

Positieve psychologie & E-mental health:

Een onderzoek naar de behandelmotivaties van mannen en vrouwen die deel hebben genomen aan een online positieve psychologie interventie



Bachelorthese

Lisanne van Foeken, S1452800

Universiteit Twente

Psychologie - Faculteit der Gedragswetenschappen

Juni, 2016

Begeleidingscommissie:

Dr. C.H.C. Drossaert

MSc. M. Schotanus-Dijkstra

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Inleiding	3
Behandelmotivatie: emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden	4
Behandelmotivatie: de zelf-actualiserende cliënt & de ongelukkige cliënt.....	5
Geslacht.....	6
Onderzoek	8
Methode.....	9
Design.....	9
Setting.....	9
Interventie ‘Dit is jouw leven’	9
Huidig onderzoek	10
Berichten	10
Codeerschema	11
Data- analyse	14
Resultaten	15
Demografische gegevens.....	15
Resultaten behandelmotivaties	16
Algemeen - Zelf-actualiserende cliënt en Ongelukkige cliënt	16
Zelf – actualiserende cliënt.....	16
Ongelukkige cliënt	17
Algemeen - Emotioneel, Psychologisch, en Sociaal welbevinden.....	17
Emotioneel welbevinden	17
Psychologisch welbevinden	17
Sociaal welbevinden.....	18
Geslacht.....	18
Tekstlengte	18
Zelf-actualiserende cliënt en Ongelukkige cliënt	18
Emotioneel, Psychologisch, en Sociaal welbevinden.....	19
Discussie.....	20
Behandelmotivatie - Algemeen	20
Behandelmotivatie - Geslacht	21
Limitaties en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	22
Conclusie	23
Referenties.....	24
Bijlage 1 – Advertentie interventie ‘Dit is jouw leven’	27
Bijlage 2 – Voorstelmail persoonlijk begeleider	28

Samenvatting

Achtergrond: De afgelopen decennia hebben er twee belangrijke ontwikkelingen plaatsgevonden binnen de psychologie, namelijk de opkomst van positieve psychologie en het ontstaan van e-mental health. Het huidige onderzoek maakte deel uit van het onderzoek van Schotanus-Dijkstra, Drossaert, Pieterse, Walburg en Bohlmeijer (2015), waarbij positieve psychologie en e-mental health samenkwamen in de interventie ‘Dit is jouw leven’. Er is nog maar weinig bekend over de redenen waarom mensen zich aanmelden voor online positieve psychologie interventies.

Doel: Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in behandelmotivatie op het gebied van online positieve psychologie interventies.

Methode: Er is een inhoudsanalyse uitgevoerd op basis van de voorstelemails van de respondenten die hebben deelgenomen aan de interventie ‘Dit is jouw leven’. De interventiegroep bestond uit 137 respondenten, waarvan 122 respondenten voorstelemails hadden gestuurd die bruikbaar waren voor de inhoudsanalyse (107 vrouwen en 15 mannen). Op basis van literatuuronderzoek is er met behulp van het deductieve codeerprincipe een codeerschema tot stand gekomen, waarmee de motieven voor deelname ingedeeld werden in de drie verschillende domeinen van welbevinden (emotioneel, psychologisch, sociaal) en de twee op literatuur gebaseerde categorieën van behandelmotivatie (de zelf-actualiserende cliënt en de ongelukkige cliënt). Daarnaast werd er gekeken of er een verschil bestond tussen mannen en vrouwen op het gebied van behandelmotivatie en het gebruikte aantal woorden in de voorstelemails.

Resultaten: Uit de resultaten is gebleken dat veruit de meeste respondenten geclassificeerd kunnen worden als ‘ongelukkige cliënt’. De resultaten laten geen significante verschillen zien tussen mannen en vrouwen wat betreft de drie domeinen van welbevinden en de twee categorieën van behandelmotivatie. Wat betreft de tekstlengte van de voorstelemails bleek er wel een significant verschil naar voren te komen. Mannen gebruikten meer woorden in hun voorstelmail dan vrouwen.

Conclusies: Het onderzoek heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het in kaart brengen van behandelmotivaties op het gebied van online positieve psychologie interventies. Naast het verkrijgen van meer inzicht kunnen de resultaten als basis dienen voor vervolgonderzoek naar e-mental health, positieve psychologie interventies en behandelmotivaties.

Inleiding

“When I was 5 years old, my mother always told me that happiness was the key to life. When I went to school, they asked me what I wanted to be when I grew up. I wrote down ‘happy’. They told me I didn’t understand the assignment, and I told them they didn’t understand life.”

– John Lennon

Bovenstaande quote van John Lennon heeft op veel mensen een diepe indruk achtergelaten, niet alleen vanwege de invloedrijkheid van zijn persoon, maar met name omdat het de essentie van het leven lijkt te hebben gevangen in woorden. Bijna ieder mens wil graag het ultieme geluk vinden in het leven en zich goed voelen, maar in de praktijk blijkt dit niet altijd makkelijk te realiseren. In de afgelopen decennia is er veel aandacht besteed aan de positieve kant van de menselijke psychologie, waarbij men de focus heeft gelegd op de processen en mechanismen van optimaal functioneren van individuen, relaties en samenlevingen (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Met de komst van de positieve psychologie is er een verschuiving in gang gezet van een ‘klachtbendering’ naar een ‘krachtbenadering’. Het ervaren van geluk en welbevinden zijn hierbij veel besproken thema’s. Vandaag de dag kan men stellen dat positieve psychologie een prominente plaats heeft ingenomen in zowel de wetenschap als de praktijk (Bohlmeijer, Westerhof, Bolier, Steeneveld, Geurts & Walburg, 2013).

Naast de komst van de positieve psychologie, heeft er de afgelopen decennia nog een belangrijke ontwikkeling plaatsgevonden, namelijk het ontstaan van “e-health” (Pagliari, Sloan, Gregor, Sullivan & Detmer, 2005). Het internet heeft een belangrijke plaats gekregen in het dagelijkse leven van mensen, en de grote impact wordt veroorzaakt door de essentie van onze samenleving waarbij communicatie tussen mensen centraal staat (Bargh & McKenna, 2004). Onderzoek wijst uit dat face-to-face interactie steeds vaker wordt vervangen door internetcommunicatie (Yaakobi & Goldenberg, 2014). Deze ontwikkeling heeft ook plaatsgevonden in de geestelijke gezondheidszorg, welke “e-mental health” wordt genoemd. E-mental health betreft bijvoorbeeld zelfhulp onder begeleiding van e-mail of chat, zelfhulp websites of online psychotherapie. E-mental health wordt aangeboden als aanvulling op de reguliere zorg en heeft noemenswaardige voordelen, waaronder een verbeterde toegankelijkheid, anonimiteit, flexibiliteit en mogelijk kosteneffectiviteit, wat er voor zorgt dat e-mental health interventies aantrekkelijk zijn voor zowel de gebruikers als de hulpverleners (Ybarra & Eaton, 2005; Lal & Adair, 2014).

In het onderzoek dat is uitgevoerd door Schotanus-Dijkstra et al. (2015) komen positieve psychologie en e-mental health samen in de interventie ‘Dit is jouw leven’. Het onderzoek had als doel de effectiviteit te evalueren van een omvangrijke zelfhulp interventie met en zonder emailbegeleiding, op het gebied van welbevinden en floreren. Floreren kan worden gedefinieerd als de aanwezigheid van hoge niveaus van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. De respondenten die zich hadden aangemeld voor de interventie werden bij aanvang van de cursus benaderd door een persoonlijk begeleider met de vraag zich kort voor te stellen en aan te geven wat zij wilden bereiken met de cursus.

Het huidige onderzoek maakt gebruik van data van het onderzoek van Schotanus-Dijkstra et al. (2015) en betreft een inhoudsanalyse op basis van de voorstelmails van de deelnemers, waarbij behandelmotivatie centraal staat. Alhoewel er al diverse online positieve psychologie interventies zijn ontwikkeld en onderzocht op effectiviteit (Mitchell, Vella-Brodrick & Klein, 2010; Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit & Bohlmeijer, 2013), is er nog maar weinig bekend over de redenen waarom mensen deelnemen aan dit type interventies. Het doel van dit onderzoek is dan ook om meer inzicht te krijgen in behandelmotivatie op het gebied van online positieve psychologie interventies. Om dit te kunnen bereiken wordt er een inhoudsanalyse uitgevoerd waarbij de motieven voor deelname zijn ingedeeld in de drie verschillende domeinen van welbevinden en de twee op literatuur gebaseerde categorieën van behandelmotivatie.

Behandelmotivatie: emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden

In het huidige onderzoek staat het thema welbevinden centraal. Geestelijke gezondheid wordt door de World Health Organization (WHO) omschreven als: *‘a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community’* (WHO, 2005, P.2). In deze definitie kan volgens Bohlmeijer et al. (2013) een onderscheid worden gemaakt tussen drie verschillende componenten van welbevinden: emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. In het huidige onderzoek zal gekeken worden in hoeverre deze domeinen van welbevinden naar voren komen in de voorstelemails van de deelnemers als redenen voor deelname aan de interventie.

Emotioneel welbevinden omvat drie aspecten: tevredenheid met het eigen leven, de afwezigheid van negatieve gevoelens én de aanwezigheid van positieve gevoelens (Diener, 1984). Emotioneel welbevinden is van belang voor het functioneren van mensen. Zo is gebleken dat mensen met een hoge score op emotioneel welbevinden langer leven en

gezonder zijn (Diener & Chan, 2011) en dat een hoge score een gunstig effect heeft op herstel van mensen met lichamelijke aandoeningen (Lamers, Bolier, Westerhof, Smit & Bohlmeijer, 2012). Daarnaast hangt emotioneel welbevinden samen met verschillende andere factoren, zoals opleiding, werk, huwelijk en individuele verschillen (Veenhoven, 1996; Steel, Schmidt & Schulz, 2008).

Bij het psychologisch welbevinden staat zelfrealisatie centraal. Zelfrealisatie wordt als belangrijk component van geestelijke gezondheid gezien in de definitie van de WHO, en hierbij ligt de focus niet zozeer op een plezierig leven, zoals bij emotioneel welbevinden, maar op een goed leven vanuit een psychologisch perspectief. Er wordt met name gekeken naar het individueel functioneren volgens normatieve psychologische standaarden (Bohlmeijer et al., 2013). Carol Ryff (1989) heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het operationaliseren van deze benadering vanuit een psychologisch perspectief. In haar onderzoek heeft zij getracht kerndimensies te onderscheiden van optimaal ontwikkelde en functionerende personen. Dit heeft uiteindelijk geleid tot zes criteria die essentieel blijken te zijn in het algemene streven om het eigen potentieel te realiseren, namelijk: doelgerichtheid, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties.

Sociaal welbevinden focust zich op de evaluatie van optimaal sociaal functioneren in de maatschappij. Een belangrijke sleutelfiguur in het onderzoek naar sociaal welbevinden is Corey Keyes. Keyes (1998) heeft op basis van onderzoek een onderscheid kunnen maken tussen vijf dimensies die samen het sociaal welbevinden vormen. Deze dimensies bestaan uit: sociale integratie, sociale contributie, sociale coherentie, sociale actualisatie en sociale acceptatie. Een hoge score op deze vijf dimensies betekent dat een persoon beschikt over een positieve visie op andere mensen, gelooft in maatschappelijke vooruitgang, de maatschappij begrijpt en zich hierin thuis voelt en in de maatschappij participeert.

Behandelmotivatie: de zelf-actualiserende cliënt & de ongelukkige cliënt

Zoals eerder genoemd, is er op dit moment nog maar weinig bekend over de redenen waarom mensen deelnemen aan online positieve psychologie interventies. Robert Lent (2004) heeft getracht om de behandelmotivaties van mensen in kaart te brengen op het gebied van positieve psychologie en welbevinden. Uit zijn onderzoek is gebleken dat, alhoewel de redenen voor het zoeken van hulp erg uiteenlopend zijn, men de motivatie van mensen kan classificeren in twee overkoepelde categorieën: (1) een verlangen naar symptoomverlichting en het herstel van tevredenheid met het leven (de ongelukkige cliënt), en (2) een verlangen naar groei, persoonlijke ontwikkeling, verandering of begrip (de zelf-actualiserende cliënt).

De eerste categorie, ‘de ongelukkige cliënt’, is klachtgericht en lijkt het vaakst voor te komen als motivatie voor het zoeken van hulp. In deze categorie staan plezier en geluk centraal (Ryan & Deci, 2001). De focus ligt hierbij op de ervaring van plezierige gevoelens of op de balans tussen positief en negatief affect. Cliënten die hulp zoeken in deze categorie ervaren doorgaans een verhoogd negatief affect (en een verlaagd positief affect en tevredenheid) ten opzichte van een bepaalde probleemsituatie of een bepaald levensdomein zoals werk, school of relaties. Deze cliënten voelen zich vaak ook niet goed in staat om het betreffende probleem aan te pakken om zich beter te voelen (Frank & Frank, 1991). De problemen die cliënten aandragen weerspiegelen vaak, maar niet altijd, een belangrijke negatieve levensgebeurtenis (verliezen van een vriendschap, falen op school, een ongeval, etc.) die er aan heeft bijgedragen dat het gevoel van welbevinden en veerkracht is afgenomen (Headey & Wearing, 1989; Lent & Lopez, 2002).

De tweede categorie, ‘de zelf-actualiserende cliënt’, is krachtgericht en geïnspireerd op het gedachtegoed van Aristoteles. In tegenstelling tot de eerste categorie, omvat deze categorie meer dan alleen persoonlijk geluk. In plaats daarvan staat de zoektocht naar het actualiseren van het menselijk potentieel centraal. Mensen in deze categorie proberen tot de kern van zichzelf te komen. Daarnaast uiten zij, naast de behoefte om te leren of zich te ontwikkelen, een bepaalde wens zoals bijvoorbeeld het vinden van betekenis, zingeving of een levensdoel (Lent, 2004).

Geslacht

Het huidige onderzoek richt zich ook op het verschil tussen mannen en vrouwen op het gebied van behandelmotivatie. Het is van belang om deze demografische variabele verder te onderzoeken omdat er nog weinig onderzoek naar is gedaan en eventuele verschillen tussen mannen en vrouwen in toekomstige online positieve psychologie interventies mogelijk meer aandacht behoeven.

Er zijn in de psychologie veel onderzoeken gedaan naar geslachtsverschillen en de mate van welbevinden op de verschillende domeinen, maar de resultaten zijn inconsistent (Ryff, 1995; Gross & John, 2003; Mongrain & Zuroff, 1995; Leadbeater, Kuperminc, Blatt, & Hertzog, 1999). Wat betreft behandelmotivatie in relatie tot geslacht is ook veel onderzoek gedaan. De resultaten hiervan laten vooral zien dat vrouwen eerder geneigd zijn om psychologische hulp te zoeken dan mannen (Rickwood & Braithwaite, 1994; Möller-Leimkühler, 2002; Addis & Mahalik, 2003; Oliver, Pearson Coe & Gunnell, 2005). De onderliggende reden hiervan is dat mannen vaker een negatieve houding hebben tegenover

psychiatrische stoornissen in verhouding tot vrouwen, mannen negeren emotionele problemen vaker en geven aan moeite te hebben om tijd vrij te maken voor consulten (Möller-Leimkühler, 2002). Daarnaast blijkt uit onderzoek van Postel, de Jong en de Haan (2005), waarbij een groep e-therapie cliënten is vergeleken met een groep cliënten die face-to-face therapie ontvingen, dat met name hoogopgeleide vrouwen zich vaak aanmelden voor online interventies. De redenen die mannen rapporteren om geen psychologische hulp te zoeken hangen volgens Addis et al. (2003) samen met geslachtsrollen, culturele ideologieën en normen en waarden.

Naast de geslachtsverschillen in behandelmotivatie en de domeinen van welbevinden, is het ook belangrijk om te focussen op de hoeveelheid informatie die zowel mannen als vrouwen bereid zijn te delen. Er wordt vaak gezegd dat vrouwen spraakzamer zijn dan mannen en op een andere manier communiceren. Vrouwen blijken communicatie vaker te gebruiken voor relationele of expressieve doeleinden, terwijl mannen meer praktisch communiceren, wat betekent dat zij communicatie veelal gebruiken voor het overbrengen van nuttige informatie (Halpern, 2000; Gleason & Ely, 2002; Wood, 2001). Daarnaast blijken mannen zichzelf minder goed in staat te voelen hun emoties onder woorden te brengen (bv. empathie tonen), terwijl vrouwen hier minder problemen mee ervaren (Michaud et al. 2006). Op basis van bovenstaande studies zou men kunnen verwachten dat mannen meer moeite hebben met het onder woorden brengen van de redenen voor deelname, wat zou resulteren in een kortere voorstelmail in vergelijking met vrouwen.

Verschillende onderzoeken hebben echter uitgewezen dat sommige mensen zich comfortabeler voelen wanneer zij vanuit hun eigen huis via de computer kunnen communiceren over persoonlijke onderwerpen, en dat zij hierdoor meer informatie delen dan in een face-to-face conversatie. Dit geldt met name voor gevoelige onderwerpen zoals mentale aandoeningen (Christensen, Griffiths & Evans, 2002; Evers, 2006; Ybarra & Eaton, 2005). Daarnaast kan het gebruik van internet bijdragen aan een gevoel van empowerment, aangezien cliënten een actieve rol kunnen aannemen en invloed kunnen uitoefenen op hun eigen leer- en gedragsveranderingsproces (Christensen et al., 2002). Of deze voordelen van online interventies hetzelfde zijn voor zowel mannen als vrouwen, is nog niet bekend.

Samenvattend kan dus gesteld worden dat de relatie tussen online positieve psychologie interventies, geslacht en de verschillende domeinen van welbevinden en behandelmotivatie nog niet is opgehelderd. Juist om deze reden is het heel interessant om meer inzicht te krijgen in de redenen waarom mannen en vrouwen hulp zoeken, welke domeinen zij hierbij benoemen, en hoe zij hierin verschillen van het andere geslacht.

Onderzoek

Het doel van het huidige onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de behandelmotivaties van mannen en vrouwen die deel hebben genomen aan de online positieve psychologie interventie ‘Dit is jouw leven’. Hierbij zal er gekeken worden naar de rapportage van de drie domeinen van welbevinden (emotioneel, psychologisch, sociaal) en de twee categorieën van behandelmotivatie (de zelf-actualiserende cliënt en de ongelukkige cliënt). De onderzoeksvragen die hieruit zijn voortgevloeid luiden als volgt:

1. *Welke behandelmotivaties komen er naar voren in de voorstelemails van respondenten die hebben meegedaan aan de interventie ‘Dit is jouw leven’?*
2. *Welke verschillen in behandelmotivatie zijn er waarneembaar tussen mannen en vrouwen die hebben meegedaan aan de interventie ‘Dit is jouw leven’?*

Om de hoofdvragen te kunnen beantwoorden zijn er een drietal deelvragen opgesteld, welke voortbouwen op de literatuur.

- *Welke domeinen van welbevinden (emotioneel, psychologisch, sociaal) komen naar voren als behandelmotivatie in de voorstelemails van respondenten die hebben meegedaan aan de interventie ‘Dit is jouw leven’?*
- *Welke categorie van behandelmotivatie (de zelf-actualiserende cliënt of de ongelukkige cliënt) komt het vaakst naar voren in de voorstelemails van respondenten die hebben meegedaan aan de interventie ‘Dit is jouw leven’?*
- *Is er een verschil waarneembaar tussen mannen en vrouwen wat betreft de tekstlengte van de voorstelmails?*

Methode

Design

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden werd er een inhoudsanalyse uitgevoerd op basis van de voorstelemails van respondenten met een laag of gemiddeld niveau van welbevinden die hebben deelgenomen aan de online-interventie ‘Dit is jouw leven’.

Setting

Interventie ‘Dit is jouw leven’

Het huidige onderzoek maakte deel uit van een grootschalig landelijk effectonderzoek, welke als doel had de effectiviteit te evalueren van de zelfhulp interventie ‘Dit is jouw leven’, op het gebied van welbevinden en floreren (Schotanus-Dijkstra et al., 2015). De interventie werd aangeboden in boekvorm met emailsondersteuning van een persoonlijke begeleider, duurde acht tot twaalf weken en bestond uit acht modules, namelijk: aandacht voor positieve emoties, zelfcompassie, bewustwording van sterke kanten, het benutten en inzetten van sterke kanten, optimisme, posttraumatische groei, positieve relaties, en spiritualiteit.

De doelgroep waar de interventie zich op richtte betrof mensen uit de algemene bevolking die bereid waren om te investeren in het vergroten van veerkracht en persoonlijke groei. In januari 2014 werden de deelnemers geworven door middel van advertenties in de Trouw, Volkskrant, Metro en de online nieuwsbrief van Psychologie Magazine (zie Bijlage 1). Personen die geïnteresseerd waren in deelname werden verwezen naar de website www.veerkrachtenwelbevinden.nl waar er de mogelijkheid was tot aanmelding. Wanneer de deelnemers het informed consent formulier invulden ontvingen zij een e-mail met daarin een link naar een online vragenlijst voor screening. Deze screening bestond uit vragen over demografische gegevens en de vragenlijsten Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF) en Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

De volgende inclusiecriteria golden voor deelname aan de interventie: de deelnemers hadden een minimale leeftijd van 18 jaar en een maximale leeftijd van 65 jaar, beschikten over een internetverbinding en een geldig e-mailadres, waren bereid zich 8 tot 12 weken lang voor 4 uur per week in te zetten voor de interventie en beheersten de Nederlandse taal voldoende om de vragenlijsten in te vullen en de interventie zelfstandig te kunnen doorlopen.

Deelnemers die hoog scoorden (een score van vier of vijf) op één of meer items van de subschaal ‘emotioneel welbevinden’ en hoog scoorden (een score van vier of vijf) op zes items of meer op de subschalen ‘sociaal- en psychologisch welbevinden’ van de MHC-SF, of

matige tot ernstige depressieve klachten of angstklachten rapporteerden (een score van tien of hoger op de depressie- of angstschaal van de HADS) werden geëxcludeerd.

Huidig onderzoek

In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de algemene vragenlijst over demografische gegevens, waarin gevraagd werd naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, werksituatie en nationaliteit. De deelnemers die voldeden aan alle gestelde criteria werden na afloop van de screening door middel van een voorstelemail van de persoonlijk begeleider benaderd (zie Bijlage 2). In deze e-mail werd de respondent bedankt voor zijn/haar aanmelding voor het onderzoek, stelde de persoonlijk begeleider zichzelf kort voor, kreeg de respondent informatie over de manier van werken en een overzichtsschema van de activiteiten. Daarnaast werden de verwachtingen wat betreft het e-mail contact toegelicht, werd de respondent succes gewenst met het onderzoek en werd gevraagd of de respondent het liefst met u of je aangesproken wilde worden. Tot slot werd er in de email de volgende vraag gesteld: 'Zou u mij aankomende zondag 16 februari of maandag 17 februari alvast een korte e-mail willen sturen waarin u zichzelf voorstelt met daarbij wat u hoopt te bereiken met de cursus?'. De e-mails waarin de respondenten de bovengenoemde vraag beantwoorden, werden gebruikt als data voor het huidige onderzoek.

Berichten

In totaal hebben 275 respondenten deelgenomen aan de interventie 'Dit is jouw leven', welke verdeeld waren over een interventiegroep (N = 137) en een controlegroep (N = 138). De respondenten in de interventiegroep zijn benaderd door de persoonlijk begeleider om een voorstelemail te sturen. Uiteindelijk hebben 122 participanten gereageerd op de betreffende mail, 10 respondenten hebben om diverse redenen besloten om af te zien van deelname (bv. onverwachte ziekenhuisopname, wereldreis, ziekte in de familie, zwangerschap), de overige 5 respondenten hebben wel mailcontact onderhouden met de persoonlijk begeleider maar hebben geen voorstelmail gestuurd. Dit resulteerde in 122 voorstelemails die bruikbaar waren voor de inhoudsanalyse. In totaal hebben 107 vrouwen een voorstelemail gestuurd en 15 mannen. Gezien de open vraagstelling in de voorstelemail van de begeleider, zijn de lengte en inhoud van de voorstelemails van de respondenten variabel.

Codeerschema

Het codeerschema dat gebruikt is voor het huidige onderzoek is tot stand gekomen op basis van een aantal stappen die doorlopen zijn. Ten eerste zijn alle voorstelemails verzameld en inhoudelijk globaal geanalyseerd om een eerste indruk te krijgen wat betreft de inhoud, waarna per bericht de tekstfragmenten zijn geselecteerd die gingen over de behandelmotivatie(s) van de betreffende cliënt. Hierbij was het mogelijk om één of meerdere fragmenten per bericht te selecteren.

Voor het coderen van de fragmenten is vervolgens gebruik gemaakt van het deductieve codeerprincipe. Op basis van literatuuronderzoek is er een codeerschema tot stand gekomen, welke een bijdrage moest leveren aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Het codeerschema bestond uit zes verschillende codes, namelijk: (1) zelf-actualiserend – emotioneel, (2) zelf-actualiserend – psychologisch, (3) zelf-actualiserend – sociaal, (4) ongelukkig – emotioneel, (5) ongelukkig – psychologisch, en (6) ongelukkig – sociaal.

Vervolgens werden de verschillende fragmenten uit de voorstelemails voorzien van een code. Ieder fragment kon meerdere codes krijgen, maar een code kon maar één keer per fragment worden toegekend. Dit betekent dat een bepaald fragment bijvoorbeeld de codes ‘zelf-actualiserend – psychologisch’ én ‘ongelukkig – sociaal’ toegewezen kon krijgen, maar het was daarentegen niet mogelijk om het fragment bijvoorbeeld twee keer de code ‘ongelukkig – sociaal’ toe te wijzen.

Om de betrouwbaarheid van het codeerschema te kunnen waarborgen is er ook gekeken naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Voor alle berichten zijn de geselecteerde tekstfragmenten gebaseerd op de behandelmotivatie(s) zowel door de onderzoeker als door een tweede beoordelaar gecodeerd met behulp van het ontworpen codeerschema. De overeenkomst werd gemeten met een kappascore, waarbij een kappa gevonden werd van .71, wat betekent dat er sprake is van een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. In Tabel 1 is het uiteindelijke codeerschema beschreven, inclusief de gebruikte categorieën van behandelmotivatie en de domeinen van welbevinden met de daarbij behorende definities en voorbeelden.

Tabel 1. Codeerschema behandelmotivatie uitgesplitst naar categorieën van behandelmotivaties en domeinen van welbevinden

Categorie behandelmotivatie	Domein van welbevinden	Voorbeeld
<i>Zelf-actualiserende cliënt</i>	<i>Emotioneel welbevinden</i>	<i>Zelf-actualiserende cliënt - Emotioneel</i>
Omvat: positieve ondertoon zelfontwikkeling leerbehoefte groeibehoefte	Omvat: Tevredenheid met het eigen leven Afwezigheid van negatieve gevoelens Aanwezigheid van positieve gevoelens	<i>“Ik ben tevreden met mijn leven. Met de cursus hoop ik te bereiken dat ik positiever in het leven ga staan, niet dat ik dat nu niet doe, maar het is interessant om te onderzoeken of ik met behulp van de oefeningen, hier vooruitgang mee kan boeken, ik denk dat ik dit goed kan gebruiken in deze levensfase en de komende jaren.”</i>
	<i>Psychologisch welbevinden</i>	<i>Zelf-actualiserende cliënt - Psychologisch</i>
	Omvat: Persoonlijke groei, Omgevingsbeheersing Zelfcompassie, Mindfulness Coping, Veerkracht, Zingeving	<i>“Van de cursus verwacht ik behalve een stukje bevestiging (ja ik ben goed bezig en op de juiste weg) ook vooral praktische tools om lichter te kunnen leven door mezelf te zijn, mezelf nog meer te accepteren en vooral op persoonlijk vlak te kunnen groeien. ”</i>
	<i>Sociaal welbevinden</i>	<i>Zelf-actualiserende cliënt - Sociaal</i>
	Omvat: sociale integratie sociale contributie positieve relaties	<i>“Nu de reden waarom ik meedoe. Gezien wat ik heb meegemaakt doe ik graag iets voor iemand anders. Wat ik momenteel als ondernemer op poten aan het zetten ben is een hulpmiddel voor mensen om hun geluk, en dat van anderen te vergroten. Of als het geluk er nog niet is: te laten ontkiemen.”</i>

<i>Ongelukkige cliënt</i>	<i>Emotioneel welbevinden</i>	<i>Ongelukkige cliënt - Emotioneel</i>
Omvat: Klacht Negatieve ondertoon Verhoogd negatief affect Verlaagd positief affect Probleemsituatie Negatieve levensgebeurtenis Afname in welbevinden	Omvat: Ontevreden met het eigen leven Aanwezigheid van negatieve gevoelens Afwezigheid van positieve gevoelens	<i>“Ik voel mij nu vaak somber en neerslachtig. Ik hoop met de cursus te bereiken dat ik positiever in het leven zal staan, minder (snel) boos zal zijn en meer geluismomenten zal ervaren.”</i>
	<i>Psychologisch welbevinden</i>	<i>Ongelukkige cliënt - Psychologisch</i>
	Omvat: Stagnatie in persoonlijke groei Gebrek aan omgevingsbeheersing Zelfkritiek, Ruminatie Afname in coping Afname in veerkracht Gebrek aan zingeving	<i>“In het verleden (15 jaar geleden) heb ik een depressie gehad en ik merk dat door de druk in mijn werk en gezin de balans weer in gevaar komt. Om te voorkomen dat ik verder uit balans raak ben ik op zoek gegaan om het aan te pakken en kwam dus bij het onderzoek. Ik ben erg goed in het zorgen voor anderen, om ballen in de lucht te houden maar vergeet te zorgen voor mezelf. Dus dat is ook een doel.”</i>
	<i>Sociaal welbevinden</i>	<i>Ongelukkige cliënt - Sociaal</i>
	Omvat: Gebrek aan sociale integratie Gebrek aan sociale contributie Negatieve relaties	<i>“Mijn vader overleed in 2011, mijn moeder vorig jaar. Ik heb veel tijd met ze doorgebracht, hun laatste moeilijke jaren. Ik voel me sindsdien “bungelen”. Niemand boven me en niemand onder me. Dat maakt me verdrietig en bezorgd voor later, hoe zal het gaan als ik oud ben.”</i>

Data- analyse

Voor het huidige onderzoek zijn de onderzoeksvragen beantwoord met behulp van het ontwikkelde codeerschema. Na afloop van het coderen van de voorstelemails zijn alle codeergegevens verzameld en is de ruwe data ingevoerd in een SPSS bestand en gecontroleerd op juistheid en missende gegevens. Vervolgens is er gekeken naar de verdeling van respondenten op basis van de demografische gegevens en is het aantal woorden per voorstelemail en respondent ingevoerd in het SPSS bestand. Om algemene uitspraken te kunnen doen over de behandelmotivaties van de respondenten is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek. Om te kunnen bepalen of er sprake was van verschillen tussen de aantallen mannen en de aantallen vrouwen op basis van de demografische gegevens, zijn er chi-kwadraattoetsen uitgevoerd.

Daarnaast is de data die verzameld is tijdens het onderzoek geanalyseerd om na te kunnen gaan of er een verschil bestond tussen de groep mannen en de groep vrouwen. De scores op de verschillende domeinen van welbevinden per categorie van behandelmotivatie werden eerst bij elkaar opgeteld om een totaalscore te verkrijgen, waarmee de statistische analyses zijn uitgevoerd. Het betrof twee onafhankelijke metingen (vrouwelijke versus mannelijke respondenten), waarvoor de Independent Samples T-test is gebruikt. Verschillen werden tweezijdig getoetst en het significantieniveau werd gesteld op $P < 0.05$ bij een 95% betrouwbaarheidsinterval.

Ten slotte zijn de fragmenten per domein van welbevinden en categorie van behandelmotivatie inhoudelijk bekeken en vergeleken om uitspraken te kunnen doen over eventuele verschillen en overeenkomsten tussen de categorieën van behandelmotivatie en domeinen van welbevinden.

Resultaten

Demografische gegevens

De demografische gegevens van de deelnemers zijn beschreven in Tabel 2. De resultaten lieten zien dat de meeste respondenten in de leeftijdscategorie vielen van 51 tot en met 60 jaar (38,5%), een Nederlandse afkomst (89,3%) en een betaalde baan (68,9%) hadden, getrouwd waren (42,6%), en beschikten over een hoog opleidingsniveau (73,0%).

Om te kunnen bepalen of er sprake was van verschillen tussen de aantallen mannen en de aantallen vrouwen op basis van de demografische gegevens, zijn er chi-kwadraattoetsen uitgevoerd. Uit de resultaten bleek voor de demografische variabele leeftijd ($X^2(42) = 64.5$; $p = 0.014$) een significant verschil te bestaan. Mannen die deel hebben genomen aan het onderzoek zijn gemiddeld wat ouder dan de vrouwen die hebben deelgenomen. Voor de overige demografische variabelen zijn geen significante verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen.

Tabel 2. Demografische gegevens respondenten uitgesplitst naar geslacht

Demografische variabele	Man (N = 15) N (%)	Vrouw (N = 107) N (%)	Totaal (N = 122) N (%)
Leeftijd			
≤ 30 jaar	0 (0,0)	10 (9,3)	10 (8,2)
31 – 40 jaar	3 (20,0)	14 (13,1)	17 (13,9)
41 – 50 jaar	2 (13,3)	33 (30,8)	35 (28,7)
51 – 60 jaar	4 (26,7)	43 (40,2)	47 (38,5)
≥ 61 jaar	6 (40,0)	7 (6,5)	13 (10,7)
Burgerlijke staat			
Getrouwd	6 (40,0)	46 (43,0)	52 (42,6)
Alleenstaand	5 (33,3)	35 (32,7)	40 (32,8)
Gescheiden / uit elkaar	4 (26,7)	26 (24,3)	30 (24,6)
Opleidingsniveau			
Laag	1 (6,7)	5 (4,7)	6 (4,9)
Gemiddeld	3 (20,0)	24 (22,4)	27 (22,1)
Hoog	11 (73,3)	78 (72,9)	89 (73,0)
Afkomst			
Nederlands	14 (93,3)	95 (88,8)	109 (89,3)
Overig	1 (6,7)	12 (11,2)	13 (10,7)
Werksituatie			
Betaald	9 (60,0)	75 (70,1)	84 (68,9)
Onbetaald / arbeidsongeschikt	2 (13,3)	24 (22,4)	26 (21,3)
Pensioen / student / thuis	4 (26,7)	8 (7,5)	12 (9,8)

Resultaten behandelmotivaties

In Tabel 3 zijn de aantallen en percentages te vinden van de toegewezen codes op basis van de categorieën van behandelmotivatie (zelf-actualiserende cliënt en ongelukkige cliënt) en de drie verschillende domeinen van welbevinden (emotioneel, psychologisch, sociaal), uitgesplitst naar geslacht.

Tabel 3. Coderingen behandelmotivaties respondenten uitgesplitst naar geslacht

Codes / Subcategorie	Man (N = 15)	Vrouw (N = 107)	Totaal (N = 122)
	N (%)	N (%)	N (%)
Zelf-actualiserende cliënt	3 (20,0)	26 (24,3)	29 (23,8)
Zelf-actualiserend – Emotioneel	1 (6,7)	13 (12,1)	14 (11,5)
Zelf-actualiserend – Psychologisch	2 (13,3)	17 (15,9)	19 (15,6)
Zelf-actualiserend – Sociaal	2 (13,3)	1 (0,9)	3 (2,5)
Ongelukkige cliënt	10 (66,6)	78 (72,9)	88 (72,1)
Ongelukkig – Emotioneel	4 (26,7)	15 (14,0)	19 (15,6)
Ongelukkig – Psychologisch	9 (60,0)	72 (67,3)	81 (66,4)
Ongelukkig – Sociaal	2 (13,3)	19 (17,8)	21 (17,2)
Domeinen van welbevinden			
Emotioneel welbevinden	3 (20,0)	25 (23,4)	28 (23,0)
Psychologisch welbevinden	9 (60,0)	70 (65,4)	79 (64,8)
Sociaal welbevinden	4 (26,7)	17 (15,9)	21 (17,2)

Algemeen - Zelf-actualiserende cliënt en Ongelukkige cliënt

Wat betreft de twee verschillende categorieën van behandelmotivatie, blijkt de zelf-actualiserende cliënt 29 keer gecodeerd te zijn (23,8%), terwijl de ongelukkige cliënt maar liefst 88 keer gecodeerd werd (72,1%).

Zelf – actualiserende cliënt

Wat betreft de inhoud van de fragmenten binnen de categorie zelf-actualiserende cliënt, gaven respondenten aan behoefte te hebben aan groei, zelfontwikkeling en meer betekenis in het leven, maar deze behoefte werd uitgesproken met een positieve ondertoon (“*Met de cursus hoop ik te bereiken dat ik positiever in het leven ga staan, niet dat ik dat nu niet doe, maar het is interessant om te onderzoeken of ik met behulp van de oefeningen, hier vooruitgang mee kan boeken, ik denk dat ik dit goed kan gebruiken in deze levensfase en de komende jaren.*”). Daarnaast werd een professionele nieuwsgierigheid vaak genoemd als motivatie voor aanmelding. Respondenten gaven aan mee te willen doen om “*de wetenschap een warm hart toe te dragen*”, of omdat zij positieve psychologie graag willen integreren binnen hun eigen werkveld.

Ongelukkige cliënt

De inhoud van de fragmenten binnen de categorie ongelukkige cliënt, hadden een negatieve ondertoon waaruit duidelijk een klacht bleek (*“Ik heb een behoorlijk negatief zelfbeeld. Er zijn maar weinig dingen in mij waar ik van houd.”*) of een afname in welbevinden (*“Het laatste jaar voel ik mij minder vrolijk dan voorheen, kan minder genieten van gewone dingen.”*). Daarnaast kwam sterk naar voren dat de motivatie voor behandeling vaak voortkomt vanuit een negatieve levensgebeurtenis. De genoemde negatieve levensgebeurtenissen waren het overlijden van een dierbare, scheiding, ziekte, verliezen van baan, ongeval en veranderingen binnen de werkomgeving.

Algemeen - Emotioneel, Psychologisch, en Sociaal welbevinden

Uit de resultaten is gebleken dat er ook verschillen bestaan in de codering van de drie verschillende domeinen van welbevinden. Het domein sociaal welbevinden werd het minst vaak gecodeerd, namelijk 21 keer (17,2%), gevolgd door het domein emotioneel welbevinden, namelijk 28 keer (23,0%). Het domein psychologisch welbevinden werd veruit het vaakst gecodeerd; maar liefst 79 keer (64,8%).

Emotioneel welbevinden

De inhoud van de fragmenten binnen het domein emotioneel welbevinden, hadden betrekking op de tevredenheid met het eigen leven (*“Kortom ik ben een gelukkig mens en dan toch deze cursus volgen. Ik ben vooral nieuwsgierig of mijn positieve kijk op het leven maakt dat ik goed met tegenslagen om kan gaan. Want die zijn er natuurlijk ook.”*), de ontevredenheid met het eigen leven (*“Soms heb ik het gevoel, dat het leven voorbij gaat zonder dat ik ten volle geniet van alles.”*), en de aanwezigheid van negatieve gevoelens (*“Ik doe mee omdat ik mezelf de afgelopen tijd vaak chagrijnig/snel negatief vind en dat eigenlijk helemaal niet leuk vind. Ik ben snel teleurgesteld en herken mezelf daar niet zo goed in.”*). De aanwezigheid van positieve gevoelens werd door de respondenten niet specifiek genoemd.

Psychologisch welbevinden

De fragmenten binnen het domein psychologisch welbevinden, werden gekenmerkt door een aantal terugkerende thema's, waaronder veerkracht (*“soms ben ik een beetje bang dat de veerkracht uitgeput kan raken en ik zou dus graag willen leren mijzelf veerkrachtig genoeg te houden om tegenslagen goed op te kunnen vangen.”*), persoonlijke groei (*“omdat ik in september met een opleiding ben begonnen, wil ik zoveel mogelijk aangrijpen om voor mijn toekomstige klanten zo sterk*

mogelijk in mijn schoenen te staan.”), omgevingsbeheersing (“Als ik mij ontspan slaat de hond aan in mijn hoofd. Dit is mijn leven maar het voelt volledig ingevuld door de omstandigheden.”), zelfkritiek (“Daarnaast heb ik altijd last van een kritisch stemmetje dat de kop op steekt als ik iets nieuws of belangrijks moet of wil doen.”), zingeving (“De laatste 2 jaar probeer ik mijn koers en zingeving te vinden. Dat lukt niet echt.”), coping (“Ik hoop na de cursus beter en flexibeler om te kunnen gaan met dingen die anders gaan dan ik verwacht en gehoopt had.”) en ruminatie (“In drukke tijden, als ik veel stress ervaar heb ik de neiging om te gaan piekeren.”).

Sociaal welbevinden

De fragmenten binnen het domein sociaal welbevinden, hadden betrekking op de behoefte aan verbondenheid en het gevoel ergens bij te willen horen (“Voelde me altijd “minder” dan een ander. Dit heeft zijn oorsprong uit mijn jeugd waarin ik bij mijn oma ben grootgebracht terwijl mijn oudere broer en zus wel thuis woonden. Dit heeft mij het idee gegeven dat ik er eigenlijk niet had moeten zijn.”). Daarnaast werd het hebben van negatieve relaties (“Ik heb niets met “familie”. Ik weet dat ik broers heb gehad, maar ik heb dat nooit zo gevoeld. Alhoewel ik mij sociaal- vaardig vind heb ik geen vrienden (nooit gehad of gevoeld) wel een paar mensen die ik graag mag. Er gaan in mijn bestaan dagen voorbij dat ik met niemand spreek of communiceer.”) en positieve relaties genoemd.

Geslacht

Tekstlengte

Het gemiddelde gebruikte aantal woorden in de voorstelemails was 293 woorden, met een minimum van 62 gebruikte woorden en een maximum van 1004 gebruikte woorden.

De resultaten van de Independent samples t-test laten zien dat er sprake is van een significant verschil tussen mannen en vrouwen ($t(120)=1.821$, $p = .005$) op het gebied van tekstlengte.

De verschillen werden tweezijdig getoetst en het significantieniveau werd gesteld op $P < 0.05$ bij een 95% betrouwbaarheidsinterval. Mannen ($M = 367.87$, $SD = 276.56$) blijken meer woorden te gebruiken in de voorstelmails, in vergelijking met vrouwen ($M = 278.98$, $SD = 159.29$).

Zelf-actualiserende cliënt en Ongelukkige cliënt

De resultaten van de Independent samples t-testen laten zien dat er geen significante verschillen bestaan tussen mannen en vrouwen wat betreft de twee categorieën van

behandelmotivatie. Verschillen werden tweezijdig getoetst en het significantieniveau werd gesteld op $P < 0.05$ bij een 95% betrouwbaarheidsinterval.

Ten eerste, laten de resultaten geen significant verschil zien wat betreft de categorie zelf-actualiserende cliënt ($t(120)=0.320$, $p = 0.288$). Mannen ($M = 0.33$, $SD = 0.617$) waren even vaak gecategoriseerd als zelf-actualiserende cliënt als vrouwen ($M = 0.29$, $SD = 0.476$).

Ten tweede, laten de resultaten geen significant verschil zien wat betreft de categorie ongelukkige cliënt ($t(120)=0.117$, $p = 0.428$). Mannen ($M = 1.00$, $SD = 0.665$) waren even vaak gecategoriseerd als ongelukkige cliënt als vrouwen ($M = 0.98$, $SD = 0.566$).

Emotioneel, Psychologisch, en Sociaal welbevinden

De resultaten van de Independent samples t-testen laten zien dat er ook geen significante verschillen zijn tussen mannen en vrouwen wat betreft de drie domeinen van welbevinden. De verschillen werden tweezijdig getoetst en het significantieniveau werd gesteld op $P < 0.05$ bij een 95% betrouwbaarheidsinterval.

Ten eerste, laten de resultaten geen significant verschil zien wat betreft het domein emotioneel welbevinden: ($t(120)=.581$, $p = .308$). Het domein emotioneel welbevinden werd voor mannen ($M = 0.33$, $SD = 0.488$) even vaak gecodeerd als voor vrouwen ($M = 0.27$, $SD = 0.449$).

Ten tweede, laten de resultaten geen significant verschil zien wat betreft het domein psychologisch welbevinden: ($t(120)=.620$, $p = .255$). Het domein psychologisch welbevinden werd voor mannen ($M = 0.73$, $SD = 0.594$) even vaak gecodeerd als voor vrouwen ($M = 0.82$, $SD = 0.511$).

Ten derde, laten de resultaten geen significant verschil zien wat betreft het domein sociaal welbevinden: ($t(120)=.688$, $p = .264$). Het domein sociaal welbevinden werd voor mannen ($M = 0.27$, $SD = 0.458$) even vaak gecodeerd als voor vrouwen ($M = 0.19$, $SD = 0.415$).

Discussie

Gezien de groeiende populariteit van de positieve psychologie en e-mental health, en de ontbrekende relevante informatie op het gebied van behandelmotivaties, heeft het huidige onderzoek getracht een bijdrage te leveren aan het ontwikkelen van meer inzicht in de redenen waarom mensen zich vrijwillig aanmelden voor online positieve psychologie interventies. Het huidige onderzoek heeft zich hierbij met name gericht op de twee op literatuur gebaseerde behandelmotivaties (zelf-actualiserende cliënt en ongelukkige cliënt), de verschillende domeinen van welbevinden (sociaal, psychologisch en emotioneel), en de verschillen tussen mannen en vrouwen op het gebied van behandelmotivaties.

Behandelmotivatie - Algemeen

Uit de resultaten is gebleken dat veruit de meeste respondenten geclassificeerd kunnen worden als ongelukkige cliënten. Inhoudelijk hadden de fragmenten van ongelukkige cliënten een negatieve ondertoon waaruit duidelijk een klacht bleek of een afname in welbevinden. Daarnaast kwam sterk naar voren dat de motivatie voor behandeling vaak voortkomt vanuit een negatieve levensgebeurtenis, zoals het overlijden van een dierbare of het verliezen van een baan.

Deze resultaten komen overeen met de verwachtingen en sluiten aan op de bevindingen uit voorgaand onderzoek dat is uitgevoerd door Robert Lent (2004). Hieruit bleek ook de categorie ‘ongelukkige cliënt’ het vaakst voor te komen als behandelmotivatie voor positieve psychologie interventies op het gebied van welbevinden. Volgens Lent ervaren mensen die in de categorie ‘ongelukkige cliënt’ vallen doorgaans een verhoogd negatief affect ten opzichte van een bepaalde probleemsituatie of een bepaald levensdomein, een gebrek aan goede coping strategieën, een afname in welbevinden en veerkracht en benoemen zij vaak een negatieve levensgebeurtenis.

Uit de resultaten is daarnaast gebleken dat het domein sociaal welbevinden het minst vaak gecodeerd werd, gevolgd door het domein emotioneel welbevinden. Het domein psychologisch welbevinden, werd veruit het vaakst gecodeerd.

De fragmenten binnen het domein psychologisch welbevinden, werden inhoudelijk gekenmerkt door een aantal terugkerende thema's, waaronder persoonlijke groei veerkracht, omgevingsbeheersing, zelfkritiek, zingeving, coping en ruminatie. De meeste respondenten hebben zich dus aangemeld voor de online interventie omdat zij zichzelf graag willen ontwikkelen of op één of meerdere van de bovengenoemde thema's moeilijkheden ondervinden in hun dagelijkse leven.

Behandelmotivatie - Geslacht

Op basis van de twee categorieën van behandelmotivatie en de drie verschillende domeinen van welbevinden zijn er geen significante verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen. Zowel mannen als vrouwen werden vaker gecategoriseerd als ‘ongelukkige cliënt’, in vergelijking met ‘zelf-actualiserende cliënt’. Daarnaast kwam het domein psychologisch welbevinden het vaakst naar voren in de voorstelmails van zowel mannen als vrouwen, gevolgd door emotioneel welbevinden. Het domein sociaal welbevinden werd zowel voor mannen als vrouwen het minst vaak gecodeerd.

Voorgaande onderzoeken op het gebied van behandelmotivatie in relatie tot geslacht lieten vooral zien dat met name hoogopgeleide vrouwen zich vaak aanmelden voor online interventies en dat vrouwen in het algemeen eerder geneigd zijn om psychologische hulp te zoeken dan mannen (Postel et al., 2005; Pearson Coe & Gunnell, 2005). Dit bleek ook het geval te zijn in het huidige onderzoek, waarbij het grootste gedeelte van de respondenten die zich vrijwillig aangemeld had vrouwelijk en hoogopgeleid was.

De resultaten wat betreft de drie domeinen van welbevinden komen overeen met voorgaand onderzoek, welke ook uitwees dat er geen significant verschil bestaat tussen mannen en vrouwen in de mate van welbevinden op de verschillende domeinen (Diener et al., 1999). Opvallend is dat uit het onderzoek van Eaton & Kessler (1981) is gebleken dat vrouwen vaker psychische klachten en negatieve emoties rapporteren dan mannen, maar dit blijkt niet te leiden tot een verschil in welbevinden tussen de twee groepen (Eaton & Kessler, 1981).

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vrouwen zowel positieve als negatieve emoties sterker en vaker ervaren dan mannen. Vrouwen blijken vaker hogere levels van positieve gevoelens en extreem hoge levels van welbevinden te rapporteren, en zij geven vaker aan zich heel erg gelukkig te voelen (Diener et al., 1999). De intense positieve emoties van vrouwen zouden dus mogelijk een tegenhanger kunnen zijn voor de intense negatieve emoties, waardoor er een balans ontstaat in de mate van welbevinden die overeenkomt met die van mannen.

Wat betreft de tekstlengte van de voorstelemails bleek er wel een duidelijk significant verschil naar voren te komen. Mannen gebruikten meer woorden in hun voorstelmail dan vrouwen. Deze bevinding is enigszins opvallend te noemen, aangezien er vaak wordt gezegd dat vrouwen spraakzamer zijn dan mannen en dat mannen zichzelf minder goed in staat voelen hun emoties onder woorden te brengen (Wood, 2001; Michaud et al., 2006). Dit zou

bijvoorbeeld kunnen leiden tot een kortere voorstelmail, maar dit was in het huidige onderzoek dus niet het geval.

Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de respondenten zich comfortabel voelden bij het schrijven van de voorstelmail, omdat zij vanuit hun eigen huis via de computer konden communiceren over persoonlijke onderwerpen, waardoor zij meer informatie deelden dan zij zouden hebben gedaan in een face-to-face conversatie. Deze voordelen van online interventies kwamen namelijk naar voren in verschillende onderzoeken op het gebied van e-mental health (Christensen, Griffiths & Evans, 2002; Evers, 2006; Ybarra & Eaton, 2005).

Of deze voordelen van online interventies hetzelfde zijn voor zowel mannen als vrouwen, is echter nog niet bewezen. Ook dient er rekening gehouden te worden met het kleine aantal mannen dat heeft deelgenomen aan de interventie, wat het trekken van conclusies bemoeilijkt.

Limitaties en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een inhoudsanalyse op basis van de voorstelmails van respondenten die zich vrijwillig hebben aangemeld voor de online interventie ‘Dit is jouw leven’. Een limitatie van het onderzoek is de generaliseerbaarheid, gezien de samenstelling van de steekproef geen goede afspiegeling is van de gemiddelde Nederlandse bevolking. Het opleidingsniveau ligt hoog en het grootste gedeelte van de respondenten is vrouw.

Daarnaast is bij het ontwikkelen van het gebruikte codeerschema gebruik gemaakt van het deductieve codeerprincipe, wat betekent dat het codeerschema tot stand is gekomen op basis van literatuuronderzoek. Dit is een veel gebruikte en betrouwbare methode, maar gezien er nog maar weinig informatie bekend is over behandelmotivatie op het gebied van online positieve psychologie interventies, zou een open codeerprincipe wellicht andere en vernieuwende inzichten kunnen bieden. Voor vervolgonderzoek is het daarom aan te raden om een steekproef samen te stellen met een betere generaliseerbaarheid en gebruik te maken van een open codeerprincipe voor het verkrijgen van nieuwe inzichten.

Samenvattend kan gesteld worden dat het huidige onderzoek getracht heeft een belangrijke bijdrage te leveren aan het in kaart brengen van behandelmotivatie op het gebied van online positieve psychologie interventies. Door subgroepen te onderscheiden in behandelmotivatie en de mate van welbevinden kan hiermee rekening gehouden worden wat betreft de werving, het ontwerp, en de uitvoering en implementatie van toekomstige interventies.

Gezien de groeiende populariteit van het internet en de positieve psychologie, is er een belangrijke plaats weggelegd voor online positieve psychologie interventies in de toekomst. Een belangrijk punt om rekening mee te blijven houden is de continu ontwikkelende samenleving, waarin mensen een steeds grotere behoefte krijgen om zich te onderscheiden van anderen en een eigen gekozen pad te bewandelen (Duyvendak, 2004).

Het advies voor de geestelijke gezondheidszorg luidt dan ook, om met behulp van positieve psychologie en e-mental-health, in te spelen op deze behoefte aan individualisme. Technologie en het internet ontwikkelen zich razendsnel, wat het mogelijk maakt om met behulp van online interactieve programma's de geestelijke gezondheidszorg aan te passen op de individu, in plaats van te focussen op het ontwikkelen van interventies die op een breed publiek toepasbaar zijn.

Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat de motivaties voor deelname aan de interventie 'Dit is jouw leven' met name voortkomen uit psychologische uitdagingen waarmee mensen te maken krijgen in het dagelijks leven, waarbij de thema's persoonlijke groei, veerkracht, omgevingsbeheersing, zelfkritiek, zingeving, coping en ruminatie een belangrijke rol spelen. Mensen die behoefte hebben aan het uitbreiden van hun al bestaande geluk, lijken zich minder vaak aan te melden dan mensen die een specifieke klacht ervaren waarvoor zij graag een oplossing willen vinden.

Als afsluiting wil ik graag nog eens terug verwijzen naar de wijze les die John Lennon kreeg van zijn moeder: "*my mother always told me that happiness was the key to life*", want uiteindelijk was dit toch wel de belangrijkste reden voor mensen om deel te nemen aan de interventie 'Dit is jouw leven': gewoon simpelweg gelukkig zijn of gelukkig worden.

Referenties

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American psychologist*, 58(1), 5.
- Bargh, J. A., & McKenna, K. Y. (2004). The Internet and social life. *Annu. Rev. Psychol.*, 55, 573-590.
- Bohlmeijer, E., Westerhof, G., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M., Walburg, J. (2013). Over de betekenis van de positieve psychologie. Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? *De Psycholoog*, 49-59.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119. Doi: 10.1186/1471-2458-13-119
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Evans, K. (2002). Health in Australia: Implications of the internet and related technologies for policy. ISC Discussion Paper No 3. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. & Chan, M.Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.
- Duyvendak, J.W. (2004). De individualisering van de samenleving en de toekomst van de sociologie. *Sociologische Gids*, 51 (4): 495-506.
- Evers, G. G. (2006). eHealth promotion: The use of the internet for health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 20(4), 1-7.
- Favre, D., Joly, J., Reynaud, C., Salvador, L.L., 2009. Empathy, emotional contagion and splitting with emotions: validation of a test to locate and help pupils at risk. *European Review of Applied Psychology*, 59 (3), 211–227.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University.
- Gleason, J.B., Ely, R., 2002. Gender differences in language development. In: De Lisi, A.M., De Lisi, R. (Eds.), *Biology, Society, and Behavior: The Development of Sex Differences in Cognition*. Ablex, Westport, CT, pp. 127–154.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.
- Halpern, D.F., 2000. *Sex Differences in Cognitive Abilities*, 3rd ed. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 731–739.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121–140.

- Lal, S. & Adair, C.E. (2014). E-mental health: A rapid review of the literature. *Psychiatr Serv*, 65, 24–32.
- Lamers, S.M.A., Bolier, L., Westerhof, G.J., Smit, F., Bohlmeijer, E.T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 538 – 547.
- Leadbeater, B.J., Kuperminc, G.P., Blatt, S.J., & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35, 1268–1282.
- Lent, R.W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on wellbeing and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 482-509. doi:10.1037/0022-0167.51.4.482
- Lent, R.W., & Lopez, F.G. (2002). Cognitive ties that bind: A tripartite view of efficacy beliefs in growth-promoting relationships. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 256–286.
- Michaud, J., Begin, H., McDuff, P., 2006. Construction and initial validation of a new scale intended to measure social self-esteem in young adults. *European Review of Applied Psychology*, 56 (2), 109–122.
- Mitchell, J., Vella-Brodrick, D., & Klein, B. (2010). Positive psychology and the internet: A mental health opportunity. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 6, 30-41.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1), 1-9.
- Mongrain, M., & Zuroff, D.C. (1995). Motivational and affective correlates Dependency and Self-Criticism. *Personality and Individual Differences*, 18(3), 347-354. Doi: 10.1016/0191-8869(94)00139-J
- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 297-301.
- Pagliari, C., Sloan, D., Gregor, P., Sullivan, F., Detmer, D., Kahan, J. P., Oortwijn, W., MacGillivray, S. (2005). What Is eHealth (4): A Scoping Exercise to Map the Field. *Journal of medical Internet research*, 7(1).
- Postel, M.G., de Jong, C.A.J., & de Haan, H.A. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? *Am J Psychiatry*, 126(12), 2393
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social science & medicine*, 39(4), 563-572.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57, 1069-1081.

- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99–104.
- Schotanus-Dijkstra, M., Drossaert, C.H.C., Pieterse, M.E., Walburg, J.A., & Bohlmeijer, E.T. (2015). Efficacy of a multicomponent positive psychology self-help intervention: study protocol of a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 4(3), e105. doi:10.2196/resprot.4162
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Steel, P., Schmidt, J. & Schultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 134, 138-161.
- Veenhoven, R. (1996). Developments in satisfaction research. *Social Indicators Research*, 37, 1-46.
- Wood, J.T., (2001). *Gendered lives: Communication, Gender and Culture*, 4th ed. Wadsworth, Belmont, CA.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.
- Yaakobi, E., & Goldenberg, J. (2014). Social relationships and information dissemination in virtual social network systems: An attachment theory perspective. *Computers in Human Behavior*, 38, 127-135.
- Ybarra, M. L., & Eaton, W. W. (2005). Internet-based mental health interventions. *Mental health services research*, 7(2), 75-87.

Bijlage 1 – Advertentie interventie ‘Dit is jouw leven’

HAAL HET BESTE UIT UZELF IN 2014



De Universiteit Twente doet onderzoek naar een gratis zelfhulp cursus om mensen te helpen bij het vergroten van hun veerkracht en welbevinden. Wilt u meedoen? Kijk op:
www.veerkrachtenwelbevinden.nl

UNIVERSITEIT TWENTE.

Bijlage 2 – Voorstelmail persoonlijk begeleider

Beste XXX,

Hartelijk dank voor het meedoen aan het onderzoek naar uw veerkracht en welbevinden.

Graag zou ik mij aan u voorstellen als uw persoonlijke begeleider van de zelfhulpcursus Dit is jouw leven. Mijn naam is XXX. Ik ben op dit moment bezig met de laatste fase van mijn studie Psychologie aan de Universiteit Twente. Ik ben onder andere opgeleid in de positieve psychologie en ik hoop dus dat ik u op een goede manier kan begeleiden.

Na het ontvangen van het zelfhulpboek kunt u beginnen met het doornemen van de inleiding en hoofdstuk 1. Indien u op 19 februari het zelfhulpboek nog niet heeft ontvangen, dan kunt u hierover contact met mij opnemen.

Het is de bedoeling dat u elke zondag of maandag een e-mail stuurt met uw ervaringen en eventuele vragen van de afgelopen week. U ontvangt dan de woensdag daarop een reactie van mij.

Bij het ontvangen van het zelfhulpboek vindt u een brief met daarbij een voorbeeldschema per week en een overzicht van de aanbevolen oefeningen. Zou u mij aankomende zondag 16 februari of maandag 17 februari alvast een korte e-mail willen sturen waarin u zichzelf voorstelt met daarbij wat u hoopt te bereiken met de cursus? Als laatste zou ik graag willen weten hoe u aangesproken wilt worden, met u of je?

Ik wens u veel plezier en succes bij het doorlopen van de cursus. Heeft u nog vragen dan kunt u deze uiteraard in uw wekelijkse e-mail verwerken.

Met vriendelijke groet,

XXX