

Onderzoek naar de rol van verbale affectieve communicatie-elementen in een consult bij de huisarts

*Het vergelijken van een consult waarin alleen instrumentele informatie wordt
gegeven met een consult waarin daarnaast verbale affectieve communicatie-
elementen zijn toegevoegd*

Esther van Prooijen
Studentnummer: 3008142
e.vanprooijen@student.ru.nl
Tel. 06 – 46414139

Afstudeerscriptie Communicatie- en Informatiewetenschappen
Begeleiders: J. van Berkel & prof. dr. H.H.J. Das
Radboud Universiteit Nijmegen

6 juli 2015
Nijmegen

Radboud Universiteit Nijmegen



Samenvatting

In het brede onderzoeksveld van arts-patiëntcommunicatie wordt communicatie nog vaak als een containerbegrip benaderd. Uit de literatuur is gebleken dat het belangrijk is dit containerbegrip steeds verder te ontleden, om zo duidelijk in beeld te krijgen welke specifieke aspecten van communicatie bepaalde effecten veroorzaken. In lijn met een aantal eerdere onderzoeken richt de huidige studie zich op affectieve communicatie. In tegenstelling tot die voorgaande onderzoeken, wordt arts-patiëntcommunicatie nu expliciet ontleed in verbale en non-verbale elementen.

De doelstelling van het huidige onderzoek is achterhalen wat het effect is van het toevoegen van verbale affectieve communicatie-elementen aan een consult bij de huisarts waarin verder uitsluitend instrumentele informatie wordt gegeven, in vergelijking met een consult waarin uitsluitend instrumentele informatie wordt gegeven en waaraan geen verbale affectieve communicatie-elementen zijn toegevoegd. Dit effect is onder andere onderzocht voor de variabelen hartslagvariabiliteit, huidgeleiding, verwachtingen, zelf-gerapporteerde angst en begrijpelijkheid. Tijdens een experiment kregen de proefpersonen een videofragment van een consult bij de huisarts te zien met of zonder de aanwezigheid van vier verbale affectieve communicatie-elementen. Terwijl de proefpersonen keken naar de video, werden hun hartslagvariabiliteit en huidgeleiding gemeten. De overige variabelen werden behandeld in een vragenlijst.

Uit dit onderzoek is gebleken dat het toevoegen van verbale affectieve communicatie-elementen aan een consult bij de huisarts waarin uitsluitend instrumentele informatie wordt gegeven, beperkt van invloed is: twee van de affectieve uitspraken leidden tot een hogere hartslagvariabiliteit (met andere woorden tot minder angst), en de affectieve versie werd begrijpelijker gevonden dan de instrumentele versie. Op basis hiervan kan aan artsen een tweeledig advies worden gegeven: neem een non-verbale affectieve houding aan zodat patiënten zo weinig mogelijk angst ervaren, en doe verbale affectieve communicatie-uitingen zodat patiënten het consult zo goed mogelijk zullen begrijpen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Onlangs bracht het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) naar buiten dat huisartsen de afgelopen 30 jaar minder empathisch zijn geworden. Wel bleek dat ze zich meer bewust zijn van psychosociale elementen die mogelijk van invloed zijn op lichamelijke klachten. Deze bewustwording spreekt de werkelijke gedragingen in de praktijk dus tegen. Uit bijbehorend onderzoek bleek ook dat patiënten graag artsen willen die naar hen luisteren, hen ondersteunen en hen respecteren, maar dat huisartsen in de praktijk vooral medische informatie en advies geven (Butalid, 2015). Ten behoeve van patiënten moeten artsen een betere balans vinden tussen aandacht voor medische klachten en aandacht voor patiënten.

Het medisch consult is voor artsen de belangrijkste bron van informatie voor het in beeld krijgen van de klachten, voordat een diagnose kan worden gesteld en een behandelplan kan worden opgesteld (De Haes, Hoos & Van Everdingen, 1999; Van Spaendonck & Kraaimaat, 2006). In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, 1994) is vastgelegd dat artsen patiënten in consulten moeten informeren over de aard en het doel van het medisch onderzoek, de te verwachten risico's en bijwerkingen, de verschillende behandelingsmethoden en de diagnose.

Tevens biedt het consult artsen de mogelijkheid tot het bieden van emotionele ondersteuning, volgens Butalid (2015) een minder vanzelfsprekende taak voor artsen. Toch is het belangrijk hier goed mee om te gaan, omdat emoties van patiënten ten grondslag liggen aan het vertrouwen dat nodig is voor een goede samenwerking tussen arts en patiënt. Daarnaast kunnen emoties van invloed zijn op het verloop en de voortgang van het consult en de behandeling (De Haes, Hoos & Van Everdingen, 1999).

Er zijn twee niveaus te onderscheiden waarop artsen kunnen communiceren met patiënten: instrumenteel en affectief (De Haes, Hoos & Van Everdingen, 1999; Roter et al., 1997; Van Spaendonck & Kraaimaat, 2006). Het instrumentele niveau heeft betrekking op inhoudelijke thema's, zoals het stellen van een diagnose en het geven van instructies voor het nemen van medicijnen. Het affectieve niveau gaat over de

aard van de relatie tussen arts en patiënt, zoals het tonen van betrokkenheid en het uiten van zorg.

Als artsen aan beide niveaus voldoende aandacht besteden, voldoen zij volgens Bensing en Meeuwesen (1996) tevens aan twee soorten behoeften die patiënten hebben bij het communiceren met een zorgverlener: cognitieve en affectieve behoeften. Voor het vervullen van de cognitieve behoeften willen patiënten informatie over wat er met hen aan de hand is en hoe het hen verder zal vergaan. Affectieve behoeften gaan daarentegen over patiënten die begrepen, gesteund en gerustgesteld willen worden.

In het brede onderzoeksveld naar arts-patiëntcommunicatie wordt communicatie volgens Verheul en Bensing (2008) vaak als containerbegrip benaderd, en niet grondig ontleed in verschillende aspecten. Zij benadrukken dat het belangrijk is communicatie uit te splitsen in verschillende elementen, om zo duidelijk in beeld te krijgen welke specifieke communicatie-aspecten invloed hebben op de communicatie tussen arts en patiënt. In dit onderzoek wordt begonnen met het verder ontleden van dit brede containerbegrip, door een duidelijk onderscheid te maken tussen de verbale en non-verbale componenten van affectieve communicatie.

1.2 Theoretisch kader

1.2.1 Placebo-effect

Een effect dat optreedt als gevolg van bepaalde communicatie-aspecten is het placebo-effect: het optreden van gezondheidseffecten als gevolg van een behandeling die op zichzelf geen bekende genezende werking heeft, maar toch positief van invloed is op de gezondheid van patiënten. De sociale, culturele en psychologische context van de behandeling zorgen voor een helende werking (Van Dulmen & Bensing, 2001). Patiënten die genezen door het nemen van een pil zonder werkzame bestanddelen zijn hier een bekend voorbeeld van. Deze genezing vindt plaats, omdat patiënten denken en verwachten dat zij genezen door het nemen van de pil.

Tot op heden zijn er drie mechanismen bekend die het placebo-effect verklaren: klassieke conditionering, het scheppen van verwachtingen en affectieve communicatie (Van Dulmen & Bensing, 2001; Verheul & Bensing, 2008).

Conditionering treedt op wanneer tegelijkertijd met genezende stimulus A, neutrale stimulus B wordt toegediend. Onbewust verbinden de hersenen deze stimuli met elkaar. Hierdoor treedt het effect wat alleen bij stimulus A hoort op te treden, ook op bij stimulus B. Denk hierbij bijvoorbeeld aan patiënten die een aantal jaar geleden een chemokuur ondergingen, maar nu nog steeds misselijk worden als zij langs het ziekenhuis komen waar deze kuur plaatsvond (Van Dulmen & Bensing, 2001).

Het scheppen van verwachtingen kan effect hebben op de gezondheid van patiënten, omdat zij denken dat de geschetste verwachtingen zullen uitkomen (Van Dulmen & Bensing, 2001). Een deel van de onderzoeken naar het scheppen van verwachtingen spitst zich toe op pijn (Petersen et al., 2014). Zo vonden Varelmann, Pancaro, Cappiello en Camann (2010) dat positieve verwachtingen ("Door deze injectie zult u zich comfortabel voelen.") leiden tot lagere pijnscores dan negatieve ("Deze injectie voelt als de steek van een bij. Dit is het ergste deel van de behandeling.").

Zoals eerder gezegd gaat affectieve communicatie over de relatie tussen arts en patiënt (Bensing & Meeuwesen, 2006). In de literatuur worden verschillende definities voor dit begrip gebruikt. Toch komt een aantal kenmerken telkens terug en kan, voor de medische context, affectieve communicatie als volgt worden omschreven: affectieve communicatie gaat over het sociaal-emotionele aspect van de relatie tussen arts en patiënt, en is gericht op de ontwikkeling en stabilisatie van een goed contact tussen beiden. Artsen communiceren hierbij op een warme en empathische manier, tonen betrokkenheid en uiten zorg. Het beoogde doel is het geruststellen van patiënten, het bieden van emotionele ondersteuning en patiënten het gevoel geven dat zij gehoord worden (Bensing & Meeuwesen, 2006; Van Dulmen & Bensing, 2002; Haskard, DiMatteo & Heritage, 2009; Ong, De Haes, Hoosjand & Lammes, 1995; Van Osch, Sep, Van Vliet, Van Dulmen & Bensing, 2014; Roter, zoals geciteerd in Tates, Meeuwesen, Bensing & Elbers, 2002). Affectieve communicatie is minder vanzelfsprekend voor artsen, maar patiënten waarderen dit

wel heel erg (Butalid, 2015). Daarom is het belangrijk hier dieper op in te gaan en te kijken wat de precieze effecten zijn van affectieve communicatie.

1.2.2 Affectieve communicatie

Met affectieve communicatie kunnen negatieve gevoelens gereduceerd worden (Van Dulmen & Bensing, 2001). Deze gevoelens, zoals stress en angst, spelen een rol bij veel lichamelijke klachten. Dit leidt tot een vicieuze cirkel: medische klachten leiden tot stress, en stress heeft een negatieve invloed op de lichamelijke gezondheid. Het reduceren van deze negatieve gevoelens kan deze spiraal doorbreken (Van Dulmen & Bensing, 2001). Ook ervaren veel mensen het naar de dokter gaan als stressvol, waardoor er vrijwel altijd sprake is van stress bij het bezoek aan een arts (Ben-Sira, 1980).

Het tonen van empathie is een belangrijk onderdeel van affectief communiceren, omdat dit op zichzelf staand positief gerelateerd zou zijn aan de gezondheid en tevredenheid van patiënten (Goodchild, Skinner & Parkin, 2005; Hojat et al., 2011; Kim, Kaplowitz & Johnston, 2004). In arts-patiëntcommunicatie wordt empathie gezien als: “een arts die de gevoelens en ervaringen van patiënten begrijpt en ook de vaardigheden heeft dit begrip te communiceren naar die patiënten” (Hojat et al., 2011, p. 28). Hojat et al. (2002) benadrukken daarbij dat het belangrijk is onderscheid te maken tussen empathie en sympathie; twee op elkaar lijkende begrippen, maar elk met een andere betekenis. Empathie kenmerkt zich door het begrijpen van emoties, zonder zelf emotioneel betrokken te raken. Een arts maakt in dat geval aan de patiënt duidelijk dat hij de emoties van de patiënt begrijpt. Sympathie kenmerkt zich daarentegen door het delen van emoties. Een arts voelt in dat geval dezelfde emoties als de patiënt. In arts-patiëntcommunicatie is het belangrijk dat er sprake is van empathie en niet van sympathie, want alleen dan kan een arts nog objectief oordelen.

Van Osch et al. (2014) onderzochten de rol van affectieve communicatie in slechtnieuwsgesprekken tussen arts en patiënt. Proefpersonen keken naar een video van een slechtnieuwsgesprek. Hierin vertelde een arts zijn patiënt dat zij een ongeneeslijke vorm van borstkanker had. De ene helft van de proefpersonen zag de standaardversie van de video, waarin geen affectieve componenten waren

opgenomen. De andere helft zag de affectieve versie, waarin vier verbale affectieve communicatie-elementen waren opgenomen. Dat was het enige verschil tussen de twee versies; de rest van de video was hetzelfde. Affectieve communicatie werd hier geoperationaliseerd als: “verschillende componenten, inclusief empathie, die de patiënt geruststellen en steun bieden” (Van Osch et al., 2014, p. 46). De vier affectieve componenten die in de video waren opgenomen luiden als volgt: “Wat we ook doen en hoe zich dat ook ontwikkelt, we zullen altijd goed voor je blijven zorgen. We zullen er altijd voor je zijn.”, “We doen en we blijven altijd ons uiterste best voor je doen.”, “Wat er ook gebeurt, we zullen je nooit in de steek laten. Je staat er niet alleen voor.” en “Ik begrijp je tegenzin volledig. We zullen samen goed naar deze beslissing kijken en we zullen aandacht besteden aan al je zorgen.” (Van Osch et al., 2014, p. 46). De proefpersonen die de affectieve variant zagen, ervoeren niet alleen minder angst, maar waren ook minder onzeker en herinnerden zich meer van het gesprek. Deze studie lijkt te suggereren dat het toevoegen van verbale affectieve componenten louter positieve effecten op de patiënt met zich meebrengt. Echter, er werd voorbij gegaan aan de rol van non-verbale communicatie. Is deze in beide versies gelijk gehouden? Of werd deze in beide video’s congruent aan de verbale uitingen gehouden? Op basis van het artikel kunnen deze vragen niet beantwoord worden. Het is daarom onduidelijk of de gevonden effecten alleen zijn toe te schrijven aan de verbale affectieve componenten, of dat non-verbale componenten op de achtergrond wellicht ook een rol hebben gespeeld.

Ook Fogarty et al. (1999) keken naar de rol van affectieve communicatie in een conversatie waarin de patiënt te horen kreeg welke behandelingsopties er waren voor de gestelde diagnose (borstkanker). Zij ontwierpen twee boodschappen: één met verbale suggesties waarin de arts compassie toont, de ander zonder deze elementen. Het ging hierbij om toevoeging van de statements: “Ik weet dat dit een zware periode is om doorheen te gaan en ik wil dat je weet dat ik er voor je ben. Sommige dingen die ik vandaag zeg zijn misschien moeilijk te begrijpen, dus ik wil dat je weet dat je me altijd kan onderbreken als er iets onduidelijk of verwarrend is. We zijn hier nu samen en we zullen hier samen doorheen komen.” en “Ik weet dat dit een moeilijke tijd voor je is en ik wil nogmaals benadrukken dat we hier samen in staan. Elke stap van de weg zal ik naast je staan.” (Fogarty et al., 1999, p. 373). Vrouwen die de versie met de affectieve suggesties zagen, ervoeren minder angst

en hadden een positievere houding ten aanzien van de arts. In tegenstelling tot Van Osch et al. (2014) werd gevonden dat proefpersonen zich, na het zien van de affectieve versie, minder van de boodschap konden herinneren dan na het zien van de standaardversie. Beide onderzoeken maakten gebruik van zelfrapportage. Het verschil in herinnering valt misschien te verklaren door de verschillende statements die in de onderzoeken gebruikt zijn. Die van Fogarty et al. (1999) lijken emotioneel zwaarder aan te komen bij een patiënt dan die van Van Osch et al. (2014). Wellicht raakten de patiënten in het onderzoek van Fogarty et al. (1999) meer afgeleid door het medeleven van arts, gingen zij daar in mee en besteedden zij minder aandacht aan de informatie die de arts gaf. Dit doet wellicht vermoeden dat de hoeveelheid of toon van de affectieve componenten bepaalt of er gewenste of ongewenste effecten optreden.

Sep et al. (2014) onderzochten op soortgelijke wijze als Fogarty et al. (1999) de invloed van affectieve arts-patiëntcommunicatie in vergelijking met instrumentele communicatie. Wederom zag de ene helft van de proefpersonen een slechtnieuwsgesprek waarin dezelfde vier verbale affectieve aspecten werden toegevoegd als in het onderzoek van Van Osch et al. (2014). De proefpersonen die naar de standaardversie keken, zagen hetzelfde gesprek maar dan zonder die affectieve componenten. Toch was er een belangrijk verschil tussen de twee onderzoeken: Sep et al. (2014) namen het ervaren van angst waar door de huidgeleiding van de deelnemers te meten, en niet door middel van zelfrapportage. De huidgeleiding, en daarmee de mate van angst, nam bij de proefpersonen die de affectieve versie zagen af *nadat* de affectieve componenten waren uitgesproken door de arts. Ook hier konden deze proefpersonen zich de boodschap achteraf beter herinneren dan de proefpersonen die de standaardversie zagen. Doordat in dit onderzoek gebruikt werd gemaakt van psychofysiologische metingen, wordt duidelijk dat de affectieve componenten direct zorgen voor minder angst. Andere oorzaken voor verhoogde angst, zoals het feit dat mensen wellicht al meer gespannen zijn omdat ze deelnemen aan een onderzoek, sluit dit onderzoek hiermee uit.

Verheul, Sanders en Bensing (2010) benaderden de rol van affectieve communicatie door deze te combineren met de rol van verwachtingen. Proefpersonen zagen één van de vier video's waarin een patiënt haar klacht (menstruatiepijn) besprak met haar

huisarts. In het consult was sprake van positief of negatief affect, gecombineerd met positieve of onzekere verwachtingen. In de condities met positief affect gedroeg de arts zich op een warme en empathische manier: de patiënt werd vriendelijk welkom geheten, de arts richtte zijn lichaamshouding en blik op de patiënt en sprak de volgende affectieve statements uit: "Dit moet erg lastig voor je zijn.", "Nu ik je verhaal hoor, begrijp ik dat deze situatie je enorm onder druk zet.", "Ik begrijp hoe je je voelt." (Verheul, Sanders & Bensing, 2010, p. 302). In de condities met negatief affect werd de patiënt op een koude en formele manier welkom geheten, richtte de arts zijn lichaamshouding en blik weg van de patiënt en werden er geen affectieve statements uitgesproken. De verwachtingen werden positief ("Dit medicijn werkt tegen uw menstruatiepijn.") of onzeker ("Dit medicijn helpt wellicht tegen uw menstruatiepijn, maar dit is niet zeker.") geschetst (Verheul, Sanders & Bensing, 2010, p. 302). Er werd gevonden dat een combinatie van het doen van affectieve uitingen en het scheppen van positieve verwachtingen niet alleen leidt tot minder angst, maar ook tot verwachtingen dat de pijn minder lang aanhoudt, dat er meer controle is over de pijn en dat de behandeling effectiever is in vergelijking met de verwachtingen van de proefpersonen uit de andere condities. Angst werd hier gemeten door middel van zelfrapportage. In dit onderzoek zijn twee uitersten van affectieve communicatie opgezocht. In de ene versie communiceert de arts, zowel verbaal als non-verbaal, op een niet-affectieve manier, terwijl hij dit in de andere versie, wederom zowel verbaal als non-verbaal, juist wel doet. Door deze wijze van manipuleren, is niet te zeggen of de gevonden effecten zijn toe te schrijven aan het verbale of het non-verbale gedrag van de arts. Affectieve communicatie wordt hier nog deels als containerbegrip benaderd, en zal verder moeten worden ontleed om daadwerkelijk te kunnen zeggen of de effecten worden veroorzaakt door het verbale of het non-verbale gedrag van de arts.

Op basis van de besproken literatuur kan gezegd worden dat wanneer artsen zich in een consult zowel verbaal als non-verbaal op een affectieve manier opstellen, dit leidt tot positievere verwachtingen over het verloop van de behandeling en de pijn, en tot een positievere houding ten aanzien van de arts, dan wanneer artsen in een consult alleen instrumentele informatie geven en een niet-affectieve non-verbale houding hebben. Ook heeft affectief communiceren invloed op de mate waarin de

boodschap wordt onthouden, maar daarover werden tegenstrijdige resultaten gevonden.

1.3 Relevantie

In lijn met de besproken studies richt dit onderzoek zich op de rol van affectieve communicatie binnen arts-patiëntcommunicatie, om het onderzoeksveld naar arts-patiëntcommunicatie verder uit te breiden en hiermee bij te dragen aan het ontleden van dit brede containerbegrip (Verheul & Bensing, 2008). Zo wordt een duidelijker beeld verkregen van de specifieke communicatie-aspecten die van invloed zijn op de communicatie tussen arts en patiënt. Dit zal worden gedaan met een aantal nieuwe invalshoeken.

In het huidige onderzoek zal, in tegenstelling tot in de onderzoeken van Van Osch et al. (2014) en Verheul, Sanders en Bensing (2010), worden begonnen met het ontleden van het containerbegrip affectieve communicatie: de arts zal in beide versies op dezelfde wijze non-verbaal affectief communiceren, maar er zal een manipulatie worden gedaan in de verbale affectieve communicatie van de arts. Hierdoor kunnen de effecten die mogelijk gevonden worden alleen worden toegeschreven aan de verbale component.

De variabele angst zal zowel gemeten worden met HRV (Heart Rate Variability) en GSR (Galvanic Skin Response), als met een korte vragenlijst (zelfrapportage). Dit in tegenstelling tot eerdere onderzoeken, waarin ofwel gebruik wordt gemaakt van GSR, ofwel van zelfrapportage.

Voor de variabele verwachtingen zal gebruik worden gemaakt van een binnenproefpersoonontwerp. Er zal zowel voor als na blootstelling aan het stimulusmateriaal een vragenlijst over verwachtingen aan de proefpersonen worden voorgelegd. Op basis hiervan kan worden onderzocht of, en zo ja in welke richting, er een verband is tussen de aanwezigheid van verbale affectieve communicatie-uitingen en verwachtingen. In eerdere onderzoeken waarin werd gekeken naar dit verband, werd dit alleen achteraf gemeten.

Het ziektebeeld dat centraal stond in eerdere studies was vaak borstkanker of menstruatiepijn. Aan deze onderzoeken namen dan ook alleen vrouwen deel. In het huidige onderzoek is gekozen voor lage rugpijn als klacht, omdat dan zowel mannen als vrouwen kunnen participeren.

Ook de combinatie van het ziektebeeld dat centraal staat en de manier waarop angst wordt gemeten, is een nieuwe invalshoek. Het meten van angst werd in eerdere studies alleen op een psychofysiologische wijze gedaan tijdens het zien van een slechtnieuwsgesprek. Tijdens het zien van een consult omtrent lage rugpijn is dit nog niet toegepast.

De praktische relevantie van het huidige onderzoek is artsen inzicht geven in het belang van affectieve communicatie tijdens consulten en in hoe deze vorm van communicatie van invloed zou kunnen zijn op de patiënt. Deze inzichten kunnen onder andere gebruikt worden om een goede arts-patiënt relatie op te bouwen en wellicht ook om zorgconsumptie te reduceren.

1.4 Doelstelling en vraagstelling

De hiervoor besproken onderzoeken laten het belang van affectieve communicatie in arts-patiënt gesprekken zien. De doelstelling van het huidige onderzoek is dan ook achterhalen wat het effect is van het toevoegen van verbale affectieve communicatie-elementen aan een consult bij de huisarts waarin uitsluitend instrumentele informatie wordt gegeven, in vergelijking met een consult waarin uitsluitend instrumentele informatie wordt gegeven en waaraan geen verbale affectieve communicatie-elementen zijn toegevoegd. Dit wordt onderzocht op de afhankelijke variabelen hartslagvariabiliteit, huidgeleiding, verwachtingen, zelf-gerapporteerde angst, intentie, risicoperceptie, gepercipieerde ernst en gepercipieerde vatbaarheid. Tevens worden begrijpelijkheid, identificatie, transportatie, realisme en beoordeling van de affectieve communicatie-elementen meegenomen als controlevariabelen.

De bijbehorende vraagstelling luidt: *In hoeverre is het toevoegen van verbale affectieve communicatie-elementen aan een consult bij de huisarts met uitsluitend instrumentele informatie binnen arts-patiëntcommunicatie van invloed op de hartslagvariabiliteit, huidgeleiding, verwachtingen, zelf-gerapporteerde angst,*

intentie, risicoperceptie, gepercipieerde ernst en gepercipieerde vatbaarheid van een patiënt?

Ter beantwoording van deze vraagstelling is, op basis van eerdere onderzoeken (Fogarty et al., 1999; Van Osch et al., 2014; Sep et al., 2014; Verheul, Sanders & Bensing, 2010), een aantal verwachtingen opgesteld. De eerste acht hypothesen zijn geformuleerd met betrekking tot de primaire afhankelijke variabelen; de laatste twee met betrekking tot de controlevariabelen.

H1: Tijdens het kijken naar het consult bij de huisarts met instrumentele informatie waaraan verbale affectieve communicatie-elementen zijn toegevoegd, hebben proefpersonen een hogere hartslagvariabiliteit dan proefpersonen die kijken naar het consult met uitsluitend instrumentele informatie zonder toegevoegde verbale affectieve communicatie-elementen.

H2: Tijdens het kijken naar het consult bij de huisarts met instrumentele informatie waaraan verbale affectieve communicatie-elementen zijn toegevoegd, hebben proefpersonen een lagere huidgeleiding dan proefpersonen die kijken naar het consult met uitsluitend instrumentele informatie zonder toegevoegde verbale affectieve communicatie-elementen.

H3: Na het zien van het consult bij de huisarts met instrumentele informatie waaraan verbale affectieve communicatie-elementen zijn toegevoegd, verwachten patiënten dat de pijn minder lang zal aanhouden, dat zij meer controle zullen hebben over de pijn en dat de behandeling effectiever zal zijn, dan na het zien van het consult met uitsluitend instrumentele informatie zonder toegevoegde verbale affectieve communicatie-elementen.

H4: Na het zien van het consult bij de huisarts met instrumentele informatie waaraan verbale affectieve communicatie-elementen zijn toegevoegd, ervaren patiënten minder angst dan na het zien van het consult met uitsluitend instrumentele informatie zonder toegevoegde verbale affectieve communicatie-elementen.

H5: Na het zien van het consult bij de huisarts met instrumentele informatie waaraan verbale affectieve communicatie-elementen zijn toegevoegd, zullen patiënten vaker het advies van de arts opvolgen dan na het zien van het consult met uitsluitend instrumentele informatie zonder toegevoegde verbale affectieve communicatie-elementen.

H6: Na het zien van het consult bij de huisarts met instrumentele informatie waaraan verbale affectieve communicatie-elementen zijn toegevoegd, verwachten patiënten dat zij minder kans hebben op het krijgen van rugpijn dan na het zien van het consult met uitsluitend instrumentele informatie zonder toegevoegde verbale affectieve communicatie-elementen.

H7: Na het zien van het consult bij de huisarts met instrumentele informatie waaraan verbale affectieve communicatie-elementen zijn toegevoegd, denken patiënten dat het krijgen van rugpijn minder ernstig is dan na het zien van het consult met uitsluitend instrumentele informatie zonder toegevoegde verbale affectieve communicatie-elementen.

H8: Na het zien van het consult bij de huisarts met instrumentele informatie waaraan verbale affectieve communicatie-elementen zijn toegevoegd, maken patiënten zich minder zorgen over het krijgen van rugpijn dan na het zien van het consult met uitsluitend instrumentele informatie zonder toegevoegde verbale affectieve communicatie-elementen.

H9a: Er zal geen verband worden gevonden tussen de aanwezigheid van verbale affectieve communicatie-elementen en de controlevariabelen begrijpelijkheid, identificatie, transportatie en realisme.

H9b: Na het zien van het consult bij de huisarts met instrumentele informatie waaraan verbale affectieve communicatie-elementen zijn toegevoegd, beoordelen proefpersonen de arts als affectiever dan na het zien van het consult met uitsluitend instrumentele informatie zonder toegevoegde verbale affectieve communicatie-elementen.

2. Methode

2.1 Onderzoeksontwerp

Om de hypothesen van dit onderzoek te toetsen, is een experiment uitgevoerd waarbij de proefpersonen *at random* werden verdeeld over de twee condities. De ene helft kreeg de versie van het videofragment zonder verbale affectieve communicatie-uitingen te zien, de andere helft van de proefpersonen zag de versie met verbale affectieve communicatie-uitingen. Dit deel van het onderzoek was opgezet als tussenproefpersoonontwerp. Tevens was er sprake van een binnenproefpersoonontwerp: verwachtingen over het aanhouden van de pijn, controle over de pijn en effectiviteit van de behandeling werden op twee momenten bevraagd, namelijk voor en na het bekijken van het consult. Ook de psychofysiologische maten hartslagvariabiliteit en huidgeleiding werden op twee momenten gemeten: voor en tijdens het kijken naar het videofragment.

2.2 Materiaal

Voor het experiment zijn twee verschillende videofragmenten opgenomen. In deze fragmenten was te zien dat een patiënt bij haar huisarts langsging, omdat ze last had van rugpijn. Het wel of niet doen van verbale affectieve communicatie-uitingen door de huisarts was gemanipuleerd: in de affectieve versie werden deze wel gedaan, in de instrumentele versie niet. Het script van beide versies is op voorhand opgesteld aan de hand van richtlijnen voor artsen voor het uitslaggesprek (Van Spaendonck & Kraaimaat, 2006). Hierin zetten Van Spaendonck en Kraaimaat (2006) uiteen dat artsen, in hun rol als expert, in het uitslaggesprek patiënten moet inlichten over hun aandoening. Hierbij zijn artsen veel aan het woord en dienen zij ervoor te zorgen dat de patiënten weten wat er met hen aan de hand is, waarbij zij rekening houden met eventuele emoties die bij de patiënten kunnen opspelen. De scripts van de consulten zijn opgesteld met medewerking van dr. van Weel-Baumgarten, coördinator communicatieve vaardigheden van de opleiding Huisartsgeneeskunde bij het Radboud universitair medisch centrum Nijmegen.

De vier verbale affectieve communicatie-uitingen die zijn toegevoegd in het affectieve videofragment, zijn gebaseerd op de statements uit het onderzoek van Verheul, Sanders en Bensing (2010). Echter, er zijn wel enkele kleine aanpassingen gedaan,

om de uitingen zo goed en natuurlijk mogelijk te laten passen in het verloop van het consult. De affectieve communicatie-uitingen luiden als volgt: 'Ik kan me voorstellen dat het erg vervelend voor u is', 'Dat moet erg lastig voor u zijn', 'Ik kan begrijpen hoe u zich voelt' en 'Nu ik u verhaal gehoord heb, begrijp ik dat het erg vervelend voor u is'. Deze uitspraken werden gedaan tijdens de fasen anamnese en diagnose van het consult (Van Spaendonck & Kraaimaat, 2006).

Om uitsluitend het effect van de toevoeging van de verbale affectieve communicatie-elementen te onderzoeken, zijn de non-verbale uitingen in beide fragmenten gelijk gehouden. Deze werden gedaan op een affectieve manier: de patiënt werd op een vriendelijke wijze welkom geheten, de arts had een open lichaamshouding tegenover de patiënt en de arts had regelmatig oogcontact met de patiënt. Ook de instrumentele informatie die werd gegeven, met betrekking tot inhoudelijke onderwerpen zoals het stellen van een diagnose, was in beide versies hetzelfde.

De klacht die centraal stond in deze videofragmenten was specifieke lage rugpijn. Dit is "rugpijn in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien, waarbij geen specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar is" (Chavannes et al., 2005). Wanneer een patiënt hier last van heeft, en bij afwezigheid van acute alarmsignalen, zal een huisarts hier de eerste drie weken geen lichamelijk onderzoek naar verrichten. In deze periode wordt tegen patiënten gezegd dat de pijn waarschijnlijk vanzelf weer wegtrekt, en wordt verteld wat zij daar ter bevordering aan kunnen doen. Pas als de pijn na drie weken nog steeds aanwezig is, zullen artsen verder onderzoek doen en eventueel medicatie aanbevelen (Chavannes et al., 2005). Verwachtingen van patiënten over het verloop van de klachten bij lage rugpijn zijn belangrijk, omdat de patiënten in eerste instantie wordt verteld dat de pijn vanzelf wegtrekt.

Verwachtingen over het aanhouden van de pijn en het verloop van de klachten bepalen samen of patiënten meegaan in het geloof van de gestelde termijn of niet.

Beide video's duurden zo'n zes minuten. De instrumentele versie duurde 6 minuten en 14 seconden, de affectieve versie duurde 6 minuten en 21 seconden. De volledige scripts van de videofragmenten zijn bijgesloten in bijlagen 1 en 2.

2.3 Proefpersonen

In lijn met de onderzoeken van Van Osch et al. (2014) en Sep et al. (2014) is gebruik gemaakt van analoge patiënten die een videofragment van een consult bij de huisarts te zien kregen. Bij de inzet van analoge patiënten binnen communicatie-onderzoek in de medische context, wordt aan proefpersonen gevraagd te kijken naar een video van een arts-patiënt gesprek. Daarbij krijgen zij de opdracht zich in te leven in de patiënt (Van Vliet et al., 2012). Blanch-Hartigan, Hall, Krupat en Irish (2013) en Van Vliet et al. (2012) onderzochten vrij recent de betrouwbaarheid en validiteit van deze onderzoeksmethode. Beide onderzoeken wezen uit dat de inzet van analoge patiënten een betrouwbare en valide aanpak is voor medisch communicatie-onderzoek.

In totaal hebben 50 proefpersonen deelgenomen aan het experiment. Deze groep bestond uit 41 vrouwen en 9 mannen. Uit een χ^2 -toets tussen de Versie van de vragenlijst en het Geslacht van de proefpersonen bleek een verband te bestaan ($\chi^2(1) = 6.64, p < .05$). Mannen en vrouwen waren niet gelijk verdeeld over de twee versies. De instrumentele versie werd gezien door 1 man en 24 vrouwen, de affectieve versie door 8 mannen en 17 vrouwen.

De oudste deelnemer was 61 jaar, de jongste 18. De gemiddelde leeftijd was 32 jaar ($SD = 12.76, N = 50$). Uit een t -toets voor Leeftijd met als factor Versie bleek er geen significant verschil te zijn tussen de instrumentele en affectieve Versie ($t(45.59) = -1.61, p = .114$). De leeftijd van de proefpersonen was gelijk verdeeld over de twee condities.

Het hoogst genoten opleidingsniveau van de proefpersonen varieerde van de middelbare school tot het wetenschappelijk onderwijs. Uit een χ^2 -toets tussen de Versie van de vragenlijst en het Opleidingsniveau van de proefpersonen bleek geen verband te bestaan ($\chi^2(3) = 3.14, p = .371$). Het opleidingsniveau van de proefpersonen bleek gelijk verdeeld over de twee versies. In tabel 1 is de frequentie per opleidingsniveau af te lezen.

Tabel 1. De frequentie en het percentage van het hoogst genoten opleidingsniveau van de proefpersonen (N = 50).

Opleidingsniveau	Aantal proefpersonen	Percentage
Basisonderwijs	0	0%
Middelbare school	2	4%
Middelbaar onderwijs	15	30%
Hoger onderwijs	8	16%
Wetenschappelijk onderwijs	25	50%

Het merendeel van de deelnemers had een duurzame relatie. Uit een χ^2 -toets tussen de Versie van de vragenlijst en de Burgerlijke staat van de proefpersonen bleek geen verband te bestaan ($\chi^2 (1) = .76, p = .382$). De burgerlijke staat van de deelnemers was gelijk verdeeld over de twee condities. In tabel 2 is te zien hoeveel proefpersonen wel of geen duurzame relatie hadden.

Tabel 2. De frequentie en het percentage van de burgerlijkste staat van de proefpersonen (N = 50). Onder een duurzame relatie werd verstaan: samenwonend of getrouwd. Onder geen duurzame relatie werd verstaan: alleenstaand, in een relatie maar niet samenwonend of getrouwd, gescheiden en weduwnaar/weduwe.

Burgerlijke staat	Aantal proefpersonen	Percentage
Duurzame relatie	19	38%
Geen duurzame relatie	31	62%

Bijna de helft van de proefpersonen gaf te kennen in het verleden soms last te hebben gehad van rugpijn. Uit een χ^2 -toets tussen de Versie van de vragenlijst en het Hebben van rugpijn in het verleden bleek geen verband te bestaan ($\chi^2 (1) = .50, p = .480$). Of proefpersonen in het verleden last hebben gehad van rugpijn bleek gelijk verdeeld over de twee versies. In tabel 3 is af te lezen hoeveel proefpersonen in het verleden last hadden van rugpijn.

Tabel 3. Het hebben van rugpijn in het verleden bij de proefpersonen (N = 50).

Het hebben van rugpijn in het verleden	Aantal proefpersonen	Percentage
Nee	10	20%
Ja	40	80%

Op de vraag of proefpersonen op het moment van het experiment last hadden van rugpijn gaf 12% aan dit inderdaad te hebben. 88% had tijdens het experiment geen rugpijn. Uit een χ^2 -toets tussen de Versie van de vragenlijst en Rugpijn op het moment van het experiment bleek geen verband te bestaan ($\chi^2 (1) = 3.03, p = .082$). Of de proefpersonen op het moment van het experiment last hadden van rugpijn was gelijk verdeeld over de twee condities.

De proefpersonen zijn *at random* toegewezen aan een van de twee videofragmenten. Er was geen verband tussen de hiervoor beschreven kenmerken en de verdeling van de proefpersonen over de twee versies van het stimulusmateriaal.

2.4 Instrumentatie

2.4.1 Psychofysiologische instrumentatie

Angst is gemeten met behulp van het Biopac met twee psychofysiologische parameters: HRV (Heart Rate Variability) en GSR (Galvanic Skin Response). De HRV werd gemeten in *megahertz* (MHz). De GSR is gemeten in *microsiemens* (μS).

De hartslagvariabiliteit van de proefpersonen is gemeten met behulp van drie elektroden: een aan de binnenkant van de rechter enkel, een aan de binnenkant van de rechter pols en een aan de binnenkant van de linker pols.

De huidgeleiding is gemeten met behulp van twee elektroden. Deze werden, nadat eerst speciale elektrodenpasta was aangebracht, geplaatst op de wijs- en middelvinger van de niet-dominante hand van de proefpersonen.

Om de verschillende scores op hartslagvariabiliteit en huidgeleiding van de proefpersonen met elkaar te kunnen vergelijken, was het belangrijk eerst een

nulmeting te doen voordat de proefpersonen werden blootgesteld aan het stimulusmateriaal. Op basis hiervan kon worden vastgesteld of er daadwerkelijk verschillen optraden in HRV en GSR tijdens het kijken naar het videofragment. De proefpersonen zaten, om hen te laten wennen aan de elektroden, al enige minuten voor blootstelling aangesloten aan het Biopac. Bij elke proefpersoon is de nulmeting exact dertig seconden nadat zij aan de apparatuur waren aangesloten gedaan. Deze meting duurde vijftien seconden. Het gemiddelde over deze vijftien seconden vormde voor elke proefpersoon zijn of haar nulmeting.

In de video's zijn markers aangebracht die wel waarneembaar waren voor het Biopac, maar niet voor de proefpersonen. Deze signalen werden afgegeven aan het begin en aan het einde van het fragment, en in de affectieve versie ook op de momenten dat de huisarts een verbale affectieve communicatie-uiting deed. Dit werd gedaan om achteraf te kunnen beoordelen of deze uitingen zorgden voor veranderingen in HRV en/of GSR.

Om eventuele vertraging tussen de apparatuur op te kunnen vangen en omdat veranderingen in hartslagvariabiliteit en huidgeleiding in het lichaam enkele seconden kan duren, zijn de scores op hartslagvariabiliteit en huidgeleiding over vijftien seconden vanaf het uitspreken van de affectieve uiting gemeten. Het gemiddelde over deze periode vormde voor elke proefpersoon zijn of haar score per verbale affectieve communicatie-uiting.

Het Biopac mat de hartslagvariabiliteit en huidgeleiding op tweehonderd momenten per seconde, de zogeheten sample points. Zowel de nulmeting als de metingen op de vier momenten van het uitspreken van de affectieve communicatie-uitingen duurden vijftien seconden. De gemiddelde waarde van hartslagvariabiliteit en huidgeleiding op deze momenten werd dus gemeten op basis van drieduizend sample points.

2.4.2 Vragenlijst

De vragenlijst startte met een introductie. Hierin werd het doel van het onderzoek toegelicht en werden enkele instructies bij het experiment en voor het invullen van de vragenlijst gegeven.

Vervolgens lezen de proefpersonen een korte situatieschets. Hierbij werd aan hen gevraagd zich in te leven in de situatie van de patiënt uit deze situatieschets. Hierna vulden de proefpersonen de eerste drie vragen omtrent verwachtingen in.

Vervolgens keken de proefpersonen naar een van de twee videofragmenten, waarna zij de rest van de vragen beantwoordden.

De proefpersonen moesten een deel van de vragen beantwoorden op omgepoolde semantische differentialen (bijvoorbeeld volledig mee eens – volledig mee oneens i.p.v. volledig mee oneens – volledig mee eens).

Verwachtingen vooraf

Verwachtingen vooraf zijn gemeten met drie relevante items uit de 'Illness Perception Questionnaire' (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006), ook gebruikt door Verheul, Sanders en Bensing (2010).

Verwachtingen over het aanhouden van de pijn zijn gemeten aan de hand van de vraag: 'Hoe lang denkt u dat de rugpijn nog zal aanhouden?'. Deze vraag werd gekoppeld aan een 10-punts schaal: erg kort – voor altijd.

Verwachtingen over de controle over de pijn zijn gemeten met behulp van de vraag: 'Hoeveel controle denkt u over de pijn te zullen hebben?'. Deze vraag werd gekoppeld aan een 10-punts schaal: geen controle – volledige controle.

Verwachtingen over de effectiviteit van de behandeling zijn gemeten aan de hand van de vraag: 'In hoeverre denkt u dat een behandeling zal helpen tegen de rugpijn?'. Deze vraag werd gekoppeld aan een 10-punts schaal: helemaal niet – heel erg.

In navolging van Verheul, Sanders en Bensing (2010) zijn deze drie vragen als losse items geanalyseerd.

Verwachtingen achteraf

Verwachtingen achteraf zijn op dezelfde wijze behandeld als *verwachtingen vooraf*, dat wil zeggen met diezelfde drie relevante items uit de 'Illness Perception Questionnaire' (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006).

Ook deze drie vragen zijn in navolging van Verheul, Sanders en Bensing (2010) als losse items geanalyseerd.

Zelf-gerapporteerde angst

Vervolgens werd *zelf-gerapporteerde angst* gemeten met de korte Nederlandse versie van de 'State Trait Anxiety Inventory' (Van Der Bij, De Weerd, Cikot, Steegers & Braspenning, 2003). Deze bestaat uit zes items en is gebaseerd op de 'Spielberger State Trait Anxiety Inventory' (STAI) (Spielberger, 1985). Dit is een veelgebruikte methode voor zelfrapportage, ook in medisch gerichte onderzoeken (Fogarty et al., 1999) en in eerdere onderzoeken naar arts-patiëntcommunicatie (Verheul, Sanders & Bensing, 2010). De oorspronkelijke STAI-vragenlijst, zoals ook gebruikt door (Fogarty et al., 1999), bestaat uit twintig items. Vanwege de lengte van het gehele experiment is gekozen om niet de originele vragenlijst voor te leggen, maar de verkorte versie bestaande uit zes items. Deze is opgesteld en getoetst door Van der Bij et al. (2003). Zij concludeerden dat deze versie voldoende valide is voor het meten van zelf-gerapporteerde angst.

Er werden zes stellingen voorgelegd aan de proefpersonen, te weten: 'Ik voelde me kalm', 'Ik voelde me gespannen', 'Ik was van streek', 'Ik voelde me ontspannen', 'Ik voelde me tevreden' en 'Ik was bezorgd'. Elk van deze stellingen werd gekoppeld aan een 4-punts schaal: helemaal niet – heel erg.

De betrouwbaarheid van *zelf-gerapporteerde angst* bestaande uit zes items was adequaat: $\alpha = .74$.

Intentie

Intentie is gemeten aan de hand van twee items, te weten: 'Zou u het advies over de activiteiten in het dagelijks leven opvolgen?' en 'Zou u het advies over het maken van

een eventuele vervolgspraak opvolgen?'. Elk van deze vragen werd gekoppeld aan een 7-punts schaal: zeker niet – zeker wel.

Deze twee vragen zijn tijdens de statistische toetsing als losse items geanalyseerd.

Risicoperceptie

Drie vragen werden voorgelegd om verschillende vormen van *risicoperceptie* te meten: het persoonlijk risico, het populatierisico en het vergelijkingsrisico. Deze zijn gebaseerd op vragen omtrent risicoperceptie, zoals geformuleerd door Kash, Holland, Halper en Miller (1992). De eerste vraag luidde: 'Hoe waarschijnlijk denkt u dat het is dat u rugpijn zal krijgen?'. Deze moest worden beantwoord op een 7-punts schaal: 'zeer onwaarschijnlijk – zeer waarschijnlijk'. Hierna werd aan de proefpersonen gevraagd: 'Hoeveel procent van de mensen van uw leeftijd denkt u dat rugpijn zal krijgen?' Deze vraag kon beantwoord worden door een percentage in te vullen. Het derde item luidde: 'Hoe schat u uw kansen in op het krijgen van rugpijn in vergelijking met anderen van uw leeftijd?'. Aan deze vraag waren drie antwoordmogelijkheden gekoppeld, namelijk: 'Ik heb minder kans op het krijgen van rugpijn', 'Ik heb evenveel kans op het krijgen van rugpijn' en 'Ik heb meer kans op het krijgen van rugpijn'.

Deze drie vragen zijn tijdens de statistische toetsing als losse items geanalyseerd.

Gepercipieerde ernst

Voor het toetsen van *gepercipieerde ernst* werden drie items voorgelegd. Deze zijn gebaseerd op de items omtrent gepercipieerde ernst zoals opgesteld door Gudde-Kuiper, Reitsma-Van Rooijen, Zijlstra en De Jong (2012). De eerste luidde: 'Het hebben van rugpijn lijkt mij...'. Deze werd gekoppeld aan een 7-punts semantische differentiaal: helemaal niet ernstig – zeer ernstig. De tweede was als volgt geformuleerd: 'Het hebben van rugpijn zal op activiteiten in het dagelijks leven...'. Dit item moest worden beantwoord op een 7-punts semantische differentiaal: geen gevolgen hebben – zeer grote gevolgen hebben. Het derde item luidde: 'Het hebben van rugpijn lijkt mij...'. Deze werd gekoppeld aan een 7-punts schaal: helemaal niet schadelijk – zeer schadelijk.

De betrouwbaarheid van *gepercipieerde ernst* bestaande uit drie items was goed: $\alpha = .86$.

Gepercipieerde vatbaarheid

Gepercipieerde vatbaarheid werd gemeten aan de hand van één relevant item, zoals geformuleerd door Gudde-Kuiper, Reitsma-Van Rooijen, Zijlstra en De Jong (2012). Het item 'Over de kans dat ik rugpijn krijg, maak ik me...', werd gekoppeld aan een 7-punts schaal: helemaal geen zorgen – heel veel zorgen.

Begrijpelijkheid

Om de *begrijpelijkheid* van het consult uit het videofragment te beoordelen werden zes 7-punts semantische differentialen voorgelegd (Maes, Ummelen & Hoeken, 1996, in Kamoen, Holleman & Van den Bergh, 2007), te weten: 'makkelijk – moeilijk', 'eenvoudig – ingewikkeld', 'duidelijk – onduidelijk', 'overzichtelijk – onoverzichtelijk', 'bondig – omslachtig' en 'logisch opgebouwd – onlogisch opgebouwd'.

De betrouwbaarheid van *begrijpelijkheid* bestaande uit zes items was goed: $\alpha = .81$.

Identificatie

Voor het bevragen van *identificatie* is, wederom vanwege de lengte van het experiment, een vijftal relevante items gekozen uit een bestaande lijst van tien items (Cohen, 2001). Deze luiden: 'Ik leefde mee met de patiënt tijdens het kijken naar het consult', 'Ik beleefde de gebeurtenissen uit het consult op dezelfde manier als de patiënt', 'Ik begrijp waarom de patiënt naar de huisarts ging', 'Tijdens het kijken naar het consult kon ik me voorstellen wat er in de patiënt omging' en 'Ik kan de patiënt vergelijken met mezelf'. Deze stellingen werden gekoppeld aan een 7-punts schaal: volledig mee oneens – volledig mee eens.

In eerste instantie was de betrouwbaarheid van deze vijf items onvoldoende. Echter, na het elimineren van het item 'Ik begrijp waarom de patiënt naar de huisarts ging' bleek de betrouwbaarheid van *identificatie*, bestaande uit vier items, adequaat: $\alpha = .78$. Deze geëlimineerde stelling is bij de statistische toetsing als los item geanalyseerd.

Transportatie

Transportatie werd gemeten met behulp van twee items, geformuleerd naar De Graaf, Hoeken, Sanders en Beentjes (2012): 'Mijn aandacht was volledig bij het kijken naar het videofragment' en 'Tijdens het kijken naar de video waren mijn gedachten volledig bij het consult dat ik zag in de video'. Deze werden gekoppeld aan een 7-punts schaal: volledig mee oneens – volledig mee eens.

De betrouwbaarheid van *transportatie* bestaande uit twee items was goed: $\alpha = .80$.

Realisme

Twee stellingen gingen na hoe *realistisch* het bekeken consult werd beoordeeld. Deze zijn opgesteld door Verheul, Sanders en Bensing (2010), en luiden: 'Tijdens het kijken naar het consult had ik het gevoel dat ik deelnam aan een echt consult bij de huisarts' en 'Het consult in het videofragment lijkt op een echt consult bij de huisarts'. Beide stellingen werden gekoppeld aan een 5-punts schaal: helemaal niet – heel erg.

De betrouwbaarheid van *realisme* bestaande uit twee items was goed: $\alpha = .81$.

Beoordeling affectieve communicatie-elementen

Voor het toetsen van de *beoordeling van de affectieve communicatie-elementen* zijn zeven relevante items uit de QUOTE-COM vragenlijst (Van Den Brink-Muinen, Van Dulmen, Jung & Bensing, 2007; Sixma, Kerssens, Van Campen, Peters, 1998) voorgelegd. De zeven stellingen luiden: 'De huisarts gaf de patiënt voldoende aandacht', 'De huisarts luisterde goed naar de patiënt', 'De huisarts nam voldoende tijd voor de patiënt', 'De huisarts was vriendelijk', 'De huisarts was eerlijk tegen de patiënt', 'De huisarts nam de klachten van de patiënt serieus' en 'De huisarts was empathisch'. Elk van deze stellingen werd gekoppeld aan een 4-punts schaal: helemaal niet – heel erg.

In eerste instantie was de betrouwbaarheid van deze zeven items onvoldoende. Echter, na het elimineren van het item 'De huisarts nam voldoende tijd voor de patiënt' was de betrouwbaarheid van de *beoordeling van de affectieve*

communicatie-elementen, bestaande uit zes items, adequaat: $\alpha = .71$. Deze geëlimineerde stelling is bij de statistische toetsing als los item geanalyseerd.

Persoonlijke gegevens

Tot slot werden er nog enkele persoonlijke gegevens van de proefpersonen gevraagd, namelijk: geslacht, leeftijd, hoogst genoten opleiding, burgerlijke staat, eventueel verleden met rugpijn en eventuele rugpijn op het moment van het experiment. Van deze variabelen is bekend dat ze relevant zijn bij arts-patiëntinteractie en de perceptie van rugpijn.

De volledige vragenlijst is bijgesloten in bijlage 3.

2.5 Procedure

De afname van het onderzoek is individueel verlopen. De proefpersonen werden welkom geheten en er werd in het kort verteld hoe het onderzoek zou verlopen. Als de proefpersonen net van de fiets kwamen of een andere inspannende activiteit hadden gedaan, werd gevraagd eerst rustig te gaan zitten. Daarna lazen zij de instructie van het onderzoek, waarna een verklaring ter deelname werd ingevuld, waarin zij onder andere aangaven vrijwillig deel te nemen aan het onderzoek. Tevens was hierin te lezen dat de proefpersonen op elk moment mochten stoppen met het onderzoek en dat hun gegevens enkel en alleen voor het onderzoek gebruikt zouden worden. Deze verklaring is te vinden in bijlage 4. Vervolgens werden de proefpersonen aangesloten op de meetapparatuur.

Er werd begonnen met het aansluiten van de drie elektroden die de hartslagvariabiliteit maten. De elektroden op de polsen werden er door de onderzoeker opgeplakt. Met het oog op lichamelijke integriteit brachten de proefpersonen de elektrode aan de binnenkant van de enkel, met aanwijzingen van de onderzoeker, zelf aan.

Daarna werden de elektroden voor het meten van de huidgeleiding aangebracht. Deze werden, na het aanbrengen van de pasta op de elektroden, geplaatst op de wijs- en middelvinger van de niet-dominante hand van de proefpersoon.

Vervolgens werd door de onderzoeker de meting van de HRV en GSR gestart en werd aan de proefpersoon gevraagd de situatieschets te lezen en het eerste deel van de vragenlijst in te vullen. Wanneer zij dit deel hadden afgerond, werd door de onderzoeker een van de twee videofragmenten gestart. Nadat deze was afgelopen, vulden de proefpersonen het tweede deel van de vragenlijst in. Wanneer zij hier klaar mee waren, werden zij door de onderzoeker losgekoppeld van de meetapparatuur. De onderzoeker bedankte de proefpersoon, vroeg of er verder nog vragen waren, overhandigde een klein bedankje en nam afscheid van de proefpersoon.

Het gehele experiment duurde zo'n 30 minuten.

De procedure was voor elke proefpersoon hetzelfde. Het onderzoek werd gedaan in een rustige omgeving. 26 proefpersonen namen deel aan het experiment in het CLS-lab. Hier namen de proefpersonen plaats in een geluidsdichte cabine, waardoor zij nergens door konden worden afgeleid. Wegens de tijd en het aantal proefpersonen was het niet mogelijk hier alle onderzoeken af te nemen. De overige 24 proefpersonen namen daarom deel in kamers in woningen of kantoren. Ook hier waren de omstandigheden telkens rustig en stil.

Zoals eerder genoemd met het Biopac bij alle proefpersonen hartslagvariabiliteit en huidgeleiding. Echter, bij de laatste twee proefpersonen werkte de aansluiting voor het meten van de huidgeleiding niet meer. Om deze reden gaan de resultaten van de huidgeleiding over 48 proefpersonen.

2.6 Statistische toetsing

Om na te gaan welke onafhankelijke variabelen de afhankelijke variabelen zo goed mogelijk konden voorspellen, zijn twee-staps-meervoudige hiërarchische regressies uitgevoerd. In de eerste stap van deze regressie, het ruwe model, werd Versie, en indien van toepassing ook de baselinewaarde voor HRV, GSR of Verwachtingen, als onafhankelijke variabele ingevoerd. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd.

3. Resultaten

3.1 Heart Rate Variability

Een twee-staps-meervoudige hiërarchische regressie is uitgevoerd met de scores op HRV op het moment van het uitspreken van de verbale affectieve communicatie-uitingen als afhankelijke variabele. In de eerste stap, het ruwe model, werden Versie en HRV-baseline ingevoerd als onafhankelijke variabelen. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd. In tabel 4 is per uitspraak en versie de gemiddelde score op hartslagvariabiliteit te vinden.

Tabel 4. Per versie de gemiddelde scores op Heart Rate Variability in MHz op het moment van het uitspreken van de verbale affectieve communicatie-uitingen door de huisarts (-.39 = minimale waarde HRV, .78 = maximale waarde HRV) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Uitspraak 1: "Ik kan me voorstellen dat het erg vervelend voor u is."	A	-.05	.09	25
	B	-.01	.18	25
Uitspraak 2: "Dat moet erg lastig voor u zijn."	A	-.06	.11	25
	B	.03	.17	25
Uitspraak 3: "Ik kan begrijpen hoe u zich voelt."	A	-.06	.09	25
	B	.02	.18	25
Uitspraak 4: "Nu ik uw verhaal gehoord heb, begrijp ik dat het erg vervelend voor u is."	A	-.02	.07	25
	B	-.00	.18	25

Uit een meervoudige regressie bleek dat, onder constant houding van de HRV-baseline, de HRV-score horende bij Uitspraak 1: “Ik kan me voorstellen dat het erg vervelend voor u is.” niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .05$, $p = .261$) (zie tabel 5). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat de HRV-score horende bij de eerste affectieve uitspraak ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de HRV-baseline en de drie relevante covariaten ($B = .08$, $p = .076$) (zie tabel 5).

Tabel 5. Regressieanalyse voor de HRV-score horende bij Uitspraak 1: “Ik kan me voorstellen dat het erg vervelend voor u is.” (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 48$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.05	.04	.17	.08	.04	.29
HRV-baseline	.03	.14	.03	.11	.14	.12
Geslacht				.07	.06	.19
Burgerlijke staat				.01	.04	.04
Rugpijn in het verleden				.11	.05	.31
<i>R</i> ²	-.02			.03		
<i>F</i>	.65			1.36		

^F Model gecorrigeerd voor HRV-baseline, Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een meervoudige regressie bleek dat, onder constant houding van de HRV-baseline, de HRV-score horende bij Uitspraak 2: “Dat moet erg lastig voor u zijn.” te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .09$, $p = .040$) (zie tabel 6). Proefpersonen die de versie met de vier verbale affectieve communicatie-elementen scoorden significant hoger dan proefpersonen die de instrumentele versie zagen. Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat de HRV-score horende bij de tweede affectieve uitspraak tevens te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de HRV-baseline en de drie relevante covariaten ($B = .11$, $p = .021$) (zie tabel 6). Ook nu scoorden proefpersonen die de affectieve versie zagen significant hoger dan proefpersonen die de instrumentele versie zagen.

Tabel 6. Regressieanalyse voor de HRV-score horende bij Uitspraak 2: “Dat moet erg lastig voor u zijn.” (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.09	.04	.30*	.11	.05	.38*
HRV-baseline	-.05	.14	-.05	-.01	.15	-.01
Geslacht				.07	.06	.19
Burgerlijke staat				-.01	.05	-.04
Rugpijn in het verleden				.03	.06	.08
<i>R</i> ²	.06			.03		
<i>F</i>	2.57			1.34		

^F Model gecorrigeerd voor HRV-baseline, Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een meervoudige regressie bleek dat, onder constant houding van de HRV-baseline, de HRV-score horende bij Uitspraak 3: “Ik kan begrijpen hoe u zich voelt.” net niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .08$, $p = .054$) (zie tabel 7). Proefpersonen die de versie met de vier verbale affectieve communicatie-elementen scoorden marginaal significant hoger dan proefpersonen die de instrumentele versie zagen. Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat de HRV-score horende bij de derde affectieve uitspraak wel te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de HRV-baseline en de drie relevante covariaten ($B = .10$, $p = .044$) (zie tabel 7). Proefpersonen die de affectieve versie zagen scoorden significant hoger dan proefpersonen die de instrumentele versie zagen.

Tabel 7. Regressieanalyse voor de HRV-score horende bij Uitspraak 3: “Ik kan begrijpen hoe u zich voelt.” (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.08	.04	.29*	.10	.05	.33
HRV-baseline	.07	.14	.07	.07	.15	.07
Geslacht				.07	.06	.19
Burgerlijke staat				-.02	.05	-.08
Rugpijn in het verleden				-.05	.06	-.13
<i>R</i> ²	.04			.03		
<i>F</i>	1.96			1.31		

^F Model gecorrigeerd voor HRV-baseline, Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een meervoudige regressie bleek dat, onder constant houding van de HRV-baseline, de HRV-score horende bij de Uitspraak 4: “Nu ik uw verhaal gehoord heb, begrijp ik dat het erg vervelend voor u is.” niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .02$, $p = .647$) (zie tabel 8). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat de HRV-score horende bij de vierde affectieve uitspraak ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de HRV-baseline en de drie relevante covariaten ($B = .02$, $p = .609$) (zie tabel 8).

Tabel 8. Regressieanalyse voor de HRV-score horende bij Uitspraak 4: “Nu ik uw verhaal gehoord heb, begrijp ik dat het erg vervelend voor u is.” (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.02	.04	.06	.02	.04	.09
HRV-baseline	-.02	.13	-.02	-.02	.14	-.02
Geslacht				.04	.06	.12
Burgerlijke staat				-.03	.04	-.11
Rugpijn in het verleden				-.03	.05	-.08
<i>R</i> ²	-.04			-.08		
<i>F</i>	.12			.28		

^F Model gecorrigeerd voor HRV-baseline, Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

3.2 Galvanic Skin Response

Een twee-staps-meervoudige hiërarchische regressie is uitgevoerd met de scores op GSR op het moment van het uitspreken van de verbale affectieve communicatie-uitingen als afhankelijke variabele. In de eerste stap, het ruwe model, werden Versie en GSR-baseline ingevoerd als onafhankelijke variabele. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd. In tabel 9 is per uitspraak en versie de gemiddelde score op huidgeleiding te vinden.

Tabel 9. Per versie de gemiddelde scores op Galvanic Skin Response in μS op het moment van het uitspreken van de verbale affectieve communicatie-uitingen door de huisarts (5.83 = minimale waarde GSR, 21.20 = maximale waarde GSR) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Uitspraak 1: "Ik kan me voorstellen dat het erg vervelend voor u is."	A	9.02	3.28	24
	B	9.13	2.50	24
Uitspraak 2: "Dat moet erg lastig voor u zijn."	A	8.98	3.25	24
	B	9.12	2.50	24
Uitspraak 3: "Ik kan begrijpen hoe u zich voelt."	A	8.90	3.23	24
	B	9.11	2.57	24
Uitspraak 4: "Nu ik uw verhaal gehoord heb, begrijp ik dat het erg vervelend voor u is."	A	8.78	3.06	24
	B	9.28	2.94	24

Uit een meervoudige regressie bleek dat, onder constant houding van GSR-baseline, de GSR-score horende bij Uitspraak 1: “Ik kan me voorstellen dat het erg vervelend voor u is.” niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = -.05$, $p = .718$) (zie tabel 10). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat de GSR-score horende bij de eerste affectieve uitspraak ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de GSR-baseline en de drie relevante covariaten ($B = -.07$, $p = .668$) (zie tabel 10).

Tabel 10. Regressieanalyse voor de GSR-score horende bij Uitspraak 1: “Ik kan me voorstellen dat het erg vervelend voor u is.” (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 48$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	-.05	.15	-.01	-.07	.17	-.01
GSR-baseline	.95	.03	.99***	.96	.03	.99***
Geslacht				-.02	.21	-.00
Burgerlijke staat				-.13	.17	-.02
Rugpijn in het verleden				.04	.22	.01
<i>R</i> ²	.97			.97		
<i>F</i>	751.47***			286.02***		

^F Model gecorrigeerd voor GSR-baseline, Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een meervoudige regressie bleek dat, onder constant houding van GSR-baseline, de GSR-score horende bij Uitspraak 2: “Dat moet erg lastig voor u zijn.” niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = -.03$, $p = .866$) (zie tabel 11). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat de GSR-score horende bij de tweede affectieve uitspraak ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de GSR-baseline en de drie relevante covariaten ($B = -.02$, $p = .908$) (zie tabel 11).

Tabel 11. Regressieanalyse voor de GSR-score horende bij Uitspraak 2: “Dat moet erg lastig voor u zijn.” (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 48$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	-.03	.16	-.01	-.02	.18	-.00
GSR-baseline	.95	.03	.99***	.96	.03	.99***
Geslacht				.08	.23	.01
Burgerlijke staat				-.16	.18	-.03
Rugpijn in het verleden				.05	.23	.01
<i>R</i> ²	.96			.96		
<i>F</i>	626.35***			239.42***		

^F Model gecorrigeerd voor GSR-baseline, Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een meervoudige regressie bleek dat, onder constant houding van GSR-baseline, de GSR-score horende bij Uitspraak 3: “Ik kan begrijpen hoe u zich voelt.” niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .05$, $p = .767$) (zie tabel 12). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat de GSR-score horende bij de derde affectieve uitspraak ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de GSR-baseline en de drie relevante covariaten ($B = -.05$, $p = .765$) (zie tabel 12).

Tabel 12. Regressieanalyse voor de GSR-score horende bij Uitspraak 3: “Ik kan begrijpen hoe u zich voelt.” (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 48$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	-.03	.16	.01	-.05	.18	-.01
GSR-baseline	.95	.03	.98***	.95	.03	.98***
Geslacht				-.20	.22	-.03
Burgerlijke staat				-.16	.17	-.03
Rugpijn in het verleden				-.16	.23	-.02
<i>R</i> ²	.97			.97		
<i>F</i>	657.92***			257.37***		

^F Model gecorrigeerd voor GSR-baseline, Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een meervoudige regressie bleek dat, onder constant houding van GSR-baseline, de GSR-score horende bij Uitspraak 4: “Nu ik uw verhaal gehoord heb, begrijp ik dat het erg vervelend voor u is.” niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .33, p = .207$) (zie tabel 13). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat de GSR-score horende bij de vierde affectieve uitspraak ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de GSR-baseline en de drie relevante covariaten ($B = .33, p = .277$) (zie tabel 13).

Tabel 13. Regressieanalyse voor de GSR-score horende bij Uitspraak 4: “Nu ik uw verhaal gehoord heb, begrijp ik dat het erg vervelend voor u is.” (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 48$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.33	.26	.06	.33	.30	.06
GSR-baseline	.95	.04	.95***	.97	.05	.97***
Geslacht				-.05	.38	-.01
Burgerlijke staat				-.13	.30	-.02
Rugpijn in het verleden				.22	.38	.03
<i>R</i> ²	.91			.91		
<i>F</i>	236.94***			90.16***		

^F Model gecorrigeerd voor GSR-baseline, Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

3.3 Verwachtingen

Voor het bekijken van het videofragment van het consult was er geen verschil in verwachtingen tussen de twee versies. Ook niet onder constant houding van de drie relevante covariaten (zie bijlage 5, tabellen 46 tot en met 48).

Een twee-staps-meervoudige hiërarchische regressie is uitgevoerd met de Verwachtingen achteraf als afhankelijke variabele. In de eerste stap, het ruwe model, werden Versie en Verwachtingen vooraf ingevoerd als onafhankelijke variabelen. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd. In tabel 14 is per uitspraak en versie de gemiddelde score op Verwachtingen voor- en achteraf te vinden.

Tabel 14. Per versie de gemiddelde scores op Verwachtingen voor- en achteraf (1 = negatieve verwachtingen, 7 = positieve verwachtingen) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	Verwachtingen vooraf		Verwachtingen achteraf		<i>n</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Verwachtingen over het aanhouden van de pijn	A	4.92	1.19	6.68	1.65	25
	B	4.68	1.65	6.60	2.14	25
Verwachtingen over de controle over de pijn	A	3.76	1.56	4.84	1.91	25
	B	3.72	2.11	5.64	2.31	25
Verwachtingen over de effectiviteit van een behandeling	A	7.28	1.57	4.48	2.33	25
	B	6.88	1.90	4.96	2.59	25

Uit een meervoudige regressie bleek dat, onder constant houding van de voormeting Verwachtingen omtrent het aanhouden van de pijn, de Verwachtingen achteraf omtrent het aanhouden van de pijn niet te verklaren waren door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .05, p = .923$) (zie tabel 15). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat deze verwachtingen ook niet te verklaren waren door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de voormeting Verwachtingen omtrent het aanhouden van de pijn en de drie relevante covariaten ($B = .05, p = .930$) (zie tabel 15).

Tabel 15. Regressieanalyse voor de Verwachtingen achteraf omtrent het aanhouden van de pijn (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.05	.50	.01	.05	.55	.01
Voormeting verwachtingen omtrent het aanhouden van de pijn	.54	.18	.40**	.59	.18	.45**
Geslacht				-.40	.71	-.08
Burgerlijke staat				.83	.56	.22
Rugpijn in het verleden				-.02	.67	-.00
<i>R</i> ²	.13			.12		
<i>F</i>	4.56*			2.32		

^F Model gecorrigeerd voor Voormeting verwachtingen omtrent het aanhouden van de pijn, Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een meervoudige regressie bleek dat, onder constant houding van de voormeting Verwachtingen over de controle over de pijn, de Verwachtingen achteraf omtrent de controle over de pijn niet te verklaren waren door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .81, p = .176$) (zie tabel 16). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat deze verwachtingen ook niet te verklaren waren door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de voormeting Verwachtingen over de controle over de pijn en de drie relevante covariaten ($B = .69, p = .297$) (zie tabel 16).

Tabel 16. Regressieanalyse voor de Verwachtingen achteraf omtrent de controle over de pijn (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.81	.59	.19	.69	.65	.16
Voormeting verwachtingen omtrent de controle over de pijn	.26	.16	.22	.29	.17	.25
Geslacht				-.82	.86	-.15
Burgerlijke staat				.58	.67	.13
Rugpijn in het verleden				.47	.80	.09
<i>R</i> ²	.05			.02		
<i>F</i>	2.18			1.20		

^F Model gecorrigeerd voor Voormeting verwachtingen omtrent de controle over de pijn, Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een meervoudige regressie bleek dat, onder constant houding van de voormeting Verwachtingen over de effectiviteit van een behandeling, de Verwachtingen achteraf omtrent de effectiviteit van een behandeling niet te verklaren waren door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .55$, $p = .443$) (zie tabel 17). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat deze verwachtingen ook niet te verklaren waren door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de voormeting Verwachtingen over de effectiviteit van een behandeling en de drie relevante covariaten ($B = -.25$, $p = .740$) (zie tabel 17).

Tabel 17. Regressieanalyse voor de Verwachtingen achteraf omtrent de effectiviteit van een behandeling (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.55	.70	.11	-.25	.73	-.05
Voormeting verwachtingen omtrent de effectiviteit van een behandeling	.16	.21	.11	.15	.20	.10
Geslacht				-2.00	.95	-.32*
Burgerlijke staat				-.75	.73	-.15
Rugpijn in het verleden				-1.66	.89	-.27
<i>R</i> ²	-.02			.07		
<i>F</i>	.55			1.79		

^F Model gecorrigeerd voor Voormeting verwachtingen omtrent de effectiviteit van een behandeling, Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

3.4 Zelf-gerapporteerde angst

Een twee-staps-meervoudige hiërarchische regressie is uitgevoerd met Zelf-gerapporteerde angst als afhankelijke variabele. In de eerste stap, het ruwe model, werd Versie ingevoerd als onafhankelijke variabele. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd. In tabel 18 is per versie de gemiddelde score op zelf-gerapporteerde Angst te vinden.

Tabel 18. Per versie de gemiddelde score op Zelf-gerapporteerde angst (1 = geen angst, 4 = veel angst) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Zelf-gerapporteerde angst	A	2.97	.62	25
	B	2.92	.54	25

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat Zelf-gerapporteerde angst niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = -.05$, $p = .747$) (zie tabel 19). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat de Zelf-gerapporteerde angst ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = -.02$, $p = .898$) (zie tabel 19).

Tabel 19. Regressieanalyse voor de Zelf-gerapporteerde angst (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	-.05	.17	-.05	-.02	.18	-.02
Geslacht				.02	.24	.02
Burgerlijke staat				.06	.18	.05
Rugpijn in het verleden				.20	.22	.14*
<i>R</i> ²	-.02			-.07		
<i>F</i>	.11			.23		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

3.5 Intentie

Een twee-staps-meervoudige hiërarchische regressie is uitgevoerd met Intentie als afhankelijke variabele. In de eerste stap, het ruwe model, werd Versie ingevoerd als onafhankelijke variabele. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd. In tabel 20 is per versie de gemiddelde score op Intentie te vinden.

Tabel 20. Per versie de gemiddelde scores op Intentie (1 = lage intentie, 7 = hoge intentie) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Intentie omtrent het opvolgen van het advies over de activiteiten in het dagelijks leven	A	5.68	1.07	25
	B	6.16	.90	25
Intentie omtrent het opvolgen van het advies over het maken van een eventuele vervolgspraak	A	6.12	1.01	25
	B	6.08	1.15	25

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat Intentie omtrent het opvolgen van het advies over de activiteiten in het dagelijks leven niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .48$, $p = .092$) (zie tabel 21). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat deze Intentie ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = .46$, $p = .149$) (zie tabel 21).

Tabel 21. Regressieanalyse voor de Intentie omtrent het opvolgen van het advies over de activiteiten in het dagelijks leven (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.48	.28	.24	.46	.31	.23
Geslacht				-.09	.40	-.03
Burgerlijke staat				-.17	.31	-.08
Rugpijn in het verleden				.27	.38	.11
<i>R</i> ²	.04			.00		
<i>F</i>	2.95			1.02		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat Intentie omtrent het opvolgen van het advies over het maken van een eventuele vervolgspraak niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = -.04$, $p = .897$) (zie tabel 22). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat deze Intentie ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = -.11$, $p = .742$) (zie tabel 22).

Tabel 22. Regressieanalyse voor de Intentie omtrent het opvolgen van het advies over het maken van een eventuele vervolgspraak (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	-.04	.31	-.02	-.11	.34	-.05
Geslacht				.08	.44	.03
Burgerlijke staat				-.35	.34	-.16
Rugpijn in het verleden				-.63	.41	-.24
<i>R</i> ²	-.02			-.02		
<i>F</i>	.02			.72		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

3.6 Risicoperceptie

Een twee-staps-meervoudige hiërarchische regressie is uitgevoerd met Risicoperceptie als afhankelijke variabele. In de eerste stap, het ruwe model, werd Versie ingevoerd als onafhankelijke variabele. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd. In tabel 23 is per versie de gemiddelde score op Risicoperceptie te vinden.

Tabel 23. Per versie de gemiddelde score op Risicoperceptie omtrent de waarschijnlijkheid van het krijgen van rugpijn (1 = erg kleine kans op rugpijn, 7 = erg grote kans op het krijgen van rugpijn), Risicoperceptie omtrent de ingeschatte kans op het krijgen van rugpijn (score in procenten: 0 = geen kans, 100 = alle kans) en Risicoperceptie omtrent het krijgen van lage rugpijn in vergelijking met anderen (1 = minder kans, 3 = meer kans) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Risicoperceptie omtrent de waarschijnlijkheid van het krijgen van rugpijn	A	2.80	1.68	25
	B	2.84	1.57	25
Risicoperceptie omtrent de ingeschatte kans op het krijgen van rugpijn	A	35.56	20.56	25
	B	42.26	22.47	25
Risicoperceptie omtrent de ingeschatte kans op het krijgen van lage rugpijn	A	1.52	.65	25
	B	1.72	.46	25

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat Risicoperceptie omtrent de waarschijnlijkheid van het krijgen van rugpijn niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .04$, $p = .931$) (zie tabel 24). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat deze Risicoperceptie ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = -.08$, $p = .855$) (zie tabel 24).

Tabel 24. Regressieanalyse voor de Risicoperceptie omtrent de waarschijnlijkheid van het krijgen van rugpijn (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.04	.46	.01	-.08	.44	-.03
Geslacht				-.00	.57	-.00
Burgerlijke staat				.33	.44	.10
Rugpijn in het verleden				-2.00	.53	-.50**
<i>R</i> ²	-.02			.22		
<i>F</i>	.01			4.54**		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat Risicoperceptie omtrent de ingeschatte kans op het krijgen van rugpijn niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = 6.70$, $p = .277$) (zie tabel 25). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat deze Risicoperceptie ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = 1.94$, $p = .736$) (zie tabel 25).

Tabel 25. Regressieanalyse voor de Risicoperceptie omtrent de ingeschatte kans op het krijgen van rugpijn (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	6.70	6.09	.16	1.94	5.72	.05
Geslacht				-16.81	7.43	-.30*
Burgerlijke staat				-10.62	5.73	-.24
Rugpijn in het verleden				15.23	6.95	.29*
<i>R</i> ²	.00			.27		
<i>F</i>	1.21			5.43**		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat Risicoperceptie omtrent het krijgen van lage rugpijn in vergelijking met anderen niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .20$, $p = .216$) (zie tabel 26). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat deze Risicoperceptie ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = .20$, $p = .252$) (zie tabel 26).

Tabel 26. Regressieanalyse voor de Risicoperceptie omtrent het krijgen van lage rugpijn in vergelijking met anderen (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.20	.16	.18	.20	.17	.18
Geslacht				.13	.22	.09
Burgerlijke staat				-.03	.17	-.03
Rugpijn in het verleden				-.45	.21	-2.18*
<i>R</i> ²	.01			.07		
<i>F</i>	1.57			1.87		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

3.7 Gepercipieerde ernst

Een twee-staps-meervoudige hiërarchische regressie is uitgevoerd met Gepercipieerde ernst als afhankelijke variabele. In de eerste stap, het ruwe model, werd Versie ingevoerd als onafhankelijke variabele. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd. In tabel 27 is per versie de gemiddelde score op gepercipieerde Ernst te vinden.

Tabel 27. Per versie de gemiddelde score op Gepercipieerde ernst (1 = zeer ernstig, 7 = helemaal niet ernstig) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Gepercipieerde ernst	A	2.68	.90	25
	B	2.68	1.31	25

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat Gepercipieerde ernst niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .00$, $p = 1.000$) (zie tabel 28). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat Gepercipieerde ernst ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = .24$, $p = .487$) (zie tabel 28).

Tabel 28. Regressieanalyse voor Gepercipieerde ernst (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.00	.32	.00	.24	.35	.11
Geslacht				.67	.45	.24
Burgerlijke staat				.20	.35	.09
Rugpijn in het verleden				.39	.42	.14
<i>R</i> ²	-.02			-.02		
<i>F</i>	.00			.76		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

3.8 Gepercipieerde vatbaarheid

Een twee-staps-meervoudige hiërarchische regressie is uitgevoerd met Gepercipieerde vatbaarheid omtrent de kans op het krijgen van rugpijn als afhankelijke variabele. In de eerste stap, het ruwe model, werd Versie ingevoerd als onafhankelijke variabele. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd. In tabel 29 is per versie de gemiddelde score op Gepercipieerde vatbaarheid omtrent de kans op het krijgen van rugpijn te vinden.

Tabel 29. Per versie de gemiddelde score op Gepercipieerde vatbaarheid omtrent de kans op het krijgen van rugpijn (1 = veel zorgen over de kans op het krijgen van rugpijn, 7 = geen zorgen over kans op het krijgen van rugpijn) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Gepercipieerde vatbaarheid omtrent de kans op het krijgen van rugpijn	A	4.60	1.63	25
	B	4.44	1.64	25

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat Gepercipieerde vatbaarheid omtrent de kans op het krijgen van rugpijn niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = -.16$, $p = .731$) (zie tabel 30). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat deze Gepercipieerde vatbaarheid ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = .10$, $p = .848$) (zie tabel 30).

Tabel 30. Regressieanalyse voor de Gepercipieerde vatbaarheid omtrent de kans op het krijgen van rugpijn (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	-.16	.46	-.05	.10	.49	.03
Geslacht				1.16	.64	.28
Burgerlijke staat				-.08	.49	-.02
Rugpijn in het verleden				-.75	.60	-.19
<i>R</i> ²	-.02			.04		
<i>F</i>	.12			1.46		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

3.9 Begrijpelijkheid

Een twee-staps-meervoudige hiërarchische regressie is uitgevoerd met Begrijpelijkheid als afhankelijke variabele. In de eerste stap, het ruwe model, werd Versie ingevoerd als onafhankelijke variabele. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd. In tabel 31 is per versie de gemiddelde score op Begrijpelijkheid te vinden.

Tabel 31. Per versie de gemiddelde score op Begrijpelijkheid (1 = lage score op begrijpelijkheid, 7 = hoge score op begrijpelijkheid) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Begrijpelijkheid	A	5.15	1.04	25
	B	5.61	.85	25

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat Begrijpelijkheid niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .45$, $p = .097$) (zie tabel 32). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat Begrijpelijkheid wel te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie covariaten ($B = .71$, $p = .015$) (zie tabel 32). Proefpersonen die de versie met de vier verbale affectieve communicatie-elementen scoorden significant hoger dan proefpersonen die de instrumentele versie zagen.

Tabel 32. Regressieanalyse voor Begrijpelijkheid (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.45	.27	.24	.71	.28	.37*
Geslacht				.65	.37	.26
Burgerlijke staat				.22	.28	.11
Rugpijn in het verleden				.67	.34	.28
<i>R</i> ²	.04			.10		
<i>F</i>	2.86			2.34		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

3.10 Identificatie

Een twee-staps-meervoudige hiërarchische regressie is uitgevoerd met Identificatie als afhankelijke variabele. In de eerste stap, het ruwe model, werd Versie ingevoerd als onafhankelijke variabele. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd. In tabel 33 is per versie de gemiddelde score op Identificatie te vinden.

Tabel 33. Per versie de gemiddelde score op Identificatie (1 = weinig identificatie, 7 = veel identificatie) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Identificatie	A	5.47	.89	25
	B	5.22	1.18	25

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat Identificatie niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = -.25$, $p = .401$) (zie tabel 34).

Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat Identificatie ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = .01$, $p = .986$) (zie tabel 34).

Tabel 34. Regressieanalyse voor Identificatie (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	-.25	.30	-.12	.01	.32	.00
Geslacht				.55	.41	.21
Burgerlijke staat				.47	.32	.22
Rugpijn in het verleden				.56	.38	.22
<i>R</i> ²	-.01			.04		
<i>F</i>	.72			1.47		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een enkelvoudige regressie bleek er geen verband te zijn tussen het Geslacht van de proefpersonen en Identificatie ($B = .59$, $p = .125$) (zie tabel 35).

Tabel 35. Regressieanalyse voor het verband tussen Geslacht en Identificatie (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	B	$SE B$	β
Geslacht	.59	.38	.22
R^2	.03		
F	2.44		

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat het Begrip waarom de patiënt naar de huisarts ging niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = -.12, p = .827$) (zie tabel 37). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat het Begrip waarom de patiënt naar de huisarts ging ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = -.05, p = .929$) (zie tabel 37). In tabel 36 is per versie de gemiddelde score op Begrip waarom de patiënt naar de huisarts ging te vinden.

Tabel 36. Per versie de gemiddelde score voor het Begrip waarom de patiënt naar de huisarts ging (1 = weinig begrip, 7 = veel begrip) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Begrip waarom de patiënt naar de huisarts ging	A	5.24	1.99	25
	B	5.12	1.88	25

Tabel 37. Regressieanalyse voor het Begrip waarom de patiënt naar de huisarts ging (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	-.12	.55	-.03	-.05	.60	-.01
Geslacht				-.40	.77	-.08
Burgerlijke staat				.76	.60	.20
Rugpijn in het verleden				1.07	.72	.23
<i>R</i> ²	-.02			-.01		
<i>F</i>	.05			.84		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

3.11 Transportatie

Een twee-staps-meervoudige hiërarchische regressie is uitgevoerd met Transportatie als afhankelijke variabele. In de eerste stap, het ruwe model, werd Versie ingevoerd als onafhankelijke variabele. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd. In tabel 38 is per versie de gemiddelde score op Transportatie te vinden.

Tabel 38. Per versie de gemiddelde score Transportatie (1 = weinig transportatie, 7 = veel transportatie) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Transportatie	A	6.06	.96	25
	B	6.18	1.02	25

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat Transportatie niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .12$, $p = .670$) (zie tabel 39).

Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat Transportatie ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = .19$, $p = .536$) (zie tabel 39).

Tabel 39. Regressieanalyse voor Transportatie (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.12	.28	.10	.19	.30	.10
Geslacht				-.05	.39	-.02
Burgerlijke staat				.68	.30	.34*
Rugpijn in het verleden				-.03	.36	-.01
<i>R</i> ²	-.02			.04		
<i>F</i>	.18			1.53		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

3.12 Realisme

Een twee-staps-meervoudige hiërarchische regressie is uitgevoerd met Realisme als afhankelijke variabele. In de eerste stap, het ruwe model, werd Versie ingevoerd als onafhankelijke variabele. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd. In tabel 40 is per versie de gemiddelde score op Realisme te vinden.

Tabel 40. Per versie de gemiddelde score op Realisme (1 = niet realistisch, 7 = heel erg realistisch) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Realisme	A	3.70	1.02	25
	B	3.60	.82	25

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat Realisme niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = -.10$, $p = .704$) (zie tabel 41).

Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat Realisme ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = .10$, $p = .718$) (zie tabel 41).

Tabel 41. Regressieanalyse voor Realisme (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	-.10	.26	-.01	.10	.28	.06
Geslacht				.76	.37	.32*
Burgerlijke staat				-.20	.28	-.10
Rugpijn in het verleden				.15	.34	.06

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

3.13 *Beoordeling affectieve communicatie-elementen*

Een twee-staps-meervoudige hiërarchische regressie is uitgevoerd met Beoordeling van de affectieve communicatie-elementen als afhankelijke variabele. In de eerste stap, het ruwe model, werd Versie ingevoerd als onafhankelijke variabele. In de tweede stap, het gecorrigeerde model, werden hier tevens drie relevante persoonskenmerken van de proefpersonen (geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden) aan toegevoegd. In tabel 42 is per versie de gemiddelde score op Beoordeling affectieve communicatie-elementen te vinden.

Tabel 42. Per versie de gemiddelde score op Beoordeling affectieve communicatie-elementen (1 = helemaal niet affectief, 4 = heel erg affectief) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Beoordeling affectieve communicatie-elementen	A	3.17	.53	25
	B	3.41	.44	25

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat de Beoordeling van de affectieve communicatie-elementen niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = .23$, $p = .100$) (zie tabel 43). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat de Beoordeling van de affectieve communicatie-elementen wel te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = .41$, $p = .005$) (zie tabel 43). Proefpersonen die de versie met de vier verbale affectieve communicatie-elementen scoorden significant hoger dan proefpersonen die de instrumentele versie zagen.

Tabel 43. Regressieanalyse voor Beoordeling van de affectieve communicatie-elementen (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	.23	.14	.24	.41	.14	.41**
Geslacht				.35	.18	.28
Burgerlijke staat				.35	.14	.34*
Rugpijn in het verleden				.38	.17	.31*
<i>R</i> ²	.04			.20		
<i>F</i>	2.82			4.12**		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat Voldoende tijd nemen voor de patiënt door de huisarts niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen ($B = -.08$, $p = .745$) (zie tabel 45). Daarnaast bleek uit een meervoudige regressie dat Voldoende tijd nemen voor de patiënt door de huisarts ook niet te verklaren was door de Verbale affectieve communicatie-elementen, onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = .14$, $p = .583$) (zie tabel 45). In tabel 44 is per versie de score op Voldoende tijd nemen voor de patiënt te vinden.

Tabel 44. Per versie de gemiddelde score op Voldoende tijd nemen voor de patiënt door de huisarts (1 = weinig tijd, 4 = veel tijd) (versie A = instrumentele versie, versie B = affectieve versie).

	Versie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Voldoende tijd nemen voor de patiënt door de huisarts	A	3.32	.80	25
	B	3.24	.93	25

Tabel 45. Regressieanalyse voor Voldoende tijd nemen voor de patiënt door de huisarts (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	-.08	.25	-.05	.14	.26	.09
Geslacht				.59	.34	.27
Burgerlijke staat				.11	.26	.06
Rugpijn in het verleden				.59	.32	.28
<i>R</i> ²	-.02			.04		
<i>F</i>	.11			1.48		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

4. Conclusie

Het doel van deze studie was om te achterhalen wat het effect is van het toevoegen van verbale affectieve communicatie-elementen aan een consult bij de huisarts waarin uitsluitend instrumentele informatie wordt gegeven, in vergelijking met een consult waarin uitsluitend instrumentele informatie wordt gegeven en waaraan geen verbale affectieve communicatie-elementen zijn toegevoegd. Dit effect is onderzocht op de variabelen hartslagvariabiliteit, huidgeleiding, verwachtingen, zelf-gerapporteerde angst, intentie, risicoperceptie, gepercipieerde ernst en gepercipieerde vatbaarheid. Daarnaast zijn begrijpelijkheid, identificatie, transportatie, realisme en beoordeling van de affectieve communicatie-elementen meegenomen als controlevariabelen.

Op basis van de psychofysiologische metingen kan, gedeeltelijk in overeenstemming met hypothese 1, gezegd worden, dat de hartslagvariabiliteit deels werd beïnvloed door het zien van een consult bij de huisarts met daarin verbale affectieve communicatie-elementen. Na het horen van uitspraak 2, "Dat moet erg lastig voor u zijn.", hadden proefpersonen die de affectieve versie zagen een significant hogere hartslagvariabiliteit dan proefpersonen die de instrumentele versie zagen. Wanneer werd gecorrigeerd voor de HRV-baseline, was de hartslagvariabiliteit, op een schaal met waarden van $-.39$ tot $.78$, gemiddeld $.09$ hoger voor proefpersonen die de affectieve versie zagen dan voor proefpersonen die de instrumentele versie zagen. Als ook gecorrigeerd werd voor geslacht, burgerlijke staat en rugpijn in het verleden was de hartslagvariabiliteit gemiddeld $.11$ hoger. Daarnaast werd voor de derde uitspraak, "Ik kan begrijpen hoe u zich voelt.", een marginaal significant verband gevonden wanneer werd gecorrigeerd voor HRV-baseline. Bij proefpersonen die de affectieve versie zagen, was de hartslagvariabiliteit gemiddeld $.08$ hoger dan bij proefpersonen die de instrumentele versie zagen. Echter, als ook werd gecorrigeerd voor de drie relevante persoonskenmerken, werd een significant verband gevonden waarbij de hartslagvariabiliteit van proefpersonen die de affectieve versie zagen gemiddeld $.10$ hoger was dan voor de proefpersonen die de instrumentele versie zagen. Voor de andere twee uitspraken, "Ik kan me voorstellen dat het erg vervelend is." en "Nu ik u verhaal gehoord heb, kan ik me voorstellen dat het erg vervelend voor u is." werd geen verband gevonden tussen de aanwezigheid van verbale affectieve

communicatie-elementen en hartslagvariabiliteit. Voor de verschillen op hartslagvariabiliteit die voor uitspraak twee en drie zijn gevonden, betekent het dat de proefpersonen die het consult zagen waaraan de vier verbale affectieve communicatie-elementen waren toegevoegd, minder angst ervoeren dan de proefpersonen die het consult met daarin uitsluitend instrumentele informatie zagen (Berntson & Cacioppo, 2004).

In tegenstelling tot hypothese 2 omtrent huidgeleiding, kan, op basis van de psychofysiologische metingen, niet worden gezegd dat de huidgeleiding werd beïnvloed door het horen van de vier verbale affectieve communicatie-elementen.

Op voorhand werd verwacht dat proefpersonen die de affectieve versie van het videofragment zagen, zouden verwachten dat de pijn minder lang zou aanhouden, dat zij meer controle zouden hebben over de pijn en dat de behandeling effectiever zou zijn, dan proefpersonen die het consult met daarin uitsluitend instrumentele informatie te zien kregen. Deze verwachting, zoals geformuleerd in hypothese 3, werd niet bevestigd: er is geen verband gevonden tussen verwachtingen en de aanwezigheid van verbale affectieve communicatie-elementen.

Ook hypothese 4 omtrent zelf-gerapporteerde angst kon niet worden bevestigd. Er werd niet gevonden dat proefpersonen minder angst ervoeren na het zien van de affectieve versie dan na het zien van het consult met daarin uitsluitend instrumentele informatie.

Vooraf werd verwacht dat proefpersonen die het affectieve videofragment te zien kregen, vaker het advies van de arts zouden opvolgen dan proefpersonen die het consult met daarin uitsluitend instrumentele informatie zagen. Deze verwachting, zoals geformuleerd in hypothese 5, kan niet worden onderschreven door het huidige onderzoek.

Ook hypothese 6, na het zien van een consult met verbale affectieve communicatie-elementen verwachten patiënten dat zij minder kans hebben op het krijgen van rugpijn dan na het zien van het consult met daarin uitsluitend instrumentele informatie, kon niet worden bevestigd.

Tevens werd er, in tegenstelling tot hypothese 7, geen verband gevonden tussen de aanwezigheid van verbale affectieve communicatie-elementen en gepercipieerde ernst.

Hypothese 8 omtrent gepercipieerde vatbaarheid kon niet worden bevestigd: proefpersonen die het affectieve videofragment zagen maakten zich niet minder zorgen over het krijgen van rugpijn dan proefpersonen die het consult met daarin uitsluitend instrumentele informatie zagen.

In hypothese 9a werd voor de controlevariabelen begrijpelijkheid, identificatie, transportatie en realisme verwacht dat er geen verband zou worden gevonden met de aanwezigheid van affectieve communicatie-elementen. Deze hypothese werd grotendeels bevestigd, behalve voor begrijpelijkheid: wanneer werd gecorrigeerd voor de drie relevante persoonskenmerken, beoordeelden proefpersonen die de affectieve video zagen het consult gemiddeld .71 begrijpelijker dan proefpersonen die de instrumentele versie zagen. Deze beoordeling werd gedaan op een 7-puntsschaal.

Hypothese 9b die werd geformuleerd met betrekking tot de controlevariabele beoordeling van de affectieve communicatie-elementen, werd bevestigd: het affectieve videofragment werd als affectiever beoordeeld dan het consult met daarin uitsluitend instrumentele informatie. De affectieve versie werd, op een 7-puntsschaal, gemiddeld als .41 begrijpelijker beoordeeld dan de instrumentele versie. Hieruit blijkt dat de manipulatie van de twee versies geslaagd is.

Uit de hiervoor besproken resultaten kan, ter beantwoording op de hoofdvraag, worden gezegd dat het toevoegen van verbale affectieve communicatie-elementen slechts beperkt van invloed is op de hartslagvariabiliteit van de proefpersonen, de begrijpelijkheid van het consult en de beoordeling van de arts op affectieve eigenschappen. De aanwezigheid van deze elementen is niet van invloed op de huidgeleiding van de proefpersonen, zelf-gerapporteerde angst, intentie, risicoperceptie, gepercipieerde ernst en gepercipieerde vatbaarheid. Ook werd er geen verband gevonden met de controlevariabelen identificatie, transportatie en realisme.

5. Discussie

Het huidige onderzoek liet zien dat, in tegenstelling tot de vooraf gestelde verwachtingen, het toevoegen van verbale affectieve communicatie-elementen aan een consult met uitsluitend instrumentele informatie bij de huisarts slechts beperkt van invloed is op de hartslagvariabiliteit van de proefpersonen, de begrijpelijkheid van het consult en de beoordeling van de arts op affectieve eigenschappen. Er werd geen verband gevonden tussen de aanwezigheid van de verbale affectieve communicatie-elementen en de primaire afhankelijke variabelen huidgeleiding, verwachtingen, zelf-gerapporteerde angst, intentie, risicoperceptie, gepercipieerde ernst en gepercipieerde vatbaarheid.

De bevindingen van dit onderzoek dragen bij aan het verder ontleden van het containerbegrip 'arts-patiëntcommunicatie', een probleem aangekaart door Verheul en Bensing (2008). Zij stelden dat het belangrijk is communicatie uit te splitsen in verschillende elementen, om zo duidelijk in beeld te krijgen welke specifieke communicatie-elementen invloed hebben op de communicatie tussen arts en patiënt. In dit onderzoek is dat gedaan door een concreet onderscheid te maken tussen verbale en non-verbale componenten van affectieve communicatie, iets wat in eerdere studies nog niet zo expliciet gedaan werd. Op basis van de huidige studie moet worden gezegd dat verbale affectieve communicatie-elementen een beperkte toevoeging hebben ten opzichte van non-verbale affectieve communicatie-elementen.

Dat in eerdere onderzoeken het ontleden van arts-patiëntcommunicatie nog niet zo expliciet werd gedaan, is wellicht ook de reden dat er resultaten werden gevonden die niet overeenkomen met de vooraf geformuleerde verwachtingen. Eerder werd, door het toevoegen van een aantal affectieve uitspraken, bewerkstelligd dat patiënten minder angst ervaren, positievere verwachtingen hebben, meer onthouden van de boodschap en een positievere houding hebben ten aanzien van de arts (Fogarty et al., 1999; Van Osch et al., 2014; Sep et al., 2014; Verheul, Sanders & Bensing, 2010). Echter, in deze onderzoeken werden er videofragmenten voorgelegd waarin de arts ofwel zowel verbaal als non-verbaal koud en formeel was, ofwel zowel verbaal als non-verbaal warm en vriendelijk. In de huidige studie is ervoor gekozen

om de non-verbale communicatie, op een affectieve wijze, in beide versies gelijk te houden. Alleen de verbale communicatie werd gemanipuleerd: in de ene versie gaf de arts alleen instrumentele informatie, in de andere versie werden hieraan verbale affectieve elementen toegevoegd. Dit heeft er dus wellicht voor gezorgd dat er in dit onderzoek beperktere effecten zijn gevonden dan in voorgaande studies.

Een andere oorzaak kan de context van het consult zijn. Een groot deel van eerdere onderzoeken werd gedaan in het subgenre slechtnieuwsconsult. De emoties die bij dergelijke gesprekken een rol spelen zijn veel groter dan bij een uitslaggesprek van een alledaagse klacht. Mogelijkerwijs is het wel of niet aanwezig zijn van deze emoties van invloed op de onderzochte verbanden. Een vervolgstudie zou zich kunnen richten op deze contextverschillen.

Ook zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op het aantal affectieve statements, de inhoud van die uitspraken en het moment waarop deze worden gedaan. In het huidige onderzoek is in lijn met voorgaande studies gekozen voor vier affectieve uitspraken. Deze uitspraken bleken slechts beperkt van invloed op de hartslagvariabiliteit. Wellicht dat als meer affectieve uitspraken door de arts worden gedaan, dit wel van grotere invloed is op de hartslagvariabiliteit en/of huidgeleiding. Tevens kan onderzoek worden gedaan naar de inhoud en formulering van het affectieve statement. In deze studie zijn twee relatief korte (“Dat moet erg lastig voor u zijn.” en “Ik kan begrijpen hoe u zich voelt.”) en twee langere (“Ik kan me voorstellen dat het erg vervelend voor u is.” en “Nu ik u verhaal gehoord heb, begrijp ik dat het erg vervelend voor u is.”) uitspraken gebruikt. Er werd wel een verband gevonden met hartslagvariabiliteit voor de twee kortere uitspraken, maar niet voor de langere. Er is vervolgonderzoek nodig om met zekerheid te kunnen vaststellen of dit ligt aan de lengte van de uitspraak. Daarnaast kan worden onderzocht of het moment van uitspreken er toedoet. In de gebruikte videofragmenten werden de uitspraken gedaan tijdens de fasen anamnese en diagnose. Vervolgonderzoek kan zich richten op andere fasen van het consult, wellicht dat er dan meerdere en/of grotere verbanden worden gevonden. Een andere invalshoek met betrekking tot het moment waarop de affectieve uitspraak wordt gedaan, is kijken naar wat de patiënt voorafgaand aan de affectieve uiting heeft gezegd. De eerste drie toegevoegde verbale affectieve communicatie-uitingen in het huidige onderzoek lijken een

versterkend effect te hebben op wat de patiënt voorafgaand aan die uitspraak heeft gezegd: in de uitspraken worden de klachten van de patiënt direct erkend en toont de arts haar begrip. Voor twee van deze uitspraken is een effect gevonden op hartslagvariabiliteit. In het consult uit het videofragment wordt de vierde affectieve uitspraak gedaan na een moment van dertien seconden waarin de arts zich uitsluitend richtte op haar computer. De klachten van de patiënt worden hier niet direct erkend; dit gebeurt pas na dertien seconden. Voor deze uitspraak is geen effect gevonden op hartslagvariabiliteit. Vervolgonderzoek is nodig om vast te stellen of de verbale affectieve uitspraak van de arts de uitspraak van de patiënt daadwerkelijk kan versterken.

Een beperking van dit onderzoek is dat het geslacht van de proefpersonen niet gelijk verdeeld was over de twee condities. Dit had voornamelijk als oorzaak dat er slechts een klein aantal mannen meedeed aan het onderzoek. Hoewel er gecorrigeerd is voor geslacht in de analyses, hebben de resultaten van deze studie voornamelijk betrekking op vrouwen. Voor de generaliseerbaarheid moet in de toekomst voor een betere man/vrouw-verdeling worden gezorgd. Voor dit eventuele vervolgonderzoek kan, als het om specifieke lage rugpijn gaat, gebruik worden gemaakt van videofragmenten die in de huidige studie zijn gebruikt. Het geslacht van de proefpersonen bleek namelijk niet van invloed op identificatie.

Tevens kan in een vervolgstudie worden onderzocht of er misschien een relatie is tussen de begrijpelijkheid van een consult en de mate waarin de boodschap uit het consult wordt onthouden. In eerdere onderzoeken werd door Sep et al. (2014) en Van Osch et al. (2014) gevonden dat een consult met affectieve statements later beter wordt herinnerd dan een consult zonder deze statements. In de huidige studie werd gevonden dat het affectieve consult begrijpelijker werd beoordeeld dan het consult met daarin uitsluitend instrumentele informatie. Het lijkt daarom erg interessant om na te gaan of de mate waarin een boodschap wordt herinnerd, samenhangt met de begrijpelijkheid van een consult. Wellicht is begrijpelijkheid een mechanisme dat een rol speelt achter herinnering.

Ook kan in de toekomst onderzoek worden gedaan met echte patiënten, omdat zij daadwerkelijk ervaring hebben met de beschreven klachten in het stimulusmateriaal.

Zij weten hoe het is om te leven met deze klachten, en wat de gevolgen ervan zijn in het dagelijks leven. Dit geeft onder andere beter inzicht in de intentie, bijvoorbeeld omtrent beweging. Het ervaren van bewegingsangst is een bekende belemmering voor herstel bij specifieke lage rugpijn (Chavannes et al., 2005). Deze angst wordt daadwerkelijk gevoeld door en is bekend bij patiënten die last hebben van lage rugpijn, en is wellicht onbekend bij mensen die hier nog nooit last van hebben gehad. Wel speelt bij het laten deelnemen van echte patiënten ethiek een grote rol. De manipulatie moet dan op een zeer zorgvuldige manier worden opgesteld, omdat er echte patiënten worden ingezet. De arts moet integer handelen en de patiënten mogen niet het risico lopen dat hun gezondheidssituatie verslechtert.

Op basis van het huidige onderzoek kan aan artsen een tweeledig advies worden gegeven. Ten eerste is het voornamelijk van belang dat zij een non-verbale affectieve houding aannemen: de patiënt op een vriendelijke manier welkom heten, een open lichaamshouding aannemen en regelmatig oogcontact met de patiënt maken. Daarnaast mag het doen van extra verbale affectieve uitingen ook niet vergeten worden, omdat deze een rol lijken te spelen bij de begrijpelijkheid van het consult. Het is namelijk van groot belang dat de informatie gegeven in het consult begrepen wordt door patiënten. Daarom moet dus ook aan het doen van verbale affectieve communicatie-uitingen worden gedacht.

3. Literatuurlijst

- Bensing, J.M. & Meeuwesen, L. (1996). Communicatie tussen hulpverlener en patiënt. In J. Verhulst, A.L.C.M. Henkelman & R.A.C. Hoksbergen (Red.), *Werken aan gezondheid: omgaan met kwetsbaarheid* (pp. 83-93). Utrecht: Lemma.
- Ben-Sira, Z. (1980). Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: An additional dimension of interaction theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(2), pp. 170-180.
- Berntson, G.G. & Cacioppo, J.T. (2004). Heart Rate Variability: Stress and Psychiatric Conditions. In M. Malik & A.J. Camm (Red.), *Dynamic Electrocardiography* (1e ed., pp. 56-63). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Bij, A.K. van der, Weerd, S. de, Cikot, R.J.L.M., Steegers, E.A.P. & Braspenning, J.C.C. (2003). Validation of the Dutch Short Form of the State Scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory: Considerations for Usage in Screening Outcomes. *Community Genetics*, 6(2), pp. 84-87.
- Blanch-Hartigan, D., Hall, J.A., Krupat, E. & Irish, J.T. (2013). Can Naive Viewers Put Themselves in the Patients' Shoes? Reliability and Validity of the Analogue Patient Methodology. *Medical Care*, 51(3), pp. 16-21.
- Brink-Muinen, A. van den, Dulmen, A.M. van, Jung, J.M. & Bensing, J.M. (2007). Do our talks with patients meet their expectations? Yes, for the most part. *Journal of Family Practices*, 56(7), pp. 559-568.
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), pp. 631-637.
- Butalid, L. (2015). *Changes in doctor-patient communication in general practice* (Proefschrift, Universiteit van Utrecht). Verkregen via <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Ligaya-Butalid.pdf>
- Chavannes, A.W., Mens, J.M.A., Koes, B.W., Lubbers, W.J., Ostelo, R., Spinnewijn, W.E.M. & Kolnaar, B.G.M. (2005). NHG-Standaard Aspecifieke Lage Rugpijn (Eerste Herziening). *Huisarts Wet*, 48(3), pp. 113-123.
- Cohen, J. (2001). Defining Identification: A Theoretical Look at the Identification of Audiences With Media Characters. *Mass Communication & Society*, 4(3), pp. 245-264.
- Dulmen, A.M. van & Bensing, J.M. (2001). *The effect of context in health care: A*

- programming study*. Den Haag: RGO.
- Dulmen, A.M. van & Bensing, J.M. (2002). Health promoting effects of the physician-patient encounter. *Psychology, Health & Medicine*, 7(3), pp. 289-300.
- Fogarty, L.A., Curbow, B.A., Wingard, J.R., McDonnall, K. & Somerfield, M.R. (1999). *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), pp. 371-379.
- Goodchild, C.E., Skinner, T.C. & Parkin, T. (2005). The value of empathy in dietetic consultations. A pilot study to investigate its effect on satisfaction, autonomy and agreement. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 18(3), pp. 181-185.
- Graaf, A. de, Hoeken, H., Sanders, J. & Beentjes, J.W.J. (2012). Identification as a Mechanism of Narrative Persuasion. *Communication Research*, 39(6), pp. 802-823.
- Gudde-Kuiper, P., Reitsma-Rooijen, M. van, Zijlstra, C. & Jong, J. de (2012). Angst: een bijwerking van de bijsluiter? Verkregen via <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/angst-bijsluiter.pdf>
- Haes, J.C.J.M. de, Hoos, A.M. & Everdingen, J.J.E. van (1999). *Communiceren met patiënten*. Maarssen: Elsevier/Bunge.
- Haskard, K.B., DiMatteo, M.R. & Heritage, J. (2009). Affective and Instrumental Communication in Primary Care Interactions: Predicting the Satisfaction of Nursing Staff and Patients. *Health Communication*, 24(1), pp. 21-32.
- Hojat, M., Honnella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S., Vergare, M. & Magee, M. (2002). Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), pp. 1563-1569.
- Hojat, M., Louis, D.Z., Markham F.W., Wender, R., Babinowitz, C. & Gonnella, J.S. (2011). Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Academic Medicine*, 86(3), pp. 359-364.
- Kamoen, N., Holleman, B. & Bergh, H. van den (2007). Hoe makkelijk is een niet moeilijke tekst? Een meta-analyse naar het effect van vraagformulering in tekstevaluatieonderzoek. *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, 29(4), pp. 314-332.
- Kash, K.M., Holland, J.C., Halper, M.S. & Miller, D.G. (1992). Psychological distress and surveillance behaviours of women with a family history of breast cancer. *Journal of National Cancer Institution*, 84(1), pp. 24-30.
- Kim, S.S., Kaplowitz, S. & Johnston, M.V. (2004). The Effects of Physician Empathy

- on Patient Satisfaction and Compliance. *Evaluation and the Health Professions*, 27(3), pp. 237-251.
- Ong, L.M.L., Haes, J.C.J.M. de, Hoosjand, A.M. & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), pp. 903-918.
- Osch, M. van, Sep, M., Vliet, L.M. van, Dulmen, S. van & Bensing, J.M. (2014). Reducing Patients' Anxiety and Uncertainty, and Improving Recall in Bad News Consultations. *Health Psychology*, 33(11), pp. 1382-1390.
- Petersen, G.L., Finnerup, N.B., Colloca, L., Amanzio, M., Price, D.D., Jensen, T.S. & Vase, L. (2014). The magnitude of placebo effects in pain: A meta-analysis. *Pain*, 155(8), pp. 1426-1434.
- Roter, D.L., Stewart, M., Putna, S.M., Lipkin Jr., M., Stiles, W. & Inui T.S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, 277(4), pp. 350-356.
- 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), pp. 45-52.
- Sixma, H.J., Kerssens, J.J., Campen, C. van & Peters, L. (1998). Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measurement instrument. *Health Expectations*, 1(2), pp. 82-95.
- Spaendonck, K. van & Kraaimaat, F. (2006). *Communicatie in de medische praktijk*. Nijmegen: Afdeling Medische Psychologisch, UMC St Radboud.
- Spielberger, C.D. (1985). Assessment of state and trait anxiety: conceptual and methodological issues. *Southern Psychologist*, 2(4), pp. 6-16.
- Tates, K., Meeuwesen, L., Bensing, J. & Elbers, E. (2002). Joking or decision making? Affective and instrumental behavior in doctor-parent-child communication. *Psychology & Health*, 17(3), pp. 281-295.
- Varelmann, D., Pancaro, C., Cappiello, E.C. & Camann, W.R. (2010). Nocebo-Induced Hyperalgesia During Local Anesthetic Injection. *Anesthesia and Analgesia*, 110(3), pp. 868-870.
- Verheul, W. & Bensing, J.M. (2008). Het placebo-effect in de huisartsenpraktijk: communicatie als medicijn. *Bijblijven*, 24(2), pp. 38-44.

- Verheul, W., Sanders, A. & Bensing, J.M. (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), pp. 300-306.
- Vliet, L.M. van, Wall, E. van der, Albada, A., Spreeuwenberg, P.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), pp. 1528-1543.
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (1994). Geraadpleegd 1 maart 2015 van http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/volledig/geldigheidsdatum_06-06-2013#Boek7_Titel7_Afdeling5

Bijlage 1: Script videofragment – instrumentele versie

Patiënt: Goedemorgen.

Huisarts: Goedemorgen, dokter de Jong.

Mirte van Breemen.

Gaat u zitten.

Dank je wel.

Wat kan ik voor u doen mevrouw van Breemen?

Ik ben gisterochtend wakker geworden met verschrikkelijke last van mijn rug. Ik heb er echt zo'n last van dat ik dacht, ik bel meteen voor een afspraak en daarom zit ik nu hier.

Heeft u enig idee wat het zo kunnen zijn, die rugpijn?

Nou, ik moet steeds aan een hernia denken dus ik hoop dat het dat natuurlijk niet is.

Kunt u de pijn voor mij omschrijven? Is het een doffe pijn, of is het een scherpe pijn? Heeft u last van steken?

Ik zou niet zeggen scherp, maar ook niet dof. Lastig...

Niet specifiek last van steken ergens?

Nee, geen steken nee.

Kunt u aangeven waar de pijn precies zit in de onderrug?

Ja, echt helemaal in mijn onderrug.

Dus over de hele breedte van de rug?

Ja.

En heeft u daarbij ook last van urineverlies?

Nee, gelukkig niet.

Straalt de pijn uit naar uw benen?

Nee.

Heeft u een koud of dof gevoel in uw rug of ergens anders?

Nee, ook niet.

Heeft u nog gewoon gevoel in uw benen?

Ja.

En heeft u moeten hoesten of niezen, en had dat nog invloed op de pijn?

Nou, hoesten hoef ik niet. Niezen heb ik wel gedaan en dat is niet fijn.

Wordt de pijn erger door het niezen?

Mijn rugpijn?

Ja, de rugpijn.

Nee.

Heeft u koorts gehad de afgelopen dagen?

Nee, ik denk het niet.

U heeft dus niet echt extra klachten, behalve de rugpijn natuurlijk. Heeft u dit al eens eerder meegemaakt?

Nee, nog nooit zo heftig.

En het is gisterochtend begonnen?

Ja.

En is er toen iets specifiek gebeurd waardoor de pijn zou kunnen zijn veroorzaakt?

Nee, ik heb er echt over nagedacht. De dag daarvoor ben ik gewoon gaan werken. Ik ben ook niet gevallen of zo. Ik werd wakker en toen was het zo.

Wat voor werk doet u?

Ik ben administratief medewerker bij een verzekeringsmaatschappij.

En de pijn is gisterochtend begonnen... wat heeft u in de loop van de dag gedaan?

Nou, ik werd dus wakker met zo'n erge pijn dat ik dacht, zo kan ik echt niet naar het werk. Ik ga altijd met de auto naar het werk, dus ik heb ook meteen gebeld.

Vervelend voor mijn collega's, maar ik moest echt mijn werk afzeggen. Ik kreeg niet eens mijn sokken aan, zo'n pijn doet het.

U kreeg uw sokken niet aan zegt u. Heeft u ook nog pijn in andere houdingen?

Nou, het zijn niet specifiek houdingen die pijn doen, maar meer als ik iets wil gaan doen.

Dus als ik het goed begrijp is het niet echt mogelijk om de alledaagse dingen te doen op dit moment?

Nee, ik heb gisteren ook echt rustig aan gedaan. Ik heb eigenlijk helemaal niks gedaan. Toen ik ben gaan slapen heb ik nog wel een paracetamol genomen en toen ging het slapen wel een beetje. Dus toen heb ik gelukkig wel een paar uurtjes slaap kunnen pakken.

Dus u heeft zelf wat paracetamol ingenomen tegen de pijn. Hoeveel paracetamol heeft u toen ingenomen?

2 paracetamoltabletten van 500 milligram geloof ik.

En heeft u, naast de paracetamol, nog andere dingen geprobeerd om de pijn te verminderen?

Ik heb een warme douche genomen want ik dacht dat ik gewoon iets verrekt had of zo, maar dat hielp ook niet.

Dus paracetamol is het enige wat echt helpt?

Ja, ik heb toen in elk geval een paar uurtjes slaap kunnen pakken.

Dus als ik het goed begrijp heeft u sinds gisterochtend onderrugpijn.

Paracetamol is eigenlijk het enige wat op dit moment helpt. Een warme douche heeft geen zin, maar de pijnstilling dat heeft wel effect gehad.

Ja.

Op basis van wat u mij zojuist heeft verteld, denk ik niet dat het een hernia is.

Bij een hernia passen hele specifieke klachten, zoals een dof gevoel en steken, en daar heeft u geen last van. De klachten die bij u van toepassing zijn, daarbij denk ik meer aan aspecifieke lage rugpijn.

Aspecifieke lage rugpijn, wat houdt dat dan in?

Aspecifieke lage rugpijn is eigenlijk een onschuldige vorm van rugpijn. Wat de oorzaak is weten we niet, maar vermoedelijk het samenspel van banden, spieren en botten dat niet helemaal meer goed functioneert of beweegt. Er is ook eigenlijk geen behandeling voor. Wel hebben we gezien dat bewegen het herstel bevordert en de heftigste pijn is meestal na enkele dagen verdwenen.

Oké... dus ik moet meer gaan bewegen?

Ja, u vertelde mij dat u juist minder bent gaan doen, maar het is heel belangrijk dat u bij deze rugklachten juist meer gaat bewegen.

Dus ondanks dat het meer pijn doet? Want ik heb juist heel veel last bij bewegen.

Ja, ook al is het moeilijk, het is belangrijk dat u blijft bewegen. Het is niet zo dat door de pijn de schade of ziekte juist ontstaat. Het is eerder zo dat het herstel bevordert, want als u niet beweegt loopt u het gevaar dat u juist stijf wordt en dat de klachten dan alleen maar erger worden.

En als het nu niet minder wordt?

Laten we afspreken dat als de pijn niet minder wordt dat u dan over een week weer een afspraak met mij maakt en dat we dan even verder kijken. Maar de verwachting is dat het tegen die tijd wel minder is.

Oké, dat is goed.

Heeft u verder nog vragen voor mij?

Nee, ik denk dat dit het was.

Oké, dan laten we het hier bij. Ik wens u een fijne dag verder.

Dank u wel.

Tot ziens.

Tot ziens.

Bijlage 2: Script videofragment – affectieve versie *

*De vier verbale affectieve communicatie-uitingen zijn geel gearceerd.

Goedemorgen.

Goedemorgen, dokter de Jong.

Mirte van Breemen.

Gaat u zitten.

Dank je wel.

Wat kan ik voor u doen mevrouw van Breemen?

Ik ben gisterochtend wakker geworden met verschrikkelijke last van mijn rug. Ik heb er echt zo'n last van dat ik dacht, ik bel meteen voor een afspraak en daarom zit ik nu hier.

Heeft u enig idee wat het zo kunnen zijn, die rugpijn?

Nou, ik moet steeds aan een hernia denken dus ik hoop dat het dat natuurlijk niet is.

Kunt u de pijn voor mij omschrijven? Is het een doffe pijn, of is het een scherpe pijn? Heeft u last van steken?

Ik zou niet zeggen scherp, maar ook niet dof. Lastig...

Niet specifiek last van steken ergens?

Nee, geen steken nee.

Kunt u aangeven waar de pijn precies zit in de onderrug?

Ja, echt helemaal in mijn onderrug.

Dus over de hele breedte van de rug?

Ja.

En heeft u daarbij ook last van urineverlies?

Nee, gelukkig niet.

Straalt de pijn uit naar uw benen?

Nee.

Heeft u een koud of dof gevoel in uw rug of ergens anders?

Nee, ook niet.

Heeft u nog gewoon gevoel in uw benen?

Ja.

En heeft u moeten hoesten of niezen, en had dat nog invloed op de pijn?

Nou, hoesten hoef ik niet. Niezen heb ik wel gedaan en dat is niet fijn.

Wordt de pijn erger door het niezen?

Mijn rugpijn?

Ja, de rugpijn.

Nee.

Heeft u koorts gehad de afgelopen dagen?

Nee, ik denk het niet.

U heeft dus niet echt extra klachten, behalve de rugpijn natuurlijk. Heeft u dit al eens eerder meegemaakt?

Nee, nog nooit zo heftig.

En het is gisterochtend begonnen?

Ja.

En is er toen iets specifiek gebeurd waardoor de pijn zou kunnen zijn veroorzaakt?

Nee, ik heb er echt over nagedacht. De dag daarvoor ben ik gewoon gaan werken. Ik ben ook niet gevallen of zo. Ik werd wakker en toen was het zo.

Wat voor werk doet u?

Ik ben administratief medewerker bij een verzekeringsmaatschappij.

En de pijn is gisterochtend begonnen... wat heeft u in de loop van de dag gedaan?

Nou, ik werd dus wakker met zo'n erge pijn dat ik dacht, zo kan ik echt niet naar het werk. Ik ga altijd met de auto naar het werk, dus ik heb ook meteen gebeld.

Vervelend voor mijn collega's, maar ik moest echt mijn werk afzeggen. Ik kreeg niet eens mijn sokken aan, zo'n pijn doet het.

Ik kan me voorstellen dat het erg vervelend voor u is, want u heeft pijn bij het sokken aantrekken gaf u aan. Heeft u ook nog pijn in andere houdingen?

Nou, het zijn niet specifiek houdingen die pijn doen, maar meer als ik iets wil gaan doen.

Dat moet erg lastig voor u zijn, want het klinkt niet alsof u de alledaagse dingen nu goed kan uitoefenen. Klopt dat?

Nee, ik heb gisteren ook echt rustig aan gedaan. Ik heb eigenlijk helemaal niks gedaan. Toen ik ben gaan slapen heb ik nog wel een paracetamol genomen en toen ging het slapen wel een beetje. Dus toen heb ik gelukkig wel een paar uurtjes slaap kunnen pakken.

Ik kan begrijpen hoe u zich voelt. Hoeveel paracetamol heeft u genomen?

2 paracetamoltabletten van 500 milligram geloof ik.

En heeft u, naast de paracetamol, nog andere dingen geprobeerd om de pijn te verminderen?

Ik heb een warme douche genomen want ik dacht dat ik gewoon iets verrekt had of zo, maar dat hielp ook niet.

Dus paracetamol is het enige wat echt helpt?

Ja, ik heb toen in elk geval een paar uurtjes slaap kunnen pakken.

Dus als ik het goed begrijp heeft u sinds gisterochtend onderrugpijn.

Paracetamol is eigenlijk het enige wat op dit moment helpt. Een warme douche heeft geen zin, maar de pijnstilling dat heeft wel effect gehad.

Ja.

Nu ik uw verhaal gehoord heb, begrijp ik dat het erg vervelend voor u is, maar uw klachten passen niet bij een hernia. Bij een hernia passen hele specifieke klachten, zoals een dof gevoel en steken, en daar heeft u geen last van. De klachten die bij u van toepassing zijn, daarbij denk ik meer aan aspecifieke lage rugpijn.

Aspecifieke lage rugpijn, wat houdt dat dan in?

Aspecifieke lage rugpijn is eigenlijk een onschuldige vorm van rugpijn. Wat de oorzaak is weten we niet, maar vermoedelijk het samenspel van banden, spieren en botten dat niet helemaal meer goed functioneert of beweegt. Er is ook eigenlijk geen behandeling voor. Wel hebben we gezien dat bewegen het herstel bevordert en de heftigste pijn is meestal na enkele dagen verdwenen.

Oké... dus ik moet meer gaan bewegen?

Ja, u vertelde mij dat u juist minder bent gaan doen, maar het is heel belangrijk dat u bij deze rugklachten juist meer gaat bewegen.

Dus ondanks dat het meer pijn doet? Want ik heb juist heel veel last bij bewegen.

Ja, ook al is het moeilijk, het is belangrijk dat u blijft bewegen. Het is niet zo dat door de pijn de schade of ziekte juist ontstaat. Het is eerder zo dat het herstel bevordert, want als u niet beweegt loopt u het gevaar dat u juist stijf wordt en dat de klachten dan alleen maar erger worden.

En als het nu niet minder wordt?

Laten we afspreken dat als de pijn niet minder wordt dat u dan over een week weer een afspraak met mij maakt en dat we dan even verder kijken. Maar de verwachting is dat het tegen die tijd wel minder is.

Oké, dat is goed.

Heeft u verder nog vragen voor mij?

Nee, ik denk dat dit het was.

Oké, dan laten we het hier bij. Ik wens u een fijne dag verder.

Dank u wel.

Tot ziens.

Tot ziens.

Bijlage 3: Vragenlijst



Radboud Universiteit

Fijn dat u wilt meewerken aan dit experiment! Dit onderzoek wordt gedaan vanuit de Radboud Universiteit, opleiding Communicatie- en Informatiewetenschappen. Het betreft een onderzoek naar arts-patiëntcommunicatie.

Om te beginnen zal u zo dadelijk worden gevraagd een formulier in te vullen, waarin u aangeeft akkoord te gaan met de verwerking van de resultaten. Dan zal de meetapparatuur voor hartslagvariabiliteit en huidgeleiding worden aangesloten. Daarna volgt een korte situatieschets, gevolgd door een drietal vragen. Daarna kijkt u naar een videofragment, waarover u vervolgens nog een aantal vragen zal invullen.

Voor het beantwoorden van de vragen is het belangrijk dat u zich gedurende het hele onderzoek inleeft in de patiënt uit de geschetste situatie. Dezelfde patiënt zult u ook in een videofragment te zien krijgen. Probeer u zich zo veel mogelijk in haar te verplaatsen (wat zij denkt, voelt, etc.) en beantwoord op basis daarvan de vragen die aan u worden voorgelegd.

De antwoorden op de vragen zijn persoonlijk: u kunt geen goede of foute antwoorden geven. U wordt dan ook verzocht de vragen zo eerlijk mogelijk te beantwoorden. Uw gegevens zullen anoniem worden verwerkt.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Voordat u kunt beginnen met het onderzoek, is het belangrijk dat u zich inleeft in de volgende situatie. Leest u deze aandachtig door:

“Sinds gisterochtend heeft u last van heel erge rugpijn, onderin uw rug. U weet niet wat het precies is, u denkt dat het misschien wel een hernia kan zijn. U heeft de pijn nog nooit eerder gevoeld en u weet niet wat de oorzaak van de klachten is. Ook heeft u zich hierdoor ziek gemeld op uw werk. Met een warme douche, door te rusten en door het nemen van twee paracetamols voor het slapen gaan, heeft u geprobeerd de pijn te verminderen maar deze maatregelen hadden geen invloed op de pijn. Daarom heeft u besloten een afspraak te maken bij de huisarts.”

Voor het beantwoorden van de vragen die hierna volgen, is het belangrijk dat u zich goed kunt inleven in bovenstaande situatie. Lees daarom, indien nodig, de situatie nogmaals door. Beantwoord daarna de onderstaande vragen vanuit die situatie.

Hoe lang denkt u dat de rugpijn nog zal aanhouden?

Erg kort 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Voor altijd

Hoeveel controle denkt u over de pijn te zullen hebben?

Geen controle 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Volledige controle

In hoeverre denkt u dat een behandeling zal helpen tegen de rugpijn?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Heel erg

Nu volgt een videofragment van een consult bij de huisarts, dat is gemaakt vanwege de rugpijn. Probeer u zich in te beelden dat u in de stoel van de patiënt zit. Kijk en luister goed naar het consult en probeert u zich zo goed mogelijk in te leven in de situatie van de patiënt.

Beantwoord nu onderstaande vragen op basis van het consult bij de huisarts dat u zojuist heeft gezien.

Hoe lang denkt u dat de rugpijn nog zal aanhouden?

Erg kort 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Voor altijd

Hoeveel controle denkt u over de pijn te zullen hebben?

Geen controle 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Volledige controle

In hoeverre denkt u dat een behandeling zal helpen tegen de rugpijn?

Helemaal niet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Heel erg

Geef een oordeel over uw gevoelens tijdens het kijken naar het consult bij de huisarts.

Ik voelde me kalm.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

Ik voelde me gespannen.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

Ik was van streek.

Heel erg 1 2 3 4 Helemaal niet

Ik voelde me ontspannen.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

Ik voelde me tevreden.

Heel erg 1 2 3 4 Helemaal niet

Ik was bezorgd.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

Beantwoord nu onderstaande vragen over het videofragment.

De huisarts...

De huisarts gaf de patiënt voldoende aandacht.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

De huisarts luisterde goed naar de patiënt.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

De huisarts nam voldoende tijd voor de patiënt.

Heel erg 1 2 3 4 Helemaal niet

De huisarts was vriendelijk.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

De huisarts was eerlijk tegen de patiënt.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

De huisarts nam de klachten van de patiënt serieus.

Heel erg 1 2 3 4 Helemaal niet

De huisarts was empathisch.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

Het advies...

Zou u het advies over de activiteiten in het dagelijks leven opvolgen?

Zeker niet 1 2 3 4 5 6 7 Zeker wel

Zou u het advies over het maken van een eventuele vervolgafspraak opvolgen?

Zeker niet 1 2 3 4 5 6 7 Zeker wel

Nu volgen wat algemenere vragen over het kijken naar het videofragment.

Ik leefde mee met de patiënt tijdens het kijken naar het consult.

Volledig mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Volledig mee eens

Ik beleefde de gebeurtenissen uit het consult op dezelfde manier als de patiënt.

Volledig mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Volledig mee eens

Ik begrijp waarom de patiënt naar de huisarts ging.

Volledig mee eens 1 2 3 4 5 6 7 Volledig mee oneens

Tijdens het kijken naar het consult, kon ik me voorstellen wat er in de patiënt omging.

Volledig mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Volledig mee eens

Ik kan de patiënt vergelijken met mezelf.

Volledig mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Volledig mee eens

Mijn aandacht was volledig bij het kijken naar het videofragment.

Volledig mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Volledig mee eens

Tijdens het kijken naar de video waren mijn gedachten volledig bij het consult dat ik zag in de video.

Volledig mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Volledig mee eens

Tijdens het kijken naar het consult had ik het gevoel dat ik deelnam aan een echt consult bij de huisarts.

Helemaal niet 1 2 3 4 5 Heel erg

Het consult in het videofragment lijkt op een echt consult bij de huisarts.

Helemaal niet 1 2 3 4 5 Heel erg

Beoordeel onderstaande stellingen over het verloop van het consult uit het videofragment.

Makkelijk	1	2	3	4	5	6	7	Moeilijk
Eenvoudig	1	2	3	4	5	6	7	Ingewikkeld
Duidelijk	1	2	3	4	5	6	7	Onduidelijk
Onoverzichtelijk	1	2	3	4	5	6	7	Overzichtelijk
Omslachtig	1	2	3	4	5	6	7	Bondig
Logisch opgebouwd	1	2	3	4	5	6	7	Onlogisch opgebouwd

Nu volgen enkele vragen over het krijgen en hebben van rugpijn.

Hoe waarschijnlijk denkt u dat het is dat u rugpijn zal krijgen?

Zeer onwaarschijnlijk 1 2 3 4 5 6 7 Zeer waarschijnlijk

Hoeveel procent van de mensen van uw leeftijd denkt u dat rugpijn zal krijgen?

_____ %

Hoe schat u uw kansen in op het krijgen van rugpijn in vergelijking met anderen van uw leeftijd?

- Ik heb minder kans op het krijgen van rugpijn.
- Ik heb evenveel kans op het krijgen van rugpijn.
- Ik heb meer kans op het krijgen van rugpijn.

Het hebben van rugpijn lijkt mij...

Helemaal niet ernstig 1 2 3 4 5 6 7 Zeer ernstig

Het hebben van rugpijn zal op activiteiten in het dagelijks leven...

Geen gevolgen 1 2 3 4 5 6 7 Zeer grote gevolgen hebben

Het hebben van rugpijn lijkt mij...

Helemaal niet schadelijk 1 2 3 4 5 6 7 Zeer schadelijk

Over de kans dat ik rugpijn krijg, maak ik me...

Helemaal geen zorgen 1 2 3 4 5 6 7 Heel veel zorgen

Tot slot volgen nog enkele persoonlijke vragen. Bij het beantwoorden hiervan hoeft u niet meer te denken aan de eerder geschetste situatie en het videofragment van het consult bij de huisarts: het gaat hier om uw eigen, persoonlijke situatie.

Geslacht:

- Man
- Vrouw

Leeftijd: _____ jaar

Wat is uw hoogst genoten opleiding? (Op dit moment bezig met een opleiding? Kruis dan het niveau van die opleiding aan)

- Basisonderwijs
- Middelbare school (VMBO, HAVO, VWO)
- Middelbaar onderwijs (MBO)
- Hoger onderwijs (HBO)
- Wetenschappelijk onderwijs (Universiteit)

Burgerlijke staat:

- Alleenstaand
- In een relatie (niet samenwonend of getrouwd)
- Samenwonend of getrouwd
- Gescheiden
- Weduwnaar / weduwe

Heeft u in het verleden last gehad van lage rugpijn?

- Nee, nooit
- Ja, soms
- Ja, regelmatig
- Ja, vaak

Heeft u op dit moment last van lage rugpijn?

- Ja
- Nee

Ruimte voor opmerkingen:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for writing notes or observations.

Bijlage 4: Verklaring ter deelname

CENTRE FOR LANGUAGE STUDIES

TOESTEMMINGSVERKLARING

Naam onderzoek:

Verantwoordelijke onderzoeker:

Verklaring deelnemer

Ik heb uitleg gekregen over het doel van het onderzoek. Ik heb vragen mogen stellen over het onderzoek. Ik neem vrijwillig aan het onderzoek deel. Ik begrijp dat ik op elk moment tijdens het onderzoek mag stoppen als ik dat wil. Ik begrijp hoe de gegevens van het onderzoek bewaard zullen worden en waarvoor ze gebruikt zullen worden. Ik stem in met deelname aan het onderzoek.

Naam: Geboortedatum:

Handtekening: Datum:

Verklaring uitvoerend onderzoeker

Ik verklaar dat ik de hierboven genoemde persoon juist heb geïnformeerd over het onderzoek en dat ik mij houd aan de richtlijnen voor onderzoekers zoals verwoord in het protocol van de Ethische Toetsingscommissie Geesteswetenschappen

Naam:

Handtekening: Datum:.....

Bijlage 5: Regressieanalyses verwachtingen vooraf

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat er geen significant verschil was voor Verwachtingen vooraf blootstelling omtrent het aanhouden van de pijn tussen proefpersonen die de Instrumentele versie te zien kregen en proefpersonen die de Affectieve versie zagen ($B = -.24$, $p = .558$) (zie tabel 46). Daarnaast bleek dat dit verschil ook niet significant was onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = -.38$, $p = .405$) (zie tabel 46). Dit betekent dat er voor blootstelling aan het stimulusmateriaal geen verschil was in Verwachtingen omtrent het aanhouden van de pijn tussen de twee versies.

Tabel 46. Regressieanalyse voor de Verwachtingen voor blootstelling omtrent het aanhouden van de pijn (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	-.24	.41	-.09	-.38	.45	-.13
Geslacht				-.17	.58	-.05
Burgerlijke staat				-.64	.45	-.22
Rugpijn in het verleden				-.16	.54	-.05
<i>R</i> ²	-.01			-.03		
<i>F</i>	.35			.65		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat er geen significant verschil was voor Verwachtingen voor blootstelling omtrent de controle over de pijn tussen proefpersonen die de Instrumentele versie te zien kregen en proefpersonen die de Affectieve versie zagen ($B = -.04$, $p = .940$) (zie tabel 47). Daarnaast bleek dat dit verschil ook niet significant was onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = .11$, $p = .850$) (zie tabel 47). Dit betekent dat er voor blootstelling aan het stimulusmateriaal geen verschil was in Verwachtingen voor blootstelling omtrent de controle over de pijn tussen de twee versies.

Tabel 47. Regressieanalyse voor de Verwachtingen voor blootstelling omtrent de controle over de pijn (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	-.04	.53	-.01	.11	.57	.03
Geslacht				.75	.74	.16
Burgerlijke staat				-.76	.57	-.20
Rugpijn in het verleden				.37	.70	.08
<i>R</i> ²	-.02			-.02		
<i>F</i>	.01			.81		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.

Uit een enkelvoudige regressie bleek dat er geen significant verschil was voor Verwachtingen voor blootstelling omtrent de effectiviteit van een behandeling tussen proefpersonen die de Instrumentele versie te zien kregen en proefpersonen die de Affectieve versie zagen ($B = -.40$, $p = .421$) (zie tabel 48). Daarnaast bleek dat dit verschil ook niet significant was onder constant houding van de drie relevante covariaten ($B = -.42$, $p = .455$) (zie tabel 48). Dit betekent dat er voor blootstelling aan het stimulusmateriaal geen verschil was in Verwachtingen voor blootstelling omtrent de effectiviteit van een behandeling tussen de twee versies.

Tabel 48. Regressieanalyse voor de Verwachtingen voor blootstelling omtrent de effectiviteit van een behandeling (* $p < .05$, ** $p < .010$, *** $p < .001$) ($N = 50$).

Variabelen	Ruw model			Gecorrigeerd model ^F		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Versie	-.40	.55	-.12	-.42	.55	-.12
Geslacht				-.06	.72	-.01
Burgerlijke staat				.25	.55	.07
Rugpijn in het verleden				-.37	.67	-.09
<i>R</i> ²	-.01			-.06		
<i>F</i>	.66			.34		

^F Model gecorrigeerd voor Geslacht, Burgerlijke staat en Rugpijn in het verleden.