

Het effect van communicatie: De invloed van taalgebruik op het cognitieve welzijn van borstkankerpatiënten.



1 Juni 2015



Esther van Zoelen (S4052838)
Zwaluwstraat 48
6541NT Nijmegen
E-mail: esther_zoelen@hotmail.com
Tel.: 06-29191221



Radboud Universiteit Nijmegen
Faculteit der Letteren
Communicatie- en Informatiewetenschappen

Begeleider Bachelorthesis: Wendy Jacobs

Samenvatting

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat borstkankerpatiënten cognitieve problemen ervaren na chemotherapie. Dit verschijnsel wordt ook wel het 'chemobrein' genoemd en is van grote invloed op het dagelijks leven en functioneren van veel patiënten. Er wordt veel onderzoek gedaan naar de oorzaken van cognitieve bijwerkingen van chemotherapie, maar er bestaat nog veel onduidelijkheid over het onderwerp. Om kennis over dit onderwerp te vergroten werd in de huidige studie onderzocht wat het effect is van het taalgebruik van een arts in gesprekken over cognitieve bijwerkingen van chemotherapie op de zelf-gerapporteerde cognitieve problemen en angst van (analoge) patiënten. 57 gezonde vrouwen namen deel aan een online enquête waarin zij een video te zien kregen waarin een arts communiceerde met een patiënt over de cognitieve bijwerkingen van chemotherapie middels ofwel bevestigend ofwel ontkennend taalgebruik. In tegenstelling tot de verwachtingen en resultaten uit eerdere studies werd geen effect gevonden van taalgebruik op de rapportage van cognitieve klachten en angst na het zien van de video's. Op basis van de huidige studie kon geconcludeerd worden dat het gebruik van bevestigingen en ontkenningen in gesprekken over de cognitieve bijwerkingen van chemotherapie niet van invloed is op de rapportage van cognitieve klachten en angst. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen hoe cognitieve problemen na chemotherapie verminderd of voorkomen kunnen worden middels communicatie van artsen over de bijwerkingen van chemotherapie.

Sleutelwoorden: taalgebruik; bevestigingen; ontkenningen; cognitieve problemen; angst.

Inleiding

Over het algemeen is men het er over eens dat patiënten recht hebben op informatie over hun ziekte, de behandeling die men zal moeten ondergaan en de mogelijke bijwerkingen van die behandeling. Dit geeft patiënten de kans om weloverwogen keuzes te maken. Uit verschillende onderzoeken blijkt echter dat dergelijke informatie een impact kan hebben op het welzijn van de patiënt. Patiënten die gediagnostiseerd worden met kanker ervaren veelal gevoelens van angst en neerslachtigheid (Sep, van Osch, van Vliet, Smets & Bensing, 2014). Vaak ontstaat een gevoel van chaos. Men heeft ineens te maken met een levensbedreigende ziekte en een aangepast toekomstbeeld. Door de diagnose kanker ontstaat psychologische opwinding die van grote invloed is op de herinnering van de door de arts verstrekte informatie (Sep et al., 2014). Het overgrote deel van de informatie die medische specialisten verstrekken tijdens een slechtnieuwsgesprek gaat verloren. Uit onderzoek blijkt dat patiënten zo'n 40 tot 80 procent van de informatie vergeten. Bovendien kan slechts 49 tot 83 procent van de nieuw gediagnostiseerde kankerpatiënten zich de informatie over de voorgestelde behandeling herinneren (Sep et al., 2014).

Naast de diagnose, blijkt ook de behandeling van invloed te zijn op het cognitieve vermogen van kankerpatiënten. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat borstkankerpatiënten last hebben van cognitieve problemen na chemotherapie. Zo ervaren zij geheugen- en concentratieproblemen en kampen zij met een lagere informatieverwerkingssnelheid (Shilling & Jenkins, 2007; De Ruiters & Schagen, 2011; Schagen, Das & Vermeulen, 2011; Koppelmans, Schagen & Breteler, 2013; Das & Jacobs, 2015). Deze cognitieve problemen worden zowel tijdens als een aantal jaren na de chemotherapie waargenomen (Koppelmans et al., 2013) en hebben een negatieve invloed op het dagelijks leven en functioneren van veel patiënten. Het optreden van deze cognitieve problemen noemt men het 'chemobrein' (De Ruiters & Schagen, 2011) en is volgens een aantal studies gerelateerd aan vermoeidheid, angst en depressie (Shilling & Jenkins, 2007). De relatie tussen de rapportage van cognitieve problemen en objectieve neuropsychologische testen is echter zwak

(Schagen et al., 2011). Opvallend is dat 40 tot 50 procent van de patiënten aangeeft last te hebben van cognitieve problemen na chemotherapie, maar dat het percentage patiënten met aantoonbare cognitieve problemen maximaal 30 procent is (Schagen, Das & van Dam, 2009).

Negatieve effecten van informatie over bijwerkingen: stereotype threat en het nocebo-effect

Oorzaken van cognitieve bijwerkingen van chemotherapie worden steeds vaker onderzocht, maar er bestaat nog onduidelijkheid over dit onderwerp. Mogelijk zouden informatie-effecten een rol kunnen spelen. Uit onderzoek van Schagen et al. (2011) blijkt dat patiënten die beschikken over informatie over de relatie tussen chemotherapie en cognitieve klachten meer geheugenproblemen rapporteren. Daarnaast scoren zij slechter op een geheugentaak. Het optreden van geheugenproblemen na chemotherapie zou mogelijk verklaard kunnen worden middels 'stereotype threat'. Volgens dit concept kan de activering van een schema of stereotype informatie invloed hebben op waarnemingen, gedrag (Schagen et al., 2009) en cognitieve prestaties (Schagen et al., 2011). Een voorbeeld van dergelijke stereotype informatie is 'chemotherapie leidt tot geheugenverlies' of 'chemotherapie leidt tot cognitieve problemen'. Wanneer patiënten voorafgaand aan het maken van een geheugentaak geconfronteerd worden met een dergelijk stereotype, kan stereotype dreiging optreden, omdat men bang is het stereotype te zullen bevestigen. Dit kan de testprestaties negatief beïnvloeden. Wanneer men echter beschikt over kennis van stereotype threat kunnen prestaties verbeteren. Vrouwen die beschikken over kennis van stereotype threat blijken bijvoorbeeld beter te presteren op wiskundige taken dan vrouwen die hier geen kennis van hebben (Johns, Schmader & Martens, 2005). Mogelijk zou het informeren van patiënten over stereotype threat cognitieve klachten na chemotherapie kunnen verminderen.

Naast stereotypering lijkt ook het nocebo-effect een verklaring te kunnen zijn voor de toename van cognitieve problemen na het ontvangen van informatie over cognitieve problemen na chemotherapie. Het nocebo-effect is het optreden van bijwerkingen die niet direct toe te schrijven zijn aan de medische behandeling (Das & Jacobs, 2015). Informatie over de mogelijke

negatieve effecten van een behandeling vergroot de kans op het optreden van deze bijwerkingen. De verwachting van een negatieve uitkomst leidt vaak tot het optreden van deze uitkomst (Häuser, Hansen & Enck, 2012) en kan leiden tot het versterken van deze uitkomst (Benedetti et al., 2007). Dit komt overeen met de bevindingen van Schagen et al. (2011) dat het informeren van borstkankerpatiënten over cognitieve bijwerkingen kan leiden tot meer cognitieve bijwerkingen. Daarnaast lijkt informatie over medische behandelingen van invloed te zijn op de eigen effectiviteit van de patiënt en op de verwachtingen van de uitkomst van de behandeling (Verheul, Sanders & Bensing, 2010).

Patiënten verschillen in de mate waarin zij gevoelig zijn voor het nocebo-effect. Zo blijken nocebo-effecten vaker op te treden bij vrouwen (Häuser et al., 2012), bij mensen die de neiging hebben om te somatiseren en die van nature angstig zijn (Barsky et al., 2002; Tracey, 2010). Somatisatie is de neiging om herhaaldelijk medische zorg te vragen voor aanhoudende lichamelijke klachten waarvoor geen aantoonbare ziekte of lichamelijke oorzaak kan worden gevonden (Rabinowitz, Williams & Quill, 1993). Om de positieve effecten van een behandeling, zoals chemotherapie, te vergroten, is het van belang om te onderzoeken hoe nocebo-effecten kunnen worden voorkomen.

Hoe zijn nocebo-effecten te voorkomen?

Verschillende onderzoeken wekken de indruk dat de verwachtingen van de patiënt een grote rol spelen bij het nocebo-effect (Das & Jacobs, 2015). Er is echter nog maar weinig onderzoek gedaan naar de factoren die dergelijke verwachtingen veroorzaken en hoe ze in een meer positieve richting gestuurd kunnen worden. De manier waarop medische specialisten communiceren in slechtnieuwsgesprekken speelt mogelijk een belangrijke rol in dit proces (Das & Jacobs, 2015). Zowel de verbale als non-verbale communicatie van artsen omvat een groot aantal, vaak onbedoelde, negatieve associaties die het nocebo-effect kunnen veroorzaken (Häuser et al., 2012). Dit is met name het geval in situaties die door patiënten als bedreigend worden ervaren (Häuser et al., 2012), zoals tijdens slechtnieuwsgesprekken. De manier waarop een arts communiceert tijdens slechtnieuwsgesprekken en de hoeveelheid

informatie die verstrekt wordt lijkt van grote invloed te zijn op het welzijn van de patiënt (Burgers, Beukeboom & Sparks, 2012). Zo kan het verschaffen van ongefilterde informatie over bijwerkingen van een bepaalde behandeling leiden tot het optreden van het nocebo-effect (Garg, 2011). Patiënten blijken echter minder angstig te zijn wanneer een arts op een warme en affectieve manier communiceert en een positieve uitkomst van de behandeling voorstelt. Bovendien hebben patiënten meer vertrouwen in de effectiviteit van de behandeling (Verheul et al., 2010).

Daarnaast toont onderzoek van Sep et al. (2014) aan dat de psychologische opwinding van patiënten vermindert wanneer een arts op empathische wijze communiceert tijdens een slechtnieuwsgesprek. Hierdoor zijn patiënten mogelijk beter in staat om zich de verkregen informatie te herinneren. Het tonen van affectie door een arts tijdens een gesprek over de cognitieve bijwerkingen van chemotherapie zou mogelijk een manier kunnen zijn om nocebo-effecten teniet te doen. In zowel de studie van Verheul et al. (2010) als Sep et al. (2014) werkte men met gezonde proefpersonen als analoge patiënten. In dergelijke onderzoeken krijgen (gezonde) proefpersonen video's te zien van gesprekken tussen artsen en patiënten en is het de bedoeling dat zij zich inleven in de patiënt in de video (Van Vliet et al., 2012). Naast het tonen van affectie heeft ook de formulering van de informatie mogelijk invloed op de patiënt. Patiënten lijken meer angst en pijn te ervaren wanneer men tijdens de uitleg van een behandeling negatieve woorden worden gebruikt, zoals 'prikken', 'branden', 'pijn doen', 'slecht' en 'pijn' (Häuser et al., 2012).

Bovendien laat onderzoek van Burgers et al. (2012) zien dat subtiele verschillen in taalgebruik mogelijk van invloed zijn op de evaluatie van de boodschap en arts, de verwachte kwaliteit van leven en de mate waarin de patiënt de aanbevelingen van de specialist zal opvolgen. De studie toont aan dat ontkenningen mogelijk een negatief effect hebben in boodschappen met een positief frame (zoals 'niet slecht' in plaats van 'goed'). Ontkenningen activeren namelijk negatieve associaties en impliceren dat de arts een tegengestelde negatieve verwachting heeft. In sommige gevallen kunnen ontkenningen echter een positieve invloed hebben op boodschappen. Dit geldt voor boodschappen met een negatief frame (bijvoorbeeld 'niet goed'),

waarschijnlijk omdat ze de impact van de boodschap verzachten. Uit de resultaten van de studie blijkt dat schijnbaar onschuldige verschillen in taalgebruik van artsen in slechtnieuwsgesprekken mogelijk significante gevolgen hebben voor patiënten (Burgers et al., (2012).

De bevindingen uit het onderzoek van Das en Jacobs (2015) sluiten hier op aan. Zij vonden dat het taalgebruik van artsen in communicatie over de cognitieve bijwerkingen van chemotherapie van invloed zou kunnen zijn op het optreden van deze bijwerkingen. Met name ontkenningen in boodschappen met een positief frame ('geen goede cognitieve prestaties') kunnen mogelijk het optreden van cognitieve bijwerkingen verminderen. Dit geldt voornamelijk voor individuen die weinig kwetsbaar zijn voor patiënt stereotypen. Wanneer bijwerkingen van een medische behandeling beschreven worden middels ontkenningen leiden ontvangers hier mogelijk uit af dat dergelijke bijwerkingen meer een uitzondering op de regel zijn dan wanneer bijwerkingen worden beschreven middels bevestigingen. Het is daarom van belang dat artsen communiceren over deze bijwerkingen op een manier die ertoe leidt dat bijwerkingen zo min mogelijk optreden. Mogelijk zou een zorgvuldige formulering van een negatieve boodschap het optreden van het nocebo-effect kunnen verminderen.

De huidige studie

Das en Jacobs (2015) maakten in hun studie gebruik van geschreven communicatie over cognitieve problemen bij borstkankerpatiënten na chemotherapie. Burgers et al. (2012) gebruikten naast geschreven communicatie ook video-opnames. De arts in de video's keek recht in de camera, waardoor de proefpersonen het gevoel kregen dat de arts tegen hen persoonlijk sprak. In de huidige studie zal onderzocht worden of de bevindingen van deze onderzoeken ook gevonden worden wanneer gezonde proefpersonen als analoge patiënten kijken naar een video van een arts-patiëntgesprek over cognitieve bijwerkingen van chemotherapie en zich inleven in de patiënt in de video. De vraag is of negatieve informatie-effecten en angst verminderd kunnen worden door het gebruik van ontkenningen zoals 'geen goed geheugen'. Om dit te onderzoeken is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: *Wat zijn de effecten van taalgebruik van een*

arts in gesprekken over de cognitieve bijwerkingen van chemotherapie op de zelf-gerapporteerde cognitieve problemen van (analoge) patiënten? Bij deze centrale onderzoeksvraag zijn een tweetal hypothesen opgesteld:

H1: Het gebruik van ontkenningen ('geen goed geheugen') leidt tot minder cognitieve klachten dan het gebruik van bevestigingen ('geheugenproblemen') bij analoge patiënten die kijken naar gefilmde gesprekken over de cognitieve bijwerkingen van chemotherapie.

H2: Het gebruik van bevestigingen ('geheugenproblemen') leidt tot meer angst bij analoge patiënten die kijken naar gefilmde gesprekken over cognitieve problemen van chemotherapie dan het gebruik van ontkenningen, omdat ontkenningen de impact van een negatieve boodschap verzachten.

Methoden

Materiaal

De onafhankelijke variabele in dit onderzoek was het taalgebruik van de arts (bevestigingen of ontkenningen) tijdens een gesprek met een borstkankerpatiënt over de cognitieve bijwerkingen van chemotherapie. In het onderzoek is gebruik gemaakt van video-opnames van geacteerde gesprekken over cognitieve bijwerkingen van chemotherapie. Het gesprek in de video's vond plaats tussen twee vrouwelijke actrices waarvan de een de arts speelde en de ander de patiënt. De arts werd gespeeld door een student van de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Radboud Universiteit. De patiënt werd gespeeld door een universitair docent van de bachelor Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Radboud Universiteit. In de ene video bracht de arts de informatie middels bevestigend taalgebruik ('geheugenproblemen') en in de andere video werd gebruik van ontkenningen ('geen goed geheugen' en 'cognitieve veranderingen'). Zie bijlage 1, 2 en 3 voor het script van de video's. Het materiaal van de huidige studie was gebaseerd op eerder onderzoek van Burgers et al. (2012) en Das en Jacobs (2015).

Proefpersonen

De proefpersonen in dit onderzoek waren 57 gezonde vrouwen die zich moesten inleven in een borstkankerpatiënt. Een dergelijke methode is valide gebleken (Van Vliet et al., 2012). In de studie werden alleen vrouwelijke proefpersonen opgenomen, omdat borstkanker voornamelijk voorkomt bij vrouwen. 27 proefpersonen kregen een video te zien van een gesprek waarin een arts gebruik maakte van bevestigend taalgebruik (groep 1) en de overige 30 proefpersonen keken naar een video met ontkennend taalgebruik (groep 2).

Leeftijd

Proefpersonen waren vrouwen in de leeftijd van 19 tot en met 64 jaar. De gemiddelde leeftijd was 39 jaar. Het verschil in leeftijd tussen de groep met

bevestigend taalgebruik ($M = 39.33$, $SD = 16.71$) en de groep met ontkennend taalgebruik ($M = 38.47$, $SD = 15.33$) was niet significant ($t(55) = .20$, $p = .84$).

Opleidingsniveau

De proefpersonen hadden verschillende opleidingsniveaus variërend van het middelbaar beroepsonderwijs (3,5%), hoger algemeen onderwijs (5,3%), hoger beroepsonderwijs (15,8%) tot het universitair onderwijs (33,3%). 42,1% gaf aan ander onderwijs te hebben genoten. Uit een χ^2 -toets tussen taalgebruik en opleidingsniveau bleek er geen verband te bestaan ($\chi^2 (3) = .23$, $p = .97$) tussen beide variabelen. De groepen bleken vergelijkbaar wat betreft opleidingsniveau.

Werk

64,9% van de proefpersonen was op het moment van het onderzoek werkzaam, 29,8% werkte niet en 5,3% werkte tijdelijk niet. Een χ^2 -toets tussen taalgebruik en werk liet zien dat er geen sprake was van een verband ($\chi^2 (2) = .26$, $p = .88$). De verdeling wat betreft werk was in beide experimentele groepen gelijk.

Burgerlijke staat

57,9% van de proefpersonen was gehuwd of samenwonend. 10,5% had wel een relatie, maar woonde niet samen. 26,3% was alleenstaand, 3,5% was weduwe en 1,8% was gescheiden. Uit een χ^2 -toets voor taalgebruik en burgerlijke staat bleek geen verband tussen deze variabelen ($\chi^2 (4) = 5.86$, $p = .21$). Geconcludeerd kon worden dat beide experimentele groepen vergelijkbaar waren wat betreft burgerlijke staat.

Voorkennis

64,9% van de vrouwen had voorkennis over cognitieve klachten na chemotherapie. Een χ^2 -toets voor taalgebruik en voorkennis liet zien dat er geen verband was ($\chi^2 (1) = 3.73$, $p = .054$). Wat betreft voorkennis kon geconcludeerd worden dat de twee groepen vergelijkbaar waren.

Stemming voor het zien van de video

Uit een t -toets voor stemming voor het zien van de video met als factor taalgebruik bleek geen significant verschil tussen beide variabelen ($t(55) = .14, p = .89$). Beide groepen bleken vergelijkbaar qua stemming voor het zien van de video.

Algemene klachten voor het zien van de video

Een t -toets voor algemene klachten voor het zien van de video met als factor taalgebruik liet geen significant verschil zien ($t(55) = -1.12, p = .27$). Wat betreft de rapportage van algemene klachten voor het zien van de video waren de experimentele groepen vergelijkbaar.

Onderzoeksontwerp

Het onderzoek betreft een tussenproefpersoonontwerp met twee niveaus. De proefpersonen werden aan één niveau van de variabele taalgebruik blootgesteld, ofwel ontkennend taalgebruik ofwel bevestigend taalgebruik.

Instrumentatie

Cognitieve klachten

De eerste afhankelijke variabele was cognitieve klachten. Daarbij ging het om de mate waarin de proefpersonen cognitieve problemen rapporteerden na het zien van de video met bevestigend of ontkennend taalgebruik. Cognitieve klachten werden gemeten middels twee items uit de Lichamelijke Klachten Vragenlijst (van Hemert, 2003). Gevraagd werd in welke mate de proefpersonen last hadden van vergeetachtigheid of geheugenproblemen en concentratieproblemen. Deze vragen werden beantwoord middels een vijfpunts Likert-schaal, waarbij 1 stond voor 'helemaal niet' en 5 voor 'heel erg'. Des te hoger de score, des te meer cognitieve klachten. De betrouwbaarheid van de schaal 'cognitieve klachten' was laag ($\alpha = .48$).

Angst

De tweede afhankelijke variabele was angst. Daarbij ging het om de mate waarin de proefpersonen angst rapporteerden na het zien van de video met bevestigend of ontkennend taalgebruik. Angst werd gemeten middels zes

items uit de State Trait Anxiety Inventory van Marteau en Bekker (1992). De vrouwen werd gevraagd om op een vijfpunts Likert-schaal, waarbij 1 stond voor 'helemaal niet' en 5 voor 'helemaal wel', aan te geven in hoeverre zij zich op dat moment rustig, gespannen, van streek, ontspannen, tevreden en bezorgd voelden. Een hogere score stond voor een hoger angstniveau. De betrouwbaarheid van de schaal 'Angst' was onvoldoende $\alpha = .68$. Verwijdering van item 4 'Ik ben ontspannen' leverde een hogere betrouwbaarheid op $\alpha = .74$.

Controle variabelen

Om te zien of er sprake was van een toename in cognitieve klachten na het zien van de video werden cognitieve klachten ook gemeten voor het zien van de video. Dit werd gedaan middels twee items afkomstig uit de Lichamelijke Klachten Vragenlijst (Van Hemert, 2003). De vrouwen werd gevraagd om op een vijfpunts Likert-schaal aan te geven in hoeverre zij last hadden van geheugenproblemen en concentratieproblemen voor zij de video keken. 1 stond voor 'helemaal niet' en 5 voor 'heel erg'. Een hogere score stond voor meer cognitieve klachten. De betrouwbaarheid van cognitieve klachten (voor de video) was laag $\alpha = .30$.

Ook angst voor het zien van de video werd gemeten. Hierbij werd gebruik gemaakt van drie items uit de State Trait Anxiety Inventory van Marteau en Bekker (1992). Gevraagd werd in hoeverre de woorden gespannen, bezorgd en van streek op dat moment op de proefpersonen van toepassing waren. Deze vragen werden beantwoord middels een vijfpunts-Likertschaal, waarbij 1 stond voor 'helemaal niet' en 5 voor 'helemaal wel'. Een hogere score stond voor een hoger angstniveau. De betrouwbaarheid van angst (voor de video) was voldoende ($\alpha = .73$).

Daarnaast werd de stemming van de proefpersonen voor het zien van de video gemeten middels zes items uit de Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clark & Tellegen, 1988). De vrouwen werd gevraagd of zij zich op dat moment goed, gespannen, sterk, opgewekt, somber en geërgerd voelden op een schaal van 1 tot 5. 1 stond voor 'helemaal niet' en 5 voor 'helemaal wel'. Na hercodering stond een hogere score voor een betere stemming. De betrouwbaarheid van 'stemming' was goed $\alpha = .81$.

Verwijdering van item 2 'Ik ben gespannen' leverde een hogere betrouwbaarheid op $\alpha = .84$.

De rapportage van algemene klachten voor het zien van de video werd gemeten met acht items uit de Lichamelijke Klachten Vragenlijst (Van Hemert, 2003). Op een vijfpunts-Likertschaal, waarbij 1 stond voor 'helemaal niet' en 5 voor 'heel erg', gaven de proefpersonen aan of zij last hadden van algemene vermoeidheid en lusteloosheid, duizeligheid of licht in het hoofd, slapeloosheid, spierpijn of pijnlijke spieren, misselijkheid of een maag die van streek is, buikpijn, hoofdpijn en pijn in armen en/of benen. Des te hoger de score, des te meer algemene klachten. De betrouwbaarheid van 'algemene klachten' was voldoende $\alpha = .71$. Verwijdering van item 4 'Spierpijn of pijnlijke spieren' leverde een hogere betrouwbaarheid op $\alpha = .73$.

Daarnaast is de respondenten gevraagd in hoeverre zij beschikten over voorkennis (voorafgaand aan het experiment) over het optreden van cognitieve problemen tijdens en na chemotherapie bij borstkankerpatiënten. Zij konden in een lijst met bijwerkingen aangeven van welke bijwerkingen van chemotherapie zij op de hoogte waren, waaronder geheugen- en concentratieproblemen.

Tenslotte is gekeken naar enkele demografische gegevens van de proefpersonen. Daarbij werd gevraagd naar de leeftijd van de vrouwen, burgerlijke staat, hoogst genoten opleiding en werk.

Procedure

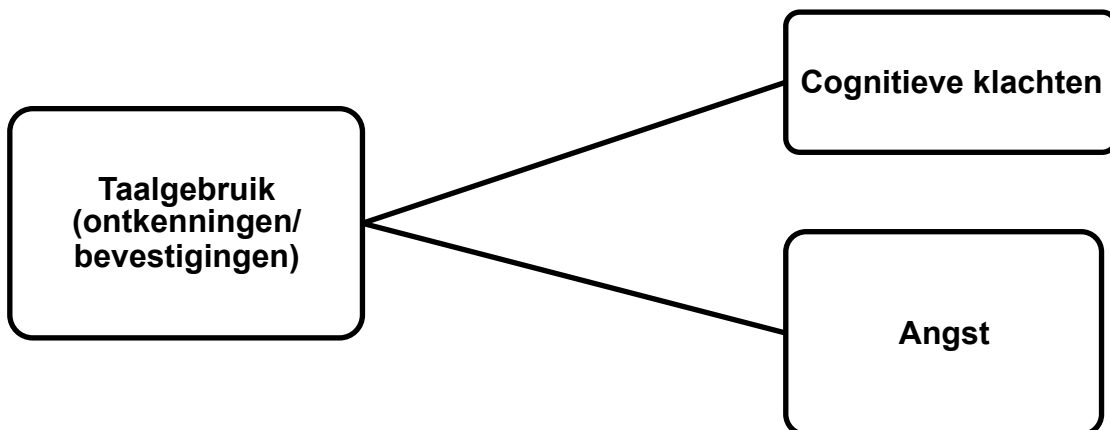
De proefpersonen werden per e-mail benaderd om mee te werken aan het onderzoek. Vervolgens kregen zij een korte introducerende tekst te lezen over het doel van het onderzoek en de video. Ook werd aangegeven dat deelname aan het onderzoek ongeveer 20 minuten in beslag zou nemen, dat de gegevens anoniem verwerkt zouden worden en vertrouwelijk behandeld zouden worden. Vervolgens werd gevraagd om een korte internetvragenlijst in te vullen waarin onder andere vragen gesteld werden over hun stemming, algemene (gezondheids)klachten en voorkennis over cognitieve klachten na chemotherapie. Na deze eerste vragenlijst werden de proefpersonen random toegewezen aan een van de twee experimentele condities. Zij kregen een video te zien van een gesprek tussen een arts en een patiënt over de

cognitieve bijwerkingen van chemotherapie, waarin de arts gebruik maakte van bevestigend of ontkennend taalgebruik.

Na het zien van de video vulden de proefpersonen opnieuw een internetenquête in waarin onder andere gemeten werd in hoeverre zij cognitieve klachten en gevoelens van angst ervoeren na het zien van de video. Ook werd hen gevraagd naar enkele demografische gegevens, zoals leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau en werk. Na afloop van de vragenlijst werden de proefpersonen bedankt voor hun deelname aan het onderzoek en kregen zij de mogelijkheid om hun e-mailadres achter te laten wanneer zij behoefte hadden aan meer informatie over het doel en de resultaten van het onderzoek. De data werd verzameld van 14 april 2015 tot en met 26 april 2015 met het programma Qualtrics.

Analysemodel

Het analysemodel behorend bij dit onderzoek is als volgt vormgegeven:



In het model is de onafhankelijke variabele Taalgebruik onderverdeeld in twee niveaus: ontkenningen en bevestigingen. De afhankelijke variabelen zijn cognitieve klachten en angst.

Statistische toetsing

De samenhang tussen taalgebruik en cognitieve klachten (na de video) en angst (na de video) werd gemeten middels Pearsons correlatie. Om te onderzoeken of de beide groepen gemiddeld genomen van elkaar verschilden wat betreft de rapportage van cognitieve klachten en angst is een *t*-toets voor onafhankelijke groepen uitgevoerd. Daarnaast is een *t*-toets voor afhankelijke

variabelen uitgevoerd om te onderzoeken in hoeverre de gemiddelden van de rapportage van cognitieve klachten en angst voor en na het zien van de video binnen de groepen verschilden.

Resultaten

Cognitieve klachten voor het zien van de video

Er was geen significant verschil tussen de groep met bevestigend taalgebruik ($M = 1.52$, $SD = .47$) en de groep met ontkennend taalgebruik ($M = 1.67$, $SD = .76$) in het rapporteren van cognitieve klachten voor het zien van de video ($t(49.07) = -.90$, $p = .38$). De groepen waren vergelijkbaar wat betreft cognitieve klachten voor het zien van de video. De rapportage van cognitieve klachten was in beide groepen laag.

Uit een t -toets voor geheugenproblemen bleek geen significant verschil ($t(50.55) = -.82$, $p = .42$) tussen de groep met bevestigend taalgebruik ($M = 1.33$, $SD = .48$) en de groep met ontkennend taalgebruik ($M = 1.47$, $SD = .73$). De rapportage van geheugenproblemen tussen beide groepen voor het zien van de video was vergelijkbaar en was in beide groepen laag.

Wanneer gekeken werd naar concentratieproblemen bleek wederom dat er geen significant verschil was ($t(55) = -.61$, $p = .54$) tussen de groep met bevestigend taalgebruik ($M = 1.70$, $SD = .78$) en de groep met ontkennend taalgebruik ($M = 1.87$, $SD = 1.17$). De rapportage van concentratieproblemen tussen de groepen voorafgaand aan de video was vergelijkbaar en was in beide groepen laag.

Cognitieve klachten na het zien van de video

Er was geen significant verschil tussen de groep met bevestigend taalgebruik ($M = 1.70$, $SD = .56$) en de groep met ontkennend taalgebruik ($M = 1.67$, $SD = .69$) in de rapportage van cognitieve klachten na het zien van de video ($t(55) = .22$, $p = .83$). De groepen bleken vergelijkbaar wat betreft cognitieve klachten na het zien van de video.

Ook een t -toets voor geheugenproblemen liet zien dat er geen significant verschil was ($t(55) = -.11$, $p = .91$) tussen de groep met bevestigend taalgebruik ($M = 1.48$, $SD = .58$) en de groep met ontkennend taalgebruik ($M = 1.50$, $SD = .68$). Wat betreft concentratieproblemen kon geconcludeerd worden dat er geen significant verschil was ($t(55) = .39$, $p = .70$) tussen de groep met bevestigend taalgebruik ($M = 1.93$, $SD = .83$) en de

groep met ontkennend taalgebruik ($M = 1.83$, $SD = .95$). De groepen verschilden dus niet van elkaar in de rapportage van geheugenproblemen en concentratieproblemen.

Taalgebruik en cognitieve klachten na het zien van de video

Uit een correlatie voor taalgebruik en cognitieve klachten bleek dat er geen samenhang was tussen de variabelen ($r(57) = -.03$, $p = .83$). Ook werd er geen relatie gevonden tussen taalgebruik en geheugenproblemen ($r(57) = .02$, $p = .91$) of tussen taalgebruik en concentratieproblemen ($r(57) = -.05$, $p = .70$).

Vergelijking rapportage van cognitieve klachten voor en na het zien van de video met bevestigend taalgebruik (binnen groep 1)

Uit een t -toets voor cognitieve klachten bleek een significant verschil tussen de rapportage van cognitieve klachten voor ($M = 1.52$, $SD = .47$) en na ($M = 1.70$, $SD = .56$) het zien van de video met bevestigend taalgebruik ($t(26) = -2.43$, $p = .02$). Ook werd een significant verschil gevonden voor de rapportage van concentratieproblemen voor ($M = 1.70$, $SD = .78$) en na ($M = 1.93$, $SD = .83$) het zien van de video met bevestigend taalgebruik ($t(26) = -2.73$, $p = .01$).

Een t -toets voor geheugenproblemen liet geen significant verschil zien tussen de rapportage voor ($M = 1.33$, $SD = .48$) en na ($M = 1.48$, $SD = .58$) het zien van de video met bevestigend taalgebruik ($t(26) = -1.28$, $p = .21$).

Vergelijking rapportage van cognitieve klachten voor en na het zien van de video met ontkennend taalgebruik (binnen groep 2)

Uit een t -toets voor cognitieve klachten bleek geen significant verschil tussen de rapportage van cognitieve klachten voor ($M = 1.67$, $SD = .76$) en na ($M = 1.67$, $SD = .69$) het zien van de video met ontkennend taalgebruik ($t(29) = .00$, $p = 1.00$).

Een t -toets voor concentratieproblemen was niet significant ($t(29) = .24$, $p = .81$) en dus was er geen verschil in de rapportage van concentratieproblemen voor ($M = 1.87$, $SD = 1.17$) en na ($M = 1.83$, $SD = .95$) het zien van de video met ontkennend taalgebruik. Ook een t -toets voor

geheugenproblemen vond geen significant verschil $t(29) = -.25, p = .80$ in de rapportage van geheugenproblemen voor ($M = 1.47, SD = .73$) en na ($M = 1.50, SD = .68$) het zien van de video met ontkennend taalgebruik.

Angst voor het zien van de video

Uit een t -toets voor angst met taalgebruik als factor bleek geen significant verschil ($t(55) = -1.59, p = .12$) tussen de groep met bevestigend taalgebruik ($M = 2.04, SD = .60$) en de groep met ontkennend taalgebruik ($M = 2.36, SD = .88$). Met betrekking tot angst voor het zien van de video waren de groepen dus vergelijkbaar. Angst was in beide groepen laag.

Angst na het zien van de video

Een t -toets voor angst na het zien van de video met taalgebruik als factor liet zien dat er geen significant verschil was ($t(55) = -1.26, p = .21$) tussen de groep met bevestigend taalgebruik ($M = 2.05, SD = .64$) en de groep met ontkennend taalgebruik ($M = 2.27, SD = .72$). Angst was in beide groepen laag.

Taalgebruik en angst na het zien van de video

Uit een correlatie voor taalgebruik en angst bleek er geen verband te bestaan ($r(57) = .17, p = .21$).

Vergelijking rapportage van angst voor en na het zien van de video met bevestigend taalgebruik (binnen groep 1)

Uit een t -toets voor angst bleek geen significant verschil ($t(26) = -.09, p = .93$) wat betreft de rapportage van gevoelens van angst voor ($M = 2.04, SD = .59$) en na ($M = 2.05, SD = .64$) het zien van de video met bevestigend taalgebruik.

Vergelijking rapportage van angst voor en na het zien van de video met ontkennend taalgebruik (binnen groep 2)

Een t -toets voor angst liet zien dat er geen significant verschil was ($t(29) = .84, p = .41$) wat betreft angst voor ($M = 2.36, SD = .88$) en na ($M = 2.27, SD = .72$) het zien van de video met ontkennend taalgebruik.

Conclusie en discussie

Onderzocht is in hoeverre het taalgebruik van een arts tijdens een gesprek over de cognitieve bijwerkingen van chemotherapie van invloed is op de mate waarin men cognitieve problemen en angst rapporteert. De verwachting dat het gebruik van ontkenningen zou leiden tot minder cognitieve klachten dan het gebruik van bevestigingen bij analoge patiënten die kijken naar gefilmde gesprekken over de cognitieve bijwerkingen van chemotherapie werd niet bevestigd. Er werd geen verschil gevonden in de rapportage van cognitieve klachten tussen de groep die keek naar video's met bevestigend taalgebruik en de groep die keek naar video's met ontkennend taalgebruik. Uit de studie is dus gebleken dat het taalgebruik van de arts niet van invloed was op de mate waarin analoge patiënten cognitieve klachten ervaren. Ook werd er geen verschil gevonden tussen beide groepen wat betreft de rapportage van concentratie- en geheugenproblemen.

Daarnaast werd er geen significant verschil gevonden tussen de rapportage van geheugenproblemen voor en na het zien van de video met bevestigend taalgebruik. Wel bleek dat proefpersonen in de conditie met bevestigend taalgebruik na het zien van de video significant meer cognitieve klachten en concentratieproblemen rapporteerden. Deze bevinding is in overeenstemming met de verwachting dat het gebruik van bevestigingen zal leiden tot meer cognitieve klachten dan het gebruik van ontkenningen. Dit verschil zou verklaard kunnen worden door de manipulatie, maar vervolgonderzoek is nodig om deze bevinding te bevestigen. In de conditie met ontkennend taalgebruik werd geen effect gevonden van taalgebruik op cognitieve klachten, geheugen- en concentratieproblemen.

Ook de verwachting dat het gebruik van bevestigingen zou leiden tot meer angst bij analoge patiënten die kijken naar gefilmde gesprekken over cognitieve problemen van chemotherapie dan het gebruik van ontkenningen werd niet bevestigd. Uit het onderzoek is dus gebleken dat het taalgebruik van de arts niet van invloed was op angstniveaus van de analoge patiënten. Daarnaast bleek dat er geen verschil was in de rapportage van angst voor en na het zien van de video in zowel de conditie met bevestigend taalgebruik als

in de conditie met ontkennend taalgebruik. Beide hypothesen konden verworpen worden.

In tegenstelling tot de resultaten van de studies van Schagen et al. (2011), Burgers et al. (2012) en Das en Jacobs (2015) werd geen effect gevonden van taalgebruik op cognitieve klachten en angst. Een mogelijke verklaring voor het niet optreden van een effect zou kunnen zijn dat cognitieve klachten in deze studie gemeten werden middels twee items afkomstig uit de Lichamelijke Klachten Vragenlijst (van Hemert, 2003). Mogelijk leidt het meten van cognitieve klachten middels een andere vragenlijst tot andere resultaten en wordt er wel een effect gevonden voor taalgebruik op cognitieve klachten. In toekomstig onderzoek zou onderzocht kunnen worden in hoeverre taalgebruik wel een effect heeft op cognitieve klachten, wanneer cognitieve klachten gemeten worden middels een andere, meer uitgebreide vragenlijst. Schagen et al. (2011) maakten in hun onderzoek bijvoorbeeld gebruik van de Nederlandse versie van het Cognitive Failure Questionnaire (Broadbent et al., 1982). Mogelijk leidt het gebruik van deze vragenlijst tot andere resultaten.

In het onderzoek van Burgers et al. (2012) keken de proefpersonen niet naar een video-opname van een gesprek tussen een arts en een patiënt, maar keek de arts recht in de camera. Hierdoor leek het alsof de arts tegen hen persoonlijk sprak. Het zou kunnen dat er wel een effect gevonden wordt voor taalgebruik op cognitieve problemen wanneer gebruik wordt gemaakt van video's waarin het lijkt alsof de arts tegen de respondenten persoonlijk spreekt. Vervolgonderzoek zal dit moeten uitwijzen.

Angst werd gemeten middels de State Trait Anxiety Inventory van Marteau en Bekker (1992). Voor angst geldt hetzelfde als voor cognitieve klachten: mogelijk wordt wel een effect gevonden van taalgebruik op angst wanneer men gebruikt maakt van een andere vragenlijst. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of dit inderdaad het geval is.

Daarnaast was er in zowel de conditie met bevestigend taalgebruik als de conditie met ontkennend taalgebruik sprake van een empathische arts. Het zou kunnen dat er wel een effect wordt gevonden van taalgebruik op cognitieve klachten en angst wanneer er gecommuniceerd wordt door een niet-empathische arts. Uit onderzoek van Verheul et al. (2010) is namelijk gebleken dat patiënten meer vertrouwen hebben in de behandeling en minder

angst ervaren wanneer een arts op affectieve wijze communiceert. Het gegeven dat de arts in beide condities op affectieve wijze communiceerde over de cognitieve bijwerkingen na chemotherapie zou dus van invloed kunnen zijn geweest op de resultaten van het onderzoek. In vervolgonderzoek zou men vergelijkbare video's kunnen opnemen met een arts die op niet-empathische wijze communiceert.

Ook zou een verklaring voor de resultaten gevonden kunnen worden in het nocebo-effect. Verschillende psychische kenmerken zoals angst, depressie en somatisatie zouden volgens Barsky et al. (2002) gekoppeld zijn aan nocebo-effecten. Zo zouden proefpersonen die hoog scoren op deze kenmerken meer bijwerkingen rapporteren van medische behandelingen en het gebruik van medicijnen (Barsky et al., 2002). De proefpersonen in de huidige studie scoorden laag op angst en verkeerden in een goede stemming en waren dus minder gevoelig voor het optreden van het nocebo-effect. Dit zou een verklaring kunnen zijn waarom geen effect werd gevonden van taalgebruik op cognitieve klachten. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of mensen die last hebben van psychische kenmerken zoals angst, depressie en somatisatie inderdaad meer cognitieve klachten rapporteren dan mensen die niet angstig zijn en in een goede stemming verkeren.

Bovendien laten verschillende studies zien dat het nocebo-effect mogelijk gekoppeld is aan de negatieve verwachtingen die patiënten hebben bij een bepaalde behandeling (Benedetti et al., 2007; Häuser et al., 2012). Dit wil zeggen dat de kans groot is dat patiënten last krijgen van een bepaalde bijwerking van een medicijn of behandeling, omdat zij verwachten dat deze bijwerkingen zullen optreden. Omdat de proefpersonen in de huidige studie zelf geen borstkankerpatiënten waren en geen chemotherapie hoefden te ondergaan, is het mogelijk dat zij niet verwachtten cognitieve klachten te gaan ervaren. Mogelijk werd hierdoor geen verschil gevonden in de rapportage van cognitieve klachten. Deze verklaring sluit aan op de bevindingen van Schagen et al. (2011) dat informatie over cognitieve klachten na chemotherapie met name bij patiënten die ervaring hebben met chemotherapie kan leiden tot een hogere rapportage van cognitieve klachten. In vervolgonderzoek zou daarom onderzocht kunnen worden of er wel een effect van taalgebruik op cognitieve

klachten gevonden wordt wanneer het onderzoek wordt uitgevoerd onder borstkankerpatiënten die chemotherapie moeten of hebben ondergaan.

Daarnaast komt in verschillende onderzoeken naar voren dat stereotype threat met name van invloed is op de prestaties van relevante doelgroepen (Steele, 1997; Schmader, Johns & Forbes, 2008; Spencer, Steele & Quinn, 1999; Steele & Aronson, 1995). Omdat het onderzoek werd uitgevoerd onder gezonde proefpersonen is het mogelijk dat zij zichzelf niet tot de relevante doelgroep rekenden, namelijk borstkankerpatiënten die chemotherapie moeten ondergaan, waardoor er geen effect werd gevonden van taalgebruik op cognitieve klachten.

Een beperking van de huidige studie was dat het onderzoek is uitgevoerd onder gezonde proefpersonen als analoge patiënten. Hoewel uit onderzoek gebleken is dat een dergelijke methode valide is (Van Vliet et al., 2012) bestaat de mogelijkheid dat gezonde vrouwen anders reageren dan vrouwen die borstkankerpatiënt zijn. Mogelijk wordt wel een effect van taalgebruik op cognitieve klachten en angst gevonden wanneer het onderzoek wordt uitgevoerd onder borstkankerpatiënten, zoals het geval was in de studie van Das en Jacobs (2015). Daarnaast namen slechts 57 proefpersonen deel aan het onderzoek. Dit is een relatief laag aantal. Mogelijk wordt wel een effect gevonden, wanneer het onderzoek wordt uitgevoerd onder een groter aantal vrouwen.

Middels deze studie is geprobeerd een bijdrage te leveren aan het onderzoek naar het effect van communicatie van artsen op het welzijn van patiënten. Hoewel in de huidige studie geen effect werd gevonden van taalgebruik op cognitieve klachten en angst, vonden eerdere studies wel een effect. Het is duidelijk dat verder onderzoek nodig is om de relatie tussen taalgebruik, cognitieve klachten, nocebo-effecten en stereotype threat te onderzoeken. Het is belangrijk verder te onderzoeken op welke manier het optreden van cognitieve klachten na chemotherapie middels communicatie verminderd of voorkomen kan worden om het algehele welzijn van borstkankerpatiënten te verbeteren.

Referentielijst

- Barsky, A.J., Saintfort, R., Rogers, M.P. & Borus, J.F. (2002). Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *JAMA*, 287 (5), 622-627.
- Benedetti, F., Lanotte, M., Lopiano, L. & Colloca, L. 2007. When words are painful: Unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*, 147 (2), 260-271.
- Broadbent, D.E., Cooper, P.F., FitzGerald, P. & Parkes, K.R. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and it's correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21 (1), 1-16.
- Burgers, C., Beukeboom, C.J. & Sparks, L. (2012). How the doc should (not) talk: When breaking bad news with negations. *Patient Education and Counseling*, 89 (2), 267-273.
- Das, E. & Jacobs, W. (2015) The power of words: When patients' cognitive performance depends on how you communicate side effects of medical treatment.
- Garg, A.K. (2011). Nocebo side-effects in cancer treatment. *The Lancet Oncology*, 12 (13), 1181-1182.
- Häuser, W., Hansen, E. & Enck, P. (2012). Nocebo phenomena in medicine. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109 (26), 459-465.
- Hemert, A.M., van. (2003). *Lichamelijke klachten vragenlijst*. Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum.
- Johns, M., Schmader, T. & Martens, A. (2005). Knowing is half the battle: Teaching stereotype threat as a means of improving woman's math performance. *Psychological Science*, 16 (3), 175-179.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and hypochondriasis*. New York: Praeger.
- Kellner, R. (1987). *Abridged manual of the Illness Attitudes Scale*. Department of Psychiatry, School of Medicine, University of New Mexico.
- Koppelmans, V., Schagen, S.B. & Breteler, M. (2013). Late effecten van adjuvante chemotherapie voor borstkanker op het cognitief functioneren en de structuur van het brein. *Neuropraxis*, 17 (3), 75- 79.

- Marteau, T.M. & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the State Scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 301-306.
- Rabinowitz, B., Williams, G. & Quill, T.E. (1993). Somatization. Why can't we see the forest for the trees? *General Hospital Psychiatry*, 15 (4), 208-210.
- Ruiter, M.B. de & Schagen, S.B. (2011). Een kijkje in het 'chemobrein': Lange-termijn effecten van hoge-dosischemotherapie op hersenfunctioneren bij Borstkankerpatiënten. *Neuropraxis*, 15 (3), 76-82.
- Schagen, S.B., Das, E. & Dam, F.S.A.M. van, (2009). The influence of priming and pre-existing knowledge of chemotherapy-associated cognitive complaints on the reporting of such complaints in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 18 (6), 674-678.
- Schagen, S.B., Das, E. & Vermeulen, I. (2011). Information about chemotherapy-associated cognitive problems contributes to cognitive problems in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 21 (10), 1132-1135.
- Schmader, T. Johns, M. & Forbes, C. (2008). An integrated process model of stereotype threat effects on performance. *Psychological Review*, 115 (2), 336-356.
- Sep, M.S.C., Osch, M. van, Vliet, L.M. van, Smets, E.M.A. & Bensing, J.M. (2014). The power of clinicians' affective communication: How reassurance about non-abandonment can reduce patients' physiological arousal and increase information recall in bad news consultations. An experimental study using analogue patients. *Patient Education and Counseling*, 95 (1), 45-52.
- Shilling, V. & Jenkins, V. (2007). Self-reported cognitive problems in women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11 (1), 6-15.
- Spencer, S.J., Steele, C.M. & Quinn, D.M. (1999). Stereotype threat and women's math performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35 (1), 4-28.
- Steele, C.M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52 (6), 613-629.

- Steele, C.M. & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (5), 797-811.
- Tracey, I. (2010). Getting the pain you expect: Mechanisms of placebo, nocebo and reappraisal effects in humans. *Nature Medicine*, 16 (11), 1277-1283.
- Verheul, W., Sanders, A. & Bensing, J. (2010). The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. *Patient Education and Counseling*, 80 (3), 300-306.
- Vliet, L.M. van, Wall, E. van der, Albada, A., Spreeuwenberg, P.M.M., Verheul, W. & Bensing, J.M. (2012). The validity of using analogue patients in practitioner-patient communication research: Systematic review and meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 27 (11), 1528-1543.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.

Bijlage

Bijlage 1: Script algemene introductie om identificatie met de patiënt te bevorderen

Patient: Hallo, mijn naam is Yvonne de Groot en ik ben 33 jaar. Ik woon in Utrecht en bij mij is een aantal maanden geleden borstkanker geconstateerd. Ik ben daar natuurlijk heel erg van geschrokken. Ik heb normaal eigenlijk nooit ergens last van. Dit overkomt je gewoon. Ik heb inmiddels een borstbesparende operatie gehad waarbij de tumor is verwijderd. De arts heeft mij geadviseerd om nog wel chemotherapie te ondergaan om er zeker van te zijn dat alle kankercellen weg zijn. Ik weet eigenlijk niet zo heel goed wat ik kan verwachten. Ik heb hier een tijdje geleden al wel een gesprek over gehad en ik heb nu weer een gesprek omdat ik nog graag iets meer wil weten over de bijwerkingen.

Bijlage 2: Script gesprek over cognitieve bijwerkingen na chemotherapie met bevestigend taalgebruik

Arts: Goedemiddag.

Patiënt: Hallo.

A: Gaat u zitten; ik ben dr. Van de Pol. U heeft mijn collega al eens eerder gesproken over de chemotherapie begreep ik?

P: Ja, dat klopt, dat was dr. Jaspers.

A: Ja. En nu bent u dus hier om nog wat vragen te stellen over de chemotherapie?

P: Ja, ik weet niet zo goed wat ik kan verwachten. Ik vind het allemaal wel heel erg spannend.

A: Het is ook best spannend. Hoe gaat het op dit moment met u?

P: Naar omstandigheden eigenlijk wel goed. Ik sport nog steeds veel. Ik heb op het werk ook goede afspraken gemaakt dat als ik me niet goed voel dat ik dan gewoon thuis kan blijven, maar dat is tot nu toe, op de operatie na, nog niet nodig geweest.

A: Dat is prima. Wat voor werk doet u als ik vragen mag?

P: Ik ben secretaresse.

A: En u sport ook zegt u? Waar moet ik dan aan denken? Wat voor sport doet u?

P: Ja, ik wandel veel en ik loop ongeveer één keer in de week hard.

A: Prima. Dat lijkt me ook iets wat u gewoon kunt blijven doen.

P: Oké.

A: Maar u wilde het met mij hebben over de chemotherapie, want u had nog een aantal vragen voor komende week. Waar kan ik u nu mee helpen?

P: Ik heb vooral een vraag over één van de bijwerkingen van chemotherapie. Ik las namelijk dat mensen door chemotherapie geheugenproblemen kunnen krijgen.

A: Ja, het klopt dat je door chemotherapie cognitieve problemen kunt krijgen. Dat houdt in dat je problemen krijgt met het denkvermogen. Door chemotherapie kunnen veranderingen in de hersenen ontstaan waardoor informatie niet helemaal binnenkomt en je dus cognitieve problemen kunt krijgen.

P: En cognitief wil dan zeggen: het denkvermogen?

A: Ja, het gaat om het onthouden, leren, concentreren. Dat zijn cognitieve problemen.

P: Oké, dus ik kan last krijgen van geheugen- en concentratieproblemen.

A: Ja, dat klopt.

P: En waar moet ik dan precies aan denken, kunt u misschien een voorbeeld geven?

A: U moet dan denken aan het vergeten van afspraken of verjaardagen bijvoorbeeld. Of dat u niet meer weet waar u uw sleutels heeft neergelegd. Dat soort probleempjes. Daar moet u aan denken.

P: En hoe lang duurt dat dan meestal? Of gaat het weer over? Of is het blijvend?

A: Dat is echt verschillend per patiënt. De ene patiënt heeft er heel kort last van en de andere heeft er veel langer last van. Daar kan ik nu dus niets over zeggen.

P: En wat zou ik zelf kunnen doen als ik merk dat ik er last van begin te krijgen?

A: U kunt proberen om dingen te ordenen, dus bijvoorbeeld zorgen dat u altijd uw sleutels op dezelfde plek neerlegt, overzicht houden en lijstjes bijhouden.

Zorg er voor dat de dingen gewoon duidelijk zijn. Ook voor uw omgeving is het belangrijk dat het duidelijk is dat dit kan gebeuren.

P: Oké.

A: Is dit een antwoord op uw vraag? Of kan ik verder nog iets voor u betekenen?

P: Ja dank u wel, voor nu weet ik denk ik wel even voldoende. Ik vind het gewoon heel spannend allemaal. En voor nu zit er niets anders op dan gewoon maar afwachten dus.

A: Ja, dat is inderdaad begrijpelijk. Als er iets is of u merkt dat er iets veranderd, dan kunt u altijd nog contact met ons opnemen. Hier in ons ziekenhuis werkt ook een neuropsycholoog en mocht u daar behoefte aan hebben dan kunnen wij u naar hem doorverwijzen mocht dat nodig zijn.

P: Ah, dat is fijn om te weten. Dank u wel.

A: Ik wens u veel succes de komende periode en als er iets is aarzel niet bel ons gewoon, dan kunnen we erover praten en kijken of we u kunnen helpen.

P: Ok, dank u wel. Heel fijn. En dank nog voor de extra uitleg.

A: Prima hoor, graag gedaan. Dag, tot ziens.

P: Tot ziens.

Bijlage 3: Script gesprek over cognitieve bijwerkingen na chemotherapie met ontkennend taalgebruik

Arts: Goedemiddag.

Patiënt: Hallo.

A: Gaat u zitten; ik ben dr. Van de Pol. U heeft mijn collega al eens eerder gesproken over de chemotherapie begreep ik?

P: Ja, dat klopt, dat was dr. Jaspers.

A: Ja. En nu bent u dus hier om nog wat vragen te stellen over de chemotherapie?

P: Ja, ik weet niet zo goed wat ik kan verwachten. Ik vind het allemaal wel heel erg spannend.

A: Het is ook best spannend. Hoe gaat het op dit moment met u?

P: Naar omstandigheden eigenlijk wel goed. Ik sport nog steeds veel. Ik heb op het werk ook goede afspraken gemaakt dat als ik me niet goed voel dat ik

dan gewoon thuis kan blijven, maar dat is tot nu toe, op de operatie na, nog niet nodig geweest.

A: Dat is prima. Wat voor werk doet u als ik vragen mag?

P: Ik ben secretaresse.

A: En u sport ook zegt u? Waar moet ik dan aan denken? Wat voor sport doet u?

P: Ja, ik wandel veel en ik loop ongeveer één keer in de week hard.

A: Prima. Dat lijkt me ook iets wat u gewoon kunt blijven doen.

P: Oké.

A: Maar u wilde het met mij hebben over de chemotherapie, want u had nog een aantal vragen voor komende week. Over welke bijwerkingen had u precies een vraag?

P: Ik heb vooral een vraag over één van de bijwerkingen van chemotherapie. Ik had gelezen dat mensen na chemotherapie niet altijd een goed geheugen behouden, dus daar wilde ik graag iets meer over weten.

A: Ja, dat klopt. Er kunnen cognitieve veranderingen plaatsvinden bij mensen die chemotherapie hebben gehad. Dat zijn dus veranderingen in het denkvermogen, zoals een minder goede concentratie of minder goed dingen kunnen onthouden. Dat soort dingen, daar moet u aan denken.

P: En cognitief wil dan zeggen: het denkvermogen?

A: Ja, dat klopt.

P: Oké, dus ik kan waarschijnlijk dingen niet meer zo goed onthouden en me niet zo goed concentreren.

A: Ja, dat klopt.

P: En waar moet ik dan precies aan denken, kunt u misschien een voorbeeld geven?

A: Dat u bijvoorbeeld niet meer goed kunt onthouden waar u uw autosleutels heeft neergelegd. Of dat u niet meer weet wanneer een verjaardag was. Of dat u niet meer weet wanneer u afspraken gepland heeft. Dat soort dingen, daar moet u aan denken.

P: En kan ik daar zelf ook iets aan doen?

A: Het helpt om rust te nemen, te ordenen, dus elke keer de autosleutels op dezelfde plek neerleggen. Het helpt ook om uw omgeving hiervan op de

hoogte te stellen. Zodat ze weten dat dit kan gebeuren en er rekeningen mee kunnen houden.

P: Oké, dank u wel.

A: Is dit een antwoord op uw vraag? Of kan ik verder nog iets voor u betekenen?

P: Ja dank u wel, voor nu weet ik denk ik wel even voldoende. Ik vind het gewoon heel spannend allemaal. En voor nu zit er niets anders op dan gewoon maar afwachten dus.

A: Ja, dat is inderdaad begrijpelijk. Als er iets is of u merkt dat er iets veranderd, dan kunt u altijd nog contact met ons opnemen. Hier in ons ziekenhuis werkt ook een neuropsycholoog en mocht u daar behoefte aan hebben dan kunnen wij u naar hem doorverwijzen mocht dat nodig zijn.

P: Ah, dat is fijn om te weten. Dank u wel.

A: Ik wens u veel succes de komende periode en als er iets is aarzel niet bel ons gewoon, dan kunnen we erover praten en kijken of we u kunnen helpen.

P: Ok, dank u wel. Heel fijn. En dank nog voor de extra uitleg.

A: Prima hoor, graag gedaan. Dag, tot ziens.

P: Tot ziens.