

UNIVERSITY OF TWENTE.

Faculteit Behavioral, Management and
Social Sciences

E-health methoden voor studenten

*Voorkeuren, verwachtingen en
invloed van het stressniveau*

Sascha Bödder

Studentnummer 1350587

B.Sc. Thesis

Juni 2017

1^e Begeleider: Radstaak, dr. M.

2^e Begeleider: Köhle , dr. N.

Faculteit Behavioural,

Management and Social Sciences

Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie
University of Twente

Samenvatting

Stress is een fenomeen dat in onze tijd steeds meer aanwezig is en grote problemen kan veroorzaken. Studenten hebben hier in hoge mate last van. Deze groep heeft een gebrek aan passende copingstrategieën en weigeren vaak de hulp die aangeboden wordt vanwege tijdsgebrek en stigmatisatie van conventionele technieken. E-health lijkt hier een goed alternatief op, dat onder studenten steeds populairder wordt. Om na te gaan hoe e-health het best aangeboden kan worden, werden met behulp van kwantitatieve en kwalitatieve analyses vijf verschillende e-health methoden getest. Met behulp van een interview werd een inzicht verschaft in de verwachtingen die studenten hebben in de vijf methoden. Tevens werd er onderzocht wat de voorkeur van studenten was met behulp van een evaluatieformulier. Bovendien werd de invloed van het stressniveau op de voorkeur van deze methoden onderzocht. Uit onderzoek konden noch significante resultaten ten opzichte van bepaalde voorkeuren voor e-health methoden noch significante resultaten met betrekking tot de invloed van stress gevonden worden. Trends in beide analyses laten echter vermoeden dat ten eerste ‘Exercise program’ in het algemeen hoog gewaardeerd wordt. ‘Community forum’ wordt ten tweede hoger gewaardeerd door studenten met een hoger stressniveau dan door studenten met een lager niveau aan ervaren stress. Tot slot laat een gevonden trend vermoeden dat de voorkeur van e-health methoden samenhangt met de door de studenten verwachte effectiviteit en efficiëntie van deze methoden.

Abstract

Stress is an increasing problem at the present time. Especially students are affected by the impacts of stress. Students have a lack of appropriate strategies to cope with stress. Moreover, they don't use available conventional assistance due to a lack of time and stigmatization. E-health appears to offer an alternative for conventional help that becomes more and more popular. To find out what the best way would be to offer e-health there were conducted quantitative and qualitative analyses. The examinations were focused on five different e-health methods. By means of an interview insight into the expectations from students was gained. Moreover it was examined whether students have preferences with regard to the five e-health methods. In addition, the investigation includes the influence of the stress level on the selected preferences. Results showed no significant preference regarding to e-health methods. There were also no significant findings with regard to the influence of stress on the preferences. However, trends were found in the qualitative part as well as in the quantitative part. These trends indicate a preference to 'Exercise program' and a preference of 'Community forum' in the high level of stress group. Further, it was found that preferences are depending on the students' expectation of efficiency and effectiveness of the method.

Inhoud

1. INLEIDING	5
1.1 Stress.....	5
1.2 E-health.....	6
1.3 E-health methoden	6
1.3.1 Ask the expert.	7
1.3.2 Counseling room.	7
1.3.3 Community forum.....	7
1.3.4 Stories told & research results.	7
1.3.5 Exercise program.....	8
1.4 Doel van het onderzoek	8
2. METHODE	10
2.1 Design.....	10
2.2 Respondenten.....	10
2.3 Materialen.....	10
2.3.1 Kwantitatief onderzoek.	10
2.3.2 Kwalitatief onderzoek.	11
2.4 Procedure	11
2.5 Data analyse.....	13
2.5.1 Kwantitatieve analyse.	13
2.5.1 Kwalitatieve analyse.	13
2.5.2 Onderzoeksvraag I.	15
2.5.3 Onderzoeksvraag II.....	15
3. RESULTATEN.....	15
3.2 Onderzoeksvraag I – Voorkeur van e-health methoden	16
3.3 Onderzoeksvraag II – Invloed van stress op de voorkeur van methoden	18
4. DISCUSSIE.....	19
4.1 Voorkeur e-health methoden	19
4.2 Invloed stressniveau op voorkeur e-health methoden	20
4.3 Sterktes, zwaktes en vervolgonderzoek.....	21
5. CONCLUSIE	23
Referenties.....	24
Bijlagen.....	27

1. Inleiding

1.1 Stress

Stress, een thema dat steeds belangrijker wordt vooral de laatste jaren. De 21^e eeuw is een hectische tijd getekend door een toename van stress (Behere, Yadav & Behere, 2011). Stress wordt daarmee een steeds belangrijker thema, zowel in de maatschappij als ook op de universiteit (Ibrahim & Bohar, 2012). Het studentenleven is een periode getekend door nieuwe uitdagingen voor studenten. Uit onderzoek van Blüthmann, Lepa, Veit en Thiel (2008) blijkt dat 74% van bachelor studenten lijden onder hoge prestatiedruk. Stress wordt op het gebied van universitaire opleidingen vooral geassocieerd met tijdsdruk, prestatiedruk, overlast, eigen verwachtingen, nervositeit of twijfel aan zich zelf (Herbst, Voeth, Eidhoff, Müller & Stief, 2016).

Gezien de vele stressoren waaraan studenten worden blootgesteld, zijn copingstrategieën belangrijke factoren. Copingstrategieën, dienen als veerkracht tegen stress. Volgens Lazarus (1991) wordt coping gedrag vertoond zoals eigen bewuste inspanning worden geïnvesteerd om te proberen stress en conflict te beheersen, te minimaliseren of te tolereren. Ze worden geactiveerd als een persoon een gestoord evenwicht ervaart tussen de eisen en de individuele middelen om ermee om te gaan (Gerrig & Zimbardo, 2008). Copingstrategieën die een vorm van veerkracht tegen stress kunnen bieden lijken bij studenten onderontwikkeld (Middendorff, Poskowsky, Isserstedt, 2012)

Volgens Herbst et al. (2016) hebben 44% van de onderzochte studenten een laag niveau van veerkracht die correleert met het subjectief waargenomen niveau van stress. De gevolgen van een tekort aan veerkracht zijn enorm. Uit onderzoek van Gerrig en Zimbardo (2008) blijkt dat er op korte termijn onder andere ontevredenheid, onrust, slapeloosheid en concentratieproblemen ontstaan. Op lange termijn kunnen er ziektes zoals een verstoorde

hormoonhuishouding, depressie, beroerte en kanker ontstaan. In het uiterste geval kan een hoog stresslevel op lange termijn zelfs tot de dood leiden (Gerrig & Zimbardo, 2008).

Ondanks dat stress een ernstig gevaar oplevert, wordt er volgens Herbst et al. (2016) door slechts 30% studenten beroep gedaan op interne en externe conventionele hulpverleningsprogramma's. Reden hiervoor zijn vooral stigmatisatie en tijdsgebrek (Herbst et al. 2016).

1.2 E-health

Een nieuwe aanpak die het probleem met stigmatisatie en tijdsgebrek zou kunnen oplossen, is e-health. E-health is een zeer divers en complex concept, waarvan er verschillende definities zijn te vinden in verschillende bereiken. De meest geschikte definitie voor dit onderzoek is die van Wyatt en Liu (2002, p. 809): 'The use of internet technology by the public, health workers, and others to access health and lifestyle information, services and support'. E-health methoden worden in het digitale tijdperk steeds prominenter en populairder (Kummervold, 2008). Deze e-health mogelijkheden zoals online zelfhulp- en adviesprogramma's worden steeds meer gebruikt (Escoffery et al., 2010). Uit onderzoek van McTavish en Gustafson (2008) bleek dat door middel van deze programma's en portalen stress kan worden gereduceerd. Verder noemen Fitterer, Mettler en Rohner (2009) onder andere minder tijdsinvestering, meer anonimiteit en minder stigmatisatie als voordelen van e-health.

1.3 E-health methoden

E-health biedt diverse hulpmiddelen om stress aan te kunnen. In dit onderzoek wordt de nadruk gelegd op de vijf verschillende e-health methoden van Smedberg en Sandmark (2011) die zich richten op het verminderen van stress. Deze omvatten verschillende bronnen van hulp, van onderzoeksresultaten naar levensverhalen, communicatie met collega's en praktische hulpmiddelen en begeleiding.

1.3.1 Ask the expert.

‘Ask-the-Expert’ is een vorm van communicatie tussen een gebruiker en een expert op het gebied van stress. Hier kan individueel naar hulp worden gevraagd, maar ook bestaande toelichtingen en adviezen worden bestudeerd die het mogelijk maken om informatie en hulp te verkrijgen. Deze vorm van communicatie gebeurt meestal asynchroon zoals een e-mail, dus niet in directe vorm.

1.3.2 Counseling room.

‘Counseling room’ is een directe mogelijkheid met meerderen gebruikers met het zelfde probleem en een expert, dus door middel van ‘synchrone communicatie’ te communiceren. Het voordeel hiervan is dat een breder bereik van het thema wordt besproken wat mensen kan helpen een beter inzicht van het probleem en of de mogelijkheden van oplossingen te verkrijgen.

1.3.3 Community forum.

‘Community forum’ is een mogelijkheid voor mensen met stress-gerelateerde problemen om berichten te plaatsen en over hun dagelijkse ervaringen te kunnen praten. Deze vorm kan mensen helpen nieuwe inzichten en aanmoediging voor nieuwe gewoontes te ontwikkelen die hen kunnen helpen.

1.3.4 Stories told & research results.

‘Stories told & research results’ is een vorm van service die de gebruikers toegang tot stress-gerelateerde onderzoeksresultaten laat zien. Verder worden verhalen van oud-gebruikers en mensen die hun stress konden managen gepresenteerd. Deze worden vaak met opmerkingen van de medische professionals aangeboden. De gebruiker kan zichzelf hier in vinden, de situatie beter inschatten en met nieuw verworven hoop aan zijn problemen werken.

1.3.5 Exercise program.

‘Exercise programs’ zijn oefeningen die gebruikers zelfstandig kunnen uitvoeren. Zij zijn in veel verschillende vormen beschikbaar en kunnen op vele psychische en fysische bereiken stress-gerelateerde problemen beïnvloeden. De vormen waarin deze worden gepresenteerd, zijn evenals divers en bieden in vorm van video’s, audio, teksten of combinaties hiervan een uitgebreide mogelijkheid voor e-health.

1.4 Doel van het onderzoek

Het is niet duidelijk of de bovengenoemde methoden tot een verbetering van het stressmanagement leiden of welke methoden door de eindgebruikers bij voorkeur worden gebruikt. Volgens Herbst et al. (2016) is er onder gestreste studenten een voorkeur voor persoonlijke individueel advies. Hulp in vorm van informatie via webpagina’s, fora en blogs wordt echter ook veel gebruikt. Uit onderzoek van Tannenbaum, Annane, Mehta en Arheart (2017) bleek dat mentale oefeningen in de laatste jaren steeds populairder worden.

Wij kunnen concluderen dat er op grond van verschillende onderzoeksresultaten verschillende behoeftes aan e-health zijn. Op basis hiervan probeert dit onderzoek meer inzicht in de behoeftes en eventuele voorkeuren ten opzichte van stress gerelateerde e-health methoden te verkrijgen.

Er kan op basis van de toename van het gebruik van mentale oefeningen verwacht worden dat ‘Exercise program’ het beste aangepast is aan de behoeftes van studenten. Het feit dat gestreste studenten een voorkeur voor persoonlijke individuele advies laten zien, veronderstelt dat ‘Ask the expert’ naast ‘Exercise program’ het beste de behoeftes van studenten vervult. Deze vermoedens worden in dit onderzoek nader belicht.

Verder wordt de keuze van de strategieën in het licht van het stressniveau van studenten onderzocht. Volgens Starcke en Brand (2012) kan het stressniveau invloed hebben

op besluitvormingsprocessen. Het wordt derhalve ook in de context van de keuze van e-health methoden verwacht dat het stressniveau daarop invloed uitoefent.

Uit het voorgaande blijkt dat e-health methoden mogelijkheden bieden om beter met stress om te kunnen gaan. Verder wordt duidelijk dat ze steeds populairder worden, ook om de reden dat ze enige voordelen bieden in vergelijking tot conventionele hulp. Er werd echter nog geen onderzoek gedaan met betrekking tot de behoeftes en preferenties van studenten ten aanzien van de vijf genoemde e-health methoden. Dit zijn cruciale aspecten waarmee rekening moet worden gehouden om effectieve hulp te kunnen bieden. Dit onderzoek zal meer inzicht geven op dit gebied. Om de reden dat er uit eerdere studies bleek dat het stressniveau invloed heeft op de keuzes van mensen, wordt in dit onderzoek tevens het stressniveau in samenhang met de preferentie van vijf verschillende e-health methoden belicht.

Hieruit volgen twee onderzoeksvragen:

- I. Aan welke van de vijf verschillende e-health methoden tegen stress geven studenten de voorkeuren en welke verwachtingen hechten zij hieraan?*
- II. Heeft het stressniveau invloed op de keuze van de vijf verschillende e-health methoden?*

2. Methode

2.1 Design

Het onderzoek werd opgedeeld in een kwantitatief en een kwalitatief gedeelte (mixed methods) in vorm van een vragenlijst en een semi gestructureerd interview.

2.2 Respondenten

Het onderzoek werd afgenomen bij zes hoog opgeleide studenten, drie mannelijke en drie vrouwelijke van de Universiteit Twente (NL). Vijf respondenten volgden de bachelor- studie ‘Psychologie’ en een de master ‘Industrial Engineering and Management’. Er waren vijf respondenten met een Duitse nationaliteit en een respondent met een Nederlandse nationaliteit. Alle zes respondenten hadden voldoende kennis in Duits en Nederlands om het onderzoek te kunnen volgen. Op het moment van onderzoek waren de respondenten tussen de 21 en 25 jaar oud. De gemiddelde leeftijd was 23.3 jaar ($SD=1.63$).

2.3 Materialen

2.3.1 Kwantitatief onderzoek.

Aan het begin van kwantitatief onderzoek werd naar de demografische gegevens van de respondenten gevraagd. Deze vragen richtten zich op de leeftijd, geslacht, nationaliteit en de actuele studierichting.

Vervolgens werd voor de evaluatie van de vijf e-health methoden per methode naar zes factoren gevraagd. Deze waren: 1. ‘Voordeligheid’, 2. ‘Effectiviteit’, 3. ‘Handigheid’, 4. ‘Ondersteuning’, 5. ‘Kwaliteit’ en 6. ‘Waarschijnlijkheid van het gebruik’. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een 5-punt-Likertschaal met de antwoordmogelijkheden: 1 = ‘zeer mee eens’ tot 5 = ‘zeer mee oneens’. Vervolgens werden gemiddelde scores per e-health methode met behulp van alle zes factoren berekend.

Om het stressniveau van de respondenten te kunnen vergelijken werd de PSS (Perceived Stress Scale; Cohen, Kamarck en Mermelstein, 1994) afgenomen. De test meet

de mate van ervaren stress in de afgelopen maand met behulp van zelfrapporten. De PSS bevat tien vragen, voorbeeldvragen hiervan waren ‘Hoe vaak hebt u tijdens de afgelopen maand zelfverzekerd gevoeld over uw vermogen om uw persoonlijke problemen aan te pakken?’ of ‘Hoe vaak heeft u tijdens de afgelopen maand zenuwachtig en gespannen gevoeld?’. Voor alle vragen werd er gebruik gemaakt van een 5-punt-Likertschaal met 0 = ‘nooit’ en 4 = ‘zeer vaak’. De individuele totaalscore van de zes respondenten werd berekend door middel van opsomming van alle tien de vragen. De PSS werd door Pbert, Doerfler en DeCosimo (1992) met een goede interne consistentie ($\alpha = .85$), adequate test-her-test-betrouwbaarheid en predicatieve validiteit beoordeeld.

2.3.2 Kwalitatief onderzoek.

Voor het kwalitatieve gedeelte werd een interview afgenomen. Er werd naar de verwachtingen ten opzichte van de vijf verschillende methoden gevraagd. De vraag die door iedere respondent werd beantwoord was: *Wat voor soort info verwacht u hier te kunnen verkrijgen?*. Deze vraag werd per e-health methode gesteld. Voor de kwalitatieve analyse werd een geluidsopname app gebruikt om de antwoorden van de respondenten te kunnen rapporteren.

2.4 Procedure

Ten eerste werden studenten door de onderzoeker gezocht die bereid waren om mee te doen aan het onderzoek. Hiervoor werd informatie, waarover het onderzoek en het interview in grote lijnen gaat, via de universitaire studenten mail aan een breed publiek van studenten gegeven. Er werd geen informatie prijsgegeven over het specifieke doel van het onderzoek om beïnvloeding van de respondenten te voorkomen. De benodigde respondenten moesten op het moment van onderzoek een bachelor of master studie volgen. Verder wordt vereist dat deze Duitstalige en/ of Nederlandstalige studenten in staat zijn om in verband met de spreektaal de kwaliteit van interview hoog te kunnen houden. Bovendien werd er voor een

grotere variantie een gelijke verhouding met betrekking tot de geslachten dus naar drie mannelijke en drie vrouwelijke respondenten gezocht.

Als een passende respondent toestemde om te participeren werd door de onderzoeker mondeling uitgelegd dat het interview tussen 10-15 minuten zal duren plus een stresstest die circa 5 minute duurt. Vervolgens werd een toestemmingsverklaringsformulier (informed consent) aan de respondent gegeven. Hier werd duidelijke informatie over de vertrouwelijkheid van de eigen data gegeven en dat alle gegevens tijdens en na het onderzoek geanonimiseerd werden weergegeven. Het formulier werd door beide, de respondent en de onderzoeker ondertekend.

Na het eerste onderdeel van het interview ('Persoonlijke Gegevens & Achtergrond') werd naar toestemming voor een geluidsopname gevraagd. Als er toestemming werd verkregen werd het interview afgenomen en opgenomen. Aan het eind werd de geluidsopname stopgezet en de respondent voor zijn openheid bedankt.

Ten laatste werd de PSS (Perceived Stress Scale) afgenomen. Hier werd aan de respondent naar eigen voorkeur een Nederlands of Engelse versie overhandigd. De respondent vulde deze zelfstandig uit terwijl de onderzoeker voor eventuele vragen en toelichtingen ter beschikking stond. Na het beantwoorden van het laatste item werd de respondent voor zijn deelname bedankt en het onderzoek beëindigt.

Na het onderzoek schrijft de onderzoeker aan de hand van de geluidsopname-app de tijd op wanneer het interview is begonnen en hoelang het duurde, verzamelt alle documenten en kan met behulp van de geluidsopname het interview voor de kwalitatieve analyse letterlijk transcriberen. Hierbij werden de gegevens geanonimiseerd bewerkt en veilig opgeslagen. De gehele dataverzameling vond bij de respondenten thuis plaats, in hun gewone omgeving, eind april 2017.

2.5 Data analyse

2.5.1 Kwantitatieve analyse.

Met behulp van statistieken werden de waardes van de respondenten op de PSS (Perceived Stress Scale) berekend. Vervolgens werden de drie respondenten met de laagste en de drie respondenten met de hoogste waardes via een ‘median split’ opgedeeld in twee groepen (laag / hoog). Verder werd er, om de verschillen tussen de beide groepen te kunnen testen, een onafhankelijke t-test uitgevoerd.

2.5.1 Kwalitatieve analyse.

Om de kwalitatieve data uit het interview voor de analyse te kunnen gebruiken, werden de getranscribeerde verhalen op inductieve manier geanalyseerd. Er werd daarom gebruik gemaakt van een beschrijvende thematische analyse. Hiervoor werden alle relevante tekstfragmenten van de zes interviews gelabeld. De labels hadden betrekking tot de behoeftes en verwachtingen van de respondenten ten opzichte van de vijf e-health methoden (Fitterer et al., 2009). Hierbij werden sommige tekstfragmenten met meerdere labels gekoppeld. Vervolgens werden alle labels die thematisch met elkaar verbonden waren tot overkoepelende codes samengevat (open coding). Met behulp van deze bottom- up procedure werden acht verschillende codes gevonden (zie Tabel 1). De gecreëerde codes werden gebruikt om de verdeling van de codes per methode te vergelijken (Onderzoeksvraag I.). Er werd tevens gekeken of er verschillen zijn tussen de groep met lage stresslevel en de groep met hoge stresslevel (Onderzoeksvraag II.).

Tabel 1 Beschrijving codes/ categorieën uit kwalitatief data

Codes/ Categorie	Definitie	Voorbeeld citaat
Anonimiteit	De identiteit van iemand is onbekend en blijft daarom beschermd	<i>Bovendien zou je niet per se over persoonlijke dingen willen praten in aanwezigheid van een groep</i>
Communicatie	Het in verbinding staan van mensen om te overleggen en meningen, gedachten, feiten, ideeën en gevoelens te delen en/of uit te wisselen.	<i>Ik verwacht hier niet echt veel informatie te kunnen verkrijgen, maar meer problemen en gevoelens te kunnen delen.</i> <i>Ik verwacht meer informatie van mensen met meer ervaring in de vorm van tips en dergelijke</i>
Diversiteit	Een variatie, differentiatie en/of afwisseling aan verschillende elementen kunnen aanbieden	<i>Ik verwacht gerichte oefeningen, oefeningen zoals yoga, maar ook zoets als meditatie en mindfulness oefeningen. Hier verwacht ik zowel oefeningen die mij hulp bieden om op korte termijn stress te kunnen reduceren zoals adem oefeningen als op lange termijn het stressniveau lager te houden</i>
Effectiviteit	Het vermogen waarin een methode in staat is de doelstellingen van de gebruiker te realiseren	<i>Vervolgens kan een oplossing voor mijn probleem worden gevonden waarmee ik tevreden ben en die mij daadwerkelijk hulp biedt.</i>
Efficiëntie	Het bereiken van zoveel mogelijk resultaat, met zo weinig mogelijk middelen/ informatie.	<i>Ik verwacht dat ik hier direct zal worden geholpen, zodat ik niet lang hoeft te wachten</i> <i>Ik verwacht hier simpele oefeningen en eigenlijk ook een directe reductie van mijn stress.</i>
Individueeliteit	Het personaliseren van hulp/ informatie met het oog op de situatie/problemen van de gebruiker.	<i>Ik zou hier persoonlijke informatie met betrekking tot mijn eigen persoonlijke probleem verwachten, dus een feedback dat met mijn persoonlijkheid rekening houdt.</i> <i>Ik verbind hiermee individueel advies en tips die op mijn omstandigheden zijn afgestemd</i>
Kwaliteit (-)	Het bezitten van algemeen slechte eigenschappen die niet voldoen aan de wensen van de gebruiker	<i>Ik ben bang dat het te veel informatie is wat ik hier verkrijg waardoor ik later nog meer twijfel welke informatie nou goed en welke slecht is – nee dat is niets voor mij</i>
Kwaliteit (+)	Het bezitten van algemeen goede eigenschappen die voldoen aan de wensen van de gebruiker	<i>Ik verwacht dat ik hier meer begeleiding kan krijgen, dat het stap voor stap wordt opgebouwd en dat ik door de verschillende categorieën en perspectieven wordt geleid. Hierdoor wordt de informatie op een consistente, logische en constructieve manier gepresenteerd met opeenvolgende volgorde van de oefeningen.</i>

2.5.2 Onderzoeksvraag I.

Om het eventueel verschil tussen de methoden te vergelijken werd een RM ANOVA met uitgevoerd met ‘evaluatie van methoden’ als afhankelijke en ‘e-health-methode’ als binnen-factor. Als paarsgewijze vergelijking werden LSD-betrouwbaarheidsintervallen gebruikt. Deze kunnen zelfs kleiner verschillen duidelijk maken. Als toevoegende waarde werd gebruik gemaakt van bevindingen vanuit de kwalitatieve analyse ten opzichte van de totale aantal gevonden codes per methode.

2.5.3 Onderzoeksvraag II.

Om het eventueel verschil van evaluatie van de methoden met betrekking tot het stressniveau (laag/ hoog) te vergelijken werd een RM ANOVA uitgevoerd met ‘evaluatie’ als afhankelijke, ‘e-health methode’ als binnen-factor, en ‘stressniveau’ (laag/ hoog) als tussen-factor. Als toevoegende waarde werd gebruik gemaakt van bevindingen vanuit de kwalitatieve analyse ten opzichte van gevonden verschillen tussen de twee groepen (laag/ hoog). Hier werd vooral gericht op zichtbare verschillen ten opzichte van het aantal statements die op verschillen tussen de groepen wijzen. Defocus werd op verschillen binnen een bepaalde methoden en bijhorende code gelegd.

3. Resultaten

In Tabel 2 is een overzicht gegeven van het gemiddelde stressniveau (laag/ hoog) van de twee groepen. De resultaten laten zien dat de twee groepen significant van elkaar verschillen.

Tabel 2

Gemiddelden, SDs en p-waarde van groepen stress niveau (laag/ hoog) van PSS

Stress niveau	N	M (SD)	p	Cohen's <i>d</i>
Laag	3	14.67 (1.53)	< 0.01*	-3.93
Hoog	3	20.67 (1.53)		
Totaal	6	17.67 (3.36)		

*. $p < 0.05$

3.2 Onderzoeksvraag I – Voorkeur van e-health methoden

Er werd geen significant verschil tussen de voorkeur van de respondenten op de vijf methoden gevonden. Als echter de LSD betrouwbaarheidsintervallen worden bekeken valt het op dat de voorkeur van de methoden enigszins verschilt. ‘Exercise program’ wordt hoger gewaardeerd dan ‘Community forum’ (-2.03, -0.30) en ‘Stories told & research results’ (0.07, 0.99).

Met uitzondering van de methode ‘Stories told & research results’ komt dit overeen met de resultaten uit de kwalitatieve analyse in Tabel 3. Deze laat zien dat ‘Exercise program’ zeven keer met de code ‘kwaliteit (+)’, maar nooit door beide groepen met negatieve kwaliteit (‘kwaliteit (-)’), in verbinding werd gebracht. ‘Community forum’ werd echter vaker met negatieve dan met positieve kwaliteit geassocieerd. Een citaat die deze houding tegenover ‘Community forum’ tot uiting brengt is: *Hoewel ik van lezen hou maar de meningen van onbekende lotgenoten met betrekking tot mijn eigen problemen interesseren mij niet zo erg en ik heb er niets aan. Hier vertrouw ik liever een deskundige!.* Samengevat kan een trend in beide analyses (kwantitatief/ kwalitatief) worden waargenomen dat ‘Community forum’ door de zes respondenten lager dan ‘Exercise program’ werd beoordeelt.

Verder wordt door de kwalitatieve analyse duidelijk dat ‘Ask the expert’ en ‘Stories told & research results’ ook door de twee groepen met meer positieve dan negatieve statements verbonden werden. Als de drie methoden (‘Exercise program’, ‘Ask the expert’ & ‘Stories told & research results’) binnen de kwalitatieve analyse met elkaar worden vergeleken valt op dat deze de enige zijn die door de respondenten met de codes ‘Effectiviteit’ en ‘Efficiëntie’ werden geassocieerd. Hierbij werd bijvoorbeeld met betrekking tot ‘Ask the expert’ door de respondenten geuit: *Vervolgens kan een oplossing voor mijn probleem worden gevonden waarmee ik tevreden ben en die mij daadwerkelijk hulp biedt of Ik verwacht hier concrete oplossingen en oefeningen van hoge kwaliteit, die ook door andere gebruikers als positief en effectief ervaren wordt.*

Tabel 3*Aantal quotes per methode/ code van interview uit kwalitatief interview*

Codes	Groep Stress-niveau	Ask the expert	Counselling room	Community forum	Exercise program	Stories told & research results	Totaal codes/groep (%)	Totaal (%)
Anonimiteit	Laag	1	-	-	-	-	1 (0.9)	2 (1.8)
	Hoog	-	1	-	-	-	1 (0.9)	
Communicatie	Laag	3	3	1	-	-	7 (6.3)	15 (13.5)
	Hoog	3	3	2	-	-	8 (7.2)	
Diversiteit	Laag	-	1	2	1	3	7 (6.3)	20 (19)
	Hoog	2	2	4	2	3	13 (11.7)	
Effectiviteit	Laag	3	-	-	3	2	8 (7.2)	12 (10.8)
	Hoog	2	-	-	2	-	4 (3.6)	
Efficiëntie	Laag	4	-	-	3	3	10 (9.0)	15 (13.5)
	Hoog	1	-	-	2	2	5 (4.5)	
Individueeliteit	Laag	2	1	-	-	1	4 (3.6)	6 (5.6)
	Hoog	2	-	-	-	-	2 (1.8)	
Kwaliteit (-)	Laag	1	1	3	-	-	5 (4.5)	15 (13.5)
	Hoog	1	5	3	-	1	10 (9.0)	
Kwaliteit (+)	Laag	5	2	1	4	3	15 (13.5)	26 (23.4)
	Hoog	3	2	-	3	3	11 (9.9)	
Totaal methoden/groep (%)	Laag	19 (17.1)	8 (7.2)	7 (6.3)	11 (9.9)	12 (10.8)	57 (51.4)	111 (100)
	Hoog	14 (12.6)	13 (11.7)	9 (8.1)	9 (8.1)	9 (8.1)	54 (48.6)	
Totaal (%)		31 (39.7)	21 (18.9)	16 (14.4)	20 (18.0)	21 (18.9)	111 (100)	100

Opmerking: Cijfers = aantal statements per methode/codes

3.3 Onderzoeksvraag II – Invloed van stress op de voorkeur van methoden

De resultaten in Tabel 4 wijzen geen enkele statistische significante verschillen aan tussen de twee stressniveaus (laag/ hoog). Dit duidt aan dat de evaluatie van de methoden onafhankelijk van iemands stressniveau tot stand komt. Echter als er naar de effect size η^2_{partial} wordt gekeken zou ‘Community forum’ ($\eta^2_{\text{partial}} = .339$) verschillend geëvalueerd kunnen worden tussen de groepen met verschillende stressniveau (laag/ hoog). Hiervoor kunnen geen aanwijzingen worden gevonden in de kwalitatieve data. Echter werd in de kwalitatieve analyse een verschil tussen de groepen ten opzichte van ‘Counseling room’ zichtbaar. De groep met een hoger stressniveau verwijst met hun statements vier keer vaker naar een te verwachte slechte kwaliteit (code = ‘Kwaliteit (-)').

Zowel in de kwantitative als de kwalitatieve analyse is een trend te zien, de twee analyses (kwantitatief/ kwalitatief) laten echter verschillende trends zien. De trend van de kwalitatieve analyse wordt dus niet bevestigd door die van de kwantitative analyse en vice versa.

Tabel 4

De herhaalde metingen van de evaluatie methoden tussen groepen stressniveau (laag /hoog)

	Stressniveau			MANOVA			
	Total	Laag	Hoog				
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F	df	p	η^2_{partial}
Ask the expert	3.69 (.61)	3.44 (0.42)	3.95 (.75)	1.01	4	.371	0.20
Counseling room	3.86 (.73)	4.11 (0.84)	3.61 (.67)	0.65	4	.466	0.14
Community forum	3.25 (.99)	2.72 (0.86)	3.78 (.95)	2.05	4	.225	0.34
Exercise program	4.42 (.46)	4.28 (.536)	4.56 (.42)	0.50	4	.519	0.11
Stories & research	3.89 (.42)	4.00 (.60)	3.78 (.19)	3.72	4	.575	0.09

4. Discussie

In dit onderzoek werden preferenties van studenten met betrekking tot vijf verschillende e-health methoden nader onderzocht. Bovendien werd er rekening gehouden met de invloed van het stressniveau van de studenten op de voorkeur van e-health methoden.

4.1 Voorkeur e-health methoden

Uit de kwantitatieve analyse bleek er geen verschillen te zijn in de voorkeur voor de methoden. Echter lieten zowel de kwantitatieve analyse als de kwalitatieve analyse een aantal trends zien. ‘Community forum’ werd door de respondenten slechter beoordeeld dan ‘Exercise program’. ‘Exercise program’ werd zowel in de kwantitatieve als de kwalitatieve analyse hoog gewaardeerd door de respondenten. Dit komt overeen met het onderzoek van Tannenbaum et al. (2017). Deze vonden dat de gebruikmaking van mentale en fysieke oefening zoals yoga of meditatie tussen 2006 en 2012 tot een verdubbeling voerde. Dit zijn oefeningen die volgens de respondenten evenals met ‘Exercise program’ werden verbonden.

Wat betreft de trends kan echter ook de steekproef van invloed zijn geweest. Er deden vooral psychologiestudenten mee aan het onderzoek. Er werd op grond van hun studie verwacht dat ze een meer open houding hebben ten opzichte van bijvoorbeeld mindfulness training, omdat dergelijke oefeningen een kort tijd geleden onderdeel van hun studierichting zijn geweest. Ongeacht of psychologiestudenten meer open staan voor deze oefening of niet, het zou voor de betrouwbaarheid beter zijn geweest om voor een steekproef te kiezen met grotere diversiteit.

De kwalitatieve analyse laat verder de trend zien dat behalve ‘Exercise program’ ook ‘Ask the expert’ en ‘Stories told & research results’ hoog werden gewaardeerd. De voorkeur voor deze drie methoden kan voortkomen uit een tekort in de andere methoden. Zo werden bijvoorbeeld de methoden ‘Counseling room’ en ‘Community forum’ meer met het kenmerk ‘troostgevend’ geassocieerd. Dit werd door de respondenten weliswaar op korte termijn als

handig ervaren, maar meestal niet als een oplossingen van problemen (Citaat: *Ik verwacht hier niet veel eigenlijk, maar wel dat mij door anderen een beetje moed wordt toegesproken, maar ja, dat kan op een moment helpen maar een uur later is het misschien ook weer hetzelfde. Het lost mijn probleem niet echt op en verandert ook bij mij zelf niets op langer termijn*).

Verder werd de vorm van communicatie van beide methoden door de respondenten bekritiseerd. Uit de interviews bleek dat deze als niet efficiënt en/of inflexibel werden ervaren door onduidelijk tijdmanagement (Citaat: *Hier ('Counseling room') moet ik mij dan richten op bepaalde afspraken of ik communiceer altijd met andere mensen. Ik moet mijn probleem dan iedere keer weer opnieuw uitleggen, maar nee, daarvoor heb ik misschien één keer de tijd maar later niet meer. en Wanneer krijg ik dan een antwoord? Als ik stress heb dan heb ik stress, maar hier blijf ik onwetend wanneer en óf er iemand een oplossing kan bieden bij mijn probleem*).

Concluderend lijken de twee factoren, noch met het aan stress gerelateerde probleem van 'tijdsdruk', noch met 'effectiviteit' en 'efficiëntie' verbonden te kunnen worden. Deze codes werden in tegenstelling tot de voorkeursmethoden niet hier mee geassocieerd.

Een mogelijke reden voor de behoefte aan effectiviteit en efficiëntie kan een gebrek aan tijd van studenten zijn. Onderzoek van Herbst et al. (2016) toonde aan dat studenten vooral gestrest raken door tijdsdruk. Deze ervaren tijdsdruk leidt waarschijnlijk tot de behoefte aan effectieve en efficiënte methoden. Daarmee zou het voor studenten mogelijk zijn ondanks hun beperkte tijd beroep te doen op e-health.

4.2 Invloed stressniveau op voorkeur e-health methoden

Uit de resultaten bleek er geen significante invloed van het stressniveau op de keuze van de vijf e-health methoden te zijn. Er werd echter een trend naar 'Community forum' gevonden,. De methode 'Community forum' werd door respondenten met een hoger stressniveau hoger

gewaardeerd dan van respondenten met een lager stressniveau. Een theorie die de gevonden verschillen eventueel kan verklaren is de 'Buffer Hypothesis' (Cohen & McKay, 1984).

Volgens Cohen en McKay (1984) werd sociale steun onder een hoger belasting als effectiever waargenomen. Wanneer 'Community forum' als sociale steun werd gezien, geeft dit het vermoeden dat de 'Buffer Hypothesis' hier van toepassing is. Een citaat dat hier door een respondent met een hoog stressniveau werd gegeven, is: *Ervaringen, maar in ieder geval opbouwende woorden en troost kun je hier vinden. In eerste instantie help dat mij iets te kalmeren en niet helemaal gek te worden, daarna kan ik verder proberen op een effectieve manier mijn stressniveau te verminderen.*

4.3 Sterktes, zwaktes en vervolgonderzoek

Zowel de beperkte omvang van de steekproef ($N=6$) als de geringe variatie (vijf van de zes studenten waren psychologiestudenten), kan van invloed op de betrouwbaarheid zijn geweest. Verder zou het beter zijn geweest om meer dan zes vragen te stellen met betrekking tot de evaluatie van de vijf methoden, om zo de betrouwbaarheid te kunnen verhogen. Ook is het lastig om op grond van het kleine aantal respondenten te generaliseren.

Bovendien komt er twijfel voort door de verdeling van de twee groepen (laag/hoog) met behulp van de 'median split'. Deze verdeling kwam niet overeen met de normtabel van Cohen et al. (1994). De respondenten die in dit onderzoek tot de groep laag ($M=14.67$) behoorden zouden volgens Cohen et al. (1994) in de bijhorende leeftijdscategorie '18 tot 29', rond het gemiddelde moeten liggen. Hierdoor was de afstand tussen deze twee groepen slechts één standaarddeviatie ($SD=6.2$). Deze factor kan van invloed zijn geweest op de resultaten van het onderzoek en vooral op mogelijke verschillen tussen de twee stressniveaus.

Desondanks kon er op basis van de gebruikte kwantitatieve en kwalitatieve analyses worden ontdekt welke verschillende verwachtingen/ behoeftes respondenten ten opzichte van

de vijf methoden hebben. Ook staan deze verschillen waarschijnlijk in verband met het feit dat hier geen echte voorkeuren voor bepaalde e-health methoden konden worden gevonden.

Verder kunnen interessante vervolgvragen worden gesteld: Wat verwachten studenten of mensen in het algemeen van e-health methoden met betrekking tot effectiviteit en efficiëntie? Hoe kan effectiviteit en efficiëntie worden gerealiseerd in e-health methoden voor stressreductie?

Uit dit onderzoek bleek dat respondenten verschillende verwachtingen en behoeftes aan de vijf methoden hebben. Er werd echter geen voorkeur voor een bepaalde methode gevonden. Het leek alsof de methoden top-down werden ontwikkeld en daardoor niet helemaal op de behoeftes van studenten aansloten. Hierdoor zou het misschien handiger zijn om de behoeftes en verwachtingen die naar voren kwamen, te gebruiken en met behulp van bottom-up processen nieuwe e-health methoden te ontwikkelen. Dus eerst de behoeftes van studenten te bestuderen en aan hand daarvan de methoden te ontwikkelen (bottom up - approach).

Er werd echter vanuit gegaan dat van de vijf methoden één of twee methoden de best aangepaste methoden konden zijn. Dit was volgens dit onderzoek niet het geval. Hierdoor komt een andere idee naar voren. Misschien bestaan geen methoden die van toepassing zijn op alle verschillende behoeftes en de achterliggende problemen met stress. Eventueel moet de opbouw van e-health methoden meer individueel door de gebruiker actief kunnen worden aangepast om aan de eigen behoeftes te kunnen voldoen. Tegelijk kan volgens onderzoek van Petriwskyj, Gibson en Webby (2014) een meer actieve rol tijdens de ‘therapie’ tot een betere genezing leiden. Dit zou mogelijk kunnen zijn door sterke verbindingen tussen de methoden die het mogelijk maken om tussen de aangeboden methoden te kunnen switchen of alleen elementen vanuit al bestaande methoden in een soort ‘toolbox’ aan de gebruiker te geven. Hiermee kan de mogelijkheid worden aangeboden om zelf een individuele, meer op de eigen behoeftes aangepaste ‘methode’ te creëren.

5. Conclusie

Het onderzoek werd uitgevoerd om meer inzicht in de voorkeuren van vijf verschillende e-health methoden van Fitterer et al. (2009) onder studenten te verkrijgen. Verder was het de bedoeling de invloed van stress op de keuze van deze methoden te onderzoeken.

Op dit moment kunnen echter geen duidelijke antwoorden op de twee onderzoeksvragen worden gegeven. Noch de kwantitatieve noch de kwalitatieve analyse kunnen een duidelijk beeld vormen van de voorkeur van studenten op bepaalde e-health methoden. Ook de invloed van stress op de evaluatie van deze methoden blijft onduidelijk. Echter, lijken de gevonden trends misschien wel in een bepaalde richting te voeren.

De methode ‘Exercise program’ lijkt door zowel kwantitatieve als kwalitatieve analyse door de respondenten hoog gewaardeerd te worden. Daarentegen lijkt ‘Community forum’ de minste waardering te ontvangen. Deze methode is tegelijkertijd de enige methode waarbij een verschil in de evaluatie ten opzichte van het stressniveau kon worden waargenomen.

‘Community forum’ wordt door studenten met een hoger stressniveau als waardevoller gezien dan door studenten met een lager stressniveau.

Met behulp van dit onderzoek kunnen weliswaar alleen vermoedens maar geen duidelijke verklaring voor deze trends worden gegeven, zoals de volgende trend die uit kwalitatief onderzoek naar voren kwam: De evaluatie van e-health methoden lijkt onder studenten een meer strategische beslissing in richting van een kosten baten analyse te zijn. De verwachte effectiviteit en efficiëntie lijken in verband te staan met een positievere evaluatie van e-health methoden.

Referenties

- Blüthmann, I., Lepa, S. & Thiel, F. (2008). Studienabbruch und -wechsel in den neuen Bachelorstudiengängen. Untersuchung und Analyse von Abbruchgründen. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 11, 406-429.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Handbook of psychology and health*, 4, 253-267.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*.
- Escoffery, C., Miner, K. R., Adame, D. D., Butler, S., McCormick, L., & Mendell, E. (2005). Internet use for health information among college students. *Journal of American College Health*, 53(4), 183-188
- Fitterer, R., Mettler, T., & Rohner, P. (2009). *Was ist der Nutzen von eHealth? Eine Studie zur Nutzenevaluation von eHealth in der Schweiz*. Verkregen op 10 mei, 2017, via Universität St. Gallen, Institut für Wirtschaftsinformatik
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie*. (18. Aufl.) München: Person Studium.
- Herbst, U., Voeth, M., Eidhoff, A. T., Müller, M., & Stief, S. (2016). *Studierendenstress in Deutschland – eine empirische Untersuchung*. Berlin: AOK- Bundesverband.
- Ibrahim, N. F., & Bohar, A. M. (2012). An Empirical Study of Stressors among Multimedia University Students: A Case of MMU Malacca Campus. *IBIMA Business Review*, 1-10.
- Kummervold, P., Chronaki, C., Lausen, B., Prokosch, H. U., Rasmussen, J., Santana, S., ... & Wangberg, S. (2008). E-health trends in Europe 2005-2007: a population-based survey. *Journal of medical Internet research*, 10(4), 42.

- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American psychologist*, 46(8), 819-834
- Middendorff, E., Poskowsky, J., & Isserstedt, W. (2012). *Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden*. Hannover: HIS Hochschul-Informations-System GmbH.
- Pbert, L., Doerfler, L. A., & DeCosimo, D. (1992). An evaluation of the perceived stress scale in two clinical populations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14(4), 363-375.
- Petriwskyj, A., Gibson, A., & Webby, G. (2014). Participation and power in care: Exploring the “client” in client engagement. *Journal of aging studies*, 31, 119-131.
- Smedberg, Å., & Sandmark, H. (2011). Stress Intervention Online: Designing for Self-help through Multiple Help. *eTELEMED*, 30(5), 120-126).
- Tannenbaum, S. L., Annane, D. W., Mehta, A., & Arheart, K. L. (2017). Prevalence of Mindfulness Practices in the US Workforce: National Health Interview Survey. *PREVENTING CHRONIC DISEASE*, 14, 1.
- Wyatt, J. C., & Liu, J. L. Y. (2002). Basic concepts in medical informatics. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(11), 808-812.

Bijlagen

Stresstest (PSS), verwachtingen en evaluatie ten opzichte van e-health methoden

Naam interviewer

Nummer respondent

Datum Interview

Tijdstip begin interview

Tijdstip einde interview

Persoonlijke voorstelling en dank:

Goede dag, ik ben Sascha Bödder en derdejaars student ‘Psychologie’ aan de Universiteit van Twente. Op dit moment ben ik bezig met het uitvoeren van mijn bachelor onderzoek die wordt begeleid door dr. M. Radstaak en N. Köhle MSc.

Ten eerste wil ik u hartelijk danken voor uw deelname aan het onderzoek. Zoals eerder vermeld zult u geen betaling in vorm van geld of SONA- punten ontvangen.

Uitleg Procedure

Dit onderzoek richt zich op uw mate van ervaren stress. Vervolgens wordt ingegaan op de voorkeuren van studenten met betrekking tot online e-health interventies, welke zich richten op het verminderen van stress. Deze interventies kunnen uit 5 verschillende vormen bestaan welke voorafgaand van het interview aan u worden uitgelegd. De vragen hebben betrekking op uw mening over deze verschillende vormen van e-health interventies. Vooraf het interview wordt een korte stresstest (ca. 5 minuten) afgenomen in vorm van de PSS (Perceived Stress Scale). Het interview zal ongeveer 10 – 15minuten duren.

Als er iets voor u onduidelijk is of u vragen hebt dan kunt u deze altijd stellen. Het gaat om uw mening, er zijn geen goede of foute antwoorden op de vragen. **Probeer alstublieft de vragen zo eerlijk mogelijk te beantwoorden.** Ook kunt u altijd stoppen of een vraag overslaan als u deze niet wilt beantwoorden.

Toestemming Geluidsopname

Dit interview zal graag op band worden opgenomen. Dit heeft het voordeel dat ik uw antwoorden later terug kan luisteren waardoor ik tijdens het interview meer aandacht aan u kan besteden. Naderhand worden de geluidsopnamen uitgetypt zodat deze geanalyseerd kunnen worden. Alle data wordt vertrouwelijk verwerkt.

Indien **JA**

OF

Indien **NEE:**

(handtekening)

(handtekening)

Indien NEE, kan aangeboden worden dat de onderzoeker het gesprek tijdens het interview direct opschrijft. Als de respondent voor deze oplossing kiest, moet worden vermeld dat hierdoor de tijd van het interview zou kunnen verhogen.

Korte Uitleg Opbouw Interview

I. Persoonlijke gegevens & achtergrond

II. Stress test PSS (Perceived Stress Scale)

III. Uitleg van de vijf e-health methoden

IV. Verwachtingen t.o.v. gebruikmaking van de 5 e-health methoden

V. Evaluatie van de vijf e-health methoden

Heeft u nog vragen? Als de verschillende methoden duidelijk zijn, gaan wij nu beginnen met de vragen over uw persoonlijke gegevens en vervolgens de overige vragen.

I. Persoonlijke gegevens & achtergrond

- | | | | | |
|------|----------------------------------|------------|-------|----------|
| I. | Hoe oud bent u? | Ik ben | _____ | jaar oud |
| II. | Wat is uw geslacht? (omcirkelen) | Ik ben | ♂ | of ♀ |
| III. | Welke nationaliteit heeft u? | Ik ben | _____ | |
| IV. | Welke studie volgt u? | Ik studeer | _____ | |

Bedankt voor het beantwoorden van de eerste vragen. Als u klaar bent kunnen we verder gaan met het volgende onderdeel: de stresstest PSS (Perceived Stress Scale).

II. Stress test PSS (Perceived Stress Scale)

The following questions ask about your feelings and thoughts during THE PAST MONTH. In each question, you will be asked HOW OFTEN you felt or thought a certain way. Although some of the questions might sound similar, there are small differences between them. Therefore you will be kindly asked to treat each one as a separate question. The best approach is to answer fairly quickly. That is, if you avoid to count up the exact number of times you felt a particular way. Instead you tell me the answer that in general seems most convenient for you.

For each statement, please tell me if you have had these thoughts or feelings: never, almost never, sometimes, fairly often, or very often. (Please read all answer choices each time)

	<u>Never</u>	<u>Almost Never</u>	<u>Sometimes</u>	<u>Fairly Often</u>	<u>Very Often</u>
In the past month, how often have you been upset that something happened unexpectedly?	0	1	2	3	4
In the past month, how often have you felt unable to control the important things in your life?	0	1	2	3	4
In the past month, how often have you felt nervous or stressed?	0	1	2	3	4
In the past month, how often have you felt confident about your ability to handle personal problems	0	1	2	3	4
In the past month, how often have you felt your way?	0	1	2	3	4
In the past month, how often Have you found that you could not Cope with all the things you had to do?	0	1	2	3	4
In the past month, how often have you been able to control irritations in your life?	0	1	2	3	4
In the past month, how often have you felt that you were on top of things?	0	1	2	3	4
In the past month, how often have you been angry things that happened were outside of your own control?	0	1	2	3	4
In the past month, how often have you felt that difficulties were piling up so high that you could not overcome them?	0	1	2	3	4

III. Uitleg van de vijf e-health methoden

‘Ask-the-Expert’

Is een vorm van communicatie tussen een gebruiker en een expert op het gebied van stress. Hier kan individueel naar hulp worden gevraagd bij een expert, maar ook kunnen bestaande toelichtingen en adviezen worden bestudeerd. Op deze manier krijgt men informatie en hulp. Deze vorm van communicatie gebeurt meestal asynchroon zoals contact via e-mail, dus er is geen direct contact.



‘Counseling room’

Is een vorm waarbij meerdere gebruikers met hetzelfde probleem direct advies kunnen vragen aan een expert door middel van bijvoorbeeld een chatbox. Er is direct contact tussen de gebruikers en de expert en de communicatie die tussen alle leden met de expert wordt gevoerd.



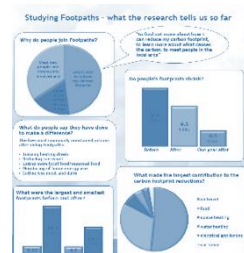
‘Community forum’

Is een mogelijkheid voor mensen met stress-gerelateerde problemen te contacteren en over hun dagelijkse ervaringen te kunnen praten. Deze vorm kunnen mensen gebruiken om contact te verkrijgen met andere lotgenoten. Daardoor kunnen ze nieuwe inzichten en aanmoediging voor nieuwe gewoontes ontwikkelen die hun in de toekomst kunnen helpen.



‘Stories told & research results’

Dit is een vorm waarin gebruikers toegang verkrijgen tot stress-gerelateerde onderzoeksresultaten. Er worden verhalen gepresenteerd van succesvolle oud-gebruikers, die over stress en over hun positieve ervaringen praten. Vervolgens delen de oud-gebruikers ook informatie over het ontwikkelen van eigen of externe strategieën, om succesvol met stress om te gaan. Vaak worden opmerkingen van medische professionals aan deze verhalen toegevoegd. Dit heeft als doel dat de gebruiker zichzelf herkent in de verhalen en zijn eigen situatie beter kan inschatten om aan de problemen te werken.



‘Exercise programs’

Dit zijn oefeningen die gebruikers individueel kunnen uitvoeren. Deze oefeningen zijn in veel verschillende vormen beschikbaar en kunnen gericht zijn op psychische en fysieke stress-gerelateerde problemen. De oefeningen kunnen worden aangeboden in verschillende vormen zoals video's, audio, teksten of combinaties hiervan.



IV. Verwachtingen t.o.v. gebruikmaking van de 5 e-health methoden

I. Ask the expert?

- i. Wat voor soort info verwacht u hier te kunnen verkrijgen?*

II. Counseling room?

- i. Wat voor soort info verwacht u hier te kunnen verkrijgen?*

III. Community forum?

- i. Wat voor soort info verwacht uw hier te kunnen verkrijgen?*

IV. Exercise program?

- i. Wat voor soort info verwacht u hier te kunnen verkrijgen?*

V. Stories told & research results?

- i. Wat voor soort info verwacht u hier te kunnen verkrijgen?*

V. Evaluatie van de vijf e-health methoden

Ask-the-Expert - Likertschaal

	1	2	3	4	5
<i>Ask-the-Expert</i>	<i>Zeer mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Zeer mee eens</i>
<i>voordelig</i>					
<i>effectief</i>					
<i>handig</i>					
<i>ondersteunend</i>					
<i>kwalitatief</i>					
<i>zou ik willen gebruiken</i>					

Counseling room – Likertschaal

	1	2	3	4	5
<i>Counseling room</i>	<i>Zeer mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Zeer mee eens</i>
<i>voordelig</i>					
<i>effectief</i>					
<i>handig</i>					
<i>ondersteunend</i>					
<i>kwalitatief</i>					
<i>Zou ik willen gebruiken</i>					

Community forum - Likertschaal

	1	2	3	4	5
<i>Community forum</i>	<i>Zeer mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Zeer mee eens</i>
<i>voordelig</i>					
<i>effectief</i>					
<i>handig</i>					
<i>ondersteunend</i>					
<i>kwalitatief</i>					
<i>Zou ik willen gebruiken</i>					

Stories told & research results - Likertschaal

	1	2	3	4	5
Stories told & research results	<i>Zeer mee oneens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Zeer mee eens</i>
<i>voordelig</i>					
<i>effectief</i>					
<i>handig</i>					
<i>ondersteunend</i>					
<i>kwalitatief</i>					
<i>Zou ik willen gebruiken</i>					

Exercise program - Likertschaal

	1	2	3	4	5
Exercise program	<i>Zeer mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Zeer mee eens</i>
<i>voordelig</i>					
<i>effectief</i>					
<i>handig</i>					
<i>ondersteunend</i>					
<i>kwalitatief</i>					
<i>Zou ik willen gebruiken</i>					

Hartelijk bedankt voor uw openheid en deelname aan het onderzoek. Wanneer u geen vragen meer heeft en/of geen commentaar zal ik het interview en het onderzoek bij deze beëindigen. Wanneer er nog vragen opkomen kunt u altijd contact met me opnemen via de mail (s.bodder@student.utwente.nl).

Bedankt voor uw deelname en nog een fijne dag!