

Kim Francken (2525196) – 31-5-2015
Bureau Studentenartsen
Frans Meijman, Claudia van der Heijde, Peter Vonk
18 EC [2-3-2015 – 31-5-2015]
(Woorden: 7952)

Het hulpzoekproces van studenten met een eetstoornis



INHOUDSOPGAVE

Abstract	3
1. Inleiding	4
2. Theoretisch kader	6
2.1 <i>Ontkenning en bewustzijn</i>	6
2.2 <i>Weerstand</i>	6
2.3 <i>Soort hulp</i>	7
2.4 <i>Het model</i>	8
2.5 <i>Onderzoeksvragen</i>	8
3. Methode	10
3.1 <i>Onderzoeksdesign</i>	10
3.2 <i>Dataverzameling en werving</i>	10
3.3 <i>Studiepopulatie</i>	10
3.5 <i>Data analyse</i>	10
4. Resultaten	12
4.1 <i>Populatie</i>	12
4.2 <i>Eetstoornis en behandeling</i>	12
4.3 <i>Correlaties</i>	13
4.4 <i>Gezondheid en studieresultaten</i>	13
4.5 <i>Factoren in het hulpzoekproces</i>	14
4.6 <i>Verwachtingen ten aanzien van hulp</i>	19
5. Discussie	22
5.1 <i>Gezondheid en studieresultaten</i>	22
5.2 <i>Factoren in het hulpzoekproces</i>	22
5.3 <i>Verwachtingen ten aanzien van hulp</i>	23
5.4 <i>Sterke punten en beperkingen</i>	23
5.5 <i>Vervolgonderzoek</i>	24
5.6 <i>Implicaties voor in de praktijk</i>	24
6. Conclusie	25
Referenties	26
Bijlagen	29
<i>Bijlage 1 – Reflectie</i>	29
<i>Bijlage 2 – Studentengezondheidstest</i>	30
<i>Bijlage 3 – Zelf ontwikkelde vragenlijst</i>	31
<i>Bijlage 4 – Brief aan respondenten</i>	32
<i>Bijlage 5 – Herinneringsmail 1</i>	32
<i>Bijlage 6 – Herinneringsmail 2</i>	34
<i>Bijlage 7 – Benadering fora</i>	35
<i>Bijlage 8 – Oproep lotgenotenforum.nl / Proud2Bme / eetstoornisvrij.nl / WEET</i>	36
<i>Bijlage 9 – Oproep anorexiajongens.nl</i>	37
<i>Bijlage 10 – Vragenlijst</i>	38
<i>Bijlage 11 – Afhaak vragenlijst</i>	49
<i>Bijlage 12 – Correlatietabel</i>	50

ABSTRACT

Context: Eetstoornissen zijn een lastig probleem onder studenten met veel gevolgen voor de gezondheid. Momenteel wordt minder dan 28% van de studenten met een eetstoornis behandeld. Het is belangrijk om te achterhalen wat factoren zijn in het hulpzoekproces van de studenten.

Onderzoeksvraag: In dit onderzoek is het de vraag hoe de groep studenten met een eetstoornis er uit ziet in vergelijking met studenten zonder eetstoornis, wat factoren zijn in het hulpzoekproces en hoe en door wie zij het liefst geholpen willen worden.

Methode: Data is verzameld aan de hand van de Studentengezondheidstest (N=2843) en een zelf ontwikkelde vragenlijst (N=86). Er zijn frequentie-, factor-, betrouwbaarheids-, correlatie-, lineaire regressie en logistische regressie analyses uitgevoerd en er zijn controle variabelen toegevoegd.

Resultaten: Studenten met een eetstoornis hebben een slechtere gezondheid dan studenten zonder eetstoornis ($p \leq 0,001$). Het gemiddelde cijfer van studenten met een eetstoornis is wel hoger ($p = 0,04$). Motiverende factoren voor hulp zoeken zijn intrinsieke motivatie en zorgen van een vertrouwd persoon. Belemmerende factoren zijn gewichtsverandering en het willen hebben van controle. Er is geen verband tussen weerstand en de tijd tot hulp ($p = 0,978$ en $p = 0,637$). Er is wel een verband tussen intrinsieke weerstand en het afronden van behandelingen ($p = 0,013$). De studenten krijgen het liefst gesprekstherapie en worden het liefst geholpen door een gespecialiseerde hulpverlener. Ze verwachten dat de huisarts goed kan luisteren en dat ze hem kunnen vertrouwen, ze zijn hier echter nog niet erg tevreden over. Er is geen verband gevonden tussen de tevredenheid met de huisarts (in kwartielen) en het afronden van behandelingen ($p = 0,727$; $p = 0,360$; $p = 1,000$; $p = 0,750$).

Conclusie: Er zijn veel factoren die een rol spelen in het hulpzoekproces. In de praktijk is het belangrijk dat er gericht wordt op de intrinsieke motivatie. De huisarts moet goed naar de studenten luisteren en een vertrouwensband opbouwen, om zo te kunnen helpen. Voor vervolgonderzoek zouden diepte interviews, een grotere studiepopulatie, een langere tijd voor het uitvoeren van het onderzoek, en het valideren van het volledige meetinstrument aan te raden zijn.

1. INLEIDING

Eetstoornissen in Nederland zijn een lastig probleem, zeker onder studenten. In Nederland zijn er meer dan 30.000 mensen tussen de 19 en 25 jaar die gediagnosticeerd zijn met een vorm van een eetstoornis (Hofman & Korevaar, 2004). Hiervan hebben ongeveer 5600 patiënten Anorexia Nervosa, maar het grootste deel zijn de patiënten met Boulimia Nervosa (ongeveer 22000). Elk jaar komen er ongeveer 1200 anorexiapatiënten bij en ongeveer 2200 boulimiapatiënten (Trimbos, 2010). Eetstoornissen zijn ook steeds vaker een probleem onder mannen, 5-10% van de studenten met een eetstoornis zijn man (Hofman & Korevaar, 2004; Van Elburg & Rijken, 2004). De geschatte prevalentie van eetstoornissen ligt iets hoger dan de gediagnosticeerde aantallen. Volgens internationale studies onder studenten komt de prevalentie van Anorexia Nervosa neer op 0,5-2% van de studenten. Voor Boulimia Nervosa is dit ongeveer 1,5% en voor Binge Eating Disorder 2-3% (Van Elburg & Rijken, 2004).

De drie hoofd-eetstoornissen zijn Anorexia Nervosa (AN), Boulimia Nervosa (BN) en Binge Eating Disorder (BED) (Fairburn & Brownell, 2013). Bij AN willen mensen zo slank mogelijk worden, ten koste van hun gezondheid (Garner et al., 1983; Gonçalves et al., 2013). BN is een verslaving aan eten, waar mensen vaak veel voedsel tot zich nemen gevolgd door compensatie gedrag (braken, overmatig sporten) (Garner et al., 1983; Gonçalves et al., 2013). BED wordt ook gekarakteriseerd door terugkerende episodes waarin veel wordt gegeten, maar zonder het compensatie gedrag. Personen met BED hebben vaak overgewicht. (Aloi et al., 2014)

Eetstoornissen kunnen veel gevolgen hebben, vooral voor de gezondheid. AN en BN kunnen het cardiovasculaire systeem verstoren, voor een lage lichaamstemperatuur zorgen, zorgen voor hormonale ontregeling (late menstruatie), en er zijn negatieve gevolgen voor het maagdarmkanaal en de nieren (Pella & Litt, 1988). Ook BED heeft negatieve gevolgen, zoals een verhoogd risico op depressie, overgewicht, hoge bloeddruk, diabetes type 2, verhoogd cholesterol, hart- en vaatziekten, kanker, en bij vrouwen ook menstruatie problemen (UpToDate, 2015). Over het algemeen rapporteren patiënten van elk van deze eetstoornissen een lagere gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven (Baiano et al., 2014).

Over wat de gevolgen zijn van een eetstoornis voor het studentenleven en onder andere de studieresultaten is nog weinig bekend. Wel lijken mensen met BN en AN meer moeite te hebben met het sociale functioneren in het dagelijkse leven (De Jong et al., 2012; Russell et al., 2009). Over het intellectuele functioneren van patiënten met een eetstoornis is over het algemeen bekend dat er niet veel verschil is met mensen zonder een eetstoornis (Weider et al., 2009). Het is nog de vraag of studieresultaten van de studenten met een eetstoornis überhaupt wel zullen verschillen van de resultaten van andere studenten.

Om de gevolgen zo veel mogelijk te voorkomen of te beperken, moet er gekeken worden naar wat een rol speelt in het hulpzoekproces van de student. Momenteel wordt minder dan 28% van de studenten met een eetstoornis hiervoor behandeld (Tillman & Sell, 2013). Er zijn meerdere factoren die mogelijk van invloed kunnen zijn op het hulpzoekgedrag van studenten. Over het algemeen kan dit lage percentage komen doordat studenten veel waarde hechten aan hun identiteit, die zij tijdens hun studentenleven ontwikkelen (Tillman & Sell, 2013; Verouden & Vonk & Meijman 2010b). Hun gezondheid is gelinkt aan hun zelfbeeld of aan hun beeld van een goede student, of het staat in verband met hun sociale leven, wat de drempel om hulp te zoeken soms erg hoog kan maken (Verouden & Vonk & Meijman, 2010b).

De hierboven genoemde factoren spelen een rol voor studenten met allerlei soorten gezondheidsproblemen. Er is echter ook onderzoek gedaan naar welke factoren nou specifiek bij

studenten met een eetstoornis een rol kunnen spelen in het hulpzoekproces. Het proces van ontkenning naar bewustwording van het probleem is hier van essentieel belang, wat aan veel factoren onderhevig is (Schoen et al., 2012). Ook weerstand lijkt een belangrijke factor te zijn in dit proces en bij het doorzetten van behandelingen. Bij weerstand speelt bijvoorbeeld ook ontkenning een rol. Een lagere weerstand lijkt het hulpzoekproces te bevorderen (Abbate-Daga et al., 2013).

Waarschijnlijk is belangrijk dat de motivatie om hulp te zoeken vanuit de patiënt komt, intrinsieke motivatie. Dit zou het beste effect hebben, in tegenstelling tot wanneer de student zich onder druk gezet voelt (Vansteenkiste et al., 2005). Om verder onderzoek te doen naar wat de student motiveert om hulp te zoeken, moet er ook gekeken worden naar welke vormen van hulp het meest worden gewaardeerd. Uit onderzoek is gebleken dat voornamelijk de kennis van de hulpverlener, het inlevingsvermogen en het begrip een grote rol spelen. Verder moet er een goede balans zijn tussen het behandelen van de symptomen en het behandelen van de onderliggende oorzaak (De la Rie et al., 2006). De rol van de huisarts kan in dit hele proces van essentieel belang zijn. De huisarts heeft vaak de eerste rol in het behandelproces en heeft eigenlijk een soort coördinerende rol gedurende het hele proces. Het is daarom ook nodig om te achterhalen hoe deze rol geoptimaliseerd kan worden en wat de verwachtingen zijn van de patiënt ten aanzien van de huisarts (Lagro-Jansen & Lubberink, 2003; Slayag & Latzer, 2002).

Het is essentieel om te onderzoeken wat de studenten voor hulp willen en op welke manier de hulp het meest effectief is voor herstel. Voorafgaand hier aan is het echter, zoals omschreven, van belang hoe de student in de fase belandt waarin hij hulp accepteert en hoe hij in deze fase kan blijven. Hierdoor kan begrip in dit onderwerp worden verbeterd, wat kan leiden tot effectievere interventies en betere behandelingen voor studenten met een eetstoornis (Abbate-Daga et al., 2013; Schoen et al., 2012). Hier moet echter wel voorzichtig mee worden omgegaan. Behandelingen kunnen positief werken, maar het is van belang waakzaam te zijn dat deze de weerstand niet verhogen of het risico op een eetstoornis juist vergroten. Zo kunnen behandelingen die heel erg gericht zijn op gewicht een eetstoornis ook juist aanwakkeren en kan het bijvoorbeeld beter zijn om op gezondheid te richten (Gezondheidsraad, 2010).

Om er achter te komen hoe het met de gezondheid gesteld is, is voor studenten in Nederland de Studentengezondheidstest ontwikkeld (Van der Heijde, Vonk en Meijman, in press). Dit is voor studenten een manier om er achter te komen hoe hun gezondheid er voor staat en of zij mogelijk ergens hulp bij nodig hebben. Gegevens uit de Studentengezondheidstest zullen ook gebruikt worden in dit onderzoek.

Alles beschouwend kan gesteld worden dat het behandelen van studenten met een eetstoornis een lastige kwestie is. Er zijn wel behandelingen voor eetstoornissen, maar ondanks dat is de vraag naar hulp nog erg klein en de weerstand nog hoog (Eisenberg et al., 2011; Abbate-Daga et al., 2013). Het is dus van belang de factoren op te sporen die een rol spelen in het hulpzoekproces. Verder is het ook nog onduidelijk welke hulp door studenten het meest gewaardeerd wordt en door wie zij het liefst worden geholpen, met nog specifiek de verwachtingen naar de huisarts toe als aandachtspunt. Een onderzoek naar deze wensen en verwachtingen onder studenten met een eetstoornis in Nederland ontbreekt nog, maar is van groot belang. Dit onderzoek is er op gericht hier meer inzicht in te verkrijgen. Ook hoe de gezondheid van de studenten er uit ziet en wat de effecten op de studieresultaten zijn, zal in dit onderzoek aan bod komen. Het doel van dit onderzoek is dan ook om factoren in het hulpzoekproces van studenten met een eetstoornis in kaart te brengen, om zo de hulp voor deze groep te kunnen verbeteren.

2. THEORETISCH KADER

Voor dit onderzoek is het van belang om te achterhalen welke factoren een mogelijke rol kunnen spelen in het hulpzoekgedrag van studenten met een eetstoornis en welke hulp voor hen het beste werkt. Het is hiervoor belangrijk om verschillende theorieën in het proces van hulp en behandeling te beschouwen. Achtereenvolgens worden ontkenning, bewustzijn, weerstand en soort hulp behandeld.

2.1 Ontkenning en bewustzijn

Een van de belangrijkste processen in het hulpzoekgedrag van studenten met een eetstoornis is het vergankelijke bewustzijn (Schoen et al., 2012). Dit is een proces van het heen en weer gaan tussen bewust zijn van het probleem en ontkenning van het probleem. Deze schommeling is onderhevig aan veel factoren. Ontkenning van het probleem is in dit model een kernfactor, in de fase van ontkenning zoekt de student namelijk geen hulp. De ontkenningsfase is het vertrouwde en bekende gebied, waar bewustwording van het probleem vaak ongemakkelijk en onprettig kan voelen. Bovendien, als de student eenmaal in de staat van bewustzijn verkeert, kost het ook nog veel moeite om dit behouden (Schoen et al., 2012).

Schoen et al. (2012) hebben hier meerdere factoren geïdentificeerd die een rol spelen in het vergankelijke bewustzijn.

(1) *Feedback* kan een grote rol spelen. Feedback kan positief zijn ('je ziet er goed uit') of negatief ('je ziet er ongezond uit'). Beide vormen van feedback werken averechts en wakkeren de eetstoornis aan. Feedback van een vertrouwd persoon die zijn zorgen uit, lijkt daarentegen wel te kunnen werken en de student de kant van het bewustzijn op te kunnen sturen.

(2) *Definiërende of alarmerende momenten* kunnen ook een rol spelen in de bewustwording. Dit kunnen dingen zijn zoals een naaste die zijn zorgen uit (feedback), of een serieuze verandering in de gezondheid. Een schrikmoment kan er voor zorgen dat de student zich bewust wordt van het probleem en beseft dat er hulp nodig is.

(3) *Houding ten opzichte van hulp* beïnvloedt ook het bewustzijn. Over het algemeen zijn dit de vooroordelen die men heeft. Een andere factor kan het gevoel van controle zijn, patiënten met een eetstoornis hebben graag de controle, wat ze kan belemmeren in het zoeken van hulp. Opvallend is hier wel dat de ernst van de stoornis geen rol lijkt te spelen in de houding t.o.v. hulp. De houding kan ook beïnvloed worden door eerdere ervaringen met hulp.

(4) *Percepties van behandeling of ervaringen met behandeling* zijn ook belangrijke variabelen. Deze kunnen bepaald worden door bijvoorbeeld eerdere ervaringen met hulp. Het behandelproces wordt ook omschreven als ondersteunend in het bewust worden van de eetstoornis en in het erkennen van de problemen.

(5) *Emoties en gevoelens* hebben een belangrijke onderliggende rol, die kunnen eigenlijk alle eerder genoemde factoren beïnvloeden. Zelfhaat, angst, schaamte, trots, of hoop, kunnen allemaal een rol spelen. Emoties kunnen belemmerend werken en zorgen dat de studenten in de ontkenningsfase blijven, maar ze kunnen ook motiverend werkend.

2.2 Weerstand

Een andere hele belangrijke factor in het hulpzoekproces is weerstand (Abbate-Daga et al., 2013). Weerstand speelt niet alleen een rol in het zoeken van hulp, maar ook gedurende het behandelproces is het nog van belang. Weerstand is, net als het bewustzijn, onderhevig aan verschillende factoren, en ze kunnen ook elkaar nog beïnvloeden. Een gemeenschappelijke factor is *ontkenning*, dit speelt ook bij weerstand een grote rol. Ontkenning kan de weerstand vergroten en hulp zoeken belemmeren, waar bewustwording de weerstand juist weer kan verlagen (Abbate-Daga et al., 2013; Schoen et al., 2012).

Naast ontkenning is ook *motivatie* om te veranderen een factor die weerstand kan beïnvloeden. Een verminderde motivatie wordt geassocieerd met een slechtere nakoming van het behandelproces en verminderd succes. Het is van belang om de intrinsieke motivatie van de student goed te kunnen begrijpen, om de weerstand te kunnen verlagen (Abbate-Daga et al., 2013).

Vervolgens is er bij patiënten vaak sprake van *tegenstrijdige gevoelens*. Er wordt gesproken van een soort innerlijke stem, die een strijd voert tussen weerstand en waardering bij een behandeling. De subjectieve visies van de patiënt moeten hier beschouwd worden, zodat de patiënten zich begrepen voelt en het proces persoonlijk voor ze wordt. Er moet een therapeutisch raamwerk gevormd worden waarin de patiënt zich autonoom voelt, dit kan de weerstand verlagen (Abbate-Daga et al., 2013).

Verder zijn er ook persoonlijkheidskenmerken, emoties of invloeden die zwaar wegen in het proces van de eetstoornis en er voor zorgen dat de patiënt toch voor de eetstoornis “kiest” en zich verzet tegen behandelingen. Dit zijn de zogeheten ‘*eetstoornis behoudende factoren*’. Dit kunnen factoren zijn zoals zelfvertrouwen, perfectionisme, interpersoonlijke relaties en ontwijkend gedrag (Abbate-Daga et al., 2013).

Tot slot is er nog de *relatie met de therapeut*, die van fundamenteel belang lijkt te zijn. Het ontwijken van emoties en het hebben van onregelde gevoelens zijn sterk gelinkt aan weerstand. De interactie met de therapeut kan van essentieel belang zijn om dit gedurende de behandeling zo goed mogelijk aan te pakken en de weerstand zo te verlagen. Een vertrouwensband is hier belangrijk (Abbate-Daga et al., 2013).

2.3 Soort hulp

In het proces van weerstand komt naar voren dat de relatie met de therapeut van groot belang is en bij het vergankelijke bewustzijn blijkt dat houding ten opzichte van hulp en ervaring met hulp ook belangrijke factoren zijn (Abbate-Daga et al., 2013; Schoen et al., 2012). Het soort hulp kan ook invloed hebben op ontkenning, bewustwording en weerstand. Als het soort hulp niet gewaardeerd wordt kan er weer weerstand ontstaan of kan de patiënt terugvallen naar ontkenning. Uit een evaluatie van behandelingen bij eetstoornissen vanuit het perspectief van de patiënt, kwamen een aantal belangrijke factoren naar boven die invloed hebben op de waardering van hulp (De la Rie et al., 2006)

Gespecialiseerde hulp lijkt het meest gewaardeerd te worden door patiënten met een eetstoornis. Het is voor de patiënten van belang dat de persoon door wie zij behandeld worden veel (gespecialiseerde) kennis heeft en zich goed in kan leven en begrip kan tonen.

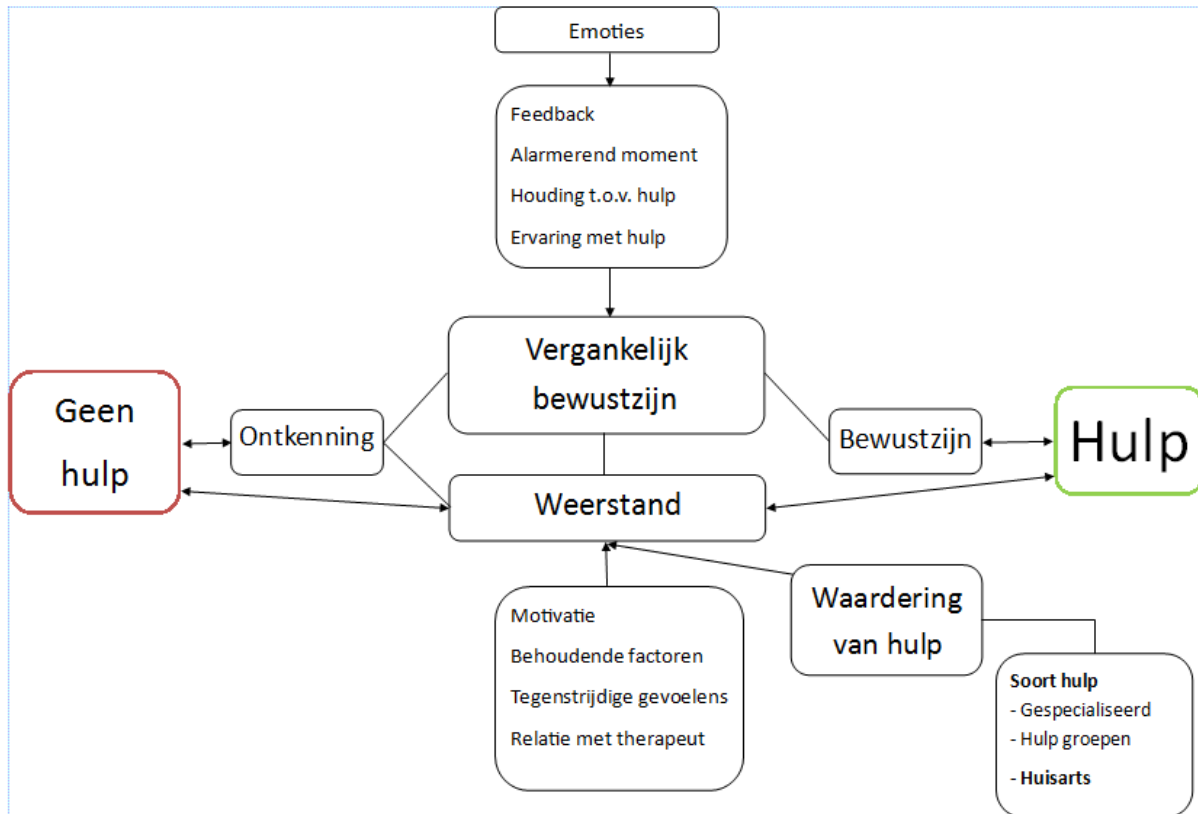
Niet gespecialiseerde hulp (zoals de huisarts) kan ook wel als nuttig bevonden worden, maar hier zijn wel een aantal factoren voor nodig. Zo is het hier van belang dat er een goede band is met de hulpverlener en dat de student zich ondersteund voelt en meer inzicht krijgt in zijn problemen.

Het behandelen van de onderliggende oorzaak lijkt voor patiënten ook van groot belang te zijn, net zoals het behandelen van symptomen. Een focus op beide kan de waardering van de behandeling en de hulpverlener bevorderen. Ook lijken *hulpgroepen*, samen met andere patiënten en eventueel een therapeut, gewaardeerd te worden. Steun van andere patiënten met een eetstoornis wordt als waardevol beschouwd door de patiënten en het betrekken van een partner bij deze groep kan ook positief zijn (De la Rie et al., 2006).

De rol van de huisarts, is in het hele proces van essentieel belang (Slayag & Latzer, 2002). Het is voor patiënten met een eetstoornis vaak lastig om de volgende stappen te zetten. De huisarts kan de patiënt hier in motiveren en adviseren en in de loop van het proces ook controleren, zodat de vooruitgang behouden kan worden. De taak van de huisarts is breed en kan ook ontkenning en weerstand beïnvloeden. De huisarts speelt ook een rol in het overbrengen van kennis over de

eetstoornis. In het kort zou je kunnen stellen dat de huisarts eigenlijk een coördinator is van het hele behandelproces, dus het is erg belangrijk dat dit zo goed mogelijk verloopt en dus ook door de patiënt wordt gewaardeerd. Echter, zoals hierboven ook beschreven en zoals is gebleken uit onderzoek van Lagro-Janssen en Lubberink (2003), wordt de hulp van de huisarts niet altijd even goed gewaardeerd, het verloopt vaak niet naar verwachtingen van de patiënt. Een goede band, vertrouwen en kennis, moeten nog geoptimaliseerd worden, om het hele behandelproces zo goed mogelijk te laten verlopen (Lagro-Janssen & Lubberink, 2003; Slayag & Latzer, 2002).

2.4 Het model



Figuur 1. Het model van vergankelijk bewustzijn, met weerstand en waardering van hulp (Schoen et al., 2012; Abbate-Daga et al., 2013; De la Rie et al., 2006).

2.5 Onderzoeksvragen

Aan de hand van de bovenstaande theorieën en het in de inleiding geschetste probleem, kunnen een aantal onderzoeksvragen worden opgesteld.

1. Hoe ziet de groep studenten met een eetstoornis er uit qua gezondheid en studieresultaten?
 - a. Hoe vaak komen eetstoornissen voor onder studenten?
 - b. Komt de prevalentie van eetstoornissen onder studenten die naar voren komt uit de Studentengezondheidstest, overeen met de prevalentie die bekend is uit de literatuur?
 - c. Hoe ziet de gezondheid van de groep studenten met een eetstoornis er uit vergeleken met studenten die geen eetstoornis hebben?
 - d. Is er een verband tussen het hebben van een eetstoornis en de studieresultaten?
2. Wat zijn motiverende en belemmerende factoren in het hulpzoekproces van studenten met een eetstoornis?
 - a. Wat zijn factoren die de student kunnen motiveren om hulp te zoeken?
 - b. Wat zijn factoren die studenten kunnen weerhouden om hulp te zoeken?
 - c. Wat zijn factoren die een rol spelen in het proces van weerstand?
 - d. Is er een verband tussen weerstand en hoe lang het duurt voor iemand hulp zoekt?
 - e. Is er een verband tussen weerstand en het afronden van behandelingen?

3. Wat zijn de verwachtingen van de student t.a.v. de hulp?
 - a. Wat voor soort hulp willen studenten met een eetstoornis het liefst?
 - b. Van wie willen studenten met een eetstoornis het liefst hulp?
 - c. Wat zijn de verwachtingen naar de huisarts toe en hoe kan deze rol geoptimaliseerd worden?
 - d. Is er een verband tussen de tevredenheid met de huisarts en het afronden van behandelingen?

3. METHODE

3.1 Onderzoeksdesign

In dit cross-sectionele onderzoek is doormiddel van data uit de Studentengezondheidstest en data uit een zelf ontwikkelde vragenlijst getracht een uitspraak te doen over belangrijke factoren in het hulpzoekproces van studenten met een eetstoornis, welke vormen van hulp zij het meest waarderen en wat de rol van de huisarts kan zijn in dit proces. In dit design is er een kleine kans op selectiebias, omdat de studiebevolking van de Studentengezondheidstest niet aan de hand van voorwaarden is geselecteerd. Ook is de kans op informatiebias beperkt, bij iedereen is hetzelfde meet instrument gebruikt. Er is in dit onderzoek ook gezocht naar confounders en effectmodificatoren en indien nodig is hier voor gecorrigeerd of gestratificeerd.

3.2 Dataverzameling en werving

Data voor dit onderzoek zijn verzameld aan de hand van de Studentengezondheidstest (zie Bijlage 2) en een zelf ontwikkelde vragenlijst (Zie Bijlage 3 en 10). Studenten voor de Studentengezondheidstest zijn geworven via de studieadviseurs van de Universiteit van Amsterdam en de Hogeschool van Amsterdam. De studenten kregen vervolgens een mailtje met de vraag of zij de Studentengezondheidstest in wilden vullen. Voor de zelf ontwikkelde vragenlijst zijn studenten zowel via de Studentengezondheidstest geworven als via andere wegen. Zo zijn verschillende fora en organisaties benaderd, zoals Proud2Bme, lotgenotenforum.nl, WEET, anorexiajongens.nl en eetstoornisvrij.nl en is via deze sites een oproep geplaatst voor studenten om de vragenlijst in te vullen. De studenten die via de Studentengezondheidstest zijn geworven hebben eerst een uitnodigingsmail gekregen (N=101) voor de zelf ontwikkelde vragenlijst, een week later de eerste herinneringsmail, en nog een week later de tweede herinneringsmail. Omdat de respons zo veel lager uit is gevallen dan verwacht, is in de laatste herinneringsmail ook nog de optie toegevoegd om een open vraag in te vullen waarin de student een reden kan geven voor het niet invullen of niet afronden van de vragenlijst. Hier is echter niet op gereageerd.

3.3 Studiebevolking

De bevolking van deze studie bestond uit studenten van de Universiteit van Amsterdam en Studenten van de Hogeschool van Amsterdam die via de studentengezondheidstest zijn geworven. De studenten die via de verschillende organisaties en fora bij de zelf-ontwikkelde vragenlijst terecht zijn gekomen kwamen ook van andere onderwijsinstellingen, buiten Amsterdam. Van de studenten die de Studentengezondheidstest hebben ingevuld hebben 101 toestemming gegeven om benaderd te worden voor vervolgonderzoek. Hiervan waren echter 8 buitenlandse studenten en zij konden de vragenlijst niet invullen, deze was namelijk alleen beschikbaar in het Nederlands. Van de 101 studenten die de vragenlijst hebben ontvangen, hebben 64 mensen de vragenlijst geopend of deels ingevuld en 44 mensen hebben de vragenlijst ook daadwerkelijk afgerond. Via de oproepen op de fora en via de organisaties hebben uiteindelijk 38 mensen de vragenlijst geopend en deels ingevuld, maar slechts 7 mensen hebben de vragenlijst ook afgerond. De studenten die de zelf ontwikkelde vragenlijst in hebben gevuld zijn studenten die momenteel een eetstoornis hebben, of er ooit een hebben gehad.

3.5 Data analyse en variabelen

Er zijn beschrijvende analyses uitgevoerd voor het omschrijven van de studiebevolking (frequentie analyses), om een beeld te krijgen van hoe de groep studenten met een eetstoornis er uit ziet. Om onderzoeksvraag 1a, b, c en d te beantwoorden zijn er frequentieanalyses uitgevoerd op de data van de Studentengezondheidstest en is er een ANOVA gedaan om te kijken of er een significant verschil was tussen de studenten zonder eetstoornis en de studenten die momenteel een eetstoornis hebben of deze ooit hebben gehad. Er is hier gekeken naar studieresultaten en de sub schalen van gezondheid. Om een eerste beeld te schetsen van onderliggende verbanden is er een correlatie

analyse uitgevoerd met de variabelen die in de onderzoeksvragen aan bod komen. Voor onderzoeksvraag 2a, b en c zijn er frequentieanalyses uitgevoerd voor de hulpmotivatie, wat anderen kunnen doen om de student te motiveren, gevoelens die het beginnen of doorgaan met een behandeling makkelijker of moeilijker maken en voor de factoren van weerstand. De percentages en gemiddeldes die hier uit kwamen zijn gerapporteerd. Voor onderzoeksvraag 2d en e is eerst een factor analyse uitgevoerd op de items van weerstand. Vervolgens is hier gekeken of er sprake was van een of meerdere factor dimensies en naar wat de betrouwbaarheid was, hier is een betrouwbaarheidsanalyse voor uitgevoerd die de Cronbach's Alpha weer gaf. Vervolgens is met de factoren van weerstand een lineaire regressie analyse uitgevoerd om te achterhalen of er een verband is tussen een van de factoren van weerstand en hoe lang het heeft geduurd voor iemand hulp heeft gezocht. Tot slot is er voor onderzoeksvraag 2e nog een logistische regressie analyse uitgevoerd voor het verband tussen de factoren van weerstand en of iemand wel of geen behandeling(en) succesvol heeft afgerond. Voor deze verbanden is ook gekeken naar confounders. Mogelijke confounders in deze relatie waren variabelen die significant gecorreleerd zijn met de uitkomstmaat (aan de hand van de correlatie analyse) en nog een aantal persoonskenmerken zoals geslacht, leeftijd (geslacht en leeftijd kunnen de houding en het hulpzoekgedrag beïnvloeden), BMI en het soort eetstoornis (de verschillende vormen en gradaties komen ook met verschillende persoonlijkheidskenmerken) (Mackenzie et al., 2007; Cassin et al., 2005). Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 3a, b en c is dezelfde aanpak gebruikt als voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 2a, b en c. Voor onderzoeksvraag 3d is ook een factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd, om vervolgens met de factor die hier uit kwam een logistische regressie analyse uit te voeren voor het verband tussen de tevredenheid met de huisarts en het wel of niet afronden van de behandeling(en). Voor de logistische en lineaire regressie analyses is er bij de continue determinanten en uitkomstmaten eerst gekeken of deze normaal verdeeld waren, als dit niet het geval was is er een logtransformatie uitgevoerd. Vervolgens is er ook gekeken naar of de relatie tussen de determinant en de uitkomstmaat lineair was, als dit niet het geval was is de determinant onderverdeeld in kwartielen. De data analyses zijn uitgevoerd met IBM SPSS Statistics 2.0.

4. RESULTATEN

4.1 Populatie

De studiepopulatie bestond uit 86 mannen en vrouwen die de zelf ontwikkelde vragenlijst hebben ingevuld (51 studenten hebben de vragenlijst volledig afgerond). Hiervan is 93% vrouw. De gemiddelde leeftijd van de studiepopulatie is 23,2 jaar. Het gemiddelde gewicht van de populatie is 62,5kg met een gemiddelde lengte van 1,71m, wat het gemiddelde BMI 21,3 maakt. Momenteel is het gemiddelde cijfer van deze groep 7,2.

	Gemiddelde (\pm SD)	Minimum	Maximum
Geslacht	93% vrouw		
Leeftijd	23,2 (\pm 3,67)	19	39
Gewicht	62,5kg (\pm 14,99)	42	120
Lengte	1,71m (\pm 0,72)	1,56	1,86
BMI	21,3 (\pm 5,15)	15,1	45,7
Gemiddeld cijfer	7,2 (\pm 0,74)	5,5	8,7

Tabel 1. Populatie gegevens.

4.2 Eetstoornis en behandeling

Van de 62 mensen die verder zijn gegaan na de achtergrondvragen, heeft 44% momenteel een eetstoornis. Het grootste deel van deze groep had Anorexia Nervosa (57%), de rest was onder te verdelen in Boulimia Nervosa, BED, Eetstoornis Niet Anders Omschreven (NAO), Orthorexia, Anorexia Athletica, of had geen diagnose. De ernst van de eetstoornis werd door de studenten zelf beoordeeld op een schaal van 1 tot 6 (van 'helemaal niet ernstig' tot 'heel erg ernstig'). Gemiddeld gezien beoordeelden ze de ernst tussen 'enigszins ernstig' en 'nogal ernstig'. Wat betreft de behandeling in deze groep is 39% nog onbehandeld, de rest is momenteel in behandeling of heeft ooit wel een behandeling gehad. Van de mensen die in behandeling zijn of ooit wel een behandeling hebben gehad, heeft bijna 50% nooit een behandeling afgerond. Het duurt over het algemeen redelijk lang voor er hulp wordt gezocht, gemiddeld bijna 38 maanden.

	Aantal	N	%
Momenteel een eetstoornis	27	62	44
Ooit een eetstoornis gehad	35	62	57
Anorexia Nervosa	35	62	57
Boulimia Nervosa	9	62	15
BED	5	62	8
Andere eetstoornis	13	62	21
NAO	5	62	8
Orthorexia	1	62	2
Anorexia Athletica	1	62	2
Combinatie AN en BN	2	62	3
Geen diagnose	4	62	7
Gemiddelde ernst (schaal 1-6)	3,32		
Onbehandeld	24	62	39

Tabel 2. Gegevens over de eetstoornis.

	Aantal	N	Min-Max	%
Momenteel in behandeling	14	62		23
Ooit behandeld	24	62		39
Gemiddelde tijd tot hulp (maanden)	37,7		0 - 132	
Geen behandelingen afgerond	18	37		49
Wel behandelingen afgerond	19	37	1 - 4	51
1 afgerond	14	19		74
2 afgerond	3	19		16
3 afgerond	1	19		5
4 afgerond	1	19		5
Wel eens gestopt met behandeling	19	36		53

Tabel 3. Gegevens over behandeling.

4.3 Correlaties

Voorafgaand aan de regressie analyses is er een correlatie analyse uitgevoerd (voor de volledige correlatie tabel zie Bijlage 12). De tijd tot iemand hulp zoekt is significant gecorreleerd met de huidige leeftijd, de leeftijd waarop de eetstoornis begon, en met of de persoon momenteel behandeld wordt. Intrinsieke weerstand is ook significant gecorreleerd met de leeftijd waarop de eetstoornis begon, en ook met of iemand een behandeling ooit heeft afgerond. Of iemand ooit een behandeling heeft afgerond is daarnaast ook nog gecorreleerd met of iemand momenteel behandeld wordt en met de leeftijd waarop de eetstoornis begon. Tot slot is of iemand behandeld wordt nog gecorreleerd met de ernst van de eetstoornis.

4.4 Gezondheid en studieresultaten

De eerste onderzoeksvraag is hoe de groep studenten met een eetstoornis er uit ziet qua gezondheid en studieresultaten. Om te beginnen is hiervoor de prevalentie van studenten die momenteel een eetstoornis hebben of deze ooit hebben gehad, berekend aan de hand van gegevens uit de Studentengezondheidstest. In de Studentengezondheidstest hebben 236 van 2843 aangegeven dat zij momenteel een eetstoornis hebben of deze ooit hebben gehad (8,3%). De volgende vraag was in hoeverre deze prevalentie overeenkomt met de prevalentie uit de literatuur. De berekende prevalentie is niet onderverdeeld in het soort eetstoornis en bevat zowel mensen die momenteel een eetstoornis hebben als mensen die dit ooit hebben gehad. De prevalentie onder studenten genoemd in de inleiding voor AN, BN en BED komt bij elkaar opgeteld op 4-6,5%. Al met al lijkt het dus redelijk overeen te komen.

Om te achterhalen hoe de gezondheid van de studenten met een eetstoornis er uit ziet in vergelijking met studenten zonder eetstoornis en of hier een significant verschil in zit zijn een aantal sub schalen uit de Studentengezondheidstest vergeleken, met een variantie analyse. Namelijk de sub schaal voor algemene gezondheid, angst, depressie en vitaliteit. Op angst en depressie scoorden de studenten met een eetstoornis significant hoger ($df(1,3118)$, $p < 0,001$), oftewel, de studenten die momenteel een eetstoornis hebben of deze ooit hebben gehad hebben meer last van angst en depressie gerelateerde klachten. Op de sub schalen voor algemene gezondheid en vitaliteit scoorden de studenten met een eetstoornis significant lager ($df(1,3118)$, $p < 0,001$). Dit betekent dat de studenten zonder eetstoornis een significant betere gezondheid en betere vitaliteit ervaren.

(N=3120)	Geen eetstoornis		Nu/ooit eetstoornis		f(1,3118)	p
	M	SD	M	SD		
Algemene gezondheid	66,53	21,27	58,72	22,91	32,36	0,000
Angst	5,94	2,46	7,59	3,43	101,02	0,000
Depressie	13,59	5,05	16,61	6,11	83,55	0,000
Vitaliteit	54,66	20,25	46,55	20,87	38,85	0,000

Tabel 4. Gezondheidsscores

Vervolgens was het de vraag of het hebben van een eetstoornis een verband heeft met de studieresultaten. Hiervoor is er gekeken naar de vragen uit de Studentengezondheidstest over gemiddelde cijfers en of er een negatief bindend studieadvies of harde knip dreigt. Er bleek een significant verschil te zijn tussen het huidige gemiddelde cijfer van studenten zonder eetstoornis (6,97) en studenten die momenteel een eetstoornis hebben of deze ooit hebben gehad (7,07). Het cijfer van studenten zonder eetstoornis was significant lager ($df(1,2838)$, $p = 0,04$). Bij de overige vragen is geen significant verschil geconstateerd al was op de middelbare school het cijfer van studenten zonder eetstoornis ook iets lager.

	Geen eetstoornis		Nu/ooit eetstoornis		f	p
	M	SD	M	SD		
Gemiddelde cijfer middelbare school (N=2843)	6,98	0,60	7,03	0,78	(1,2841) 1,12	0,290
Gemiddelde cijfer momenteel (N=2841)	6,97	0,72	7,07	0,77	(1,2839) 4,21	0,040
Cijfer wat anderen geven voor tempo (N=2839)	7,06	1,35	7,04	1,43	(1,2837) 0,02	0,855
Cijfer wat je zelf geeft voor tempo (N=2835)	6,65	1,57	6,48	1,77	(1,2833) 0,89	0,119
		%	%		f	p
Negatief bindend studie advies of harde knip (N=2831)		12,1	14,5		(1,2819)0,89	0,344

Tabel 5. Studieresultaten

4.5 Factoren in het hulpzoekproces

Om te achterhalen wat motiverende en belemmerende factoren zijn in het hulpzoekproces van de student zijn verschillende frequentie analyses gedaan bij de vragen over deze items. Bij de motiverende factoren scoorde 'ik wilde zelf echt veranderen' het hoogst, gevolgd door 'de bezorgdheid van een vertrouwd persoon'. Bij de dingen die anderen zouden kunnen doen om de student te motiveren scoorde het uiten van zorgen het hoogst, gevolgd door 'me mijn eigen keuzes laten maken' en 'me confronteren'. Uit de vragen over welke gevoelens het beginnen of doorgaan met een behandeling makkelijker maakte, kwam naar voren dat hoop een heel belangrijke factor is, gevolgd door zorgen over de gezondheid.

Hulpmotivatie (N=54)	M	SD
Wilde zelf echt veranderen	3,78	1,19
Bezorgdheid vertrouwd persoon	3,44	1,28
Schokkende verandering	3,26	1,38
Opmerkingen omgeving bewust gemaakt	3,11	1,37
Emoties	3,07	1,21
Besef hulp nodig	3,07	1,37
Schuldgevoel naar omgeving	2,72	1,25
Inspirerende berichten over hulp	2,31	1,13

Tabel 6. 'Wat heeft jou gemotiveerd om (in eerste instantie) hulp te gaan zoeken?' met gemiddelde scores op een schaal van 1 tot 5 (van 'heel erg oneens' tot 'heel erg eens').

Motiveren anderen (N=53)	%
Zorgen uiten	26
Eigen keuzes laten maken	25
Confronteren	25
Doelen stellen	16
Verplichtingen stellen	4
Anders (Dwingen, constructief nadenken, uit de buurt blijven)	4

Tabel 7. 'Wat zouden anderen kunnen doen om jou te motiveren om hulp zoeken?' met percentage 'ja'.

Gevoelens (N = 33)	Begin makkelijker (%)	Doorgaan makkelijker (%)
Hoop	28	25
Zorgen over gezondheid	21	18
Zelfvertrouwen	9	11
Vertrouwen	9	14
Angst	8	9
Controle willen hebben	6	4
Perfectionisme	4	7
Schaamte	4	5
Anders (Zorgen van anderen, dwingen, wanhoop)	11	7

Tabel 8. Gevoelens die het beginnen of doorgaan met een behandeling makkelijker kunnen maken met percentage 'ja'.

Om te achterhalen wat factoren zijn die studenten er van kunnen weerhouden om hulp te zoeken is een frequentie analyse gedaan voor de vragen over de belemmerende factoren. Zorgen over gewichtsveranderingen was de factor die het duidelijkst naar voren kwam als belemmerende factor voor zowel het beginnen met een behandeling als het doorgaan, gevolgd door zelf graag controle willen hebben.

Gevoelens (N = 33)	Begin moeilijker (%)	Doorgaan moeilijker (%)
Zorgen over gewichtsverandering	19	20
Controle willen hebben	18	17
Perfectionisme	13	13
Laag zelfvertrouwen	13	11
Angst	13	17
Schaamte	11	8
Twijfel	11	12
Anders (Onverschilligheid, geld, wegingen, onbegrip)	2	3

Tabel 9. Gevoelens die het beginnen of doorgaan met een behandeling moeilijker kunnen maken met percentage 'ja'.

Voor welke factoren een rol spelen in het proces van weerstand, is de gemiddelde score op de vraag 'welk van de volgende factoren heeft/hebben bij jou een rol gespeeld bij het uitstellen van een behandeling of maakte(n) het lastiger om de behandeling te beginnen?'. Voor deze vraag is een schaal van 1 tot 5 gebruikt, van 'heel erg oneens' tot 'heel erg eens'. Hier kwam uit naar voren dat de weerstand verlaagd kan worden als de student zich begrepen voelt, de studenten gaven aan dat als ze zich begrepen voelden dat dit het makkelijker maakte om de behandeling door te zetten. Verder kwam naar voren dat het willen hebben van controle een belemmerende factor is die weer hoog scoort, dit komt ook overeen met voorgaande resultaten. Ook ontkenning van het eetprobleem en zelf niet inzien waarom een behandeling nodig is komen naar voren al belemmerende factoren.

Weerstand (N = 33)	M	SD
Begrepen voelen maakt het makkelijker	4,21	1,02
Willen hebben van controle maakt beginnen moeilijker	4,12	1,08
Ontkenning eetprobleem	3,94	1,14
Zag zelf niet in waarom het nodig was	3,73	1,26
Willen hebben van controle maakt doorzetten moeilijker	3,61	1,41
Stimulatie hulpverlener belangrijk	3,61	1,37
Wilde geen behandeling	3,55	1,25
Vertrouwensband hulpverlener hielp	3,52	1,56
Wisselende gevoelens tijdens behandeling	3,39	1,35
Voelde zich gewaardeerd door hulpverlener	3,24	1,50
Had het gevoel dat de hulpverlener om je gaf	3,15	1,50
Was het eens met de behandeling	3,00	1,35
Zelfvertrouwen geholpen met doorzetten	2,76	1,30
Zelfvertrouwen geholpen met beginnen	2,61	1,39
Anders (moeite met gewicht, strijd zelfstandigheid / afhankelijkheid, ouders ontkennden probleem, groepsgenoten hielpen).		

Tabel 10. Factoren die een rol spelen in het proces van weerstand, met de gemiddelde scores op een schaal van 1 tot 5.

Tot slot is er nog gekeken of er een verband is tussen weerstand en hoe lang het duurt voor iemand hulp zoekt. Hier voor is een factor analyse gedaan op de factoren uit tabel 10, met daar aan toegevoegd nog de twee algemene vragen over weerstand. Waar nodig zijn items omgepoold. Uit deze factor analyse kwam naar voren dat er sprake was van twee dimensies. De items zijn dus onder

te verdelen in twee categorieën, namelijk ‘intrinsieke factoren’ en ‘factoren in verband met de hulpverlener’. De betrouwbaarheid van de schaal was een Cronbach’s Alpha van 0,783.

Factor 1 – Intrinsieke factoren	
1.	Voorafgaand aan mijn eerste behandeling waren er factoren die mij er van weerhielden om de behandeling te beginnen
2.	Tijdens de behandeling was er sprake van factoren die het lastiger maakte om de behandeling door te zetten
A.	Ontkenning van je eetprobleem
B.	Je zag zelf niet in waarvoor een behandeling nodig was
C.	Je wilde geen behandeling
D.	Tijdens de behandeling had je wisselende gevoelens (bijvoorbeeld waardering van de behandeling versus geen vertrouwen in de behandeling) over de behandeling, dit maakte het lastiger om door te zetten
F.	Je zelfvertrouwen heeft je geholpen om behandelingen te beginnen
H.	Je hebt graag zelf alle controle, dit maakte het moeilijker om behandelingen te beginnen
I.	Je hebt graag zelf alle controle, dit maakte het moeilijker om behandelingen vol te houden
Factor 2 – Factoren in verband met de hulpverlener	
E.	Als je je tijdens een behandeling begrepen voelde, maakte dit het makkelijker om door te zetten
G.	Je zelfvertrouwen heeft je geholpen om behandelingen door te zetten
J.	De vertrouwensband met de hulpverlener hielp met doorzetten in het behandelproces
K.	Je vond het belangrijk dat de hulpverlener je stimuleerde om door te zetten
L.	Je voelde je gewaardeerd door je hulpverlener
M.	Je had het gevoel dat de hulpverlener om je gaf
N.	Je was het meestal wel eens met de manier waarop de hulpverlener de behandeling aanpakte

Tabel 11. Items verdeeld onder de twee factoren

Vervolgens is er een regressie analyse uitgevoerd voor het verband tussen intrinsieke weerstand (factor 1) of weerstand i.v.m. de hulpverlener (factor 2) met de tijd tot iemand hulp zoekt. Hiervoor zijn ook controle variabelen toegevoegd, dit zijn variabelen die ofwel significant gecorreleerd zijn aan de uitkomst (leeftijd, beginleeftijd, in behandeling), of kenmerken van de persoon/eetstoornis (geslacht, BMI, soort eetstoornis). Al deze factoren verklaren samen bijna 70% van de variantie van tijd tot hulp. Verder is er voor het ruwe model een lineaire regressie uitgevoerd voor intrinsieke weerstand en weerstand i.v.m. de hulpverlener en de log getransformeerde uitkomstmaat. Uit deze regressie analyse kwam voor beide factoren geen significant verband naar boven ($p = 0,978$ en $p = 0,637$).

(N=33)	B	p	95% BI
Constante	3,054	0,013	0,69 – 5,42
Intrinsieke weerstand	0,009	0,978	-0,65 – 0,66
Constante	2,764	0,001	1,31 – 4,21
Weerstand i.v.m. de hulpverlener	0,097	0,637	-0,32 – 0,51

Tabel 12. Uitkomst van de lineaire regressie analyse van intrinsieke weerstand en weerstand i.v.m. de hulpverlener met tijd tot hulp. Het ruwe model.

(N=32)	B	p	95% BI	ΔR^2
Constante	2,629	0,346	-3,02 - 8,27	
Intrinsieke weerstand	-0,157	0,516	-0,65 - 0,34	0,000
Geslacht	-0,098	0,924	-2,20 - 2,00	0,025
Leeftijd	0,232	0,001	0,11 - 0,36	0,188
BMI	-0,005	0,000	-0,01 - 0,00	0,199
Soort eetstoornis	0,024	0,862	-0,26 - 0,31	0,003
Beginleeftijd	-0,175	0,035	-0,34 - -0,01	0,137
In behandeling	-0,932	0,006	-1,57 - -0,29	0,121

(N=32)	B	p	95% BI	ΔR^2
Constante	1,576	0,536	-3,06 - 6,75	
Weerstand i.v.m de hulpverlener	0,157	0,258	-0,12 - 0,44	0,008
Geslacht	-0,333	0,740	-2,38 - 1,72	0,026
Leeftijd	0,231	0,001	0,11 - 0,36	0,201
BMI	-0,004	0,000	-0,01 - -0,00	0,203
Soort eetstoornis	0,073	0,588	-0,20 - 0,35	0,003
Beginleeftijd	-0,175	0,025	-0,33 - -0,02	0,153
In behandeling	-0,841	0,014	-1,50 - -0,19	0,092

Tabel 13. Analyse met controle variabelen en de verklaarde variantie per variabele opgesplitst voor intrinsieke weerstand en weerstand i.v.m. de hulpverlener.

Vervolgens is er gekeken of weerstand een verband heeft met het wel of niet afronden van behandelingen. Hier lijkt in het ruwe model een negatief significant verband te zijn tussen intrinsieke weerstand en behandeling afgerond ($p=0,013$). Er lijkt geen verband te zijn tussen weerstand i.v.m. de hulpverlener en behandeling afgerond.

(N=33)	B	Exp(B)	p	95% BI
Constante	6,572		0,012	
Intrinsieke weerstand	-1,78	0,169	0,013	0,04 - 0,68
Constante	0,328		0,780	
Weerstand i.v.m. de hulpverlener	-0,043	0,958	0,897	0,50 - 1,84

Tabel 14. Uitkomst van de logistische regressie analyse van intrinsieke weerstand en weerstand i.v.m. de hulpverlener met behandeling afgerond, het ruwe model.

Het is natuurlijk de vraag of dit effect volledig wordt veroorzaakt door intrinsieke weerstand, of dat er nog andere factoren een rol spelen in dit verband. Om dit te achterhalen zijn controle variabelen toegevoegd. De variabelen die hier voor in aanmerking kwamen waren de beginleeftijd en of de persoon in behandeling is (significant gecorreleerd). Daarnaast is er ook weer gekeken naar leeftijd, geslacht, BMI, en het soort eetstoornis. Door het toevoegen van geslacht en of de persoon in behandeling is, ontploft het model. De backwards selectieprocedure is dus gedaan met als beginpunt het model zonder deze twee variabelen. In het uiteindelijke model is alleen leeftijd er nog uit gehaald en zijn BMI, soort eetstoornis en de leeftijd waarop de eetstoornis begon over gebleven als significante variabelen. Er is een afkapwaarde gebruikt van $p \leq 0,1$. De -2loglikelihood van het begin model was 33,03. Na het verwijderen van leeftijd werd dit 34,22. Dit is een verschil van 1,201 met een significantie van 0,273. Dit is dus verre van significant, dus leeftijd is terecht verwijderd.

(N=33)	B	Exp(B)	p	95% BI
Constante	-4,921	0,007	0,450	
Intrinsieke weerstand	-2,162	0,115	0,048	0,01-0,94
BMI	0,434	1,543	0,054	0,99-2,40
Soort eetstoornis	-1,371	0,253	0,037	0,07-0,92
Beginleeftijd	0,453	1,573	0,088	0,94-2,65

*-2loglikelihood = 34,22, sig. = 0,273

Tabel 15. Uiteindelijke predictie model voor het afronden van behandelingen.

4.6 Verwachtingen ten aanzien van hulp

Hier is het de vraag wat voor soort hulp de studenten het liefst willen, van wie zij deze hulp het liefst willen, en wat de verwachtingen naar de huisarts toe zijn. Hiervoor is gekeken naar zowel de voorkeur van de patiënten die momenteel behandeld worden of ooit behandeld zijn, als naar de voorkeur van patiënten die niet behandeld worden. Hier kwam uit naar voren dat het soort hulp wat bij de meeste studenten de voorkeur had de gesprekstherapie is, dit geldt voor zowel de onbehandelden als de behandelden. Op de tweede plek staat bij de onbehandelden een dieet, maar bij de behandelden psychotherapie. Wat opvalt, is dat van de onbehandelden niemand de voorkeur geeft aan therapie in een kliniek, terwijl van de behandelden toch een aantal aangeven dat o.a. hier hun voorkeur ligt.

(N=24 en N=27)	Behandelde (%)	Onbehandelde (%)
Gesprekstherapie	31	35
Psychotherapie	18	5
Dieet	10	21
Leefregels	7	9
Klinische therapie (opname)	7	0
Groepstherapie	6	14
Groepstherapie kliniek	6	0
Medicatie	4	2
Ziekenhuisopname	0	0
Anders (Geen, haptonoom, assertiviteitstraining, systeem therapie, psychomotorische therapie, internetcoach, ervaringsdeskundige)	11	14

Tabel 16. Voorkeur voor behandelingen met percentage 'ja'.

Wat betreft van wie de studenten het liefst hulp willen verschillen de resultaten wat meer per groep. De onbehandelden zouden het liefst hulp krijgen van een gespecialiseerde psychotherapeut, met op de tweede plek familie en op de derde plek een diëtist. De behandelden geven echter aan dat zij in de eerste plaats het liefst hulp willen van iemand in een gespecialiseerde kliniek. Op de tweede plek staat de gespecialiseerde psychotherapeut, gevolgd door de diëtist en de psycholoog.

(N=24 en N=37)	Behandelde (%)	Onbehandelde (%)
Gespecialiseerde kliniek	28	8
Gespecialiseerde psychotherapeut	16	8
Gewone psycholoog	12	21
Diëtist	12	15
Psychiater	11	10
Familie	10	18
Partner	4	10
Huisarts	3	3
Internist	1	0
Anders (Geen, haptonoom, kinderarts, psychomotore therapeut)	3	8

Tabel 17. Voorkeur voor hulpverlener met percentage 'ja'.

Om de verwachting naar de huisarts toe en de beoordeling van de huisarts in kaart te brengen is er gekeken naar de gemiddelde score die de studenten hebben gegeven wat betreft deze items. Over het algemeen is de beoordeling van de huisarts laag, de gemiddelde score is slechts 2,23 (2 = enigszins). De meeste scores liggen in de buurt van de 2. De hoogst scorende factoren zijn het vertrouwen en het goed luisteren. De studenten vinden deze punten redelijk. De verwachting wat betreft dezelfde punten is wel hoog. De gemiddelde verwachting naar de huisarts toe ligt op 3,5 (3 = nogal, 4 = veel). De hoogste scores liggen hier ook bij het vertrouwen en het goed luisteren, dit vinden zij dus erg belangrijk.

(N=33)	Beoordeling		Verwachting	
	M	SD	M	SD
Vertrouwen	2,67	1,27	4,16	0,70
Goed luisteren	2,58	1,30	4,10	0,67
Helpt met zoeken behandeling	2,30	1,22	3,94	0,97
Toont begrip	2,30	1,13	3,51	0,99
Goede band	2,24	1,23	2,96	1,16
Ondersteunt	2,21	1,22	3,63	0,94
Veel kennis	2,00	0,94	3,06	1,03
Kan voldoende informeren over eetstoornis	1,94	-0,97	3,25	1,07
Richt ook op onderliggende oorzaak	1,82	1,04	2,92	1,32
Gemiddelde	2,23		3,50	

Tabel 18. Verwachtingen naar de huisarts en de algemene beoordeling wat betreft dezelfde punten. Gescoord op een schaal van 1 tot 5 (van 'helemaal niet' tot 'heel erg veel').

Voor het verband tussen de tevredenheid met de huisarts (gemiddeld 3,5 op een schaal van 1 tot 5) en het afronden van behandelingen, is een factoranalyse gedaan waar uit bleek dat alle items onder 1 factor vallen, met een Cronbach's Alpha betrouwbaarheid van de schaal van 0,922.

Factor – Tevredenheid huisarts	
A.	Mijn huisarts had veel kennis over de eetstoornis
B.	Mijn huisarts luisterde goed naar mij
C.	Mijn huisarts heeft mij goed geholpen bij het zoeken van de juiste behandeling
D.	Mijn huisarts begreep mij goed
E.	Mijn huisarts ondersteunde mij goed
F.	Mijn huisarts richtte zich ook op de onderliggende oorzaak
G.	Mijn huisarts behandelde alleen de symptomen
H.	Mijn huisarts heeft mij voldoende geïnformeerd over de eetstoornis
I.	Ik heb/had een goede band met mijn huisarts
J.	Ik vertrouwde mijn huisarts
K.	Algemene beoordeling huisarts

Tabel 19. Items onder de factor tevredenheid huisarts

Vervolgens is er met de factor ‘tevredenheid huisarts’ (gecategoriseerd in kwartielen) en de variabele ‘behandeling afgerond’ een logistische regressie analyse uitgevoerd. Hier was geen significant verband, voor geen van de kwartielen. De vraag aan de studenten of de huisarts naar hun mening een rol heeft gespeeld in het wel of niet afronden van behandelingen is door 35 studenten beantwoord, waarvan 94,3% ook ‘nee’ heeft geantwoord, met als toelichting dat de huisarts voor hen slechts een rol heeft gespeeld in het doorverwijzen of dat zij weinig contact hadden met hun huisarts.

(N=33)	B	Exp(B)	p	95% BI
Constant	0,511	1,665	0,484	
Tevredenheidhuisarts (1,0 - 1,6)			0,727	
Tevredenheidhuisarts (1,7 - 2,2)	-1,022	0,360	0,360	0,05 - 2,73
Tevredenheidhuisarts (2,3 - 2,7)	0,000	1,000	1,000	0,13 - 7,57
Tevredenheidhuisarts (2,8 - 4,0)	-0,288	0,750	0,750	0,11 - 5,24

Tabel 20. Uitkomst logistische regressie analyse van tevredenheid met de huisarts en behandeling afgerond.

5. DISCUSSIE

5.1 Gezondheid en studieresultaten

De eerste vraag was hoe de groep studenten met een eetstoornis er uit ziet qua gezondheid en studieresultaten. De prevalentie van studenten die momenteel een eetstoornis hebben of ooit hebben gehad, was in dit onderzoek 8,3%. In de inleiding is de prevalentie van AN, BN en BED onder studenten geschat op ongeveer 4-6,5%. Aangezien bij de prevalentie in dit onderzoek ook overige eetstoornissen zijn meegeteld en zowel studenten die momenteel een eetstoornis hebben als die dit ooit hebben gehad, is het logisch dat deze prevalentie iets hoger ligt. De prevalentie komt dus niet volledig overeen, maar de verschillen zijn begrijpelijk. De volgende vraag is hoe de gezondheid van studenten met een eetstoornis er uit ziet in vergelijking met de studenten zonder eetstoornis. Studenten met een eetstoornis hebben over het algemeen een hogere score op depressie en angst en een lagere score op vitaliteit en algemene gezondheid. De gezondheid van studenten met een eetstoornis is dus minder goed dan die van studenten zonder een eetstoornis. Studenten met een eetstoornis hebben een verhoogd risico op zowel mentale als fysieke gezondheidsklachten, zo is het dus niet opmerkelijk dat zij minder goed scoren op deze onderdelen (Pella & Litt, 1988; UpToDate, 2015; Baiano et al., 2014). De laatste sub vraag was of er een verband was tussen het hebben van een eetstoornis en de studieresultaten. Het huidige gemiddelde cijfer van studenten met een eetstoornis is significant hoger dan die van studenten zonder eetstoornis, dit lijkt opmerkelijk. Een aantal van de studenten gaf in de vragenlijst aan dat zij dachten dat de eetstoornis een positieve invloed had gehad op hun studieresultaten. Doordat zij bijvoorbeeld door het vele thuis blijven meer tijd hadden besteed aan hun schoolwerk, of dat ze meer doorzettingsvermogen hadden gekregen door hun eetstoornis, of dat zij het gevoel van controle over hun eetstoornis doortrokken in hun studie. Verder is het over het algemeen wel zo dat patiënten met een eetstoornis graag veel controle willen hebben en perfectionistisch kunnen zijn, wat mogelijk ook een verklaring zou kunnen zijn voor betere prestaties (Abbate-Daga et al., 2013; Stoeber et al., 2007).

5.2 Factoren in het hulpzoekproces

De tweede vraag was wat motiverende en belemmerende factoren zijn in het hulpzoekproces van studenten met een eetstoornis. Dingen die de student kunnen motiveren waren het zelf echt willen veranderen, de zorgen van anderen en het maken van eigen keuzes. Dit komt overeen met de literatuur, hier uit kwam ook naar voren dat het belangrijk is dat de motivatie om te veranderen uit de persoon zelf komt en dat de zorgen van een vertrouwd persoon een belangrijke rol spelen (Abbate-Daga et al., 2013; Vansteenkiste et al., 2005; Schoen et al., 2012). Belemmerende factoren waren zorgen over gewichtsverandering en het willen hebben van controle. Ten derde was het de vraag welke factoren nou een belangrijke rol spelen in het proces van weerstand. Hier bleek het belangrijk te zijn dat de student zich begrepen voelt. Ook controle, ontkenning en het zelf niet inzien dat hulp nodig is waren ook van belang, ook dit was weer in overeenstemming met de literatuur (Abbate-Daga et al., 2013). Er is ook gekeken naar de verbanden tussen weerstand en hoe lang het duurt voor iemand hulp zoekt, en het afronden van behandelingen. Weerstand was hier verdeeld in twee factoren (intrinsieke weerstand en weerstand i.v.m. de hulpverlener). Er bleek geen verband te zijn tussen de factoren van weerstand en hoe lang het duurt voor iemand hulp zoekt. Wel kwam uit een model met controlevariabelen naar voren dat leeftijd, BMI en de leeftijd waarop de eetstoornis begon een groot deel van de variantie kunnen verklaren (voor beide factoren). Het is wel opmerkelijk dat er geen verband tussen de factoren van weerstand en de tijd tot hulp naar voren is gekomen. Wat uit het artikel van Abbate-Daga et al. (2013) naar voren kwam was namelijk dat weerstand weldegelijk een verband kan hebben met hoe lang het duurt voor iemand hulp zoekt, een hogere weerstand maakt het lastiger om een behandeling te beginnen of door te zetten. Dit verschil zou echter al te verklaren kunnen zijn door de kleine studiepopulatie. Het aantal personen in deze analyse kwam neer op slechts 33, wat de power erg laag maakt. Vervolgens is er gekeken naar de relatie met het afronden van behandelingen. Intrinsieke weerstand bleek hier wel een (negatief) verband te hebben. Een hogere score bij intrinsieke weerstand, geeft een kleinere kans op het

afronden van behandelingen. Bij deze relatie bleken ook BMI, het soort eetstoornis en de leeftijd waarop de eetstoornis begon een rol te spelen. Dit verband komt wel overeen met de literatuur. Echter heeft alleen de intrinsieke weerstand hier een verband. Aangezien de studiepopulatie in dit onderzoek voornamelijk aangeeft dat de intrinsieke motivatie van belang is en minder waarde hecht aan de hulpverlener, is het niet geheel onlogisch dat hier wel een verband naar voren komt en bij weerstand i.v.m. de hulpverlener niet. Verder kan ook hier de grootte van de steekproef een rol hebben gespeeld in het niet significante verband tussen weerstand i.v.m. hulpverlener en het afronden van behandelingen.

5.3 Verwachtingen ten aanzien van hulp

De derde onderzoeksvraag betrof de verwachtingen van de student ten aanzien van hulp, hier is onderscheid gemaakt tussen studenten die behandeld worden en studenten die niet behandeld worden. Wat betreft het soort hulp, gaven beide groepen aan het liefst gesprekstherapie te krijgen. Voor onbehandelden stond op de tweede plek een dieet, maar behandelden gaven als tweede keuze de voorkeur aan psychotherapie. De volgende vraag was van wie ze het liefst hulp krijgen. De behandelden geven de voorkeur aan iemand in een gespecialiseerde kliniek, gevolgd door een gespecialiseerde psychotherapeut, een diëtiste of een psycholoog. De onbehandelden gaven echter de eerste voorkeur aan een gespecialiseerde psychotherapeut, gevolgd door familie en een diëtist. Vervolgens was de vraag wat de verwachtingen naar de huisarts toe zijn en hoe deze rol geoptimaliseerd kan worden. De studenten geven aan dat zij verwachten dat de huisarts goed kan luisteren en dat zij hun huisarts kunnen vertrouwen en dat de huisarts ze helpt met zoeken naar verdere hulp. Deze resultaten komen redelijk overeen met de literatuur (De la Rie et al., 2006; Slayag & Latzer, 2002). De beoordeling van de huisarts is echter nog niet erg positief. Ze geven aan dat de huisarts 'enigszins' aan hun verwachtingen voldoet. De huisarts zou zijn rol dus kunnen verbeteren door zich te richten op de punten die de studenten belangrijk vinden. Er is geen significant verband naar voren gekomen voor de relatie tussen de tevredenheid met de huisarts en het afronden van behandelingen, terwijl uit de literatuur naar voren kwam dat de huisarts wel een belangrijke, coördinerende rol kan spelen (Slayag & Latzer, 2002). De studenten die deel hebben genomen aan dit onderzoek hebben echter op de vraag of de huisarts voor hen een rol heeft gespeeld veelal 'nee' geantwoord, met als verklaring dat ze weinig contact hadden met hun huisarts, dat ze geen behoefte hadden aan hun huisarts, of dat ze de huisarts slechts belangrijk vonden voor het doorverwijzen. Dat verklaart eigenlijk al waarom er uit dit onderzoek geen significant verband naar voren is gekomen. Dit zou met een andere studiepopulatie, die bijvoorbeeld wel veel contact heeft gehad met de huisarts, echter wel weer anders kunnen zijn.

5.4 Sterke punten en beperkingen

De tijdsperiode waarin dit onderzoek is uitgevoerd was drie maanden. Het zou het onderzoek ten goede komen als dit langer was geweest. Een van de zwakkere punten van dit onderzoek was het aantal respondenten en de tijd waarin de respondenten geworven zijn. Het onderzoek zou zeker verbeterd kunnen worden als er meer respondenten geworven konden worden. Verder is een minder sterk punt dat de studiepopulatie voornamelijk uit Amsterdamse studenten bestaat. Voor de generaliseerbaarheid zou het beter zijn om studenten verspreid uit het hele land te hebben. Ook zitten er erg weinig jongens in de studiepopulatie. Wat betreft het meetinstrument dat in dit onderzoek is gebruikt, de zelf ontwikkelde vragenlijst, kunnen er ook nog wel wat dingen verbeterd worden. Het meetinstrument is voor dit onderzoek voornamelijk gebaseerd op literatuur, waar het meer valide zou zijn om al gevalideerde schalen te gebruiken om deze vragenlijst samen te stellen. Voor dit onderzoek zijn er echter geen gevalideerde schalen gevonden die binnen het doel pasten. Echter bleken er aan de hand van de factor analyses wel betrouwbare schalen in te zitten, zoals de schaal die ontworpen is voor de tevredenheid met de huisarts. Dus dit is zeker een positief punt. Wat verder een positief punt is geweest voor dit onderzoek is de manier waarop de vragenlijst is afgenomen. De respondenten konden online en volledig anoniem de vragenlijst invullen, hierdoor was de last voor de respondenten zo laag mogelijk. Ook is het een sterk punt dat dit onderzoek zich

echt specifiek richt op studenten met een eetstoornis. Waar andere onderzoeken zich vaak richten op studenten met allerlei gezondheidsproblemen, of mensen van alle leeftijden met een eetstoornis, is in dit onderzoek specifiek gekeken naar de groep studenten met een eetstoornis, waardoor hier een betere uitspraak over gedaan kan worden over deze groep.

5.5 Vervolgonderzoek

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek zouden zijn om meer tijd te nemen voor het werven van respondenten en het onderzoek door het hele land te verspreiden en extra aandacht te besteden aan het werven van jongens, om zo een grotere steekproef en meer diversiteit te krijgen. Verder zou voor vervolgonderzoek ook het meetinstrument verbeterd kunnen worden. In dit onderzoek zijn slechts de schalen die gebruikt zijn voor de analyses gevalideerd aan de hand van factor- en betrouwbaarheidsanalyses. Voor vervolgonderzoek zou de vragenlijst volledig gevalideerd kunnen worden of er zouden valide schalen aan toegevoegd kunnen worden. Verder is er in dit onderzoek niet naar alle factoren gekeken die in de zelf ontwikkelde vragenlijst aan bod zijn gekomen, hier was simpelweg de tijd en de ruimte niet voor. Voor vervolgonderzoek zouden ook de overige variabelen uit de vragenlijst onderworpen kunnen worden aan factor analyses en gebruikt kunnen worden om verbanden te zoeken. In dit onderzoek was het niet mogelijk om door te kunnen vragen op de relevante factoren in het hulpzoekproces die naar boven kwamen. Vervolgonderzoek zou, bijvoorbeeld doormiddel van diepte interviews, inzicht kunnen verkrijgen in de intrinsieke motivatie van de student of in hoe de studenten vinden dat de huisarts zijn rol kan verbeteren, om zo verder aanbevelingen voor in de praktijk te kunnen doen.

5.6 Implicaties voor in de praktijk

Studenten met een eetstoornis lijken het meest gemotiveerd te zijn om hulp te zoeken als zij zelf inzien dat zij het nodig hebben en als zij het zelf ook echt willen. Een aanbeveling voor in de praktijk is dan ook om hier op te focussen als de student gemotiveerd moet worden om hulp te zoeken (hoe dit precies gedaan kan worden, kan mogelijk worden achterhaald aan de hand van vervolgonderzoek met diepte interviews). Verder kan het helpen om zorgen te uiten, dit kan gedaan worden door bijvoorbeeld de ouders of door iemand die dicht bij de student staat. Verder maken veel studenten zich druk om de gewichtsverandering die gepaard gaat met het zoeken van hulp en is dit voor hen een van de grootste drempels. Behandelingen die zich meer richten op bijvoorbeeld gezondheid zouden hier mogelijk een uitweg kunnen bieden. Als de nadruk niet wordt gelegd op het gewicht maar op de gezondheid, wordt de drempel mogelijk ook lager. Wat betreft de huisarts, kwam naar voren dat hij voor deze groep studenten niet echt een belangrijke rol heeft gespeeld, terwijl uit de literatuur naar voren kwam dat de huisarts wel een belangrijke rol zou kunnen spelen. De studenten vinden het belangrijk dat er goed wordt geluisterd en dat ze hun huisarts kunnen vertrouwen en hier zijn ze over het algemeen niet erg tevreden over bij hun eigen huisarts. De aanbeveling voor de huisarts is dan ook om hier op te richten (hoe dit verwezenlijkt kan worden, kan ook worden achterhaal d.m.v. diepte interviews). Als dit geoptimaliseerd wordt, kan hopelijk de meest passende vorm van hulp worden gezocht voor de student en zou de student verder geholpen kunnen worden in een huidige behandeling of gemotiveerd kunnen worden voor een nieuwe/volgende behandeling. Zo kan hopelijk het behandelproces van studenten met een eetstoornis verbeterd en succesvoller worden.

6. CONCLUSIE

Aan de hand van de resultaten uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat het belangrijk is om te focussen op de intrinsieke motivatie van de student. Ze gaan voornamelijk hulp zoeken als zij zelf inzien dat dit nodig is. Verder kan het ook motiverend werken als familie of naasten hun zorgen uiten. Het is belangrijk om niet het gevoel van controle weg te nemen bij de student. De angst voor gewichtsverandering, wat een grote belemmerende factor is voor de student, kan mogelijk worden weg genomen als behandelingen zich voornamelijk richten op gezondheid in plaats van gewicht. Wat betreft de conclusie omtrent de huisarts komt het er op neer dat deze voornamelijk goed moet luisteren, kennis moet tonen over het onderwerp, en moet zorgen dat de student het gevoel heeft dat hij de huisarts kan vertrouwen. Verder is de huisarts ook een belangrijke schakel voor het zoeken naar verdere hulp. Als de voorgaande punten worden geoptimaliseerd, kan dit ook helpen bij het doorverwijzen en bij het zoeken van de meest passende vorm van hulp voor de student. Zo worden hopelijk ook de behandelingen succesvoller. Hoe al deze punten het beste bereikt kunnen worden, kan in vervolg onderzoek worden onderzocht door middel van bijvoorbeeld diepte interviews.

REFERENTIES

Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C., Fassino, S. (2013). Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge. *BMC Psychiatry* 13(294).

Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M., Bruni, A., Palmierie, A., Cauteruccio, M.A., et al. (2014). Decision making, central coherence and set-shifting: a comparison between Binge Eating Disorder, Anorexia Nervosa and healthy controls. *BMC Psychiatry* 15(1), 6.

Austin, S.B., Ziyadeh, N.J., Forman, S., Prokop, L.A., Keliher, A., Jacobs, D. (2008). Screening high school students for eating disorders: results of a national initiative. *Preventing Chronic Disease* 5(4), 114.

Baiano, M. Salvo, P., Righetti, P., Cereser, L., Baldissera, E., Camponogara, I., Balestrieri, M. (2014). Exploring health-related quality of life in eating disorders by a cross-sectional study and a comprehensive view. *BMC Psychiatry* 14, 165.

Cassin S.E., Von Ranson, K.M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review* 25(7), 895-916.

Cotton, M., Ball, C., Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating disorders. *Journal of General Internal Medicine* 18(1), 53-56.

De Jong, H., Van den Eynde, F., Broadbent, H., Kenyon, M.D., Lavender, A., Startup, H., et al. (2013). Social cognition in bulimia nervosa: a systematic review. *European Psychiatry* 28(1), 1-6.

De la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M., Van Furth, E. (2006). Evaluation the treatment of eating disorders from the patient's perspective. *The International Journal of Eating Disorders* 39(8), 667-676.

Donker, T., Comijs, H., Cuijpers, P., Terluin, B., Nolen, W., Zitman F., et al. (2010). The validity of the Dutch K10 and extended K10 screening scales for depressive and anxiety disorders. *Psychiatry research* 176(1), 45-50.

Eisenberg, D., Nicklett, E.J., Roeder, K.M., Kirz, N. (2011). Eating disorder symptoms among college students: prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *The Journal of American College Health* 59(8), 700-707.

Fairburn, C.G., Brownell K.D. (2013). *Eating disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. (2nd ed.). New York: Guilford Publications.

Garner, D.M., Olmstead, M.P., Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 2(2), 15-34.

Gezondheidsraad. (2010). *Voor dik en dun: preventie van overgewicht en obesitas en het risico op eetstoornissen* [internet]. Geraadpleegd op 2015 feb 9. Beschikbaar via: <http://www.gr.nl/nl/taak-werkwijze/werkterrein/gezonde-voeding/voor-dik-en-dun-preventie-van-overgewicht-en-obesitas-en>

- Gonçalves, A., Moreira, E.A., Trindade, E.B., Fiates, G.M. (2013). Eating disorders in childhood and adolescence. *Revista Paulista de Pediatria* 31(1), 96-103.
- Hackler, A.H., Vogel, D.L., Wade, N.G. (2010). Attitudes toward seeking professional help for an eating disorders: the role of stigma and anticipated outcomes. *Journal of Counseling & Development* 88, 424-432.
- Hays, R.D., Sherbourne, C.D., Mazel, R.M. (2006). The rand 36-item health survey 1.0. *Health Economics* 2(3), 217-227.
- Hofman, E., & Korevaar, L. (2004). *Studeren met steunreeks: Succesvol studeren met een eetstoornis*. Utrecht: Expertise Centrum Begeleid Leren.
- Kessler, R.C., Green J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Bromet, E., Cuitan, M., et al. (2010). Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 19(1), 4-22.
- Lagro-Jansen, A.L.M., Lubberink, B.M. (2003). Eetstoornissen in de huisartspraktijk: het perspectief van de patiënt. *Huisarts & Wetenschap* 46(2), 90-94.
- Mackenzie, C.S. Gekosk, W.L., Knox, V.J. (2007). Age, gender and de underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging and Mental Health* 10(6), 574-582.
- Palla, B., Litt, I.F. (1988). Medical complications of eating disorders in adolescents. *Pediatrics* 81(5), 613-623.
- Russell, T.A., Schmidt, U. Doherty, L., Young, V., Tchanturia, K. (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa: affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Research* 168(3), 181-185.
- Sayag, S., Latzer, Y. (2002). The role of the family physician in eating disorders. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 14(2), 261-267.
- Schoen, E.G., Lee, S., Skow, C., Greenberg, S.T., Bell, A.S., Wiese, J.E., et al. (2012). A retrospective look at the internal help-seeking process in young women with eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention* 20(1), 14-30.
- Stoeber, J., Kersting., M. (2007). Perfectionism and aptitude test performance: testees who strive for perfection and achieve better test results. *Personality and Individual Differences* 42(6), 1093-1103.
- Studentengezondheidstest. *Projectbeschrijving* [internet]. Geraadpleegd op 2015 feb 4. Beschikbaar via: <http://www.studentengezondheidstest.nl/nl/projectbeschrijving>
- Tillman, K., Sell, D. (2013). Help-seeking intentions in college students: An exploration of eating disorder specific. *Eating behaviors* 14(2), 184-186.
- Trimbos. (2010). *Psychische gezondheid: Anorexia Nervosa* [internet]. Geraadpleegd op 2015 feb 2. Beschikbaar via: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/anorexia-nervosa/feiten-en-cijfers>

Trimbos. (2010). *Psychische gezondheid: Boulimia Nervosa* [internet]. Geraadpleegd op 2015 feb 2. Beschikbaar via: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/boulimia-nervosa/feiten-en-cijfers>

UpToDate. (2015). Eating disorders: overview of epidemiology, diagnosis, and course of illness [internet]. Geraadpleegd op 2015 mrt 3. Beschikbaar via: <http://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-epidemiology-diagnosis-and-course-of-illness?source=machineLearning&search=Eating+disorders%3A+Epidemiology%2C+pathogenesis+and+clinical&selectedTitle=1%7E150§ionRank=1&anchor=H262927050#H262927050>

Van der Heijde, C.M. , Vonk, P. & Meijman, F.J. (in press). Self-regulation for the promotion of student health. Traffic lights: the development of a tailored web-based instrument providing immediate personalized feedback. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, x, x-x.

Van Elburg, A.A., Rijken, M. (2004). *Jongeren met eetstoornissen*. Assen: Uitgeverij Van Gorkum

Vansteenkiste, M., Soenens, B., Vandereyken, W. (2005). Motivation to change in eating disorder patients: a conceptual clarification on the basis of self-determination theory. *The International Journal of Eating Disorders* 37(2), 207-219.

Verouden, N., Vonk, P., Meijman, F.J. (2010a). Context guidelines illness-identity: A qualitative analysis of Dutch university students' non-help-seeking behavior. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 22(2), 307-320.

Verouden, N.W., Vonk, P., Meijman F.J. (2010b). *Studenten en stille pijn. Wel problemen maar geen hulp zoeken*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.

Weider, S., Indredavik, M.S., Lydersen, S., Hestad, K. (2014). Intellectual function in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review* 22(1), 15-24.

BIJLAGE 1 – REFLECTIE

‘Het is een leerproces’, drukte Frans Meijman mij op het hart tijdens het voortgangsgesprek, ergens halverwege de stage periode. Ik kan oprecht zeggen dat dit een van de belangrijkste uitspraken is geweest die mij gedurende deze stage periode is bij gebleven en mij op de been heeft gehouden.

Ik begon de stage periode bij Bureau Studentenartsen vol goede moed, ik had er absoluut zin in en dat was niet onterecht. Het onderwerp ‘eetstoornissen’ heeft mij altijd al ontzettend geboeid, ik kon niet wachten om hier meer over te gaan leren en mijn steentje bij te kunnen dragen. Ik wilde dit onderwerp met beide handen beet pakken, dat heb ik dus ook gedaan. Gedurende de eerste maanden kwam ik steeds meer te weten over eetstoornissen, dit kon af en toe ook confronterend zijn, ik herkende mijzelf er in, ik herkende vriendinnen er in, het is een onderwerp dat veel aanwezig bleek te zijn dan ik had verwacht. Dit maakte mij eigenlijk alleen maar gemotiveerder, dit is iets wat veel dichterbij kan zitten dan je denkt, hier moet ik iets mee doen, ik wil hier mensen mee helpen, ik wil er achter komen hoe mensen geholpen kunnen worden, wat mensen drijft om hulp te zoeken, wat de hulp ook daadwerkelijk succesvol maakt, ‘ik wil alles weten!’ dacht ik.

De ‘ik wil alles weten’ gedachte is er een die mij gedurende de hele stage heeft gemotiveerd, maar ook in de weg heeft gezeten. Ik heb moeten leren dat ‘alles weten’ nou eenmaal niet kan, zeker niet in een stage periode van drie maanden, al is het een mooi streven. Ik heb geleerd dat ik mijn onderwerp af moet bakenen, mij moet richten op punten waar ik nu iets mee kan. Alle andere dingen, ook al zijn ze ook echt wel heel interessant, moet ik aan de kant kunnen zetten, over laten aan een ander of aan mijzelf, maar voor later, niet voor nu.

Zo heb ik in het begin ook af en toe met mijn handen in mijn haar gezeten, zo veel informatie kwam ik tegen waar ik iets mee wilde. Of dan kwam er weer een mailtje van Frans, Peter of Claudia, die ook weer iets interessants hadden gevonden, en ‘ja!’ dacht ik, dat is ook interessant, dat moet er óók bij! Het besef kwam al snel, maar misschien wel iets te laat, dat dat simpelweg niet kon. Dat is ook zeker iets wat ik mee zal nemen voor een volgende stage, een volgend onderzoek, een volgende uitdaging, bakenen het onderwerp af. Natuurlijk, altijd open staan voor nieuwe inzichten en nieuwe ideeën, mogelijk relevante toevoegingen, maar blijf bij de kern. Mijn onderzoeksverslag is voor mijn gevoel een verslag geworden met een brede insteek, waar ik zeker trots op ben, maar waar ik het mijzelf ook wel moeilijk mee heb gemaakt.

De overvloed aan ideeën, gedachtes, gevoelens, meningen en zorgen heeft mij gedurende deze stage periode ook in veel onzekere posities gezet. Onzekerheid over mijzelf, over mijn kwaliteiten, over mijn verslag. Onzekerheid dat hetgeen wat ik hier op papier aan het zetten was, volledige onzin zou zijn, of totaal verkeerd had geïnterpreteerd. Dat de begeleiders het zouden lezen en zouden denken ‘nou, waar die Kim nou allemaal mee bezig is.. zucht’. Gelukkig kwam de uitspraak van Frans dan snel weer terug in mijn achterhoofd. ‘Kim, het is een leerproces’. Ja, dat is het zeker. En wat heb ik ook veel geleerd. Over mijzelf, over het doen van onderzoek, over stage lopen en vertrouwen hebben in het proces, in mijzelf. Ook Claudia heeft mij hier veel in geholpen, als mijn hoofd weer eens op hol sloeg en mijn gedachtes weer veel te snel gingen, stelde zij me altijd gerust. ‘Rustig maar, het komt wel goed’. Dat had ik zeker even nodig af en toe.

Ik wil Frans, Claudia en natuurlijk ook Peter ontzettend bedanken. Voor de inzichten, de steun en motivatie, en dat zij mij deze kans hebben gegeven om hier bij Bureau Studentenartsen mijzelf in deze periode te ontwikkelen. Ik kijk er zeker met veel plezier op terug. Ook wil ik de meiden hier, Josefien, Astrid, Ivonne en Eveline bedanken voor de gezellige thee en koffie kwartiertjes. Door jullie was deze periode een stuk gezelliger. En natuurlijk kan een bedankje voor mijn steun en toeverlaat niet achter blijven, Bas, bedankt voor de bloemen, de gesprekken, de onvoorwaardelijke steun en het vertrouwen. Iedereen, bedankt voor alles, echt waar. Ik sluit deze periode zeer tevreden af.

BIJLAGE 2 – STUDENTENGEZONDHEIDSTEST

In de studentengezondheidstest werden vragen gesteld over leeftijd, geslacht, opleiding, verschillende aspecten van de gezondheid, eetpatronen en studieresultaten. In de Studentengezondheidstest is voor de vragen over eetstoornissen gebruik gemaakt van het gevalideerde meetinstrument ESP (Eating Disorder Screen for Primary Care) (Cotton et al., 2003). Dit zijn 5 vragen gericht op het eetpatroon van een persoon en gevoelens over eten, zoals 'ben je tevreden over je eetgewoonten?' en 'eet je ooit wel eens in het geheim?'. Om de ervaren gezondheid van studenten te meten is in de Studentengezondheidstest gebruik gemaakt van sub-secties van de gevalideerde vragenlijsten de RAND-36, K-6 en EK-10. De RAND-36 is een vragenlijst met 36 items over de gezondheid (Hays et al., 2006). De sub-sectie die in de Studentengezondheidstest is gebruikt betreft de zelf-ervaren gezondheid. De gevalideerde K-6 vragenlijst is een vragenlijst voor mentale gezondheid, ontwikkeld met 6 items om een beeld te schetsen van mogelijke mentale problemen (Kessler et al., 2010). De EK-10 is een vragenlijst die zich richt op angst en depressie (Donker et al., 2010). De zelf ontwikkelde vragenlijst was een verdieping op de Studentengezondheidstest. Als studenten de laatste vraag van de ESP ('Heb je nu last van een eetstoornis, of heb je dat in het verleden ooit gehad?') met 'ja' hebben beantwoord, kregen zij de vraag om hun e-mail adres achter te laten zodat zij benaderd konden worden voor vervolg onderzoek. Deze studenten hebben de zelf ontwikkelde vragenlijst toegestuurd gekregen.

BIJLAGE 3 – ZELF ONTWIKKELDE VRAGENLIJST

De zelf ontwikkelde vragenlijst is opgesteld aan de hand van uitgebreid literatuuronderzoek, om zo de onderzoeksvragen zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden. Voor de eerste sectie van de vragenlijst, die de gezondheid betreft, zijn dezelfde vragen gebruikt over gezondheid als in de Studentengezondheidstest, gebaseerd op de RAND-36, K-6 en EK-10 (Donker et al., 2010; Hays et al., 2006; Kessler et al., 2010). De vragen in de zelf ontwikkelde vragenlijst waren zowel gesloten als open vragen. De gesloten vragen dienden om inzicht te verkrijgen of er wel of niet sprake was van een bepaalde situaties. Om meer inzicht te verkrijgen in de verwachtingen van de student en factoren die een rol een spelen in het hulp-zoek proces zijn ook een aantal open ‘waarom wel / waarom niet?’ vragen gesteld. Door middel van deze vragenlijst is teruggevraagd naar factoren die van belang waren in het proces van hun eetstoornis, het hulp zoeken en de eventuele behandelingen. Wat waren mogelijke omslagpunten in hun eetstoornis, wat waren goede en slechte punten in het hulp zoek proces, was er sprake van weerstand, en soortgelijke vragen om de onderzoeksvragen van dit onderzoek zo nauwkeurig mogelijk te kunnen beantwoorden. De vragenlijst richt zich ook bij verschillende onderwerpen op de rol van de huisarts. Zoals de rol die de huisarts gespeeld heeft bij het wel of niet voltooiën van behandelingen en wat de verwachtingen naar de huisarts toe zijn in dit geval. Ook is er gevraagd naar de algemene verwachtingen naar de huisarts toe en wat de studenten vinden van de rol van de huisarts. Er zijn ook nog kort een aantal vragen toegevoegd over de mogelijke rol die het internet zou kunnen spelen. Dit is een nieuw onderwerp die niet in het theoretische kader is aangehaald, maar echter wel relevant leek om te bevragen met het oog op vervolgonderzoek.

BIJLAGE 4 – BRIEF AAN RESPONDENTEN

Beste student,

Heel erg bedankt dat je in de Studentgezondheidstest hebt aangegeven dat we je mogen benaderen voor dit onderzoek! We hopen dat je mee wil werken. Ik zal even een korte toelichting geven over wie ik ben en wat dit onderzoek inhoudt.

Ik ben Kim Francken en ik doe momenteel mijn bachelor onderzoek bij Bureau Studentenartsen in Amsterdam, dit is een huisartsenpraktijk die zich richt op de gezondheidsproblemen van de student. Dit onderzoek gaat over studenten met eetproblemen. We willen er graag achter komen wat een rol speelt in het hulp-zoek proces van de student en door wie zij het liefst geholpen willen worden, en daar heb ik jou voor nodig!

Deelnemen aan dit onderzoek kan eenvoudig via onderstaande link:

<https://bureaustudentenartsen.survey.netq.nl/nq.cfm?q=ea3443ad-f8df-4c47-be29-e50b1813a328>

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten. De vragenlijst is beschikbaar tot 8 mei. Je hebt de mogelijkheid om tussentijds te stoppen en later verder te gaan met de vragenlijst, maar dit moet dan wel op dezelfde computer/telefoon/tablet gedaan worden. Alle informatie wordt anoniem verwerkt en er zal vertrouwelijk en zorgvuldig met de gegevens omgegaan worden. De vragenlijst loopt ook via een beveiligde verbinding.

We hopen met dit onderzoek studenten met eetproblemen te kunnen helpen. Door de informatie die naar voren komt uit dit onderzoek hopen we hulpverleners meer inzicht te geven en de hulp die geboden wordt te verbeteren.

Als je nog vragen hebt of meer wil weten over de resultaten van het onderzoek mag je me altijd mailen. Dit kan via: kimfrancken@hotmail.com

Met vriendelijke groet,

Kim Francken

Bureau Studentenartsen Amsterdam

BIJLAGE 5 – HERINNERINGSMAIL 1

Beste student,

Mogelijk heb je mijn vragenlijst al ingevuld, dan geldt deze e-mail niet voor jou, en in dat geval: heel erg bedankt! Ik ben echter **nog steeds op zoek** naar zo veel mogelijk mensen om mijn vragenlijst in te vullen, dus hier onder nogmaals de uitnodiging. **Je zou me er echt onwijs mee helpen!**

Voor de duidelijkheid: **ik ben niet alleen opzoek naar studenten die momenteel eetproblemen hebben, maar OOK naar studenten die hier in het verleden mee te maken hebben gehad.**

Hier nogmaals de korte toelichting van mijn onderzoek:

Ik ben Kim Francken en ik doe momenteel mijn bachelor onderzoek bij Bureau Studentenartsen in Amsterdam, dit is een huisartsenpraktijk die zich richt op de gezondheidsproblemen van de student. Dit onderzoek gaat over studenten met eetproblemen. We willen er graag achter komen wat een rol speelt in het hulp-zoek proces van de student en door wie zij het liefst geholpen willen worden, en daar heb ik jou voor nodig!

Deelnemen aan dit onderzoek kan eenvoudig via onderstaande link:

<https://bureaustudentenartsen.survey.netq.nl/nq.cfm?q=ea3443ad-f8df-4c47-be29-e50b1813a328>

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten. De vragenlijst is beschikbaar tot 8 mei. Je hebt de mogelijkheid om tussentijds te stoppen en later verder te gaan met de vragenlijst, maar dit moet dan wel op dezelfde computer (of tablet/telefoon) gedaan worden. Alle informatie wordt anoniem verwerkt en er zal vertrouwelijk en zorgvuldig met de gegevens omgegaan worden. De vragenlijst loopt ook via een beveiligde verbinding.

We hopen met dit onderzoek studenten met eetproblemen te kunnen helpen. Door de informatie die naar voren komt uit dit onderzoek hopen we hulpverleners meer inzicht te geven en de hulp die geboden wordt te verbeteren.

Als je nog vragen hebt of meer wil weten over de resultaten van het onderzoek mag je me altijd mailen. Dit kan via: kimfrancken@hotmail.com

Met vriendelijke groet,

Kim Francken

Bureau Studentenartsen Amsterdam

BIJLAGE 6 – HERINNERINGSMAIL 2

Beste student,

Inmiddels hebben aardig wat mensen mijn vragenlijst ingevuld, heel erg bedankt daarvoor! Voor deze mail geldt dan ook, net als bij de vorige, dat deze mail niet meer voor jullie bedoeld is.

Ik ben echter nog steeds op zoek! De vragenlijst kan nog ingevuld worden tot en met vrijdag en **je zou me er echt onwijs mee helpen!** Hoe meer mensen, hoe beter mijn onderzoek!

Ik zoek nog steeds mensen die **momenteel een eetstoornis hebben of die dit ooit hebben gehad.**

Je kun mijn vragenlijst invullen via deze link:

<https://bureaustudentenartsen.survey.netq.nl/nq.cfm?q=ea3443ad-f8df-4c47-be29-e50b1813a328>

Mocht je de vragenlijst echt niet in willen vullen en wil je mij wel graag vertellen waarom je de vragenlijst niet in wilt vullen kan dat via onderstaande link. Of als je wel een keer aan de vragenlijst begonnen bent maar deze niet hebt af gemaakt, ben ik ook heel benieuwd hoe dat komt. Dus mocht je mij willen vertellen waarom je de vragenlijst niet hebt afgemaakt, klik dan ook op deze link:

<https://bureaustudentenartsen.survey.netq.nl/nq.cfm?q=223e8c90-5fa8-4651-8536-364d073fa03d>

English: some of you have e-mailed me whether the questionnaire is available in English, sadly it is not. Thank you for your response and I'm sorry for bothering you again with my reminder e-mails!

Als je nog vragen hebt of meer wil weten over de resultaten van het onderzoek mag je me altijd mailen. Dit kan via: kimfrancken@hotmail.com

Met vriendelijke groet,

Kim Francken

Bureau Studentenartsen Amsterdam

BIJLAGE 7 – BENADERINGSBRIEF FORA

Beste mensen van [website],

Ik ben Kim Francken en ik ben een studente gezondheidswetenschappen aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. Voor mijn bachelorstage doe ik een onderzoek bij Bureau Studentenartsen Amsterdam.

Mijn onderzoek betreft studenten met een eetstoornis. Ik wil graag achterhalen wat een rol speelt bij deze groep in het hulp-zoek proces, wat motiverend of juist belemmerend werkt, wat voor hulp zij het liefste krijgen en wat zij mogelijk verwachten van hun huisarts. Met mijn onderzoek hoop ik een advies uit te kunnen brengen naar hulpverleners en de huisarts, om zowel de groep die al hulp krijgt als de groep die deze stap nog niet heeft gezet, te kunnen helpen.

Hier voor ben ik op zoek naar studenten die momenteel een eetstoornis hebben, of ooit hebben gehad. Het vinden van respondenten is lastig, omdat het natuurlijk een gevoelig onderwerp is.

Mijn vraag is dus of ik via jullie (bijvoorbeeld via jullie forum) mogelijk een oproep kan plaatsen met een link naar de vragenlijst die ik heb ontwikkeld. Deze vragenlijst loopt via een beveiligde verbinding en alle gegevens zullen anoniem blijven. Er zal uiteraard zorgvuldig met de gegevens worden omgegaan.

Ik hoop snel van u te horen.
Met vriendelijke groet,
Kim Francken

BIJLAGE 8 – OPROEP lotgenotenforum.nl / Proud2Bme / eetstoornisvrij.nl / WEET

Hallo!

Ben jij momenteel een student (HBO of WO) en heb je een eetstoornis of heb je dit ooit gehad, dan ben ik op zoek naar jou!

Ik doe momenteel onderzoek naar studenten met een eetstoornis, ik wil graag achterhalen wat een rol speelt bij deze groep in het hulp-zoek proces, wat motiverend of juist belemmerend werkt, wat voor hulp zij het liefste krijgen en wat zij mogelijk verwachten van hun huisarts. Met mijn onderzoek hoop ik een advies uit te kunnen brengen naar hulpverleners en de huisarts, om zowel de groep die al hulp krijgt als de groep die deze stap nog niet heeft gezet, te kunnen helpen.

Via onderstaande link kun jij mij helpen met mijn onderzoek!

<https://bureaustudentenartsen.survey.netq.nl/nq.cfm?q=c1f12fed-b95d-4e92-800a-83d9d412a738>

Het is een vragenlijst die ongeveer 15 minuutjes zal duren. De vragenlijst loop via een beveiligde verbinding en alle gegevens zullen anoniem blijven. Er zal uiteraard zorgvuldig met de gegevens om worden gegaan. De vragenlijst is tot 8 mei beschikbaar. Het is ook mogelijk om de vragenlijst tussentijds te stoppen en op een ander tijdstip voort te zetten, maar dit moet dan wel op dezelfde computer/telefoon/tablet gedaan worden.

Alvast ontzettend bedankt!

Als je vragen hebt over mijn onderzoek of meer wil weten over de resultaten, mag je mij altijd mailen op: kimfrancken@hotmail.com

Groetjes,
Kim Francken

BIJLAGE 9 – OPROEP anorexiajongens.nl

Hallo!

Ben jij momenteel een student (HBO of WO) en heb je een eetstoornis of heb je dit ooit gehad, dan ben ik op zoek naar jou!

Ik doe momenteel onderzoek naar studenten met een eetstoornis, ik wil graag achterhalen wat een rol speelt bij deze groep in het hulp-zoek proces, wat motiverend of juist belemmerend werkt, wat voor hulp zij het liefste krijgen en wat zij mogelijk verwachten van hun huisarts. Om dit te achterhalen heb ik een vragenlijst ontwikkeld met vragen over mogelijke factoren die een rol spelen in het hulp-zoek proces, verwachtingen naar de hulpverlener en wensen wat betreft verschillende vormen van behandelingen.

Via onderstaande link kun jij mij helpen met mijn onderzoek!

<https://bureaustudentenartsen.survey.netq.nl/nq.cfm?q=c1f12fed-b95d-4e92-800a-83d9d412a738>

Het is een vragenlijst die ongeveer 15 minuutjes zal duren. De vragenlijst loop via een beveiligde verbinding en alle gegevens zullen anoniem blijven. Er zal uiteraard zorgvuldig met de gegevens om worden gegaan. De vragenlijst is tot 8 mei beschikbaar. Het is ook mogelijk om de vragenlijst tussentijds te stoppen en op een ander tijdstip voort te zetten, maar dit moet dan wel op dezelfde computer/telefoon/tablet gedaan worden.

Met mijn onderzoek hoop ik een advies uit te kunnen brengen naar hulpverleners en de huisarts, om zowel de groep die al hulp krijgt als de groep die deze stap nog niet heeft gezet, te kunnen helpen. Alvast ontzettend bedankt!

Als je vragen hebt over mijn onderzoek of meer wilt weten over de resultaten, mag je mij altijd mailen op: kimfrancken@hotmail.com

Groetjes,
Kim Francken

BIJLAGE 10 – VRAGENLIJST

VRAGENLIJST

Introductie

Welkom! Bedankt dat je mee wil werken aan dit onderzoek. Ik doe onderzoek bij Bureau Studentenartsen (huisartsen praktijk in Amsterdam, gericht op de behoeftes van studenten) naar studenten met eetproblemen. We proberen te achterhalen wat kenmerken zijn van deze groep en hoe deze groep het beste geholpen wil en kan worden. In deze vragenlijst zal je een aantal vragen krijgen over eetproblematiek. Denk hierbij aan vragen over wat voor behandeling je mogelijk hebt ontvangen en wat jou heeft geholpen om tot dat punt te komen. De vragenlijst zal beginnen met een paar achtergrondvragen, indien je bij deze vragenlijst terecht bent gekomen via de studentengezondheidstest, zullen enkele vragen overeenkomen. Het is eventueel ook mogelijk om tussentijds te stoppen en op een later tijdstip verder te gaan, maar dit moet dan wel op dezelfde computer gebeuren. (Er zijn ook een aantal open vragen die doorvragen naar de reden voor iets, deze zijn 'verplicht' gesteld, oftewel, je kan ze niet open laten. Als je deze vragen echter niet wilt beantwoorden is dit natuurlijk geen probleem, vul dan simpelweg 'X' in of 'nee' of iets dergelijks).

Achtergrondvragen

1. Wat is je geslacht?
 - Man
 - Vrouw
2. Wat is je geboortjaar?
[...]
3. Wat is je lengte?
[...]
4. Wat is je gewicht?
[...]
5. Ik beschouw mezelf als: (meerder opties mogelijk)
 - Nederlands
 - Turks
 - Marokkaans
 - Surinaams
 - Antilliaans
 - Anders, namelijk:
6. Aan welke instelling studeer je?
 - Universiteit van Amsterdam
 - Hogeschool van Amsterdam
 - Amsterdam University College
 - Vrije Universiteit
 - Andere universiteit
 - Andere hogeschool
 - Ik ben geen student
7. In welke fase van je opleiding vol je momenteel vakken?
 - Propedeuse
 - Bachelor
 - Master
 - Doctoraal
 - Coschappen
 - Promotietraject
 - N.v.t.

8. Welke studie volg je?
[...]
9. Wat is je gemiddelde cijfer?
[...]
10. Wat was je gemiddelde cijfer op de middelbare school?
[...]
11. Het cijfer dat anderen mij geven voor mijn studietempo is:
[...]
12. Het cijfer dat ik mezelf geef voor mijn studietempo is:
[...]
13. Dreigt bij jou een negatief bindend studieadvies of de harde knip?
 - Negatief bindend studieadvies
 - Harde knip
 - Nee

Gezondheid (SF-36, K-6 en EK-10)

14. Hoe waardeer je verschillende aspecten van je gezondheid? (Heel erg oneens – gedeeltelijk oneens – gemengd – gedeeltelijk mee eens – heel erg mee eens)
 - Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen
 - Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken
 - Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan
 - Mijn gezondheid is uitstekend
15. Deze vragen gaan over hoe je je de afgelopen 4 weken hebt gevoeld. (Bijna nooit – soms – regelmatig – vaak – bijna altijd)
 - Hoe vaak voelde je je zenuwachtig?
 - Hoe vaak voelde je je hopeloos?
 - Hoe vaak voelde je je rusteloos of ongedurig?
 - Hoe vaak voelde je je zo somber dat niets hielp om je op te vrolijken?
 - Hoe vaak vond je jezelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?
 - Hoe vaak had je het gevoel dat alles veel moeite kostte?
 - Voelde je je levenslustig?
 - Voelde je je erg energiek?
 - Voelde je je uitgeblust?
 - Voelde je je moe?
16. Deze vragen gaan over of je hier in de afgelopen 4 weken last van hebt gehad. (Nooit – soms – regelmatig – vaak – heel vaak)
 - Heb je in de afgelopen maand een paniekaanval gehad, waarbij je je plotseling bang of angstig voelde of plotseling veel lichamelijke verschijnselen kreeg?
 - Heb je in de afgelopen maand een sterke angst gehad om alleen uit huis te gaan, in een menigte te zijn, in een rij te staan of om met de bus of trein te reizen?
 - Heb je in de afgelopen maand een sterke angst gehad om iets te doen in het bijzijn van andere mensen, zoals praten, eten of schrijven?
 - Heb je je in de afgelopen maand het merendeel van de tijd bezorgd, zenuwachtig, gespannen of angstig gevoeld?
 - Heb je de afgelopen maand medicijnen tegen angst, depressie, spanning of stress gebruikt?

Bedankt! De vragenlijst gaat nu verder in op de eetstoornis.

Eetstoornis

17. Heb je momenteel een eetstoornis, of heb je deze ooit gehad?
 - Ik heb momenteel een eetstoornis
 - Ik heb ooit een eetstoornis gehad
18. Hoe oud was je toen de eetstoornis begon?
[...]
19. Hoe lang ben je al van je eetstoornis af?
[...] maanden
20. Wat voor eetstoornis?
 - Anorexia Nervosa
 - Boulimia Nervosa
 - Binge Eating Disorder
 - Anders, namelijk...
21. Hoe zou je zelf de ernst van je eetstoornis beoordelen?
Helemaal niet ernstig – enigszins ernstig – nogal ernstig – ernstig – heel erg ernstig

Nu we de eetstoornis in kaart hebben gebracht, volgen er een aantal vragen over behandeling. We zijn benieuwd of je momenteel behandeld wordt of niet, en welke factoren een rol spelen in het wel of niet overwegen van een behandeling. Er zullen ook een paar vragen zijn over de rol van de huisarts. Soms kan het zijn dat je contact hebt gehad met verschillende huisartsen, maar denk bij het beantwoorden van de vragen aan de huisarts waarmee je het meeste contact hebt (gehad).

Behandeling

22. Ben je ooit behandeld of word je momenteel behandeld voor je eetstoornis?
 - Ja, ooit
 - Ja, momenteel
 - Nee (-> vraag 25 t/m 30, dan springen naar vraag 53. Overige grijze vragen zijn alleen voor onbehandelden, deze worden overgeslagen voor mensen in behandeling)
23. Welke behandeling zou je het liefst ontvangen? (Meerder antwoorden mogelijk)
 - Gesprekstherapie
 - Psychotherapie
 - Klinische therapie
 - Groepstherapie in een kliniek
 - Groepstherapie
 - Medicatie
 - Leefregels
 - Dieet
 - Ziekenhuisopname
 - Anders, namelijk:
24. Waarom zou je deze behandeling(en) het liefst ontvangen?
[...]
25. Van wie zou je het liefst hulp ontvangen? (Meerder antwoorden mogelijk)
 - Gespecialiseerde eetstoornis kliniek
 - Gespecialiseerde psychotherapeut
 - Gewone psycholoog
 - Psychiater (ambulant of kliniek)
 - Internist
 - Diëtist
 - Huisarts
 - Partner
 - Familie
 - Anders, namelijk:

26. Waarom zou je het liefst van deze persoon/personen hulp ontvangen?
[...]
27. Speelt de huisarts voor jou een rol in het wel/niet beginnen van een behandeling?
- Ja
- Nee
28. Kun je dit toelichten?
[...]
29. Hoe lang was de eetstoornis al aanwezig, voor je hulp ging zoeken?
[...] maanden
30. Wat voor behandeling heb je ontvangen / ontvang je? (Meerder antwoorden mogelijk)
- Gesprekstherapie
 - Psychotherapie
 - Klinische therapie (opname)
 - Groepstherapie in de kliniek
 - Groepstherapie
 - Medicatie
 - Leefregels
 - Dieet
 - Ziekenhuisopname
31. Welke behandeling ontving je het liefst? (Geef je top 3)
- Gesprekstherapie
 - Psychotherapie
 - Klinische therapie (opname)
 - Groepstherapie in de kliniek
 - Groepstherapie
 - Medicatie
 - Leefregels
 - Dieet
 - Ziekenhuisopname
 - Anders, namelijk:
32. Waarom ontvang/ontving je deze behandeling(en) het liefst?
[...]
33. Van wie ontvang / ontving je hulp? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- Gespecialiseerde eetstoornis kliniek
 - Gespecialiceerde psychotherapeut
 - Gewone psycholoog
 - Psychiater (ambulant of kliniek)
 - Internist
 - Diëtist
 - Huisarts
 - Partner
 - Familie
 - Anders, namelijk...
34. Van wie ontvang / ontving je het liefst hulp? (Geef je top 3)
- Gespecialiseerde eetstoornis kliniek
 - Gespecialiceerde psychotherapeut
 - Gewone psycholoog
 - Psychiater (ambulant of kliniek)
 - Internist
 - Diëtist
 - Huisarts
 - Partner

- Familie
 - Anders, namelijk...
35. Waarom ontvang/ontving je het liefst van deze persoon/personen hulp?
[...]
 36. Heb je een of meerdere behandelingen succesvol afgerond? (Zo ja, vul dan ook het aantal in)
 - Ja, [aantal invullen]
 - Nee
 37. Zo ja, welke?
[...]
 38. Zo ja, was je tevreden over deze behandeling?
 - Ja
 - Nee
 39. Waarom wel / niet?
[...]
 40. Ben je wel eens gestopt met een behandeling?
 - Ja
 - Nee
 41. Zo ja, welke?
[...]
 42. Zo ja, wat was hier voor je reden?
[...]
 43. Was je ontevreden over de behandeling?
 - Ja
 - Nee
 44. Waarom wel / niet?
[...]
 45. Wat zou geholpen kunnen hebben om de behandeling succesvol te maken?
[...]
 46. Ben / was je tevreden met de rol die je huisarts heeft gespeeld tot nu toe?
 - Ja
 - Nee
 47. Waarom wel / niet?
[...]
 48. Heeft de huisarts voor jou een rol gespeeld in het wel al dan niet succesvol afronden van een of meerdere behandelingen?
 - Ja
 - Nee
 49. Kun je dit toelichten?
[...]
 50. Wat zou er verbeterd kunnen worden aan de rol van de huisarts?
[...]
 51. Heb je ook wel eens gebruik gemaakt van het internet om hulp te zoeken?
 - Ja
 - Nee
 52. Zo ja, welke sites heb je wel eens gebruikt?
[...]
 53. Heb je wel eens gebruik gemaakt van discussiefora?
 - Ja
 - Nee
 54. Zou je gebruik willen maken van internet therapie (of had je dit gewild)?
 - Ja
 - Nee

55. Zo ja, waarom wel?
[...]
56. Zo ja, voor welke doeleinden? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- Ter behandeling
 - Ter ondersteuning
 - Om terugval te voorkomen
57. Zo nee, waarom niet?
[...]
58. Vind je dat je huisarts je op nuttige sites zou moeten wijzen?
- Ja
 - Nee
59. Ken je de website www.thuisarts.nl?
- Ja
 - Nee

Veel studenten met een eetstoornis ontvangen hiervoor geen hulp. We zijn benieuwd wat redenen zouden kunnen zijn voor studenten om wel of geen hulp te zoeken. In de volgende paar vragen zijn een aantal mogelijkheden op een rijtje gezet, geef aan wat jij denkt dat ook op jou van toepassing is of ooit is geweest.

Redenen / motivatie om hulp te zoeken (ACMTQ, TSRQ, TMQ scale)

60. Wat heeft jou gemotiveerd om in eerste instantie hulp te gaan zoeken? Als je nooit hulp hebt ontvangen, geef dan aan of je denkt of de volgende factoren je zouden kunnen motiveren. (Geef aan in hoeverre onderstaande stellingen op jou van toepassing zijn) (Heel erg oneens – gedeeltelijk oneens – gemengd – gedeeltelijk mee eens – heel erg mee eens)
- Opmerkingen van mijn omgeving over mijn gezondheid hebben mij bewust gemaakt van het probleem
 - De bezorgdheid van een vertrouwd persoon (partner, familie) heeft mij gemotiveerd om hulp te zoeken
 - Een (schokkende of grote) verandering in mijn gezondheid heeft mij bewust gemaakt van het probleem
 - Mijn emoties (zoals bijvoorbeeld angst of juist hoop) hebben er voor gezorgd dat ik hulp ben gaan zoeken
 - Ik voelde mij schuldig tegenover mijn omgeving over mijn probleem en wilde er iets aan doen
 - Positieve/inspirerende berichten over behandelingen hebben mij gemotiveerd
 - Ik besepte me dat ik hulp en steun van anderen nodig had om mijn problemen te boven te komen
 - Ik wilde zelf echt veranderen
61. Wat was je houding ten opzichte van hulp, voordat je ooit hulp had gehad? Als je nooit hulp hebt gehad, geef dan aan wat momenteel je houding is ten opzichte van hulp.
[...]
62. Zijn er ooit dingen geweest die jou hebben tegen gehouden hulp te zoeken, zo ja, wat?
- Ja, namelijk ...
 - Nee
63. Wat zouden anderen kunnen doen om jou te motiveren om hulp te zoeken? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- Zorgen uiten
 - Verplichtingen opleggen
 - Doelen stellen
 - Me mijn eigen keuzes laten maken

- Me confronteren met het probleem
- Anders, namelijk..

Er zijn een aantal theorieën ontwikkeld die een mogelijke redenering geven over waarom studenten wel of geen hulp zoeken voor mogelijke gezondheidsproblemen. We zijn benieuwd in hoeverre jij je hier in kan vinden.

Studenten profielen

64. Geef aan in hoeverre jij denkt dat de volgende stellingen op jou van toepassing zijn. (Heel erg oneens – gedeeltelijk oneens – gemengd – gedeeltelijk mee eens – heel erg mee eens)
- Je wilt graag aan het beeld van een succesvolle student voldoen
 - Je ziet de eetstoornis ook als iets wat jou uniek maakt en onderscheidt van de rest
 - Je wilt graag laten zien dat je zelfstandig bent
 - Je wilt los komen van je oude middelbare school leven en je ontwikkelen in het studentenleven
 - Stress is gewoon deel van het studentenleven, dit stelt niet zo veel voor
 - Je hebt het gevoel dat je je anders op moet stellen bij je familie dan bij je vrienden
 - Je vindt het moeilijk om een keuze te maken tussen wie je bent bij je vrienden of wie je bent bij je familie
 - Je had ook op de middelbare school al problemen met eten, dus voor je gevoel stelt het nu niet zo veel voor
 - Je vindt zeuren of klagen over je eetprobleem aanstellerig
 - Je denkt dat iedereen wel eens eetproblemen heeft en het gaat vanzelf weer weg

Voorafgaand aan de stap om hulp te zoeken maar ook tijdens het behandelproces, lijkt er nog wel eens sprake te zijn van factoren die de student tegenhouden om hulp te zoeken. Dit kan bijvoorbeeld inhouden dat de student geen hulp gaat zoeken, of zich gedurende het behandelproces tegen de behandeling niet af wil maken. Het is belangrijk om deze factoren te verlagen, omdat dit een positievere uitkomst van de behandeling kan geven. De vragen die nu volgen zullen proberen inzicht te verkrijgen in welke factoren ook bij jou mogelijk een rol hebben gespeeld. Als er wordt gesproken van 'de hulpverlener' of 'de huisarts', denk dan aan de persoon die je als meest invloedrijk hebt ervaren of die het helderst voor de geest staat.

Weerstand

Als de persoon nog nooit is behandeld: springen naar vraag 72

65. Geef aan in hoeverre de volgende stellingen op jou van toepassing zijn/waren? (Heel erg oneens – gedeeltelijk oneens – gemengd – gedeeltelijk mee eens – heel erg mee eens)
- Voorafgaand aan mijn eerste behandeling waren er factoren die mij er van weerhielden om de behandeling te beginnen
 - Tijdens de behandeling was er sprake van factoren die het lastiger maakte om de behandeling door te zetten
66. Welk van de volgende factoren heeft/hebben bij jou een rol gespeeld bij het uitstellen van een behandeling of maakte(n) het lastiger om de behandeling voort te zetten? (Heel erg oneens – gedeeltelijk oneens – gemengd – gedeeltelijk mee eens – heel erg mee eens)
- Ontkenning van je eetprobleem
 - Je zag zelf niet in waarvoor een behandeling nodig was
 - Je wilde geen behandeling
 - Tijdens de behandeling had je wisselende gevoelens (bijvoorbeeld waardering van de behandeling versus geen vertrouwen in de behandeling) over de behandeling, dit maakte het lastiger om door te zetten
 - Als je je tijdens een behandeling begrepen voelde, maakte dit het makkelijker om door te

zetten

- Je zelfvertrouwen heeft je geholpen om behandelingen te beginnen
- Je zelfvertrouwen heeft je geholpen om behandelingen door te zetten
- Je hebt graag zelf alle controle, dit maakte het moeilijker om behandelingen te beginnen
- Je hebt graag zelf alle controle, dit maakte het moeilijker om behandelingen vol te houden
- De vertrouwensband met de hulpverlener hielp met doorzetten in het behandelproces
- Je vond het belangrijk dat de hulpverlener je stimuleerde om door te zetten
- Je voelde je gewaardeerd door je hulpverlener
- Je had het gevoel dat de hulpverlener om je gaf
- Je was het meestal wel eens met de manier waarop de hulpverlener de behandeling aanpakte
- Anders, namelijk:

67. Heeft een of meer van de volgende gevoelens het beginnen met een behandeling lastiger gemaakt? Vink aan wat van toepassing is. (Meerder antwoorden mogelijk)

- Perfectionisme
- Laag zelfvertrouwen
- Controle willen hebben
- Zorgen over gewichtsverandering
- Angst
- Schaamte
- Twijfel
- Anders, namelijk:

68. Heeft een of meer van de volgende gevoelens het doorgaan met een behandeling lastiger gemaakt? Vink aan wat van toepassing is. (Meerder antwoorden mogelijk)

- Perfectionisme
- Laag zelfvertrouwen
- Controle willen hebben
- Zorgen over gewichtsverandering
- Angst
- Schaamte
- Twijfel
- Anders, namelijk:

69. Heeft een of meer van de volgende gevoelens het beginnen met een behandeling makkelijker gemaakt? Vink aan wat van toepassing is. (Meerder antwoorden mogelijk)

- Perfectionisme
- Zelfvertrouwen
- Controle willen hebben
- Zorgen over gezondheid
- Angst
- Schaamte
- Hoop
- Vertrouwen
- Anders, namelijk:

70. Heeft een of meer van de volgende gevoelens het doorgaan met een behandeling makkelijker gemaakt? Vink aan wat van toepassing is. (Meerder antwoorden mogelijk)

- Perfectionisme
- Zelfvertrouwen
- Controle willen hebben
- Zorgen over gezondheid
- Angst
- Schaamte
- Hoop

- Vertrouwen
 - Anders, namelijk:
71. Zijn/waren er factoren die jou er van weerhouden om een behandeling te beginnen?
 - Ja
 - Nee
 72. Welk van de volgende factoren speelt bij jou een rol bij het niet beginnen van een behandeling? (Heel erg oneens – gedeeltelijk oneens – gemengd – gedeeltelijk mee eens – heel erg mee eens)
 - Ontkenning van je eetprobleem
 - Je ziet zelf niet in waarvoor een behandeling nodig is
 - Je wil geen behandeling
 - Een laag zelfvertrouwen weerhoudt je er van om een behandeling te beginnen
 - Je hebt graag zelf alle controle. Dit maakt het moeilijker om een behandeling te beginnen
 - Anders, namelijk:
 73. Maakt een van de volgende gevoelens het lastiger om met een behandeling te beginnen? (Meerdere antwoorden mogelijk)
 - Perfectionisme
 - Laag zelfvertrouwen
 - Controle willen hebben
 - Zorgen over gewichtsverandering
 - Angst
 - Schaamte
 - Twijfel
 - Anders, namelijk:
 74. Zou een van de volgende gevoelens het beginnen met een behandeling makkelijker maken?
 - Perfectionisme
 - Zelfvertrouwen
 - Controle willen hebben
 - Zorgen voer gezondheid
 - Angst
 - Schaamte
 - Hoop
 - Vertrouwen
 - Anders, namelijk:

Het is belangrijk om in kaart te brengen hoe wij mensen het beste kunnen helpen, maar hiervoor is ook nog informatie nodig over wat er nou eigenlijk wordt verwacht van de hulpverleners en met name van de huisarts. De volgende paar vragen zullen hier dus over gaan. Soms kan het zijn dat je contact hebt gehad met verschillende huisartsen, maar denk bij het beantwoorden van de vragen aan de huisarts waarmee je het meeste contact hebt (gehad).

Verwachtingen

75. Wat verwacht je van een hulpverlener? (Meerder antwoorden mogelijk)
- Begrip
 - Inlevingsvermogen
 - Kennis van de eetstoornis
 - Betrokkenheid
 - Afstandelijkheid
 - Steun
 - Troost
 - Anders, namelijk...
76. Wat verwacht/verwachtte je van de rol van je huisarts?
[...]
77. Geef aan in hoeverre je het eens bent met de volgende verwachtingen t.o.v. de huisarts. (Helemaal niet – enigszins – nogal – veel – heel erg veel)
- Ik verwacht dat de huisarts veel kennis heeft over de eetstoornis
 - Ik verwacht dat de huisarts goed naar mij luistert
 - Ik verwacht dat de huisarts mij helpt in het zoeken van de juiste behandeling
 - Ik verwacht dat de huisarts mij begrijpt
 - Ik verwacht dat de huisarts mij ondersteunt
 - Ik verwacht dat de huisarts ook de onderliggende oorzaak wil achterhalen, en niet alleen op de symptomen focust
 - Ik verwacht dat de huisarts mij voldoende kan informeren over mijn eetstoornis
 - Ik wil graag een goede band met mijn huisarts
 - Vertrouwen is erg belangrijk

Als de persoon nooit een behandeling heeft gehad, volgende vragen overslaan en gelijk doorspringen naar sectie 'studentenleven' (vraag 82).

78. Hoe vond je de hulp die jij hebt gekregen van jouw huisarts wat betreft de voorgaande punten? (Helemaal niet – enigszins – nogal – veel – heel erg veel)
- Mijn huisarts had veel kennis over de eetstoornis
 - Mijn huisarts luisterde goed naar mij
 - Mijn huisarts heeft mij goed geholpen in het zoeken van de juiste behandeling
 - Mijn huisarts begreep mij goed
 - Mijn huisarts ondersteunde mij goed
 - Mijn huisarts richtte zich ook op de onderliggende oorzaak
 - Mijn huisarts behandelde alleen de symptomen
 - Mijn huisarts heeft mij voldoende geïnformeerd over de eetstoornis
 - Ik heb/had een goede band met mijn huisarts
 - Ik vertrouwde mijn huisarts
79. Algemene beoordeling van de hulp van je huisarts:
Zeer goed – goed – neutraal – slecht – Zeer slecht

Tot slot willen we nog graag weten of je eetstoornis voor je gevoel ook invloed heeft gehad op je studieresultaten en je sociale leven.

Studentenleven

80. Heeft de eetstoornis volgens jou invloed gehad op je studieresultaten?
- Ja, positief
 - Ja, negatief
 - Nee
81. Heeft de eetstoornis volgens jou invloed gehad op je sociale leven?
- Ja, positief

- Ja, negatief

- Nee

82. Wat heeft de eetstoornis jou aan positiefs gebracht?

[...]

Afsluiting

Dit was het! Heel erg bedankt voor je deelname. (druk alleen nog even op 'verder' om de vragenlijst echt af te ronden!)

BIJLAGE 11 – AFHAAK VRAGENLIJST

Bedankt dat je je mening wilt geven!

1. Ben je ergens tijdens de vragenlijst gestopt, of ben je niet aan de vragenlijst begonnen?
 - Ik ben gestopt
 - Ik ben er niet aan begonnen
2. Hier onder kun je invullen waarom je de vragenlijst niet hebt ingevuld, of waarom je wel aan de vragenlijst bent begonnen maar deze niet hebt afgerond.
[...]

BIJLAGE 12 – CORRELATIE TABEL

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Geslacht	1											
2.	Leeftijd	-0,036	1										
3.	BMI	-0,033	0,090	1									
4.	Beginleeftijd eetstoornis	-0,273*	0,042	-0,033	1								
5.	Soort eetstoornis	0,228	0,108	-0,094	0,079	1							
6.	Ernst eetstoornis	0,080	-0,230	-0,185	-0,160	0,003	1						
7.	In behandeling	0,067	0,143	0,002	-0,075	-0,166	0,262*	1					
8.	Tijd tot hulp	0,032	0,463**	-0,169	-0,387*	0,020	-0,031	-0,344*	1				
9.	Behandeling afgerond	0,006	0,142	-0,166	0,354*	0,102	-0,160	0,579**	-0,004	1			
10.	Weerstand 1	0,233	-0,064	0,083	-0,466**	-0,282	0,145	-0,074	0,066	-0,480**	1		
11.	Weerstand 2	0,084	-0,090	0,013	0,161	-0,041	0,102	-0,182	0,059	-0,023	0,049	1	
12.	Tevredenheid huisarts	0,269	-0,215	-0,097	-0,053	0,027	-0,006	0,179	-0,156	0,055	0,042	0,170	1

* correlatie is significant op 0,05 level

** correlatie is significant op 0,01 level

** Tijd tot hulp – leeftijd
 Weerstand 1 – beginleeftijd
 Weerstand 1 – behandeling afgerond
 Behandeling afgerond – in behandeling

* Geslacht – beginleeftijd
 Tijd tot hulp – beginleeftijd
 Tijd tot hulp – in behandeling
 In behandeling – ernst
 Behandeling afgerond – beginleeftijd