

Het monitoren en verbeteren van gezondheidsgedragingen en welbevinden bij personen met een lage sociaal economische status

Het ontwikkelen en evalueren van het prototype van de
gezondheidsmonitorings-app “meet moment”

Masterthese Gezondheidspsychologie

Margo Wispels

Masterthese Gezondheidspsychologie

Het monitoren en verbeteren van gezondheidsgedragingen en welbevinden bij personen met een lage sociaal economische status

Het ontwikkelen en evalueren van het prototype van de gezondheidsmonitorings-app “meet moment”

Auteur: Margo Wispels

Opleiding: Gezondheidspsychologie

Instelling: Universiteit Twente, Enschede
Faculteit Behavioural, Management and Social sciences
Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie
In samenwerking met gezondheidscentrum de “Nije Veste”
te Nijkerk

Begeleiders: Dr. C.H.C. Drossaert (Universiteit Twente)
Prof. Dr. J.A. Walburg (Universiteit Twente)

Datum: Februari 2017

Voorwoord

Voor u ligt de masterthesis “Het monitoren en verbeteren van gezondheidsgedragingen en welbevinden bij personen met een lage sociaal economische status”. Deze thesis is geschreven ten behoeve van de master “Gezondheidspsychologie” aan de Universiteit Twente. In de wereld waarin we leven zijn niet alle kansen voor iedereen gelijk en is geluk niet vanzelfsprekend, ik zou graag een bijdrage leveren aan een wereld waarin dit wel het geval is. In dit onderzoek is gekeken naar een manier om gezondheid en welbevinden te meten en verbeteren, juist bij mensen met minder kansen. De combinatie van e-health en positieve psychologie, geeft een hoopvol toekomstbeeld ten aanzien van het vergroten van kansen op goede gezondheid en welbevinden voor iedereen. Ik hoop dat dit onderzoek daar een steentje aan bijdraagt.

Het afronden van deze thesis is niet vanzelf gegaan, zonder de uitstekende begeleiding van mijn begeleiders Stans Drossaert en Jan Walburg, had ik het niet gered. Ik ben hun dankbaar voor hun engelengeduld en wijze raad, het was me een waar genoegen hen als begeleiders te hebben. Zij hebben me zowel in het schrijven van de thesis als in mijn persoonlijke ontwikkeling ontzettend ondersteund en ik heb veel van hen geleerd. Ook wil ik Carl Verheijen, Jan Joost Meijs, Laura van der Hoek en Stephan Spies bedanken voor de prettige samenwerking bij gezondheidscentrum de “Nije Veste” in Nijkerk. Hun enthousiasme en idealisme stemt mij hoopvol. Verder wil ik Yvo Romp bedanken voor de “emoticons”, mijn ouders voor hun niet aflatende hulp en steun, mijn lieve vrienden en omgeving voor de interesse en stimulering en last but not least, de respondenten, zonder wie ik dit onderzoek niet had kunnen uitvoeren.

Samenvatting

Inleiding: Personen met een lage Sociaal Economische Status (SES) behoren tot de kwetsbare groep in onze samenleving. Deze groep heeft een minder gezonde leefstijl, een korter leven en minder gezonde levensjaren in vergelijking tot mensen met een hogere SES. Om deze verschillen te verkleinen en een gezonde leefstijl en meer welbevinden te kunnen promoten, is het van belang om een duidelijk inzicht te verkrijgen in de gezondheidsgedragingen, eigen strategieën en eventuele barrières voor een gezonder leven in deze doelpopulatie. Een mobiele applicatie om gezondheidsgedrag te monitoren en om interventies aan te bieden, past in deze tijdsgeest. E-health is een laagdrempelige manier om zoveel mogelijk mensen op een gepaste wijze te bereiken en is in dit onderzoek vertaald naar de app “meet moment”.

Methode: Het onderzoek bestond uit twee delen: diepte-interviews op basis van appreciative inquiry en gebruikersvriendelijkheidstests. De diepte-interviews zijn bij vijftien respondenten afgenomen, dit om inzicht te verkrijgen in de gezondheidsgedragingen, veranderingsstrategieën en barrières. Bij dertien respondenten werd de gebruikersvriendelijkheid van de app “meet moment” getest, hier is gebruikgemaakt van een cognitive walkthrough in combinatie met de think aloud methode en een semi-gestructureerd interview op basis van het Technology Acceptance Model.

Resultaten: Voor het ervaren van welbevinden kwam het voelen van verbondenheid in de vorm van contact met mens of dier het duidelijkst naar voren. De respondenten waren zich bewust van wat een ongezonde en gezonde leefstijl inhield en gaven verschillende manieren aan om gezonder te leven. Het werd echter moeilijk gevonden om gezond gedrag daadwerkelijk uit te voeren. De dertien personen die deelnamen aan de gebruikersvriendelijkheidstests waren grotendeels positief over het gebruik van de app. De moeilijkheden die werden ondervonden hadden betrekking op niet begrepen begrippen en zinnen. Verder werd het krijgen van feedback op de monitoringsvragen als vereiste gezien om de app te gaan gebruiken.

Conclusie: De respondenten zijn zich bewust van de voor- en nadelen van (on)gezond leven en zijn hier op hun eigen manier mee bezig. Er lijkt echter een tekort aan kennis en kunde te zijn om gezondheidsverandering blijvend toe te passen. Het idee van een gezondheidsmonitoringsapp werd als positief ervaren. Vervolgonderzoek is nodig om meer inzicht te verkrijgen in de veranderingsstrategieën en hoe daar het beste op kan worden ingespeeld.

Abstract

Introduction: People low in Social Economic Status (SES) belong to the more vulnerable group of our society. This particular group is prone to an unhealthy lifestyle, a shorter life and less healthy life years in comparison to people high in SES. To reduce these differences and to promote a healthy lifestyle and more wellbeing, it is necessary to gain a more clear insight in health behaviour, used strategies and possible barriers concerning a more healthy lifestyle and which is present in this target population. A mobile application to monitor health behaviour and that can offer interventions is suitable in this era of advanced technology. E-health is an easy accessible way to reach as many people as possible in an appropriate manner and in this research it is translated into the app “meet moment”.

Method: This research consists two parts: in-dept interviews and usability/acceptability tests. To gain insight in the health behaviours, strategies of change and barriers, in-depth interviews based on appreciative inquiry were conducted among fifteen participants. To test the usability and acceptability of the app “meet moment” a cognitive walkthrough in combination with the think aloud method and a semi-structured interview based on the Technology Acceptance Model were conducted among thirteen participants.

Results: The experience of wellbeing was mostly defined in terms of connection through contact with human or animal. The respondents were conscious concerning the content of a unhealthy and healthy lifestyle and pointed out different ways to life healthier. It was found to be difficult to make the changes to life healthier. The most part of the thirteen people who took part in the usability and acceptability tests were positive about the use of the app. What was found to be difficult were some hard to understand concepts or sentences. Getting feedback on the questions of the monitoring app was found to be essential for the use of the app.

Conclusion: The respondents are conscious about the pros and cons of an (un)healthy lifestyle and make their own adjustments. Though it seems that a lack of knowledge and skills make it difficult to make health changes stick. The idea of an healthmonitoringapp was experienced as positive. Future research should address change strategies and the best ways to make them work.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	1
1.1 Het belang van een positieve gezondheidsbenadering	1
1.2 Gezondheid in relatie tot sociaal economische status	3
1.3 Oorzaken gezondheidsverschillen	5
1.4 Smartphone interventies	6
1.5 De ontwikkeling van een e-health interventie	10
1.6 Onderzoeksvragen	11
2. Methode	13
2.1 Deelonderzoek 1: inventarisatie van succesverhalen en wensen van de doelgroep	13
2.1.1 Design	13
2.1.2 Respondenten & procedures	13
2.1.3 Materiaal	14
2.1.4 Analyse	14
2.2 Ontwikkeling prototype	15
2.3 Deelonderzoek 2: gebruikerservaringen en attitudes t.o.v. het prototype	16
2.3.1 Design	16
2.3.2 Respondenten & procedures	16
2.3.3 Materiaal	17
2.3.4 Analyse	17
3. Resultaten	18
3.1 Beschrijving onderzoeksgroep	18
3.2 Diepte interview	19
3.2.1 Ervaren geluk	19
3.2.2 Ervaren gezondheid	20
3.2.3 Gedragingen, succeservaringen en barrières m.b.t. leefstijl	21
3.2.3.1 Rookgedrag	21
3.2.3.2 Drinkgedrag	23
3.2.3.3 Voedingspatroon	24
3.2.3.4 Bewegingspatroon	25
3.2.4 Leefstijl en het Trans Theoretisch Model	26
3.3 Gebruikersvriendelijkheidtest	28
3.4 Gestructureerd interview over de applicatie	29

3.4.1 Waargenomen nut	29
3.4.2 Waargenomen gebruikersgemak	31
3.4.3 Attitude/Plezier	33
3.4.4 Intentie	35
3.4.5 Implementatie en ontwikkeling	36
4. Discussie	37
5. Referenties	42
6. Bijlagen.....	46
6.1 Bijlage 1: Informatiebrief proefpersonen	46
6.2 Bijlage 2: Toestemmingsverklaringformulier	47
6.3 Bijlage 3: Interviewschema diepte interview	48
6.4 Bijlage 4: Screenshots prototype	51
6.5 Bijlage 5: Gebruikersvriendelijkheidstest	53
6.6 Bijlage 6: Interviewschema prototype	54

1. Inleiding

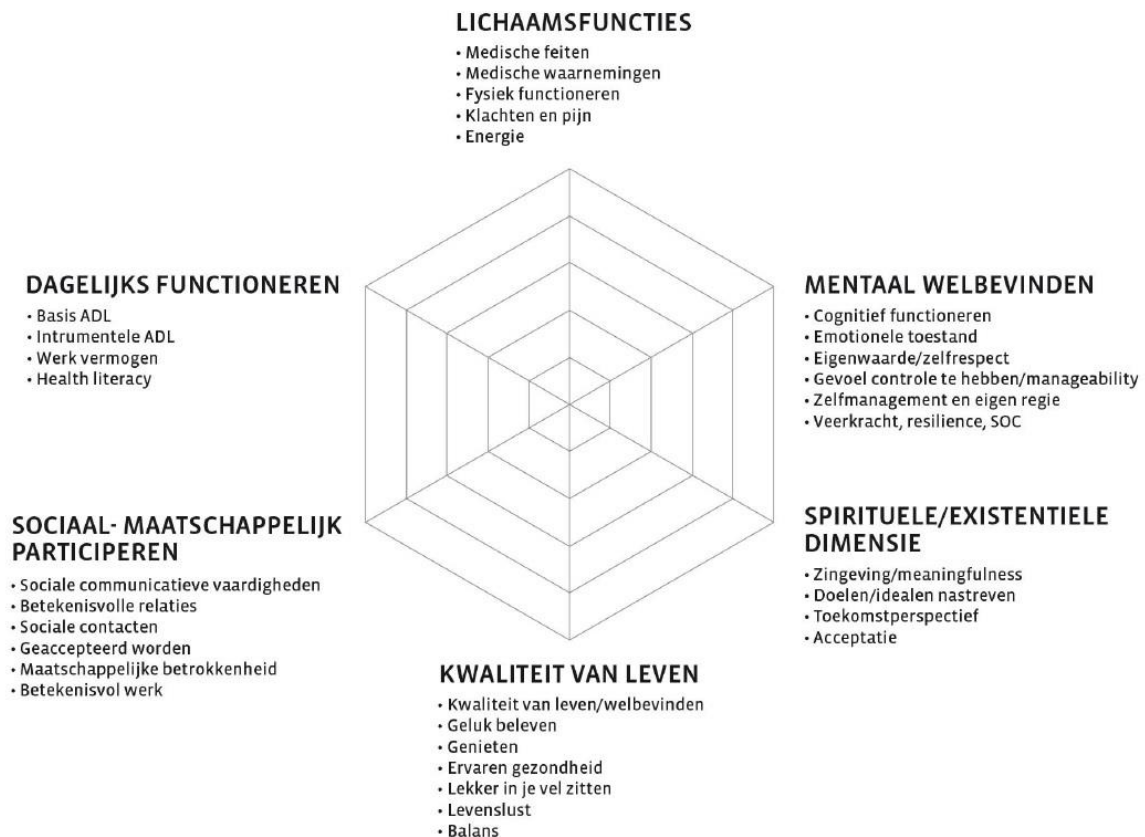
Mensen met een lage sociaal economische status hebben als het gaat om gezondheid een grote achterstand in vergelijking tot andere groepen, ze leven korter, hebben minder gezonde levensjaren en zijn moeilijker te bereiken. Een positieve gezondheidsbenadering streeft ernaar om de eigen krachten en sterke kanten van mensen in te zetten om zo gedragsverandering beter te kunnen faciliteren. In deze tijd, waarin ons zorgstelsel onder druk staat, wordt gezocht naar alternatieve zorg waar mensen meer verantwoordelijkheid kunnen nemen voor hun eigen gezondheid. E-health interventies zijn zo'n alternatief, waarbij de smartphone door het vele gebruik een gepast middel is om gezondheids-bevorderende interventies aan te bieden. Voor het ontwikkelen van een e-health interventie is de CeHRes Roadmap een geschikt raamwerk. Het gebruik van de CeHRes Roadmap zorgt voor een betere implementatie en impact van de e-health technologie. In dit onderzoek staat de app “meet moment” centraal. Aan de hand van de CeHRes Roadmap wordt getracht het ontwikkelingsproces van de app “meet moment” te ondersteunen. Er wordt onderzoek gedaan naar de behoeftes van de doelpopulatie in de vorm van gezondheids-opvattingen en -gedragingen en naar de gebruikersvriendelijkheid van deze app.

1.1 Het belang van een positieve gezondheidsbenadering

De traditionele definitie van gezondheid volgens de WHO (1948) luidt: "Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken". In de laatste decennia heeft er een verschuiving plaatsgevonden van het “ziektemodel”, die inhoudt dat er gewacht wordt tot mensen symptomen vertonen om die vervolgens te behandelen, naar preventie, waarbij getracht wordt te voorkomen dat mensen ziek worden en die gezondheid bevordert (RIVM). Positieve gezondheid is de volgende stap. Hier wordt gezondheid gezien als vermogen om tot bloei te komen, waarbij afwezigheid van ziekte, aanwezigheid van fysiek en mentaal welbevinden en mogelijkheid tot aanpassing en onszelf te redden als basis worden gezien (Walburg, 2015). Bij deze nieuwe benadering hoort ook een meer uitgebreide definitie van gezondheid: “Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven”. Dit door Huber (2013) uitgewerkte concept is verder verfijnd tot zes dimensies waaruit gezondheid kan worden afgeleid: lichaamsfuncties, mentale functies en mentale beleving, spirituele dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren.

Figuur 1: Dimensies van Huber (Huber et al., 2013)

PIJLERS VOOR POSITIEVE GEZONDHEID



Om deze positieve gezondheidsbenadering te gebruiken ter verbetering van de gezondheid en het welbevinden van mensen met een lage SES, is het nodig om deze populatiegroep op een gerichte manier te benaderen. Deze benadering kan niet van “bovenaf” komen, wat afwachting en slachtoffergedrag tot gevolg kan hebben, maar zou moeten aansluiten op initiatieven van de doelpopulatie zelf. Om deze aansluiting die past bij de beleving, deskundigheid en kwaliteiten van de doelpopulatie te verkrijgen en daarmee te kunnen zoeken naar positieve handvaten, is het vinden van positieve uitzonderingen een gepaste methode (Walburg., 2015). Bij groepen mensen die in dezelfde omstandigheden verkeren, zijn er altijd mensen die eruit springen en het “beter” doen. Als je erachter komt wat deze positieve uitzonderingen anders doen dan de referentiepopulatie, kan dat als voorbeeld worden ingezet. Ook kan de positieve uitzondering zelf als rolmodel worden ingezet; hiermee stel je een gemeenschap in staat om goed werkend gedrag over te nemen (Walburg., 2015). Een andere gepaste methode is waarderend onderzoek (appreciative inquiry). Deze waarderende onderzoeksmethode gaat in op de positieve eigenschappen en kwaliteiten die een

gemeenschap al in zich heeft om tot een positieve verandering te komen. De gedachte is dat door het betrekken van de relevante doelpopulatie(s) bij de ontwikkeling van een voor hen bestemde positieve gezondheidsmaatregel, de veranderingsstrategieën van henzelf zijn en niet van buitenaf ingebracht en de kans van slagen van de gezondheidsmaatregel vergroot. Verder is het zich veilig, vertrouwd en betrokken voelen van mensen in een doelpopulatie essentieel voor het bewerkstelligen van verandering (Walburg., 2015).

1.2 Gezondheid in relatie tot sociaal economische status

Mensen met een lage SES zijn doorgaans een stuk minder gezond dan mensen met een hoge SES. Gezondheid is erg belangrijk, een goede gezondheid is essentieel voor welbevinden en volledige participatie in de maatschappij, een slechte gezondheid brengt lijden, onbekwaamheid en mortaliteit met zich mee (Braveman et al., 2011).

Sinds de snelle industrialisatie en de migratie van mensen naar stedelijke gebieden in Europa, zien we connecties tussen slechte gezondheid en een minder gunstig leefmilieu geassocieerd met armoede (Matthews & Gallo., 2011). Bij mensen uit dit leefmilieu is er sprake van een lage Sociale Economische Status (SES). SES is een complex, multidimensionaal construct dat op verschillende manieren kan worden geconceptualiseerd en gemeten (Krieger et al., 1997). Volgens Matthews & Gallo (2011) is een fundamenteel onderscheid bij het meten van SES of indicatoren de rang of prestige van de individu in relatie tot anderen karakteriseert (de sociale component van SES) of de toegang tot materiële en sociale bronnen en spullen (de economische component). De meest gebruikelijke manier om SES te meten in volksgezondheidsonderzoek is educatie, inkomen en werk. Deze factoren behelzen zowel de sociale als de economische componenten van SES. Educatie gaat vooraf aan andere markers zoals beroep, inkomen en welzijn, en is vaak afgerond voor het begin van grote gezondheidsproblemen waardoor deze marker minder gevoelig is voor omgekeerde causaliteit (dat een slechte gezondheid leidt tot een lage SES). De associatie tussen inkomen en gezondheid is het grootst bij de laagste niveaus van SES. Een nadeel van beroep als marker is dat deze niet gebruikt kan worden voor mensen die werkloos zijn. Verder wordt in vele onderzoeken voorgesteld dat de SES van een wijk meer voorspellend is voor gezondheid dan de SES van het individu (Pickett & Pearl, 2001). Sociale klasse voorspelt sociaal cognitieve denkpatronen en wereldbeelden, deze worden gedeeld, hooggehouden en gepromoot door mensen die in dezelfde situatie verkeren (MacDonald & Leary, 2005).

De levensverwachting neemt af bij een lagere sociaal-economische status. De levensverwachting van iemand met alleen basisonderwijs is gemiddeld zes à zeven jaar korter dan van iemand met een hbo of universitaire opleiding (RIVM¹). Voor een gezonde levensverwachting, het verwachte aantal levensjaren doorgebracht in goede gezondheid, zijn deze verschillen nog groter. Hier worden leven zonder lichamelijke beperkingen, zelf beoordeelde gezondheid en het leven zonder chronische ziekten onderscheiden. Voor de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is het verschil tussen laag- en hoogopgeleiden ruim vijftien jaar, hoogopgeleiden ervaren zeventien gezonde jaren meer dan laagopgeleiden en het verschil voor levensverwachting zonder chronische ziekten is tien jaar (RIVM). Het verschil in gezondheid is steeds het grootst tussen mensen met een lage en hoge sociaal-economische status.

Om deze reden is het van groot maatschappelijk belang om de determinanten hiervan te achterhalen en hier passende preventieve maatregelen voor te kunnen ontwikkelen en te kunnen uitvoeren (RIVM², 2002). Het is bekend dat leefstijl invloed heeft op gezondheid en de levensverwachting (Walburg et al., 2001), en dat er verschil is in leefstijl tussen mensen met een lage en hoge SES. Belangrijke levensstijlen die invloed hebben op de gezondheid en levensverwachting zijn roken, alcoholconsumptie, beweging en voeding. Deze determinanten van gezondheid en levensverwachting verschillen tussen mensen met een lage en hoge SES, waarbij met uitzondering van alcoholconsumptie, mensen met een lage SES ongezonder scoren op deze levensstijlen. Mensen met een lage SES roken meer, bewegen minder en eten ongezonder (RIVM³, 2010). Naast leefstijl is welbevinden een even belangrijke factor die bepalend is voor gezondheid (Walburg, 2015). Het begrip welbevinden behelst niet alleen geluk en positieve emoties, maar ook positief functioneren in een zinvol leven, tot bloei komen. Ook hier zijn er verschillen tussen mensen met een lage en een hoge SES, mensen met een lage SES ervaren gemiddeld een lagere mate van welbevinden (Chen et al., 2013). Mensen met een lage SES hebben hier een dubbele achterstand, zowel een ongezonder leefstijl als een mindere mate van welbevinden, en dat heeft invloed op een slechtere gezondheid en levensverwachting. Hierbij is het wel belangrijk om te vermelden dat leefstijl en welbevinden met elkaar samenhangen, iemand met een ongezonde leefstijl heeft een grotere kans om een mindere mate van welbevinden te ervaren en vice versa (RIVM³, 2010). Lichamelijke en geestelijke gezondheid hangen vaak samen.

Mensen met een lage SES hebben vaker een ongezonde leefstijl, voelen zich ongezonder en leven zelfs korter. Daarnaast hebben zij ook een verminderd welbevinden. Daarom zijn interventies nodig om deze gezondheidsverschillen te verkleinen.

1.3 Oorzaken gezondheidsverschillen

De oorzaken van gezondheidsverschillen tussen mensen met een lage en hoge sociale economische status zijn verschillend van aard. Om leefstijlinterventies voor deze doelpopulatie succesvol te laten zijn, is het belangrijk om hier inzicht in te krijgen. Er worden hier vier theoretische modellen beschreven om meer inzicht te geven in de oorzaken van gezondheidsverschillen tussen mensen met verschillende SES.

Eén theorie draait om ervaren controle en wordt vaak beschreven. Gezonde gedragingen worden in verband gebracht met het hebben van sterke gevoelens van interne controle en een mindere mate van gevoelens van externe controle (Wardle et al., 2003). Mensen met een lage SES schrijven gezond zijn en ziek worden vooral toe aan externe factoren (factoren waarover ze zelf geen controle hebben) en veel minder aan interne factoren (factoren waarover ze zelf wel controle hebben) (Bowling, 2014). Het ervaren van minder interne controle bij mensen met een lage SES kan zorgen voor het bemoeilijken van het aannemen en het uitvoeren van leefstijlinterventies (Wardle et al., 2003).

Een tweede theorie is gebaseerd op zelfregulatie, een andere oorzaak die meespeelt bij een mindere mate van gezondheid bij mensen met een lage SES. Baumeister (1994) stelt dat er bij zelfregulatie gebruik wordt gemaakt van één specifieke energiebron, welke uitgeput kan raken na mentale inspanning. Voor het creëren van een gezondere leefstijl in de vorm van bijvoorbeeld stoppen met roken of gezonder eten, is veel zelfregulatie nodig, waardoor dit vermogen uitgeput raakt. Dit uitgeput raken van het vermogen tot zelfregulatie wordt egodepletie genoemd en het duurt enige tijd voordat dit vermogen zich herstelt. Mensen met een lage SES hebben vaker geldzorgen wat kan leiden tot opraken van de energiebron waar ook bij zelfregulatie gebruik van wordt gemaakt, deze egodepletie kan zorgen voor meer ongezonde gedragingen en/of een verminderd vermogen om gezonde gedragingen uit te voeren (Vohs, 2013).

De derde theorie die hier wordt beschreven, is de zelfdeterminatie theorie van Ryan et al., (2000). Deze stelt dat de sociale condities waarin een persoon zich ontwikkelt en bevindt, grote invloed hebben op natuurlijke processen als zelfmotivatie en gezonde psychologische ontwikkeling. De sociale condities kunnen intrinsieke motivatie, zelfregulatie en welbevinden doen verbeteren of verslechteren. Naar aanleiding van deze bevindingen zijn verbondenheid, autonomie en competentie geponeerd als psychologische behoeften die van nature aanwezig zijn. Als deze behoeften zijn bevredigd, zal dat leiden tot een betere zelfmotivatie en mentale gezondheid. Wanneer hieraan niet wordt voldaan, zal dat leiden tot verminderde motivatie en

minder welbevinden. De theorie stelt dat de behoefte aan verbondenheid, autonomie en competentie universeel is en dat hierin geen verschil bestaat tussen culturen en sociale contexten (Deci & Ryan, 2011). De sociale context is daarom essentieel voor een compleet beeld van gezondheid. Uit recent onderzoek komt naar voren dat het hebben van een hogere SES voorspellend is voor een grotere bevrediging van psychologische behoeften en daarmee het hebben van minder gezondheidsklachten voorspelt (Di Domenico & Fournier, 2014).

Een vierde model gaat meer over de ecologische factoren. Alleen in een ondersteunende omgeving is het mogelijk om gedragsverandering succesvol te laten verlopen (Velicer et al., 1998). De buurt waarin een persoon leeft, kan gezondheid beïnvloeden op verschillende manieren: de beschikbaarheid van gezondheidszorg, een gemis aan goede infrastructuur zoals minder parken of winkels die goedkope gezonde voeding aanbieden, overheersende veronderstellingen over gezondheid en gezondheidsgedrag, stress en een gebrek aan sociale steun. Winkelstein stelt dat deze ecologische factoren weleens de belangrijkste determinanten van gezondheid en ziekte in een populatie kunnen zijn (Pickett et al., 2001).

Om een succesvolle leefstijl interventie te ontwikkelen, is het belangrijk om rekening te houden met de bovengenoemde determinanten. Verder is er mede door de vergrijzing van de samenleving een grotere druk komen te staan op het zorgsysteem; er is meer zorg nodig met minder geld. Mensen zullen meer betrokken moeten worden bij het zorgen voor hun eigen gezondheid. Om met minder middelen de nodige zorg te kunnen leveren, zijn innovaties in het gezondheidszorgstelsel hard nodig (WHO, 2010). Technologie is één van de innovaties die hier ingezet kan worden en kan tevens ondersteunend werken op gedragsverandering.

1.4 Smartphone interventies

We richten ons hier op de smartphone. Bijna iedereen is in het bezit van een smartphone, ook mensen met een lage SES (Detecon Consulting, 2011). Er zijn verschillende redenen waarom een smartphone een goed middel kan zijn om gedragsveranderingen te faciliteren. Er zijn verschillende voordelen bij het gebruik van een smartphone. Een smartphone wordt zeer gewaardeerd door de gebruiker die het apparaat doorgaans de hele dag bij zich draagt. Daardoor ontstaat de kans om in te spelen op dagelijkse gebeurtenissen waarbij mensen beslissingen maken over hun gezondheid. Verder kunnen smartphone apps zorgen voor goedkopere, minder stigmatiserende interventies, die nergens anders verkrijgbaar zijn. Ook kunnen eenvoudig data worden gedeeld met vrienden of professionals en is er de

mogelijkheid om specifieke interventies aan te bieden, doordat bijvoorbeeld locaties en bewegingspatronen kunnen worden gemonitord door een smartphone (Dennison et al., 2013).

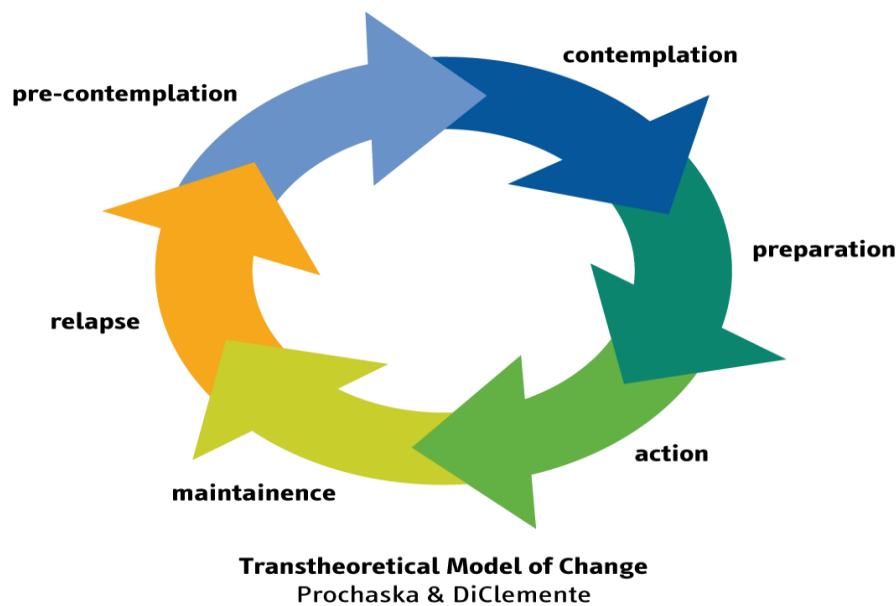
De reden dat apps worden ontwikkeld, is veelal dat mensen ze gaan gebruiken en in het geval van e-health vaak ook dat er een proces op gang wordt gebracht: hetzij informatie vergaren, hetzij bewustwording of zelfs gedragsverandering bewerkstelligen. Hiertoe wordt vaak gebruikgemaakt van nudging oftewel persuasieve technieken om mensen het extra zetje te geven om de app op de gewenste manier te gebruiken en om optimale resultaten te behalen. Een systeem dat het gewenste gedrag beloont, kan een grote persuasieve kracht hebben, ook het “simpel” leuk vinden van een app is heel belangrijk. Een app moet het uiterlijk hebben en een gevoel creëren dat de gebruikers aanspreekt: hoe leuker de app gevonden wordt des te waarschijnlijker het is dat mensen hem gebruiken. De mogelijkheid tot zelfmonitoring geeft mensen een steuntje in de rug om hun doelen te bereiken. Verder zijn geloofwaardigheid en expertise ook belangrijke persuasieve middelen. De informatie in de app moet kennis, ervaring en competentie uitstralen (Oinas-Kukkonen, Harjumaa., 2009). Ook voor het monitoren van gezondheidsgedrag geldt dat het waargenomen gemak en de gebruikersvriendelijkheid van een app of website en de waargenomen moeilijkheid om een online vragenlijst in te vullen, een grote impact kunnen hebben op de respons en het afmaken van een vragenlijst (Pouchieu et al., 2015). Het Technology Acceptance Model van Davis (1989) is een geschikt model om acceptatie en gebruik van informatie technologie te voorspellen. Het TAM is een model dat in eerste instantie ontworpen is om de werk gerelateerde acceptatie en het gebruik van informatietechnologie te voorspellen en wordt tegenwoordig breed ingezet op technologieën en gebruikers (Tan, 2013). TAM is gebaseerd op de Theory of Reasoned Action (TRA) (Ajzen & Fishbein, 1975) en de Theory of Planned Behavior (TPB) (Ajzen, 1985). Deze theorieën leggen de nadruk op de determinanten van gedrag, om vervolgens iemands gedrag te kunnen voorspellen, veranderen en/of interpreteren. TAM stelt dat de waargenomen bruikbaarheid en het waargenomen gebruikersgemak invloed hebben op de attitude en intentie van de gebruiker om nieuwe technologie te gaan gebruiken (Pai et al., 2011). In een studie van Venkatesh et al., (2003) wordt zowel voor de waargenomen bruikbaarheid als voor het waargenomen gebruikersgemak een significant effect op de intentie tot gebruik gevonden, waarbij dit voor het waargenomen gebruikersgemak alleen geldt voor onervaren gebruik. Door de doelpopulatie te betrekken in de ontwikkeling van een applicatie, kan gezorgd worden voor meer aansluiting en daardoor een grotere welwillendheid om de betreffende applicatie te gebruiken. (van Gemert et al., 2011)

Om het gebruikersgemak en de “leuke” uitstraling van een app te vergroten, kan gebruik worden gemaakt van visualisatietechnieken zoals emoticons of cartoons. Het inzetten van een visualisatie in de vorm van een tekening die de tekst complementeert, heeft een gunstige werking op de mate waarin de tekst begrepen wordt. Deze gunstige werking is nog groter bij mensen die geen middelbare school hebben afgemaakt (Delp et al., 1996).

De populariteit van gezondheidsapps is enorm: bijna alle smartphone applicatie “winkels” hebben een gezondheid- en fitnesscategorie waar gretig gebruik van wordt gemaakt. Bij benadering één op de vijf smartphonegebruikers heeft op zijn minst één app die gerelateerd is aan gezondheid (Yuan et al., 2015). Deze gezondheidsapps hebben als doel een gedragsverandering richting een gezondere leefstijl te promoten en zouden om deze reden verbonden moeten zijn met één of meer gefundeerde gedragsveranderingstheorie(ën). Dit is echter lang niet altijd het geval (Burnstein et al., 2012). De effectiviteit van een gezondheidsapp is groter als er gebruik wordt gemaakt van gedragsveranderingstechnieken die in overeenstemming zijn met een geschikte gedragsveranderingstheorie (Direito et al., 2014). De achterstand en de noodzaak om gezondheidsgedrag te veranderen bij mensen met een lage SES benadrukt de behoefte van een door op gedragsverandering gestaafde gezondheidsapp. Het Trans Theoretisch Model van Prochaska & DiClemente (1984) is een goed voorbeeld van een geschikt model dat gebruikt kan worden als theoretisch kader voor een gezondheidsapp. Om gedragsverandering te faciliteren, hanteren veel onderzoekers het trans theoretisch model van Prochaska en DiClemente (1984). Dit model is gebaseerd op zes fases van bereidheid tot veranderen waarin een persoon kan verkeren. Om gedragsverandering te bewerkstelligen, is het belangrijk om te weten in welke fase een persoon verkeert om de juiste aanmoediging tot het bereiken van de volgende fase te geven.

Het Trans Theoretisch Model van Prochaska en DiClemente (1984)

Figuur 2: Het Trans Theoretische Model van Prochaska en DiClemente (1984)



Pre-contemplation: de persoon heeft te weinig kennis van het probleemgedrag en heeft niet de intentie om het gedrag te veranderen.

Contemplation: de persoon weet dat er een probleem is en denkt erover dat te veranderen maar de bezorgdheid is nog minimaal.

Preparation: de persoon heeft besloten het gedrag te gaan veranderen en zoekt naar manieren om dit te doen.

Action: de persoon komt in actie om het gedrag te veranderen.

Maintainence: de persoon heeft het gedrag veranderd en is bezig dit te behouden.

Relapse: de persoon keert terug naar het oude gedragspatroon.

De zes fases van het Trans Theoretisch Model zijn verbonden aan tien processen die kunnen helpen om te voospellen en te motiveren dat een persoon naar de volgende fase gaat.

Van pre-contemplation naar contemplation:

Bewustwording creëren: het vergroten van het besef van de oorzaken, consequenties van het gedrag en de voordelen van het gewenste gedrag.

Dramatische opluchting: het voelen van angst en/of zorgen over het ongezonde gedrag ten opzichte van het voelen van inspiratie en hoop wanneer mensen horen hoe het ongezonde gedrag veranderd kan worden.

Her-evaluatie van de omgeving: het beseffen van het effect dat het gedrag heeft op de eigen sociale omgeving, het besef dat je zowel een positief als een negatief voorbeeld kunt zijn voor je omgeving.

Van contemplation naar preparation:

Zelf her-evaluatie: het beoordelen van je zelfbeeld met en zonder het ongezonde gedrag.

Van preparation naar action:

Zelf bevrijding: is zowel het geloof dat je kunt veranderen als de betrokkenheid om actie te ondernemen op dat geloof.

Van action naar maintainance:

Helpende relaties: het vinden van mensen (sociale-hulp) die de veranderingen ondersteunen.

Tegengestelde conditionering: het aanleren van gezondere gedragingen die het ongezonde gedrag kunnen vervangen.

Versterkingsmanagement: het vergroten van beloningen die voort komen uit het positieve gedrag en het verkleinen van beloningen die voortkomen uit het negatieve gedrag.

Stimuluscontrole: het verwijderen van aanwijzingen voor ongezond gedrag en het toevoegen van aanwijzingen naar gezondere alternatieven.

Sociale bevrijding: het besef dat sociale normen veranderen en dat gezond gedrag hierin wordt ondersteund.

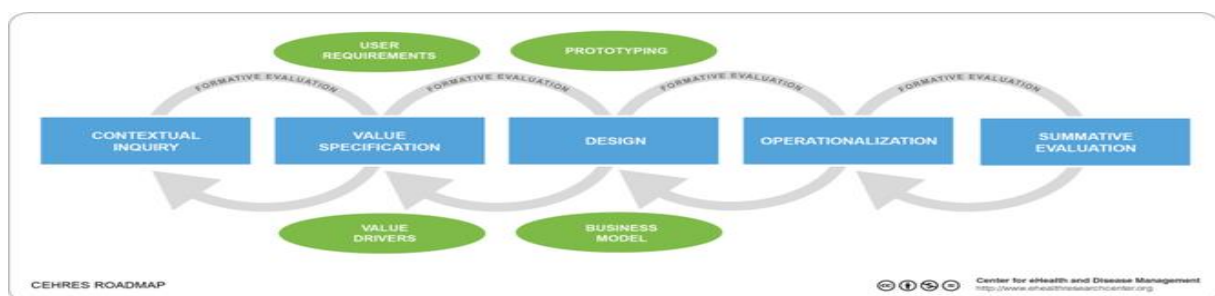
In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van het Trans Theoretisch Model. Om dit fase model succesvol te kunnen gebruiken is het nodig dat de interventies per fase aangepast worden aan de behoeftes van de geïdentificeerde doelpopulatie. Verder is het belangrijk om te weten wat de kritische factoren zijn die mensen van de ene in de andere fase doen geraken (Schwarzer, 2008).

1.5 De ontwikkeling van een e-health interventie

Voor de ontwikkeling van een e-health interventie of, zoals in dit onderzoek het geval is, een smartphone applicatie, is het belangrijk een goede kijk te hebben op de match tussen mensen, technologie en de context waarin de app gebruikt gaat worden. De Cehres roadmap (van Gemert-Pijnen., 2013) is een raamwerk om nieuwe e-health technologieën te ontwikkelen. In figuur 1 is de Cehres roadmap te zien, dit holistische raamwerk is ontwikkeld om de implementatie en impact van e-health technologie te verbeteren. Het raamwerk omvat vijf basisstappen. De eerste is de *contextual inquiry*: hier worden de behoeften en problemen van de stakeholders geïdentificeerd en beschreven. De tweede stap is de *value specification*,

deze geeft informatie over de toegevoegde waarde die de stakeholders toeschrijven aan de e-health interventie. Een proces binnen de value specification is het onderzoeken van de user requirements: hier wordt bekeken aan welke vereisten een e-health interventie zou moeten voldoen om gebruikt te worden door toekomstige gebruikers. De derde basisstap binnen de CeHRes Roadmap is het *design*: hier worden de uitkomsten van de eerste twee stappen vertaald naar functionele benodigdheden en overtuigende kenmerken voor het prototype. Het creëren en testen van het prototype door de stakeholders voordat het uiteindelijke design wordt gemaakt, is een proces binnen de design fase. Methoden om de user requirements te onderzoeken en om prototypes te creëren en evalueren, kunnen gevonden worden in het Human-Centered Design (HCD). HCD is tevens één van de theoretische funderingen van de CeHRes Roadmap. HCD is een manier van ontwikkelen waarbij de behoeften, verwachtingen, belangen en motivaties van de toekomstige gebruikers centraal staan in het ontwikkelingsproces. De ontwikkelaars kijken door dit probleem oplossende proces naar de manier waarop de toekomstige gebruikers het product waarschijnlijk zouden kunnen gaan gebruiken. Door HCD te gebruiken in het ontwikkelingsproces van e-health technologieën, wordt de kans groter dat de zorg beter wordt (van Gemert-Pijnen., 2013). De vierde basisstap is *operationalization*, in deze stap wordt door het projectteam een definitief business model voor de implementatie van de e-health interventie ontwikkeld. De vijfde en laatste basisstap is de *summative evaluation*: hier worden de effecten van de nieuwe e-health interventie gemeten. Tijdens het doorlopen van de CeHRes roadmap wordt bij elke hoofdstap de voortgang geëvalueerd, wanneer deze voortgang niet toereikend is, wordt er weer een stap terug gedaan.

Figuur 1: De CeHRes Roadmap (van Gemert-Pijnen., 2013)



1.6 Onderzoeksvragen

Mensen met een lage SES leven gemiddeld genomen ongezonder dan de rest van de Nederlandse populatie. Tevens is deze doelpopulatie het moeilijkst te bereiken om gezondheidsgedrag te verbeteren. De directeuren van gezondheidscentrum de “Nije Veste” te

Nijkerk en het gezondheidscentrum in Nieuwegein hebben de ambitie om de mate van gezondheid en welbevinden van de mensen die in hun gemeente leven te vergroten. Eén manier die zij in samenwerking met de UT hiervoor bedacht hebben is het ontwikkelen van een monitoringsapp om gezondheidsgedrag te kunnen meten, met als uiteindelijke doel om gepaste interventies te kunnen aanbieden en zo een grotere mate van welbevinden te creëren. In deze tijd waarin de meeste mensen in het bezit zijn van een smartphone en gebruikmaken van gezondheidsapplicaties, lijkt het aanbieden van een app een passende manier om zoveel mogelijk mensen te bereiken. Om de ontwikkeling en implementatie van de monitoringsapp “meet moment” te ondersteunen, zijn in dit project de eerste stappen van het CeHRes Roadmap doorlopen. Het onderzoek is verdeeld in twee delen.

Deelonderzoek 1:

Wat zijn de op basis van appreciative inquiry gestelde gezondheidsgedragingen, veranderingsstrategieën en eventuele barrières die de respondenten in dit onderzoek zelf ervaren met betrekking tot welbevinden en gezondheid?

Voor het beantwoorden van het eerste deelonderzoek zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Hoe wordt geluk ervaren door de respondenten?
2. Hoe wordt gezondheid ervaren door de respondenten?
3. Wat zijn de gedragingen, succeservaringen en barrières m.b.t. leefstijl? (roken, drinken, voeding, beweging)
4. Hoe corresponderen de gedragingen, succeservaringen en barrières m.b.t. leefstijl met het Trans Theoretisch Model?

Deelonderzoek 2:

Wat zijn de op het Technology Acceptance Model gebaseerde gebruikerservaringen, de attitude en de verbeterpunten die de respondenten aangeven naar aanleiding van het testen van de app “meet moment”?

Voor het beantwoorden van het tweede deelonderzoek zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Hoe wordt het gebruikersgemak van de app “meet moment” beoordeeld door de respondenten?
2. Hoe wordt het waargenomen nut van de app “meet moment” beoordeeld door de respondenten?

2. Methode

In samenwerking met de opdrachtgevende onderzoekers: (de UT en gezondheidscentrum de “Nije Veste” te Nijkerk), is de ontwikkeling gestart van een monitorings-app om gezondheidsgedrag te meten. De volgende sectie wordt onderverdeeld in drie stappen. De eerste stap is het deelonderzoek waarin een inventarisatie wordt gemaakt van de succesverhalen en wensen van de doelgroep. In de tweede stap wordt de ontwikkeling van het prototype besproken. De derde stap bestaat uit het tweede deelonderzoek waarin wordt gekeken naar de gebruikerservaringen en attitudes ten opzichte van het prototype.

2.1 Deelonderzoek 1: inventarisatie van succesverhalen en wensen van de doelgroep

2.1.1 Design

Om de veranderingsstrategieën over gezondheid te onderzoeken, is gebruikgemaakt van exploratieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Bij een exploratief onderzoek wordt een bepaald verschijnsel of fenomeen verkend waarbij de onderzoeker nog niet weet welke processen die zich daarbinnen afspelen, relevant zijn. Bij kwalitatieve inhoudsanalyse wordt geprobeerd kern overeenkomsten en betekenissen te identificeren door middel van datareductie en betekenisgevende inspanningen die een bepaald volume aan kwalitatief materiaal kan innemen (Patton., 2002). Hier is gebruik gemaakt van diepte- interviews, gebaseerd op appreciative inquiry (zie materiaal sectie).

2.1.2 Respondenten & procedures

Het gezondheidscentrum in Nijkerk leverde een gedeelte van de respondenten aan, verder heeft de werving plaatsgevonden bij de voedselbank in Nijkerk en in een café in Enschede. Er zijn in totaal 17 mensen benaderd op basis van een gegrond vermoeden dat ze binnen de criteria van een lage SES zouden vallen, deze mensen hebben een informatie brief over het onderzoek ontvangen (bijlage 1). Van deze zeventien benaderde mensen hebben uiteindelijk vijftien mensen deelgenomen aan het onderzoek. Elf mannen en vier vrouwen. Onder de mannen varieert de leeftijd tussen de 23 en 74 jaar, onder de vrouwen varieert de leeftijd tussen de 21 en 62 jaar. De meeste deelnemers zijn lager of middelbaar opgeleid en hebben een laag inkomen. Opvallend is dat elf van de vijftien mensen die zijn geïnterviewd

roken en er slechts één nooit heeft gerookt, de meeste mensen een gezond gewicht hebben en dat de deelnemende vrouwen nauwelijks alcohol drinken.

De respondenten zijn bezocht in hun eigen woning waar het rustig was en waar ze zich vertrouwd voelden. Voordat het interview begon, hebben ze een informatiebrief gekregen en een informed consentverklaring getekend, waarin vertrouwelijkheid en anonimiteit worden gegarandeerd (bijlage 2). Om het ijs te breken en rapport te creëren, bracht de interviewer wat lekkers mee bij het eerste bezoek. Van alle interviews zijn, met toestemming van de participant, geluidsopnames gemaakt (dictafoon).

In het eerste interview is gebruikgemaakt van diepte interviews op basis van appreciative inquiry om veranderingsstrategieën met betrekking tot gezondheid te achterhalen. Dit interview duurde tussen de dertig en vijftig minuten.

2.1.3 Materiaal

Om veranderingsstrategieën te kunnen ontdekken, is in het onderzoek gebruik gemaakt van diepte-interviews op basis van appreciative inquiry (Moore & Charvat, 2007) (bijlage 3). Het interviewschema is tot stand gekomen in overleg met de betrokken onderzoekers. In deze vorm van waarderend onderzoek worden vier fases onderscheiden. De eerste fase is de discover phase, hierbij wordt ingegaan op positieve attitudes of gedragingen die in de tegenwoordige tijd aanwezig zijn of in het verleden aanwezig zijn geweest. Deze worden aangevuld met daadwerkelijke attitudes en gedragingen en hebben betrekking op welbevinden, gezondheid en leefstijl. In de tweede fase, de dream phase wordt besproken hoe een ideale wereld eruit zou kunnen zien. Betreffende gezondheid wordt hier getracht een ideaalbeeld te vormen van een gezonde wereld. De derde fase, de design phase, is bedoeld om de dream phase meer concreet te maken. Hierin worden de gedragingen en strategieën benoemd die nodig zijn om de ideale wereld, in dit geval de gezondste wereld te bewerkstelligen. De vierde fase van appreciative inquiry is de deliver phase, waarin in wordt gegaan op de daadwerkelijke verandering. Deze fase wordt in dit onderzoek niet behandeld.

2.1.4 Analyse

Na afname van de interviews, zijn de geluidsopnames uitgewerkt tot een transcriptie. Vervolgens zijn de uitspraken van de respondenten gegroepeerd naar passende theoretische constructen. Voor het diepte interview was dit de zelfdeterminatie theorie en het TTM. Deze

manier van analyseren komt overeen met de gefundeerdetheoriebenadering, welke bestaat uit een stapsgewijze, interpretatieve werkwijze, waarbij uit uitgeschreven interviews theoretische concepten en eventueel een theorie kan voortkomen (Howitt & Cramer, 2007).

2.2 Ontwikkeling prototype

Het testen van de gebruikersvriendelijkheid van de app “meet moment” is gebeurd aan de hand van een prototype. Een prototype wordt gebruikt om de gebruikersinterface van een software-ontwerp te testen, in dit geval de app “meet moment”. Het representeert de structuur van de informatie, laat het ontwerp zien en demonstreert de basisfunctionaliteit, en verder kan het helpen om te kijken hoe mensen daadwerkelijk het visuele gedeelte beoordelen en is het een goede manier om in een vroeg stadium van de ontwikkeling feedback te krijgen van de stakeholders van de app. De ontwikkeling van het prototype van de app “meet moment” is begonnen met enkele overleggen tussen een aantal stakeholders. Vervolgens zijn er vragen en bijpassende emoticons ontwikkeld voor in het prototype. De vragen in het prototype van de toekomstige app zijn gebaseerd op de zes dimensies van Huber voor positieve gezondheid en aangeleverd door een van de opdrachtgevende onderzoekers. Aan de hand van deze twaalf vragen zijn er in samenwerking met een grafisch ontwerper bijpassende emoticons ontwikkeld. De vragen en emoticons zijn vervolgens door de Ict-er werkzaam bij de “Nije Veste” verwerkt in het prototype van de app. Hieronder staan enkele voorbeelden van screenshots afkomstig van het prototype, het welkomstwoord, de registratie, een voorbeeld van een vraag en het afsluitende screenshot. Het volledige overzicht van de screenshots is te vinden in bijlage 4.

Enkele screenshots van het prototype:



2.3 Deelonderzoek 2: gebruikerservaringen en attitudes ten opzichte van het prototype

2.3.1 Design

Om de gebruikersvriendelijkheid van de app “meet moment” te onderzoeken is gebruik gemaakt van exploratieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Bij exploratief onderzoek wordt zoals eerder gesteld een bepaald verschijnsel of fenomeen verkend waarvan de onderzoeker nog niet weet welke processen die zich daarbinnen afspelen, relevant zijn. Bij kwalitatieve inhoudsanalyse wordt geprobeerd kernovereenkomsten en betekenissen te identificeren door middel van datareductie en betekenis gevende inspanningen die een bepaald volume aan kwalitatief materiaal kan innemen (Patton., 2002). Hierbij is gebruik gemaakt van gebruikersvriendelijkheidstests in de vorm van een cognitive walkthrough in combinatie met de think aloud methode (bijlage 5), aangevuld met een semi gestructureerd interview (bijlage 6).

2.3.2 Respondenten & procedures

Na het diepte interview zijn er twee personen uitgevallen. Dit betreft twee mannen in de leeftijdscategorie 21-30 jaar, één met basisschool en één met middelbare school als hoogst afgeronde opleiding. Beide hebben een inkomen onder de duizend euro en zijn rokers. Onder de dertien overgebleven personen zijn er twee niet in het bezit van een smartphone en één daarvan heeft ook geen toegang tot het internet op een ander apparaat.

Ook bij het tweede interview zijn de respondenten bezocht in hun eigen woning waar het rustig was en waar ze zich vertrouwd voelden. Van alle interviews zijn, met toestemming van de participant, geluidsopnames gemaakt (dictafoon). Na afloop van de twee interviews hebben de respondenten een VVV bon ter waarde van tien euro ontvangen als dank voor hun deelname.

Het tweede interview bestond uit twee gedeeltes. Het testen van de gebruikersvriendelijkheid van de app door middel van een cognitive walkthrough in combinatie met de think aloud methode aan de hand van taken ,wat ongeveer vijf minuten in beslag nam, en een gestructureerd interview over de app gebaseerd op de constructen van het Technology Acceptance Model , dat ongeveer twintig minuten duurde.

2.3.3 Materiaal/Interviewschema

Om de gebruikersvriendelijkheid van het prototype te testen, is gebruikgemaakt van de cognitive walkthrough, de think aloud methode en een semigestructureerd interview. De cognitive walkthrough is een sterk gestructureerde benadering waarbij de gebruiker zonder hulp een kleine taak uitvoert. Vervolgens wordt bekeken hoe die taak wordt uitgevoerd en of er problemen optreden tijdens dit proces. Bij de thinking aloud methode wordt aan de gebruikers gevraagd of ze hardop denken en hun gedachten medelen tijdens het uitvoeren van de taken. Het doel van deze twee testmethodes is het meten van de acceptatie en gebruikersvriendelijkheid en het reduceren van fouten (Jaspers, 2009). Deze twee methoden zijn gebruikt bij de vijf scenario's die de respondenten hebben doorlopen, de scenario's bestonden uit korte opdrachten voor het gebruik van de app, bv: "Wil je als geslacht vrouw invoeren". Het semi- gestructureerde interviewschema is gebaseerd op het Technology Acceptance Model (TAM) van Davis (1989) en is tot stand gekomen in overleg met de betrokken onderzoekers. Implementatie en ontwikkeling zijn hieraan toegevoegd voor een optimaal beeld van de resultaten.

2.3.4 Analyse

Na afname van de interviews zijn de geluidsopnames uitgewerkt tot een transcriptie. Vervolgens zijn de uitspraken van de respondenten gegroepeerd naar passende theoretische constructen. Bij de gebruikersvriendelijkheidstest werden de scenario's aangehouden als referentiepunt en bij het semi-gestructureerde interview hielden we het TAM model aan. Deze manier van analyseren komt overeen met de gefundeerde theoriebenadering, welke bestaat uit een stapsgewijze, interpretatieve werkwijze, waarbij uit uitgeschreven interviews theoretische concepten en eventueel een theorie kunnen voortkomen (Howitt & Cramer, 2007).

3. Resultaten

Hieronder volgen achtereenvolgens de demografische variabelen, de resultaten verkregen uit het diepte interview, de gebruikersvriendelijkheidstest en het gestructureerde interview over de applicatie.

3.1 Beschrijving onderzoeksgroep

In tabel 1 wordt er een overzicht gegeven van de demografische variabelen van de onderzoeksgroep.

Tabel 1: Demografische variabelen

	Onderzoek 1	Onderzoek 2
Leeftijd		
21-30	4	3
31-40	4	3
41-50	3	3
51-60	2	2
60+	2	2
Geslacht		
Man	11	9
Vrouw	4	4
Opleidingsniveau		
Basisschool	4	2
Middelbare school	2	2
Lbo	3	3
Mbo	5	3
Hbo	1	1
Inkomen		
<1000	6	4
1000-1500	8	8
>1500	1	1
Rookgedrag		
Roker	11	9
Gestopt	3	3
Nooit gerookt	1	1
BMI		
<25	11	9
>25	4	4
Drinkgedrag (per dag)		
1 glas of minder	9	7
Meer dan 1 glas	6	6

3.2 Diepte interview

De fases uit appreciative inquiry (discover, dream, design) zijn tijdens de diepte interviews aan bod gekomen en zijn verweven in de onderstaande resultaten over ervaren geluk, ervaren gezondheid, leefstijl en leefstijl volgens het Trans Theoretisch Model. Hierbij wordt getracht een beeld te schetsen van de gedragingen, argumenten voor verandering, gebruikte veranderingsstrategieën en van eventuele ondervonden barrières om gezonder te leven.

3.2.1 Ervaren geluk

Wanneer we de proefpersonen vroegen of ze een tijd of een moment konden benoemen waarbij ze het gevoel hadden heel gelukkig te zijn, kwamen verbondenheid, autonomie en competentie als thema's sterk naar voren. Volgens deze zelfdeterminatietheorie worden zelfmotivatie en mentale gezondheid bevorderd door een positieve invulling van de drie thema's (Ryan et al., 2000).

Verbondenheid kwam in verschillende vormen naar voren, zes mensen gaven specifiek aan dat het hebben van een partner hen gelukkig maakte. *“Ik was een tijdje single en als je dan weer een vriendin krijgt, dat draagt wel bij aan je geluk denk ik, dat gevoel”*. Voor vijf mensen speelde het hebben van kinderen een grote rol in hun geluk, waarbij twee mensen ook de kleinkinderen noemden. Drie mensen gaven aan dat ze gelukkig werden van het contact dat zij hebben met hun huisdier (hond of kat) *“Ook als de kat als die op je schoot gaat liggen en spinnen en je houdt hem lekker vast, is toch leuk”* en voor drie mensen was het in het algemeen hebben van contact met andere mensen een vreugdebron.

Bij het thema autonomie benoemden vijf mensen het hebben van een eigen plek en het thuis voelen in je eigen huis. *“Ik merkte ook dat ik me hier goed voelde, dat ik me thuis voel, dat is voor het eerst. Dat ik zeg maar zin heb om naar huis te gaan, dat had ik eerder nooit”*. Bij het thema autonomie benoemden drie personen vrijheid als factor van hun geluk en verder vond men het fijn om alleen te zijn, je eigen gang te kunnen gaan en dat het geluk in jezelf zit.

Competentie is in dit onderzoek omschreven als de kwaliteiten van mensen die ze hebben gebruikt om te zorgen voor een gezonder/gelukkiger leven. Vijf mensen gaven hun doorzettingsvermogen aan als kwaliteit en vier mensen gaven eigenwijsheid aan voor het doen slagen van hun gezondheidsveranderingen. Zelfkennis of zelfinzicht als overkoepelend concept werd beschreven door vijf personen. *“En wel inzien dat het een momentopname is, dan kan een hele sombere bui of een hele kwade of een hele verdrietige bui ook een momentopname zijn”*. Overige kwaliteiten zoals discipline, openheid en passie zijn ook

genoemd. Buiten de persoonlijke kwaliteiten die zijn genoemd, kan het wel of niet hebben van werk ook onder de noemer competentie vallen. Mensen verbonden het competent voelen vaak aan het hebben van werk of vrijwilligerswerk. Vier personen die werkloos waren deden aan vrijwilligerswerk.

Buiten de drie thema's van de zelfdeterminatietheorie werd het hebben van stress en financiële zorgen gezien als grote barrières in het ervaren van geluk. *“Als je dus stress hebt of je hebt financiële zorgen kan ik niet gelukkig zijn, hoe dan ook”*.

Wat hieruit naar voren kwam, is dat contact met mensen (partner, kind) of huisdier gelukkig maakt (verbondenheid). Het thuis voelen in je eigen huis en het hebben van vrijheid achtte men ook belangrijk voor geluk (autonomie). Om gelukkig te zijn of te worden, zijn verschillende kwaliteiten van belang: doorzettingsvermogen, eigenwijsheid en zelfinzicht leken hier het belangrijkste te zijn (competentie). Stress en financiële zorgen vormden een grote barrière in het ervaren van geluk.

3.2.2 Ervaren gezondheid

Negen mensen gaven aan dat gezondheid belangrijk voor hen is, hiervoor werden verschillende redenen gegeven. Twee personen gaven langer leven als reden, *“Gezondheid houdt voor mij in, hopelijk een wat langer leven dan dat je ongezond leeft”*. Bij twee personen was gezondheid vooral belangrijk voor hun kinderen en bij twee personen ging het om het beter/fitter voelen. *“Ik merk als ik niet regelmatig sport en eet en rust dat mijn gezondheid achteruit gaat en dat ik me minder goed voel”*. De overige drie mensen gaven geen specifiek antwoord. Drie personen gaven aan niet bezig te zijn met gezondheid. *“Niet, ik leef gewoon zoals ik leef. Ik sport wel omdat ik dat lekker vind, maar om daar nou gezondheid aan vast te knopen, nee dat niet”*.

Er bestaat een verband tussen SES en ervaren controle en tussen ervaren controle en gezondheidsgedrag. Mensen met een lage SES hebben vaker het gevoel geen controle over de situatie te hebben en ervaren daarbij minder controle over het veranderen van gezondheidsgedrag (Bailis et al., 2001). Ervaren controle over gezondheid werd door zes mensen als beperkt ervaren: ze hebben het idee dat je geen of weinig controle kunt uitoefenen op je eigen gezondheid. Omgevingsfactoren geven de doorslag en die heb je niet in de hand volgens de geïnterviewden. *“Ga maar ademen buiten, alsof dat gezond is”*. Twee personen gaven aan wel het gevoel van controle over hun eigen gezondheid te hebben, *“er zit bij mij heel veel kanker in de familie en ik denk dat zal mij niet gebeuren”*.

Opvallend was dat zeven personen aangaven dat ze het belangrijk vonden om regelmaat en structuur te hebben om een gezondere wereld te krijgen. Op tijd naar bed gaan noemde men een paar keer, verder leken structuur en regelmaat aan de basis te liggen om andere gezonde gedragingen te kunnen en te blijven uitvoeren. *“Gestructureerd en gedisciplineerd. Regelmatig sporten, gezond eten eigenlijk de basis gewoon, heel simpel, maar wel een vorm van verplichting denk ik”*. Voor het verkrijgen van meer regelmaat werden op vaste tijden eten, op tijd naar bed gaan, genoeg slaap en op vaste tijden opstaan aangegeven.

Buiten de bovengenoemde facetten vond één persoon vooral het sociale aspect van gezondheid belangrijk, *“Ik denk dat daar heel veel primaire dingen bij horen. Dan heb ik het niet alleen over dingen laten zoals niet drinken of niet roken maar over een bepaalde structuur fysiek en mentaal en je sociale leven”*.

Vijf personen zagen een gezonde wereld niet als iets positiefs, en vier van de vijf mensen betitelden gezond leven nadrukkelijk als saai. *“Dat zou ik mij als heel saai voorstellen, dan denk ik altijd dan leef je niet naar mijn mening. Iemand die daar zo op gefocust is op zijn gezondheid en wat allemaal slecht is en dingen als je daar altijd over na wil denken, dan heb je geen leuk leven”*.

Het merendeel van de respondenten vond gezondheid belangrijk. Respondenten wilden langer leven, er zijn voor hun kinderen en zich fitter voelen. Drie mensen gaven aan niet met gezondheid bezig te zijn. Zes personen hadden het gevoel dat ze geen controle konden uitoefenen op hun eigen gezondheid. Verder leken regelmaat en structuur belangrijk voor gezondheid gevonden te worden. Opvallend was dat vijf personen een gezonde wereld niet als iets positiefs zagen en dat door vier van hen gezond leven als saai werd ervaren.

3.2.3 Gedragingen, succeservaringen en barrières m.b.t. leefstijl

Leefstijl is hier onderverdeeld in rookgedrag, drinkgedrag, voedingspatroon en bewegingspatroon. De informatie die is verkregen over de gedragingen, argumenten voor verandering, gebruikte veranderingsstrategieën, de voordelen van de verandering en over de eventuele barrières, is gekoppeld aan het Trans Theoretisch Model en is in tabel 2 weergegeven.

3.2.3.1 Rookgedrag

Onder de geïnterviewden waren elf rokers, drie ex-rokers en één persoon die nooit heeft gerookt. Het merendeel had ooit wel een stoppoging ondernomen. Om zicht te krijgen

op belangrijke argumenten om te stoppen met roken en op succesverhalen hierin, is er gevraagd naar eerdere stoppogingen en succeservaringen.

De redenen die mensen aangaven om te stoppen met roken, waren van verschillende aard. Drie mensen gaven aan gestopt te zijn omdat ze lichamelijke klachten hadden en bang waren deze te verergeren, *“Een bronchoscoopie, dat was niet zo prettig, geen prettige ervaring, sterker nog een van de ergste misschien wel de, ik denk de ergste ervaring, een soort verdrinkingsdoodachtige toestand, ja, daar kwam het zo’n beetje op neer”*. Twee mensen gaven het krijgen van kinderen als reden, twee personen hadden er gewoon geen zin meer in om te roken. Twee mensen noemden het “op dringend advies van de omgeving of de baas”, en anderen vonden dat roken te duur is of dat ze roken vies vonden. Wat opviel was, dat de drie ex-rokers die “blijvend” zijn gestopt, gestopt zijn omwille van lichamelijke klachten of angst hiervoor.

De veranderingsstrategieën die zijn gebruikt om te stoppen met roken zijn niet altijd duidelijk. Op de vraag: “Hoe ben je gestopt?”, was een veelvoorkomend antwoord: “gewoon”. Tien personen gaven aan in één keer te zijn gestopt. *“Ik heb een peuk aangemaakt en dan was het niet lekker, weggegooid en de hele verpakking weggegooid en van het een op het andere moment gestopt en meer dan twee jaar geen peukie gerookt”*. Anderen noemden kauwgom, stoptober en het boek van Allan Carr een hulpmiddel.

Er werden verschillende voordelen genoemd over het gestopt zijn met roken. Acht mensen gaven meerdere voordelen aan. Vijf keer werd meer energie krijgen genoemd als voordeel van gestopt zijn met roken, drie personen noemden een gaver huid.. Andere op zichzelf staande benoemde voordelen waren: *“ik proef veel meer”*, *“Je hebt meer geld en je stinkt niet meer zo”*, *“ik hoef niet meer te stressen zo van mijn sigaretten zijn bijna op”*, *“ben ik er niet bij aangekomen”* en *“ik kreeg meer zin in het leven”*. Buiten de acht mensen die voordelen benoemden, hadden vier mensen een andere mening over de consequenties van stoppen met roken. Twee personen hebben geen verschil ervaren in energieniveau na het stoppen met roken, één persoon heeft totaal geen verschil ervaren en één persoon geeft aan te denken dat je alle verschillen alleen denkt te ervaren. *“Nee, ik heb altijd het idee dat dat gewoon geestelijk is dat je je anders gaat voelen. Ik geloof dat alles wat een mens doet of dat nu eten of drank of sigaretten of snoepen dat dat toch boven in je hoofd zit”*.

Drie personen noemden een reden om weer te beginnen met roken; stress was deze trigger. Als redenen voor stress werden financiële zorgen, relationele zorgen, ontslag en woonruimte genoemd. *“En op het moment dat je je erg klote voelt grijp je terug op wat je al kent he”*.

Onder de respondenten bevonden zich elf rokers, waarvan het merendeel weleens een stoppoging heeft ondernomen. De drie personen die succesvol zijn gestopt, zijn alle drie gestopt vanwege lichamelijke klachten en de angst om deze te verergeren. Het hebben van meer energie zagen we het vaakst als voordeel bij het stoppen met roken, en stress is de grootste trigger om weer te beginnen.

3.2.3.2 Drinkgedrag

Het stoppen met drinken van alcohol om een gezondere wereld te verkrijgen, benoemden vijf mensen als een hoofdzaak voor hun gezondheid. De richtlijn die het Trimbos instituut geeft voor het “gezond” nuttigen van alcohol is het drinken van maximaal één glas alcohol per dag. Onder de respondenten van dit onderzoek zijn er tien, waarvan vier vrouwen, die aan deze richtlijn voldoen. Drie mannen zijn gestopt en drinken helemaal niet en de vijf mannen die gemiddeld per week meer dan één glas alcohol per dag drinken, gaven alle vijf aan in het verleden meer gedronken te hebben.

De argumenten die werden genoemd om te stoppen met alcohol drinken of om hun drinkgedrag “binnen de perken” te houden, gaan over lichamelijke en psychische klachten. Een kater, slecht functioneren op het werk, een slecht humeur, niet fit zijn en slecht slapen worden hier genoemd. *“De laatste tijd was ik ieder weekend aan het zuipen. Tussen de week ook. Was echt.. Ik heb er echt last van gehad. Ik kon mijn werk niet meer mooi doen. Ik was altijd moe en chagrijnig en dat soort dingetjes”.*

Om gezond met alcohol om te gaan, worden verschillende tips gegeven. *“Van alcohol ga je ook slecht slapen hè. Ik merkte dat zelf ook toen ik er een tijdje af was dat ik veel beter sliep en veel fitter wakker werd. Met alcohol lukt dat niet. Twee wijntjes, maar niet voor het naar bed gaan “.* Door de week geen alcohol gebruiken, wordt een paar keer genoemd, geen alcohol in huis hebben en vrienden vragen om een oogje in het zeil te houden, zijn de andere tips. *“De momenten dat ik wat drink is in gezelschap van mensen die mij redelijk goed kennen nu en mij daar ook in kunnen remmen”.*

Een kanttekening hierbij is dat drie mensen het niet drinken van alcohol wel als gezond, maar niet als positieve verandering zagen. *“Dan zou er geen alcohol zijn en heel veel in de sportschool hangen en dat je dan ook wordt geleefd zeg maar”.*

Onder de respondenten zijn er drie die gestopt zijn met drinken vanwege lichamelijke of geestelijke problematiek, vijf personen dronken volgens de norm te veel en gaven aan in het verleden nog meer gedronken te hebben. De hoofdreden om niet of minder te drinken was het krijgen van een kater en de daarbij behorende symptomen en gevolgen. Als hulpmiddel

om minder te drinken noemde men; door de week geen alcohol drinken, geen alcohol in huis halen en het inschakelen van vrienden. Het merendeel zag de gezondheidsvoordelen van het niet meer drinken in, maar dit werd niet altijd als positief gezien.

3.2.3.3 Voedingspatroon

Gezond eten werd door de geïnterviewden als belangrijk gezien. Zeven personen noemden voeding als hoofdzaak in een gezonde wereld. Bewuster eten en meer groente haalde men het vaakst aan. *“Dan zou je gewoon je eigen groente tuin hebben of gewoon in je woonkamer, noten, vlees dat heb je niet echt nodig volgens mij, dan hoeft je helemaal nooit meer naar de supermarkt”*. Hoe de geïnterviewden hier zelf invulling aan gaven verschilt nogal. Hun “gezonde” eetpatroon varieerde van: *“Wat is gezond? Groente, broccoli, andijvie, worteltjes je kunt het niet indenken en dan met aardappels en vlees”* tot *“mijn persoonlijkheid was veel melkproducten, ik drink het liefst schrik niet, 30 liter melk per maand. Soms wel twee liter per dag, kwark, veel kipfilet”* tot *“ik ben vaste klant bij de Mac, broodje hamburger een euro, dat is mijn.. soms twee, dat is dan twee euro en thuis een toetje”*. Gezond eten betekende niet voor iedereen hetzelfde, het lijkt hier te gaan over een tekort aan duidelijke informatie en een te grote hoeveelheid informatie over voedsel die niet eenduidig is. *“En op een gegeven moment eindigen ze allemaal, bijna alles tot yoghurt aan toe bijna allemaal kankerverwekkend”*.

Argumenten om gezond te eten waren het goed willen zorgen voor hun kinderen, een gezond gewicht hebben, fitter zijn en het gezonder voelen door het binnen krijgen van genoeg vitamines. *“Want als ik geen vitamines eet, geen ijzer dan word ik licht in mijn hoofd”*.

Manieren om gezonder te eten volgens de respondenten varieerden van meer bewustwording tot praktische eettips. Bewuster eten en actief informatie zoeken over gezond eten noemden vier personen als manier om gezonder te eten. Regelmatig en op vaste tijden eten gaven twee mensen aan. Vaker vers koken noemden vier personen, waarvan er twee aangaven dat dan biologisch de voorkeur heeft. Leren ontbijten werd door twee personen genoemd en gevarieerder eten door één persoon. Vijf personen noemden minder snaaien en snoepen met als tips: *“Dan zou ik bepaalde dingen niet meer in huis halen, bv snacks of de plaatjes”* en *“moet een nieuw soort hobby erbij krijgen zodat ik ver weg van de koelkast en van de kast af ben”*. Minder vlees en meer groente eten werd genoemd, evenals aardappels vlees en groente als diner. Meer specifieke tips over productgebruik waren: *“meer eieren eten want eieren schijnen heel goed te zijn”* en *“Als je een snelle verbranding hebt kun je beter kip eten, want kip ligt heel laag op de maag, dus als je in grotere hoeveelheden eet kun je beter*

kip eten". De antwoorden lieten zien dat de meerderheid zich ervan bewust was dat gezond eten belangrijk is voor de gezondheid en er op zijn/ haar manier ook mee bezig was. Er lijkt echter grote onduidelijkheid te bestaan over wat nu precies gezond eten is.

Er werden dan ook verschillende barrières onderkend bij het gezonder eten. Gemakzucht speelde hier een rol, *"ik vind het allemaal gedoe, eten koken, een uur ben je ermee bezig en dan is het hap slik weg, met vijf minuten is het op en een rotzooit heb je ervan, daar zit ik toch helemaal niet op te wachten"*, als ook het niet kunnen weerstaan van de verleiding van ongezonde producten en verder gaven vier mensen aan dat ze gezond eten te duur vinden.

Voeding werd als belangrijk gezien voor de gezondheid; echter lijkt het niet duidelijk te zijn wat nou precies een gezond voedingspatroon is. Informatie zoeken over gezonde voeding, regelmatig eten, vers koken en minder snaaien waren manieren om gezonder te eten. Wat gezond eten in de weg staat, is gemakzucht, de verleiding niet kunnen weerstaan en de prijs van gezonde producten.

3.2.3.4 Bewegingspatroon

Meer bewegen of sporten noemden zeven personen als belangrijk aspect voor een gezondere wereld. *"Geen scooters meer, iedereen op de fiets. Het zijn altijd de dikke mensen die op de scooter zitten"*.

Het merendeel van de respondenten bewoog bewust. Redenen die werden gegeven om te bewegen/ sporten, waren zowel van psychische als lichamelijke aard. Lekker in je vel zitten, het leuk vinden om te doen, het verbeteren van je conditie en een beter gewicht werden hier als voordelen aangehaald. *"ik merkte dat mijn conditie iets achteruit ging en zwemmen vind ik gewoon leuk"*.

Om meer te bewegen, kwamen vaker met de fiets gaan of vaker lopen in plaats van met de auto als tips naar voren. Verder werd aangeraden om een hond te nemen of om af te spreken om samen te sporten. *"Ik denk wel dat het handig is dat als je denkt van ik wil dat toch en je hebt die zelfdiscipline niet dat je dan wat afsprekt met iemand, dat je samen elkaar motiveert"*.

Als belemmering om te gaan sporten werd gebrek aan discipline het vaakst genoemd en het gewoon niet leuk vinden om te sporten of het geen tijd hebben waren andere redenen. *"Men zegt dan heel makkelijk je moet gaan sporten, je moet de frisse lucht opzoeken, je moet gaan wandelen. Maar als je nergens zin aan hebt ga je echt niet wandelen buiten, ook al schijnt de zon"*.

Dat bewegen belangrijk voor de gezondheid is en voordelen heeft, is bij de meeste respondenten bekend. De auto laten staan, wandelen met de hond en afpreken om te sporten zijn manieren om meer te bewegen. Gebrek aan discipline en/of tijd zijn hier de barrières.

3.2.4 Leefstijl en het Trans Theoretisch Model

Bij de gesprekken over leefstijl en verandering is ook aan bod gekomen wat voor de geïnterviewden wel of niet werkt of zou kunnen werken om een gezondere leefstijl te verkrijgen. Om hier een beter inzicht in te krijgen is deze informatie gegroepeerd in het Trans Theoretisch Model (TTM) van Prochaska en DiClemente. Volgens dit model doorlopen mensen verschillende stadia voor ze de gewenste gedragsverandering hebben bereikt, en is het belangrijk om te weten in welk stadium mensen zitten om hen de juiste feedback/ hulp te kunnen geven. In tabel 2 wordt beschreven wat de verschillende strategieën van de geïnterviewden zijn om van de ene fase in de andere fase te geraken. Om te komen tot bewustwording werd vooral aangegeven dat men bekend was met de gevaren/voordelen van een bepaalde leefstijl. Vooral lichamelijk klachten haalde men aan om te komen tot de voorbereidingsfase. Om actie te ondernemen werden verschillende tips gegeven, waarvan mensen om steun vragen het vaakst naar voren kwam, dit gold ook voor het volhouden van de gezonde gedragingen. Stress kwam het duidelijkst naar voren als reden voor terugval.

Tabel 2: Strategieën volgens het TTM

	Roken	Drank	Voeding	Beweging
Van precontemplation naar contemplation	Het merendeel weet dat roken ongezond is	Het merendeel weet dat drank de lichamelijke en geestelijke gezondheid negatief beïnvloedt	Het merendeel weet dat voeding belangrijk is voor je gezondheid	Het merendeel weet dat beweging belangrijk is voor je gezondheid
Van contemplation naar preparation	Lichamelijke klachten, angst voor lichamelijke klachten, dringend advies van baas of omgeving, kinderen krijgen, te duur, roken is vies	Lichamelijke klachten, katers, agressie, minder functioneren op werk	Lichamelijke klachten, overgewicht, kinderen waarvoor gezorgd moet worden, gezond willen blijven	Lichamelijke klachten, overgewicht, gebrek aan discipline, sporten is leuk
Van preparation naar action	Boek van Alan Carr, Stoptober, Kliniek	Geen alcohol in huis, mensen in omgeving vragen om te ondersteunen	Adequate informatie opzoeken	Afspreken met een bekende om samen te gaan sporten, lid worden van een sportschool/vereniging, de fiets pakken
Van action naar maintenance	Kauwgum, bewust zijn van de voordelen (meer energie, gavera huid, meer proeven, meer geld, beter ruiken, geen stress om een sigaret)	Doordeweeks geen alcohol drinken, mensen in omgeving vragen om te ondersteunen, een maximum van twee glazen aanhouden, niet drinken voor het slapen gaan, bewust van de voordelen (geen katers meer)	Koken, leren ontbijten	Afspreken met een bekende om samen te gaan sporten, een sport vinden die leuk/gezellig is, een betere conditie, een beter gewicht
Van maintenance naar relapse	Stress (ontslag, financiële zorgen, relationele zorgen)	Ongunstige omgevingsfactoren, verjaardagen, cafés	Kosten gezond voedsel	Gebrek aan discipline

3.3 Gebruikersvriendelijkheidtest

Om de onderstaande resultaten te verkrijgen, is gebruikgemaakt van een prototype van de app “meet moment”. Een prototype maakt het mogelijk om het software-ontwerp qua gebruikersgemak te testen. De testmethodes die hiervoor zijn gebruikt, zijn de cognitive walkthrough en de thinking aloud methode. In tabel 3 wordt per scenario aangegeven of er problemen waren en indien aanwezig, welke de proefpersonen dan zijn tegengekomen.

Tabel 3: Overzicht van het aantal en type ervaren problemen tijdens gebruikerstest

<i>Scenario</i>	<i>Probleem</i>	<i>Type probleem</i>
1)Geef als geslacht vrouw aan	Niet: 10 Wel: 3	Niet bekend met apps, wil met nagel drukken Hoe werkt het?
2)Geef aan dat je uit 1986 komt	Niet: 13 Wel: 0	
3)Kies de avatar links onder uit	Niet: 12 Wel: 1	Waar moet ik op drukken
4)Ga naar de uitleg en lees die	Niet: 2 Wel: 11	Slaat uitleg over (4x) Uitleg is hoe werkt het? (5x) Waar staat de uitleg? Gaat langzaam
5)Beantwoord de vragen	Niet: 1 Wel: 12	Wil schuiven ipv klikken (6x) Moeite met doorklikken Blijft hangen bij de laatste vraag (2x) Roze balk niet duidelijk, niet duidelijk hoeveel vragen er zijn. Waar op drukken om antwoord te geven? Traag

In de tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal en het type problemen waar men tegen aan liep bij het uitvoeren van de cognitive walkthrough en de opmerkingen die het hardop denken opleverden. De tabel laat zien dat de meeste taken door de doelgroep probleemloos konden worden uitgevoerd. De eerste drie scenario's leverden de minste problemen op, hiervoor hoefden de mensen dan ook niet van screenshot te wisselen maar alleen het betreffende onderwerp aan te klikken. De problemen die hier wel waren, kwamen van de twee personen die niet bekend zijn met een smartphone. Bij scenario vier leek er onduidelijkheid te bestaan over de instructie: mensen koppelden hier het begrip “uitleg” niet direct aan “hoe werkt het”, wat op de button staat beschreven. Anderen sloegen hier de uitleg over om direct naar de vragen te gaan. Om bij scenario vijf de vragen te beantwoorden, kon je verschillende antwoordmogelijkheden aangeven. Het merendeel wilde hier een schuifbeweging maken om het antwoord te geven, terwijl het hier echter de bedoeling was om te klikken. Overige opmerkingen over het gebruik van de app waren dat de app genaamd

“meet moment” door twee personen in het Engels werd uitgesproken als “meet the moment”, en dat het makkelijk was dat de antwoordmogelijkheid op neutraal stond, *“kan ik zo doorklikken”*. Een tip was om door het hele menu een knop terug naar de uitleg te hebben zodat je alleen naar de uitleg hoefde als je niet wist hoe het werkte.

3.4 Gestructureerd interview over de applicatie

In dit gedeelte van de resultaten zal worden ingegaan op de antwoorden die de personen hebben gegeven op de vragen over de app “meet moment”. De tabellen in de paragrafen laten achtereenvolgens een samenvatting zien van het waargenomen nut, waargenomen gebruikersgemak, attitude/plezier en de intentie. Aanvullend is er nog een paragraaf over tips voor de implementatie en ontwikkeling van de app.

3.4.1 Waargenomen nut

In tabel 4 is een overzicht te vinden van de onderstaande resultaten. Het idee van regelmatige metingen van gezondheid vonden elf personen positief. De respondenten noemden verschillende functies van het meten van gezondheid: vijf personen noemden zelfinzicht als mogelijk positief aspect van regelmatige metingen van gezondheid en vijf personen gaven aan het idee te hebben dat ze eerder hulp zouden vragen/ krijgen. Eén persoon zag het als vervanging van de huisarts: *“Wel handig, hoef je niet zo vaak naar de huisarts, bij de huisarts moet je een afspraak maken en nu kan je gewoon de app doen”*. Eén persoon stond er neutraal tegenover en een ander vond het geen goed idee om al vroeg bewust bezig te zijn met mentale gezondheid als de doelpopulatie van de app ook uit jonge mensen/ kinderen zou bestaan. Drie personen vonden het een pluspunt dat de app leerzaam is. Als minpunt werd het niet krijgen van een samenvatting van de antwoorden aangegeven. *“Je ziet geen resultaat, ik zou graag een samenvatting willen”*.

Acht mensen dachten dat het doel van de app met zelfinzicht te maken had. *“Om je eigen meer bewust van te maken hoe je in het leven staat”*. Dat de app als controlemiddel diende voor derden om te kunnen zien hoe het gaat, benoemden drie personen. Meten en verbeteren van de gezondheid zagen ze verder als doel van de app. Ook betere samenwerking van instanties werd geopperd: *“Dat de GGZ en huisartsen door de app meer dezelfde richtlijnen hanteren en zo een beter beeld krijgen hoe iemand zich voelt. Zodat mensen bv geen gekke dingen gaan doen zoals zelfmoord, door een betere samenwerking van de instanties”*. Verder heerste ook het gevoel dat het alleen om het meten van de psychische

gezondheid ging. *“Ik heb het gevoel dat die alleen over de geestelijk staat van je lichaam gaat, misschien dat je ook wat met ziekte en fysiek kan doen”*.

Acht personen gingen ervan uit dat het gezondheidscentrum met de app betere zorg wilde bieden en dat het erom ging mensen te helpen. Drie personen dachten dat het ging over het verzamelen van gegevens en twee mensen dachten dat er bewuster en gezonder geleefd zou gaan worden door de app te gebruiken, waardoor de zorgconsumptie zou afnemen. Twaalf personen hadden er geen probleem mee als de gegevens anoniem werden gebruikt voor onderzoek, één persoon was wat sceptischer: *“Hoe anoniem is anoniem? Regio data of landelijke data? Als het neutrale data is ten gunste van de gezondheid dan vind ik het wel ok. Voor commerciële doeleinden niet”*.

Vier personen dachten dat de gegevens verkregen uit het gebruik van de app gekoppeld werden aan hun dossier, vier personen dachten dat de gegevens gebruikt werden ten behoeve van hun gezondheid, waarvan één verwachtte dat er een doktersbezoek zou volgen op een negatieve score op de app. Twee personen verwachtten dat de gegevens alleen werden opgeslagen en twee mensen dachten dat de gegevens voor verdere ontwikkeling en verbetering van de app waren. Eén persoon had geen idee wat er met de gegevens zou gebeuren en één persoon gaf daarbij aan dat er duidelijk moest worden aangegeven dat je toestemming geeft om in een database te komen als je de app gebruikte.

De meeste geïnterviewden zagen graag dat er een vorm van feedback zou komen naar aanleiding van de verstrekte gegevens en de beantwoording van vragen, dit noemden acht personen.. Ze gaven aan dat ze de app zelfs alleen zouden gebruiken als er een vorm van feedback in verwerkt zou worden. Verder vonden twee mensen dat er alleen feedback gegeven moest worden als daar ook specifiek om gevraagd zou worden. Andere suggesties waren: *“Een kleine samenvatting in de vorm van advies”*, *“Een beloningssysteem werkt altijd erg goed”* en *“Dat je gelijk het gevoel krijgt dat het over gezondheid gaat. Ik heb hier meer het gevoel dat het over informatie gaat”*.

Tabel 4: Overzicht van het waargenomen nut

Waargenomen nut van:	Positief	Negatief	Suggesties
Het meten van gezondheid	Zelfinzicht Eerder hulp vragen/krijgen Vervanging huisarts Leerzaam	Te vroeg bewust bezig met mentale gezondheid	Samenvatting van de vragen
Het doel van de app	Zelfinzicht Controle middel Verbeteren gezondheid Samenwerking instanties	Alleen over psychische gezondheid	
De bedoeling v/h gezondheidscentrum	Betere zorg Mensen helpen Verzamelen gegevens Bewuster en gezonder leven Afname zorgconsumptie	Hoe anoniem is het	
Wat er met de gegevens gebeurt	Gekoppeld aan dossier Ten gunste van gezondheid Opgeslagen Verbeteren app	Toestemming	Feedback

3.4.2 Waargenomen gebruikersgemak

In tabel 5 is een overzicht te zien van het waargenomen gebruikersgemak. De meerderheid vond de app duidelijk. Verder werden de emoticons, simpelheid, snelheid en de rustige kleuren als pluspunten genoemd. Vier personen hadden niets negatiefs aan te merken op de app. Twee mensen noemden de antwoordmogelijkheden/schalen als minpunt, evenals het niet duidelijk zijn van de plaatjes. Verder werd aangekaart dat de laatste vraag vast bleef zitten en dat er geen ‘terug’ knop zat.

Zeven personen gaven over de gevisualiseerde vragen op basis van de dimensies van Huber aan dat de afbeeldingen samen met de vragen heel duidelijk waren. *“Daar zou veel meer mee gewerkt moeten worden i.p.v. dat mondelinge of die moeilijke woorden”*. Twee personen vonden de afbeeldingen echter moeilijk. De afbeelding die ‘lichamelijk gezond’ moest uitdrukken, beoordeelden drie mensen als onduidelijk, hier werd een thermometer geopperd. Verder werd de uitbeelding van ‘zingeving’ als lastig ervaren door twee personen. De vragen op basis van de dimensies van Huber werden voornamelijk als positief ervaren. Vijf personen vonden de vragen duidelijk, en gemakkelijk werd ook genoemd. ‘Zingeving’ en ‘tot bloei’ komen waren een paar moeilijke begrippen, deze kanttekeningen kwamen drie keer

naar voren. *“Sommige zijn een beetje onduidelijk, sommige zijn heel breed, kunnen wat specifiekere en wat wordt er bedoeld met tot bloei komen?”*. Ook werd een samengestelde zin met “of” erin als moeilijk ervaren.

Bij de vraag over de antwoordmogelijkheden vonden acht personen de vijf keuzemogelijkheden voldoende, duidelijk en overzichtelijk genoeg. Vier personen vonden dat het duidelijker kon: punten, een verfijndere schaal of het noemen van keuzemogelijkheden waren suggesties.

Het aantal vragen werd door acht personen als goed ervaren. Vijf personen gaven aan dat er meer vragen bij mochten. Vier personen vonden niet dat er belangrijke vragen ontbraken. Anderen gaven aan dat het wat persoonlijker zou mogen en dat er meer specifiekere vragen bij zouden kunnen over bijvoorbeeld het rookgedrag of het voedingspatroon. Een andere suggestie: *“Of vragen erbij over toekomstverwachtingen, over angsten, liefde, wonen, vrijheid, werk”*.

Het krijgen van een melding van de app zelf, werd door zes mensen als gewenste herinnering voor gebruik gegeven. Vier personen gaven aan hiervoor het liefst een mail te ontvangen en andere suggesties waren dat je het in de app zelf kunt aangeven hoe en hoe vaak je herinnerd zou willen worden en *“Een pop up met je eigen avatar met een leuke tekst, bv zou je het leuk vinden om weer een paar vragen te beantwoorden”*.

Aanvullende opmerkingen en suggesties voor verbetering van het gebruikersgemak van de app waren voor vier personen niet relevant. Andere antwoorden zijn:

- *“Misschien dat je het antwoord met een cijfer kan aangeven, soms is het niet zeker of zeer zeker maar zit het er net tussenin. Van 0 tot 10”*.
- *“Dat de roze letters aan het begin wat vetter zijn, de letters vallen een beetje weg en ik kan het niet goed zien”*.
- *“Misschien geluid, zoals dank u”*.
- *“Een uitleg button bij de vraag met een kleine uitleg over de vraag”*.

Tabel 5: Overzicht van het waargenomen gebruikersgemak

Waargenomen gebruikersgemak	Positief	Negatief	Suggesties
Algemene indruk	Duidelijk Emoticons Simpelheid Snelheid Rustige kleuren	Antwoordschalen Onduidelijke plaatjes Geen terug knop	
Afbeeldingen	Samen met vragen duidelijk	Moeilijk Lichamelijk gezond onduidelijk Zingeving lastig	Thermometer bij afbeelding lichamelijk gezond
Vragen	Duidelijk Makkelijk	Zingeving en tot bloei komen moeilijke begrippen Samengestelde zin	Samengestelde zinnen weghalen
Antwoordmogelijkheden	Vijf is genoeg Duidelijk Overzichtelijk	Kan duidelijker	Verfijndere schaal Benoemen keuze mogelijkheden
Het aantal vragen	Goed	Niet genoeg Ontbreken belangrijke vragen	Meer persoonlijke vragen Meer specifiekere vragen
Melding van de app	Gewenst	Liever anders	Via de mail Zelf aangeven hoe vaak

3.4.3 Attitude/Plezier

In tabel 6 is een overzicht te vinden van de attitude en het plezier. Vijf personen gaven aan de app leuk te vinden, vrolijkheid was een pluspunt. Drie mensen vonden de plaatjes kinderachtig en een minpunt was dat mensen het misschien moeilijk zouden vinden om hun gevoelens te uiten. Als pluspunten van de vragen werden leuk en goed genoemd, *“leuke vragen, waarvan je denkt dat ze bij het leven horen”*. Vier keer gaf men als minpunt aan dat de vragen wat persoonlijker zouden mogen, wat dieper mochten gaan. Verder zou het merendeel van de proefpersonen graag afwisseling willen in de vragen: elf personen gaven dit aan. *“Wel afwisseling, met dezelfde vragen wordt het saai. Na een paar maanden over gaan op iets nieuws anders blijf je hangen in het oude”*. Eén persoon maakte het niks uit of er afgewisseld werd en een ander had liever dezelfde vragen.

Over de mogelijkheden tot het krijgen van een beloning, voor het beantwoorden van de vragen in de vorm van punten, waren de meningen verdeeld: zes personen zagen het als leuk en stimulerend. Drie mensen wilden eerst weten wat ze met die punten zouden kunnen

doen en vier personen hadden er hun vraagtekens bij, omdat het zou moeten gaan om interne motivatie. De meerderheid wil de punten voor iets met lichamelijke gezondheid gebruiken, dit kaartten acht personen aan. Korting op een sportschool of sportactiviteit kwam hier het vaakst naar voren. Drie personen wilden de punten gebruiken voor ontspanning in de vorm van wellness of uit eten gaan. Een waardebon om wat leuks voor te kopen noemden twee personen. Het krijgen van de beloning zou snel moeten plaatsvinden, waarbij de meerderheid van de proefpersonen drie maand gebruik van de app als maximum zag. Of ze de app meer zouden gebruiken als er een beloning voor zou staan, is niet eenduidig. Vijf personen geven aan van wel, drie personen twijfelen of ze gevoelig zijn voor een beloning en drie personen geven aan de app hierdoor niet meer te gaan gebruiken. Enkele suggesties voor een naam voor de punten: *“beloningspunten”, “emoticoins”, “gewoon punten, dat is het meest simpele”, “feliciteatie punten of cadeau punten”, “waarderingspunten”, “gezondheidspunten, healthpoints”, “welzijnsapunten”, “vooruitgangspunten”*.

Als de proefpersonen voor de keuze werden gesteld of ze liever een foto van zichzelf of een avatar wilden in de app, kozen zeven personen voor de avatar, twee voor de foto, twee voor geen van beide en twee hadden geen mening over dit onderwerp. Het merendeel koos graag een eigen avatar, het maakt de app persoonlijker.

Negen personen gaven aan dat ze geen spelletjes zouden willen spelen in de app. *“Nee, daarvoor ga ik geen gezondheidsapp downloaden”*. Drie mensen vonden dit wel leuk als het met gezondheid te maken had memory werd hier twee keer genoemd. Een ander persoon dacht dat je met spelletjes juist de generatie van de smartphone zou triggeren.

Tabel 6: Overzicht van de attitude en het plezier

Attitude/plezier	Positief	Negatief	Suggesties
T.a.v. de inhoud	Vrolijkheid Leuke, goede vragen	Kinderachtige plaatjes Vragen niet persoonlijk genoeg	Graag afwisseling in de vragen
T.a.v. het krijgen van een beloning	Leuk Stimulerend	Zou om interne motivatie moeten gaan	Korting op sportschool Wellness Uit eten Waardebon
T.a.v. personalisering	Liever avatar dan foto Persoonlijk		Zelf avatar samenstellen
T.a.v. uitbreiding in de vorm van spelletjes	Leuk als het met gezondheid te maken heeft Triggert de “smartphone- generatie”	Hoort niet thuis in een gezondheids- app	Memory

3.4.4 Intentie

Zes personen gaven aan de app te gaan gebruiken (zie tabel 7), de redenen die ze het meest noemden waren zelfmonitoren en in actie komen om gezonder te leven. Vijf personen twijfelden, waarvan twee mensen aangaven dat ze de app wel zouden gebruiken als ze zich minder goed zouden voelen. Twee mensen gaven aan de app niet te gaan gebruiken. *“nee, omdat ik zelf niet naar mijn gezondheid kijk”*. Hoe vaak mensen de app zouden willen gebruiken, verschilde: eenmalig door twee personen, een keer in de week door vier personen, drie personen maandelijks en drie personen zeiden de app te willen gebruiken wanneer zij vonden dat het nodig was.

Zelfinzicht wordt door acht personen genoemd als voornaamste reden om de app te willen gebruiken. *“Kijken wat mijn algemeen welbevinden is. Kijken hoe ik zelf in mijn vel zit. En als een soort geheugensteuntje waar het dan in zit. Ruimte voor verbeterpunten”*. Het verkrijgen van informatie over gezondheid noemden vier personen als het belangrijkste en één persoon zou de app willen gebruiken om in contact te komen met vrijwilligersinstanties en er vluchtelingenwerk mee willen doen.

Tabel 7: Overzicht van de intenties

Intentie	Positief	Negatief
Om de app te gaan gebruiken	Zelfmonitoren Actie ondernemen om gezonder te leven	Alleen gebruiken wanneer iemand zich slecht voelt Kijken zelf niet naar eigen gezondheid
Het aantal keer van gebruik	Variërend van één in de week tot eens in de maand Wanneer het nodig is	Eenmalig
Reden van gebruik	Zelfinzicht Verkrijgen van informatie over gezondheid	

3.4.5 Implementatie en ontwikkeling

Op de vraag: "Hoe zou de app volgens jou moeten heten?", kwamen verschillende antwoorden. Hier volgen de suggesties: *"Leer jezelf kennen"*, *"Ik voel me van a naar beter"*, *"Mijn eigen gezondheidsmoment"*, *"Healthcare"*, *"Mijn gezonde ik meten"*, *"Mijn gezondheid"*, *"Hoe voel je je deze week"*, *"Meet je emoticons"* en *"Wat happ ik"*.

Ook werden er suggesties gedaan voor een motiverende slogan voor het beginscherm van de app: *"Omdat jij graag aan jezelf werkt"*, *"Meten is weten"*, *"Weet u hoe gezond u bent?"*, *"Eet gezond en sport veel"*, *"Analyseer je welbevinden"*, *"Zie je levensgeluk"*, *"Wees blij en hou je zelf in de gaten"* en *"Wat je doet komt goed"*.

Er werden verschillende tips gegeven voor verdere ontwikkeling van de app. Twee tips hadden betrekking op het verkrijgen van hulp: *"Links naar websites voor hulp"* en *"Samenkomsten organiseren voor de app gebruikers om samen wat te doen"*. Een aantal tips om de inhoud van de app te verduidelijken: *"Grafische feedback in de vorm van een tabel"*, *"Een beknopte uitleg bij de vragen"* en *"De mogelijkheid om met een deskundige te chatten over de vraag of als je iets niet begrijpt door op de emoticon te klikken"*. Over de avatar: *"Een persoonlijke avatar maken via een site"* en *"Persoonlijke avatar op de emoticon"*. De overige tips gingen over het beloningssysteem: *"Leuke weetjes tussen door gooien"*, *"Een tailor made beloning, bv als je niet genoeg sociale contacten hebt gehad, korting op een evenement in de buurt"*, *"Sparen voor stickers met de eigen avatar"* en *"Een soort diploma wat mensen kunnen uitprinten en ophangen met een motiverende slogan"*.

Als afsluiting zeiden sommige personen dat ze benieuwd waren naar de app en het resultaat graag wilden zien.

4. Discussie

Het doel van dit exploratieve en kwalitatieve onderzoek was het ondersteunen van de ontwikkeling van de gezondheid monitoring app “meet moment”. Naast het testen van de gebruikersvriendelijkheid van de app is er ook gekeken naar de gezondheid opvattingen, gedragingen, gebruikte veranderingsstrategieën en barrières die het verbeteren van gezondheid met zich mee brengen, in het bijzonder bij mensen met een lage SES. Dit omdat het in een volgende stap van de ontwikkeling van de app de bedoeling is om naast monitoren ook gepaste interventies aan te kunnen bieden.

In het eerste deelonderzoek werd getracht antwoord te verkrijgen op de volgende vraag: *“Wat zijn de op basis van appreciative inquiry gestelde gezondheidsgedragingen, veranderingsstrategieën en eventuele barrières die de respondenten in dit onderzoek zelf ervaren met betrekking tot welbevinden en gezondheid?”*.

Een opvallend resultaat was dat het ervaren van welbevinden en geluk voornamelijk gedefinieerd werd als verbondenheid in de vorm van contact hebben, zowel met mens als dier. Verbondenheid is volgens de zelfdeterminatie theorie één van de van nature aanwezig zijnde psychologische behoeften die mits bevredigd, zal leiden tot een betere mentale gezondheid en zelfmotivatie (Deci & Ryan, 2011). Dit komt overeen met de gevonden resultaten, waarin werd aangegeven dat men zich gelukkiger voelde als er sprake was van verbondenheid met een ander persoon of dier. De bevrediging van een psychologische behoefte als verbondenheid is groter bij mensen met een hogere SES (Di Domenico & Fournier., 2014), bij mensen met een lage SES zou hier meer aandacht aan gegeven moeten worden. De app “meet moment” kan hierin gaan ondersteunen in de vorm van het aanraden van contact zoeken met anderen als feedback, of/en het samenbrengen van mensen in de vorm van gezamenlijke activiteiten en bijeenkomsten. Hoe mensen ondersteund zouden willen worden door een gezondheidsapp in het contact zoeken of vinden zal nader moeten worden onderzocht.

Een volgend opmerkelijk resultaat was dat bijna alle respondenten in dit onderzoek zich bewust waren van de gevaren van een ongezonde levensstijl en het belang van een gezonde levensstijl. Er wordt gesteld dat mensen met een lage SES en laag opleidingsniveau minder kennis hebben en tot zich nemen, daardoor zouden ze zich minder bewust zijn van de importantie van een gezonde levensstijl en zou de nadruk moeten liggen op het creëren van bewustwording betreffende een gezonde leefstijl (RIVM). De resultaten van dit onderzoek laten wat anders zien. Bewustwording was wel degelijk aanwezig, het ontbrak echter aan kennis over wat nu precies gezond is en hoe gezond gedrag het beste kan worden uitgevoerd.

Dat gezondheid belangrijk is staat buiten kijf, de vraag is hoe je gezond moet leven en hoe gezond je moet leven. Een mogelijke verklaring voor het verschil in bewustwording tussen resultaten uit eerder onderzoek en dit onderzoek, zou verschil in de mate van SES kunnen zijn. Er is in dit onderzoek niet gekeken naar de mate van lage SES en het zou kunnen dat de onderzochte populatie behoort tot de bovengrens van lage SES, wat een grotere mate van bewustwording met zich mee zou kunnen brengen. Voor het gebruik van de gezondheidmonitoringapp heeft deze bewustwording groot voordeel, volgens Brunstein et al., (2012) moeten mensen zich eerst bewust zijn dat er verandering moet plaatsvinden voor dat ze de app gaan gebruiken en bestaat de pre-contemplation stage derhalve niet in de app. Het overbrengen van gepaste kennis over gezondheid en gezonde gedragingen door middel van de gezondheidsapp lijkt essentieel om gezonder gedrag te bewerkstelligen. Het geven van duidelijke en eenduidige informatie zou het voor mensen makkelijker kunnen maken om kennis te vergaren uit de wirwar van gezondheidsinformatie die verspreid wordt. Vervolgens kan deze kennis gebruikt worden om gezondheidsveranderingen in gang te zetten. Om te zorgen dat de gegeven informatie goed aansluit bij de aanwezige of ontbrekende kennis is het nodig te onderzoeken welke kennis er precies ontbreekt en welke aanvullingen hier nodig zijn. Verder kan het voor vervolg onderzoek van belang zijn om onderscheid te maken in de mate van lage SES om te kijken of er zich hier verschillen in voordoen die van belang zijn voor de kennisoverdracht.

Wat verder duidelijk uit het onderzoek naar voren kwam, was dat stress en dan voornamelijk in de vorm van financiële zorgen, als barrière werd ervaren om gezonde gedragingen te beginnen of te blijven uitvoeren. Dit komt overeen met de verwachting dat er bij mensen met een lage SES door financiële zorgen een grotere belasting is van de energiebron waar ook zelfregulatie vandaan moet worden gehaald (Vohs, 2013). Echter zijn niet alle mensen hetzelfde en bevinden zich ook onder mensen met beperkte financiële middelen, mensen die wel gezond leven, de positieve uitzonderingen (Walburg, 2015). Een manier die de positieve uitzonderingen toepassen is in plaats van de focus te leggen op externe factoren, deze focus te verleggen naar interne factoren, waar ze wel zelf invloed op kunnen hebben (Chen, 2013). Hierbij kun je denken aan het loslaten van een idee dat je toch wel ziek wordt van de uitlaatgassen die er zijn en het omarmen van het creëren van een rookvrije leefomgeving, waar je wel zelf invloed op hebt. Het stimuleren van een gevoel van interne controle zou derhalve een manier kunnen zijn om stress te verminderen en gezond leven te stimuleren. Hoe interne controle gestimuleerd kan worden door middel van een gezondheidsapp is onderwerp om nader te onderzoeken.

“Saai” was het meest opvallende woord dat naar voren kwam in dit onderzoek. Gezond leven werd geassocieerd met een saai leven. Gesteld wordt dat sociale klasse de sociaal cognitieve denkpatronen en wereldbeelden voorspelt, die vervolgens gedeeld worden met mensen in dezelfde situatie (MacDonald & Leary, 2005). Als “saai” een sociale norm is voor deze doelpopulatie, dient dit meegenomen te worden in de aanpak voor gedragsverandering (Bartholomew et al., 2011). Er is verder onderzoek nodig naar de mate van stigmatisering van gezond leven binnen deze doelpopulatie.

In het tweede deelonderzoek staat de volgende vraag centraal: *“Wat zijn de gebruikerservaringen, de attitude en de verbeterpunten die de respondenten aangeven naar aanleiding van het testen van de app “meet moment”?”*.

Wat bij het testen van de gebruikersvriendelijkheid naar voren kwam was, dat zowel de gebruikerservaring als de attitude jegens de app “meet moment” voornamelijk positief waren. Dit gold in ieder geval voor de bezitters van een smartphone. Er wordt gesteld dat bijna iedereen een smartphone heeft, ook mensen met een lage SES. Het is echter wel van belang om te weten wie er nu precies bereikt wordt met een gezondheidsapp. Ook is het van belang rekening te houden met de onervaren gebruiker door duidelijke uitleg in en over de app. Voor vervolgonderzoek is het interessant om te onderzoeken welke mensen je nu precies bereikt met een gezondheidsapp en of dit de mensen zijn die het meest baat hebben bij gezondheidsveranderingen.

Verder kwam uit de resultaten naar voren dat de grootste moeilijkheid bestond in het begrijpen van moeilijke begrippen. Zowel moeilijke woorden als samengestelde zinnen begreep men niet altijd goed. Dit zelfs nadat de begrippen zoveel mogelijk gesimplificeerd waren en emoticons toegevoegd. Dit kan verwacht worden bij mensen die minder opleiding genoten hebben, deze hebben doorgaans een kleinere woordenschat en taalbegrip. Om een duidelijk beeld te krijgen van de gezondheid en het welbevinden van de doelgroep, is het wel van groot belang dat de vragen begrepen worden en niet onbegrepen worden beantwoord. Het vervangen van moeilijke begrippen door een uitleg of een uitleg in de vorm van een simpel verhaaltje en het verduidelijken van de emoticons zouden hierbij kunnen helpen. Wat het best begrijpelijk is voor de doelgroep zou verder onderzocht moeten worden.

Het resultaat dat het meest in het oog sprong was, dat het krijgen van feedback na beantwoorden van de vragen essentieel was voor de intentie tot gebruik en daarbij het waargenomen nut van de app. In eerste instantie was het niet de bedoeling om in de eerste fase van de gezondheidsmonitoringsapp “meet moment” feedback in te bouwen, het bleek echter uit de antwoorden een voorwaarde voor het gebruik van de app. De respondenten

vonden het belangrijk dat ze hun eigen voortgang kunnen bijhouden. Op deze manier kan vooruitgang gezien worden als beloning voor gezonde gedragingen en gebruik van de app. Door het zelfmonitoren krijgen mensen ondersteuning bij het volhouden van gezonde gedragingen. Vervolgonderzoek over hoe deze feedback er precies uit zou moeten zien, is al in gang gezet.

Er zijn verschillende beperkingen te benoemen in dit onderzoek. De selectie van de respondenten heeft plaats gevonden op twee plaatsen in Nederland; Nijkerk en Enschede. Omdat een groot gedeelte van de respondenten uit Nijkerk psychische problematiek had en de respondenten uit Enschede in een café zijn geworven, is dit geen aselechte steekproef uit de doelpopulatie wat een vertekend beeld kan opleveren. Verder is er niet gekeken naar de mate van lage SES, of de omgeving waar de respondenten woonden. Het zou een groot verschil kunnen zijn met bijvoorbeeld een steekproef genomen uit de Schilderswijk in Den Haag. In het eerste deelonderzoek is gebruik gemaakt van diepte interviews op basis van appreciative inquiry, de fases uit appreciative inquiry worden doorgaans gebruikt bij reorganisaties in het bedrijfsleven en er is nog weinig bekend over de effecten die appreciative inquiry heeft bij verandering op gezondheidsniveau (Walburg, 2015). Er valt derhalve weinig te zeggen over de validiteit van het diepte interview, behalve dat deze in de toekomst gevalideerd kan worden. Voor de vragen gebaseerd op de dimensies van Huber et al., (2013) en de ontwikkelde emoticons geldt hetzelfde, wat hier verder bleek was dat begrippen als zingeving en tot bloei komen moeilijk te begrijpen waren. Het is hier van belang om nog meer rekening te houden met de doelpopulatie.

Al met al kan geconcludeerd worden dat alle respondenten op hun eigen manier bezig zijn met gezond leven, maar dat het de vraag blijft wat dit nu precies inhoudt. Het lijkt door afwezigheid van kennis en kunde moeilijk te zijn om veranderingsprocessen te voltooien. Verder wordt gezond leven gestigmatiseerd als saai. Het is dus zaak om gezond leven te promoten als zijnde “leuk”, de bewustwording van gezond leven aan te vullen met relevante informatie en meer inzicht te krijgen in de veranderingsprocessen en daar op in spelen. Deze groep heeft met de juiste aanpak en veel extra aandacht zeker de potentie om gezonder te gaan leven, dit vereist wel een specifieke aanpak die inspeelt op hun behoeften en achtergrond. Een gezondheidsmonitoringsapp die enerzijds gezondheidsgedragingen en het welbevinden van de doelpopulatie meet om hierin een beter algemeen inzicht te verkrijgen, en die anderzijds kan worden ingezet om gezond leven en welbevinden te bevorderen, lijkt een geschikt medium om dit te bewerkstelligen. Het nemen van kleine stappen is hier van belang. Elke stap die

genomen wordt naar een gezonder leven is er één in de richting van een positief gezondheidsbeeld.

5. Referenties

- Bailis, D.S., Segall, A., Chipperfield, J.G., Mahon, M.J., & Dunn, E.M. (2001). Perceived control in relation to socioeconomic and behavioral resources for health. *Social Science and Medicine*, 52(11), 1661-1676.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). Planning health promotion programs: An Intervention Mapping approach (3e ed.). San Francisco, CA: John Wiley And Sons.
- Bowling, A. (2014). Research Methods In Health: Investigating Health And Health Services.
- Braveman, P. A., Egerter, S. A., & Mockenhaupt, R. E. (2011). Broadening the focus. The need to adress the social determinants of health. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(1S1), S4-S18.
- Brunstein A, Brunstein J, Mansar SL. Integrating health theories in health and fitness applications for sustained behavior change:Current state of the art. *Creative Educ.*2012;3:15. <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=26690>
- Chen, E., Miller, G.E., (2013). Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 9, 723–749.
- Deci EL, Ryan RM.(2011). Levels of analysis, regnant causes of behavior and well-being: The role of psychological needs. *Psychological Inquiry*.22:17–22.10.1080/1047840X.2011.545978
- Delp, D., & Jones, J. (1996). Communicating information to patients: The use of cartoon illustrations to improve comprehension of instructions. *Academic Emergency Medicine*, 3(3), 264-270.
- Dennison L, Morrison L, Conway G, Yardley L. (2013).Opportunities and Challenges for Smartphone Applications in Supporting Health Behavior Change: Qualitative Study.*J Med Internet Res*, 15(4):e86.

Di Domenico SI, Fournier MA. Socioeconomic status, income inequality, and health complaints: A basic psychological needs perspective. *Social Indicators Research*. 2014;10.1007/s11205-013-0572-8

Direito A, Dale LP, Shields E, Dobson R, Whittaker R, Maddison R.. Do physical activity and dietary smartphone applications incorporate evidence-based behaviour change techniques? *BMC Public Health* (2014) 14:646.10.1186/1471-2458-14-646.

van Gelder MM, Bretveld RW, Roeleveld N. Web-based questionnaires: the future in epidemiology? *Am J Epidemiol*.2010 Dec 1;172(11):1292–8. doi: 10.1093/aje/kwq291

van Gemert-Pijnen, J.E.W.C., Nijland, N., Van Limburg, M., Ossebaard, H.C., Kelders, S.M., Eysenbach, G. & Seydel, E.R. (2011). A Holistic Framework to Improve the Uptake and Impact of eHealth Technologies. *Journal of Medical Internet Research* 23, 43-61. doi: 10.2196/jmir.1672.

Howitt, D., & Cramer, D. (2007). *Methoden en technieken in de psychologie*. Pearson Education.

Huber, M., Vliet, M. van., Giezenberg, M., & Knottnerus, A. (2013). *Towards a conceptual framework relating to “Health as the ability to adapt and to self manage”*. Louis Bolk Institute

Jaspers, M.W. (2009). A comparison of usability methods for testing interactive health technologies: Methodological aspects and empirical evidence. *International Journal of Medical Informatics*, 78(5), 340 - 353.

Kraus, M. W., Piff, P. K., Mendoza-Denton, R., Rheinschmidt, M. L., Keltner, D. (2012). Social Class, Solipsism, and Contextualism: How the Rich are Different From the Poor. *Psychological Review*, 119(3), 546-572.

Krieger N, Chen JT, Ebel G. (1997). Can we monitor socioeconomic inequalities in health? A survey of U.S. health departments' data collection and reporting practices. *Public Health*, 112(6), 481–91.

MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131, 202–223. doi:10.1037/0033-2909.131.2.202.

Macintyre S, Maciver S, Sooman A.(1993). Area, class and health: Should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy*;22:213–33.

Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75, 761-769.

Matthews, K. A., Gallo, L. C. (2011). Psychological Perspectives on Pathways Linking Socioeconomic Status and Physical Health. *Annu Rev Psychol*, 62, 501-530.

Moore, S. M., & Charvat, J. (2007) Promoting health behavior change using appreciative inquiry: moving from deficit models to affirmation models of care.*Family & community health* 30 : S64-S74.

Oinas-Kukkonen, Harri and Harjumaa, Marja (2009) "Persuasive Systems Design: Key Issues, Process Model, and System Features," *Communications of the Association for Information Systems: Vol. 24*, Article 28.

Pai, F., Huang, P (2011). Applying the Technology Acceptance Model to the introduction of healthcare information systems. *Technological Forecasting & Social Change*, 78, 650–660.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Pickett, K.E., Pearl, M. (2001). Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J. Epidemiol. Community Health*. 55(2),111–122. [PubMed: 11154250]

Pouchieu, C., Méjean, C., Andreeva, V. A., Kesse-Guyot, E., Fassier, P., Galan, P., ... Touvier, M. (2015). How Computer Literacy and Socioeconomic Status Affect Attitudes Toward a Web-Based Cohort: Results From the NutriNet-Santé Study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(2), e34. <http://doi.org/10.2196/jmir.3813>

RIVM¹<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/gezonde-levensverwachting/cijfers-context/bevolkingsgroepen#node-gezonde-levensverwachting-bij-geboorte-naar-opleidingsniveau>

RIVM², (2002) <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555004.pdf>

RIVM³, (2010) <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270171002.pdf>

Velicer, W. F, Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38, 216-233.

Venkatesh, V, Morris, M.G, Davis.,& G.B, Davis, F.D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, Vol. 27, No. 3, pp. 425-478

Vohs, K.D., (2013). *The Poor's Poor Mental Power*. *Science*, 30 AUG 2013 : 969-970

Walburg, J.A. (2015). *Positieve gezondheid*. Bohn Stafleu van Loghum

J. Wardle., A. Steptoe. (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *J Epidemiol Community Health*, 57, 440-443.

Yuan, S., Ma, W., Kanthawala, S., Peng W.(2015). Keep Using My Health Apps: Discover Users' Perception of Health and Fitness Apps with the UTAUT2 Model. *Telemedicine and e-Health*. 21(9), 735-741.

Bijlage 1: Informatiebrief proefpersonen

Informatiebrief proefpersonen:

Ontwikkeling van een app om gezondheidsgedrag te meten

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te werken aan interviews voor het ontwikkelen van een app om gezondheidsgedrag te meten. U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over de interviews. Lees deze informatiebrief rustig door. Heeft u na het lezen van de brief nog vragen, dan kunt u terecht bij de onderzoeker.

Met de kennis die we opdoen uit de interviews willen we een app gaan maken. Dit wordt een app waarmee de gezondheid van inwoners van Nijkerk gemeten kan worden. Dit gebeurt in samenwerking met gezondheidscentrum de Nije Veste in Nijkerk en Universiteit Twente. Wij vinden het belangrijk dat de app goed aansluit bij wat mensen willen en belangrijk vinden. En hopen dat u ons daarbij wil helpen. Daarom worden er in totaal drie interviews uitgevoerd.

Interview 1: vragen over gezondheidsgedrag (duurt ongeveer 30 minuten)

Interview 2: vragen en beoordelen van een eerste opzet van de app (duurt ongeveer 25 minuten)

Interview 3: vragen en beoordelen van een werkende app (duurt ongeveer 25 minuten)

Na afloop van het laatste interview krijgt u een VVV van 10 euro. De interviews worden opgenomen op mp3 wat we later uittypen zodat we niks vergeten. U mag altijd stoppen met de interviews.

Uw gegevens zijn en blijven anoniem en vertrouwelijk. Dit betekent dat niemand anders dan de onderzoekers inzage krijgt in de uitwerkingen van de interviews. En dat ook in mijn scriptie geen namen worden genoemd.

Heeft u verder nog vragen kunt u contact opnemen met de onderzoeker

Margo Wispels

0652403739

m.wispels@student.utwente.nl

Bijlage 2: Toestemmingsverklaringformulier

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: motiverend monitoren van gezondheidsgedrag

Verantwoordelijke onderzoeker: Margo Wispels

In te vullen door de deelnemer

Ik heb begrepen waarover het onderzoek gaat.

Ik weet dat de interviews worden opgenomen en anoniem blijven.

Ik weet dat ik niet verplicht ben om aan het interview mee te doen.

Ik weet dat ik altijd kan stoppen zonder daar een reden voor te geven.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:
.....

Datum: Handtekening onderzoeker:

Bijlage 3: Interviewschema diepte interview

Interviewschema: motiverend monitoren van gezondheidsgedrag

Geslacht:

Leeftijd:

Gemiddeld aantal sigaretten per dag over de afgelopen 7 dagen:

Gemiddeld aantal glazen alcohol per dag over de afgelopen 7 dagen:

Gemiddelde beweging per dag over de afgelopen 7 dagen:

- Lopen
- Fietsen
- Sporten (welke sport)

BMI?: (vragen of ze het weten of willen weten.. dan samen uitrekenen)

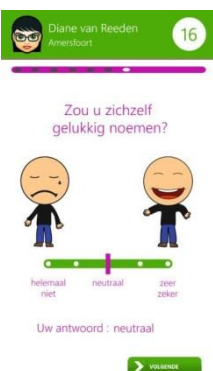
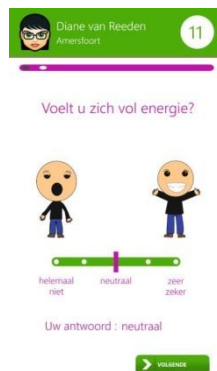
- 1) Beschrijf een tijd waarin je echt gelukkig was
 - Hoe belangrijk was deze ervaring?
 - Hoe belangrijk was gezondheid hierin?
 - Wat heb jij gedaan om dit te laten gebeuren?
 - Wat hebben anderen gedaan om dit te laten gebeuren?
 - Welke omgevingsfactoren hebben bijgedragen aan deze positieve ervaring?
- 2) Beschrijf een tijd waarin je een uitzonderlijk gezonde levensstijl had
 - Wat waardeerde je aan deze ervaring?
 - Wat betekent gezondheid voor je?
 - Wat heb jij gedaan om dit te laten gebeuren?
 - Wat zijn de goede eigenschappen van jou die hebben geholpen om dit een speciale tijd te maken?
 - Heb je wat nieuws over jezelf geleerd?
 - Wat hebben anderen gedaan om dit te laten gebeuren?
 - Welke omgevingsfactoren hebben bijgedragen aan deze positieve ervaring?
- 3) (Soms hebben we allemaal hulp nodig. Kun je me een ervaring vertellen wanneer je het gevoel had dat er voor je gezorgd werd?
 - Wat maakte dit zo speciaal?
 - Hoe hebben anderen geholpen?
 - Was er nog wat anders dat hielp een verschil te maken?)
- 4) Stel je een wereld voor waar iedereen de baas zou zijn over zijn eigen gezondheid

- Wat zijn de belangrijkste dingen die je zou moeten doen om te zorgen voor je eigen gezondheid?
- 5) Je gezondheid en de gezondheid van je familie worden beïnvloed door wat er gebeurt in je leefomgeving. Stel je voor dat je leeft in een echt gezonde leefomgeving
- Wat zou anders zijn dan hoe het nu is?
 - Welke rol zie je hierin voor jezelf?
 - Welke stappen zou je gemeenschap kunnen maken om voor een gezonde toekomst te zorgen?
 - Heb jezelf weleens iemand geholpen om gezonder te leven?
- 6) Als je de mogelijk hebt om je bewegingspatroon/voedingspatroon/rookgedrag/drinkgedrag te verbeteren, wat zou je dan doen?
- Welke dingen moeten aanwezig zijn om dit uit te laten komen?
 - Hoe zou je je dagelijks voelen?
 - Wat zou je aan het doen zijn?
 - Hoe denk je dat je eruit zal zien?
 - Hoe denk je dat het je gezondheid zal helpen?
 - Wat zie je jezelf doen om dit gedrag te behouden dat je een goed gevoel geeft terwijl je het aan het doen bent?
 - Wat kun je doen wat anders is dan hoe het nu gaat?
 - Wat kunnen de mensen om je heen doen om je te helpen?
- 7) Wat zou je nu kunnen doen om meer de baas te zijn over je eigen gezondheid?
- Waar zou je naartoe gaan voor hulp?
 - Is er iets wat de mensen naar wie je nu toegaat voor hulp anders kunnen doen zodat je zelf meer de baas kunt zijn over je eigen gezondheid?
- 8) Maak je gebruik van een smart Phone?
- 9) Maak je gebruik van een pc?
- 10) Maak je gebruik van een tablet?
- 11) Wat is je favoriete app en op welk apparaat gebruik je die het meest?
- Wat vind je leuk aan deze app?
- 12) Wat vind je van het idee om een gezondheids app te maken?
- 13) Hoe zou de app er volgens jou uit moeten zien?

Hoogst afgeronde opleiding : (basisschool)(middelbare school)(lager beroepsonderwijs)(middelbaar beroepsonderwijs)(hoger beroepsonderwijs)(universiteit)

Netto maandinkomen: (0-1000)(1000-1500)(1500-2000)(2000-2500)(2500-3000)(>3000)

Bijlage 4: Screenshots prototype

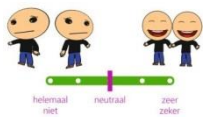




Diane van Reeden
Amersfoort

218

Beleeft u plezier aan de contacten met andere mensen?



Uw antwoord : neutraal

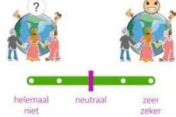
> VOLGENDE



Diane van Reeden
Amersfoort

219

Heeft u het gevoel iets te kunnen bijdragen aan de maatschappij?



Uw antwoord : neutraal

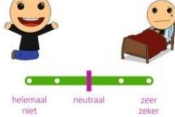
> VOLGENDE



Diane van Reeden
Amersfoort

220

Ervaart u lichamelijke of mentale beperkingen in uw leven?



Uw antwoord : neutraal

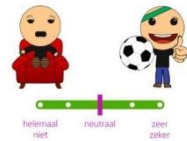
> VOLGENDE



Diane van Reeden
Amersfoort

221

Investeert u in uw gezondheid door te sporten, bewust te wandelen en dergelijke?



Uw antwoord : neutraal

> VOLGENDE



Diane van Reeden
Amersfoort

222

Bedankt!

Over 7 dagen vragen wij u de vragen opnieuw te beantwoorden.



Diane van Reeden
uit Amersfoort

> DIRECT BEGINNEN

> HIER WERDT NIET!

Bijlage 5: Gebruikersvriendelijkheidstest

Gebruikersvriendelijkheidstest

Je krijgt zo een voorbeeld te zien van de gezondheidsapp. Ik wil je vragen om de opdrachten die je zo krijgt uit te voeren en daarbij hardop te denken.

- 1) Wil je als geslacht vrouw invoeren
- 2) Wil je aangeven dat je uit 1986 komt
- 3) Wil je de avatar links onder uitkiezen
- 4) Wil je naar de uitleg gaan en die lezen
- 5) Wil je de vragen beantwoorden

Taak	Problemen
1	
2	
3	
4	
5	

Bijlage 6: Interviewschema prototype

Interviewschema prototype

- 1a) Wat vind je ervan?
- b) Wat denk je dat het doel is?
- c) Wat vond je goed aan de app?
- d) Wat vond je minder goed aan de app?
- e) Wat zou er volgens jou beter kunnen aan de app?

- 2a) Wat vind je van het idee van het regelmatig meten van gezondheid?
- b) Wat denk je dat het gezondheidscentrum zou willen met de app?
-zouden de gegevens anoniem mogen worden gebruikt voor onderzoek?
- c) Wat denk je dat er met de gegevens gebeurt?
- d) Wat zou er met de gegevens moeten gebeuren?
- e) Zou jij de app gebruiken? (waarom wel/niet)
- f) Hoe vaak zou je de app willen gebruiken?
- g) Hoe zou je willen worden herinnerd aan het gebruik?
- h) Je krijgt voor elke vraag die je beantwoordt punten
 - a. Wat vind je daarvan?
 - b. Hoe zouden die volgen jou moeten heten?
 - c. Waar zou je deze punten voor willen gebruiken?
 - d. Hoelang zou het maximaal mogen duren voordat je de punten kunt gebruiken?
 - e. Zou je de app hierdoor meer gaan gebruiken?

- 3a) Wat vind je van de vragen?
- b) Wat vind je van de afbeeldingen?
- c) Wat vind je van de antwoordmogelijkheden?
- d) Zijn er nog belangrijke vragen die missen?
- e) Wat vind je van het aantal vragen?
- f) zou je dezelfde vragen willen beantwoorden of afwisseling willen?

- 4a) Waarvoor zou jij de app willen gebruiken?
- b) Zou je spelletjes willen kunnen spelen in deze app?
- c) Heb je nog tips voor het ontwikkelen van de app?

- 5a) Hoe zou deze app volgens jou moeten heten?
- b) Zou je een motiverende slogan kunnen bedenken voor het beginscherm van de app?
- c) Wat vind je van het kiezen van een eigen avatar?
- d) Zou je liever een eigen foto willen of een avatar?
- e) Wat wil je verder nog zeggen over de app?