

23. Juni 2018

18:45 Uhr

(11)

Bitte vergegenwärtigen Sie sich jetzt noch ein Mal die Nutzung des Produkts und **beschreiben Sie Ihr Erleben der Nutzung mit Hilfe der folgenden Aussagenpaare**. Die Paare stellen jeweils extreme Gegensätze dar, zwischen denen eine Abstufung möglich ist.

Vielleicht passen einige Aussagen nicht so gut, kreuzen Sie aber trotzdem bitte immer an, welcher Begriff Ihrer Meinung nach eher zutrifft. Denken Sie daran, dass es keine "richtigen" oder "falschen" Antworten gibt - nur Ihre persönliche Meinung zählt!

	1	2	3	4	5	6	7		
Bei der Nutzung (des Produkts)...									
...handelte ich überlegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...handelte ich spontan	G
...erreichte ich mein Ziel nur mit Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...erreichte ich mein Ziel mit Leichtigkeit	E
...handelte ich unbewusst, ohne lange über die einzelnen Schritte nachzudenken	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...führte ich bewusst einen Schritt nach dem anderen aus	G
...ließ ich mich von meinem Verstand leiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...ließ ich mich von meinem Gefühl leiten	G
...war ich orientierungslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...konnte ich mich gut zurechtfinden	E
...handelte ich ohne dabei nachzudenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...konnte ich jeden Schritt genau begründen	G
Die Nutzung (des Produkts)...									
...erforderte viel Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...ging wie von selbst	E
...war begeisternd	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...war unbedeutend	X
...war einfach	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...war schwierig	E
...war nichts Besonderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...war ein magisches Erlebnis	X
...war sehr intuitiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...war gar nicht intuitiv	
...war belanglos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...war mitreißend	X
...fiel mir leicht	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...fiel mir schwer	E
...war faszinierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...war trist	X
Im Nachhinein...									
...fällt es mir schwer, die einzelnen Bedienschritte zu beschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...ist es für mich kein Problem, die einzelnen Bedienschritte zu beschreiben	V
...kann ich mich gut an die Bedienung erinnern	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...fällt es mir schwer, mich zu erinnern, wie das Produkt bedient wird	V
...kann ich nicht sagen, auf welche Art und Weise ich das Produkt bedient habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...kann ich genau sagen, auf welche Art und Weise ich das Produkt bedient habe	V

Dieser Fragebogen wird im Zuge der Bachelorarbeit, verfasst von Theresa Höck mit dem englischen Titel: "Voice interaction with fitness application keeping technology and health in balance", durchgeführt. Alle Antworten bleiben anonym und dienen allein dazu, die oben genannte Annahme zu beweisen. Hierbei handelt es sich um eine wissenschaftliche Arbeit, daher bestätigen Sie mit dieser Teilnahme, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.

1) Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

☐ weiblich ☒ männlich ☐ keine Angabe

2) Wie alt sind Sie? 21

3) Haben Sie schon einmal von einem Amazon Echo Dot gehört?

☒ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

4) Haben Sie schon einmal einen Amazon Echo Dot verwendet?

☐ ja schon öfter ☐ ja einmal ausprobiert ☒ nein ☐ weiß nicht

5) Besitzen Sie einen Echo Dot ?

☐ ja ☒ nein ☐ weiß nicht

6) Haben Sie andere sprachgesteuerten Geräte oder Systeme verwendet?

☐ ja ☒ nein ☐ weiß nicht

5.1) Wenn ja, welche sind das (max. 3)? _____

7) Sind Sie der Meinung, dass Sie sich momentan ausreichend bewegen? (bitte nur eins ankreuzen)

trifft sehr zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	4	3	2	1

8) Wieviele Stunden pro Woche sind Sie durchschnittlich regelmäßig körperlich aktiv, also z.B. - schnell Spazieren gehen, Laufen, Schwimmen, Radfahren?

0 - 1 h/Woche	1 - 2,5 h/Woche	mehr als 2,5 h/Woche	mehr als 5 h/Woche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

9) Möchten Sie derzeit prinzipiell etwas an Ihrem Bewegungsverhalten ändern?

- ☐ ja
- ☒ nein, weil ich mit meinem Bewegungsverhalten zufrieden bin und es so beibehalten möchte
- ☐ nein, obwohl ich mit meinem Bewegungsverhalten eigentlich nicht zufrieden bin

10) Was möchten Sie ändern? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ mehr Bewegung im Alltag
- ☐ mehr Ausdauertraining
- ☐ mehr Krafttraining
- ☒ andere Sportart
- ☐ weniger Bewegung
- ☐ sonstiges: _____

11) Warum möchten Sie das ändern?

- ☐ gesundheitliche Gründe
- ☐ Aussehen
- ☐ Freude an Bewegung
- ☒ um Neues auszuprobieren
- ☐ Gruppenzwang
- ☐ 'Influencing' auf Social Media
- ☐ sonstiges: _____

12) Denken Sie, dass Ihnen eine App wie z.B. ein Schrittzähler oder ein persönliches Fitness-Tagebuch am Handy helfen bzw. Sie motivieren könnte, Ihr Bewegungsverhalten zu ändern?

- ☐ ja, vielleicht
- ☐ ich weiß nicht
- ☒ nein, sicher nicht

13) Verwenden Sie zu diesem Zweck derzeit eine App?

- ☐ ja
- ☒ nein

14) Welches App ist das? (bei mehreren bitte das am häufigsten verwendete angeben)

15) Können Sie in diese Apps Daten allein mit Ihrer Stimme speichern?

- ☐ ja
- ☒ nein

16) Können Sie in diese Apps allein mit Ihrer Stimme navigieren?

- ☐ ja ☒ nein

17) Wieviele Stunden pro Tag nutzen Sie durchschnittlich Ihr Mobiltelefon (z.B. - Telefonieren, Whats App, Instagram, Facebook, Fotografieren etc.)

- ☐ weniger als 1 Stunde pro Tag
☒ 1 - 2,5 Stunden pro Tag
☐ 2,5 - 5 Stunden pro Tag
☐ mehr als 5 Stunden pro Tag

18) Fühlen Sie sich durch die Nutzung, oder bei der Nutzung ihres Mobiltelefons unausgeglichen z.B.: gestresst, gelangweilt?

- trifft sehr zu ☐ trifft eher zu ☒ weder noch ☐ trifft eher nicht zu ☐ trifft nicht zu ☐

19) Möchten Sie derzeit prinzipiell etwas an dem Nutzungsverhalten Ihres Mobiltelefons ändern?

- ☒ ja
☐ nein, weil ich mit meinem Nutzungsverhalten zufrieden bin und es so beibehalten
☐ nein, obwohl ich mit meinem Nutzungsverhalten eigentlich nicht zufrieden bin

20) Was möchten Sie ändern? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ mein Mobiltelefon gar nicht mehr nutzen
☒ mein Mobiltelefon nur noch zum Telefonieren und SMS schreiben nutzen
☐ mein Mobiltelefon öfter ohne mobile Daten (Internet) verwenden
☒ mein Mobiltelefon mit gleichen Funktionen nutzen jedoch weniger oft.
☐ sonstiges _____

21) Warum möchten Sie das ändern?

- ☐ verlorene Zeit die ich anders nutzen könnte z.B. Hobbies, Arbeit
☐ Konzentrationsfähigkeit steigern
☐ um mehr Schlaf zu gewinnen
☒ um meine Umwelt wieder besser wahrzunehmen
☐ sonstiges _____

22) Denken Sie, dass Ihnen ein Sprachsystem wie z.B. Alexa helfen würde, Ihr Nutzungsverhalten zu ändern?

- ☐ ja, vielleicht
- ☒ ich weiß nicht
- ☐ nein, sicher nicht

23) Denken Sie, dass Sie das getestete System privat verwenden würden?

- ☒ ja, weil ich nicht von meinem Smartphone abgelenkt werden würde
(z.B. Whats App Nachrichten, Instagram Benachrichtigungen, E-mails etc.)
- ☐ ja, weil mich die Stimme motiviert weiter zu machen
- ☐ ja, aus einem anderen Grund und zwar weil:

- ☐ nein, weil ich die Stimme als Trainer nicht mögen würde.
- ☐ nein, weil ich die Anweisungen nicht visualisiert vor mir hätte
- ☐ nein, aus einem anderen Grund und zwar weil:

eigenes Feedback :