Masterscriptie

Kleurrijke communicatie

Effect van kleur van pictogram (op huidskleur afgestemd versus blauw) in communicatie rondom het zelf uitvoeren van een soa-test voor MSM migranten op de begrijpelijkheid, recall en intentie.

Colourful communication

Effect of colour of a pictogram (matched with skincolour versus blue) in communication about a STD self-test for MSM migrants on comprehension, recall and intention.

Sanne Meerman, S. (Sanne)

Masterscriptie

Eerste beoordelaar: Dr. M. Dingemanse

Tweede beoordelaar: Prof. H.H.J. Das

21 juni 2019

11532 woorden



Radboud Universiteit Nijmegen

Samenvatting

De zorgverlening in Nederland is ‘te wit’. De kloof in gezondheidscommunicatie kan negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid van allochtonen. Een manier om gezondheidsboodschappen duidelijker te communiceren is door middel van pictogrammen. Dit blijkt een positief effect te hebben op de recall, begrijpelijkheid en intentie. Niet iedere doelgroep is hetzelfde en daarom is er onderzoek gedaan naar het effect van afgestemde pictogrammen. Hieruit blijkt dat afgestemde pictogrammen een positiever effect kunnen hebben op de begrijpelijkheid en intentie. Maar ook hierbij geldt, niet iedere persoon binnen een doelgroep is hetzelfde. Het is een dilemma voor Soa Aids Nederland, een organisatie gespecialiseerd in oplossingen voor doelgroepen met risico op soa’s en hiv. Zo’n doelgroep zijn Mannen die Seks hebben met Mannen (MSM) met een migratieachtergrond. Soa Aids Nederland heeft in een instructiebrief voor het zelf uitvoeren van een soa-test blauwe pictogrammen gebruikt. De literatuur over pictogrammen geeft echter aan dat afgestemde pictogrammen een positiever effect hebben op de begrijpelijkheid en naleving van de boodschap, maar voor deze doelgroep is er een keerzijde. Doordat er één pictogram is ontworpen voor een groep met verschillende etnische achtergronden, bestaat de kans op stereotypering. Deze stereotypering in de context van een soa-test speciaal voor MSM kan bij de doelgroep het bewustzijn voor het hiv-stigma oproepen. Dit kan een negatief effect hebben op de recall, begrijpelijkheid en intentie. Omdat de literatuur tegenstrijdig is over de effectiviteit van de twee soorten pictogrammen is door middel van een online vragenlijst onderzocht wat het effect is van het soort pictogram in een instructiebrief voor het zelf uitvoeren van een soa-test op de recall, begrijpelijkheid en intentie bij MSM migranten. Uit de resultaten bleek dat het soort pictogram direct effect had op de begrijpelijkheid, op zo een manier dat de begrijpelijkheid lager was na het zien van het afgestemde pictogram. Wat betreft de recall werd geen effect van het soort pictogram gevonden. Tot slot was wat betreft de intentie het effect van het soort pictogram enkel aanwezig in interactie met stereotype bedreiging. Naarmate de stereotype bedreiging sterker werd ervaren was het verschil in de intentie groter tussen de twee verschillende pictogrammen. Dit onderzoek geeft maatschappelijk relevante uitkomsten die direct van toepassing zijn op communicatie-uitingen van Soa Aids Nederland.

Inleiding

In het NRC schreef Rosenberg (2003) dat allochtone patiënten behoefte hebben aan een ander soort zorg dan autochtone patiënten. De zorgverlening in Nederland is volgens onderzoekers en hulpverleners te 'wit'. De levensverwachting van allochtonen ligt 3,5 jaar hoger dan die van autochtonen. De voorspelling is echter dat de levensverwachting van allochtonen de komende jaren door een ongezonde levensstijl en andere sociaaleconomische omstandigheden zal dalen. Allochtonen zouden een andere medische benadering moeten krijgen, maar dit wordt volgens Rosenberg (2003) niet aangeboden. Onbegrip tussen arts en patiënt kan het risico op gezondheidsklachten verhogen (Harmens, in Rosenberg, 2003). Hoe meer onbegrip, hoe groter de kans dat afspraken niet worden nagekomen en recepten niet worden opgehaald (Rosenberg, 2003).

Alhoewel dit krantenartikel gedateerd is, rest de vraag of de gezondheidszorg op dit moment beter is afgestemd op allochtone patiënten. Wat is het effect van de gekozen communicatiemiddelen van gezondheidsorganisaties die vaak te maken hebben met interculturele communicatie? Een organisatie die veel met interculturele communicatie te maken heeft is Soa Aids Nederland. Soa Aids Nederland is een organisatie die andere organisaties en individuen helpt om soa's en hiv op een doeltreffende manier te voorkomen, te ontdekken en te behandelen (Soa Aids Nederland, z.d.). De organisatie geeft aan zich te hebben gespecialiseerd in oplossingen voor doelgroepen met een verhoogd risico.

Uit een onderzoek van Soa Aids Nederland blijkt dat soa's en hiv vaker voorkomen onder de bevolking met een andere etnische achtergrond dan onder de Nederlandse bevolking (Soa Aids Nederland, 2015). Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat het vindpercentage voor soa's en hiv het hoogst is bij mannen die seks hebben met mannen (MSM). Om deze reden zijn MSM met een migratieachtergrond voor Soa Aids Nederland een belangrijke doelgroep om efficiënte communicatiemiddelen voor te ontwerpen. In dit onderzoek wordt gekeken naar het effect van blauwe pictogrammen ten opzichte van op huidskleur afgestemde pictogrammen bij MSM migranten in een instructiebrief voor het zelf uitvoeren van een soa-test.

Een kloof bij medische communicatie

Het communicatiedilemma tussen arts en patiënten is een bekend fenomeen. Ondanks het feit dat artsen duidelijk willen communiceren, hebben ze de neiging om onbekende termen te gebruiken of om teveel informatie over te brengen die de ontvanger niet kan verwerken (Houts, Doak, Doak & Loscalzo, 2006). Oorzaken waardoor patiënten de informatie moeilijker kunnen verwerken zijn onder andere dat ze onbekend zijn met de terminologie of omdat ze ongerust zijn over symptomen die ze hebben (Houts et al., 2006). Dit zijn redenen die voor iedere patiënt kunnen gelden, maar patiënten die laaggeletterd zijn of een andere culturele achtergrond hebben ervaren nog meer obstakels tijdens het lezen van gezondheidsinformatie (Houts et al., 2006). Juist voor deze twee groepen is het noodzakelijk de informatie te begrijpen, omdat zij vaker medische hulp nodig hebben en meer negatieve gevolgen voor de gezondheid ervaren (Houts et al., 2006; Twickler et al., 2009). Deze negatieve gevolgen zouden kunnen ontstaan door het feit dat laaggeletterden moeite hebben met het vinden van noodzakelijke informatie in een eenvoudige tekst (Oosterberg, Bakx, Van Bommel & Elbrink, 2012). Hierdoor zijn ze minder goed in staat om gezondheidsinformatie in zich op te nemen en te begrijpen. Twee processen die nodig zijn om passende gezondheidsmaatregelen te kunnen nemen (Nutbeam, 2008).

Gezondheidscommunicatie wordt over het algemeen geschreven op een niveau gelijk aan het Amerikaanse *10th grade* of hoger (Safeer & Keenan, 2005). Dit is equivalent aan het taalniveau van een Nederlandse middelbare scholier in het 4e jaar (Barthokriek, z.d.). In Nederland blijken drie miljoen mensen één taalniveau boven analfabetisme te zitten. Door de grote hoeveelheid informatie lopen zij echter het risico terug te vallen naar het niveau van een analfabeet (Twickler et al., 2009). Het probleem van laaggeletterdheid en analfabetisme blijkt ook veel voor te komen onder allochtone Nederlanders (Bekker & Lhajoui, 2004). Wanneer de medische informatie of gezondheidsboodschap wordt begrepen is de kans groter dat de handeling door de ontvanger wordt uitgevoerd en wordt de kans op risico's verlaagd (Barros, Alcântara, Mesquita, Caroline & Paixão, 2014).

Pictogrammen in medische communicatie

Een manier waarop de gezondheidsboodschappen duidelijker kunnen overkomen is door het toevoegen van pictogrammen (Houts et al., 2006). Een pictogram is een afbeelding waarmee een bepaald idee wordt gepresenteerd (Houts, Bachrach, Witmer, Tringali, Bucher & Localio,

1998). Al jarenlang worden symbolen toegepast om mensen te waarschuwen, te instrueren of om ze iets te leren (Dowse & Ehlers, 1998). Volgens deze onderzoekers kunnen symbolen een toevoeging zijn op geschreven informatie of geschreven informatie compleet vervangen.

Naar aanleiding van een review met onderzoeken naar het effect van pictogrammen in gezondheidscommunicatie hebben Houts et al. (2006) variabelen geïntroduceerd waarop het toevoegen van pictogrammen aan geschreven communicatie effect heeft. Deze variabelen zijn afgeleid van McGuire's informatieverwerkingstheorie (in Houts et al., 2006). In deze theorie wordt het beïnvloedingsproces door middel van communicatie uitgelegd. Een pictogram valt volgens McGuire (in Houts et al., 2006) onder een boodschapskenmerk van communicatie. Een boodschapskenmerk is een input variabele en de door Houts et al. (2006) geïntroduceerde variabelen zijn de output van het boodschapskenmerk.

Allereerst heeft het toevoegen van een pictogram aan geschreven tekst effect op de aandacht die een ontvanger heeft voor de boodschap (Houts et al., 2006). Flyers in een wachtkamer of brochures die door een dokter worden meegegeven blijken vaak niet te worden gelezen (Houts et al., 2006). Afbeeldingen blijken van nature aandacht te genereren (Levie & Lentz, 1982) en om die reden kan het toevoegen van plaatjes volgens Houts et al. (2006) leiden tot meer aandacht voor een gezondheidsboodschap.

Deze bevinding wordt ondersteund door onderzoek waaruit bleek dat het toevoegen van plaatjes zorgde voor meer aandacht voor een medische boodschap (Delp & Jones, 1996). Uit dit onderzoek bleek dat patiënten die instructies lazen over wondverzorging waaraan pictogrammen waren toegevoegd, eerder de brochure lazen dan patiënten die een variant met enkel tekst te zien kregen. Het gegeven dat pictogrammen meer aandacht kunnen genereren werd nogmaals bevestigd door een onderzoek naar studentenvoorkeuren wat betreft afbeeldingen in communicatie. Studenten bleken eerder een tekst over psychologie te gaan lezen als er plaatjes waren toegevoegd (Bryant, Brown, Silberberg & Elliot, 1980).

Daarnaast blijkt het toevoegen van pictogrammen aan gezondheidscommunicatie een positief effect te hebben op de begrijpelijkheid van de informatie. Begrijpelijkheid kan worden omschreven als het proces waarbij de betekenis van woorden wordt geïnterpreteerd (Houts et al., 2006). Deze interpretatie is een belangrijk kenmerk, omdat dit hetgeen is waardoor het volgens deze onderzoekers te onderscheiden is van *recall,* een proces waarbij het gaat om het enkel herinneren van informatie.

Medische communicatie bevat vaak onderdelen die onbekend en complex zijn voor de lezer. De communicatie vanuit artsen blijkt vooral technisch van aard te zijn en de focus hierbij ligt eerder op de behandeling dan op de patiënt (Jackson, 1992). De complexiteit van het te bespreken onderwerp kan een reden zijn waardoor de informatie moeilijker wordt begrepen (Houts et al., 2006). De medische communicatie kan uitspraken bevatten die zijn gegeneraliseerd naar een groep patiënten. Een niet afgestemde boodschap kan ervoor zorgen dat boodschap minder goed wordt begrepen (Houts et al., 2006). De machtspositie, het verschil in opleidingsniveau en de stress kunnen ervoor zorgen dat ontvangers van de boodschap niet durven toe te geven dat ze de informatie niet begrijpen (Houts et al., 2006). Op basis hiervan kan worden gesuggereerd dat een afgestemde boodschap effectiever is. Een suggestie waar later in deze inleiding op wordt ingegaan.

Het gegeven dat pictogrammen in medische communicatie kunnen zorgen voor meer begrijpelijkheid wordt ondersteund door meerdere onderzoeken. Uit het onderzoek van Austin, Matlack, Dunn, Kesler en Brown (1995) bleek dat patiënten die medische instructies lazen waarbij pictogrammen aanwezig waren de instructies beter begrepen dan patiënten die instructies lazen zonder pictogrammen. Ditzelfde effect werd gevonden bij het onderzoek van Michielutte, Bahnson, Dignan en Schroeder (1992) waaruit bleek dat vrouwen die een flyer lazen met pictogrammen over het voorkomen van baarmoederhalskanker de informatie beter begrepen, dan de vrouwen die dezelfde flyer lazen zonder de toevoeging van pictogrammen.

Uit een review van Levie en Lentz (1982) waarin 155 onderzoeken naar het verschil tussen tekst met plaatjes en tekst zonder plaatjes zijn opgenomen, blijkt dat de begrijpelijkheid door de toevoeging van plaatjes het hoogst is als ze zijn afgestemd op de informatie. Wanneer pictogrammen niet aansluiten op de informatie heeft dit geen positief effect op de begrijpelijkheid (Levie & Lentz, 1982). Daarnaast zouden de pictogrammen zo simpel mogelijk moeten zijn, zodat met name patiënten die meer moeite hebben met lezen niet worden afgeleid of zich verliezen in onnodige details (Houts et al., 2006).

Wanneer mensen de boodschap begrijpen is een volgende stap het herinneren van de informatie in de boodschap (Houts et al., 2006). Geschreven medische communicatie wordt over het algemeen eenmalig gelezen en daarna vertrouwen mensen op hun geheugen (Houts et al., 2006). Dit vertrouwen is echter niet terecht, want uit onderzoek blijkt dat patiënten de informatie die hen wordt gegeven snel weer vergeten (Ley & Spelman, 1965). De snelheid waarmee de informatie wordt vergeten hangt af van de hoeveelheid informatie die iemand

krijgt (Ley, in Ley, Bradshaw, Eaves & Walker, 1973). Het herinneren van medische communicatie is volgens Houts et al. (2006) belangrijk, omdat mensen hierdoor op de juiste manier met hun gezondheid om kunnen gaan.

Het herinneren van informatie kan worden ingedeeld in twee soorten herinnering (Houts et al., 2006). Allereerst de *free recall.* Dit betekent dat iemand informatie kan terugroepen zonder dat er een hulpmiddel wordt ingezet dat gerelateerd is aan de informatie (Houts et al., 2006). Daarnaast is er geheugen dat in werking wordt gezet door middel van hulpmiddelen, ook wel het *cued recall* genoemd. Een voorbeeld van free recall is wanneer een patiënt zich informatie kan herinneren of het kan doorvertellen aan een ander zonder enige aanwijzing door middel van plaatjes of tekst (Houts et al., 2006). Onderzoeken bevestigen dat de free recall hoger is wanneer iemand medische informatie met ondersteuning van plaatjes leest, dan wanneer iemand enkel geschreven medische informatie leest (Delp & Jones; Patel, Eisemon & Arocha, 1990; Sojourner & Wogalter, 1998). Wat betreft cued recall blijkt dat teksten waaraan plaatjes zijn toegevoegd meer cued recall veroorzaken dan informatie met enkel tekst (Houts et al. 1998; Houts, Witmer, Egeth, Loscalzo & Zabora, 2001). In dit onderzoek zal alleen de free recall worden onderzocht.

Het uiteindelijke doel van medische communicatie is dat het beoogde gedrag wordt uitgevoerd. Enkel aandacht, onthouden en begrijpen van een medische boodschap is niet voldoende, de boodschap zou moeten worden nageleefd (Houts et al., 2006). Het naleven van een boodschap bestaat volgens deze onderzoekers uit twee stappen, namelijk de boodschap zien als gedrag dat iemand hoogstwaarschijnlijk zal gaan uitvoeren (de intentie) en het uitvoeren van de handeling (het daadwerkelijke gedrag).

Uit een onderzoek van Delp en Jones (1996) bleek dat mensen in de wachtkamer die een flyer met pictogrammen lazen eerder van plan waren het gedrag uit te voeren dan mensen die de flyer met enkel tekst hadden gelezen. Hetzelfde bleek uit het onderzoek van Ngoh en Sheperd (1997) waarbij het toevoegen van plaatjes aan medische communicatie bij vrouwen in Cameroon eerder zorgde voor naleving van de boodschap. In het onderzoek van Ngoh en Shepherd (1997) waren de plaatjes afgestemd op uiterlijke- en omgevingskenmerken van de vrouwen die de plaatjes zouden zien. Deze onderzoekers hadden de plaatjes in samenspraak met de doelgroep ontwikkeld, omdat zij van mening zijn dat plaatjes het meest effectief zijn als ze zijn afgestemd op de doelgroep.

Afgestemde pictogrammen

Een doelgroep op wie de medische communicatie afgestemd zou moeten worden is migranten, omdat dit volgens Kreps en Sparks (2008) een kwetsbare groep is. Migratie is het proces waarbij een persoon een drastische verhuizing over een lange afstand ondergaat (Dingle & Drake, 2007). Dit kan gebeuren op vrijwillige of onvrijwillige basis (Bates, 2002). De huidige communicatiemiddelen die richting migranten gebruikt worden zijn volgens Kreps en Sparks (2008) onvoldoende. Hierdoor kunnen migranten geen weloverwogen keuzes maken als het aankomt op de eigen gezondheid (Thomas, Fine & Ibrahim, 2004). Kwetsbare groepen missen vaak vaardigheden met betrekking tot de gezondheid en worden geconfronteerd met interculturele obstakels wanneer ze op zoek zijn naar medische informatie (Kreps, in Kreps & Sparks, 2008). Vooral voor migranten die niet bekend zijn met de Westerse gezondheidszorg zouden afgestemde pictogrammen nodig zijn (Ngoh & Shepherd, 1997).

Medische communicatie moet met aandacht worden ontwikkeld voordat het effectief kan zijn (Kreps & Sparks, 2008). Dowse en Ehlers (2001) hadden in een onderzoek naar het effect van afgestemde pictogrammen de bevolking uit de Zuid-Afrikaanse provincie Oost-Kaap betrokken bij het ontwikkelen van pictogrammen voor Zuid-Afrikaanse respondenten. Uit de resultaten bleek dat pictogrammen die door de herkenbare elementen overeenkwamen met de eigen cultuur en uiterlijke kenmerken van de Zuid-Afrikaanse respondenten, zorgden voor meer begrijpelijkheid en waardering dan de Amerikaanse gestandaardiseerde pictogrammen. Ditzelfde werd bevestigd in het onderzoek van Cloutier et al. (2014) waarbij in een focusgroep door de respondenten werd aangegeven dat om meer acceptatie en begrijpelijkheid te bewerkstelligen, de pictogrammen zouden moeten worden afgestemd op de culturele- en uiterlijke kenmerken van de doelgroep. De respondenten gaven bijvoorbeeld aan dat er gangbare etenswaren moesten worden afgebeeld of donker haar moest worden toegevoegd aan de persoon. Naar aanleiding van deze focusgroep werden de pictogrammen op een manier aangepast waarop de doelgroep zich meer met de boodschap zou kunnen identificeren (Cloutier et al., 2014). Bij de ontwikkeling van pictogrammen blijkt herkenning bij de doelgroep door middel van culturele- en uiterlijke overeenkomsten dus van belang te zijn.

Op basis van bovenstaande literatuur kan worden gesuggereerd dat het toevoegen van pictogrammen aan geschreven medische communicatie zorgt voor meer aandacht voor de boodschap (Delp & Jones, 1996; Bryant et al., 1980). Daarnaast blijken pictogrammen ook de

begrijpelijkheid, recall en naleving van de boodschap te kunnen verhogen (Austin et al., 1995; Delp & Jones, 1996; Houts et al., 1998; Houts et al., 2001; Levie & Lentz, 1982; Michielutte et al., 1992; Ngoh & Sheperd, 1997; Patel, Eisemon & Arocha, 1990; Sojourner & Wogalter, 1998). De keuze voor pictogram versus geen pictogram in medische communicatie blijkt dus te zijn gemaakt. Wanneer er gekozen wordt voor pictogrammen, blijken voor zover bekend afgestemde pictogrammen een positiever effect te kunnen hebben op de begrijpelijkheid en naleving van de boodschap dan niet afgestemde pictogrammen (Cloutier et al., 2014; Delp & Jones, 1996; Dowse & Ehlers, 2001; Ngoh & Shepherd, 1997).

Stereotype bedreiging door stigma

De gedachte die door de bovenstaande conclusie kan ontstaan is dat het afstemmen van pictogrammen een betere tactiek zou zijn dan het niet afstemmen van pictogrammen. Communicatieboodschappen worden echter voor een grote groep ontwikkeld waarin mogelijk personen met verschillende etnische achtergronden zitten. Om die reden ontstaat de kans op stereotypering. Er is sprake van stereotypering bij over-generalisatie van kenmerken voor een groep (Bordalo, Coffman, Gennaioli & Shleifer, 2016). In dit onderzoek vindt de over-generalisatie plaats door één huidskleur te gebruiken in pictogrammen die zijn ontworpen voor een groep met verschillende etnische achtergronden, en dus verschillende uiterlijke kenmerken. Het voordeel van stereotypering is dat het zorgt voor een gemakkelijkere informatieverwerking, maar het nadeel ervan is dat er vooroordelen of zelfs discriminatie kan ontstaan (Hilton & Von Hippel, 1996).

Een term die aansluit bij de nadelige effecten van stereotypering op de groep over wie een stereotype beeld wordt gevormd is stereotype bedreiging (Schmader, Johns & Forbes, 2008). De bedreiging door stereotypering wordt volgens deze onderzoekers geactiveerd door situaties waarin iemands eigen integriteit in de samenleving gevaar loopt. Het is een sociaal fenomeen dat ontstaat wanneer een individu die met stereotypering te maken krijgt, het gevoel heeft mogelijk te kunnen worden beoordeeld op basis van een negatief stereotype dat op hem of haar van toepassing is (Steele & Aronson, 1995). Dit onderzoek heeft betrekking op MSM migranten. Een negatief stereotype wat bestaat rondom MSM in het algemeen is het beeld dat zij met vrijwel alle ziekten in de gemeenschap worden geassocieerd, waaronder AIDS (Rank, 2002).

De bedreiging die een MSM migrant kan voelen door een op huidskleur afgestemd pictogram in communicatie met betrekking tot seksuele geaardheid en soa-testen kan mogelijk een gevolg zijn van de combinatie van het eerder genoemde negatief stereotype beeld en het hiv-stigma waar de MSM doelgroep in het algemeen mee te maken heeft (Herek & Capitino, 1999). Het hiv-stigma is volgens deze onderzoekers gecreëerd door de negatieve gevoelens die de mens heeft rondom homoseksualiteit. Deze negatieve gevoelens zijn ontstaan doordat de hiv epidemie met name bij homoseksuelen uitbrak en dat de gedachte op dit moment nog steeds is dat deze groep het meeste risico heeft op hiv (Herbert, in Brooks, Etzel, Hinojos, Herny & Perzer, 2005; Herek & Capitino, 1999; Wittenauer, in Brooks et al., 2005).

Voordat er verder wordt ingegaan op de gevolgen van het stigma rondom hiv en seksueel gedrag voor MSM migranten, is het belangrijk te begrijpen wat stigmatisering betekent. Stigmatisering wordt omschreven als een sociaal proces waarbij de vijf componenten labelen, statusverlies, discriminatie, scheiding en stereotypering in een bepaalde machtsverhouding voorkomen (Link & Phelan, 2001). Het kan worden gezien als een soort label of aspect dat zorgt voor een sociale minderwaardigheid (Goffman, in Earnshaw & Chaudoir, 2009).

Het hiv stigma hangt voor de groep MSM met een niet-Westerse etniciteit nauw samen met de strenge afkeuring vanuit “gekleurde” gemeenschappen (Brooks et al., 2005). In de Afrikaans-Amerikaanse gemeenschappen bijvoorbeeld is homoseksualiteit een taboe. Wanneer een persoon in deze gemeenschap homo is, wordt dit gezien als zondigen en als een onnatuurlijk fenomeen (Herek & Capitanio, 1995; Stokes & Peterson, 1998). In de Latijns-Amerikaanse gemeenschap geldt hetzelfde. Homoseksualiteit is binnen deze gemeenschap een zwakte en in strijd met de familie en de normen van de gemeenschap wat betreft mannelijkheid (Greene, 1994; Díaz & Ayala, in Brooks et al., 2005). Deze negatieve houding ten opzichte van homoseksualiteit zorgt bij Afrikaans-Amerikaanse en Latijns-Amerikaanse homoseksuele mannen voor angst om uit de kast te komen en uiteindelijk tot het vermijden van een hiv-test (Kennamer, Honnold, Bradorf & Hendricks, 2000). Het doen van een hiv-test is in hun ogen namelijk een bewijs dat ze bepaald gestigmatiseerd seksueel gedrag hebben uitgevoerd (Londono, in Brooks et al., 2005; Moore, in Brooks et al., 2005; Robinson, in Brooks et al., 2005).

Wanneer iemand zich bewust is van een stigma dat op hem van toepassing is, neemt de kans op stereotype bedreiging toe (Brown & Pinel, 2003). Gezien het feit dat de MSM doelgroep zich bewust is van het stigma rondom hiv en seksueel gedrag en dat dit bewustzijn door strenge afkeuring vanuit de gemeenschap mogelijk sterker aanwezig is bij MSM migranten, bestaat de mogelijkheid dat stereotype bedreiging zal ontstaan bij op huidskleur afgestemde pictogrammen in communicatie over seksuele geaardheid en soa-testen. Stereotype bedreiging heeft verschillende negatieve effecten.

Stereotype bedreiging blijkt allereerst een effect te hebben op het werkgeheugen. Door Schmader, Johns en Forbes (2008) wordt het werkgeheugen omschreven als het proces dat het cognitieve brein coördineert en het gedrag controleert om hiermee prestaties te bereiken. Met betrekking tot de output variabelen van dit onderzoek zou dit zowel over de recall als de begrijpelijkheid kunnen gaan.

Een onderzoek van Schmader en Johns (2003) bevestigt het effect van stereotype bedreiging op het werkgeheugen. Deze onderzoekers gaven aan dat de slechtere prestaties naar aanleiding van stereotype bedreiging waren toe te schrijven aan de afname van het werkgeheugen. In één van de experimenten van Schmader en Johns (2003) hadden ze het effect van stereotypering op de wiskundeprestaties van vrouwen onderzocht. Bij de bedreigingsconditie nam één vrouw deel aan een wiskundetoets in een lokaal met alleen maar mannen. De vrouwen in de bedreigingsconditie scoorden significant lager op zowel het werkgeheugen als de prestaties tijdens de wiskundetoets.

Een ander onderzoek waaruit blijkt dat stereotype bedreiging effect heeft op de prestaties is dat van Bosson, Haymovitz en Pinel (2004). Bij dit onderzoek werd de interactie van heteroseksuele, biseksuele en homoseksuele studenten met kinderen geanalyseerd. Bij de bedreigingsconditie werd aan de studenten gevraagd voorafgaand aan de interactie te denken aan hun seksuele geaardheid. Dit leidde bij de biseksuele en homoseksuele studenten tot meer angst en slechtere prestaties dan bij de studenten die voorafgaand aan de interactie niet aan hun seksuele geaardheid hoefden te denken.

Tot slot blijkt stereotype bedreiging een effect te hebben op de gedragsintentie. Een concept dat in dit onderzoek wordt omschreven als de naleving van de boodschap. Uit het onderzoek van Seacat en Mickelson (2009) bleek namelijk dat stereotype bedreiging zorgde voor een lagere intentie om minder te eten en meer te sporten bij vrouwen met overgewicht.

De negatieve gevolgen die stereotypering kunnen veroorzaken maken het interessant om een pictogram neutraal te maken van uiterlijke kenmerken.

Soa Aids Nederland kiest voor blauw

Een organisatie die de pictogrammen in interculturele communicatie heeft ontdaan van op uiterlijk afgestemde kenmerken is Soa Aids Nederland. Deze organisatie heeft een instructiebrief ontworpen voor het zelf uitvoeren van een soa-test voor de MSM doelgroep. Deze instructiebrief wordt door zowel Nederlandse mannen, als mannen met een andere etnische achtergrond gelezen. Aan de instructiebrief zijn blauwe pictogrammen toegevoegd. De organisatie geeft aan de kleur blauw te hebben gebruikt, omdat blauw geassocieerd wordt met hygiëne, betrouwbaarheid en mannelijkheid (A. van Bijnen, persoonlijk communicatie, 7 maart 2019).

Wanneer er wordt gekeken naar literatuur met betrekking tot de kleur blauw blijkt allereerst dat er een algemene voorkeur is voor deze kleur (Granger, 1955; Guilford & Smith, 1959). Ondanks culturele verschillen in de top drie wat betreft voorkeurskleuren, blijft helder blauw in meerdere cross-culturele onderzoeken de voorkeur houden (Saito, in Crozier, 1996). In het opzicht van voorkeur blijkt de kleur blauw dus een goede keuze te zijn geweest van Soa Aids Nederland.

Verder heeft de kleur blauw effect op verschillende cognitieve processen. Wat betreft de recall is de literatuur tegenstrijdig. De kleur blauw blijkt te zorgen voor een hogere mate van recall dan de kleur geel (Kumi, Conway, Limayem & Goyal, 2013). Een blauwe achtergrond verhoogde in dit onderzoek de kans dat de informatie zou worden herinnerd. In vergelijking met de kleur rood zorgde blauw echter voor minder recall (Mehta & Zu, 2009). Daarnaast zorgde de kleur blauw in dit onderzoek voor meer verkeerde recalls dan de kleur rood. Naast een effect op de recall blijkt de kleur blauw de mate van alertheid voor een tekst en de mate van informatieverwerking te verhogen (Lehrl et al., 2007). Verder zorgt deze kleur voor meer motivatie om een opdracht uit te voeren en stimuleert hiermee het creatieve cognitieve brein (Crozier, 1996). Het feit dat blauw het creatieve brein stimuleert wordt ook bevestigd in het onderzoek van Mehta en Zhu (2009). Kamaruzzaman en Zawawi (2010) suggereren tot slot dat blauw een prestatie stimulerend effect heeft. Een effect dat in het kader van dit onderzoek zou kunnen worden gekoppeld aan de begrijpelijkheid.

Wat betreft de gedragsintentie blijkt uit marketing onderzoek dat de kleur blauw de aankoopintentie verhoogd (Babin, Hardesty & Suter, 2003). Dit wordt nogmaals bevestigd in een ander marketing onderzoek (Bellizzi & Hite, 1992). In de context van gezondheidscommunicatie is er nog geen literatuur te vinden over het effect van enkel de kleur blauw op de gedragsintentie.

Soa Aids Nederland maakt intensief gebruik van interculturele communicatie en om deze reden is het interessant om te onderzoeken of de keuze voor een blauw pictogram op basis van bovenstaande literatuur een positiever effect heeft dan een op huidskleur afgestemd pictogram. Naar aanleiding hiervan is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *In hoeverre is er een effect van de kleur van het pictogram (op huidskleur afgestemd versus blauw) op de begrijpelijkheid, recall en intentie omtrent het zelf uitvoeren van een soa-test bij MSM migranten?* Uitkomsten van dit onderzoek kunnen door communicatieprofessionals die te maken hebben met culturele diversiteit in de praktijk worden toegepast. Daarnaast zijn de uitkomsten van dit onderzoek direct van toepassing op de huidige communicatiemiddelen van de organisatie Soa Aids Nederland.

Onderzoeksvragen

In dit onderzoek worden de verwachtingen met betrekking tot het afstemmen van pictogrammen op uiterlijke kenmerken, het effect van stereotypering en het effect van de kleur blauw in communicatie tegen elkaar afgezet.

Op basis van de literatuur met betrekking tot het afstemmen van een pictogram op uiterlijke kenmerken kan worden verwacht dat een op huidskleur afgestemd pictogram zorgt voor een hogere mate van begrijpelijkheid dan een niet afgestemd pictogram (Dowse & Ehlers, 1998; Cloutier et al., 2014). Het effect van de kleur blauw op de begrijpelijkheid is nog niet eerder onderzocht. Wel wordt er gesuggereerd dat de kleur blauw het creatieve cognitieve brein stimuleert (Crozier, 1996); (Mehta & Zhu, 2009), een prestatie stimulerend effect heeft (Kamaruzzaman & Zawawi, 2010) en de alertheid en de mate van informatieverwerking verhoogd (Lehrl et al., 2007). Dit zijn processen die mogelijk aan de begrijpelijkheid kunnen worden gekoppeld. Op basis van bovenstaande bevindingen kan voor het effect van het soort pictogram op de begrijpelijkheid geen duidelijke voorspelling worden gedaan en daarom is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Onderzoeksvraag 1: Welk soort pictogram (op huidskleur afgestemd versus blauw) zorgt voor een hogere mate van begrijpelijkheid in de communicatie rondom het zelf uitvoeren van een soa-test bij MSM migranten?

Wat betreft het effect van het soort pictogram op de recall is de literatuur niet duidelijk. Voor recall is niet bekend of een op huidskleur afgestemd pictogram een positiever effect heeft dan een niet afgestemd pictogram. Daarnaast spreekt de literatuur met betrekking tot het effect van de kleur blauw op recall elkaar tegen. Kumi et al. (2013) suggereren dat de kleur blauw meer recall teweegbrengt dan de kleur geel, maar Mehta en Zhu (2009) tonen aan dat de kleur blauw voor minder recall zorgt dan de kleur rood. Op basis van deze kennis kan geen verwachting worden geschept en is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Onderzoeksvraag 2: Welk soort pictogram (op huidskleur afgestemd versus blauw) zorgt voor een hogere mate van recall in de communicatie rondom het zelf uitvoeren van een soa-test bij MSM migranten?

Met betrekking tot de intentie stellen Delp en Jones (1996) en Ngoh en Shepherd (1997) dat het afstemmen van pictogrammen de kans op naleving van de boodschap vergroot. De kleur blauw blijkt te zorgen voor motivatie om een opdracht uit te voeren (Crozier, 1996). Een proces dat mogelijk kan worden gekoppeld aan de intentie. Uit marketing onderzoek blijkt dat de kleur blauw zorgt voor een hogere aankoopintentie (Babin, Hardesty & Suter, 2003; Bellizzi & Hite, 1992). Met betrekking tot gezondheidscommunicatie zijn hier echter nog geen duidelijke conclusies over te trekken. Op basis hiervan blijft het onduidelijk welk soort pictogram de hoogste intentie veroorzaakt en is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Onderzoeksvraag 3: Welk soort pictogram (op huidskleur afgestemd versus blauw) zorgt voor een hogere intentie met betrekking tot het zelf uitvoeren van een soa-test bij MSM migranten?

Een mogelijk belangrijke moderator in dit onderzoek is de mate van stereotype bedreiging. Gezien het feit dat de communicatieboodschap van Soa Aids Nederland gericht is aan mannen die seks hebben met mannen met verschillende etnische achtergronden bestaat, door het hiv-

stigma en het negatief stereotype beeld, bij het op huidskleur afgestemde pictogram de kans op stereotypering bedreiging. Stereotype bedreiging blijkt op alle drie de afhankelijke variabelen van dit onderzoek een negatief effect te kunnen hebben (Bosson, Haymovitz & Pinel, 2004; Schmader & Johns, 2003; Seacat & Mickelson, 2009). Naar aanleiding hiervan is de volgende hypothese opgesteld:

Hypothese 1: De relatie tussen het soort pictogram en de begrijpelijkheid, recall en intentie zal worden beïnvloed door stereotype bedreiging, op zo een manier dat het op huidskleur afgestemde pictogram bij een hogere mate stereotype bedreiging zorgt voor een lagere mate van (a) begrijpelijkheid, (b) recall en (c) intentie.

Arbuthnot (1977) geeft aan dat het begrijpen van een boodschap een belangrijke voorspeller is voor de intentie. Wat betreft recall is dit niet bekend, maar Houts et al. (2006) geven aan dat nadat een boodschap is begrepen, de informatie moet worden herinnert. Dit suggereert een mogelijke relatie tussen de twee variabelen. Om deze reden is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Onderzoeksvraag 4: In hoeverre is er een correlatie tussen begrijpelijkheid, recall en intentie bij de beide soorten pictogrammen (op huidskleur afgestemd versus blauw)?

Methode

Het beantwoorden van de hoofdvraag is gedaan door middel van een experimentele studie. Het soort pictogram in een instructiebrief over het zelf uitvoeren van een soa-test is gemanipuleerd en bij MSM migranten van 18 jaar en ouder onderzocht.

Materiaal

Het materiaal bestond uit drie verschillende instructiebrieven van Testlab, een omgeving waarop mannen de intake voor een soa-test anoniem kunnen invullen (Mantotman, z.d.). Wanneer de mannen deze intake online hebben ingevuld worden ze of uitgenodigd om naar de GGD in zijn regio te komen om alsnog een intake te doen of om zelf een soa-test uit te voeren bij de dichtstbijzijnde afnamelocatie. Wanneer mannen bij de dichtstbijzijnde afnamelocatie langs willen gaan, krijgen ze een instructiebrief online toegestuurd waarin wordt uitgelegd hoe ze de soa-testen zelf moeten uitvoeren. In de oorspronkelijke brief zijn bij het uitleggen van de handelingen blauwe pictogrammen toegevoegd. Om de drie afhankelijke variabelen goed te kunnen meten waren bij de uitleg bovenaan de instructiebrief pictogrammen toegevoegd. Zie Bijlage 1 voor de gehele instructiebrief met blauwe pictogrammen.

Allereerst waren er pictogrammen toegevoegd aan de eerste alinea van de instructiebrief. De test werd stapsgewijs uitgelegd door middel van een pictogram met een hand en een buisje bloed bij het afnemen van bloed voor syfilis en hiv en een pictogram met een hand en een buisje urine en een hand met twee buisjes met twee wattenstaafjes bij de informatie over het afnemen van de test voor gonorroe en chlamydia.

De tweede alinea werd ook ondersteund met pictogrammen waarop een hand met twee wattenstaafjes en een hand met één potje en het cijfer ‘3' waren afgebeeld. De mededeling dat de persoon de instructiebrief moest meenemen naar de afnamepost werd ondersteund met een pictogram waarop een man was te zien die liep met een papier in zijn hand. De persoon in dit pictogram was bij de licht getinte en donker getinte versie zoveel mogelijk gebaseerd op een bestaande afbeelding van Soa Aids Nederland. Uit een eerder interview met een MSM migrant was namelijk gebleken dat de persoon die op deze afbeelding te zien was als stereotyperend werd ervaren door deze doelgroep (F. Joemmanbaks,

persoonlijke communicatie, z.d.). De blauwe versie had zo min mogelijk specifieke uiterlijke kenmerken.

De derde alinea werd ook ondersteund met pictogrammen waarop een hand te zien was met een potje urine en de tekst “first-flow”. Tot slot werd in deze alinea weer de eerder omschreven persoon afgebeeld met een klok erbij waarop minimaal 1 uur werd afgebeeld. Voor de informatie over de anale uitstrijk en keel uitstrijk zijn de huidige pictogrammen gebruikt en per manipulatie aangepast in kleur. Door enkel de kleur van de pictogrammen aan te passen bleef de externe validiteit zo hoog mogelijk. Zie Bijlage 2 voor de lichte getinte en donker getinte versie van de instructiebrief.

Het verschil tussen de drie manipulaties zat in de kleur van de pictogrammen. De pictogrammen bevatte een licht getinte, donker getinte of blauwe huidskleur. Door middel van een manipulatiecheck was bijgehouden welke versie de proefpersonen hadden gezien. De enige eis voor de pictogrammen was dat er een stuk huid zichtbaar moest zijn. Een manipulatiecheck met betrekking tot de mate van stereotypering was bewust niet gedaan, omdat de doelgroep van dit onderzoek niet gewend was aan het invullen van dit soort vragenlijsten en omdat stereotypering voor deze doelgroep een gevoelig onderwerp was. Voorafgaand aan het online zetten van de vragenlijst was er een pilot geweest met één persoon uit de doelgroep. Met deze persoon was kortgesloten dat de pictogrammen op deze manier voldoende stereotyperend zouden kunnen zijn.

Proefpersonen

Voor dit experiment was het streven om 90 proefpersonen te werven. De doelgroep voor dit onderzoek waren mannen met een migratieachtergrond van 18 jaar en ouder die seks hebben met mannen. Er was gekozen voor deze leeftijdscategorie, omdat dit onderzoek betrekking had op een gevoelig onderwerp en het een kwetsbare doelgroep betrof. Tijdens het werven van de proefpersonen bleek dat het bereiken en overtuigen van deze doelgroep ontzettend lastig was. Naar aanleiding hiervan was de doelgroep aangepast naar MSM migranten wereldwijd. Via rolmodellen konden namelijk proefpersonen internationaal worden geworven. Deze uitbreiding van de doelgroep had echter nog steeds niet voldoende proefpersonen opgeleverd. Uiteindelijk hadden 128 proefpersonen de vragenlijst geopend, waarvan 58 de vragenlijst op zo een manier hadden ingevuld dat het gebruikt kon worden voor de analyses. De eis om meegenomen te kunnen worden in de analyse was dat de

proefpersoon tenminste één van de drie afhankelijke variabelen moest hebben ingevuld en een andere etniciteit dan Nederlands moest hebben ingevuld. Hieronder zijn de analyses met betrekking tot de kenmerken van de proefpersonen weergegeven. Enkel wanneer niet aan de assumpties voor een toets was voldaan, is dit aangegeven in de tekst.

De gemiddelde leeftijd van de proefpersonen was 32 jaar (*SD* = 10.97), waarvan de jongste 19 jaar en de oudste 76 jaar oud was. Uit een *t*-toets van Leeftijd en Soort Pictogram bleek er geen significant verschil te zijn tussen de twee groepen proefpersonen (t (56) = .56, p = .579). De leeftijd verschilde niet tussen de twee groepen proefpersonen.

Het opleidingsniveau dat het meeste voorkwam onder de doelgroep was '*university degree*' (78%). Aangezien niet aan de assumpties voor de chi-kwadraattest werd voldaan, was als correctie de Fisher-Freeman-Halton-Test uitgevoerd. Uit de χ^2–toets tussen Opleidingsniveau en Soort Pictogram bleek er geen significant verband te bestaan (χ^2 (3) = 2.03, p = .633). Het opleidingsniveau verschilde niet tussen de twee groepen proefpersonen.

Om uiteindelijk vast te kunnen stellen welke huidskleur een proefpersonen had, was gevraagd welke etniciteit de proefpersoon het beste omschreef. Op basis hiervan was vastgesteld of de persoon een donker of licht getinte huidskleur had. Het direct vragen naar de huidskleur was in dit onderzoek in verband met ethische verantwoording en mogelijke bewustwording van het doel van het onderzoek niet gedaan. De verschillende antwoordmogelijkheden voor iemands etniciteit waren: Midden-Oosten, Suriname, Nederlandse Antillen, Midden- en Zuid-Amerika, Midden- en Zuid-Afrika, Azië en een open antwoordmogelijkheid waarbij iemand zelf een etniciteit mocht invullen. De meest voorkomende etniciteit was de open antwoordmogelijkheid 'anders, namelijk' (40%). Na deze antwoordmogelijkheid werd Midden-Oosten het vaakst gekozen (31%).

Aangezien niet aan de assumpties voor de chi-kwadraattest werd voldaan, was als correctie de Fisher-Freeman-Halton-Test uitgevoerd. Uit de χ^2–toets tussen Etniciteit en Soort Pictogram bleek er een significant verband te bestaan (χ^2 (6) = 29.59, p = < .001). Proefpersonen in de conditie met de afgestemde pictogrammen gaven vaker aan uit Midden- of Zuid-Amerika te komen (18%) en gaven relatief minder vaker aan een andere etniciteit te hebben dan de gegeven keuzemogelijkheden (0%) vergeleken met de proefpersonen uit de conditie met de niet-afgestemde pictogrammen. De proefpersonen uit de niet-afgestemde conditie gaven relatief vaker aan een andere etniciteit te hebben (64%) en relatief minder

vaak een Midden- of Zuid-Amerikaanse etniciteit te hebben (3%). Wat betreft de andere etnische achtergronden verschilden de twee groepen niet van elkaar.

Het gegeven dat de proefpersonen uit de conditie met de niet-afgestemde pictogrammen relatief vaker aangaven een andere etniciteit te hebben dan de keuzemogelijkheden was een logisch gevolg, aangezien deze proefpersonen automatisch werden gelinkt aan het niet-afgestemde pictogram. Voor deze groep kon namelijk niet worden ingeschat welke huidskleur iemand had. Gezien het minimaal aantal proefpersonen was, ondanks het feit dat de etniciteit ongelijk verdeeld was onder de groepen, ervoor gekozen de etniciteit niet als covariaat voor de afhankelijke variabelen te toetsen.

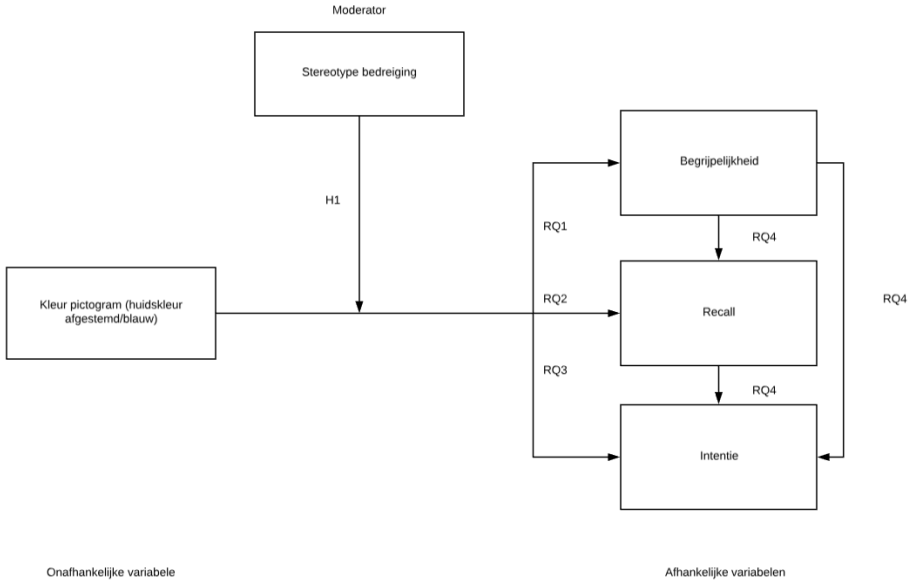
Wat betreft de vragen met betrekking tot de bekendheid met Testlab was het grootste gedeelte niet bekend met dit concept (67%). Uit de χ^2–toets tussen Bekendheid Testlab en Soort Pictogram bleek er geen significant verband te bestaan (χ^2 (1) = 1.62, p = .203). De bekendheid met Testlab verschilde niet tussen de twee groepen proefpersonen. Verder gaf het grootste gedeelte van de proefpersonen aan geen soa-test te hebben gedaan via Testlab (79%). Uit de χ^2–toets tussen Soa-test via Testlab en Soort Pictogram bleek er geen significant verband te bestaan (χ^2 (1) = .69, p = .407). Er was geen verband tussen het aantal mannen die wel of geen soa-test hadden gedaan via Testlab en de twee groepen proefpersonen.

Tot slot gaf wat betreft het niveau Engelse leesvaardig de meerderheid aan een extreem goed niveau te hebben (59%). Uit een *t*-toets van Niveau Engels en Soort Pictogram bleek er geen significant verschil te zijn tussen de twee groepen proefpersonen (t (24.52) = 1.31, p = .202). Het niveau Engelse leesvaardigheid verschilde niet tussen de twee groepen proefpersonen.

Onderzoeksontwerp

Het experiment had een design met één onafhankelijke variabele met drie niveaus (kleur pictogram: donkergetint/lichtgetint/blauw) met als moderator stereotype bedreiging. Op basis van de vraag met betrekking tot etniciteit werden proefpersonen onderverdeeld onder deze drie niveaus. Er was sprake van een tussenproefpersoonontwerp. Een proefpersoon werd aan één van de drie manipulaties blootgesteld. Nadat bleek dat de dataverzameling had geleid tot een minimaal aantal proefpersonen, was het aantal niveaus voor de analyse aangepast naar twee (op huidskleur afgestemd versus blauw).

Figuur 1. Analysemodel onderzoek.



Instrumentatie

Voordat de drie afhankelijke variabelen werden gemeten waren enkele demografische gegevens gevraagd. Deze demografische gegevens zijn zo minimaal mogelijk gehouden, omdat deze doelgroep zich niet comfortabel voelde bij het weggeven van persoonlijke informatie. Om deze reden is enkel gevraagd naar leeftijd, etniciteit en opleidingsniveau. Verder is gevraagd naar de bekendheid met Testlab, of iemand ooit een soa-test had gedaan via Testlab en het niveau Engelse leesvaardigheid.

De eerste afhankelijke variabele die werd gemeten was free recall. Er was bewust voor gekozen de free recall voorafgaand aan de begrijpelijkheid te meten, omdat anders de inhoudelijke vragen de free recall mogelijk beïnvloedden. Het voorafgaand afleiden van proefpersonen zoals gedaan door Houts et al. (1998) werd bij deze doelgroep niet gedaan, omdat de doelgroep van dit onderzoek minder gewend was aan vragenlijsten voor dit soort onderzoeken en de kans op onafgemaakte vragenlijsten hierdoor kon toenemen. Om de free recall te meten was aan de respondent gevraagd zoveel mogelijk in stappen op te schrijven wat hij zich kon herinneren van de informatie uit de instructiebrief. Ieder correct inhoudelijk item dat overeen kwam met de tekst van de instructiebrief werd gezien als recall en kreeg de score ‘1’ (Patel, Eisemon & Arocha, 1990). Zie Bijlage 3 voor het gebruikte codeboek voor de free recall. Het meetniveau van de aantal correcte antwoorden was ratio. Door middel van het optellen van de scores per proefpersoon kon een gemiddelde worden berekend.

De tweede afhankelijke variabele begrijpelijkheid werd gemeten door middel van inhoudelijke vragen over de informatie uit de instructiebrief. Het ging hierbij om zeven multiple-choice antwoordmogelijkheden. Dit was gebaseerd op eerder onderzoek van onder andere Leiner, Handal en Williams (2004), Ngoh en Shepherd (1997) en Morrow, Hier, Menard en Leirer (1998). Een voorbeeldvraag is: '*how will the STI syphilis and HIV be taken?*' Een goed antwoord werd gecodeerd als '1' en een fout antwoord als '0' (Leiner, Handal & Williams, 2004). Deze variabele had in eerste instantie een nominaal meetniveau, maar na het berekenen van een gemiddelde kreeg het een ratio meetniveau.

Ten derde was de afhankelijke variabele intentie gemeten aan de hand van vier items met de 7-punts Likertschaal gebaseerd op Warshaw en David (1985). De naleving van een boodschap bestaat volgens Houts et al. (2006) uit de intentie en het daadwerkelijk uitvoeren van het beoogde gedrag. Aangezien deze vragenlijst op één moment werd afgenomen was enkel de intentie bevraagd. Warshaw en David (1985) geven aan dat er een duidelijk onderscheid moet zijn tussen een verwachting en een intentie. Volgens deze onderzoekers hangt de gedragsintentie samen met de waarschijnlijkheid dat een persoon het gedrag gaat uitvoeren. De vraag voor gedragsintentie was: '*Please indicate on the basis of the instruction letter you have read whether you intend to perform the given behavior: 1) going to the lab 2) doing the required tests myself 3) have blood taken by a nurse 4) will contact the healthcenter if it turns out that I have a STI' (definitely do not intend– 'definitely do intend').* Omdat de proefpersonen onbekend waren met dit soort vragenlijsten, was er meer context gegeven bij bepaalde vragen. Een voorbeeld van meer context was: *'imagine yourself in the situation in which you think you have a risk for a STI'.* De variabel had een interval meetniveau. Doordat deze variabel uit meerdere items bestond was er een Cronbach's Alpha berekend. De betrouwbaarheid van de items was adequaat $\alpha = .76$.

Tot slot was de mate van stereotype bedreiging gemeten aan de hand van drie items met een 7-punts Likertschaal ('*totally disagree'*– '*totally agree*'). Delen van de stellingen waren aanpast naar de inhoud van dit onderzoek. De eerste vraag was gebaseerd op het onderzoek van Aronson, Fried en Good (2002) en luidde als volgt: "*People make judgements about my sexual life based on the fact that I have sex with men and my ethnicity".* De twee andere vragen waren gebaseerd op het onderzoek van Cohen en Garcia (2005) en luidden als volgt: "*I worry that people will draw conclusions about me, because of my ethnicity and the fact that I am men who have sex with men."* en "*I worry that people draw conclusions about*

people like me (men of my ethnicity who have sex with men) based on the fact that I will do a STI test". Tot slot had deze variabele ook een interval meetniveau en werd er een Cronbach's Alpha berekend. Hieruit bleek dat de betrouwbaarheid van de items goed was α = .84.

Procedure

De proefpersonen waren met name online verzameld. Voor de verzameling was hulp ingeschakeld van meerdere organisaties in Nederland die in contact stonden met MSM migranten. De link was verspreid via Facebook- en Instagrampagina's van deze organisaties, Facebookgroepen speciaal voor deze doelgroep, poster in bars voor LHBTI en een post op een online platform voor LHBTI. Doordat de werving moeizaam verliep was er aanvullend een praatje gehouden bij een avond speciaal voor homoseksuele vluchtelingen. Tot slot was er gebruik gemaakt van een rolmodel binnen de community die de vragenlijst binnen de doelgroep heeft verspreid.

De vragenlijst werd ontworpen via de online tool Qualtrics. Om de vragenlijst voor zoveel mogelijk mannen toegankelijk te maken, was deze in het Engels. De drie manipulaties waren random verdeeld onder de proefpersonen. Nadat de vraag was gesteld over etniciteit, vond er op basis van het antwoord op deze vraag een automatische randomisering plaats tussen de twee groepen lichtgetint en blauw of donkergetint en blauw.

Voorafgaand aan het onderzoek werd de respondent duidelijk gemaakt dat het ging om een wetenschappelijk onderzoek waarbij de gegevens strikt anoniem waren en enkel voor dit onderzoek werden gebruikt. De anonimiteit werd bij deze doelgroep extra benadrukt, omdat zij onbekender waren met dit soort onderzoeken en hun anonimiteit wilden waarborgen. Daarnaast werd aangegeven dat het onderzoek enkel ging over de inhoud van een instructiebrief over soa-testen en niet over persoonlijk seksueel gedrag. Door de gevoeligheid van het onderwerp en de doelgroep was er bewust voor gekozen seksueel risicogedrag en andere variabelen die betrekking konden hebben op persoonlijk seksueel gedrag niet mee te nemen in het onderzoek. De focus lag op het winnen van vertrouwen en de haalbaarheid van het onderzoek.

Naast deze informatie werd de naam en het e-mailadres van de onderzoeker achtergelaten voor eventuele vragen en opmerkingen. Verder was er een akkoordverklaring meegenomen in het onderzoek en werd vermeld dat de respondent met de keuze door te gaan met het onderzoek, automatisch akkoord ging met de voorwaarden. Ook werd in dit

onderzoek het maatschappelijke belang benadrukt door aan te geven dat het onderzoek belangrijk was voor betere interculturele communicatie en voor de gemeenschap in het algemeen. Dit werd gedaan om participatie te stimuleren. Gezien het grote aantal onafgemaakte vragenlijsten werd in de introductie benadrukt dat enkel afgemaakte vragenlijsten mee konden worden genomen in de analyse.

Voorafgaand aan de instructiebrief werd enkel gevraagd om de instructiebrief te lezen. Er werd niet expliciet verwezen naar het feit dat de respondent achteraf vragen kreeg over de inhoud van de instructiebrief. Dit kon namelijk de scores op de afhankelijke variabelen beïnvloeden, doordat ze de inhoud van de instructiebrief met extra aandacht gingen lezen (Moll, Wright, Jeffrey, Goode & Humberstone, 1977).

Tot slot werden na het zien van de instructiebrief vragen gesteld die betrekking hadden op de drie afhankelijke variabelen en de moderator. Hierbij konden de proefpersonen niet meer terug naar de instructiebrief, zodat ook de free recall en begrijpelijkheid op de juiste manier werden gemeten. Een belangrijke opmerking bij de free recall is dat nadat bleek dit de vraag bleek was waar veel proefpersonen stopte, de mogelijkheid werd gegeven door te klikken als ze de vraag als te moeilijk ervoeren.

Statistische toetsing

Het effect van het soort pictogram op de drie afhankelijke variabelen en het modererende effect van stereotype bedreiging werd gemeten door middel van multiple regressie analyses. Tot slot was de mogelijke correlatie tussen de afhankelijke variabelen gemeten door middel van een multiple correlatie coëfficiënt.

Resultaten

Tabel 1. De gemiddelden en standaarddeviaties (tussen haakjes) van de mate van stereotype bedreiging (1 = helemaal niet mee eens en 7 = helemaal mee eens), free recall (minimaal: 0 en maximaal: 39), begrijpelijkheid (0 = fout en 1 = goed) en intentie (1 = helemaal niet van plan en 7 = helemaal van plan) bij het niet-afgestemde pictogram en het op huidskleur afgestemde pictogram bij MSM migranten.

	Niet-afgestemde pictogram	Afgestemde pictogram
Stereotype bedreiging (niet afgestemd: n = 32, afgestemd n = 20)	3.18 (1.80)	3.83 (1.80)
Recall (niet afgestemd: n = 29, afgestemd n = 16)	8.9 (9.47)	8.25 (7.82)
Begrijpelijkheid (niet afgestemd: n = 34, afgestemd n = 21)	.76 (.19)	.61 (.25)
Intentie (niet afgestemd: n = 33, afgestemd n = 21)	5.84 (1.16)	5.37 (1.44)

Gezien het minimaal aantal proefpersonen voor dit onderzoek waren, ten behoeve van de haalbaarheid van de analyses, de groepen lichtgetint en donkergetint samen geanalyseerd als groep ‘op huidskleur afgestemd’.

Enkelvoudige regressie Soort Pictogram en Stereotype Bedreiging

Uit de enkelvoudige regressie bleek dat de mate van Stereotype Bedreiging niet werd verklaard door Soort Pictogram (F (1,50) = 1.64, p = .207). Het soort pictogram bleek geen significante voorspeller voor de mate van stereotype bedreiging (β = .18, p = .207).

Tabel 2. Enkelvoudige regressie analyse Soort Pictogram als voorspeller van de Stereotype Bedreiging (n = 52).

	B	SE B	β
Soort Pictogram	.66	.51	.18
Adjusted R^2	.01		
F	1.64		

*: $p \leq .05$

**: $p < .01$

***: $p < .001$

Multiple Regressies met moderatie-effect

Recall

Uit de multiple regressie bleek dat de mate van Recall niet verklaard werd door de ingebrachte variabelen Soort Pictogram, Stereotype Bedreiging en het interactie-effect Soort Pictogram en Stereotype Bedreiging (F (3,38) = .21, p = .890). Het soort pictogram bleek geen significante voorspeller voor de mate van recall (β = .28, p = .450). Stereotype bedreiging bleek ook geen significante voorspeller van de mate van recall (β = .08, p = .726). Tot slot bleek het interactie-effect van stereotype bedreiging en soort pictogram ook geen significante voorspeller voor de mate van recall (β = -.315, p = .460).

Tabel 3. Multiple regressie analyse Soort Pictogram en Stereotype Bedreiging als voorspellers van de Recall (n = 45).

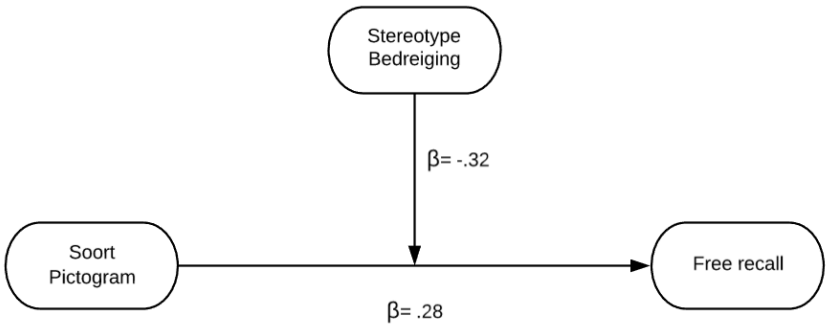
	B	SE B	β
Soort Pictogram	5.16	6.76	.28
Stereotype Bedreiging	.40	1.14	.08
Soort Pictogram x Stereotype Bedreiging	-1.27	1.71	-.32
Adjusted R^2	-.06		
F	.21		

*: $p \leq .05$

**: $p < .01$

***: $p < .001$

Figuur 1. Analyse model multiple regressie met moderatie-effect Soort Pictogram en Stereotype Bedreiging als voorspellers van de Recall (β).



*: $p \leq .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

Begrijpelijkheid

Uit de multiple regressie bleek dat de mate van Begrijpelijkheid voor 12% werd verklaard door de ingebrachte variabelen Soort Pictogram, Stereotype Bedreiging en het interactie-effect Soort Pictogram en Stereotype Bedreiging (F (3,48) = 3.41, p = .025). Het soort pictogram bleek een significante voorspeller voor de mate van begrijpelijkheid (β = -.68, p = .028). De begrijpelijkheid neemt met .31 af bij het op huidskleur afgestemde pictogram. Stereotype bedreiging bleek echter geen significante voorspeller van de mate van begrijpelijkheid (β = -.33, p = .058). Het interactie effect van stereotype bedreiging en soort pictogram bleek ook niet significant te zijn (β = .47, p = .162).

Tabel 4. Multiple regressie analyse Soort Pictogram en Stereotype Bedreiging als voorspellers van Begrijpelijkheid (n=55).

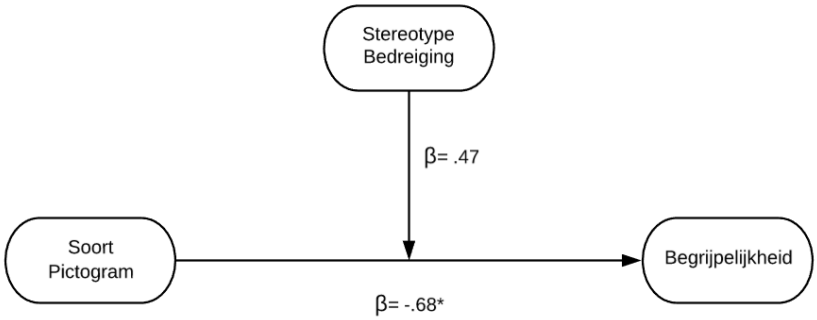
	B	SE B	β
Soort Pictogram	-.31	.14	-.68*
Stereotype bedreiging	-.04	.02	-.33
Soort Pictogram x Stereotype Bedreiging	.05	.04	.47
Adjusted R^2	.12		
F	3.41*		

*: $p \leq .05$

**: $p < .01$

***: $p < .001$

Figuur 2. Analyse model multiple regressie met moderatie-effect Soort Pictogram en Stereotype Bedreiging als voorspellers van Begrijpelijkheid (β).



p ≤ .05; **: *p* < .01; ***: *p* < .001

Intentie

Omdat er bij deze analyse sprake was van multicollineariteit tussen de onafhankelijke variabelen waren de scores op Soort Pictogram, Stereotype Bedreiging en het interactie-effect Soort Pictogram en Stereotype Bedreiging gecentreerd.

Uit de multiple regressie bleek dat de Intentie voor 24% werd verklaard door de ingebrachte variabelen Soort Pictogram, Stereotype Bedreiging en het interactie-effect Soort Pictogram en Stereotype Bedreiging (F (3,48) = 6.23, p = .001). Het soort pictogram bleek geen significante voorspeller voor de Intentie (β = -.16, p = .218). Stereotype bedreiging bleek ook geen significante voorspeller voor de Intentie (β = -.21, p = .094). Het interactie effect van Stereotype Bedreiging en Soort Pictogram bleek echter wel een significante voorspeller voor de intentie (β = -.43, p = .001). Naarmate de stereotype bedreiging sterker wordt ervaren is het verschil in de intentie als gevolg van een neutraal pictogram versus een aangepast pictogram groter en wel in de zin dat de intentie bij een aangepast pictogram lager is.

Tabel 5. Multiple regressie analyse Soort Pictogram en Stereotype Bedreiging als voorspellers van Intentie (n= 54).

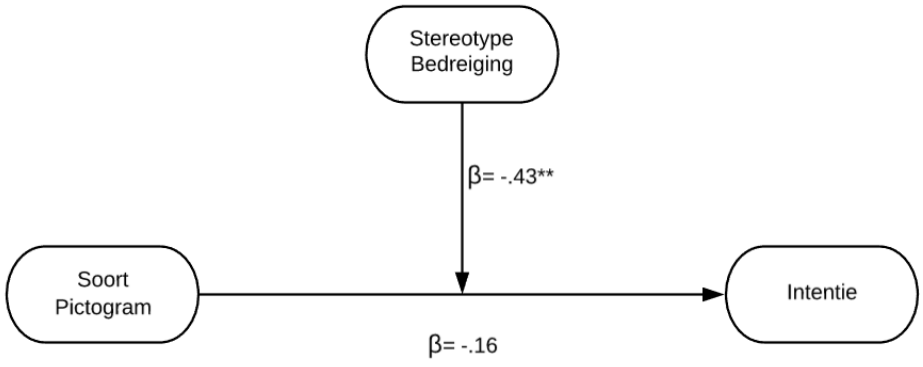
	B	SE B	β
Soort Pictogram	-.41	.33	-.16
Stereotype bedreiging	-.15	.09	-.21
Soort Pictogram x Stereotype Bedreiging	-.63	.18	-.43**
R^2	.24		
F	6.23**		

*: $p \leq .05$

**: $p < .01$

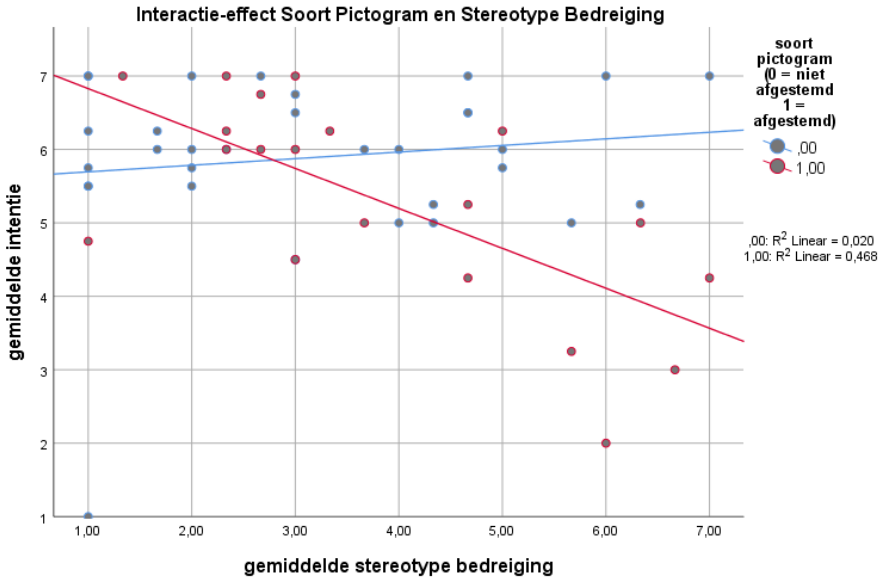
***: $p < .001$

Figuur 3. Analyse model multiple regressie met moderatie-effect Soort Pictogram en Stereotype Bedreiging als voorspellers van Intentie (β).



*: $p \leq .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

Grafiek 1. Weergave interactie-effect Soort Pictogram en Stereotype Bedreiging



Correlaties

Uit een correlatie tussen de mate van Free Recall, Begrijpelijkheid en Intentie bleek er een significant positief verband te bestaan tussen Free Recall en Begrijpelijkheid (r (43) = .486, p = .001). Naarmate de proefpersonen een hogere free recall hadden, bleken ze meer te begrijpen van de instructiebrief en andersom. Er bleek zowel geen significant verband te bestaan tussen Free Recall en Intentie (r (43) = .26, p = .091) als tussen Begrijpelijkheid en Intentie (r (54) = .18, p = .192).

Tabel 6. Correlaties (r) tussen Free Recall, Begrijpelijkheid en Intentie

Variabele	Free Recall	Begrijpelijkheid	Intentie
Free Recall		.486**	.261
Begrijpelijkheid	.486**		.180
Intentie	.261	.180	

*: $p \leq .05$

**: $p < .01$

***: $p < .001$

Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om te toetsen welk soort pictogram een positiever effect had op de mate van recall, begrijpelijkheid en intentie wat betreft een instructiebrief voor het zelf uitvoeren van een soa-test bij MSM migranten. Hierbij werd getoetst of de mate van stereotype bedreiging die een op huidskleur afgestemd pictogram mogelijk kon oproepen, een modererend effect had op de drie afhankelijke variabelen. Tot slot werd getoetst of er een correlatie bestond tussen de drie afhankelijke variabelen.

Allereerst bleek wat betreft de eerste onderzoekvraag dat het soort pictogram een significante voorspeller was voor de mate van begrijpelijkheid. Op zo een manier dat de mate van begrijpelijkheid met .31 afnam als het soort pictogram met 1 toenam. In dit onderzoek hield de waarde 1 in dat de proefpersoon de manipulatie met de op huidskleur afgestemde pictogrammen had gezien. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een blauw pictogram bij MSM migranten een hogere mate van begrijpelijkheid teweeg brengt dan een op huidskleur afgestemd pictogram.

Wat betreft de tweede onderzoeksvraag bleek dat het soort pictogram geen significante voorspeller was voor de mate van recall. Voor een hogere mate van recall maakt het dus niet uit welk soort pictogram er in een instructiebrief voor het zelf uitvoeren van een soa-test aan MSM migranten wordt getoond.

Ten derde bleek wat betreft onderzoeksvraag drie dat het soort pictogram op zichzelf geen significante voorspeller was voor de intentie, maar wel als interactie-effect met stereotype bedreiging. Dit wordt ook wel een modererend effect genoemd. Naarmate de stereotype bedreiging sterker werd ervaren was het verschil in de intentie groter tussen de twee verschillende pictogrammen. Op zo een manier dat de intentie .63 lager was bij het op huidskleur afgestemde pictogram.

Verder werd de hypothese met betrekking tot het modererende effect van stereotype bedreiging op de drie afhankelijke variabelen deels bevestigd. Zoals bij onderzoeksvraag drie vermeld, had stereotype bedreiging enkel een modererend effect bij de intentie en op zo een manier dat naarmate de stereotype bedreiging sterker werd ervaren, het verschil in de intentie groter was tussen de twee verschillende pictogrammen. Op zo een manier dat de intentie .63 lager was bij het op huidskleur afgestemde pictogram.

Tot slot bleek wat betreft de correlaties van onderzoeksvraag vier alleen een correlatie te bestaan tussen de mate van recall en de begrijpelijkheid. Naarmate de proefpersonen een hogere recall hadden, bleken ze meer te begrijpen van de instructiebrief en andersom. Tussen de andere afhankelijke variabelen was er geen sprake van correlatie.

Op basis van deze uitkomsten kan worden geconcludeerd dat het soort pictogram in een instructiebrief voor het zelf uitvoeren van een soa-test effect heeft op de mate van begrijpelijkheid en de intentie. Wat betreft de begrijpelijkheid heeft het soort pictogram op zichzelf een effect. Een blauw pictogram zorgde voor een hogere mate van begrijpelijkheid dan een op huidskleur afgestemd pictogram. Wat betreft de intentie is het effect van het soort pictogram enkel aanwezig in interactie met stereotype bedreiging. Naarmate de stereotype bedreiging sterker werd ervaren was het verschil in de intentie groter tussen de twee verschillende pictogrammen. De intentie werd door dit modererende effect lager bij het op huidskleur afgestemde pictogram.

Discussie

Op basis van de bestaande literatuur kon voor dit onderzoek geen duidelijke verwachting worden geschept met betrekking tot het effect van het soort pictogram op de begrijpelijkheid, recall en intentie. De enige verwachting die geschept kon worden was dat de relatie tussen het soort pictogram en de afhankelijke variabelen werd beïnvloed door de mate van stereotype bedreiging, op zo een manier dat het op huidskleur afgestemde pictogram bij een hogere mate stereotype bedreiging zou zorgen voor een lagere mate van begrijpelijkheid, recall en intentie (Bosson, Haymovitz & Pinel, 2004; Schmader & Johns, 2003; Seacat & Mickelson, 2009). Deze kritische studie van de literatuur schetst een eerste beeld van het effect van het soort pictogram op de mate van begrijpelijkheid, recall en intentie.

Uit de resultaten bleek allereerst dat een op huidskleur afgestemd pictogram een lagere begrijpelijkheid tot gevolg had. Daarnaast bleek het effect van het soort pictogram op de intentie afhankelijk te zijn van het niveau van de stereotype bedreiging. Op zo een manier dat er bij een afgestemd pictogram een lagere intentie was naarmate men in hogere mate stereotype bedreiging ervoer. Het modererende effect van stereotype bedreiging werd dus deels gevonden. In deze paragraaf zijn, op basis van de in de inleiding beschreven literatuur, mogelijke verklaringen en betekenissen gegeven voor de bevindingen van dit onderzoek.

Een mogelijke verklaring voor de uitkomst dat een op huidskleur afgestemd pictogram zorgde voor minder begrijpelijkheid kan allereerst zijn dat de pictogrammen op een diverse etnische groep waren toegepast. In de literatuur werd aangegeven dat wanneer pictogrammen herkenbare elementen bevatten met betrekking tot uiterlijk of cultuur het kan leiden tot meer begrijpelijkheid (Cloutier et al. 2014; Dowse & Ehlers, 2001). Het huidige onderzoek had betrekking op MSM migranten in het algemeen. Hierdoor werd één ontworpen pictogram getoond aan proefpersonen met verschillende uiterlijke kenmerken en culturen. Dit kan er mogelijk toe hebben geleid dat de proefpersonen zich gemiddeld genomen onvoldoende konden identificeren met de persoon in de ontworpen pictogrammen, wat ervoor kan hebben gezorgd dat het effect van een afgestemd pictogram op de begrijpelijkheid niet ontstond. Bewijs voor deze verklaring kan mogelijk worden gevonden door in vervolgonderzoek pictogrammen voor één doelgroep te ontwikkelen en de mate van begrijpelijkheid te meten.

Daarnaast kan het feit dat het blauwe pictogram zorgde voor een hogere mate van begrijpelijkheid dan het op huidskleur afgestemde pictogram mogelijk worden verklaard door de theorie met betrekking tot het effect van de kleur blauw. In de theorie werd namelijk verondersteld dat de kleur blauw een prestatie stimulerend effect heeft (Kamaruzzanman & Zawawi, 2010). Dit prestatie stimulerende effect kan mogelijk zijn ontstaan bij de proefpersonen die de blauwe pictogrammen zagen en een hogere mate van begrijpelijkheid tot gevolg hebben gehad.

Tot slot kan de verdeling van de proefpersonen over de twee manipulaties mogelijk hebben geleid tot een hogere mate van begrijpelijkheid bij de blauwe pictogrammen. Wanneer een proefpersoon aangaf zich met een andere etniciteit te identificeren dan de vooraf opgestelde antwoordmogelijkheden, dan kreeg die automatisch het blauwe pictogram te zien. Bij deze groep zaten vooral Europese migranten en het kan mogelijk zo zijn dat deze groep meer gewend was aan dit soort vragenlijsten. Dit kan mogelijk een hogere mate van begrijpelijkheid bij de conditie met het blauwe pictogram tot gevolg hebben gehad. Om een exacter beeld te krijgen van het effect van het soort pictogram op de begrijpelijkheid bij MSM migranten, zouden Westerse migranten in een vervolgonderzoek buiten beschouwing moeten worden gelaten.

De meest interessante bevinding van dit onderzoek is dat er bij een afgestemd pictogram een lagere intentie was naarmate men in hogere mate stereotype bedreiging ervoer. Dit is mogelijk te verklaren door het feit dat het bij de intentie, in tegenstelling tot de andere twee afhankelijke variabelen, gaat om gedrag. De andere twee afhankelijke variabelen van dit onderzoek hadden betrekking op interne cognitieve processen, waarvan buitenstaanders niet kunnen zien in welke mate iemand ze bezit. Het uitvoeren van bepaald gedrag is wel zichtbaar voor anderen en deze eigenschap heeft volgens de literatuur invloed op MSM migranten die zich bewust zijn van het hiv-stigma dat heerst rondom MSM in het algemeen (Herek & Capitino, 1999). De literatuur suggereerde namelijk dat de groep MSM met een niet-Westerse etniciteit te maken heeft met een strenge afkeuring vanuit de eigen gemeenschap wanneer het gaat om homoseksualiteit (Brooks et al., 2005). Deze strenge afkeuring zorgt ervoor dat een hiv-test wordt vermeden (Kennamer, Honnold, Bradorf & Hendricks, 2000). Het doen van een hiv-test is volgens hen namelijk het bewijs dat ze bepaald gestigmatiseerd seksueel gedrag hebben uitgevoerd (Londono, in Brooks et al., 2005; Moore, in Brooks et al., 2005; Robinson, in Brooks et al., 2005). Deze angst in combinatie met de

instructiebrief voor een soa-test speciaal voor mannen die seks hebben met mannen, kan er mogelijk voor hebben gezorgd dat de mannen die een hogere mate van stereotype bedreiging ervoeren gevoeliger waren voor de negatieve effecten van het op huidskleur afgestemde pictogram en als gevolg hiervan een lagere intentie hadden om zelf een soa-test te gaan uitvoeren. Wanneer een communicatie-uiting met pictogrammen wordt ingezet om bepaald gedrag te bewerkstelligen is aan te bevelen om na te gaan of het een doelgroep betreft die gevoelig is voor stereotype bedreiging. Dit kan namelijk negatieve gevolgen hebben voor de intentie.

Bovenstaande verklaring voor het feit dat de mate van stereotype bedreiging enkel effect had op de relatie tussen soort pictogram en de intentie kan ook de verklaring zijn voor het feit waarom de mate van stereotype bedreiging geen modererend effect had bij de begrijpelijkheid en recall. Uit de theorie bleek dat stereotype bedreiging ontstaat wanneer iemand zich bewust is van het stigma dat op hem of haar van toepassing is (Brown & Pinel, 2003). Het kan zo zijn dat, ondanks dat in de manipulatie werd benadrukt dat het een manier van soa-testen was enkel voor mannen die seks hadden met mannen, de op huidskleur afgestemde pictogrammen bij de interne cognitieve processen onvoldoende bewustzijn van het hiv-stigma opriepen. Dit lage bewustzijn voor het hiv-stigma kan er mogelijk toe hebben geleid dat de mannen minder negatieve gevolgen ervoeren van de mate van stereotype bedreiging op recall en begrijpelijkheid na het zien van de op huidskleur afgestemd pictogrammen.

Een mogelijke verklaring voor het uitblijven van significante verschillen tussen de condities wat betreft de recall kan zijn dat deze vraag te ingewikkeld was voor de doelgroep. Dit onderzoek was gericht op MSM migranten, waarvan een deel een niet-Westerse achtergrond had. De literatuur suggereerde dat vooral migranten die niet bekend zijn met de Westerse gezondheidszorg vaardigheden missen met betrekking tot de gezondheid (Kreps, in Kreps & Sparks, 2008; Ngoh & Shepherd, 1997). De instructiebrief had betrekking op een soa-test die uitgevoerd kon worden in Nederlandse laboratoria. Mogelijk herkende de proefpersonen onvoldoende elementen van de gezondheidszorg vanuit het land van herkomst en had dit een lage recall tot gevolg. Het kan ook zo zijn dat deze vraag in het algemeen te ingewikkeld was voor deze doelgroep, omdat veel MSM migranten niet gewend waren aan dit soort Westerse onderzoeken. De gemiddelde recall lag bij beide condities rond de acht items, terwijl er rond de 80 inhoudelijke items aanwezig waren.

Een mogelijk tweede verklaring voor het uitblijven van een verschil bij de recall kan zijn dat de kleur blauw in het algemeen geen recall opriep. De literatuur was nog niet duidelijk over het effect van de kleur blauw op de recall. Kumi, Conway, Limayem en Goyal (2013) gaven aan dat de kleur blauw voor een hogere mate van recall zorgde dan de kleur geel. In vergelijking met de kleur rood zorgde blauw echter voor minder recall en zelfs voor meer verkeerde recalls (Mehta & Zhu, 2009). Een vergelijking tussen de kleur blauw en bruin was er in de literatuur nog niet gemaakt. Het kan mogelijk zo zijn dat de kleur blauw in deze context niet meer recalls opriep dan de kleur bruin of in het algemeen een kleur is die geen effect heeft op recall. Gezien het feit dat de literatuur met betrekking tot de kleur blauw tegenstrijdig is, wordt aanbevolen meer onderzoek te doen naar het effect van de kleur blauw in pictogrammen.

De laatste onderzoeksvraag die werd gesteld had betrekking op een mogelijke correlatie tussen begrijpelijkheid, recall en intentie. De positieve correlatie die bestond tussen begrijpelijkheid en recall kan mogelijk worden verklaard door het feit dat deze twee cognitieve processen met elkaar in verband staan. Houts et al. (2006) gaven aan dat nadat een boodschap is begrepen, de informatie moet worden herinnert. De positieve correlatie tussen recall en begrijpelijkheid is dan ook een logisch vervolg. Wanneer er een hogere mate van recall is, neemt de begrijpelijkheid toe en andersom. Wat betreft de relatie met de intentie suggereerde Arbuthnot (1977) dat het begrijpen van een boodschap een belangrijke voorspeller was voor de intentie. Gezien het feit dat het hierbij niet per definitie om een correlatie ging kan het zijn dat begrijpelijkheid enkel een voorspeller is voor de intentie, maar dat een hogere intentie niet per definitie hoeft te betekenen dat iemand de instructiebrief beter begrijpt.

Beperkingen en aanbevelingen

Wetenschappelijk onderzoek kan niet zijn uitgevoerd zonder beperkingen, zo ook niet dit onderzoek. Allereerst heeft de gekozen doelgroep enkele beperkingen tot gevolg gehad. De doelgroep MSM migranten was een ontzettend maatschappelijk relevante doelgroep, maar was helaas ook een lastige doelgroep als het aankomt op werving voor wetenschappelijke onderzoeken. Directe verbindingen met de doelgroep waren er nauwelijks, dus er moest gebruik worden gemaakt van andere organisaties via wie werd gecommuniceerd richting de

doelgroep. Dit leverde in het begin weinig op, maar na verloop van tijd zijn 128 MSM migranten begonnen aan de vragenlijst.

Hiermee wordt meteen een tweede beperking met betrekking tot de doelgroep aangestipt, namelijk het aantal onafgemaakte vragenlijsten. Uiteindelijk hadden 58 MSM migranten de vragenlijst op zo een manier ingevuld dat het kon worden gebruikt voor de analyses. Het aantal onafgemaakte vragenlijsten kan een aantal mogelijke verklaringen hebben. Allereerst ging het bij dit onderzoek om een kwetsbare doelgroep waarvan een groot gedeelte nog niet gewend was aan de Westerse cultuur en aan dit soort Westerse onderzoeken. MSM migranten hebben over het algemeen weinig vertrouwen in de Nederlandse overheid en staan niet graag persoonlijke informatie af. Ondanks het feit dat er was benadrukt dat op basis van de informatie niet kon worden achterhaald wie de persoon was, leidde de vraag met betrekking tot demografische gegevens vaak tot het beëindigen van de vragenlijst. Daarnaast ging het om een Westers onderzoek en bevatte de vragenlijst Westerse constructen. Mogelijk was een groot gedeelte van de doelgroep niet bekend met dit soort constructen en dit kan hebben geleid tot het beëindigen van de vragenlijst. Vooral de vraag met betrekking tot de recall zorgde voor veel beëindigingen. Tot slot kan het taboe rondom de onderwerpen homoseksualiteit en soa-testen een groot aantal onafgemaakte vragenlijsten tot gevolg hebben gehad. Dit kan ook een reden zijn geweest voor de lage respons in het algemeen.

Een derde beperking van het onderzoek is het feit dat de vragenlijst enkel in het Engels verkrijgbaar was. Deze keuze was gemaakt om de haalbaarheid van het onderzoek te vergroten, maar hierdoor werd er een bepaald Engels niveau verwacht van de proefpersonen. MSM migranten met een laag niveau Engelse leesvaardigheid kunnen de vragenlijst op voorhand al niet hebben geopend, vragen verkeerd hebben geïnterpreteerd of gestopt zijn tijdens de vragenlijst. Gezien het minimaal aantal proefpersonen was ervoor gekozen alle niveaus Engelse leesvaardigheid in de analyses mee te nemen. Eenzelfde vragenlijst in het Frans of bijvoorbeeld Arabisch zou de drempel om deel te nemen aan dit onderzoek voor MSM migranten kunnen verlagen. Dit biedt een mogelijkheid voor vervolgonderzoek.

Een vierde beperking van dit onderzoek kan het ontworpen stimulusmateriaal zijn. Er was één pictogram ontworpen voor de groep lichtgetint en één pictogram voor de groep donkergetint. De uiterlijke kenmerken waren gebaseerd op een bestaande afbeelding van Soa Aids Nederland. Doordat binnen de condities lichtgetint en donkergetint verschillende

etnische groepen vielen, kan het zijn dat er niet voor iedereen uit de conditie sprake was van een afgestemd pictogram. Dit kan mogelijk effect hebben gehad op de mate van stereotype bedreiging en de drie afhankelijke variabelen. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op één etnische groep waardoor de pictogrammen beter kunnen worden afgestemd op uiterlijke- en culturele kenmerken van die groep.

Een laatste beperking van dit onderzoek was de gekozen onderzoeksmethode. Gezien het feit dat het ging om een kwetsbare doelgroep en een gevoelig onderwerp was het achteraf een verstandigere keuze geweest interviews af te nemen in plaats van online vragenlijsten. Op deze manier kon er mogelijk een vertrouwensband worden gecreëerd met de doelgroep en stond de doelgroep mogelijk meer open voor deelname aan het onderzoek. Door middel van diepte-interviews kan mogelijk ook het uitblijven van het effect van stereotype bedreiging op de relatie van het soort pictogram op recall en begrijpelijkheid beter worden onderzocht. Aan de hand van diepte-interviews zal deze doelgroep mogelijk eerder aangeven dat ze een bepaalde stereotypering en/of angst door stigma ervaren. Een vervolgonderzoek waarbij het onderzoek wordt gedupliceerd in de vorm van interviews is aan te bevelen.

Tot slot een persoonlijke aanbeveling en ook meteen de afsluiting van mijn masterscriptie. Ondanks het feit dat het door de gekozen doelgroep een zware tocht was, wil ik dit soort onderzoeken aanbevelen aan andere studenten en onderzoekers. De uitkomsten zijn van maatschappelijk belang en hierdoor heb ik tijdens mijn afstudeertraject veel voldoening ervaren. Soa Aids Nederland is een organisatie die zich inzet voor HIV-bestrijding en de uitkomsten van mijn masteronderzoek zijn direct van toepassing op hun communicatie-uitingen. Ik hoop dat dit onderzoek voor mij een begin mag zijn voor een toekomst waarin ik zelf van betekenis kan zijn voor kwetsbare groepen in de maatschappij.

Bronnen

Arbuthnot, J. (1977). The roles of attitudinal and personality variables in the prediction of environmental behavior and knowledge. *Environment and Behavior, 9*(2), 217-232. doi: 10.1177/001391657792004

Austin, P. E., Matlack, R., Dunn, K. A., Kesler, C., & Brown, C. K. (1995). Discharge instructions: Do illustrations help our patients understand them? *Annals of Emergency Medicine*, *25*(3), 317–320. doi: 10.1016/s0196-0644(95)70286-5

Babin, B. J., Hardesty, D. M., & Suter, T. A. (2003). Color and shopping intentions: The intervening effect of price fairness and perceived affect. *Journal of business research*, *56*(7), 541-551. doi: 10.1016/S0148-2963(01)00246-6

Barros, I. M., Alcântara, T. S., Mesquita, A. R., Santos, A. C. O., Paixão, F. P., & Lyra, D. P. (2014). The use of pictograms in the health care: A literature review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *10*(5), 704–719. doi: 10.1016/j.sapharm.2013.11.002.

Barthokriek. (z.d.). *Het Amerikaanse schoolsysteem vergeleken met NL.* Geraadpleegd van http://barthokriek.nl/tips-info/schoolsysteem-vs/

Bates, D. C. (2002). Environmental refugees? Classifying human migrations caused by environmental change. *Population and Environment*, *23*(5), 465-477. doi: 10.1023/A:1015186001919

Bekker, M. H., & Lhajoui, M. (2004). Health and literacy in first-and second-generation Moroccan Berber women in the Netherlands: Ill literacy? *International Journal for Equity in Health*, *3*(1), 8. doi: 10.1186/1475-9276-3-8

Bellizzi, J. A., & Hite, R. E. (1992). Environmental color, consumer feelings, and purchase likelihood. *Psychology & marketing*, *9*(5), 347-363. doi: 10.1002/mar.4220090502

Bordalo, P., Coffman, K., Gennaioli, N., & Shleifer, A. (2016). Stereotypes. *The Quarterly Journal of Economics*, *131*(4), 1753-1794.

Bosson, J. K., Haymovitz, E. L., & Pinel, E. C. (2004). When saying and doing diverge: The effects of stereotype threat on self-reported versus non-verbal anxiety. *Journal of Experimental Social Psychology*, *40*(2), 247-255. doi: 10.1016/S0022-1031(03)00099-4

Brown, R. P., & Pinel, E. C. (2003). Stigma on my mind: Individual differences in the experience of stereotype threat. *Journal of Experimental Social Psychology*, *39*(6), 626-633. doi: 10.1016/S0022-1031(03)00039-8

Bryant, J., Brown, D., Silberberg, A. R., & Elliott, S. M. (1981). Effect of humorous illustrations in college textbooks. *Human Communication Research, 8*(1), 43-57.

Cloutier, M., Vaillancourt, R., Pynn, D., Wade, J., Preston, C., Turpin, P., & Hansra, A. (2014). Design and development of culture-specific pictograms for type 2 diabetes mellitus education and counselling. *Canadian Journal of Diabetes*, *38*(6), 379–392. doi: 10.1016/j.jcjd.2014.03.010

Crozier, W. R. (1996). The psychology of colour preferences. *Review of Progress in Coloration and Related Topics*, *26*, 63-72.

Delp, C., & Jones, J. (1996). Communicating information to patients: The use of cartoon illustrations to improve comprehension of instructions. *Academic Emergency Medicine*, *3*(3), 264–270. doi: 10.1111/j.1553-2712.1996.tb03431.x

Dingle, H., & Drake, V. A. (2007). What is migration? *Bioscience*, *57*(2), 113-121. doi: 10.1641/B570206

Dowse, R., & Ehlers, M. S. (1998). Pictograms in pharmacy. *International Journal of Pharmacy Practice*, *6*(2), 109–118. doi: 10.1111/j.2042-7174.1998.tb00924.x

Dowse, R., & Ehlers, M. S. (2001). The evaluation of pharmaceutical pictograms in a low-literate South African population. *Patient education and counseling*, *45*(2), 87-99. doi: 10.1016/S0738-3991(00)00197-XmollGranger, G. W. (1955). An experimental study of colour preferences. *The Journal of General Psychology*, *52*(1), 3-20. doi: 10.1080/00221309.1955.9918340

Guilford, J. P., & Smith, P. C. (1959). A system of color-preferences. *The American Journal of Psychology*, *72*(4), 487-502. doi: 10.2307/1419491

Herek, G. M., & Capitanio, J. P. (1999). AIDS stigma and sexual prejudice. *American Behavioral Scientist*, *42*(7), 1130-1147. doi: 10.1177/0002764299042007006

Hilton, J. L., & Von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, *47*(1), 237–271. doi: 10.1146/annurev.psych.47.1.237

Houts, P. S., Bachrach, R., Witmer, J. T., Tringali, C. A., Bucher, J. A., & Localio, R. A. (1998). Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions. *Patient education and counseling*, *35*(2), 83-88. doi: 10.1016/S0738-3991(98)00065-2

Houts, P. S., Doak, C. C., Doak, L. G., & Loscalzo, M. J. (2006). The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall and

adherence. *Patient Education and Counseling, 61*(2), 173-190. doi: 10.1016/j.pec.2005.05.004

Houts, P. S., Witmer, J. T., Egeth, H. E., Loscalzo, M. J., & Zabora, J. R. (2001). Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions II. *Patient education and counseling*, *43*(3), 231-242. doi: 10.1016/S0738-3991(98)00065-2

Jackson, L. D. (1992). Information complexity and medical communication: The effects of technical language and amount of information in a medical message. *Health Communication*, *4*(3), 197-210. doi: 10.1207/s15327027hc0403_3

Kamaruzzaman, S. N., & Zawawi, E. M. A. (2010). Influence of employees' perceptions of colour preferences on productivity in Malaysia office buildings. *Journal of Sustainable Development, 3*(3), 283-293.

Kreps, G. L., & Sparks, L. (2008). Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Education and Counseling*, *71*(3), 328–332. doi: 10.1016/j.pec.2008.03.001

Kumi, R., Conway, C.M., Limayem, M., & Goyal S. (2013). Learning in color: How color and affect influence learning outcomes. *IEEE transactions on professional communication, 56*(1), 2-15. doi: 10.1109/TPC.2012.2208390

Lehrl, S., Gerstmeyer, K., Jacob, J. H., Frieling, H., Henkel, A. W., Meyrer, R., ... & Bleich, S. (2007). Blue light improves cognitive performance. *Journal of Neural Transmission*, *114*(4), 457-460. doi: 10.1007/s00702-006-0621-4

Leiner, M., Handal, G., & Williams, D. (2004). Patient communication: A multidisciplinary approach using animated cartoons. *Health Education Research*, *19*(5), 591-595. doi: 10.1093/her/cyg079

Levie, W. H., & Lentz, R. (1982). Effects of text illustrations: A review of research. *ECTJ*, *30*(4), 195-232. doi: 10.1007/BF02765184

Ley, P., Bradshaw, P. W., Eaves, D., & Walker, C. M. (1973). A method for increasing patients' recall of information presented by doctors. *Psychological Medicine*, *3*(2), 217-220. doi: 10.1017/S0033291700048558

Ley, P., & Spelman, M. S. (1965). Communications in an out-patient setting. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, *4*(2), 114-116. doi: 10.1111/j.2044-8260.1965.tb00449.x

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*(1), 363-385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363

Mantotman. (z.d.). Testlab: Jouw test. Geraadpleegd van https://mantotman.nl/nl/testen-en-vaccineren/testlab-jouw-test

Mehta, R., & Zhu, R. J. (2009). Blue or red? Exploring the effect of color on cognitive task performances. *Science*, *323*(5918), 1226-1229. doi: 10.1126/science.1169144

Michielutte, R., Bahnson, J., Dignan, M. B., & Schroeder, E. M. (1992). The use of illustrations and narrative text style to improve readability of a health education brochure. *Journal of Cancer Education*, *7*(3), 251-260. doi: 10.1080/08858199209528176

Moll, J. M., Wright, V., Jeffrey, M. R., Goode, J. D., & Humberstone, P. M. (1977). The cartoon in doctor-patient communication. Further study of the Arthritis and Rheumatism Council handbook on gout. *Annals of the rheumatic diseases*, *36*(3), 225-231. doi: 10.1136/ard.36.3.225

Morrow, D. G., Hier, C. M., Menard, W. E., & Leirer, V. O. (1998). Icons improve older and younger adults' comprehension of medication information. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, *53*(4), 240-254. doi: 10.1093/geronb/53B.4.P240

Ngoh, L. N., & Shepherd, M. D. (1997). Design, development, and evaluation of visual aids for communicating prescription drug instructions to nonliterate patients in rural Cameroon. Patient education and counseling, 31(3), 245-261. doi: 10.1016/S0738-3991(97)89866-7

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, *67*(12), 2072-2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Oosterberg, E., Bakx, J., van Bommel, H., & Elbrink, S. (2012). Visueel voorlichtingsmateriaal voor laaggeletterden. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, *7*(6), 150-154. doi: 10.1007/s12503-012-0095-9

Patel, V. L., Eisemon, T. O., & Arocha, J. F. (1990). Comprehending instructions for using pharmaceutical products in rural Kenya. *Instructional science*, *19*(1), 71-84. doi: 10.1007/BF00377986

Rank, L. (2002). Gays and lesbians in the US immigration process. *Peace Review*, *14*(4), 373-377. doi: 10.1080/1040265022000039141

Rosenberg, E. (2003, 30 januari). De witte zorg doet de allochtonen geen goed. *NRC.nl.* Geraadpleegd van https://www.nrc.nl/nieuws/2003/01/30/de-witte-zorg-doet-de-allochtonen-geen-goed-7624396-a182723

Safeer, R. S., & Keenan, J. (2005). Health literacy: the gap between physicians and patients. *American Family Physician*, *72*(3), 463-468.

Schmader, T., & Johns, M. (2003). Converging evidence that stereotype threat reduces working memory capacity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(3), 440. doi: 10.1037/0022-3514.85.3.440

Schmader, T., Johns, M., & Forbes, C. (2008). An integrated process model of stereotype threat effects on performance. *Psychological Review*, *115*(2), 336. doi: 10.1037/0033-295X.115.2.336

Seacat, J. D., & Mickelson, K. D. (2009). Stereotype threat and the exercise/dietary health intentions of overweight women. *Journal of Health Psychology*, *14*(4), 556-567. doi: 10.1177/1359105309103575

Soa Aids Nederland. (2015). *The Way Forward.* Geraadpleegd van https://www.soaaids.nl/sites/default/files/The%20way%20forward%20-%20koersdocument.PDF

Soa Aids Nederland. (z.d.). Over ons. Geraadpleegd van https://www.soaaids.nl/nl/over-soa-aids-nederland

Sojourner, R. J., & Wogalter, M. S. (1998). The influence of pictorials on the comprehension and recall of pharmaceutical safety and warning information. *International Journal of Cognitive Ergonomics*, *2*(1/2), 93-106.

Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of personality and Social Psychology*, *69*(5), 797. doi: 10.1037/0022-3514.69.5.797

Thomas, S. B., Fine, M. J., & Ibrahim, S. A. (2004). Health disparities: the importance of culture and health communication. *American Journal of Public Health, 12*, 2050-2050. doi: 10.2105/AJPH.94.12.2050

Twickler, M., Hoogstraaten, E., Reuwer, A.Q., Singels, L., Stronks, K., & Essink-Bot, M. (2009). Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde. 153*(A250). 1-6.

Bijlagen

Bijlage 1 Instructiebrief Testlab blauwe pictogrammen

Afbeelding 1. Instructiebrief Testlab bladzijde 1.

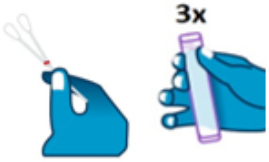
Instruction form for collecting samples
To test for HIV and other STIs, different samples of body fluids are required.
For syphilis and HIV one tube of blood is drawn.



For gonorrhea and chlamydia, we require three samples: a urine sample, an anal swab, a throat swab .



You take care of the urine sample, and the anal and throat swab by yourself. Blood is drawn by staff member of the laboratory.
For the urine sample and the anal and throat swabs, you will receive two swabs and three cups.



Below are instructions for collecting you urine sample and using the anal swab and throat swab. Please bring these instructions to the lab with you so you will collect the samples correctly.



Instruction form for the urine sample:
It is important to catch the *first* part of the urine steam into the cup.

"First flow"

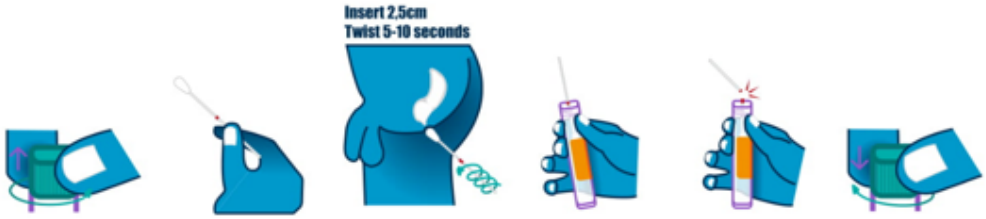


Afbeelding 2. Instructiebrief Testlab bladzijde 2.

The sample can be taken at any time of the day; “morning” urine is not required. Please make certain that you have not peed for at least an hour before collecting the urine sample.



Anal swab instructions:
Step 1. Open the package and remove the biggest swab, you don’t need the small swab.
Step 2. Insert the swab $2^{1/2}$ centimeters into the anus and then rotate the stick between your fingers for 5 to 10 seconds.
Step 3. Remove the top of the vial. Place the swab in the vial.
Step 4. Close the top of the vial tightly.
Step 5. Throw away any unused materials and packaging. Wash your hands.



Throat swab instructions:
Step 1: Open the package and remove the biggest swab, you don't need the small swab.
Step 2: It is necessary for the throat swab to be deep enough. Take the swab alongside the inside of your throat. Move over the area next to your uvula, and to the left and right of your palate arches and tonsils. If you take the sample in the right way, you can feel a gag reflex.
Step 3: Remove the lid from the test tube. Insert the swab into the tube.
Step 4: Screw the lid back tightly on the tube.
Step 5: Close the top of the vial tightly.
Step 6: Throw away any unused materials and packages. Wash your hands and return the tube with the swab to the reception.



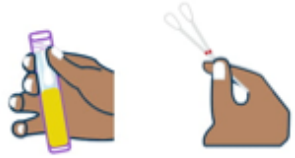
Bijlage 2 Aangepaste instructiebrieven

Afbeelding 3. Aangepaste instructiebrief lichtgetint bladzijde 1.

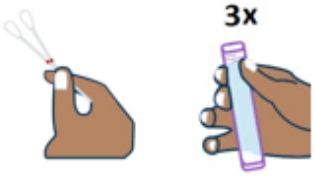
Instruction form for collecting samples
To test for HIV and other STIs, different samples of body fluids are required.
For syphilis and HIV one tube of blood is drawn.



For gonorrhea and chlamydia, we require three samples: a urine sample, an anal swab, a throat swab.



You take care of the urine sample, and the anal and throat swab by yourself. Blood is drawn by staff member of the laboratory.
For the urine sample and the anal and throat swabs, you will receive two swabs and three cups.



Below are instructions for collecting you urine sample and using the anal swab and throat swab. Please bring these instructions to the lab with you so you will collect the samples correctly.



Instruction form for the urine sample:
It is important to catch the *first* part of the urine steam into the cup.

"First flow"

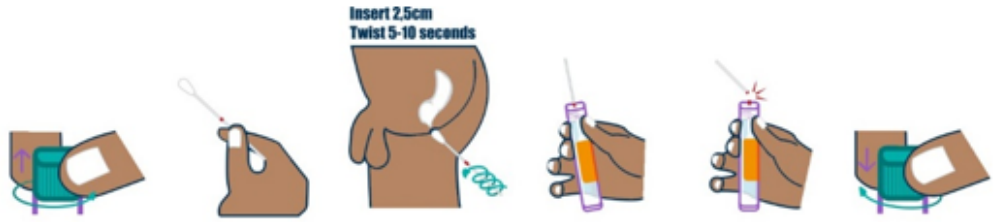


Afbeelding 4. Aangepaste instructiebrief lichtgetint bladzijde 2.

The sample can be taken at any time of the day; “morning” urine is not required. Please make certain that you have not peed for at least an hour before collecting the urine sample.



Anal swab instructions:
Step 1. Open the package and remove the biggest swab, you don’t need the small swab.
Step 2. Insert the swab $2^{1/2}$ centimeters into the anus and then rotate the stick between your fingers for 5 to 10 seconds.
Step 3. Remove the top of the vial. Place the swab in the vial.
Step 4. Close the top of the vial tightly.
Step 5. Throw away any unused materials and packaging. Wash your hands.



Throat swab instructions:
Step 1: Open the package and remove the biggest swab, you don't need the small swab.
Step 2: It is necessary for the throat swab to be deep enough. Take the swab alongside the inside of your throat. Move over the area next to your uvula, and to the left and right of your palate arches and tonsils. If you take the sample in the right way, you can feel a gag reflex.
Step 3: Remove the lid from the test tube. Insert the swab into the tube.
Step 4: Screw the lid back tightly on the tube.
Step 5: Close the top of the vial tightly.
Step 6: Throw away any unused materials and packages. Wash your hands and return the tube with the swab to the reception.



Afbeelding 5. Aangepaste instructiebrief donkergetint bladzijde 1.

Instruction form for collecting samples
To test for HIV and other STIs, different samples of body fluids are required.
For syphilis and HIV one tube of blood is drawn.



For gonorrhea and chlamydia, we require three samples: a urine sample, an anal swab, a throat swab.



You take care of the urine sample, and the anal and throat swab by yourself. Blood is drawn by staff member of the laboratory.
For the urine sample and the anal and throat swabs, you will receive two swabs and three cups.



Below are instructions for collecting you urine sample and using the anal swab and throat swab. Please bring these instructions to the lab with you so you will collect the samples correctly.



Instruction form for the urine sample:
It is important to catch the *first* part of the urine steam into the cup.

"First flow"

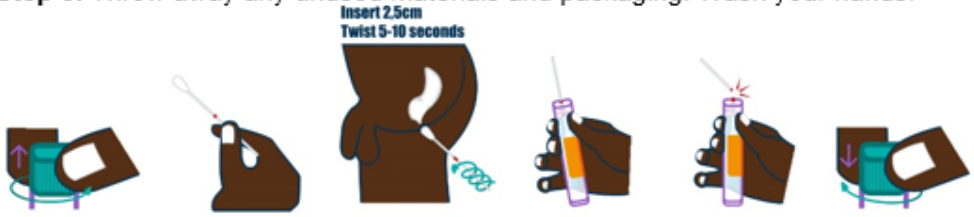


Afbeelding 6. Aangepaste instructiebrief donkergetint bladzijde 2.

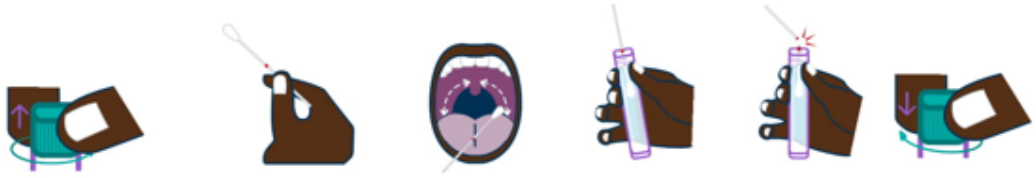
The sample can be taken at any time of the day; “morning” urine is not required. Please make certain that you have not peed for at least an hour before collecting the urine sample.



Anal swab instructions:
Step 1. Open the package and remove the biggest swab, you don’t need the small swab.
Step 2. Insert the swab $2^{1/2}$ centimeters into the anus and then rotate the stick between your fingers for 5 to 10 seconds.
Step 3. Remove the top of the vial. Place the swab in the vial.
Step 4. Close the top of the vial tightly.
Step 5. Throw away any unused materials and packaging. Wash your hands.



Throat swab instructions:
Step 1: Open the package and remove the biggest swab, you don't need the small swab.
Step 2: It is necessary for the throat swab to be deep enough. Take the swab alongside the inside of your throat. Move over the area next to your uvula, and to the left and right of your palate arches and tonsils. If you take the sample in the right way, you can feel a gag reflex.
Step 3: Remove the lid from the test tube. Insert the swab into the tube.
Step 4: Screw the lid back tightly on the tube.
Step 5: Close the top of the vial tightly.
Step 6: Throw away any unused materials and packages. Wash your hands and return the tube with the swab to the reception.



Bijlage 3 Codeboek recall

Inhoudelijk item *(alleen woorden die in deze context belangrijk zijn of zinnen die samen een belangrijke handeling vormen)*	**Recall (elk aanwezig item = 1)**
Man tot man/ men to men	
Test/testing/tested	
Instruction form/form	
HIV	
STIs/STDs	
different samples/tests/three samples/tests	
samples	
body fluids/fluid	
syphilis	
HIV	
One tube of blood	
Blood	
drawn	
gonorrhea	
chlamydia	
Anal swab	
Throat/mouth swab	
by yourself	
Throat/mouth	
Anal	
Urine/pee	
Blood is drawn	
staff member/nurse/health provider	
laboratory	
Urine sample/test	
Anal swabs/test/samples	
Throat/mouth/oral swabs/test	

two swabs	
swabs	
three cups	
cups/tubes	
instructions	
Collecting/collection	
urine sample	
anal swab	
throat swab	
Bring instructions	
lab	
Collect samples correctly	
Instruction form	
urine sample/test	
Catch *first* part/drops/steam/burst	
urine steam	
into the cup	
can be taken	
any time a day	
“morning” urine not required/not need	
have not peed	
at least an hour	
an hour	
before collecting	
urine sample	
Anal swab instructions	
Open the package	
Remove biggest swab/only take/need biggest swab/long swab	
don’t need the small swab	
Insert swab	

Vial	
$2^{1/2}$ centimeters	
anus	
rotate	
stick	
Between fingers	
5 to 10 seconds	
Remove the top of the vial	
Place swab in the vial	
Close top of the vial/cup	
tightly	
Throw away unused materials and packaging	
Wash hands	
Throat swab instructions	
Open package/mouth swab/anal swab	
Remove biggest swab/long swab	
don't need small swab	
Necessary throat swab	
to be deep enough	
alongside inside of your throat	
Move over the area next to your uvula	
…left and right of your palate arches and tonsils	
you can feel a gag reflex	
take the sample in the right way	
Remove the lid	
test tube/tube	
Insert the swab into the tube/vial	
Screw the lid back tightly on the tube	
Close the top of the vial tightly	

Throw away any unused materials	
Wash your hands	
return the tube with the swab to the reception	

Bijlage 4 Checklist Ethische Toetsing

Naam: Sanne Meerman
Studentnummer: s1010873
Titel van het scriptie-onderzoeksproject: kleurrijke communicatie
Eerste begeleider en verantwoordelijke onderzoeker: Dr. M Dingemanse
Datum waarop de checklist is ingevuld: 20 maart 2019
Je vult de vragen in door bij het gekozen antwoord te klikken op het vierkantje. ☐
Na klikken verschijnt er in dit vierkantje een kruis ☒

Medisch-ethisch onderzoek
1. Is er op één van de volgende manieren een zorginstelling bij het onderzoeksproject betrokken?
Dit is het geval als één van de situaties a/b/c hierna van toepassing is op het onderzoek:
A. één of meer medewerkers van een zorginstelling is bij het onderzoek betrokken als opdrachtgever of verrichter/uitvoerder
B. het onderzoek vindt plaats binnen de muren van de zorginstelling, en dient naar de aard van het onderzoek normaliter niet buiten de muren van de zorginstelling plaats te vinden
C. aan het onderzoek nemen patiënten/cliënten van de zorginstelling (i.h.k.v. behandeling) deel
☒ Nee, op geen van de manieren a/b/c → doorgaan met vragenlijst
☐ Ja, op manier a / b / c **(omcirkel wat van toepassing is)**
→ Heeft een Medisch-Ethische Toetsingcommissie (METC) het onderzoek al beoordeeld?
☐ Ja, en het oordeel was dat het onderzoek wordt toegestaan → **Voeg een verklaring hiervan door je begeleidend docent bij je onderzoeksvoorstel en vragenlijst toch afmaken**
☐ Nee → Deze aanvraag moet door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie (METC) behandeld worden, bijvoorbeeld de CMO Regio Arnhem Nijmegen (cmo-regio-arnhem-nijmegen) → einde checklist → zie ccmo.nl

2. Is er sprake bij dit project sprake van een medisch-wetenschappelijk onderzoek dat mogelijk gezondheidsrisico's met zich meebrengt voor de deelnemende personen?
☒ Nee → doorgaan met vragenlijst
☐ Ja → Deze aanvraag moet door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie (METC) behandeld worden, bijvoorbeeld de CMO Regio Arnhem Nijmegen (cmo-regio-arnhem-nijmegen) → einde checklist → zie ccmo.nl

Standaard-onderzoeksmethode
3. De Ethische Toetsingscommissie Geesteswetenschappen (ETC-GW) heeft een aantal standaardonderzoeken beschreven, te vinden via ETC-GW standaarden (zie na doorklikken de rechterkolom voor pdf) → Valt de methode van het beoogde onderzoeksproject onder een van deze beschreven standaardonderzoeken?
☒ Ja → standaard evaluatie- en attitude onderzoek (nummer 1).
(naam en nummer standaard invullen) → doorgaan met vragenlijst
☐ Nee → toetsing door ETC-GW noodzakelijk, einde checklist → ga naar toetsprocedure

Deelnemende personen
4. Gaat het bij het voorgenomen onderzoek om een gezonde populatie?
☒ Ja → doorgaan met vragenlijst
☐ Nee → toetsing door ETC-GW noodzakelijk, einde checklist → ga naar toetsprocedure
5. Is er sprake van onderzoek bij minderjarigen (< 18 jaar) of bij wilsonbekwamen ?
☒Nee → doorgaan met vragenlijst
☐ Ja → toetsing door ETC-GW noodzakelijk, einde checklist → ga naar toetsprocedure

Aard van het onderzoek

6. Wordt er een onderzoeksmethode gebruikt die het mogelijk maakt dat bij toeval een bevinding over de gezondheidssituatie van een deelnemende persoon wordt gedaan, waarvan hij of zij op de hoogte zou moeten worden gesteld op een manier die *niet* beschreven is in de standaardmethode die van toepassing is?

☒ Nee → doorgaan met vragenlijst

☐ Ja → toetsing door ETC-GW noodzakelijk, einde checklist → ga naar toetsprocedure

7. Moeten deelnemende personen handelingen doen of meemaken, die ongemak kunnen inhouden op een manier die *niet* beschreven is in de standaardmethode die van toepassing is?

☒ Nee → doorgaan met vragenlijst

☐ Ja → toetsing door ETC-GW noodzakelijk, einde checklist → ga naar toetsprocedure

8. Zijn de in te schatten risico's verbonden aan het onderzoek voor deelnemende personen groter dan beschreven is in de standaardmethode die van toepassing is?

☒ Nee → doorgaan met vragenlijst

☐ Ja → toetsing door ETC-GW noodzakelijk, einde checklist → ga naar toetsprocedure

9. Wordt aan deelnemende personen een andere vergoeding geboden dan gebruikelijk binnen de standaardmethode die van toepassing is?

☒ Nee → doorgaan met vragenlijst

☐ Ja → toetsing door ETC-GW noodzakelijk, einde checklist → ga naar toetsprocedure

10. Indien er **misleiding** plaatsvindt, voldoet de misleidingsprocedure dan aan de eisen zoals beschreven in het protocol van de ETC-GW? (zie misleiding)

☐ Ja → doorgaan met vragenlijst

☐ Nee → toetsing door ETC-GW noodzakelijk, einde checklist → ga naar toetsprocedure

11. Wordt voldaan aan de standaardregels in verband met anonimiteit en privacy zoals beschreven in het protocol van de ETC-GW? (zie anonimiteit)

☒ Ja → doorgaan met vragenlijst

☐ Nee → toetsing door ETC-GW noodzakelijk, einde checklist → ga naar toetsprocedure

Afname van het onderzoek

12. Wordt het onderzoek bij een externe instelling (bijv. school, ziekenhuis) uitgevoerd?

☒ Nee → doorgaan met vragenlijst

☐ Ja → Heb je/krijg je schriftelijke toestemming van deze instelling?

☐ Ja → doorgaan met vragenlijst **(document met toestemming bijvoegen)**

☐ Nee → toetsing door ETC-GW noodzakelijk, einde checklist → ga naar toetsprocedure

13. Is aan de volgende voorwaarden voldaan (zie toelichting over informatie en toestemming en voorbeelddocumenten):

- het is duidelijk wie aanspreekpunt is waar deelnemende personen terecht kunnen met vragen over het onderzoek ☒ Ja
- het is duidelijk waar deelnemende personen klachten over deelname aan het onderzoek kunnen uiten en hoe deze behandeld zullen worden? ☒ Ja
- het is duidelijk dat deelnemende personen volledig vrij zijn om deel te nemen aan het onderzoek, en om hiermee op elk moment te stoppen wanneer zij dat willen, om welke reden dan ook ☒ Ja
- het is duidelijk voor deelnemende personen en/of hun vertegenwoordigers voorafgaand aan deelname wat doel, aard en duur, risico's en bezwaren van de studie zijn ☒ Ja

Vier keer Ja → doorgaan met vragenlijst **(bijvoegen: je eigen, aangepaste versie van het informatiedocument en de toestemmingsverklaring, eventueel gecombineerd tot één document; of het deel van je online vragenlijst dat gaat over informatie en toestemming)**

☐ Nee → toetsing door ETC-GW noodzakelijk, einde checklist → ga naar toetsprocedure

14. Deze checklist ging over onderzoek met personen. Veel onderzoek vindt tegenwoordig plaats met Internetdata. Als het onderzoeksproject data gebruikt die op openbare plaatsen van het internet beschikbaar staan, is in principe geen toestemming van de mensen die het geplaatst hebben nodig, maar ook dan geldt dat je moet afwegen of je met het publiek maken van bepaalde gegevens de belangen van deze mensen op een onevenredige manier zou kunnen schaden. Is dit laatste in het voorgenomen onderzoek het geval?
☐ Ja → toetsing door ETC-GW noodzakelijk, einde checklist → ga naar toetsprocedure
☒ Nee → **checklist afgerond**

Leg aan het eind gekomen van de checklist de ingevulde resultaten vast door het ingevulde bestand op te slaan onder een nieuwe naam, en voeg dit bestand met, indien van toepassing, andere verklaringen (zoals het informatie/toestemmingsverklaring) bij je onderzoeksvoorstel.

Bijlage 5 Aangepast informatiedocument en toestemmingsverklaring

INFORMATION DOCUMENT

Title of the research study: *kleurrijke communicatie*

Researcher responsible: *Sanne Meerman*

Aim and procedure of the research study

In this study, you will have to read an instruction form about doing a STI test via Testlab. Before and after this instruction form you have to fill in some questions. The questions will not be related to your personal sexual life. If you wish, I can explain what I am researching afterwards.

Risks and discomfort

There are no health or safety risks.

Confidentiality of the research data

The data I collect during this study will be used by scientists for articles and presentations. Of course, these data will be made fully anonymous and safely stored following the guidelines of Radboud University. Anonymized data is accessible to the scientific community for a period of at least 10 years.

Voluntariness

You participate voluntarily in this research. Therefore, you can withdraw your participation at any time during the research. All data we have collected from you will be deleted permanently.

Compensation

The outcomes will be useful for better tailored communication. So your answers are helpful for many people. Thank you!

More information

Should you want more information on this research study, now or in future, please contact Sanne Meerman (email: s.meerman@student.ru.nl).

Should you have any complaints regarding this research, please contact:

Margret van Beuningen, secretary Ethics Assessment Committee
Radboud University
Postbus 9103
6500 HD Nijmegen
Tel: 024-3615814
m.vanbeuningen@let.ru.nl

CONSENT FORM

Title of the research study: *kleurrijke communicatie*
Researcher responsible: *Sanne Meerman*

Statement of Participant

The aim of the research study has been outlined to me. I was given the opportunity to ask questions regarding the research study. I participate voluntarily in the research study. I understand that I can stop at any point during the research study, should I wish to do so. I understand how the data of the research study will be stored and how they will be used. With continuing this survey I agree that I am consent to participate.