

Ouderen, zorg en technologie: Kans, knelpunt of combinatie?

Een onderzoek naar de factoren die de intentie
voor het gebruik van eHealth door ouderen
voorspellen.

Theresia Benkhoff (s1317792)

Bachelorthese Gezondheidspsychologie

Onder begeleiding van:

Kip, Hanneke MSC.

Sieverink, Floor MSC.

26 juni 2015

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Abstract	4
1. Inleiding.....	5
2. Methode.....	15
2.1 Respondenten.....	15
2.2 Materialen en Procedure	16
2.3 Analyse	19
3.Resultaten.....	19
4. Discussie	25
4.1 Beperkingen en aanbevelingen	29
4.2 Aanbevelingen voor de praktijk.....	30
4.3 Positieve punten.....	31
5. Conclusie	32
6. Referenties.....	33
7. Bijlage.....	38

Samenvatting

Aanleiding Het aantal ouderen op de wereld neemt in de komende jaren toe. Dit betekent dat er mogelijkheden moeten worden gevonden om voor de hoeveelheid oudere mensen te zorgen. Het gebruik van zogenaamde eHealth technologieën biedt een mogelijkheid om in de gezondheidszorg routinematig en kosteneffectief te werken. Het wordt duidelijk dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen. Technologieën zoals beeldbellen kunnen de wensen en behoeftes naar zelfstandigheid vervullen. Echter ontbreekt onderzoek naar de factoren die beïnvloeden of ouderen gebruik willen maken van deze technologieën of juist niet. Het huidige onderzoek probeert te achterhalen welke factoren de intentie van ouderen beïnvloeden als het gaat om het gebruik van beeldbellen met de huisarts/de verpleegkundige. Op basis van literatuuronderzoek werden verschillende determinanten gevonden die de intentie van ouderen kunnen beïnvloeden. De relatie tussen deze determinanten en de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken werd binnen het huidige onderzoek onderzocht.

Methoden De doelgroep bestond uit een groep mensen met Duitse nationaliteit van 70 jaar en ouder ($M=77.13$, $SD=4.20$). Er werd op basis van bestaande vragenlijsten een kwantitatieve vragenlijst opgesteld om de verschillende determinanten en de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken in kaart te brengen. Met hulp van statistische analyses werden de samenhangen tussen de verschillende determinanten en de intentie nader onderzocht.

Resultaten Uit de analyses blijkt dat ten eerste de attitude een belangrijke invloed heeft op de intentie van mensen. Echter werd duidelijk dat er een verschil bestaat tussen de invloed van het affectieve component van attitude en het cognitieve component. Het bleek ook dat de ervaren subjectieve norm een deel van de intentie kan verklaren. Als het gaat om de Perceived Usefulness en de Perceived Ease of use laten de analyses zien dat de Perceived Usefulness een groter deel van de intentie van ouderen kan verklaren. Uiteindelijk kan ook de General Computer Self-Efficacy een deel van de variantie in intentie verklaren.

Aanbevelingen In het huidige onderzoek deden in totaal 32 respondenten mee. Om betrouwbare conclusies te kunnen trekken zou het voor de toekomst nodig zijn om nog meer respondenten te bereiken. Vooral als het gaat om de determinant “ervaring” is het belangrijk de relaties nader te onderzoeken. Bovendien moet ook ermee rekening gehouden worden dat naast de proximale determinanten ook verschillende distale determinanten de intentie van ouderen kunnen beïnvloeden.

Abstract

Background The number of older people in the world increases. So it is necessary to find ways to care for the quantity of older people. The use of so called eHealth technologies offers an opportunity for the health care to work cost-effective and as a matter of routine to handle the quantity of older people. Video calling is one example of an eHealth technology which can fulfill the needs and desires for independency of the elderly. However, research showing which factors influence whether older people use those technologies is missing. The current study tries to discover the determinants of the intention of elderly to use video calling with the general practitioner. Several determinants were found in the literature that affect the intention of the elderly to use technology. The relationship between these determinants and the intention was investigated in the present study.

Methods The target group consisted of a group of Germans aged 70 en older ($M=77.13$, $SD=4.20$). A quantitative questionnaire was developed based on existing questionnaires from the literature. The current questionnaire was designed to get to know more about the relationship between the various determinants and the intention of the elderly to use video calls with the general practitioner. Statistical analysis were used to investigate the relationship between the different determinants and the intention of the elderly.

Results The analysis showed that the attitude of the elderly had an important influence on the intention to use video calls. However, it became clear that there is a difference between the influence of the affective component of attitude and the cognitive component. It also revealed that the perceived subjective norm explains some part of variance in the intention to use video calls. When it comes to Perceived Usefulness and Perceived Ease of use, the analysis showed that the Perceived Usefulness can explain a larger part of the variance in intention than the Perceived Ease of Use. Finally, a significant influence was found and it showed that the General Computer Self-Efficacy can explain some part of the variance in the intention to use video calls.

Recommendations 32 respondents participated in the present study. In order to achieve valid conclusions it would be necessary to continue with this study to ask more respondents. Especially when it comes to the determinant “Experience” it is important to ask respondents who already made use of video calling. It is also important to consider the influence of different distal determinants when it comes to the intention to use video calling.

1. Inleiding

Het aantal ouderen op de wereld neemt in de komende jaren toe. In 2012 waren er meer dan 810 miljoen mensen in de wereld die ouder waren dan 60 jaar. De verwachting is dat dit aantal in 2050 is gestegen naar meer dan 2 biljoen mensen (United Nations, 2012). In 2012 leefden in Nederland 3,8 miljoen mensen die ouder waren dan 60 jaar en het wordt verwacht dat in 2050 meer dan 5,4 miljoen mensen ouder dan 60 jaar in Nederland leven (United Nations, 2012). Dit zal dus betekenen dat er in 2050 meer ouderen op de wereld leven dan kinderen tussen de 0 en 14 jaar (United Nations, 2012). Daardoor wordt duidelijk dat er in de toekomst te weinig jongere mensen beschikbaar zullen zijn die in de ouderenzorg en de gezondheidszorg in het algemeen kunnen werken en dat de overige zorgverleners niet meer goed kunnen zorgen voor de hoeveelheid oudere mensen. (Aanesen et al., 2011). De toenemende vergrijzing heeft tot gevolg dat er hoge kosten ontstaan doordat oudere mensen op grond van ziektes zoals Alzheimer en diabetes vaak iedere dag hulp van zorgverleners nodig hebben (Tahkokallio, 2000). Door de chronische aandoeningen hebben ouderen langdurige zorg nodig om de kwaliteit van hun leven te waarborgen. Bovendien hebben ouderen vaak te maken met een combinatie van verschillende aandoeningen zoals alzheimer, diabetes of hartklachten en de zorg moet daarop toegespitst worden. Voor de toekomst zal dit betekenen dat de ouderenzorg met bezuinigingen moet rekenen om kosten te besparen en de kwaliteit van de gezondheidszorg te waarborgen (Notenboom et al., 2012). Er zijn dus bepaalde veranderingen in de ouderenzorg nodig om deze problemen aan te pakken en zo de kwaliteit van leven van ouderen te garanderen.

Als het gaat om de kwaliteit van het leven van ouderen stellen Grewal et al. (2006) dat niet alleen een slechte gezondheid de kwaliteit van het leven vermindert maar ook het feit dat een slechtere gezondheid invloed heeft op het vermogen om alleen voor zichzelf te zorgen. Dit zou betekenen dat mensen die op grond van een slechte gezondheid niet voor zichzelf kunnen zorgen de kwaliteit van hun leven lager inschatten. Grewal et al. (2006) vonden dat ouderen factoren zoals het zelfstandig leven in het eigen huis en ook het contact tot familie en vrienden belangrijk vinden als het gaat om de kwaliteit van hun leven. Het maakt dus duidelijk dat ouderen ondanks eventuele chronische ziektes of andere aandoeningen graag thuis willen blijven wonen en dat ervoor gezorgd moet worden dat ze zelfstandig met hun aandoeningen kunnen omgaan. Dit stelt een verdere uitdaging voor de gezondheidszorg omdat er middelen moeten worden gevonden om ouderen te helpen zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen.

Halford, Lotherington en Dyb (2010) laten zien dat het gebruik van verschillende technologieën in de gezondheidszorg een oplossing voor deze problemen kan bieden omdat met hulp van deze technologieën routinematig en kosteneffectief kan worden gewerkt. Bovendien biedt het gebruik van verschillende technologieën voor ouderen de mogelijkheid om zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen want ze maken het onder andere mogelijk dat ouderen vanuit hun thuisomgeving de huisarts of verpleegkundigen kunnen contacteren (May, Ellis, 2001). Deze technologische innovaties worden ook wel “eHealth” genoemd. Dit begrip is ontstaan door de integratie van informatie- en communicatietechnologieën in de gezondheidszorg met het doel de gezondheidszorg beter, sneller en goedkoper te maken. (van Gemert-Pijnen, Peters, Ossebaard, 2013). Eysenbach (2001) geeft de volgende definitie van dit begrip:

„e-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology.“

Eysenbach stelt dus dat eHealth een manier van denken beschrijft waarin het erom gaat de gezondheidszorg in het algemeen te verbeteren.

Het begrip eHealth heeft betrekking op veel verschillende technologieën die in de gezondheidszorg kunnen worden gebruikt. Deze technologieën kunnen worden verdeelt in drie dimensies: de gebruikers van de technologie, de gebruikte techniek en de plaats van de technologie in de zorg (van Gemert-Pijnen et al., 2013). EHealth technologieën kunnen onder andere worden gebruikt in het contact tussen patiënt en hulpverlener. Bovendien kunnen patiënten onderling door middel van eHealth programma's in contact treden om bijvoorbeeld informatie uit te wisselen. Verder kunnen professionals eHealth programma's gebruiken om data uit te wisselen of een collega te consulteren. eHealth programma's kunnen ook worden geclassificeerd op basis van de gebruikte techniek. Er zijn bijvoorbeeld verschillende web applicaties, apps voor mobiele telefoons, electronic health records (EHR) of vormen van video-communicatie (van Gemert-Pijnen et al., 2013). Uiteindelijk bepaald ook de context in de zorg in hoeverre eHealth technologieën kunnen worden classificeert. EHealth kan worden

gebruikt tijdens het diagnoseproces (bv. telediagnostiek), tijdens de therapie (bv. online therapie) of tijdens de zorg (bv. videocommunicatie) (van Gemert-Pijnen et al., 2013). Deze programma's maken het onder andere mogelijk om dossiers en andere documenten van patiënten te digitaliseren en deze efficiënt te gebruiken omdat patiënt en hulpverlener niet op een moment op dezelfde locatie aanwezig hoeven te zijn (May, Finch, Mort, 2005). EHealth programma's kunnen dus een mogelijkheid bieden om de ouderenzorg zo te structureren dat ze de wensen en behoeftes naar zelfstandigheid kan vervullen. Verder is het ook het doel van de Nederlandse Rijksoverheid (2011) dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Ten eerste omdat ouderen in hun sociale omgeving kunnen blijven wonen en ten tweede omdat kosten kunnen worden bespaard.

Het wordt duidelijk dat verschillende technologieën het mogelijk maken dat de zorg of informatie-uitwisseling op afstand plaatsvindt. Deze technologieën worden ook wel onder het begrip “telemedicine” samengevat (Roine, Ohinmaa, & Hailey, 2001). Een technologie die hoort bij deze categorie is beeldbellen. Door middel van beeldbellen kunnen zich patiënt en hulpverlener tegelijkertijd zien en horen (Hubble et al., 2004). Dit gebeurt via verschillende apps op het mobiele telefoon, via computer of apparaten die speciaal voor beeldbellen zijn gemaakt. Het wordt duidelijk dat het gebruik van beeldbellen in de praktijk de mogelijkheid biedt om op afstand te diagnosticeren of patiënten met chronische ziektes te begeleiden (van Weert, 2010). Onderzoek van Honig (2010) liet zien dat ouderen aangaven dat ze beeldbellen graag willen gebruiken en dat ze het interessant vinden. Beeldbellen kan in de gezondheidszorg veelzijdig worden ingezet. Het biedt voor ouderen bijvoorbeeld de mogelijkheid om de huisarts te bellen als ze vragen hebben of als ze last hebben van lichte klachten zoals bijvoorbeeld pijn in de spieren. Het voordeel is dat de patiënten niet bij de huisarts aanwezig hoeven te zijn. Beeldbellen met de huisarts is dus geschikt voor ouderen die thuis wonen en niet altijd de mogelijkheid hebben om de huisarts te bezoeken (van Weert, 2010). Het feit dat beeldbellen een mogelijkheid voor ouderen biedt om de huisarts wel te zien zorgt voor een persoonlijke sfeer tijdens het gesprek. Het wordt duidelijk dat het gebruik van beeldbellen kosten kan besparen doordat beeldbellen het mogelijk maakt om efficiënt en snel te werken en de hoeveelheid bezoeken van patiënten bij de verpleegkundige te reduceren (Schweitzer, Synowiec, 2012). Beeldbellen biedt een manier om voor de hoeveelheid patiënten te zorgen, ook als in toekomst minder zorgverleners beschikbaar zullen zijn. Als het gaat om het gebruik van beeldbellen in de huisartspraktijk maakt van Weert (2010) duidelijk dat beeldbellen een goedkope manier is omdat een groot aantal mensen kan worden bereikt door het installeren van een apparatuur.

Het blijkt dat beeldbellen het potentieel heeft om de ouderenzorg te verbeteren. Echter ontbreken studies die aantonen dat oudere mensen regelmatig gebruik maken van zowel beeldbellen als eHealth programma's in het algemeen (Watkins, & Xie, 2014). Onderzoek laat zien dat vooral jongere mensen vaak gebruik maken van eHealth interventies (Neter, & Brain, 2012). Terwijl biedt het internet voor ouderen veel nuttige informatie over verschillende ziektes en behandelingen. Bovendien biedt het internet voor ouderen ook de mogelijkheid om bijvoorbeeld door beeldbellen in contact te blijven met hun familie, hun vrienden en de zorgverleners (Milliken et al., 2012).

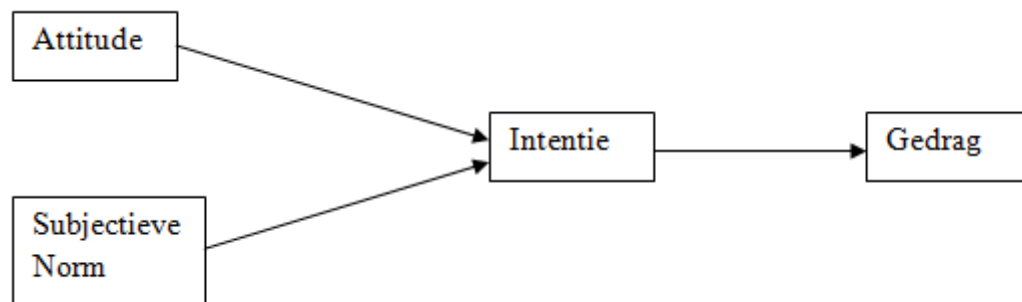
Het is belangrijk te achterhalen waarom ouderen geen gebruik maken van beeldbellen en eHealth programma's in het algemeen. Als bekend is waarom ouderen deze technologieën wel of niet gebruiken kan tijdens de implementatie van de programma's met deze factoren rekening gehouden worden zodat de kans groot is dat ze wel gebruik maken van deze programma's. Gatto en Tak (2008) vonden verschillende barrières die ouderen ervaren als het gaat om het gebruik van het internet en andere technologieën. Ze vonden dat ouderen vaak geen gebruik maken van technologieën omdat ze gefrustreerd zijn en vaak niet goed begrijpen hoe ze met bijvoorbeeld de computer moeten omgaan (Gatto et al., 2008). Het moet ook rekening gehouden worden met verschillende distale factoren die de intentie van ouderen kunnen beïnvloeden. Sommige ouderen zijn bijvoorbeeld niet om staat om bepaalde informatie goed te begrijpen omdat ze te maken hebben met functionele beperkingen. Deze functionele beperkingen uiten zich bij ouderen vaak in een slecht zichtvermogen/hoorvermogen, pijn in de spieren die wordt veroorzaakt door hun lichaamshouding of bijvoorbeeld pijn door reuma-handen (Gatto et al., 2008). Bovendien hebben ouderen vaak minder ervaringen met computers en andere technologieën als jongeren, ook omdat ze vaak de benodigde apparaten niet ter beschikking hebben. Ouderen met minder ervaring zullen dus een negatief beeld tegenover computers en andere technologieën hebben (Jay, & Willis, 1992). Vaak gebeurt het ook dat ouderen het gevoel krijgen dat computers voor jongere generaties gemaakt zijn, ook omdat ze niet bekend zijn met de termen die in verband met computergers en andere technologieën worden gebruikt (Zajicek, 2001). Verder zullen ze misschien verwachten dat ze tijdens het maken van hun eerste ervaringen met beeldbellen technische moeilijkheden zullen ervaren. Deze factoren kunnen dus één mogelijke verklaring geven waarom ouderen minder gebruik maken van beeldbellen of eHealth in het algemeen.

De genoemde barrières die ouderen ervaren hangen echter niet direct samen met de intentie om eHealth programma's te gebruiken. Het kan namelijk gebeuren dat ouderen wel

een positieve intentie hebben om eHealth programma's te gebruiken, maar dat ze zich ondanks de genoemde barrières niet in staat voelen om ze te gebruiken (Fishbein et al., 2001). Het is dus belangrijk om vooraf te achterhalen welke proximale factoren de grondlegende intentie van ouderen beïnvloeden als het gaat om het gebruik van eHealth omdat deze factoren belangrijk zijn als het gaat om de implementatie van eHealth in de zorg. Pas nadat bekend is welke factoren de intentie van ouderen positief beïnvloeden kan erover nagedacht worden in hoeverre mogelijke ervaren barrières de intentie van ouderen beïnvloeden. Als bekend is welke factoren de intentie van ouderen positief beïnvloeden en welke barrières ouderen ervaren als het gaat om het gebruik van beeldbellen kan erover nagedacht worden in hoeverre het gebruik van eHealth aangepast kan worden aan de behoeftes van ouderen.

Er komt dus de vraag naar voren welke determinanten verklaren waarom ouderen wel of niet de intentie hebben om eHealth programma's te gebruiken. Fishbein en Ajzen (1975) constateerden met hun “Theory of Reasoned Action” (Figuur 1) dat de intentie van mensen hun gedrag voor een groot deel kan voorspellen. Binnen het huidige onderzoek wordt gebruik gemaakt van dit model omdat het onder andere gebruikt kan worden als het gaat om het achterhalen van factoren die het gebruik van Information Technology (IT) beïnvloeden (Moore, Benbasat, 1996). Uit onderzoek bleek dat het model gebruikt kan worden om het gebruik van Information Technology (IT) te begrijpen. Bovendien bleek dat zowel de attitude als de verwachtingen van anderen beïnvloeden of mensen gebruik maken van IT of niet (Moore, Benbasat, 1996). Ook Fishbein en Ajzen (1975) stellen met hun model dat de intentie van mensen resulteert op basis van de **attitude** tegenover een bepaald gedrag en de **subjectieve norm**, dus de ervaren druk van personen uit de sociale omgeving als het gaat om het uitvoeren van een bepaald gedrag. Uiteindelijk bepaalt de intentie of een bepaald gedrag wordt uitgevoerd of niet (Fishbein, & Ajzen, 1975). Het wordt dus duidelijk dat zowel de attitude als ook de ervaren subjectieve norm de intentie om beeldbellen te gebruiken kan beïnvloeden. De attitude van mensen “refers to the degree to which a person has a favorable or unfavorable evaluation or appraisal to the behavior in question” (Ajzen, 1991, p.188). In het kader van dit onderzoek gaat het dus erom of ouderen het gebruik van eHealth positief of negatief ervaren. Davis (1989) vond in zijn onderzoek geen significante invloed van de attitude. Echter maken Yang en Yoo (2004) onderscheid tussen zowel de cognitieve component als ook de affectieve component van attitude. Ze stellen dat Davis met zijn onderzoek een focus heeft gelegd op het affectieve gedeelte van attitude en dus in hoeverre mensen een systeem/technologie goed of slecht vinden. Yang en Yoo (2004) vonden in hun onderzoek dat ook het cognitieve component van attitude toevoegende waarde heeft, dus

gedachten en oordelen over het object in kwestie. Ze concluderen dat de attitude opgesplitst moet worden in twee gedeeltes (affectief en cognitief) en dat deze twee aspecten beïnvloeden in hoeverre mensen gebruik maken van technologieën (Yang, Yoo, 2004). Hoewel dit onderzoek betrekking heeft op studenten wordt verwacht dat dezelfde effecten ook bij ouderen gevonden kunnen worden. Bovendien stellen Venkatesh et al. (2000) dat het affectieve gedeelte van attitudes samenhangt met de instrumentele en extrinsieke motivatie om technologieën te gebruiken. Dit zal betekenen dat de attitude van mensen de intentie van ouderen om eHealth te gebruiken kan beïnvloeden.

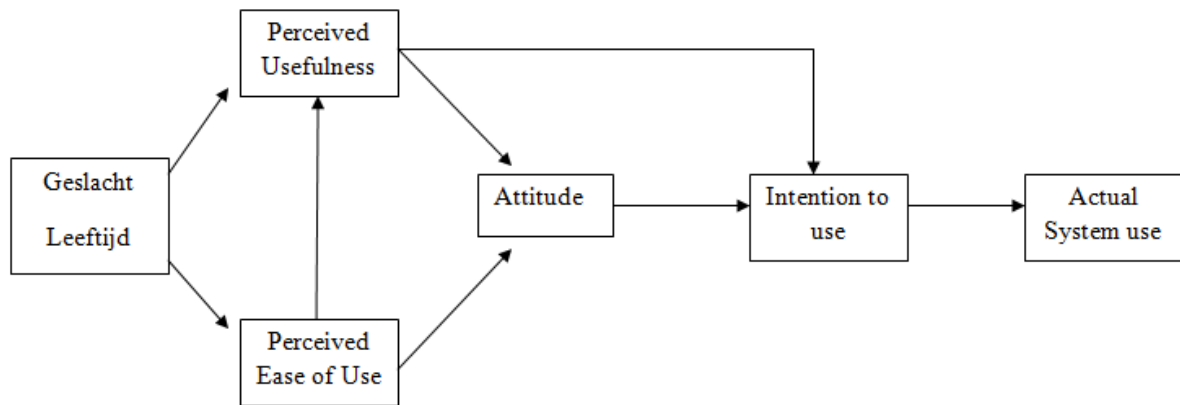


Figuur 1. Theory of Reasoned Action

Fred Davis (1986) heeft het zogenaamde “Technology Acceptance Model (TAM)” ontwikkeld (Figuur 2). Dit model is gebaseerd op de “Theory of Reasoned Action” van Fishbein en Ajzen (1975). Davis ontwikkelde dit model om te begrijpen welk invloed verschillende variabelen op de intentie van mensen om technologieën te gebruiken hebben. Binnen het huidige onderzoek werd gebruik gemaakt van het TAM omdat Wilson et al. (2004) in hun onderzoek laten zien dat Davis theorie ook gebruikt kan worden als het gaat om eHealth in de gezondheidszorg. Uit het onderzoek kwam naar voren dat het Technology Acceptance Model nuttig is om te begrijpen welke aspecten van eHealth voor mensen belangrijk zijn en hoe deze aspecten het uiteindelijke gedrag kunnen beïnvloeden.

Davis gebruikt binnen het TAM ook de variabelen “**Perceived Usefulness (PU)**” en “**Perceived ease of use (PEOU)**”. In het kader van dit onderzoek zal “Perceived Usefulness” dus beschreven kunnen worden als een factor die iets zegt over hoe bruikbaar mensen beeldbellen inschatten. De factor “Perceived ease of use” beschrijft in hoeverre een persoon vindt dat bepaalde bemoeiingen gebonden zijn aan het gebruik van beeldbellen. Binnen het Technology Acceptance Model wordt de intentie van mensen zowel beïnvloedt door de attitude tegenover een bepaald systeem als door de perceived ease of use en de perceived usefulness (Davis et al., 1989). Verder hebben de variabelen Perceived Ease of Use en

perceived usefulness volgens Davis et al. (1989) ook invloed op de attitude van mensen. Het wordt duidelijk dat Perceived Ease of Use en Perceived Usefulness de cognitieve attitude van mensen beïnvloeden en dat de cognitieve attitude opnieuw invloed heeft op de affectieve attitude van mensen. (Yang, & Yoo, 2004).



Figuur 2: Technology Acceptance Model

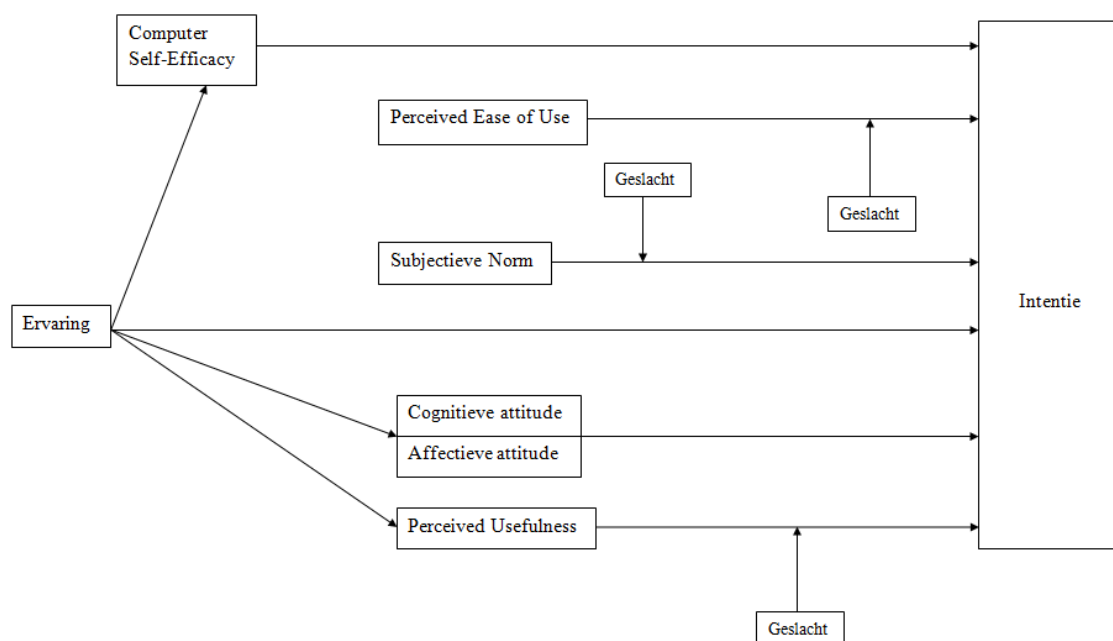
Verder laten Compeau and Higgins (1995) zien dat dat “**Computer Self-Efficacy**” de intentie van mensen kan beïnvloeden. Computer Self-Efficacy beschrijft het geloof van een persoon over zijn/haar vermogens om met computers om te gaan (Compeau, & Higgins, 1995). Het wordt duidelijk dat de inschatting van de eigen vaardigheden niet per se overeenkomt met de uiteindelijke vaardigheden. De individuele inschatting van de vaardigheden kan de intentie van ouderen dus ook beïnvloeden. Verder stelt Reynolds (2013) dat “E-Health tools should incorporate efficacy-building mechanisms and practioners should assess e-Health self-efficacy prior to using eHealth.” (p.11). Uit zijn onderzoek bleek dat jongeren hoger scoren op self-efficacy omdat ze vaker gebruik van eHealth tools maakten. De ervaren self-efficacy zou dus ook beïnvloeden in hoeverre ouderen het gebruik van beeldbellen moeilijk inschatten. Met “self-efficacy” wordt hier bedoeld in hoeverre mensen in hun eigen capaciteiten geloven om een bepaalde technologie te gebruiken (Bandura, 1997). Hill et al. (1987) laten ook zien dat de perceived self-efficacy voor een groot deel bepaald of mensen beslissen om gebruik van computers te maken. Doordat er nog maar weinig onderzoek bestaat over self-effeciviteit en het verband met de intentie van ouderen om computers te gebruiken wordt op basis van deze onderzoeken verwacht dat bij ouderen dezelfde effecten gevonden kunnen worden.

Venkatesh (2000) stelt ook dat de hoeveelheid **ervaring** die mensen met technologieën hebben hun intentie kan beïnvloeden en dat mensen met meer ervaring bepaalde technologieën vaak als bruikbaarder inschatten en dus ook een positievere intentie

hebben om deze te gebruiken. Ook laat onderzoek zien dat de attitudes en het gebruik van technologieën verandert als mensen ervaringen opdoen met deze technologieën (Bhattacharjee, Premkumar, 2004). Het zal dus verwacht worden dat de ervaring met beeldbellen zowel de attitude als de intentie van ouderen positief beïnvloedt.

Verder kan ook worden verwacht dat het **geslacht** invloed heeft op de intentie van ouderen om eHealth te gebruiken. Venkatesh en Morris (2000) stellen dat mannen en vrouwen verschillen als het erom gaat een keuze te maken om een technologie te gebruiken of juist niet. Bovendien wordt verwacht dat mannen en vrouwen de informatie over bepaalde technologieën op een verschillende manier verwerken en dus hun keuze op verschillende argumenten baseren (Venkatesh et al., 2000).

Omdat onderzoek laat zien dat de genoemde determinanten de intentie kunnen beïnvloeden wordt verwacht dat deze effecten ook gevonden kunnen worden als het erom gaat de intentie van ouderen tegenover beeldbellen te achterhalen. Vervolgens zal worden uitgelegd in hoeverre de verschillende determinanten met elkaar samenhangen (Figuur 3) en in hoeverre ze de intentie van ouderen kunnen beïnvloeden als het gaat om het gebruik van beeldbellen.



Figuur 3. Gedragsverklaringsmodel binnen het huidige onderzoek

Venkatesh en Morris (2000) vonden in hun onderzoek naar geslachtsverschillen in het gebruik van technologieën op het werk dat mannen in hun gebruik meer beïnvloedt worden door hun schatting van de perceived usefulness van een systeem dan vrouwen. Het gebruik van technologieën bij vrouwen wordt daarentegen sterker beïnvloedt door de ervaren ease of use

(Venkatesh et al., 2000). Het wordt gesteld dat deze effecten komen doordat de persoonlijkheid van mannen vaak geassocieerd wordt met karaktertrekken die samenhangen met objectiviteit en logica (Rosenkrantz et al., 1968). Als het gaat om de ervaren subjectieve norm laat onderzoek naar geslachtsverschillen ook verschillen zien. Venkatesh en Morris (2000) bekeken in hun studie het effect van subjectieve norm omdat ze stellen dat het belangrijk is te achterhalen in hoeverre vrouwen en mannen verschillend reageren op informatie van buitenaf. In hun onderzoek werd duidelijk dat de factor subjectieve norm nauwelijks beïnvloedt of mannen gebruik maken van een technologie of niet en dat deze factor de beslissing van vrouwen wel beïnvloedt (Venkatesh, & Morris, 2000).

Linn (2010) laat zien dat de directe ervaringen met bepaalde technologieën een rol spelen als het gaat om de intentie om een bepaalde technologie te gebruiken. Hij vond in zijn onderzoek dat mensen die al ervaring hebben opgedaan met de technologie de Perceived Usefulness lager inschatten als ze negatieve ervaringen hebben gemaakt tijdens het gebruik van de technologie. Bovendien stelt hij dat er een verschil in de Perceived Usefulness tussen mensen met meer en minder ervaring bestaat (Linn, 2010). Venkatesh (2000) laat in zijn studie ook zien dat de hoeveelheid ervaring die mensen met technologieën hebben invloed heeft op de factor "Perceived Ease of Use". Hij maakt duidelijk dat mensen met weinig ervaringen met bepaalde systemen hun schatting van de Perceived Ease of Use baseren op abstracte criteria zoals bijvoorbeeld hun algemene attitude tegenover het gebruik van technologieën (Venkatesh, 2000). Uit hun onderzoek van Reynolds (2013) bleek dat jongeren hoger scoren op self-efficacy omdat ze vaker gebruik van eHealth tools maken. Het kan dus geconcludeerd worden dat de ervaring met een bepaalde technologie de factor zelf-effectiviteit beïnvloedt. Verder laten Compeau en Higgins (1995) zien dat de computer self-efficacy een sterke invloed heeft op de schatting van de Perceived Ease of Use van mensen. Volgens Davis et al. (1989) heeft de Perceived Ease of Use echter ook invloed op de Perceived Usefulness die mensen ervaren. Dit zal dus betekenen dat mensen die een technologie makkelijk te gebruiken vinden het gebruik van deze technologie ook met meer voordelen associëren.

Binnen het huidige onderzoek werd gebruik gemaakt van een combinatie van twee modellen: de Theory of Reasoned Action en het Technology Acceptance Model. Ten eerste werd gebruik gemaakt van de Theory of Reasoned Action omdat blijkt dat dit model goed onderzocht is en succesvol blijkt te zijn als het gaat om het achterhalen van de intentie van mensen om een technologie te gebruiken (Yousafar et al., 2010). Dit model stelt dat de attitude tegenover een bepaald object en de ervaren subjectieve norm voorafgaat aan de

intentie van mensen. Als het gaat om het accepteren van technologieën is het echter ook belangrijk te achterhalen wat mensen denken over het uiteindelijke gebruik van een technologie (Yousafar et al., 2010). Dünnebeil et al. (2012) laten zien dat de variabelen Perceived Usefulness en Perceived Ease of Use een grote invloed hebben wat betreft de intentie van mensen om bepaalde eHealth technologieën te gebruiken. Davis (1989) ontwikkelde het Technology Acceptance Model op basis van de Theory of Reasoned Action. Dit model voegt dus de variabelen Perceived Ease of Use en Perceived Usefulness toe omdat onderzoek laat zien dat deze variabelen een groot deel van de intentie van mensen bepalen (Wilson et al, 2004). Uit de literatuur blijkt dat het Technology Acceptance Model heel populair is en dat het speciaal is gericht op het gebruik van IT. Verder werd het model ontwikkeld op basis van een goede theoretische basis (Yousafar et al, 2010). Wat betreft het huidige onderzoek werd gebruik gemaakt van een combinatie van de twee modellen omdat uit de literatuur naar voren komt dat beeldbellen in de toekomst gebruikt zal worden om de ouderenzorg zo te structureren dat ze voldoet aan de wensen van ouderen. Echter is het belangrijk te achterhalen of hoe ouderen het gebruik van beeldbellen inschatten omdat ze de de groep mensen representeren die uiteindelijk gebruik zullen maken van beeldbellen in de praktijk. Daarom werd binnen dit onderzoek ervoor gekozen het Technology Acceptance Model ook te gebruiken om door middel van de variabelen “Perceived Usefulness” en “Perceived Ease of Use” te achterhalen wat mensen precies denken over het gebruik van beeldbellen.

Op basis van de gevonden samenhangen tussen de verschillende determinanten worden binnen dit onderzoek de volgende onderzoeksvraag en hypothesen geformuleerd:

Welke determinanten beïnvloeden de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken?

H1: Hoe positiever de *attitude* tegenover beeldbellen hoe positiever de intentie om beeldbellen te gebruiken.

H2: Hoe groter de ervaren *subjectieve norm* hoe positiever de intentie om beeldbellen te gebruiken.

H3: Hoe hoger de *Perceived Usefulness*, hoe positiever de *intentie* om beeldbellen te gebruiken.

H4: Hoe hoger de *Perceived Ease of Use*, hoe positiever de intentie om beeldbellen te gebruiken.

- H5: Hoe hoger de *Computer Self-Efficacy*, hoe positiever de intentie om beeldbellen te gebruiken.
- H6: Hoe meer *ervaring* de mensen met beeldbellen hebben, hoe positiever de intentie om beeldbellen te gebruiken.
- H7: Hoe meer *ervaring* de mensen met beeldbellen hebben, hoe positiever de attitude tegenover beeldbellen. .
- H8: Hoe meer *ervaring* mensen met beeldbellen hebben, hoe hoger de *Computer Self Efficacy*
- H9: Hoe meer *ervaring* mensen met beeldbellen hebben, hoe hoger de *Perceived Usefulness*.
- H10: De samenhang tussen de *Perceived Usefulness* en de *intentie* is sterker bij mannen dan bij vrouwen.
- H11: De samenhang tussen de *Perceived Ease of Use* en de *intentie* is sterker bij vrouwen dan bij mannen.
- H12: De samenhang tussen de ervaren *subjectieve norm* en de *intentie* is sterker bij vrouwen dan bij mannen.

2. Methode

2.1 Respondenten

De doelgroep van dit onderzoek bestond uit Duitse ouderen van 70 jaar en ouder omdat studies laten zien dat mensen van 70 jaar en ouder vaak minder gebruik maken van computers/internet dan mensen rond de 65 jaar of jonger (Zickuhr, & Madden, 2012). Bij de exclusiecriteria voor dit onderzoek hoorde dat ouderen met een cognitieve beperking zoals bijvoorbeeld dementie of ouderen die op grond van cognitief achteruitgang niet in staat zijn de vragen te begrijpen niet gevraagd werden om mee te doen omdat verwacht wordt dat ze niet in staat zijn de vragen op een goede manier in te vullen. Ook werden mensen met zware lichamelijke klachten binnen dit onderzoek niet gevraagd om mee te doen omdat hun contact met de verpleegkundige op een ander niveau plaatsvindt dan het contact tussen de verpleegkundige en patiënten zonder zware lichamelijke klachten. Dit werd besloten omdat het gebruik van beeldbellen met de huisarts bedoeld is om over lichte klachten of algemene dingen te praten.

De respondenten werden op basis van hun bereikbaarheid geselecteerd. Het werd dus gebruik gemaakt van een convenience sampling. Er werd op zoek gegaan naar verschillende activiteiten in de omgeving waar mensen van 70 jaar en ouder aanwezig waren. De bezoekers

van deze activiteiten leefden zelfstandig thuis of in een woon- zorgcombinatie in de buurt waar ze grotendeels zelfstandig leven. Vervolgens werd met de organisatoren telefonisch contact opgenomen om en afspraak te maken. Tijdens het telefoongesprek werd uitgelegd wat de aanleiding van het onderzoek is, welke soort vragen de mensen zullen beantwoorden en hoe lang het invullen van de vragenlijst ongeveer duurt. Op het afgesproken moment waren meerdere respondenten tegelijkertijd in een openbare ruimte aanwezig om de vragenlijst in te vullen. Om te beslissen welke respondenten wel in staat waren om mee te doen aan het onderzoek werd gebruik gemaakt van de expertise van verpleegkundigen of organisatoren van activiteiten voor senioren. De vragenlijsten zijn aan de respondenten die wilden meedoen uitgedeelt. In totaal deden 13 mannen en 19 vrouwen mee aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 77.13 jaar met een standaardafwijking van 4.20.

2.2 Materialen en Procedure

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst die aan de respondenten uitgeprint werd voorgelegd (zie Bijlage 1). Vooraf aan de vragenlijst werd een korte mondelinge instructie gegeven die verklaart hoe beeldbellen werkt en waarvoor beeldbellen kan worden gebruikt. Deze instructie werd verder aangevuld door een schriftelijke instructie die werd geïllustreerd met verschillende plaatjes om duidelijk te maken wat met beeldbellen wordt bedoeld. Na de instructie volgde een informed consent formulier.

Zoals in de inleiding naar voren kwam bestaan er verschillende determinanten die volgens de gevonden literatuur de intentie om eHealth te gebruiken kunnen beïnvloeden. De vragenlijst voor dit onderzoek is ontwikkeld op basis van bestaande vragenlijsten uit de literatuur. Op basis van deze vragenlijsten werden vragen geformuleerd die passen bij de vraagstelling van dit onderzoek. De vragen werden door de onderzoeker vertaald en aangepast aan het onderwerp. Ter controle werden de nieuwe vragen vergeleken met het construct wat beoogd werd te meten. Dit werd gedaan op basis van de oorspronkelijke vragenlijsten. Het werd gecontroleerd of de vragen behorend bij het construct dat beoogd werd te meten vergelijkbaar zijn met de vragen die voor het huidige onderzoek werden geformuleerd. Het werd dus gekeken of de vragen binnen het huidige onderzoek qua inhoud overeenkomen met de vragen uit de oorspronkelijke vragenlijsten uit de literatuur.

In het begin werden de respondenten gevraagd hun leeftijd in te vullen en hun geslacht aan te geven. Een determinant die volgens de gevonden literatuur de intentie van ouderen kan beïnvloeden is Computer Self-Efficacy. De vragenlijst bevat 10 items die op basis van de

“Computer Self-Efficacy Scale” werden geformuleerd (Moroz, & Nash, 1997). Om te meten hoeveel ervaring de respondenten met beeldbellen hebben werd gebruik gemaakt van 6 items die op basis van de “Subjective Computer Experience Scale (SCES)” werden geformuleerd (Yaghmaie, 2007). Binnen het onderzoek van Yaghmaie (2007) werden twee verschillende factoren gebruikt: factor 1 (“confidence, skills, enjoyment”) en factor 2 (“failure, fear, frustration”). In het kader van het huidige onderzoek werden verschillende vragen uit factor 1 en factor 2 gecombineerd. Het was niet mogelijk Cronbach’s Alpha voor deze factor te berekenen omdat deze schaal bestond uit verschillende vormen items, namelijk likert items, binomiale (ja/nee) items en items waar de respondenten zelf een getal moesten invullen. De Perceived Usefulness werd gemeten met 8 items die baseren op een vragenlijst van Davis (1989). De waarde voor alpha is verbeterd door het item 22 (zie bijlage) eruit te halen. Verder bevat de vragenlijst ook 5 items voor de Perceived Ease of Use. Deze items baseren ook op de vragenlijst van Davis (1989). Cronbach’s Alpha is verbeterd door het item 28 (zie bijlage) eruit te halen. In totaal meten 8 items binnen de vragenlijst de attitude tegenover beeldbellen. Deze items zijn geformuleerd op basis van de “Media and Technology Usage and Attitudes Scale” (Rosen et al., 2013). Op basis van het literatuuronderzoek werd besloten het construct “attitude” op te splitsen in “cognitieve attitude” (item 32-35) en “affectieve attitude” (item 36-39). Op basis van de “Attention to Social Comparison Information Scale (ATSCI)” (Chiou, 1998) werden 6 items geformuleerd die vragen naar de ervaren subjectieve norm. Uiteindelijk bevat de vragenlijst 4 items die vragen naar de intentie van de respondenten met betrekking tot het gebruik van beeldbellen in de toekomst. Deze items baseren op onderzoek van Heerink et al. (2008). De waarden voor Cronbach’s alpha zijn weergegeven in Tabel 1.

De vragenlijst is geschreven in het lettertype “Times New Roman” met een lettergrootte van 14 omdat het National Institute on Aging (2001) heeft gevonden dat dit goed leesbaar is voor ouderen. Omdat oudere mensen vaker last hebben van een slechter zichtvermogen werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van grotere letters, zodat de respondenten de vragen goed konden lezen. (Hartley, 1994).

Het huidige onderzoek is een cross-sectioneel survey onderzoek. Alle respondenten kregen dezelfde vragenlijst eenmaal voorgelegd. Om een cijfermatig inzicht te krijgen in de samenhangen tussen de gevonden determinanten en de intentie van ouderen om eHealth te gebruiken werd gebruik gemaakt van een kwantitatieve vragenlijst. Het was voor de onderzoeker altijd mogelijk om tijdens het invullen van de vragenlijst aanwezig te zijn zodat eventuele vragen en opmerkingen meteen besproken konden worden. Na het invullen van de vragenlijst waren de respondenten klaar met het onderzoek.

Tabel 1

Cronbach's Alpha voor de verschillende determinanten uit de oorspronkelijke onderzoeken en het huidige onderzoek

Determinant	Bron	Vragenlijst	Alpha uit het oorspronkelijke onderzoek	Alpha uit eigen onderzoek
General Computer Self-Efficacy	Moroz en Nash (1997)	'Computer Self-Efficacy Scale'	.97	.86
Ervaring	Yaghmaie (2007)	'Subjective Computer Experience Scale'	.97 (factor1) .66 (factor2)	-
Perceived Usefulness	Davis (1989)		.97	.79*
Perceived Ease of Use	Davis (1989)		.91	.75**
Attitude	Rosen et al. (2003)	'Media and Technology Usage and Attitudes Scale'	.87 (positive attitude) .80 (negative attitude)	.76 (.50 voor cognitieve attitude en .71 voor affectieve attitude)
Subjectieve Norm	Chiou (1998)	'Attention to Social Comparison Scale'	.85 (Bearden en Rose, 1990)	.69
Intentie	Heerink et al. (2008)	'ITU-Intention to use'	.95	.36

**Alpha if item 22 deleted*

***Alpha if item 28 deleted*

2.3 Analyse

De verkregen data zijn ingevoerd in het computerprogramma “IBM SPSS Statistics 20”. Resultaten van de Kolmogorov-Smirnov test lieten zien dat alleen de data behorend bij de factor “Subjectieve Norm” niet normaal verdeeld is ($z=.31$, $p=.02$). Ter controle werd een normal probability plot gemaakt omdat verwacht werd dat de residuen wel normaal verdeeld zijn. Dit werd ook bevestigd. Daarom was het nog steeds mogelijk een lineaire regressie uit te voeren. Ten eerste werd gebruik gemaakt van verschillende gemiddelden en achtergrondvariabelen om een globaal beeld van de antwoorden van de respondenten te krijgen. Het werd gebruik gemaakt van Cronbach's alpha om de interne consistentie van de vragenlijst te schatten. Verder werden enkelvoudige regressieanalyses uitgevoerd om bijvoorbeeld te kijken of er een voorspellend verband te vinden is tussen de attitude tegenover beeldbellen en de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken (H1). Een enkelvoudige regressieanalyse werd ook gebruikt om de hypothesen 2 – 9 te toetsen.

Om te onderzoeken of de determinant “geslacht” een modererend effect heeft op de relatie tussen verschillende determinanten en de intentie om beeldbellen te gebruiken werd een moderatoranalyse gebruikt. Met hulp van deze analyse werden de hypothesen 10-12 getoetst. Verder werd met hulp van een meervoudige regressieanalyse gekeken in hoeverre het gehele opgestelde gedragsverklaringsmodel (zie Figuur 3) de intentie om beeldbellen te gebruiken kan verklaren.

3. Resultaten

In totaal heeft 44% van de respondenten al eens gebruik gemaakt van een computer. Verder hebben 9 respondenten (28%) al eerder gebruik gemaakt van beeldbellen. Ze gaven aan dat als ze beeldbellen gebruiken ze ongeveer 10 minuten per week beeldbellen. In totaal bleek dat deze groep respondenten ongeveer 30 minuten per maand gebruik maakt van beeldbellen. 25% heeft de vraag “Ik ben van plan om beeldbellen in de toekomst (verder) te gebruiken.” met “helemaal oneens” beantwoord. 41% heeft deze vraag met “oneens” beantwoord. Dit beeld werd ook bevestigd door het gemiddelde antwoord op deze vraag ($M=2.22$, $SD=1.00$). 37% van de respondenten gaven aan de benodigde apparaten ter beschikking te hebben om beeldbellen te gebruiken. Verder gaf 31% van de respondenten aan dat er altijd iemand bereikbaar is die hulp kan bieden om technische vragen te beantwoorden.

Tabel 2 laat de mogelijke minimaal- en maximaalscores per subschaal zien. Bovendien zijn in deze tabel ook de gemiddelde scores van de respondenten per subschaal opgenomen.

Tabel 2

Gemiddelde responses van de respondenten op de verschillende determinanten

	N	Minimum	Maximum	M	SD
General Computer Self-Efficacy	32	10	45	25.03	8.95
Ervaring	8	3	11	7.00	2.73
Perceived Usefulness	32	10	31	22.22	5.08
Perceived Ease of Use	32	4	20	11.31	3.58
Attitude combineert	32	11	33	23.22	5.27
Cognitieve attitude	32	5	16	11.34	2.67
Affectieve attitude	32	4	19	11.88	3.19
Subjectieve Norm	32	9	28	17.59	4.01
Intentie	32	2	10	5.28	2.10

Om te onderzoeken of de attitude tegenover beeldbellen de intentie van ouderen beïnvloedt (H1) is een regressieanalyse uitgevoerd. Het model is significant en het blijkt dat 31% van de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken kan worden verklaard door hun attitude tegenover beeldbellen. Verder werd de determinant “attitude” opgesplitst om het effect van de cognitieve en de affectieve attitude apart te onderzoeken. Ten eerste werd de invloed van de cognitieve attitude op de intentie onderzocht. Het regressiemodel is significant met $F(1,30)=13.15$, $p=.001$ en $\beta=.43$ ($p=.008$). Het blijkt dat 31% van de variantie in de intentie baseren op de cognitieve attitude ($R^2=.31$). Verder werd een regressieanalyse uitgevoerd om het effect van het affectieve component te onderzoeken. Dit model is significant ($F(1,30)=8.20$, $p=.008$) en het blijkt dat er een significante invloed bestaat van de

affectieve attitude op de intentie ($\beta = .31$, $p = .008$). 22% van de intentie kan worden verklaard door de affectieve attitude ($R^2 = .22$).

Verder bleek dat de ervaren subjectieve norm (H2) 26% van de variantie in intentie kan verklaren. Bovendien werd met hulp van een regressieanalyse een significante invloed aangetoond van de Perceived Usefulness (H3) op de intentie van ouderen. Uit de analyse bleek dat de Perceived Usefulness 45% van de variantie in intentie kan verklaren. Het werd ook getoetst of de Perceived Ease of Use de intentie van ouderen kan beïnvloeden (H4). Het regressiemodel is significant en het blijkt dat 29% van de variantie in intentie wordt verklaard door de Perceived Ease of Use. Met hulp van een regressieanalyse werd getoetst of de General Computer Self-Efficacy een significante invloed heeft op de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken (H5). Dit model was significant en het bleek dat de General Computer Self-Efficacy 35% van de variantie in intentie kan verklaren.

Verder bleek dat de invloed van de ervaring op de intentie (H6) niet significant was. Het werd ook onderzocht of er een invloed bestaat tussen de ervaring met beeldbellen en de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken (H7). Dit model was niet significant ($F(1,6) = .10$, $p = .77$) en de determinant “ervaring” blijkt minder invloed te hebben. Bovendien werd geen significante relatie tussen de ervaring met beeldbellen en de General Computer Self-Efficacy gevonden. H8 werd dus niet bevestigd. Ook werd geen significante invloed tussen de ervaring en de Perceived Ease of Use (H9) gevonden. De resultaten van de enkelvoudige regressieanalyses staan weergegeven in Tabel 3.

Tabel 4

Resultaten Regressieanalyses (H1-H9) (duidt aan dat de gevonden resultaten significant zijn)*

	R^2	β	F
attitude - intentie	.31	.11*	13.71*
Subj. norm - intentie	.26	.27*	10.43*
PU - intentie	.45	.28*	24.72*
PEOU – intentie	.29	.31*	11.94*
GCSE – intentie	.25	.12*	9.71*
Ervaring – intentie	.16	.40*	1.15
Ervaring – attitude	.02	.35	.10
Ervaring – GCSE	.39	2.9	3.80
Ervaring – PU	.01	.25	.07

De meervoudige regressie liet zien dat het gehele model een deel van de variantie in intentie kan verklaren ($F(7,24)=6.64$, $p<.000$). Het bleek dat 66% van de variantie in intentie wordt verklaard door het opgestelde model binnen het huidige onderzoek ($R^2=.66$). Echter bleek uit de meervoudige regressie dat de losse constructen apart de intentie niet kunnen verklaren. Het werd verwacht dat de losse constructen apart niet onderscheidend genoeg zijn en één of alleen enkele factoren meten. Om dit de toetsen werd een factoranalyse uitgevoerd. De factoranalyse laat zien dat de meeste items het hoogst laden op een gezamenlijke factor. Verder blijkt uit de correlaties tussen de verschillende items dat de items behorend bij een determinant laag met elkaar correleren. De correlaties tussen de items behorend bij verschillende determinanten waren echter hoog.

De hypothese dat de samenhang tussen de Perceived Usefulness en de intentie sterker is bij mannen dan bij vrouwen (H10) kon niet worden bevestigd. Uit de moderatoranalyse bleek dat de relatie tussen deze twee variabelen niet verschilt tussen mannen en vrouwen ($\beta=-.012$, $p=.916$). Verder liet de moderatoranalyse zien dat de relatie tussen de Perceived Ease of Use en de intentie niet verschilt tussen mannen en vrouwen ($\beta= -.173$, $p=.371$). Ook werd geen modererend effect van het geslacht op de relatie tussen de ervaren subjectieve norm en de intentie gevonden ($\beta= .175$, $p=.316$). Er werd een regressieanalyse uitgevoerd om de relatie tussen de ervaring en de Perceived Ease of Use te onderzoeken. Het model was niet significant ($F(1,6)=.54$, $p=.49$) en het blijkt dat ervaring minder invloed heeft op de Perceived Ease of Use. De gevonden resultaten staan weergegeven in Figuur 3.

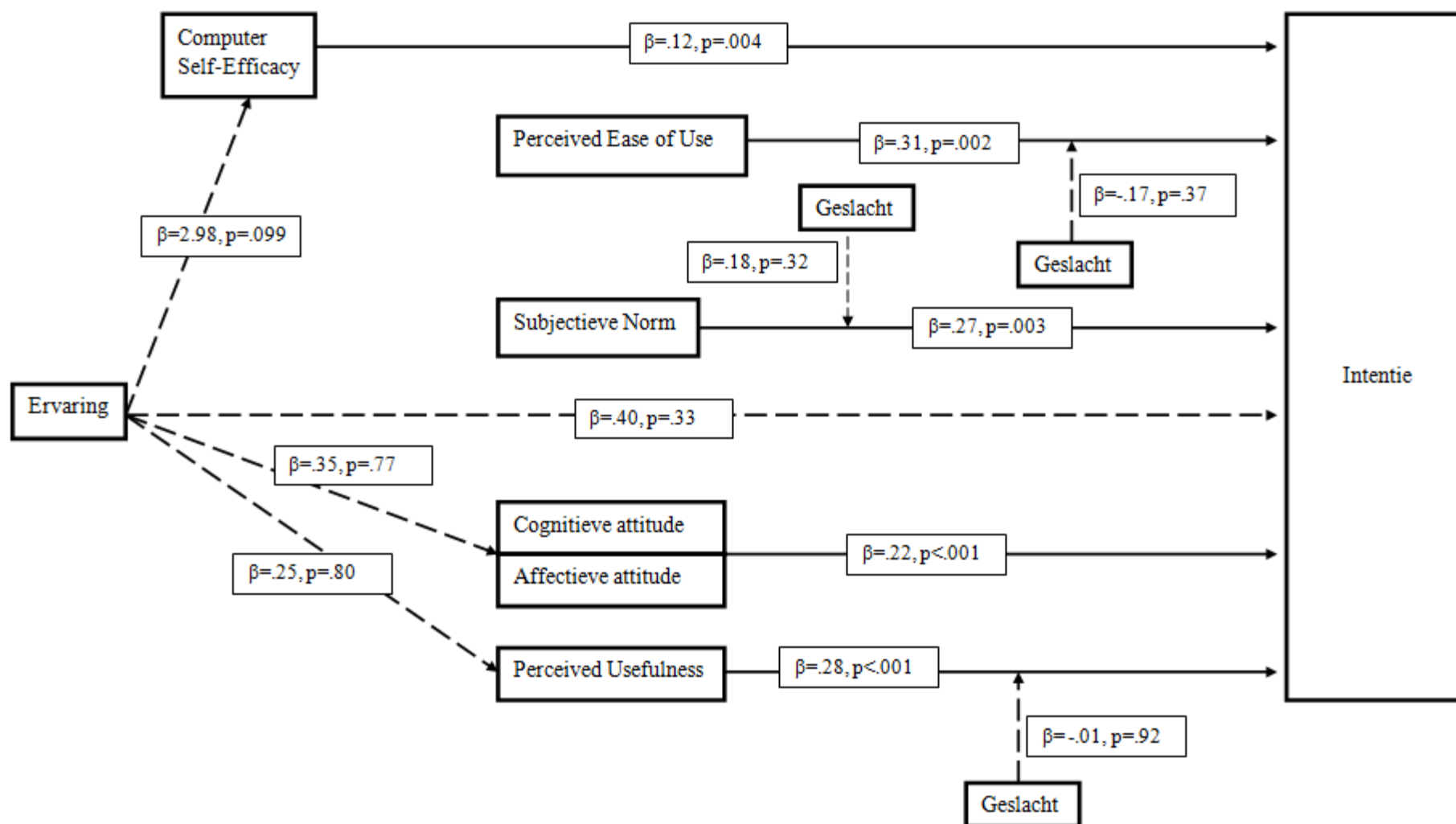
Verder werd een meervoudige regressie gebruikt om het effect van de Perceived Usefulness en de Perceived Ease of use op de intentie te onderzoeken. Het model is significant ($F(2,29)=17.83$, $p<.001$) en het blijkt dat de twee determinanten in combinatie 55% ($R^2=.55$) van de variantie in intentie kunnen verklaren. Het blijkt dat de Perceived Usefulness ($\beta=.23$, $p<.001$) een groter deel kan verklaren dan de Perceived Ease of Use ($\beta=.19$, $p=.017$).

Om eventuele verschillen tussen mannen en vrouwen nader te onderzoeken werd een independent samples t-test gebruikt. Het bleek dat er geen geslachtsverschil in intentie tussen mannen en vrouwen bestaat ($t(30)=1.46$, $p=.155$). Verder werd ook geen verschil in de ervaren subjectieve norm gevonden ($t(30)=.92$, $p=.37$). Uiteindelijk lieten de analyses ook zien dat er geen verschil tussen mannen en vrouwen bestaat wat betreft de Perceived Ease of Use ($t=1.11$, $p=.278$) en de Perceived Usefulness ($t(30)=.011$, $p=.99$). Verder werden eventuele verschillen tussen mensen met en zonder ervaring onderzocht. Het bleek dat er geen verschil bestaat in de Perceived Ease of Use tussen respondenten met en zonder ervaring

($t(30) = -.674$, $p = .506$). Bovendien bleek dat er geen verschil in de Perceived Usefulness tussen respondenten met en zonder ervaring bestaat ($t(30) = .767$, $p = .449$). Uiteindelijk werd ook geen significant verschil in intentie tussen respondenten met en zonder ervaring aangetoond ($t(30) = -.833$, $p = .411$). Uiteindelijk bleek dat er geen verschil in de ervaren subjectieve norm bestaat tussen respondenten met en zonder ervaring ($t(30) = 1.01$, $p = .319$).

Figuur 3

Gevonden resultaten binnen het huidige onderzoek. Niet-significante resultaten zijn weergegeven met een gestreepte lijn.



4. Discussie

Aanleiding van het huidige onderzoek was te achterhalen welke factoren de intentie van ouderen tegenover het gebruik van beeldbellen kunnen beïnvloeden. Uit de literatuur komen verschillende determinanten naar voren waarvan verwacht wordt dat deze de intentie van ouderen kunnen beïnvloeden (Figuur 3). Doel van dit onderzoek was te onderzoeken of de gevonden determinanten ook de intentie van respondenten binnen het huidige onderzoek kunnen voorspellen. Er werd een relatie aangetoond tussen de attitude tegenover beeldbellen en de intentie om beeldbellen te gebruiken. Verder werd ook aangetoond dat de ervaren subjectieve norm een deel van de variantie in intentie kan verklaren. De analyses lieten zien dat zowel de Perceived Usefulness als de Computer Self-Efficacy de intentie om beeldbellen te gebruiken beïnvloedt. Uiteindelijk werd ook een significante invloed gevonden van zowel de Computer Self-Efficacy als de ervaring op de intentie. Echter bleek dat de determinanten ervaring en geslacht minder invloed hebben op de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken. Uiteindelijk werd aangetoond dat het gehele opgestelde gedragsverklaringsmodel een deel van de intentie kan verklaren, maar dat de losse constructen apart geen significante invloed op de intentie blijken te hebben.

Yang en Yoo (2004) vonden eveneens een significante invloed van de attitude van mensen op het gebruik van technologieën. Echter laten ze in hun onderzoek zien dat het belangrijk is met zowel het affectieve gedeelte van attitude als het cognitieve gedeelte rekening te houden (Yang, & Yoo, 2004). Binnen dit onderzoek werd een significante invloed van zowel de cognitieve als de affectieve attitude op de intentie om beeldbellen te gebruiken gevonden. Het werd duidelijk dat het cognitieve component een groter deel van de variantie in intentie kan verklaren dan het affectieve component. Volgens Zajonc en Markus (1982) wordt de affectieve attitude gevormd door bijvoorbeeld habituatie of positieve bekrachtiging vanuit de sociale omgeving. De cognitieve attitude wordt daarentegen gevormd door bijvoorbeeld overtuiging door een autoriteit (Zajonc, & Markus, 1982). Het idee van Yang en Yoo (2004) werd dus bevestigd en het wordt duidelijk dat naast het affectieve gedeelte van attitude ook het cognitieve gedeelte een belangrijke rol speelt in het verklaren van de intentie van ouderen. Als het gaat om de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken zou het betekenen dat hun intentie sterker wordt beïnvloedt door de cognitieve attitude. Het wordt duidelijk dat de intentie van ouderen kan worden beïnvloedt door de overtuiging van een autoriteit. Voor de praktijk zou dit bijvoorbeeld betekenen dat de huisarts als

autoriteitspersoon zijn patiënten moet overtuigen zodat ze herkennen dat beeldbellen een bruikbare techniek is.

Uit de analyse blijkt dat de ervaren subjectieve norm een significant deel van de variantie in intentie kan verklaren. Echter stellen Sheeran, Norman en Orbell (1999) dat gedrag beter voorspeld kan worden op basis van intenties die gebaseerd zijn op attitudes dan op subjectieve norm. Ze stellen dat dit komt doordat gedrag die baseerd op attitudes wordt uitgevoerd op basis van de eigen keuze (Sheeran et al.,1999). Gedrag gebaseerd op subjectieve norm wordt daarentegen gestuurd door druk of dwang van buitenaf en is dus minder gebaseerd op de eigen motivatie om het gedrag uit te voeren (Sheeran et al., 1999). Uit het huidige onderzoek blijkt dat de attitude inderdaat een groter deel van de variantie in intentie kan verklaren dan de subjectieve norm. Hoewel dit verschil niet groot is zou dit betekenen dat de bevindingen van Sheeran et al. (1999) kunnen worden bevestigd en dat de attitude een belangrijke voorspeller is. Echter is het nodig dit effect nader te onderzoeken. Dit zou kunnen gebeuren door een vergelijking van mensen met een positieve en een negatieve intentie om beeldbellen te gebruiken. Het is dus nodig een groep respondenten te verzamelen waarin mensen met een positieve en een negatieve intentie ongeveer gelijk vertegenwoordigd zijn. Op basis van deze groep zou het verschil in de relatie tussen de attitude en de intentie nader kunnen worden onderzocht.

Davis (1986) ontwikkelde het zogenaamde “Theory Acceptance Model (TAM)” en stelde dat de factoren “Perceived Usefulness” en “Perceived Ease of Use” de intentie om technologieën te gebruiken beïnvloeden. Uit de resultaten blijkt dat de Perceived Usefulness een groter deel van de variantie in intentie kan verklaren dan de Perceived Ease of Use. Verder kwam uit de analyses naar voren dat de ervaring met beeldbellen minder invloed blijkt te hebben op de Perceived Ease of Use. Hackbarth et al. (2003) stellen dat gebruikers een technologie makkelijker te gebruiken vinden als ze meer ervaring ermee opdoen. Echter kwam uit de analyses naar voren dat er geen verschil bestaat tussen mensen met en zonder ervaring wat betreft hun schatting van zowel de Perceived Ease of Use als de Perceived Usefulness. Bovendien werd ook geen significant verschil in de intentie tussen mensen met en zonder ervaring aangetoond. Het wordt dus duidelijk dat de determinant ervaring geen invloed lijkt te hebben hoewel dit op basis van de literatuur wel werd verwacht. Het zou kunnen worden gesteld dat de factoren Perceived Usefulness en Perceived Ease of Use baseren op andere factoren zoals bijvoorbeeld argumentatie of overtuiging. Het wordt duidelijk dat mensen met en zonder ervaring de bruikbaarheid van beeldbellen gelijk inschatten. Bovendien wordt duidelijk dat mensen met ervaring geen positievere intentie

hebben om beeldbellen te gebruiken hoewel dit op basis van de literatuur wel werd verwacht. Het kan worden gesteld dat de intentie en de inschatting van de bruikbaarheid baseren op andere factoren en dat ouderen bijvoorbeeld meer waarde hechten aan goede argumenten die duidelijk maken dat beeldbellen een bruikbare technologie is.

Uit de analyses bleek dat er geen geslachtsverschillen bestaan. Echter stellen Venkatesh et al. (2000) dat vrouwen meer letten op de factor Subjectieve Norm en dat mannen meer letten op de Perceived Ease of Use. Bovendien vonden ze in hun onderzoek dat deze effecten veranderen als mensen ervaring met de technologie opdoen. Er kwam naar voren dat het effect van de Perceived Ease of Use kleiner wordt als mannen ervaringen opdoen. Het wordt dus verwacht dat de factor Perceived Ease of Use voor mannen minder belangrijk wordt nadat ze door het gebruik van de technologie genoeg ervaring hebben opgedaan. Uit het onderzoek bleek dat vrouwen naar drie maanden ervaring met de technologie minder waarde hechten aan de Subjectieve Norm”(Venkatesh et al., 2000). Deze uitkomsten laten vermoeden dat “men are more driven by instrumental factors (i.e., perceived usefulness) while women are more motivated by process (perceived ease of use) and social (subjective norm) factors.” (Venkatesh et al., 2000, p. 16). Ze concluderen dat vrouwen hun keuzes en oordelen baseren op verschillende factoren, terwijl mannen alleen letten op factoren zoals bruikbaarheid. Ze stellen ook dat deze relaties verschillen als vrouwen en mannen ervaring met de technologieën opdoen (Venkatesh et al., 2000). Echter bleek uit de analyses van het huidige onderzoek dat zowel de determinant ervaring als de Subjectieve Norm geen invloed blijken te hebben. De determinant ervaring werd binnen het huidige onderzoek door middel van introspectie gemeten. Misschien is deze vorm van meten niet valide omdat niet duidelijk wordt welke mate aan ervaring de mensen met beeldbellen hebben opgedaan. Het bestaat de mogelijkheid dat mensen die naast iemand hebben gezeten die beeldbellen heeft gebruikt ook aangaven dat ze ervaringen met beeldbellen hebben gemaakt, hoewel ze het niet echt zelf hebben gebruikt. Het blijkt dus dat er manieren moeten worden gevonden om de ervaring met beeldbellen valide te meten. Er zijn dus aanvullende vragen nodig om duidelijk te maken welke soort ervaringen de mensen hebben opgedaan. Omdat uit de literatuur naar voren komt dat er duidelijke geslachtsverschillen bestaan is het nodig deze in toekomst verder te onderzoeken. Het feit dat binnen het huidige onderzoek geen significante geslachtsverschillen werden aangetoond laat vermoeden dat de data de realiteit niet goed vertegenwoordigd. Misschien is het nodig een grotere groep mensen te benaderen zodat de analyses opnieuw kunnen worden uitgevoerd met een grotere groep mannen en vrouwen.

Taylor en Todd (1995) stellen dat bepaalde modellen die het gebruik van technologieën proberen te voorspellen meer geschikt zijn voor mensen met meer ervaring. Ze geloofden dat er verschillen bestaan tussen de invloed van bepaalde determinanten op de intentie bij mensen met en zonder ervaring (Taylor, & Todd, 1995). Ajzen en Fishbein (1980) laten eveneens zien dat de relatie tussen de intentie en het uiteindelijke gedrag sterker is bij mensen met meer ervaring. Het bleek dat de meeste respondenten binnen het sample van het huidige onderzoek nog geen ervaring met beeldbellen hebben gemaakt. Er komt dus de vraag naar voren of de gebruikte modellen binnen dit onderzoek geschikt zijn voor deze groep mensen.

De uitgevoerde analyses bevestigden de hypothese dat de Computer Self-Efficacy een deel van de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken kan verklaren. Echter stelt de “Social Learning Theory (SLT)” dat er een invloed bestaat van computer anxiety op computer self-efficacy (Bandura, 1997). Dit houdt in dat als mensen een hoge computer anxiety ervaren ze hun computer self-efficacy lager inschatten (Bandura, 1997). Voor een vervolgonderzoek lijkt het interessant het aspect “Computer Anxiety” toe te voegen en het verband tussen de computer anxiety en de Computer Self-Efficacy nader te bestuderen.

Het wordt duidelijk dat het opgestelde model (Figuur 3) de focus legt op cognitieve determinanten van gedrag. Deze determinanten zijn proximaal en dicht gebonden aan gedrag. Echter laten de analyses zien dat het opgestelde model de intentie om beeldbellen te gebruiken niet compleet kan verklaren. Het wordt duidelijk dat er naast de bewuste, cognitieve processen nog andere factoren zijn die een rol spelen in het verklaren van de intentie om beeldbellen te gebruiken. Sarkar et al. (2010) vonden in hun onderzoek naar het gebruik van een eHealth website door mensen met diabetes dat mensen met een slechtere opleiding of mensen met een bepaalde etnische achtergrond minder gebruik hebben gemaakt van deze website. Ze stellen dat dit komt doordat deze groep vaak geen toegang heeft tot computers en dat ze dus ook niet goed met computers kunnen omgaan. Bovendien stellen ze dat factoren zoals het ontbreken van sociale steun ook een rol speelt. Ze concluderen dat het verstrekken van computers en het benodigde training ervoor zorgt dat mensen eerder geneigd zijn om de website te gebruiken (Sarkar et al., 2010). Andere voorbeelden van distale determinanten die de intentie van ouderen kunnen beïnvloeden zijn bijvoorbeeld leeftijd, burgerlijke staat of inkomen. Deze distale factoren kunnen dus ook een rol spelen als het gaat om het verklaren van de intentie om beeldbellen te gebruiken. Bovendien zijn er natuurlijk ook mogelijke praktische barrières waarmee tijdens de implementatie van eHealth rekening gehouden moet worden. Sommige ouderen hebben bijvoorbeeld nog nooit gebruik gemaakt

van een computer. Deze mensen hebben een training nodig zodat ze bijvoorbeeld met hulp van een computer gebruik kunnen maken van beeldbellen. Natuurlijk bestaat ook de mogelijkheid dat ouderen ondanks hun financiële situatie niet in staat zijn om de benodigde apparaten te kopen. Tijdens de implementatie van beeldbellen in de zorg moet dus met deze verschillende determinanten rekening gehouden worden omdat ze de intentie om beeldbellen te gebruiken ook kunnen beïnvloeden.

Het blijkt dat binnen het huidige onderzoek vooral het effect van proximale determinanten werd onderocht. Brug et al. (2007) stellen dat proximale determinanten sterk gebonden zijn aan gedrag. Omdat Fishbein en Ajzen (1975) stellen dat de intentie meestal bepaald of een gedrag wordt uitgevoerd wordt duidelijk dat de verschillende proximale determinanten onderzocht moeten worden om meer te zeggen over de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken. De gevonden resultaten van het huidige onderzoek kunnen echter een belangrijke bijdrage leveren aan het onderzoeksgebied dat zich richt op het verklaren van het gebruik van eHealth door ouderen. Proximale determinanten zijn sterk gebonden aan gedrag (Brug et al., 2007). Bovendien stellen Fishbein en Ajzen (1975) dat het gedrag baseert op de intentie van mensen. Omdat binnen het huidige onderzoek relaties tussen verschillende proximale determinanten en de intentie konden worden aangetoond wordt duidelijk dat deze resultaten een deel van de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken kunnen verklaren.

4.1 Beperkingen en aanbevelingen

Vervolgens worden enkele beperkingen en aanbevelingen voor het huidige onderzoek besproken. Ten eerste blijkt dat alleen 9 respondenten aangaven beeldbellen al eerder te hebben gebruikt. Op basis van dit aantal respondenten is het moeilijk betrouwbare conclusies te trekken wat betreft het effect van ervaring. Omdat uit de literatuur blijkt dat de determinant wel een belangrijke invloed lijkt te hebben bestaat de mogelijkheid dat het resultaat van het huidige onderzoek geen goed beeld van de realiteit geeft. Voor de toekomst is het dus belangrijk meer respondenten te werven die ervaring hebben met beeldbellen om betrouwbare conclusies te kunnen trekken wat betreft de relatie tussen de ervaring en de intentie om beeldbellen te gebruiken. Bovendien is het belangrijk meer vragen te integreren om meer te ervaren over de manier van ervaring die de respondenten met beeldbellen hebben opgedaan.

De analyses laten bovendien zien dat een klein aantal van de respondenten binnen het huidige onderzoek eerder gebruik heeft gemaakt van een computer. Er komt dus de vraag naar voren of de respondenten binnen dit onderzoek vergelijkbaar zijn met de overige bevolking.

Voor een vervolgonderzoek zou het nodig zijn een grotere groep respondenten te bereiken om meer te kunnen zeggen over de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de resultaten.

Tijdens het invullen van de vragenlijst gaven meerdere respondenten aan dat ze te lang is. Er bestaat dus de mogelijkheid dat de respondenten vooral de laatste vragen niet nauwgezet hebben beantwoordt. Deze vragen behoorden bij de uitkomstmaat “intentie”. Uit de analyses bleek ook dat de interne consistentie voor deze vragen heel laag was. Het bestaat de mogelijkheid dat dit komt omdat de respondenten deze vragen niet nauwgezet hebben beantwoordt omdat ze zich niet zo lang konden concentreren. Echter kan de validiteit van de vragenlijst niet gegarandeerd worden als de verschillende determinanten met minder items worden gemeten. Voor een mogelijk vervolgonderzoek zou het mogelijk zijn de determinanten waarvan een significante relatie werd aangetoond eruit te halen en alleen de determinanten te onderzoeken waarvan nog geen betrouwbare relaties duidelijk zijn geworden.

Uiteindelijk kwam naar voren dat de verschillende modellen die binnen het huidige onderzoek werden gebruikt voornamelijk focussen op proximale determinanten. Uit de analyse bleek dat het opgestelde gedragsverklaringsmodel (zie Figuur 3) alleen een deel van de intentie om beeldbellen te gebruiken kan verklaren. Het wordt dus duidelijk dat er nog meer factoren zijn die de intentie van ouderen beïnvloeden. Er moet dus rekening gehouden worden met andere factoren zoals bijvoorbeeld leeftijd, beschikbaarheid van benodigde apparatuur, slecht zicht- /hoorvermogen of lichamelijke beperkingen.

4.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Als het gaat om de implementatie van eHealth technologieën in de gezondheidszorg is het vooral belangrijk te weten wat ervoor zorgt dat mensen deze technologieën gebruiken. Dit is belangrijk omdat het geen nut oplevert als de benodigde technieken beschikbaar zijn hoewel de doelgroep deze technieken niet wil gebruiken. Het huidige onderzoek heeft aangetoond welke proximale determinanten de intentie van ouderen en dus ook hun gedrag beïnvloeden. Met hulp van deze kennis kan tijdens de implementatie van eHealth programma's ervoor gezorgd worden dat mensen een positieve intentie krijgen om bijvoorbeeld beeldbellen te gebruiken. Het werd aangetoond dat zowel de Perceived Usefulness als de Perceived Ease of Use de intentie van ouderen beïnvloedt. Het blijkt dus dat ervoor gezorgd moet worden dat ouderen herkennen dat beeldbellen makkelijk te gebruiken is en dat het veel voordelen oplevert. Omdat de ervaren subjectieve norm ook een belangrijke rol speelt wordt aanbevolen

dat tijdens het implementatieproces ermee rekening gehouden wordt dat belangrijke anderen zoals artsen, vrienden of familieleden de intentie van ouderen positief kunnen beïnvloeden. Uiteindelijk moet ook ermee rekening gehouden worden dat de Computer Self-Efficacy en de attitude tegenover beeldbellen de intentie van ouderen kunnen beïnvloeden. Mensen met een lage mate aan Computer Self-Efficacy zullen tijdens de implementatie van eHalth op een andere manier overtuigd moeten worden. Mensen met een lage Computer Self-Efficacy zullen hun vaardigheden wat betreft het gebruik van computers laag inschatten. Daarom is het niet toereikend aan hun uit te leggen hoe makkelijk beeldbellen te gebruiken is. Het zou beter zijn deze groep mensen te overtuigen door te laten zien dat het de moeite waard is te leren hoe ze met computers moeten omgaan omdat beeldbellen veel voordelen oplevert. Bovendien bleek dat mensen met een positieve attitude een positieve intentie hebben om beeldbellen te gebruiken. Voor de praktijk betekent het dus dat mensen met een negatieve attitude een hogere mate aan overtuiging nodig hebben zodat ze een positieve intentie krijgen om beeldbellen te gebruiken. Omdat bleek dat de cognitieve attitude een groter deel van de intentie kan verklaren wordt duidelijk dat het nuttig is om vooral deze factor te beïnvloeden. Voor de praktijk is het dus nodig dat verschillende autoriteitspersonen zoals bijvoorbeeld de huisarts de juiste argumenten vinden zodat de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken positief kan worden beïnvloedt.

4.3 Positieve Punten

De gebruikte vragenlijst werd opgesteld op basis van een gefundeerd aantal bronnen. Er werd dus een systematische vragenlijst gebruikt om de relatie tussen de verschillende determinanten te onderzoeken. Verder werd binnen dit onderzoek gebruik gemaakt van de sterkste punten uit verschillende modellen om te achterhalen welke verschillende determinanten de intentie van ouderen beïnvloeden.

Hoewel het huidige onderzoek zich richt op het achterhalen van de invloed van proximale determinanten moet worden gezegd dat uit de literatuur naar voren kwam dat deze determinanten sterk gerelateerd zijn aan de intentie en het uiteindelijke gedrag. Verder bleek dat op basis van het relatief kleine aantal respondenten enkele significante resultaten werden gevonden. Dit laat vermoeden dat de gevonden resultaten een belangrijke bijdrage leveren wat betreft het verklaren van de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken.

Al met al kan dus gezegd worden dat het huidige onderzoek toevoegende waarde heeft wat betreft het achterhalen van de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken. Verder

kunnen de resultaten tijdens de implementatie van eHealth in de zorg worden gebruikt om ervoor te zorgen dat ouderen gebruik willen maken van beeldbellen.

5. Conclusie

Verschillende determinanten blijken een belangrijke rol te spelen als het gaat om de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken. Uit het huidige onderzoek kwam naar voren dat de determinanten attitude, subjectieve norm en Computer Self-Efficacy de intentie van ouderen kunnen verklaren. Bovendien werd ook aangetoond dat zowel de Perceived Usefulness als de Perceived Ease of Use een belangrijke rol spelen als het gaat om de intentie van ouderen.

Het huidige onderzoek biedt belangrijke inzichten wat betreft de intentie van ouderen om beeldbellen te gebruiken. Op basis van het relatief kleine aantal respondenten werden binnen dit onderzoek toch enkele significante resultaten gevonden. Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat de gevonden verbanden een belangrijke rol spelen in het verklaren van de intentie van ouderen. Natuurlijk zou het voor de toekomst mooi zijn ook de overige verbanden tussen de determinanten nader te onderzoeken en meer respondenten te benaderen. Er bestaat de mogelijkheid dat ook de overige verbanden uit het opgestelde gedragsverklaringsmodel (Figuur 3) teruggevonden kunnen worden.

6. Referenties

- Aanesen, M., Lotherington, A.T., Olsen, F. (2011). Smarter elder care? A cost-effectiveness analysis of implementing technology in elder care. *Health Informatics Journal* 17(3) 161-172.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. *Prentice Hall*.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy, the exercise of control. New York: *W. H. Freeman and Company*.
- Bearden, W.O., Rose, R.L. (1990). Attention to Social Comparison Information: An Individual Difference Factor Affecting Consumer Conformity. *Journal of Consumer Research*, Vol. 16, Issue 4, p. 461-471.
- Bhattacharjee, A., Premkumar, G. (2004). Understanding changes in belief and attitude toward information technology usage: a theoretical model and longitudinal test. *MIS Quarterly*, 28(2), 229–254.
- Brug, J., van Assema, P., Lechner, L. (2007). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen: *van Gorcum*.
- Chiou, J. (1998). The Effects of Attitude, Subjective Norm, and Perceived Behavioral Control on Consumer's Purchase Intentions: The Moderating Effects of Product Knowledge and Attention to Social Comparison Information. *Proc. Natl. Sci. Counc. ROC* ©, Vol.9, No. 2, pp. 298-308.
- Compeau, D.R., Higgins, C.A. (1995). Computer Self-Efficacy: Development of a Measure and Initial Test. *MIS Quarterly*, 19, (2), 189-211.
- Davis, F.D., Bagozzi, R.P., Warshaw, P.R. (1989). User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models. *Management Science*; Vol. 35.
- Davis, F.D. (1986). A Technology Acceptance Model for Empirical Testing New End-User Information Systems: Theory and Results. *Doctoral Dissertation: Sloan School of Management, Massachusetts Institute of Technology*.
- Davis, F.D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*. 13(3):319–340.
- Dünnebeil, S., Sunyaev, A., Blohm, I., Leimeister, J.M., Krcmar, H. (2012). Determinants of physicians' technology acceptance for e-health in ambulatory care. *International Journal of Medical Informatics*, 81, pp 746-760.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research* 3 (2).

- Fishbein M, Ajzen I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Addison-Wesley Reading, MA.*
- Fishbein, M., Triandis, H.C., Kanfer, F.H., Becker, M., Middlestadt, S.E., Eichler, A. (2001). Factors influencing behavior and behavior change. In A. Baum & T.A. Revenson (Eds.), *Handbook of health psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gatto S.L., Tak, S.H. (2008). Computer, Internet, and E-Mail Use among older adults: Benefits and Barriers. *Educational Gerontology*, 34: 800-811.
- Grewal, I., Lewis, J., Flynn, T., Brown, J., Bond, J., Coast, J. (2006). Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: Preferences or capabilities? *Social Science & Medicine* 62, 1891-1901.
- Hackbarth, G., Grover, V., Yi, M.Y. (2003). Computer playfulness and anxiety: positive and negative mediators of the system experience effect on perceived ease of use. *Information & Management*, volume 40, Issue 3, p. 221-232.
- Halford, S., Lotherington, A.T., Obstfelder, A., Dyb, K. (2010). *Getting the whole picture? Communication & Society*, 13:3, 442-465.
- Hartley, J. (1994). Designing instructional text for older readers: a literature review. *British Journal of Educational Technology*, 25(3), pp. 172-188.
- Heerink, M., Kröse, B., Wielinga, B.J., Evers, V. (2008). Enjoyment, intention to use and actual use of a conversational robot by elderly people. *HRI '08 Proceedings of the third ACM/IEEE International Conference on Human-Robot Interaction*.
- Hill, T., Smith, N. D., & Mann, M. F. (1987). Role of efficacy expectations in predicting the decision to use advanced technologies: The case of computers. *Journal of Applied Psychology*, 72 (2), 307-313.
- Honig, M. (2010). Ouderen en Technologie. *Universiteit van Amsterdam, Faculteit Gedragwetenschappen, Wiskunde en Informatica*.
- Hubble, J.P., Pahwa, R., Michalek, D.K., Thomas, C., Koller, W.C. (2004). Interactive video conferencing: A means of providing interim care to parkinson's disease patients. *Department of Neurology, University of Kansas Medical Center, Kansas City*.
- Jay, G.M., Willis, S.L. (1992). Influence of Direct Computer Experience on Older Adult's Attitudes Toward Computers. *The Gerontological Society of America*.
- Linn, K. (2010). e-Learning continuance intention: Moderating effects of user e-learning experience. *Department of Information Management, Ling Tung University 1, Ling Tung Rd., Taichung, Taiwan, ROC*.
- Making your Printed Materials Senior Friendly. *National Institute on Aging* (2001).
- May, C., Ellis, N. (2001). When protocols fail: technical evaluation, biomedical knowledge, and the social production of "facts" about a telemedicine clinic. *Social Science and Medicine*, vol. 53, no. 8, pp. 989-1002.

- May, C., Finch, T., Mair, F.S., Mort, M. (2005). Towards the wireless patiënt: chronic illness, scarce care, and technological innovation in the NHS. *Soc Sci Med*.
- Milliken, M.C., O'Donnel, S., Gibon, K., Daniels, B. (2012). Older Citizens and Video Communications: Case Study. *National Research Council Canada*. Vol 8, No 1.
- Minister Donner van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2011, november). Minister Donner wil actieplan voor ouderenhuisvestiging, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/persberichten/2011/11/24/minister-donner-wil-actieplan-voor-ouderenhuisvesting.html>.
- Moore, G.C., Benbasat, I. (1996). Integrating Diffusion of Innovations and Theory of Reasoned Action models to predict utilization of information technology by end-users. *The International Federation for Information Processing*. p. 132-146.
- Moroz, P.A., Nash, J.B. (1997). Assessing and improving the factorial structures of the American Educational Research Association. *Presented at Annual Meeting of the American Educational Research Association, Chicago*.
- Neter E, Brainin E. (2012). eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *J Med Internet Res*;14(1).
- Notenboom, A., Blankers, I., Goudriaan, R., Groot, W. (2012). E-health en zelfmanagement: een pancee vor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? *Ape rapport*, nr. 906.
- Reynolds, A.L. (2013). Age-Related Differences in Self-Efficacy and the Use of E-Health Supports for Exercise Behavior in Adults. *University of Florida*.
- Roine, R., Ohinmaa, A., Hailey, D. (2001). Assessing telemedicine: a systematic review of the literature. *Cmaj*, 165(6):765.
- Rosen, L.D., Whaling, K., Carrier, L.M., Cheever, N.A., Rokkum, J. (2013). The Media and Technology Usage and Attitudes Scale: An empirical investigation. *Computers in Human Behavior* 29, p. 2501-2511.
- Rosenkrantz, P., Vogel, P., Bee, H., Broverman, I., Broverman, D.M. (1968). Sex-Role Stereotypes and Self-Concepts in College Students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (32), pp. 287-295.
- Sarkar, U., Karter, A.J., Liu, J.Y., Adler, N.E., Nguyen, R., López, A., Schillinger, D. (2010). Social disparities in internet patient portal use in diabetes: evidence that the digital divide extends beyond access. *J Am Med Inform Assoc* 2011, 18: 318-321.
- Sheeran, P., Norman, P., Orbell, S. (1999). Evidence that intentions based on attitudes better predict behavior than intentions based on subjective norms. *European Journal of Social Psychology*, 29, 403-406.
- Taylor, S., Todd, P. (1995). Assessing IT Usage: The Role of Prior Experience. *MIS Quarterly*, Vol. 19, No. 4, pp. 561-570.

- Tahkokallio, P.(2000). Smart houses. Nordic Conference on Smart Houses: Visions and Realities. *Trondheim, Norway*.
- United Nations (2012). Population Ageing and Development. *Department of Economic and Social Affairs*. United Nations, New York.
- Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C., Peters, O., Ossebaard, H.C. (2013). Improving Health. *Eleven International Publishing*.
- Van Weert, H.C.P.M. (2010). Telemedicine als belangrijk focus voor innovatie in de huisartspraktijk. *Bijblijven*. Volume 26, Issue 8, pp 40-46.
- Venkatesh, V. (2000). Determinants of Perceived Ease of Use: Integrating Control, Intrinsic Motivation, and Emotion into the Technology Acceptance Model. *Information Systems Research* 11(4):342-365.
- Venkatesh, V., Morris, M.G. (2000). Why Don't Men Ever Stop to Ask for Directions? Gender, Social Influence, and Their Role in Technology Acceptance and Usage Behavior. *MIS Quarterly*, Vol. 24, No. 1, pp 115-139.
- Venkatesh, V., Morris, M.G., Ackerman, P.L. (2000) A Longitudinal Field Investigation of Gender Differences in Individual Technology Adoption Decision-Making Processes. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. Vol. 83, No.1 September, 33-60.
- Watkins, I., Xie, B. (2014). eHealth Literacy Interventions for Older Adults: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Medical Internet Research*. Vol. 16.
- Wilson, E.V., Lankton, N.K. (2004). Modeling Patients' Acceptance of Provider-delivered E health. *Journal of the American Medical Informatics Association*. Vol. 11.
- Yaghmaie, F.(2007). Development of a scale for measuring user computer experience. *Sage Publications*, Vol 12(2), 185-190.
- Yang, H., Yoo, H. (2004). It's all about attitude: revisiting the technology acceptance model. *Decision Support Systems* 38, 19-31.
- Yousafar, S.Y., Foxall, G.R., Pallister, J.G. (2010). Explaining Internet Banking Behavior: Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, or Technology Acceptance Model? *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 40, 5, pp. 1172-1202.
- Zajicek, M. (2001): Interface Design for Older Adults, Proceedings of the EC/NSF Workshop on Universal Accessibility of Ubiquitous Computing: Providing for the Elderly, *Alcacer do Sal, Portugal*, pp. 60 – 65.
- Zajonic, R.B., Markus, H. (1982). Affective and Cognitive Factors in Preferences. *Journal of Consumer Research*. Vol.9, September 1982.

Zickuhr K.,Madden, M. (2012). Older adults and internet use. For the first time, half of adults ages 65 and older are online. *Pew Research Center's Internet & American Life Project*.

7. Bijlage

Vragenlijst

Zu Anfang möchte ich mich recht herzlich für Ihre Teilnahme an meiner Untersuchung bedanken. Mit dieser Umfrage möchte ich etwas über Ihre Meinung zum Gebrauch verschiedener Technologien im Gesundheitswesen erfahren. Schon heutzutage werden verschiedenste Technologien im Gesundheitswesen eingesetzt, zum Beispiel **Videotelefonie mit dem Hausarzt/ dem Pflegepersonal oder anderen Ansprechpartnern.**

Was ist Videotelefonie?



Es gibt verschiedene Apparaturen die videotelefonieren ermöglichen, zum Beispiel Computer, Tablets, Smartphones oder speziell angefertigte Telefone (siehe Bild rechts). Mit diesen Apparaten können Sie jemanden anrufen und diese Person gleichzeitig auch sehen. Sie können beispielsweise Ihren Hausarzt oder das Pflegepersonal zu einem vorab abgesprochenen Zeitpunkt anrufen.



Es gibt verschiedene Programme auf dem Markt die Videotelefonieren möglich machen, zum Beispiel “Skype” oder “Facetime”.

Wozu kann ich Videotelefonie nutzen?

Mit Hilfe von Videotelefonie können Sie beispielsweise mit Ihrem Hausarzt allgemeine Informationen austauschen (z.B. über Medikamente).



Außerdem können Sie Ihren Hausarzt oder das Pflegepersonal um Rat bitten falls Sie Beschwerden haben (z.B. Kopfschmerzen, Bewegungsschmerzen, etc.). In ernsten Situationen ist es natürlich ratsam Ihren Hausarzt persönlich zu besuchen.

Videotelefonie bietet Ihnen also die Möglichkeit sich in Echtzeit mit Ihrem Hausarzt oder dem Pflegepersonal zu unterhalten und sich dabei zu sehen.

Nun folgt die Umfrage. Diese besteht aus **49 Fragen**. Das Ausfüllen dieser Umfrage dauert ca. **20 Minuten**.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Auch wenn Sie nicht vorhaben Videotelefonie zu nutzen, würde mich Ihre Meinung zu diesem Thema sehr interessieren. Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie zutreffende Antwort an.

Falls Sie nun noch Fragen haben werde ich diese gerne beantworten!

Sehr geehrter Leser,

mit dem Ausfüllen dieser Umfrage bestätigen Sie die Informationen über diese Untersuchung gelesen und verstanden zu haben. Außerdem wurde Ihnen die Gelegenheit geboten eventuelle Fragen zu stellen.

Ihre Daten werden anonym verarbeitet.

Sie dürfen die Teilnahme an dieser Untersuchung jederzeit ohne einen bestimmten Grund abbrechen.

Falls Sie nun oder in Zukunft noch mehr über diese Untersuchung erfahren möchten, dürfen Sie mich gerne kontaktieren.

Theresia Benkhoff

Studentin der Universität Twente

E-Mail: t.benkhoff@student.utwente.nl

Mobil: 0151 10326204

Allgemeines

1) _____ **Wie alt sind Sie?**
_____ Jahre

2) _____ **Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:**
☐ männlich ☐ weiblich

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Einschätzung wie gut Sie momentan mit Computern, Tablets oder anderen technologischen Geräten umgehen können.

3) _____ **Haben Sie schon mal einen Computer benutzt?**

☐

Ja

☐

Nein

Falls Sie diese Frage mit „Nein“ beantwortet haben, möchte ich gerne, dass Sie sich vorstellen wie Sie sich während des Gebrauchs eines Computers, Tablets, oder einer anderen technologischen Apparatur fühlen.

Bitte geben Sie jeweils an inwiefern Sie der Aussage zustimmen, auch wenn Sie keinen Computer nutzen.

4) _____ **Während des Gebrauchs eines Computers fühle ich mich unsicher.**

☐

Stimme voll
zu

☐

Stimme eher
zu

☐

Weder noch

☐

Stimme eher
nicht zu

☐

Stimme gar
nicht zu

5) _____ **Ich arbeite gerne mit dem Computer.**

☐

Stimme voll
zu

☐

Stimme eher
zu

☐

Weder noch

☐

Stimme eher
nicht zu

☐

Stimme gar
nicht zu

6) _____ **Ich besitze die nötigen Fähigkeiten um einen Computer zu bedienen.**

☐

Stimme voll
zu

☐

Stimme eher
zu

☐

Weder noch

☐

Stimme eher
nicht zu

☐

Stimme gar
nicht zu

7) _____ **Falls sich der Computer während des Gebrauchs „aufhängt“ und nicht mehr funktioniert werde ich ruhig bleiben.**

☐

Stimme voll
zu

☐

Stimme eher
zu

☐

Weder noch

☐

Stimme eher
nicht zu

☐

Stimme gar
nicht zu

8) _____ **Ich fühle mich im Gebrauch eines Computers sicher.**

☐	☐	☐	☐	☐
Stimme voll	Stimme eher	Weder noch	Stimme eher	Stimme gar
zu	zu		nicht zu	nicht zu

9) _____ **Wenn ich mit einem Computer arbeite, habe ich immer Angst die falschen Tasten zu drücken.**

☐	☐	☐	☐	☐
Stimme voll	Stimme eher	Weder noch	Stimme eher	Stimme gar
zu	zu		nicht zu	nicht zu

10) _____ **Im Umgang mit neuen Computerprogrammen habe ich oft Probleme.**

☐	☐	☐	☐	☐
Stimme voll	Stimme eher	Weder noch	Stimme eher	Stimme gar
zu	zu		nicht zu	nicht zu

11) _____ **Falls sich mein Computer aufhängt und nicht mehr funktioniert kann ich dieses Problem selber lösen.**

☐	☐	☐	☐	☐
Stimme voll	Stimme eher	Weder noch	Stimme eher	Stimme gar
zu	zu		nicht zu	nicht zu

12) _____ **Ich finde es einfach einen Computer zu bedienen.**

☐	☐	☐	☐	☐
Stimme voll	Stimme eher	Weder noch	Stimme eher	Stimme gar
zu	zu		nicht zu	nicht zu

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrung mit Videotelefonie.

13) _____ **Haben Sie Videotelefonie schon einmal gebraucht?**

a. Ja

b. Nein → Falls Sie diese Frage mit “Nein” beantwortet haben,
beantworten Sie bitte als nächstes Frage 19.

- 14) **Wie oft nutzen Sie Programme wie "Skype" oder "Facetime" zur Videotelefonie?**
- ☐ Zwei- oder dreimal im Monat ☐ Ca. einmal im Monat ☐ Ein- bis zweimal pro Woche ☐ Zwei- oder dreimal pro Woche ☐ Fast jeden Tag

- 15) **Wie viele Stunden in der Woche benutzen Sie Videotelefonie?**
- a. Bitte einfüllen: _____
- b. Nicht zutreffend

- 16) **Wie viele Stunden im Monat benutzen Sie Videotelefonie?**
- a. Bitte einfüllen: _____
- b. Nicht zutreffend

- 17) **Wie würden Sie Ihre Fähigkeiten bezüglich Videotelefonie einschätzen?**
- ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Weder noch ☐ Schlecht ☐ Sehr schlecht

- 18) **Ich fühle mich im Umgang mit Videotelefonie sicher.**
- ☐ Stimme voll zu ☐ Stimme eher zu ☐ Weder noch ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Stimme gar nicht zu

Schätzen Sie nun bitte den persönlichen Nutzen von Videotelefonie.

- 19) **Der Gebrauch von Videotelefonie würde dafür sorgen, dass ich mit meinem Hausarzt oder dem Pflegepersonal schneller in Kontakt treten kann.**
- ☐ Stimme voll zu ☐ Stimme eher zu ☐ Weder noch ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Stimme gar nicht zu

20) _____ **Videotelefonie scheint mir nützlich zu sein.**

☐
Stimme voll
zu

☐
Stimme eher
zu

☐
Weder noch

☐
Stimme eher
nicht zu

☐
Stimme gar
nicht zu

21) _____ **Videotelefonie scheint mir nützlich zu sein, um mit meinem Hausarzt oder dem Pflegepersonal leichte Beschwerden zu besprechen.**

☐
Stimme voll
zu

☐
Stimme eher
zu

☐
Weder noch

☐
Stimme eher
nicht zu

☐
Stimme gar
nicht zu

22) _____ **Der Gebrauch von Videotelefonie würde mir Zeit und Mühe sparen (Wartezeit beim Arzt, Fahrtzeit, etc.).**

☐
Stimme voll
zu

☐
Stimme eher
zu

☐
Weder noch

☐
Stimme eher
nicht zu

☐
Stimme gar
nicht zu

23) _____ **Den Gebrauch von Videotelefonie mit meinem Hausarzt / dem Pflegepersonal würde ich nützlich finden.**

☐
Stimme voll
zu

☐
Stimme eher
zu

☐
Weder noch

☐
Stimme eher
nicht zu

☐
Stimme gar
nicht zu

24) _____ **Der Gebrauch von Videotelefonie würde mein Leben einfacher machen.**

☐
Stimme voll
zu

☐
Stimme eher
zu

☐
Weder noch

☐
Stimme eher
nicht zu

☐
Stimme gar
nicht zu

25) _____ **Der Gebrauch von Videotelefonie würde es mir ermöglichen mit meinem Hausarzt oder dem Pflegepersonal öfter in Kontakt zu treten.**

☐
Stimme voll
zu

☐
Stimme eher
zu

☐
Weder noch

☐
Stimme eher
nicht zu

☐
Stimme gar
nicht zu

26) **Der Gebrauch von Videotelefonie würde dafür sorgen, dass ich mehr Zeit für andere Dinge habe.**

☐ Stimme voll zu ☐ Stimme eher zu ☐ Weder noch ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Stimme gar nicht zu

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Einschätzung der Kosten und Mühen die an den Gebrauch von Videotelefonie gebunden sind.

27) **Die Kommunikation mit meinem Hausarzt /dem Pflegepersonal würde durch den Gebrauch von Videotelefonie vereinfacht.**

☐ Stimme voll zu ☐ Stimme eher zu ☐ Weder noch ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Stimme gar nicht zu

28) **Ich denke, dass Videotelefonie für mich einfach sein würde.**

☐ Stimme voll zu ☐ Stimme eher zu ☐ Weder noch ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Stimme gar nicht zu

29) **Während des Gebrauchs von Videotelefonie würde ich oft Fehler machen.**

☐ Stimme voll zu ☐ Stimme eher zu ☐ Weder noch ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Stimme gar nicht zu

30) **Den Gebrauch von Videotelefonie schätze ich als einfach ein.**

☐ Stimme voll zu ☐ Stimme eher zu ☐ Weder noch ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Stimme gar nicht zu

31) **Während des Gebrauchs von Videotelefonie müsste ich oft Hilfe in Anspruch nehmen.**

☐	☐	☐	☐	☐
Stimme voll zu	Stimme eher zu	Weder noch	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu

Diese Fragen beziehen sich auf Ihre Meinung zum Gebrauch von Videotelefonie.

Ich finde Videotelefonie wichtig, um mit meinem Hausarzt oder dem Pflegepersonal in Kontakt zu treten.

32) ☐

☐	☐	☐	☐	☐
Stimme voll zu	Stimme eher zu	Weder noch	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu

Ich finde es wichtig, dass Videotelefonie genutzt wird, um das Gesundheitswesen effizienter zu gestalten.

33) ☐

☐	☐	☐	☐	☐
Stimme voll zu	Stimme eher zu	Weder noch	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu

Der Gebrauch von Videotelefonie würde den Kontakt mit meinem Hausarzt / dem Pflegepersonal unpersönlich machen.

34) ☐

☐	☐	☐	☐	☐
Stimme voll zu	Stimme eher zu	Weder noch	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu

Der Gebrauch von Videotelefonie wäre mir im Alltag zu kompliziert.

35) ☐

☐	☐	☐	☐	☐
Stimme voll zu	Stimme eher zu	Weder noch	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu

- 36) **Ich finde es wichtig meinen Hausarzt / das Pflegepersonal im Fall von leichten Beschwerden jederzeit per Videotelefonie kontaktieren zu können.**

_____ ☐ Stimme voll zu ☐ Stimme eher zu ☐ Weder noch ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Stimme gar nicht zu

- 37) **Ich würde Angst haben Videotelefonie zu gebrauchen.**

_____ ☐ Stimme voll zu ☐ Stimme eher zu ☐ Weder noch ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Stimme gar nicht zu

- 38) **Der Kontakt mit meinem Hausarzt / dem Pflegepersonal per Videotelefonie würde mich zufriedenstellen.**

_____ ☐ Stimme voll zu ☐ Stimme eher zu ☐ Weder noch ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Stimme gar nicht zu

- 39) **Der Gebrauch von Videotelefonie würde mir gefallen.**

_____ ☐ Stimme voll zu ☐ Stimme eher zu ☐ Weder noch ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Stimme gar nicht zu

Was würden Menschen in Ihrer Umgebung (Ihr Hausarzt, Freunde, Familie,...) davon halten wenn Sie Videotelefonie nutzen?

- 40) **Meine Familie würde mir den Gebrauch von Videotelefonie empfehlen.**

_____ ☐ Stimme voll zu ☐ Stimme eher zu ☐ Weder noch ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Stimme gar nicht zu

- 41) **Mein Hausarzt würde mir den Gebrauch von Videotelefonie empfehlen.**

_____ ☐ Stimme voll zu ☐ Stimme eher zu ☐ Weder noch ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Stimme gar nicht zu

42) **Das Pflegepersonal würde mir den Gebrauch von Videotelefonie empfehlen.**

☐ Stimme voll
zu

☐ Stimme eher
zu

☐ Weder noch

☐ Stimme eher
nicht zu

☐ Stimme gar
nicht zu

43) **Meine Bekannten würden mir den Gebrauch von Videotelefonie empfehlen.**

☐ Stimme voll
zu

☐ Stimme eher
zu

☐ Weder noch

☐ Stimme eher
nicht zu

☐ Stimme gar
nicht zu

44) **Ich würde Videotelefonie nur gebrauchen, falls jemand den ich kenne das auch tut.**

☐ Stimme voll
zu

☐ Stimme eher
zu

☐ Weder noch

☐ Stimme eher
nicht zu

☐ Stimme gar
nicht zu

45) **Ich würde Videotelefonie nur gebrauchen wenn mein Hausarzt / das Pflegepersonal es mir anrät.**

☐ Stimme voll
zu

☐ Stimme eher
zu

☐ Weder noch

☐ Stimme eher
nicht zu

☐ Stimme gar
nicht zu

Nun folgen einige allgemeine Fragen. Kreisen Sie bitte die Antwort ein, die am ehesten zutrifft.

46) **Haben Sie eines der benötigten Geräte (Computer/Tablet/Telefon) zu Verfügung um Videotelefonie zu nutzen?**

a. Ja

b. Nein

47) **Ist immer jemand erreichbar der Ihnen bei technischen Problemen helfen könnte?**

a. Ja

b. Nein

48) _____ **Ich plane Videotelefonie in Zukunft (weiter) zu nutzen.**

☐

Stimme voll
zu

☐

Stimme eher
zu

☐

Weder noch

☐

Stimme eher
nicht zu

☐

Stimme gar
nicht zu

49) _____ **Falls ich die Möglichkeit habe, würde ich Videotelefonie in Zukunft gerne gebrauchen.**

☐

Stimme voll
zu

☐

Stimme eher
zu

☐

Weder noch

☐

Stimme eher
nicht zu

☐

Stimme gar
nicht zu

Hier endet die Umfrage.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an meiner Untersuchung!

Falls Sie noch Fragen oder Anmerkungen haben, können Sie diese gerne hier notieren:

Theresia Benkhoff