwikkelde vragenlijst. De vragenlijst werd gebruikt om tevredenheid van de deelnemers te meten. De vragenlijst bestaat uit twaalf items en een vraag over een rapportcijfer. Antwoorden worden gegeven op een 5-punt Likertschaal met een antwoordcategorie 1= helemaal oneens, 2= mee oneens, 3=niet mee eens/ niet mee oneens, 4 mee eens en 5 helemaal mee oneens. Een voorbeeld item is: *“Ik zou dit programma beoordelen als een goed programma”*. Voor een overzicht van de vragenlijst zie bijlage twee.

Op de vragenlijst kan een totaalscore behaald worden tussen de 12 en 60 punten. Een hogere score impliceert een grote mate van tevredenheid. De interne consistentie van de vragenlijst was in deze studie .98.

Voor de MHC-SF hebben er in totaal drie metingen plaatsgevonden. Een voormeting, een nameting na 2 maand en een nameting na 6 maand. Van de MHC-SF zullen de gegevens van de T0 baseline meting, de T1 post nameting na 2 maand en de T2 follow up meting na 6 maand gebruikt worden. De T0 baseline meting en de T1 meting na 2 maand vonden beiden plaats in de Psyfit interventie. De T2 meting na 6 maand vond plaats doormiddel van een vragenlijst die aan participanten werd verstuurd. Van de CSQ-8 zal de meting gebruikt worden die vlak na het doorlopen van de interventie heeft plaatsgevonden.

2.5. Statistische analyse

De statistische analyses zijn uitgevoerd met het *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versie 18.0. Voor de demografische gegevens is er gebruik gemaakt van descriptive statistics. Om het effect van Psyfit op het welbevinden te meten is er gebruik gemaakt van een paired sample t-test . Er is hierbij een vergelijking gemaakt tussen 2 groepen namelijk, de voormeting op de baseline (T0), de nameting van 2 maand (T1) en de voormeting op de baseline (T0) en de nameting van 6 maand (T2). Om het verschil in effectiviteit tussen mannen en vrouwen te meten is er tevens gebruik gemaakt van een paired sample t-test. Hierbij werd het geslacht gebruikt als grouping variabele. Om te onderzoeken in hoeverre Psyfit effectiever is bij gebruik van het programma is er een nieuwe variabele gemaakt voor zowel het gebruik als voor de adherentie. Er is gekeken naar het verschil in effectiviteit bij wel/niet gebruik van 20% (oftewel het minimaal doorlopen van 1 les uit een module) en het verschil in effectiviteit bij wel/ niet gebruik van 100% (oftewel het minimaal doorlopen van 1 module). Bij zowel het minimale gebruik van 20% als het minimale gebruik van 100% is gebruik gemaakt van een paired sample t-test. Tevens is er door middel van een paired sample t- test gekeken of er verschil zit in het welbevinden bij participanten die alleen de voormeting (T0) hebben ingevuld. Bij de analyses is een significantie niveau gehanteerd van $\alpha = .05$.

Aan de hand van Cohen's d werden de effect sizes voor de afhankelijke variabelen berekend.

$$E = \frac{\mu_2 - \mu_1}{\sigma_1}$$

Hiervoor werd de volgende formule gebruikt: $E = \frac{\mu_2 - \mu_1}{\sigma_1}$. Het verschil tussen de gemiddelden van de twee groepen werd gedeeld door de standaarddeviatie van de controlegroep.

Een effect size geeft aan hoe groot het verschil tussen de voormeting en de nameting is en zegt dus iets over de grootte van het effect van de interventie. De gevonden effecten kunnen als volgt geïnterpreteerd worden: 0.2= een klein effect, 0.5= een medium effect en 0.8/groter= een groot effect (Cohen, 1992).

3. Resultaten

3.1. Demografische gegevens

In tabel 1 zijn de demografische gegevens van de participanten weergegeven. Hier is te zien dat het grootste gedeelte gemiddeld tot hoog is opgeleid. Er zijn kleine verschillen wat betreft de aantallen tussen mannen en vrouwen en de gemiddelde leeftijd is 57 jaar.

Tabel 1. Demografische gegevens van de participanten

Variabelen	Gehele sample (N= 4387)				T0 T1 (N= 274)				T0 T2 (N=487)			
	M	SD	N	%	M	SD	N	%	M	SD	N	%
Geslacht												
Man			2181	50			127	46			261	54
Vrouw			2103	48			143	52			220	45
Leeftijd	56.23	14.34			57.40	13.82			58.53	13.41		
Opleiding												
Laag			403	9			28	10			36	7
Midden			1887	43			115	42			206	42
Hoog			1823	42			110	40			218	45

3.2. Het effect van Psyfit op het welbevinden

In tabel 2 is het effect van Psyfit op het welbevinden weergegeven. Hier is te zien dat de mate van het welbevinden bij T0 baseline– T1 nameting na 2 maand significant is verhoogd. Het gaat om een klein tot medium effect. Er is geen significant verhoogd effect tussen T0 baseline en T2 nameting na 6 maand.

Tabel 2. Effect van Psyfit op het vergroten van welbevinden

Variabelen	M	SD	N	T	Effect Size
T0 baseline	3.91	1.00	274		
T1 2 maand	4.30	1.10	274	-7.23 (***)	.37
T0 baseline	4.03	0.95	487		
T2 6 maand	4.10	1.02	487	-1.72	.07

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

3.3. Het effect van Psyfit op het welbevinden bij mannen en vrouwen

In tabel 3 is het effect van Psyfit op het welbevinden van mannen en vrouwen weergegeven. Bij zowel de mannen als de vrouwen is te zien dat de mate van het welbevinden bij de T0 baseline- T1 nameting na 2 maand significant is verhoogd. Het gaat bij mannen om een klein effect en bij vrouwen om een klein tot medium effect. Bij de vrouwen is de mate van welbevinden bij de T0 baseline- T2 nameting na 6 maand tevens significant verhoogd. Het gaat hier om een klein effect. Bij de mannen is er geen significant verhoogd effect waar te nemen bij de T0 baseline- T2 nameting na 6 maand.

Tabel 3. Effect van Psyfit op het vergroten van welbevinden bij mannen en vrouwen

Variabelen	Mannen					Vrouwen				
	M	SD	N	T	Effect Size	M	SD	N	T	Effect Size
T0 baseline	4.01	1.01	101			3.76	1.00	108		
T1 2maand	4.27	1.11	101	-3.32 (***)	.24	4.21	1.10	108	-4.97 (***)	.43
T0 baseline	4.05	.94	192			3.95	.96	152		
T2 6 maand	4.04	1.04	192	.22	.01	4.09	1.00	152	-2.16 (*)	.14

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

3.4. Het effect van Psyfit op het welbevinden bij gebruik van het programma

In tabel 4 is het effect van Psyfit op het vergroten van welbevinden bij gebruik van Psyfit weergegeven. Hier is te zien dat het effect op de mate van het welbevinden op de korte termijn groter is. Op de T0 baseline- T1 nameting na 2 maand is er sprake van een significant verhoogd effect met een klein tot medium effect size. Op de T0 baseline- T2 nameting na 3 maand is er tevens sprake van een significant verhoogd niveau. Het gaat hier om een klein effect.

Tabel 4. Effect van Psyfit op het vergroten van welbevinden bij gebruik van Psyfit ¹

Variabelen	M	SD	N	T	Effect Size
T0 baseline	3.72	1.01	116		
T1 2 maand	4.13	1.03	116	-5.49 (***)	.40
T0 baseline	3.78	.95	161		
T2 6 maand	3.92	1.05	161	-2.04 (*)	.14

¹ Gebruik houdt in dat de participant minimaal 20% van Psyfit heeft doorlopen. Dit is minimaal 1 les uit een module
* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

3.5. Het effect van Psyfit op het welbevinden bij adherentie

In tabel 5 is het effect van Psyfit op het vergroten van welbevinden bij participanten die adherent zijn weergegeven. Hier is te zien dat de mate van welbevinden bij de T0 baseline-T1 nameting na 2 maand significant is verhoogd. Het gaat om een medium effect. Op de T0 baseline- T2 6 maand is er geen significant effect, wel is er sprake van een kleine effect size.

Tabel 5. Effect van Psyfit op het vergroten van welbevinden bij adherentie ¹

Variabelen	M	SD	N	T	Effect Size
T0 baseline	3.78	.92	51		
T1 2 maand	4.29	.86	51	-5.11 (***)	.57
T0 baseline	3.77	.92	46		
T2 6 maand	4.02	1.02	46	-1.91	.26

¹ Adherentie houdt in dat de participant minimaal 100% van Psyfit heeft doorlopen. Dit is minimaal 1 hele module uit Psyfit

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

3.6. Mate van tevredenheid over Psyfit

In tabel 6 is de mate van tevredenheid over Psyfit weergegeven. Hier valt op dat er laag wordt gescoord op de tevredenheid. Er wordt een voldoende gescoord op het algemene rapportcijfer.

Tabel 6. De mate van tevredenheid over Psyfit

Variabelen	Gemiddelde *	SD
Ik zou dit programma beoordelen als een goed programma	2.42	1.73
Psyfit bood mij wat ik zocht	2.01	1.61
Psyfit sloot aan bij mijn behoeften	2.02	1.61
Ik zou Psyfit aanbevelen aan een vriend(in)	2.15	1.69
Ik ben tevreden met de hoeveelheid theorie en oefeningen die ik ontvangen heb	1.95	1.71
Psyfit heeft mij geholpen om beter om te gaan met mijn problemen	1.80	1.60
Ik ben tevreden over Psyfit	2.15	1.69
Ik zou Psyfit nog een keer gebruiken, als ik het nodig had	2.11	1.70
Ik vond Psyfit nuttig	2.10	1.69
Psyfit bevatte nieuwe informatie voor mij	2.00	1.64
Ik herkende mijn eigen situatie in de verkregen informatie	2.06	1.67
Ik vond de informatie in het programma geloofwaardig	2.23	1.77
Rapportcijfer ¹	6.11	1.85

* Minimum 1 is helemaal mee oneens, maximum 5 is helemaal mee eens.

¹ Minimum 1 is heel slecht, maximum 10 is heel goed.

4. Discussie

4.1. Resultaten

Het huidige onderzoek trachtte meer inzicht te krijgen in de effectiviteit van het online zelfhulp programma Psyfit aangeboden via de GGD gezondheidsmonitor op het vergroten van welbevinden. Om het bereik te vergroten werd een pro actieve spreiding gebruikt om de internet geleverde interventie Psyfit te verspreiden. De interventie werd ingebed in een gezondheidsonderzoek van de GGD. Eén keer in de vier jaar wordt er vanuit de GGD een onderzoek gedaan naar de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Het integreren van een online interventie in een bevolkingsonderzoek brengt een aantal voordelen met zich mee. Zo kan er bijvoorbeeld een groot gedeelte van de Nederlandse bevolking bereikt worden en dit betekent dat er een grote groep mensen mee kan doen. Een groot bereik x een goed effect van de interventie kan een grote impact met zich meebrengen (Schneider, 2014). Uiteindelijk hebben 4.378 mensen zich geregistreerd in Psyfit. Van deze 4.378 mensen heeft ongeveer 20% van de participanten (872 participanten) minimaal 1 les in Psyfit doorlopen en 3% (96 participanten) was adherent. Zij hebben minimaal 1 module in Psyfit doorlopen. Het gebruik van de interventie viel tegen en uiteindelijk zijn er niet zoveel mensen bereikt. Tevens is in vergelijking met andere studies de adherentie van het huidige onderzoek laag te noemen (Christensen, Griffiths, Farrer, 2009).

Om te kijken in hoeverre de online zelfhulp cursus Psyfit (aangeboden via de GGD gezondheidsmonitor) effect heeft op het vergroten van welbevinden zijn er verschillende onderzoeksvragen opgesteld. De eerste onderzoeksvraag betrof het effect van Psyfit op het vergroten van welbevinden. Bij deze onderzoeksvraag is er gekeken naar twee onderzoeksgroepen. De eerste onderzoeksgroep betrof de participanten die de voormeting en nameting na 2 maand op de MHC hebben ingevuld. Uit de resultaten komt naar voren dat er een significant verhoogd effect is waar te nemen bij deze onderzoeksgroep. Deze groep ervaart dus een hoger welbevinden na het doorlopen van de interventie Psyfit. Het effect is klein tot medium te noemen. De tweede onderzoeksgroep betrof participanten die de voormeting en nameting na 6 maand op de MHC hadden ingevuld. Uit de resultaten komt naar voren dat er geen significant verhoogd effect te vinden is. Wel is de mate van het

welbevinden met een klein effect verhoogd. De resultaten van dit onderzoek laten hiermee overeenkomsten zien met de literatuur. Uit een RCT naar het effect van Psyfit is namelijk gebleken dat de interventie groep die Psyfit had doorlopen na 2 maand tevens een significante verbetering doormaakte wat betreft het welzijn. Na 6 maand werd er tevens een verhoging in het welbevinden gevonden, maar deze bleek niet significant (Bolier et al, 2012). De lage effecten van het huidige onderzoek zouden verklaard kunnen worden doordat de onderzoeksgroep milde tot matige depressieve klachten heeft. Hierbij zou je ook niet een groot effect in het welbevinden verwachten. Een verschil met het huidige onderzoek en eerder onderzoek is dat in het huidige onderzoek het grootste gedeelte van de participanten middel tot hoog opgeleid was. In eerder onderzoek waren het vooral laagopgeleiden die de interventie hadden doorlopen (Bolier et., 2012).

De tweede onderzoeksvraag betrof het verschil in effect van Psyfit op het vergroten van welbevinden bij mannen en vrouwen. Ook hier is er gekeken naar mannen en vrouwen die de voormeting en nameting na 2 maand hebben ingevuld en mannen en vrouwen die de voormeting en nameting na 6 maand hebben ingevuld. Bij zowel de mannen als de vrouwen is te zien dat de mate van het welbevinden bij de voormeting en nameting na 2 maand significant is verhoogd. Het gaat bij mannen om een klein effect en bij vrouwen om een klein tot medium effect. Bij de vrouwen is de mate van welbevinden bij de voormeting en nameting na 6 maand tevens significant verhoogd. Ook zij ervaren na 6 maanden nog steeds een verhoogd effect op het welbevinden. Wel gaat het om een klein effect. Bij de mannen is er geen significant verhoogd effect waar te nemen bij de voormeting en nameting na 6 maand. Bij hen is er dus geen verschil in welbevinden waar te nemen. Bij deze resultaten moet wel worden opgemerkt dat het geslacht slecht gedeeltelijk bekend was en het dus voortijdige resultaten betreft.

De derde onderzoeksvraag betrof in hoeverre Psyfit effectiever is voor participanten die gebruik maken van het programma. Dit houdt in dat zij minimaal 20% (oftewel 1 les uit een module) moeten hebben doorlopen. Uit de resultaten blijkt dat participanten die minimaal 1 les uit een module hebben doorlopen na 2 maanden een significant verhoogd effect op het welbevinden ervaren. Het effect is klein tot medium te noemen. Na 6 maanden is er tevens sprake van een significant verhoogd effect op het welbevinden. Het effect is hier echter wel

iets kleiner. Uit deze resultaten kan geconcludeerd worden dat wanneer er minimaal 1 les uit een module wordt doorlopen de interventie effectiever is. Het huidige onderzoek laat hiermee vergelijkingen zien met eerder onderzoek. Uit een RCT onderzoek is gebleken dat mensen die minimaal 1 les uit de Psyfit interventie hadden doorlopen een groter effect lieten zien dan de gewone onderzoeksgroep (Bolier et al., 2012).

De vierde onderzoeksvraag betrof in hoeverre Psyfit effectiever is voor participanten die adherent zijn aan het programma. Dit houdt in dat zij minimaal 100% (oftewel 1 hele module) moeten hebben doorlopen. Uit de resultaten blijkt dat participanten die minimaal 1 hele module doorlopen na 2 maand een significant verhoogd effect op het welbevinden ervaren. Het effect is medium te noemen. Na 6 maand is er tevens een verhoging in het welbevinden waar te nemen. De effect size is hier klein tot medium. Uit deze resultaten kan geconcludeerd worden dat wanneer er minimaal 1 module wordt doorlopen de interventie het meest effectief is. Deze resultaten komen tevens overeen met de literatuur dat een interventie meer effect heeft wanneer participanten adherent zijn (Kelders, Kok, Ossebaard, van Gemert-pijnen, 2012).

De vijfde onderzoeksvraag betrof de mate van de tevredenheid over Psyfit. Hieruit bleek dat de participanten onder het gemiddelde scoren wat betreft de tevredenheid. De lage scores van tevredenheid zouden een verklaring kunnen zijn voor de lage mate van adherentie. De resultaten uit dit onderzoek laten tevens vergelijkingen zien met eerder onderzoek naar Psyfit. Uit een RCT is namelijk gebleken dat ook hier onder het gemiddelde werd gescoord wat betreft de tevredenheid over Psyfit (Bolier et al., 2012). Wel wordt er als gemiddeld rapportcijfer een 6.11 gescoord, wat betekent dat participanten het programma in het algemeen als voldoende beoordelen.

4.2. Beperkingen en sterke kanten

Er zijn een aantal beperkingen die het huidige onderzoek met zich meebrengen. Ten eerste is er maar een vrij klein gedeelte die minimaal 1 les of minimaal 1 module uit Psyfit heeft doorlopen. Dit betekent dat er weinig mensen echt gebruik hebben gemaakt van het programma en dat het bereik van de studie dus tegenvalt. Ten tweede hebben aan het huidige onderzoek participanten deelgenomen met milde tot matige depressieve klachten. Hierdoor zouden de gegevens niet generaliseerbaar kunnen zijn. Wanneer participanten al milde klachten hebben wordt er ook niet verwacht dat er hele grote effecten in het welbevinden waar worden genomen.

Een sterke kant van het huidige onderzoek is het gebruik van een pro actieve screening en zo het aanbieden van Psyfit aan een grotere groep mensen. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat het aanbieden aan een grotere groep mensen een groter preventief effect heeft dan het alleen aan te beiden aan een kleine groep mensen die al klachten heeft (Huppert, 2009; Rose, 2008). Door deze screening kunnen veel mensen bereikt worden en zelfs de kleine effect sizes uit deze studie kunnen daardoor een belangrijke verbetering zijn voor de gezondheid van de algemene populatie.

4.3. Conclusie en aanbevelingen

Een pro actie spreiding van de interventie Psyfit kan gebruikt worden om het welbevinden te vergroten. Wel is het aan te bevelen om in de verdere toekomst aandacht te besteden aan het verhogen van de adherentie en motivatie, omdat de interventie het meest effectief is wanneer de participanten adherent zijn. Er moet dus meer onderzoek gedaan worden naar hoe we ervoor kunnen zorgen dat mensen adherent blijven aan de interventie. Tevens is het aanbieden aan andere groepen gewenst zodat de resultaten generaliseerbaar zijn voor de gehele populatie. Een sterke kant van het huidige onderzoek was de werving van de participanten. Uiteindelijk heeft een groep van 4678 participanten zich ook daadwerkelijk geregistreerd in Psyfit, terwijl uit andere onderzoeken is gebleken dat de werving soms erg lastig kan zijn (Murray, Khadjesari, White, Kalaitzaki, Godfrey, McCambridge, 2009).

Referentielijst

- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., Walburg, J.A. (2013). Handboek positieve psychologie. Boom: Amsterdam.
- Bolier, L., Haverman, M., Kramer, J., Boon, B., Smit, F., Riper, H., Bohlmeijer, B. (2012). Internet-Based Intervention to Promote Mental Fitness in Mildly Depressed Adults: Design of a Randomized Controlled Trial. *Jmir Research Protocols*
- Christensen, H., Griffiths, K.M., Farrer, L. (2009). Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *J Med Internet Res 2009;11(2)*: e13.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159.
- Crossley, D., Rockett, K. (2004). The experience of shame in older psychiatric patients: a preliminary enquiry. *Aging and Mental Health, 9*, 368-73.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011) Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being. 3(1)*, 1-43
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T., Smit, F., Westerhof, G. (2010). Mental Health Promotion as a New Goal in Public Mental Health Care: A Randomized Controlled Trial of an Intervention Enhancing Psychological Flexibility. *Research and Practice*.
- Foogg, B.J. (2003). Persuasive Technology: Using Computers to change what we think and do. San Francisco: Morgan Kaufmann; 2003.
- GGD Nederland. (2011). GGD Nederland: Lokale en Nationale Monitor Gezondheid. Retrieved May 26, 2011, from <http://monitorgezondheid.nl>

- Huppert, F.A. (2009). A new approach to reducing disorder and improving well-being. *Perspectives on Psychological Science* 2009; 4 (1): 108-111.
- Kelders, S.M., Kok, R.N., Ossebaard, H.C., van Gemert-pijnen, J.E. (2012). Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to Web-based interventions. *J med Internet Res* 2012; 14 (6): e 152
- Keyes, C.L.M.(1998). Social well-being. *Social psychology Quaterly*, 61, 121-140.
- Koopmans, P. (2009) Recurrence of Sickness Absence. A longitudinal Study. *De psycholoog*, 45 (5), 2010, 23-24
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110.
- Lehto, T., Oinas- Kukkonen, H. (2011). Persuasive features in Web-based alcohol and smoking interventions: a systematic review of the literature. *J Med Internet Res* 2011; 13 (3): e 46.
- Maddux, J. (2009). Stopping the 'madness': Positive Psychology and deconstructing the illness ideology and the DSM. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds), *Oxford handbook of positive psychology (2 nd ed.)*. (pp. 61-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G., Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand, evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven: RIVM.
- Murray, E., Khadjesari, Z., White, I.R., Kalaitzaki, E., Godfrey, C., McCambridge, J. (2009). Methodological challenges in online trials. *J Med Internet Res* 2009; 11 (2): e9.
- Rose, G. (2008). *Rose's strategy of Preventive Medicine: The complete original text*. Oxford University press; 2008.

- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Schneider, F. (2014). Reach out and touch. Improving reach and use of an Internet-delivered lifestyle intervention.
- Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sin, L.N., Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing Well-being and alleviating Depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice- friendly meta analysis. *Journal of Clinical Psychology*. Volume 65, Issue 5.
- Spitzer, R.L., Wilson, P.T. (1975). Nosology and the official psychiatric nomenclature. In A. Freedman, H. Kaplan, & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 826-845). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Vollebergh, W.A.M., De Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C.G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J., Beekman, A.T.F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland*. Utrecht: Trimbos- instituut.
- Weehuizen, R. (2006). *Mentaal kapitaal: Een verkennende studie naar de psychologische dimensie van economische ontwikkeling*. Den Haag: Commissie van Overleg Sectorraden voor Onderzoek en Ontwikkeling.
- Westerhof, G., Bohlmeijer, E. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Boom: Amsterdam.
- World Health Organization (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Genève: WHO.

Bijlagen

Bijlage I Mental Health Continuum – Short Form

De volgende vragen beschrijven gevoelens die mensen kunnen hebben. Lees iedere uitspraak zorgvuldig door. Vink het antwoord aan dat het best weergeeft hoe vaak u dat gevoel had gedurende de afgelopen maand. In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...		Nooit	Een of twee keer	Ongeveer 1 keer per week	2 Of 3 keer per week	Bijna elke dag	Elke dag
1	... dat u gelukkig was?	0	1	2	3	4	5
2	... dat u geïnteresseerd was in het leven?	0	1	2	3	4	5
3	... dat u tevreden was?	0	1	2	3	4	5
4	... dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?	0	1	2	3	4	5
5	... dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt of uw stad)?	0	1	2	3	4	5
6	... dat onze samenleving beter wordt voor de mensen?	0	1	2	3	4	5
7	... dat mensen in principe goed zijn?	0	1	2	3	4	5
8	... dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?	0	1	2	3	4	5
9	... dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?	0	1	2	3	4	5
10	... dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?	0	1	2	3	4	5
11	... dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?	0	1	2	3	4	5
12	... dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?	0	1	2	3	4	5
13	... dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?	0	1	2	3	4	5
14	... dat uw leven een richting of zin heeft?	0	1	2	3	4	5

Bijlage II Tevredenheids vragenlijst

<i>De volgende vragen helpen ons om Psyfit te evalueren en voortdurend te verbeteren. Wij zijn geïnteresseerd in uw eerlijke mening over de hulp die u hebt ontvangen, of die positief is of negatief.</i>		Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens / oneens	Mee oneens	Helemaal mee oneens
1	Ik zou dit programma beoordelen als een goed programma.	5	4	3	2	1
2	Psyfit bood mij wat ik zocht.	5	4	3	2	1
3	Psyfit sloot aan bij mijn behoeften.	5	4	3	2	1
4	Ik zou Psyfit aanbevelen aan een vriend(in).	5	4	3	2	1
5	Ik ben tevreden met de <i>hoeveelheid</i> theorie en oefeningen die ik ontvangen heb.	5	4	3	2	1
6	Psyfit heeft mij geholpen om beter om te gaan met mijn problemen.	5	4	3	2	1
7	Ik ben tevreden over Psyfit.	5	4	3	2	1
8	Ik zou Psyfit nog een keer gebruiken, als ik het nodig had.	5	4	3	2	1
9	Ik vond Psyfit nuttig.	5	4	3	2	1
10	Psyfit bevatte nieuwe informatie voor mij.	5	4	3	2	1
11	Ik herkende mijn eigen situatie in de verkregen informatie.	5	4	3	2	1
12	Ik vond de informatie in het programma geloofwaardig.	5	4	3	2	1

Bijlage III Psyfit

[Help](#) [Uitloggen](#) [Mijn Profiel Wijzigen](#) [Telt a friend](#) [Contact](#)

[Home](#) [Verder met de cursus](#) [Moodmeter](#) [Mijn Psyfit](#) [Bibliotheek](#) [Forum](#) [Vragen](#) [Opmaak wijzigen](#)

MIJN PROFIEL

Welkom Linda
zaterdag 9 juli 2011

[Mijn Profiel wijzigen](#)

CURSUS INGANG

Kies hier je module!
De cursus Psyfit bestaat uit 6 modules. Klik op de schijfpunt van de module waarmee je wilt starten. Naarmate je verder in de module bent, kleurt deze schijfpunt groen. Na afronding van de module is de schijfpunt volledig groen gekleurd.

Als je via de schijf een module start, begint de module altijd aan het begin. Als je al een deel van de les gedaan hebt, kan je in de taakbalk op 'Verder met de cursus' klikken om verder te gaan waar je gebleven was.

MOODMETER

Je stemmingsgrafiek van deze week.

[Ga naar de moodmeter](#)

COMMUNICATIE

Je laatst ontvangen berichten.

Onderwerp	Datum
2 positieve dingen	12-7-2011
Duidelijk communiceren	12-7-2011
Positieve gevoelens: Week 2...	9-7-2011
Positieve relaties: Week 1...	9-7-2011
Vul de zelftest 'Denken en v...	23-6-2011

[Ga naar communicatie](#)

TIP

[Toeslagen aan 'Mijn Psyfit'](#) [Meer tips](#)

POLL

Vind jij dat je genoeg tijd en aandacht hebt voor de mensen om wie je geeft?

FORUM

De laatste onderwerpen uit het forum.

Onderwerp	Reactsies	Antwoorden
Binnen Kleer: Wat Nu??	5	29
Wie durft hier eens te reageren?	3	33
Een sprong in het diepe.	2	22
Opnieuw beginnen.	1	25
Met grief geweld.	1	15

[Ga naar het forum](#)

REVIEW

Ervaringen van anderen.

Ik vond het een module waar ik echt iets aan had. Het werd n...

22-3-2011

Module	Aantal reviews
Positieve gevoelens	44
Positieve relaties	16
Hier en nu	29
Denken en voelen	23
Grijp aan je lezen	20
Misle en doelen	42

[Ga naar reviews](#)

[Disclaimer](#) | [Privacy Statement](#)
 Copyright © 2011 Mentalshare. Alle rechten voorbehouden.
 Psyfit versie 1.12 build 4102 (25-5-2011 11:29:45)