

Het effect van negatief versus positief taalgebruik in een alledaags consult bij de huisarts

Onderzoek naar het effect van taalgebruik op de verwachtingen, verontrusting en intentie tot therapietrouw van (analoge) patiënten met specifieke lage rugpijn

Masterscriptie

13 juli 2015

Radboud Universiteit Nijmegen
Communicatie- en Informatiewetenschappen
Masteropleiding Communicatie & Beïnvloeding

Begeleider: J. van Berkel

Tweede lezer: E. Das

Jessie Spronk

s3032507

jc.spronk@student.ru.nl

06 46 216 836

Samenvatting

Communiceren is een kerntaak van de arts (van Spaendock & Kraaimaat, 2006); het kan het verloop van de klachten en het uiteindelijke herstel van de patiënt beïnvloeden (Street, Makoul, Arora & Epstein, 2009). Communicatie kan ervoor zorgen dat mensen met alledaagse klachten, zoals die bij specifieke lage rugpijn, snel herstellen. De verwachtingen die de patiënt heeft kunnen hierbij een belangrijke rol spelen (Myers et al., 2008), en deze lijken te kunnen worden beïnvloed door taalgebruik. In dit experiment worden positief taalgebruik (positieve bijvoeglijke naamwoorden en bevestigende woorden) en negatief taalgebruik (negatieve bijvoeglijke naamwoorden en ontkennende woorden) onderscheiden. De effecten van dit taalgebruik op de verwachtingen, mate van verontrusting en intentie tot therapietrouw van de patiënt zijn met elkaar vergeleken. Analoge patiënten keken naar een consult bij de huisarts terwijl hun huidgeleiding (GSR) en hartritmevariabiliteit (HRV) werden gemeten. Na afloop van het videofragment vulden ze een vragenlijst in. De resultaten toonden aan dat zowel negatief als positief taalgebruik tot een gewenst effect kan leiden. Negatief taalgebruik zorgt ervoor dat patiënten verwachten dat de pijn minder lang aan zal houden. Positief taalgebruik zorgt voor een hogere gemiddelde HRV, wat betekent dat het minder fysiologische verontrusting oproept. Daarnaast blijkt positief taalgebruik in een hogere intentie tot het opvolgen van het advies over de activiteiten in het dagelijks leven te resulteren. Mogelijk is de voorkeur voor positief of negatief taalgebruik afhankelijk van de fase waarin het consult zich bevindt.

Inleiding

Aanleiding

Zestig tot negentig procent van de Westerse bevolking krijgt ten minste één keer in het leven last van specifieke lage rugpijn. Deze aandoening komt de huisarts dan ook regelmatig tegen: gemiddeld krijgen 55 op de 1000 patiënten deze diagnose (NHG, 2005). Specifieke lage rugpijn gaat meestal na een paar weken over als de patiënt de dagelijkse activiteiten zoals gebruikelijk voortzet (NHG, 2015). Hiervoor lijkt het vooral belangrijk de patiënten vertrouwen te geven dat ze 'vanzelf' zullen herstellen. Dit vertrouwen in herstel lijkt namelijk te zorgen voor een sneller herstel (Benedetti, 2002). Een snel herstel is van maatschappelijk belang om de zorgconsumptie te verminderen en kosten op zorg te besparen. Specifieke lage rugpijn gaat gepaard met hoge directe medische kosten, maar ook indirect kost het erg veel aan werkverzuim en arbeidsongeschiktheid (van Tulder, Koes & Bouter, 1995 in NHG, 2005). Bovendien heeft de maatschappij er baat bij als deze patiënten geen inadequaat ziektegedrag vertonen door de adviezen niet op te volgen en te snel opnieuw een afspraak maken bij de huisarts. Door dit te voorkomen, heeft de huisarts meer en langer tijd voor patiënten met ernstigere aandoeningen.

Onderzoek heeft al aangetoond dat communicatie een rol speelt bij het verwachte verloop van de klachten na een consult (van Bijnen & van Dulmen, 2010). Deze verwachting kan het daadwerkelijke herstel van de patiënt beïnvloeden (Benedetti, 2002). Het taalgebruik van de huisarts; de precieze woorden die de arts gebruikt, lijkt hier ook invloed op te hebben. Ontkenningen hebben bijvoorbeeld een positief effect op de intentie om het medicatieadvies op te volgen, zo blijkt uit onderzoek naar ontkennend en bevestigend taalgebruik in een slechtnieuwsgesprek (Burgers, Beukeboom & Sparks, 2012). Wat het effect van communicatie in een alledaags consult precies is, is echter nog onbekend. Het is daarmee niet alleen van maatschappelijk belang dit te onderzoeken, maar ook dient het genereren van deze nieuwe kennis een wetenschappelijk doel. Het huidige onderzoek zal zich richten op -zowel subjectieve als objectieve- consequenties van positief en negatief taalgebruik in arts- patiënt communicatie tijdens een consult voor specifieke lage rugpijn bij de huisarts.

Theoretisch kader

1.2.1 Effecten van arts- patiënt communicatie

Volgens de richtlijnen die Grundmeijer, Reenders en Rutten (2012) beschrijven in hun handboek voor artsen in opleiding streven artsen tijdens een consult een vijftal doelen na. Ten eerste willen ze begrijpen hoe de klacht het dagelijks leven van de patiënt beïnvloedt. Ten tweede is het de bedoeling dat de arts tot een diagnose komt. Ten derde stellen artsen de juiste behandeling vast (d.w.z. de behandeling die de klachten doet verminderen of verdwijnen en die de patiënt ondersteunt) of concluderen ze dat de kwaal ‘vanzelf’ over gaat, zoals bijvoorbeeld bij lage rugklachten vaak het geval is (NHG, 2015). Ten vierde beoogt de arts in geval van behandeling de therapietrouw van de patiënt te bevorderen zodat het therapie- of medicatieadvies wordt opgevolgd, en tot slot zorgt de arts dat de patiënt met een tevreden gevoel weggaat (Grundmeijer et al., 2012).

Op verschillende manieren heeft communicatie, direct of indirect, invloed op het verloop van de klachten en het uiteindelijke herstel van de patiënt (Street, Makoul, Arora & Epstein, 2009). Eerder onderzoek wees uit dat communicatie onder andere medicatietrouw kan beïnvloeden (Zolnierek & Dimatteo, 2009), de relatie tussen de arts en de patiënt kan bevorderen of verslechteren (Crow et al., 1999) en symptomen kan doen verminderen (Stewart, 1995). Wat een rol kan spelen bij deze effecten van communicatie, zijn de verwachtingen die de patiënt heeft. Communicatie kan deze verwachtingen namelijk beïnvloeden (Benedetti, 2002). Mondloch, Cole en Frank (2001) concludeerden uit een systematische review van 16 studies dat het herstel van de patiënt voorspeld kan worden aan de hand van de verwachtingen die de patiënt heeft over het herstel. Het verwachten van een voorspoedig herstel hangt vaak samen met het zich sneller ‘beter’ voelen na een behandeling (Flood, Lorence, Ding, McPherson & Black, 1993). Dit bleek ook uit onderzoek naar acute rugpijn: patiënten die verwachtten dat de pijn over zou gaan, hadden significant minder pijn na 5 en 12 weken dan patiënten die deze verwachting niet hadden (Myers et al., 2008).

Het effect van verwachtingen op het zich ‘beter’ voelen is daarnaast sterk gebleken uit onderzoek naar placebo’s. Uit onderzoek van Benedetti, Maggi en Lopiano (2003) bleek dat participanten die zichtbaar pijnbestrijding kregen een grotere afname van de pijn voelden dan participanten die onzichtbaar pijnbestrijding kregen toegediend. Als de patiënt

eenmaal verwacht dat een bepaald effect zal optreden, zal dat effect ook worden gestimuleerd (Verheul & Bensing, 2008). Dit geldt ook voor negatieve effecten. De verwachting van ziek-zijn en alles wat daarbij hoort, zorgt ervoor dat je ziek wordt – dit wordt het nocebo-effect genoemd (Hahn, 1997). Alleen al het verwachten van een pijnlijk gevoel zorgt voor een onprettige ervaring (Benedetti, Lanotte, Lopiano & Colloca, 2007).

Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou en Kleijnen (2001) merken op dat de verwachtingen van de patiënt mogelijk belangrijker zijn dan de behandeling zelf. Benedetti (2002, p. 381) sluit hierop aan: *“beliefs and expectancies sicken, kill, and heal”*. Kortom: een negatieve verwachting vertraagt het herstel, en een positieve verwachting zorgt voor een sneller herstel en een effectievere behandeling.

1.2.2 Taalgebruik

De verwachtingen van een patiënt kunnen dus beïnvloed worden door communicatie met de arts. De woorden die de dokter gebruikt zijn van groot belang bij het herstel van de patiënt (Benedetti, 2002). De precieze woorden die een arts gebruikt om de boodschap te formuleren worden in dit onderzoek aangeduid met ‘Taalgebruik’. Taalgebruik kan onder andere worden onderverdeeld in ontkennend taalgebruik en bevestigend taalgebruik. Ontkennend taalgebruik bevat een ontkenning zoals ‘niet’ of ‘geen’ waardoor het erop volgende concept wordt ontkracht (Beukeboom, Finkenauer & Wigboldus, 2010). In het huidige onderzoek speelt dit onderscheid een belangrijke rol. Eerder onderzoek wees al uit dat de intentie tot medicatietrouw negatief wordt beïnvloed door ontkennend taalgebruik in een slechtnieuwsgesprek (Burgers et al., 2012). Uit onderzoek naar taalgebruik bij het communiceren van bijwerkingen van chemotherapie bleek bovendien dat ontkennend taalgebruik van de arts de prevalentie van bijwerkingen kan beïnvloeden (Das en Jacobs, under review).

Hoewel men, zoals onderzoek van Beukeboom et al. (2010) aantoonde, meestal onbewust lijkt te kiezen voor ontkennend (bijvoorbeeld ‘niet slecht’) of bevestigend (bijvoorbeeld ‘goed’) taalgebruik, blijkt deze keuze af te hangen van eerdere verwachtingen en stereotypering. Een stereotype representeert een vaststaand beeld dat men heeft van een concept of situatie (Van Dale Uitgevers, 2014). Bij een actie of gebeurtenis die niet aansluit bij het stereotype, is men meer geneigd ontkenningen te gebruiken (Beukeboom et al., 2010). Jordan concludeerde ook dat een ontkenning vaak gebruikt wordt als men een

gewoonte, verwachting of eerdere ervaring wil tegenspreken. Ontkennend taalgebruik lijkt dus vaak iets ongewoons of onverwachts aan te geven (Jordan, 1998).

1.2.2.1 Taalgebruik en verwachtingen

Verwachtingen en stereotypes kunnen door (ontkennend) taalgebruik worden overgebracht op de persoon tegen wie het wordt gezegd (Wigboldus, Semin & Spears, 2000) en kunnen zo het beeld dat de patiënt heeft van een aandoening en het verloop ervan beïnvloeden. Beukeboom et al. (2010) spreken van een *negation bias*: door het gebruik van ontkennend taalgebruik wordt niet alleen een situatieschets gegeven, maar kan de ontvanger ook de indruk krijgen dat de situatie tegen de verwachtingen van de spreker in gaat. Jordan merkt op dat het ook zo kan zijn dat de zender bewust een ontkenning gebruikt om een verkeerd beeld of verkeerde verwachting die de ontvanger heeft tegen te spreken. In tegenstelling tot bevestigend taalgebruik houdt een ontkenning dus meer in dan dat wat er letterlijk mee wordt gezegd: het kan ook informatie geven over de verwachtingen en standaarden van de zender (Jordan, 1998).

Als artsen ontkenningen in taal gebruiken, kunnen ze daarmee dus negatieve associaties oproepen en het idee wekken dat ze een negatieve verwachting hebben – zonder dat letterlijk te zeggen (Beukeboom et al., 2010). Ontkennend taalgebruik zou de indruk kunnen wekken dat de arts het tegenovergestelde verwacht. Uit onderzoek naar taalgebruik in framing bij slechtnieuwsgesprekken bleken ontkenningen in een positief frame – een gesprek met een relatief positieve uitkomst - (bijvoorbeeld “*het nieuws is niet slecht*”, p. 271) te zorgen voor een negatievere evaluatie van zowel de boodschap als de arts dan bevestigend taalgebruik (“*het nieuws is goed*”, p. 271). Ook hadden participanten na het ontkennende taalgebruik een lagere intentie tot medicatietrouw (Burgers et al., 2012). Het is nog niet bekend of een dergelijk effect ook optreedt in een ander soort consult, bijvoorbeeld bij rugklachten die vanzelf over zullen gaan.

Op basis van de bovengenoemde informatie lijkt het erop dat de arts ontkennend taalgebruik beter kan mijden. Toch wordt in de medische wereld wel regelmatig gebruik gemaakt van ontkennend taalgebruik: in een willekeurige selectie van 400 zinnen uit klinische rapporten komen zinsconstructies met bijvoorbeeld ‘nee’, ‘geen’ en ‘niet’ zestig keer voor (Chapman, Bridewell, Hanbury, Cooper & Buchanan, 2001).

Hoewel sommige onderzoeken het gebruik van bevestigend taalgebruik dus aanraden, vinden andere onderzoekers juist een voorkeur voor ontkennend taalgebruik. Volgens Das en Jacobs (under review) zorgt ontkennend taalgebruik in communicatie over bijwerkingen er juist voor dat minder bijwerkingen door de patiënt worden gerapporteerd dan na bevestigend taalgebruik het geval is. Mogelijk onthoudt de patiënt van een ontkenning wel het concept, maar niet de ontkenning. Uit onderzoek van Mayo en Burnstein bleek dat van bipolaire woorden; woorden waarvoor ook een woord bestaat die het tegenovergestelde representeert (zoals bij koud: warm), het woord doorgaans als bevestigend wordt verwerkt, ook al wordt het ontkennend gebruikt. Als iemand spreekt van 'niet koud', zal één op de zeven ontvangers alleen 'koud' onthouden. Bij unipolaire woorden; woorden waarvan geen tegenhanger bestaat, gebeurt dit zelfs in één op de drie gevallen (Mayo & Burnstein, 2004). De kans bestaat daarom dat de patiënt alleen 'bang' onthoudt als de arts zegt *"u hoeft niet bang te zijn"*. Dit kan leiden tot een negatieve verwachting bij de patiënt. Andersom kan een ontkenning van een positief concept (*"minder goed vermogen"*) ertoe leiden dat alleen de positieve woorden worden verwerkt, wat mogelijk de bevindingen van Das en Jacobs (under review) verklaart.

Kortom: onderzoekers lijken het er nog niet over eens te zijn of in arts- patiënt communicatie ontkennend taalgebruik beter is dan bevestigend taalgebruik. Wel is bekend dat de verwachtingen die de patiënt heeft belangrijk zijn. Nog onbekend is hoe deze op een positieve manier beïnvloed kunnen worden door taalgebruik, zo dat de patiënt verwacht snel te herstellen.

1.2.2.2 Taalgebruik en verontrusting

Een ander aspect dat een rol kan spelen bij het herstel van een patiënt, is de mate waarin de patiënt verontrust is. Bij minder angst en stress voelt de patiënt zich beter. Recent onderzoek naar slechtnieuwsgesprekken wees uit dat taalgebruik onder andere invloed heeft op de hoeveelheid angst die de patiënt ervaart (Osch, Sep, Vliet, Dulmen & Bensing, 2014). De hoeveelheid angst zou een indicator kunnen zijn voor het verloop van het herstel (Fogarty, Curbow, Wingard, McDonnell & Somerfield, 1999). De communicatie van de arts naar de patiënt kan bovendien in een slechtnieuwsgesprek invloed hebben op de mate waarin de patiënt zich herinnert wat de dokter heeft gezegd. Affectief taalgebruik zorgt voor een betere herinnering van de boodschap (Osch et al., 2014).

De verschillende onderzoeken die gedaan zijn naar de mate van verontrusting maakten gebruik van verschillende methoden. Sommige onderzoeken betroffen vooral de subjectieve mate van verontrusting, ofwel 'zelfgerapporteerde verontrusting'; participanten gaven dan zelf aan hoeveel stress, angst en emotie zij hadden ervaren. Andere onderzoeken maten objectief hoeveel verontrusting de participant ervoer, bijvoorbeeld door middel van huidgeleiding. In het huidige onderzoek wordt deze objectief gemeten verontrusting 'fysiologische verontrusting' genoemd.

Onderzoek van Fogarty et al. toonde aan dat er een relatie is tussen de manier waarop de arts communiceert en de zelfgerapporteerde verontrusting van de patiënt. Vrouwen bleken minder angstig te zijn na een consult waarin de arts sympathiek was en door middel van meer geruststellende woorden liet merken dat hij de patiënt steunde en begreep (Fogarty et al., 1999). Ook blijken participanten minder zelfgerapporteerde verontrusting te hebben na een gesprek waarin affectieve taal is toegevoegd; waarin bijvoorbeeld benadrukt wordt dat de arts er samen met de patiënt uit zal komen (Osch, Sep, Vliet, Dulmen & Bensing, 2014). Tot slot is ook aangetoond dat een afname plaatsvindt in zelfgerapporteerde verontrusting nadat de arts warm, vriendelijk en meelevend is tijdens het consult dat is gericht op positieve verwachtingen (Verheul, Sanders en Bensing, 2010).

Tot op heden is naar het effect van communicatie op verontrusting niet veel onderzoek gedaan. Onderzoek van Sep, van Osch, van Vliet, Smets en Bensing (2014) wees wel uit dat affectieve taal zorgt voor minder fysiologische verontrusting. In de meeste onderzoeken is echter vooral het effect gemeten van affectieve communicatie, maar zijn geen conclusies getrokken over specifiek taalgebruik.

Onderzoeksvraag en hypothesen

Concluderend lijkt er een relatie te bestaan tussen de manier waarop de informatie door de arts wordt geformuleerd en de verwachting die de patiënt heeft ten aanzien van de behandeling of medicatie (Verheul & Bensing, 2008), wat vervolgens het herstel van de patiënt kan beïnvloeden (Di Blasi et al., 2001). De exacte woorden die de arts gebruikt kunnen hierbij een rol spelen (Burgers et al., 2012). Daarnaast lijkt communicatie vanuit de arts invloed te hebben op de mate van verontrusting die de patiënt ervaart (Osch et al., 2014), wat ook een verschil kan maken bij de herinnering van de boodschap (Sep et al., 2014). Toch is nog niet bekend welke woorden precies welk effect hebben.

Sommige voorgenoemde onderzoeken hebben gebruik gemaakt van analoge patiënten om het onderzoek uit te voeren. Deze proefpersonen waren gezond, maar beeldden zich in dat ze patiënt waren in een dergelijke situatie. Onderzoek heeft aangetoond dat analoge patiënten die kijken naar een filmpje, waarbij de proefpersoon zich inleeft in het personage van de patiënt, een soortgelijk effect geeft als het zelf ervaren van de emoties van het personage. Hierdoor gaat het niet ten koste van de validiteit van het onderzoek (van Vliet et al., 2012). In het huidige onderzoek zal dan ook geen onderzoek worden gedaan onder echte patiënten, maar onder gezonde, analoge patiënten.

Het huidige onderzoek richt zich op patiënten met specifieke lage rugpijn. Volgens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is dit een veel voorkomende aandoening. Van deze aandoening is bekend dat de klachten meestal vanzelf over gaan: de beste therapie is blijven bewegen en de normale dagelijkse activiteiten doorzetten (NHG, 2015). De verwachtingen en verontrusting van de patiënt spelen hierbij een belangrijke rol. In dit onderzoek zal het verband worden onderzocht tussen negatief (en positief) taalgebruik van de arts en de negatieve (of positieve) verwachtingen van de (analoge) patiënt over het verloop van de klachten, de verontrusting die de (analoge) patiënt ervaart, en de intentie tot therapietrouw. Positief taalgebruik houdt het gebruik van positieve bijvoeglijke naamwoorden en bevestigende woorden in, terwijl bij negatief taalgebruik negatieve bijvoeglijke naamwoorden en ontkennende woorden worden gebruikt. Aansluitend luidt de onderzoeksvraag:

Wat is het effect van negatief taalgebruik van de arts op de verwachtingen over het verloop van de klachten, de mate van verontrusting en de intentie tot therapietrouw van de (analoge) patiënt, vergeleken met positief taalgebruik van de arts?

Hiermee sluit het onderzoek aan op eerder onderzoek van Burgers et al. (2012), die concludeerden dat een boodschap in een positief frame negatiever werd geëvalueerd als het ontkenningen bevatte dan wanneer het bevestigingen bevatte. Omdat het onderzoek van Burgers et al. (2012) alleen resultaten biedt over de evaluatie van de boodschap, kan alleen worden gesuggereerd wat het daadwerkelijke effect is van taalgebruik op de (analoge) patiënt en zijn of haar verwachtingen. Bovendien deden Burgers et al. (2012) onderzoek naar

slechtnieuwsgesprekken, terwijl in het huidige onderzoek het effect in een alledaags consult wordt onderzocht.

Eerder werd al aangegeven dat het gebruik van ontkenningen – wat in dit onderzoek valt onder negatief taalgebruik - het gevoel kan geven dat aan de ideeën, ervaringen en verwachtingen van de arts niet tegemoet is gekomen (Beukeboom et al., 2010). Onderzoekers zijn het er nog niet over eens wat dit precies doet met de verwachtingen die de patiënt heeft van de behandeling of medicatie en het herstel. Mogelijk gebruikt de arts negatief taalgebruik om het beeld van de patiënt tegen te spreken (Jordan, 1998). Wellicht constateert de arts dat de patiënt bang is en pijn heeft, en probeert de arts de patiënt gerust te stellen door te zeggen ‘*u hoeft niet bang te zijn*’. Een uitspraak als deze kan echter juist het idee geven dat de arts (ook) bang is (Wigboldus et al., 2000), of de focus leggen op ‘bang’; en niet op de ontkenning (Mayo & Burnstein, 2004). Mogelijk resulteert dit in een negatieve verwachting van de behandeling en het herstel. Hieruit volgt de eerste hypothese:

H1: Negatief taalgebruik heeft een negatiever effect op de verwachtingen over het verloop van de klachten van de (analoge) patiënt dan positief taalgebruik

Het huidige onderzoek gaat daarnaast in op de mate van verontrusting die de patiënt ervaart. Dit omvat zowel de zelfgerapporteerde verontrusting als de objectief gemeten fysiologische reactie van de (analoge) patiënt.

Zoals eerder genoemd, heeft onderzoek al een verband uitgewezen tussen communicatie van de arts en de mate van verontrusting van de patiënt (Osch et al., 2014). Een warme, vriendelijke arts met een focus op positieve verwachtingen lijkt minder verontrusting op te roepen dan een niet-empathische arts (Verheul et al., 2010). Op basis van deze en andere voorgaande bevindingen wordt een soortgelijk effect verwacht van taalgebruik op de mate van verontrusting. Dit leidt tot de volgende twee hypothesen:

H2: Negatief taalgebruik heeft een negatiever effect op de fysiologische verontrusting van de (analoge) patiënt dan positief taalgebruik

H3: Negatief taalgebruik heeft een negatiever effect op de zelfgerapporteerde verontrusting van de (analoge) patiënt dan positief taalgebruik

Tot slot speelt ook de gedragsverandering die het consult beoogt een rol bij het herstel. Omdat in dit onderzoek geen echte patiënten deelnemen, kan niet het

daadwerkelijke effect van het consult worden gemeten. Wel blijkt uit de intenties van de analoge patiënten in hoeverre taalgebruik een effect kan hebben op het gedrag van echte patiënten na een soortgelijk consult. Burgers et al. (2012) vonden in hun onderzoek dat ontkennend taalgebruik een negatief effect had op de intentie tot medicatietrouw. Daarbij aansluitend, toegespitst op patiënten met specifieke lage rugpijn, luidt de laatste hypothese:

H4: Negatief taalgebruik heeft een negatiever effect op de intentie tot therapietrouw van de (analoge) patiënt dan positief taalgebruik

Het doel van dit onderzoek is wetenschappelijke kennis te creëren, wat wellicht een positieve bijdrage kan leveren aan een sneller herstel van een patiënt in een alledaags consult. Dit kan mogelijk worden gerealiseerd door de verwachtingen van de patiënt positief te beïnvloeden en de mate van verontrusting te minimaliseren door het juiste taalgebruik. Zeker bij specifieke lage rugpijn, waarbij de nadruk ligt op het voorlichten en adviseren van de patiënt (NHG, 2005), en niet op behandeling, zou het nuttig zijn te weten of bepaald taalgebruik ervoor kan zorgen dat de patiënt het advies opvolgt en dat de kans op inadequaat ziektegedrag wordt gereduceerd.

Methode

Om de hypothesen te toetsen en de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, is voor dit onderzoek een experiment uitgevoerd.

Materiaal

De onafhankelijke variabele; het negatieve danwel positieve taalgebruik, is in dit experiment gemanipuleerd in twee videofragmenten. Iedere proefpersoon kreeg een filmpje te zien waarin negatief of positief taalgebruik was verwerkt. Speciaal voor dit onderzoek zijn twee videofragmenten van 6,5 minuten ontwikkeld. Beide fragmenten lieten een patiënt zien die een afspraak heeft bij de huisarts vanwege haar rugklachten: ze heeft specifieke lage rugpijn. Hiervan is bekend dat het meestal 'vanzelf' over gaat; rust houden helpt juist niet (NHG, 2015). Patiënten met deze klachten zullen doorgaans dus moeten worden gerustgesteld en overtuigd af te wachten tot de klachten na een paar weken vanzelf verdwijnen. De verwachtingen van de patiënt over het verloop en herstel van de rugpijn lijken hierbij een grote rol te spelen (Myers et al., 2008).

Het gehele script van de fragmenten, dat is bijgevoegd in Bijlage 1, is vooraf nagekeken en aangepast door Dr. Van Weel, die coördinator communicatie en consultatievaardigheden is van de huisartsenopleiding aan de Radboud Universiteit. Het script sluit aan bij de somatiek en cognities van de patiënt, en voldoet aan de regels van effectief communiceren in een consult bij de huisarts (Van Spaendonck & Kraaimaat, 2006). De acteurs die in de videofragmenten te zien waren, waren studenten van de opleiding Geneeskunde aan de RU.

Een groot deel van het consult is in beide fragmenten hetzelfde, maar in de diagnose- en adviesfase is het taalgebruik van de huisarts gemanipuleerd. In beide gevallen benadrukte de arts dat er niets ergs aan de hand was en dat het vanzelf goed zou komen, maar in de ene versie werd positief taalgebruik; positieve bijvoeglijke naamwoorden en bevestigende woorden, gehanteerd, en in de andere versie werd gebruik gemaakt van negatief taalgebruik; negatieve bijvoeglijke naamwoorden en ontkennende woorden. Beide videofragmenten bevatten vijf stimuli, die in Tabel 1 worden weergegeven. De positieve en negatieve elementen zijn in beide versies onderstreept. Stimulus 1 en 2 zijn fragmenten uit de diagnosefase; stimuli 3 tot en met 5 maakten deel uit van de adviesfase.

Tabel 1. De fragmenten uit het script waarin de vijf stimuli zijn verwerkt, per versie

Stimulus	Versie positief taalgebruik:	Versie negatief taalgebruik:
1	Op basis van wat u mij verteld heeft, denk ik <u>aan iets anders dan een hernia</u> , de specifieke klachten die daarbij horen zoals uitstraling van de pijn naar de benen en de steken <u>ontbreken bij u</u> .	Op basis van wat u mij zojuist heeft verteld, denk ik <u>niet aan een hernia</u> . De specifieke klachten zoals verminderd gevoel en uitstraling van de pijn naar de benen <u>treden bij u niet op</u> .
2	Aspecifieke lage rugpijn is <u>een onschuldige aandoening</u> . Het samenspel van spieren, banden en botten functioneert <u>minder goed</u> . Wat precies de oorzaak is, is <u>onbekend</u> . Wat we wel weten is dat <u>bewegen het herstel kan bevorderen</u> . De heftigste pijn duurt <u>meestal maar enkele dagen</u> en neemt daarna af.	Aspecifieke lage rugpijn is een <u>niet-ernstige aandoening</u> . Het is het tijdelijk <u>slecht</u> functioneren van spieren, banden en botten in de rug, waardoor de pijn wordt veroorzaakt. Wat precies de oorzaak is, is <u>niet aan te geven</u> . Wel weten we dat <u>rust ongunstig kan zijn</u> voor het herstel. De heftigste pijn duurt meestal <u>niet langer dan enkele dagen</u> ; daarna neemt het af.
3	Ja ik weet dat het <u>niet makkelijk</u> is. Maar het is juist <u>goed</u> voor u om te bewegen. <u>Beweging bevordert het herstel</u> , en rust kan er juist voor zorgen dat u stijf wordt, waardoor de rugklachten erger kunnen worden.	Ja, ook al is dat <u>moeilijk</u> . Het is <u>niet slecht</u> om te bewegen. <u>Rusten kan juist ongunstig zijn</u> voor het herstel, en daardoor kunt u stijf worden en juist meer rugklachten krijgen.
4	Als dat moeilijk wordt, kunt u altijd even <u>rust nemen</u> . Dit kunt u voor een paar uurtjes doen, en dan weer uw normale activiteiten herpakken. Probeer in ieder geval zoveel mogelijk te bewegen. U kunt ook paracetamol gebruiken, zoals u al deed, dat is <u>aan te bevelen</u> voor een korte periode.	Als dat echt moeilijk wordt, kunt u <u>altijd niet bewegen</u> voor een paar uur, maar probeer daarna uw activiteiten weer op te pakken. Probeer gewoon zoveel mogelijk te bewegen. Daarnaast kunt u, zoals u nu al doet, paracetamol gebruiken. Dat is <u>niet schadelijk</u> voor een korte periode.
5	(...)de verwachting is dat de pijn <u>minder</u> wordt.	(...)de verwachting is dat de pijn <u>niet zal aanhouden</u> .

In de videofragmenten waren markers geplaatst die voor de proefpersonen niet waarneembaar waren, maar die tijdens de stimuli wel door de BIOPAC werden geregistreerd.

Proefpersonen

Vanuit ethisch oogpunt is manipulatie in een echt consult niet wenselijk, omdat nog niet voldoende bewezen is wat de effecten kunnen zijn. Hierdoor is gekozen voor het gebruik van gezonde, analoge patiënten.

Aan het onderzoek hebben 52 analoge patiënten deelgenomen: per versie zijn 26 participanten getest. Van de eerste tien proefpersonen uit de versie met positief taalgebruik en van de eerste negen proefpersonen van de versie met negatief taalgebruik is de huidgeleiding (GSR) gemeten; van de overige proefpersonen was dit vanwege een defect aan de meetapparatuur niet mogelijk.

De proefpersonen spraken Nederlands en waren allemaal ouder dan 18 jaar. De meeste proefpersonen waren vrouwen (62,7%), en alle proefpersonen waren tussen de 18 en 71 jaar oud ($M = 25$, $SD = 9.95$). De meeste proefpersonen waren hoog opgeleid (88,4%). Iets meer dan de helft van de proefpersonen had een relatie (51,9%), waarvan ongeveer de helft getrouwd was en/of samenwoonde. De verdeling van de participanten bleek niet te verschillen tussen de twee versies voor wat betreft Leeftijd ($t(49) = .894$, $p = .376$), Geslacht ($\chi^2(1) = 1.80$, $p = .180$), Opleidingsniveau ($\chi^2(4) = 2.29$, $p = .683$) en Burgerlijke Staat ($\chi^2(2) = 1.58$, $p = .454$).

Precies de helft van de proefpersonen gaf aan in het verleden soms al last gehad te hebben van lage rugpijn, een aantal mensen had regelmatig last van lage rugpijn (13,5%), en een paar participanten hadden vaak last van lage rugpijn (3,8%). Tevens had 7,7% van de proefpersonen tijdens hun deelname aan het experiment last van lage rugpijn.

Onderzoeksontwerp

Het experiment had een tussenproefpersoonontwerp. De proefpersonen zijn om en om toegewezen aan de versie met positief taalgebruik of de versie met negatief taalgebruik. Proefpersonen keken naar het videofragment, en werd bovendien vooraf én na het zien van het gesprek gevraagd een vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst, die is bijgevoegd in Bijlage 2, bevatte onder andere vragen over de verwachtingen van de patiënt en de mate van verontrusting die de analoge patiënt ervoer. Alleen de vragen behorend bij de

verwachtingen zijn zowel voor als na het zien van het videofragment gemeten (een pre-post test), zodat de verwachtingen die de patiënten hadden voorafgaand aan het gesprek konden worden vergeleken met de verwachtingen na het gesprek. Voor dit deel van het onderzoek gold een binnenproefpersoon ontwerp. Alle andere variabelen zijn alleen na het kijken van het videofragment bevraagd. Alle proefpersonen ontvingen dezelfde vragenlijst.

Instrumentatie

In dit onderzoek staan de afhankelijke variabelen 'verwachtingen', 'fysiologische verontrusting', 'zelfgerapporteerde verontrusting' en 'intentie' centraal. Ter controle zijn ook andere variabelen opgenomen in de vragenlijst. De volgende variabelen zijn in dit onderzoek gemeten:

- Verwachtingen. De verwachtingen die de (analoge) patiënt had over het verloop van de rugpijn voorafgaand aan het gesprek en erna zijn gemeten door de drie relevante vragen uit de "Brief Illness Perception Questionnaire" (BIPQ) van Broadbent, Petrie, Main en Weinman (2006), zoals dat ook is gedaan in het onderzoek van Verheul et al. (2010). Veranderingen in de verwachtingen over het verloop van de klachten konden zo worden vergeleken. De drie vragen luiden "hoe lang denkt u dat de rugpijn nog zal aanhouden?" (erg kort – voor altijd), "hoeveel controle denkt u over de pijn te zullen hebben?" (geen controle – volledige controle) en "in hoeverre denkt u dat een behandeling zal helpen tegen de pijn?" (helemaal niet – heel erg), en zijn gemeten aan de hand van een 10-puntsschaal.
- Fysiologische verontrusting. Om fysiologische verontrusting te meten, waren participanten tijdens het experiment aangesloten op een BIOPAC. Zo konden de GSR (Galvanic Skin Response) en HRV (Heart Rate Variability) van de participanten worden gemeten.
 - GSR. Fysiologische verontrusting is voor een deel gemeten zoals dat in het onderzoek van Sep et al. (2014) ook werd gedaan: door huidgeleiding (Skin Conductance Level) te meten. Hiervoor werden de vingertoppen van de wijsvinger en de middelvinger aan de niet-dominante hand van de proefpersoon verbonden aan een reactor met geleidingsgel die de huidgeleiding mat door middel van variatie in de vochtigheid van de huid.

- HRV. Door een ECG-test is de variabiliteit in de hartslagen gemeten. Bij een hoge HRV is de participant ontspannen, een lage HRV betekent dat de participant onderhevig is aan stress (Kamp, 2013). Om dit te meten zijn drie elektroden op de participant aangebracht: een elektrode aan het eind van de rode draad werd op de binnenkant van de linker pols geplakt, die aan de zwarte draad op de binnenkant van de rechter pols en die aan de witte draad op de binnenkant van de rechter enkel.

De resultaten van de GSR- en ECG-tests werden opgeslagen via een koppeling met een computer en het softwareprogramma 'Biopac Student Lab'. In dit programma zijn de instellingen speciaal ingericht op de BIOPAC. Omdat in 'CH1' in de BIOPAC de huidgeleiding was aangesloten, werd in het programma voor 'Setup Channels' bij CH1 gekozen voor 'GSR (0-35) Hz'. Bij Parameters werd het Type 'Bandstop' aangegeven, met input DC. In CH2 van de BIOPAC waren de draden voor de HRV aangesloten, dus in het programma werd CH2 ingesteld voor 'ECG (.05-35) Hz'. Ook hier is bij Parameters Type: Bandstop ingesteld, met input AC.

Het programma registreerde de waarden voor zowel de GSR (in microsiemens: μ) als de HRV (in megahertz: MHz). Doordat de BIOPAC ook aangaf wanneer de manipulatie plaatsvond, werd geregistreerd hoe de proefpersonen reageerden op het moment van de stimuli. Doorgaans zit er een aantal seconden tussen het moment van de manipulatie en het effect ervan, omdat het even kan duren voordat de proefpersoon reageert en voordat de apparatuur het meet en registreert. Per geregistreerde seconde geeft de BIOPAC 200 sample points door aan het softwareprogramma. Na de afname van alle experimenten zijn de resultaten omgezet naar .txt-bestanden zodat ze naar SPSS konden worden geëxporteerd. Uit alle sample points zijn gemiddelden berekend om de data later te kunnen analyseren. De *baseline* is voor zowel de GSR als voor de HRV het gemiddelde uit de 15 seconden die 30 seconden na het aansluiten van de apparatuur aan de proefpersoon zijn gemeten. Het effect van de *manipulatie* is gemeten door bij elke stimulus het gemiddelde van de 15 seconden die daarna plaatsvonden te berekenen. Voor zowel de GSR als voor de HRV is dus vijf keer (=het aantal manipulaties) het gemiddelde van 15x200 sample points berekend. Tot slot zijn de *algehele gemiddelden* berekend uit alle verkregen data van het begin van het filmpje tot het

einde van het filmpje. De gegevens die na deze berekeningen overbleven, vormden input voor de analyses in SPSS.

- Zelfgerapporteerde verontrusting. Na afloop van het filmpje werd de participant ook bevraagd in hoeverre hij/zij zelf verontrusting (o.a. stress of angst) had ervaren. Hiervoor zijn zes stellingen gebruikt, tevens gebaseerd op het onderzoek van Verheul et al. (2010), die 'state anxiety' maten aan de hand van een korte STAI (State-Trait Anxiety Inventory) -test. Een voorbeeld van deze stellingen is "ik was bezorgd". Participanten konden vier van deze stellingen beoordelen van 'heel erg' tot 'helemaal niet' op een 4-puntsschaal; de andere twee stellingen waren omgepooled. Na het verwijderen van één van de items ("ik was van streek") was deze schaal met vijf items betrouwbaar ($\alpha = .77$).
- Intentie. Door drie vragen is de intentie van de analoge patiënt gemeten. De vragen voor intentie hadden betrekking op het advies over de activiteiten in het dagelijks leven, over de pijnbestrijding en over het maken van een vervolgspraak. Een voorbeeld van een vraag waarmee de intentie is gemeten is "zou u het advies over de pijnbestrijding opvolgen?". Een antwoord op de vragen werd verkregen door een 7-puntsschaal van 'zeker wel' tot 'zeker niet', waarbij één item was omgecodeerd. Deze items zijn door de onderzoekers zelf geformuleerd, afgeleid uit de richtlijnen en standaarden over specifieke lage rugpijn van het NHG (NHG, 2015). De items samen bleken geen betrouwbare meting op te leveren ($\alpha = .32$), waardoor ze los van elkaar zijn meegenomen in de berekeningen.
- De participanten zijn ook bevraagd in hoeverre ze de klacht van de patiënt aannemelijk vonden. Dit is gemeten door middel van drie variabelen:
 - Risicoperceptie. Drie vragen hebben gemeten in hoeverre de participanten dachten zelf last te kunnen krijgen van rugpijn. De eerste vraag ging over persoonlijk risico: "hoe waarschijnlijk denkt u dat het is dat u rugpijn zal krijgen?", te beantwoorden op een 7-puntsschaal van 'zeer onwaarschijnlijk' tot 'zeer waarschijnlijk'. De tweede vraag, over populatierisico, luidde: "hoeveel procent van de mensen van uw leeftijd denkt u dat rugpijn zal krijgen?", waarop proefpersonen een cijfer in konden vullen. Tot slot werd de proefpersoon gevraagd naar vergelijkingsrisico: "hoe schat u uw kansen in op het krijgen van rugpijn in vergelijking met anderen van uw leeftijd?". Men kon

hier 'minder kans', 'evenveel kans' of 'meer kans' aanvinken. Deze items zijn ontleend aan onderzoek van Kash, Holland, Halper en Miller (1992).

- Gepercipieerde ernst. Hoe ernstig de proefpersonen het probleem van de patiënt inschatten, werd gemeten door drie stellingen als “het hebben van rugpijn lijkt mij...”, te beantwoorden op een 7-puntsschaal van ‘helemaal niet schadelijk’ tot ‘zeer schadelijk’: $\alpha = .77$, ontleend aan een rapport van Gudde-Kuiper, Brabers, Reitsma-van Rooijen, Zijlstra en de Jong (2012).
- Gepercipieerde vatbaarheid. Om te meten in hoeverre de participanten dachten zelf een dergelijke aandoening te kunnen krijgen, is ook hierover een stelling opgenomen in de vragenlijst. De stelling luidde “over de kans dat ik rugpijn krijg, maak ik me...”, te beantwoorden op een 7-punts Likertschaal (helemaal geen zorgen – heel veel zorgen). Ook dit item is ontleend aan Gudde-Kuiper et al. (2012).
- Controlevariabelen.
 - Affect. Vervolgens is de participant gevraagd in hoeverre hij of zij de huisarts empathisch vond. Hiervoor zijn zeven stellingen gebruikt van de QUOTE-COM vragenlijst van Van den Brink-Muinen, van Dulmen, Jung en Bensing (2007). Het betrof stellingen als “de huisarts was vriendelijk”, te beantwoorden op een 4-puntsschaal van ‘helemaal niet’ tot ‘heel erg’. De betrouwbaarheid van de items om deze variabele te meten bleek adequaat: $\alpha = .74$
 - Boodschapevaluatie. Tevens is in de vragenlijst getest hoe de analoge patiënt het consult en het advies van de huisarts ervoer. Hiervoor zijn vier stellingen gebruikt. Proefpersonen gaven aan in hoeverre ze het consult informatief en begrijpelijk vonden, en in hoeverre het advies duidelijk was en hoop gaf op een 5-puntsschaal van ‘volledig mee eens’ tot ‘volledig mee oneens’. Twee stellingen zijn gehercodeerd. De stellingen zijn gebaseerd op de stellingen die Burgers et al. (2012) gebruikten in hun onderzoek om de evaluatie van de boodschap te toetsen. Hoewel de schaal in het onderzoek van Burgers et al. betrouwbaar bleek, was dat in dit onderzoek niet het geval: $\alpha = .48$, ook niet als één van de items niet zou worden meegenomen. De items zijn daarom apart van elkaar geanalyseerd.

- Check analoge patiënt. Om na te kunnen gaan of de proefpersoon zich goed heeft kunnen inleven in de situatie in het videofragment, zijn hiervoor ook een aantal variabelen gemeten.
 - Identificatie. Om te meten of de proefpersonen zich goed konden identificeren met de patiënt, zijn vijf stellingen gegeven die beoordeeld konden worden op een 7-punts Likertschaal ('volledig mee oneens' - 'volledig mee eens'), die betrouwbaar bleken om deze variabele te meten: $\alpha = .75$. De stellingen luidden bijvoorbeeld "ik leefde mee met de patiënt tijdens het kijken naar het consult", en zijn onderdeel van de tien stellingen die Cohen (2001) voorstelde om identificatie te kunnen meten.
 - Transportatie. Transportatie is gemeten door twee stellingen als "tijdens het kijken naar de video waren mijn gedachten volledig bij het consult dat ik zag in de video". Ook deze stellingen konden worden beoordeeld op een 7-punts Likertschaal ('volledig mee eens' - 'volledig mee oneens'). De vragen voor dit construct zijn ontleend aan onderzoek van De Graaf, Hoeken, Sanders en Beentjes (2012) en bleken betrouwbaar: $\alpha = .87$.
 - Realisme. Daarnaast is gemeten in hoeverre het consult in het videofragment als reëel is ervaren door de analoge patiënt. Twee stellingen; "tijdens het kijken naar het consult had ik het gevoel dat ik deelnam aan een echt consult bij de huisarts" en "het consult in het videofragment lijkt op een echt consult bij de huisarts", zijn gebruikt om dit te meten. De participant kon deze stellingen beoordelen op een 5-puntsschaal van 'helemaal niet' tot 'heel erg'. Deze items zijn ontleend aan het onderzoek van Verheul et al. (2010) en zijn los van elkaar gemeten ($\alpha = .19$).
 - Begrip. Door zes zevenpunts semantische differentiaal is gemeten in hoeverre de participanten het verloop van het consult in het videofragment begrepen. Dit is beoordeeld voor "makkelijk – moeilijk", "eenvoudig – ingewikkeld", "duidelijk – onduidelijk", "overzichtelijk – onoverzichtelijk", "bondig – omslachtig" en "logisch opgebouwd – onlogisch opgebouwd", ontleend aan onderzoek van Maes, Ummelen & Hoeken (1996), in Kamoen, Holleman & Van den Bergh (2007) ($\alpha = .77$).

- Achtergrondgegevens. Tot slot is elke proefpersoon naar een aantal persoonlijke gegevens gevraagd: geslacht, leeftijd, burgerlijke staat (alleenstaand, in een relatie, samenwonend/getrouwd, gescheiden of weduwnaar), opleidingsniveau (basisonderwijs, middelbare school, middelbaar onderwijs, hoger onderwijs of wetenschappelijk onderwijs), eerdere ervaring met rugpijn (nooit, soms, regelmatig of vaak) en of de proefpersoon op het moment last had van rugpijn.

Procedure

Bijna alle participanten van het onderzoek waren bekenden van de onderzoeker. Achtenveertig participanten waren via-via geworven; vier proefpersonen zijn geworven via het SONA-systeem voor onderzoek van de RU. Bij het werven werd proefpersonen gevraagd of ze aan een onderzoek naar arts-patiënt communicatie deel wilden nemen. Deelname was vrijwillig. Proefpersonen via SONA kregen een zgn. proefpersoonpunt. Bovendien werd een VVV-bon van €15 verloot onder de proefpersonen. De proefpersonen werd verteld dat ze een kort filmpje zouden kijken van een consult bij de huisarts, waarna ze een vragenlijst moesten invullen. Tevens werd verteld dat de hartslag en huidgeleiding tijdens het onderzoek werden gemeten. Het exacte onderwerp van het onderzoek werd de proefpersonen pas na het experiment verteld. Het merendeel (32 participanten) heeft deelgenomen aan het experiment in het CLS-lab (Centre for Language Studies) op de RU; twintig participanten (C4, D4, C13-C21 en D12-D20) hebben thuis in een stille ruimte meegedaan. Het onderzoek duurde ongeveer 30 minuten per participant.

Bij aanvang van het onderzoek ontving elke proefpersoon een hand-out (zie Bijlage 2) met de vragenlijst. Op de voorkant van deze hand-out stond een korte introductietekst om de proefpersoon te laten weten waarover het onderzoek ging. Deze tekst was voor elke proefpersoon identiek. Als de proefpersoon de introductie had gelezen en een informed consent had getekend voor akkoord, werden de HRV en GSR aangesloten en vond een nulmeting plaats van één minuut. Op deze manier kon de proefpersoon wennen aan de apparatuur, waren ze rustig voordat het experiment startte, en werd data gecreëerd waaruit de baseline kon worden berekend. Vervolgens werd de proefpersoon gevraagd de volgende bladzijde van de vragenlijst te bestuderen en de eerste drie vragen in te vullen. Op deze pagina stond de volgende situatieschets: *“Sinds gisterochtend heeft u last van heel erge rugpijn, onderin uw rug. U weet niet wat het precies is, u denkt dat het misschien wel een*

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

Na deze situatieschets volgden de drie vragen om de verwachtingen voorafgaand aan het consult te meten. Zodra deze waren ingevuld, werd de vragenlijst ingenomen om zo veel mogelijk afleiding weg te nemen. De proefpersoon werd gevraagd tijdens het filmpje zo stil mogelijk met de handen in de schoot te blijven zitten, en daarna werd het videofragment gestart. Na afloop van het videofragment werd de proefpersoon gevraagd de rest van de vragenlijst in te vullen. Pas na het invullen van de hele vragenlijst werd de proefpersoon losgekoppeld van de BIOPAC. Dit gebeurde niet direct na het filmpje, om te voorkomen dat de beïnvloeding en beleving van het videofragment al was weggeëbd voordat de proefpersoon de vragen beantwoordde.

Statistische toetsing

De verschillende hypothesen in dit onderzoek zijn getoetst aan de hand van tweestaps hiërarchische lineaire regressieanalyses, die weergaven of er een lineair verband was tussen de voorspeller (één van de versies: het positieve of negatieve taalgebruik) en de verschillende afhankelijke variabelen. Er zijn eerst ruwe modellen berekend, die (indien van toepassing) alleen corrigeerden voor de baseline. Hierbij was de afhankelijke variabele dan één van de items voor de Verwachtingen na het zien van het fragment, één van de waarden van de GSR of HRV op het punt van de stimulus, of één van de items van intentie. De onafhankelijke variabelen waren de Versie en, waarbij van toepassing, de baseline van de GSR of HRV, of het corresponderende item van de Verwachtingen vóór het zien van het fragment. Vervolgens zijn de gecorrigeerde modellen geanalyseerd, waarin ook werd gecorrigeerd voor de relevante covariaten: Geslacht, Leeftijd, Opleidingsniveau, Burgerlijke staat, Ervaring met rugpijn en Nu last van rugpijn. Burgerlijke Staat en Ervaring met lage rugpijn zijn hiervoor gehercodeerd in dichotome variabelen (resp. alleenstaand/duurzame relatie en geen ervaring met rugpijn/wel ervaring met rugpijn).

Om te meten of de angst die de analoge patiënt zelf rapporteerde verklaard kon worden door het taalgebruik is een enkelvoudige regressie gebruikt. Ook de overige

zelfgerapporteerde variabelen zijn getoetst aan de hand van een enkelvoudige regressie, gevolgd door een gecorrigeerde analyse.

Tot slot is met een *t*-toets voor afhankelijke waarnemingen berekend of de gemiddelde scores voor de verwachtingen voor het consult en de verwachtingen na het consult van elkaar verschilden.

Resultaten

In dit onderzoek stond de volgende onderzoeksvraag centraal:

Wat is het effect van negatief taalgebruik van de arts op de verwachtingen over het verloop van de klachten, de mate van verontrusting en de intentie tot therapietrouw van de (analoge) patiënt, vergeleken met positief taalgebruik van de arts?

Door bevindingen uit eerder onderzoek waren de volgende verwachtingen ontstaan, die in dit hoofdstuk worden getoetst:

H1: Negatief taalgebruik heeft een negatiever effect op de verwachtingen over het verloop van de klachten van de (analoge) patiënt dan positief taalgebruik;

H2: Negatief taalgebruik heeft een negatiever effect op de fysiologische verontrusting van de (analoge) patiënt dan positief taalgebruik;

H3: Negatief taalgebruik heeft een negatiever effect op de zelfgerapporteerde verontrusting van de (analoge) patiënt dan positief taalgebruik;

H4: Negatief taalgebruik heeft een negatiever effect op de intentie tot therapietrouw van de (analoge) patiënt dan positief taalgebruik.

Vanwege het grote aantal tabellen van de regressieanalyses worden in dit hoofdstuk alleen de regressiemodellen met significante scores weergegeven. De overige tabellen van de regressieanalyses zijn bijgevoegd in Bijlage 3.

Verwachtingen

Uit de ruwe en gecorrigeerde meervoudige lineaire regressies voor de items van verwachtingen bleek dat taalgebruik geen significante voorspeller was voor de verwachtingen na het consult (zie bijlage 3, tabel 15 en 16), behalve voor de verwachtingen over het aanhouden van de pijn ($B = -.87$, $BI95\% = -1.71 - -.02$, $p = .044$). Zoals tabel 2 laat zien, blijkt dit significante effect ook te bestaan als is gecorrigeerd voor de covariaten ($B = -.92$, $BI95\% = -1.79 - -.05$, $p = .038$). Dit betekent dat, mede rekening houdend met de andere variabelen in het model, negatief taalgebruik respectievelijk .87 en .92 lager scoort op het verwachte aanhouden van de pijn dan positief taalgebruik.

Tabel 2. Regressieanalyses voor verwachte aanhouden van de pijn (1 = erg kort, 10 = voor altijd) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [†]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.87	.42	-.28*	-.92	.43	-.30*
verw. aanhouden pijn (voor)	.17	.12	.19	.20	.13	.23
geslacht				.29	.51	.09
leeftijd				-.01	.03	-.07
opleidingsniveau				.04	.32	.03
burgerlijke staat				.21	.47	.07
ervaring met rugpijn				-.93	.47	-.29
nu last van rugpijn				-.01	.83	-.00
R^2	.07			.08		
F	2.96			1.52		

* $p < .050$, [†]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 3 laat zien dat de gemiddelde score voor het verwachte aanhouden van de pijn lager is na het consult met negatief taalgebruik dan na het consult met positief taalgebruik. Ook de gemiddelde scores van de andere items voor verwachtingen worden in Tabel 3 weergegeven.

Tabel 3. Gemiddelde scores voor verwachtingen na het consult (1 = erg kort, 10 = voor altijd) (gemiddelden gebaseerd op $n = 26$)

	Positief taalgebruik		Negatief taalgebruik	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
verwachte aanhouden pijn	4.31	1.59	3.58	1.47
verwachte controle over pijn	5.88	2.07	5.65	1.79
verwachte werking behandeling	5.12	2.27	4.50	2.32

Fysiologische verontrusting

De waarden voor GSR blijken niet te worden beïnvloed door taalgebruik (bijlage 3, tabellen 17 – 22). De gemiddelde scores van de GSR-waarden worden weergegeven in tabel 4.

Tabel 4. Gemiddelde scores voor GSR-waarden in μ (range 7.06 – 21.69) (gemiddelden positief taalgebruik gebaseerd op $n = 10$, gemiddelden negatief taalgebruik gebaseerd op $n = 9$)

	Positief taalgebruik		Negatief taalgebruik	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
GSR stimulus 1	13.85	3.94	10.74	2.39
GSR stimulus 2	13.70	3.76	10.69	2.20
GSR stimulus 3	13.52	3.89	10.64	2.18
GSR stimulus 4	13.61	3.87	10.70	2.44
GSR stimulus 5	13.67	4.04	10.61	2.39
totale gemiddelde GSR	13.84	3.36	10.93	2.04

Uit een regressieanalyse voor de waarden van HRV, waarvan de scores zijn opgenomen in tabel 5, is gebleken dat taalgebruik wel een significante voorspeller is voor de totale gemiddelde HRV tijdens het kijken naar het consult ($F(2, 48) = 9.15, p < .001$). Taalgebruik blijkt dus een significant effect te hebben op de totale gemiddelde waarde van HRV ($B = -.03, BI95\% = -.05 - .00, p = .048$), ook als is gecorrigeerd voor de covariaten ($B = -.03, BI95\% = -.05 - .00, p = .030$). Dit houdt in dat over het hele gesprek genomen negatief taalgebruik gemiddeld tot een .03 lagere HRV-score leidt dan positief taalgebruik, ook als de andere variabelen in het model constant zijn.

Tabel 5. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor totale gemiddelde scores van HRV in MHz (range -.70 - .47) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [†]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.03	.01	-.25*	-.03	.01	-.29*
nulmeting HRV	.12	.03	.50**	.12	.03	.48**
geslacht				.00	.01	.00
leeftijd				-.00	.00	-.20
opleidingsniveau				.00	.01	.03
burgerlijke staat				-.00	.01	-.02
ervaring met rugpijn				.02	.01	.19
nu last van rugpijn				-.02	.02	-.13
R^2	.25			.26		
<i>F</i>	9.15***			3.16**		

* $p < .050$, ** $p < .010$, *** $p < .001$, [†]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 6 geeft de gemiddelde scores voor de HRV-waarden weer.

Tabel 6. Gemiddelde scores voor HRV-waarden in MHz (range -.70 - .47) (gemiddelden gebaseerd op $n = 26$)

	Positief taalgebruik		Negatief taalgebruik	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
HRV stimulus 1	-.04	.16	-.02	.08
HRV stimulus 2	-.02	.20	-.00	.05
HRV stimulus 3	-.01	.10	-.00	.06
HRV stimulus 4	-.01	.08	-.00	.05
HRV stimulus 5	-.03	.09	.01	.10
totale gemiddelde HRV	.00	.06	-.01	.04

De overige, niet-significante, regressietabellen voor HRV staan in bijlage 3, tabellen 23 – 27.

Zelfgerapporteerde verontrusting

Een enkelvoudige regressie toonde aan dat de door de analoge patiënt zelf gerapporteerde verontrusting niet significant te verklaren was door het gebruik van positief of negatief taalgebruik ($F(1, 49) = .05, p = .827$). Ook als werd gecorrigeerd voor de covariaten bleek de zelfgerapporteerde verontrusting geen significant verband te hebben met het gebruik van positief of negatief taalgebruik, zoals blijkt uit de gegevens in bijlage 3, tabel 28. De gemiddelde zelfgerapporteerde verontrusting per versie is weergegeven in onderstaande tabel 7.

Tabel 7. Gemiddelde scores voor zelfgerapporteerde verontrusting (1 = veel verontrusting, 7 = weinig verontrusting) (gemiddelden gebaseerd op $n = 26$)

	Positief taalgebruik		Negatief taalgebruik	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
zelfgerapporteerde verontrusting	2.92	.59	2.90	.54

Intentie

De ruwe enkelvoudige regressieanalyse voor de drie items van intentie vertoonde een significant verband tussen taalgebruik en het eerste item van intentie. Tabel 8 geeft weer dat de intentie om het advies over de activiteiten in het dagelijks leven op te volgen significant werd beïnvloed door taalgebruik ($B = -.73, BI95\% = -1.43 - -.03, p = .042$), ook als de covariaten constant werden gehouden ($B = -.74, BI95\% = -1.44 - -.03, p = .041$). Dit betekent dat positief taalgebruik .73 hoger scoort op de intentie om het advies over de activiteiten in het dagelijks leven op te volgen dan negatief taalgebruik, en .74 hoger scoort dan negatief taalgebruik als rekening wordt gehouden met de andere variabelen in het model.

Tabel 8. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor intentie: activiteiten dagelijks leven (1 = lage intentie, 7 = hoge intentie) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.73	.35	-.28*	-.74	.35	-.29*
geslacht				.47	.41	.18
leeftijd				-.04	.02	-.28
opleidingsniveau				-.52	.26	-.36*
burgerlijke staat				-.17	.37	-.07
ervaring met rugpijn				.52	.38	.20
nu last van rugpijn				-.44	.67	-.09
R^2	.06			.08		
<i>F</i>	4.36			1.66		

* $p < .050$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Uit tabel 9, die de gemiddelde scores voor de items van intentie weergeeft, blijkt dat de intentie om het advies over de activiteiten in het dagelijks leven op te volgen hoger is na het consult met positief taalgebruik dan na het consult met negatief taalgebruik.

Tabel 9. Gemiddelde scores voor intentie (1 = lage intentie, 7 = hoge intentie) (gemiddelden gebaseerd op $n = 26$)

	Positief taalgebruik		Negatief taalgebruik	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
activiteiten dagelijks leven	5.96	.77	5.23	1.61
pijnbestrijding	5.15	1.62	5.00	1.92
vervolgafspraak	5.54	1.50	5.69	1.67

Voor de overige items van intentie toonden zowel de ruwe als de gecorrigeerde regressieanalyse geen significant verband aan. Deze analyses staan in bijlage 3, tabellen 29 en 30.

Risicoperceptie

Risicoperceptie is na het zien van het videofragment gemeten door middel van drie verschillende items. Uit een enkelvoudige regressieanalyse bleek geen significant effect te bestaan van taalgebruik op elk van de drie items. Een gecorrigeerd model vond ook geen significant effect (bijlage 3, tabellen 31 – 33). De gemiddelde risicoperceptie per versie zijn onderstaand weergegeven in tabel 10.

Tabel 10. Gemiddelde scores voor risicoperceptie (een lagere score representeert een lagere perceptie van het risico op lage rugpijn) (range per item aangegeven)

	Positief taalgebruik			Negatief taalgebruik		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
persoonlijk risico (1-7)	4.58	1.47	26	5.00	1.53	25
populatierisico (0-100)	27.92	17.23	26	28.84	16.10	25
vergelijkingsrisico (1-3)	2.35	.63	26	2.32	.75	25

Zowel de ruwe als de gecorrigeerde modellen voor Gepercipieerde ernst en Gepercipieerde vatbaarheid wijzen ook niet op een significante invloed van taalgebruik op deze variabelen. De scores per item staan in bijlage 3; tabellen 34 en 35. De gemiddelde scores voor gepercipieerde ernst en -vatbaarheid staan in tabel 11.

Tabel 11. Gemiddelde scores voor gepercipieerde ernst en -vatbaarheid (1 = erg negatieve houding, 7 = erg positieve houding t.o.v. het concept)

	Positief taalgebruik			Negatief taalgebruik		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
gepercipieerde ernst	2.95	.73	26	2.97	.91	25
gepercipieerde vatbaarheid	4.77	1.39	26	4.76	1.62	25

Controlevariabelen

Uit een enkelvoudige regressieanalyse bleek dat de scores op de controlevariabelen affect en boodschapevaluatie voor beide versies vergelijkbaar waren: in zowel de ruwe als de gecorrigeerde analyse werd geen significant verband gevonden met taalgebruik. De tabellen in bijlage 3 laten zien dat de modellen geen significante resultaten opleverden (tabellen 36 – 40). Tabel 12 geeft de gemiddelde scores van de controlevariabelen weer.

Tabel 12. Gemiddelde scores op de controlevariabelen (range per item aangegeven; een lager getal representeert een meer negatieve houding t.o.v. het concept) (gemiddelden gebaseerd op $n = 26$)

	Positief taalgebruik		Negatief taalgebruik	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
affect (range 1 - 4)	3.27	.46	3.14	.56
boodschapevaluatie (range 1 - 5)				
consult informatief	3.81	.98	3.62	1.24
consult begrijpelijk	3.73	1.40	4.12	.95
advies duidelijk	3.96	1.15	4.35	.69
advies gaf hoop	3.19	1.42	3.04	1.25

Effect van consult

Daarnaast is gecontroleerd of de verwachtingen na het fragment significant anders waren dan de verwachtingen voor het fragment door middel van een *t*-toets voor afhankelijke variabelen van elk van de drie gemeten items voor verwachtingen. De resultaten hiervan worden weergegeven in tabel 13. Er bleek een significant verschil te zijn tussen alle verwachtingen voorafgaand aan het consult en de corresponderende verwachtingen na het consult. Zo bleek er een significant verschil te zijn over het verwachte aanhouden van de pijn in de rug in het consult met positief taalgebruik ($t(25) = 2.94, p = .007$) en in het consult met negatief taalgebruik ($t(25) = 7.16, p < .001$), over de verwachte controle over de pijn in het consult met positief taalgebruik ($t(25) = 3.76, p = .001$) en in het consult met negatief taalgebruik ($t(25) = 4.00, p < .001$), en over de verwachte werking van een behandeling tegen de rugpijn in het consult met positief taalgebruik ($t(25) = 4.45, p < .001$) en in het consult met negatief taalgebruik ($t(25) = 5.77, p < .001$).

Tabel 13. Gemiddelden voor de items voor ‘verwachtingen’ per versie (1 = lage verwachtingen, 10 = hoge verwachtingen; gemiddelden gebaseerd op $n = 26$ per versie)

	Voor het consult		Na het consult		p
	M	SD	M	SD	
verwachte aanhouden pijn (positief taalgebruik)	5.69	1.78	4.31	1.59	.007
verwachte aanhouden pijn (negatief taalgebruik)	5.96	1.76	3.58	1.47	.000
verwachte controle over pijn (positief taalgebruik)	4.23	2.32	5.88	2.07	.001
verwachte controle over pijn (negatief taalgebruik)	4.35	1.23	5.65	1.79	.000
verwachte werking behandeling (positief taalgebruik)	7.23	1.03	5.12	2.27	.000
verwachte werking behandeling (negatief taalgebruik)	6.96	1.73	4.50	2.32	.000

Check analoge patiënt

De scores voor wat betreft het inleven in de patiënt verschillen niet significant per versie: de proefpersonen waardeerden de twee verschillende videofragmenten gelijk voor wat betreft de mate van identificatie met het personage, transportatie in het verhaal, realisme van het consult en begrip van de situatie. Ook de gecorrigeerde modellen die zijn verwerkt in bijlage 3 geven geen significant effect weer van taalgebruik op identificatie, transportatie, realisme en begrip (tabellen 41 – 45). In tabel 14 worden de gemiddelde scores voor deze variabelen weergegeven.

Tabel 14. Gemiddelde scores op de variabelen die testen of de analoge patiënt vergelijkbaar is met een echte patiënt (een lager getal representeert een minder grote mate van het concept) (range per item aangegeven)

	Positief taalgebruik			Negatief taalgebruik		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
identificatie (range 1 – 7)	5.25	1.00	26	4.89	1.12	26
transportatie (range 1 – 7)	6.10	1.01	26	6.08	.70	26
realisme (range 1 – 5)						
ik nam deel aan echt consult	3.50	1.03	26	3.50	.76	26
lijkt op echt consult	4.04	.77	26	3.77	1.07	26
begrip (range 1 – 7)	5.38	1.02	26	5.49	.74	24

Conclusie

In dit onderzoek is het effect van negatief taalgebruik vergeleken met het effect van positief taalgebruik op de verwachtingen, mate van verontrusting en de intentie tot therapietrouw van de analoge patiënt.

Taalgebruik blijkt een effect te hebben op de verwachting over hoe lang de pijn nog aan zal houden. Negatief taalgebruik blijkt ervoor te zorgen dat patiënten verwachten dat de pijn minder lang aan zal houden dan wanneer positief taalgebruik wordt gehanteerd. De eerste hypothese in dit onderzoek; *“negatief taalgebruik heeft een negatiever effect op de verwachtingen over het verloop van de klachten van de (analoge) patiënt dan positief taalgebruik”* is dus weerlegd.

Wat betreft fysiologische verontrusting blijkt ook dat negatief taalgebruik voor een lagere gemiddelde hartritmevariabiliteit (HRV) zorgt dan positief taalgebruik. Dit sluit aan bij de hypothese, omdat een lagere hartritmevariabiliteit duidt op meer verontrusting. Het negatieve taalgebruik zorgt dus gemiddeld tijdens het consult voor een meer onregelmatig hartritme dan positief taalgebruik. Alle overige metingen per stimulus van de fysiologische verontrusting (HRV en GSR) leverden geen effect van taalgebruik op, waardoor de tweede hypothese (*negatief taalgebruik heeft een negatiever effect op de fysiologische verontrusting van de (analoge) patiënt dan positief taalgebruik*) slechts gedeeltelijk kan worden bevestigd.

De derde hypothese; *“negatief taalgebruik heeft een negatiever effect op de zelfgerapporteerde verontrusting van de (analoge) patiënt dan positief taalgebruik”*, is in dit onderzoek niet bevestigd. Analoge patiënten lijken niet bewust meer verontrusting te hebben ervaren tijdens het consult met negatief taalgebruik.

Wel blijkt het negatieve taalgebruik een lagere intentie tot het opvolgen van het advies over de activiteiten in het dagelijks leven op te roepen: patiënten lijken na het consult met positief taalgebruik meer geneigd om daarna te blijven bewegen, zoals de huisarts adviseerde. Omdat de intenties over het advies wat betreft pijnbestrijding en een vervolgspraak geen resultaten opleverden, is Hypothese 4 (*negatief taalgebruik heeft een negatiever effect op de intentie tot therapietrouw van de (analoge) patiënt dan positief taalgebruik*) gedeeltelijk bevestigd.

Tot slot blijken de risicoperceptie, gepercipieerde ernst en gepercipieerde vatbaarheid niet te worden beïnvloed door taalgebruik. Wel blijken beide versies een positief effect hebben op de verwachtingen van de analoge patiënt. Na het consult hebben

de participanten hogere verwachtingen van de controle die ze over de pijn zouden hebben, en verwachten ze dat het aanhouden van de pijn minder lang zou duren dan ze voor het consult dachten, ongeacht de versie. Bovendien is een afname in de verwachte werking van een behandeling tegen de pijn gevonden na het consult. Dit komt overeen met wat de huisarts in het consult duidelijk maakt: dat een behandeling niet nodig is. Het consult zelf heeft dus wat dat betreft het gewenste effect gehad.

Concluderend kan met de opgedane kennis een antwoord worden geformuleerd op de onderzoeksvraag *“Wat is het effect van negatief taalgebruik van de arts op de verwachtingen over het verloop van de klachten, de mate van verontrusting en de intentie tot therapietrouw van de (analoge) patiënt, vergeleken met positief taalgebruik van de arts?”*. Het consult op zich, ongeacht het taalgebruik, blijkt op alle onderzochte aspecten een positieve invloed te hebben. Alle gevonden effecten hebben dus een nog positievere invloed dan het consult op zich al had. Negatief taalgebruik van de arts blijkt een nog positievere invloed te hebben op de verwachtingen van de analoge patiënt over het verloop van de klachten bij specifieke lage rugpijn dan positief taalgebruik. Verder blijkt positief taalgebruik van de arts een nog positiever effect te hebben op fysiologische verontrusting tijdens het consult dan negatief taalgebruik: de analoge patiënt lijkt gemiddeld minder verontrust te geraken als positief taalgebruik is toegepast. Tot slot blijkt positief taalgebruik ook een nog positiever effect te hebben op de intentie om het advies van de huisarts over de activiteiten in het dagelijks leven op te volgen; negatief taalgebruik heeft een minder positief effect dan positief taalgebruik.

Discussie

Het consult in dit onderzoek roept hoge scores op voor risicoperceptie, wat betekent dat de analoge patiënten het risico van de aandoening inzien. Een lage gemiddelde score voor gepercipieerde ernst geeft aan dat ze de lage rugpijn niet als een ernstige aandoening zien, maar de hoge scores voor gepercipieerde vatbaarheid geven weer dat men zich er wel van bewust is dat iedereen de klachten zou kunnen krijgen. Dit sluit aan bij de gegevens die bekend zijn over specifieke lage rugpijn: de klachten komen regelmatig voor, maar het is geen ernstige afwijking (NHG, 2005).

In het huidige onderzoek is verder een positief effect van negatief taalgebruik gevonden: negatief taalgebruik kan een positieve invloed hebben op de verwachtingen die de patiënt heeft na een consult. Dit zou kunnen betekenen dat negatief taalgebruik resulteert in een snellere afname van de pijn na het consult, aangezien eerder onderzoek dit verband tussen de verwachte en daadwerkelijke afname van rugpijn al aantoonde (zie Meyers et al., 2008). Dit resultaat is vergelijkbaar met de conclusies uit onderzoek naar communicatie over bijwerkingen, dat aantoonde dat ontkennend taalgebruik een positiever effect had en resulteerde in minder bijwerkingen (Das & Jacobs, *under review*). Ander voorgaand onderzoek wees andere effecten uit. Volgens Burgers et al. (2012) is een boodschap juist minder informatief, duidelijk en begrijpelijk en neemt het meer hoop weg als ontkennend taalgebruik wordt gehanteerd. Dit verband is in het huidige onderzoek echter niet gevonden.

Wel zijn in het huidige onderzoek ook positieve effecten van positief taalgebruik gevonden. Positief taalgebruik blijkt ten eerste een positief effect te hebben op de gemiddelde fysiologische verontrusting van de patiënt. Eerder onderzoek naar fysiologische verontrusting ging weliswaar niet exact over taalgebruik, maar het toonde al aan dat positievere, meer affectieve communicatie leidde tot minder stress en angst (Sep et al., 2014); wat aansluit bij de resultaten uit het huidige onderzoek. Ten tweede blijkt positief taalgebruik in het huidige onderzoek een positiever effect te hebben op de intentie om het advies van de huisarts over de activiteiten in het dagelijks leven op te volgen dan negatief taalgebruik. Dit is vergelijkbaar met de resultaten van Burgers et al. (2012), die vonden dat bevestigend taalgebruik resulteerde in een hogere intentie tot medicatietrouw dan ontkennend taalgebruik in een positief frame.

Het verschil in positieve effecten van zowel positief als negatief taalgebruik zou verklaard kunnen worden door de verschillende fases van het consult. De verwachtingen van de patiënt worden vooral beïnvloed tijdens de diagnosefase, terwijl in de adviesfase de patiënt wordt beïnvloed om het advies van de huisarts op te volgen. De fase van het consult lijkt daarom bepalend te zijn voor de voorkeur voor negatief of positief taalgebruik. Vervolgonderzoek zou hier in meer detail op in kunnen gaan.

Wel blijkt gedurende het hele consult de gemiddelde fysiologische verontrusting minder te zijn wanneer positieve taal wordt gebruikt dan wanneer negatieve taal wordt gebruikt. Ook hierover kan vervolgonderzoek meer uitsluitsel bieden. Omdat de patiënten zelf geen verschillende resultaten rapporteren voor de mate van verontrusting die ze tijdens het consult ervaren, lijkt taalgebruik niet bewust een invloed te hebben op de verontrusting van de patiënt. Waar vervolgonderzoek ook meer informatie over kan verkrijgen, is over de herinnering van de boodschap. Hoewel onderzoek van Osch et al. (2014) niet aantoonde dat deze herinnering samenhangt met verontrusting, vonden zij wel dat een affectieve boodschap beter werd herinnerd. Mogelijk treedt een zelfde effect op bij positief taalgebruik.

Een beperking van het huidige onderzoek is het defect aan de meetapparatuur. Aangezien van slechts 19 proefpersonen de huidgeleiding is getest, kan statistisch gezien geen valide analyse zijn uitgevoerd. Ook de overige data, die uit de hartslagvariabiliteit en de resultaten uit de vragenlijsten, hebben met 52 participanten een beperkte statistische kracht. Vervolgonderzoek met een groter aantal proefpersonen, die bijvoorbeeld in een online experiment meedoen, zou een sterkere statistische analyse opleveren. Een consult voor een andere aandoening kan daarnaast tot andere conclusies leiden. Bovendien is een betere steekproef gewenst om een meer valide uitspraak te kunnen doen over de toepassing van de resultaten op de hele populatie. Omdat het merendeel van de proefpersonen in dit onderzoek hoogopgeleid was, kan nu alleen uitspraak worden gedaan over het hoogopgeleide deel van de populatie. Bijvoorbeeld door de bestaande verschillen in zorgconsumptie tussen hoog- en laagopgeleiden (CBS, 2014) kunnen de conclusies naar aanleiding van dit onderzoek niet worden gegeneraliseerd; wellicht heeft de aandoening een ander effect op lageropgeleiden en is ook de invloed van taalgebruik anders.

In het huidige onderzoek is het niet overal gelukt om de stimuli in beide versies even eenduidig te formuleren, waardoor kleine verschillen tussen de versies zijn ontstaan.

Vanwege de aard van de aandoening was het daarnaast in dit onderzoek niet altijd mogelijk om precies het ontkennende of bevestigende taalgebruik aan te houden. Deze verschillen per versie en verschillen met eerder onderzoek zouden echter kunnen zorgen voor een vertekening van de resultaten. Ook blijken achteraf een aantal vragen bij de items van gepercipieerde vatbaarheid en boodschapevaluatie niet helemaal correct te zijn vertaald vanuit eerder onderzoek. Een betere consistentie met het voorgaand onderzoek zou inhoudelijk betere resultaten voor deze aspecten op kunnen leveren, en dus de betrouwbaarheid van het onderzoek kunnen verhogen.

De reden van de elkaar tegensprekende conclusies in het huidige onderzoek kan ook liggen bij het ompolen van sommige vragen uit de vragenlijst. Sommige participanten merkten dit pas halverwege de vragenlijst op, en andere participanten hebben het mogelijk helemaal niet gezien. Dit kan een scheef beeld van de resultaten veroorzaakt hebben.

Bij het toepassen van de bevindingen van dit onderzoek moet rekening gehouden worden met het feit dat dit experiment is uitgevoerd met analoge patiënten. De analoge patiënten konden zich goed identificeren, transporteren en vonden het consult realistisch. Uit onderzoek is tevens gebleken dat een analoge patiënt soortgelijke reacties geeft als een echte patiënt (van Vliet et al., 2012). Toch is het mogelijk dat de manipulaties in een echt consult anders uitpakken, en de ecologische validiteit van het huidige onderzoek beperkt is. Zo is bijvoorbeeld bekend dat sommige patiënten neigen naar inadequaat ziektegedrag of last hebben van bewegingsangst (NHG, 2005), waardoor het aannemelijk is dat zij anders reageren dan de analoge patiënt. Vanuit ethisch oogpunt zijn meer sterke veronderstellingen en bevindingen uit verschillende onderzoeken nodig alvorens de manipulaties in een echt consult toe te passen. Een logische volgende stap zou zijn een soortgelijk onderzoek uit te voeren met analoge patiënten die wel last hebben van specifieke lage rugpijn. Deze patiënten kunnen zich het best inleven in de situatie en het effect zal daarom sterker zijn. Net als in het huidige onderzoek gedaan is, is het raadzaam de patiënten alleen informatie te geven die op waarheid is gebaseerd.

Uit de bevindingen van dit onderzoek lijkt het het best om tijdens een consult, met uitzondering van de diagnosefase, vooral positief taalgebruik te hanteren om zo weinig mogelijk verontrusting bij de patiënt op te roepen. Dit komt voort uit de algehele verlaagde fysiologische verontrusting bij positief taalgebruik. De conclusies van het huidige onderzoek geven echter ook weer dat huisartsen het best gebruik kunnen maken van negatief

taalgebruik wanneer ze erop doelen de verwachtingen van de patiënt te beïnvloeden, dus in de diagnosefase. Het negatieve taalgebruik blijkt ervoor te zorgen dat patiënten positievere verwachtingen hebben over het verloop van de klachten. Dit kan leiden tot een sneller herstel van de patiënt (Flood et al., 1993). Deze conclusie lijkt eerder onderzoek tegen te spreken. Het gebruik van een ontkenning wijst er vaak op dat niet aan de ervaringen en stereotypes van de spreker tegemoet wordt gekomen (Beukeboom et al., 2010), en kan de focus juist leggen op dat wat wordt ontkend, en niet op de ontkenning in zijn geheel (Mayo & Burnstein, 2004). Taalgebruik kan verwachtingen en stereotypes overbrengen op de patiënt (Wigboldus et al., 2000), maar wellicht is dat in het huidige onderzoek niet gebeurd omdat de patiënt zelf al een sterke verwachting en stereotype van de aandoening had. Voorgaand onderzoek vond een verband tussen gevoeligheid voor stereotype en de invloed van taalgebruik op de patiënt (Das & Jacobs, under review). Vervolgonderzoek kan deze gevoeligheid voor stereotypering bij de patiënt wellicht meenemen om te ondervinden of dit invloed heeft op de resultaten. Een subgroepanalyse op basis van gevoeligheid voor stereotypering zou bijvoorbeeld een verklaring voor de resultaten in het huidige onderzoek kunnen bieden.

Een resultaat dat wel aansluit bij de verwachtingen van het onderzoek gaat over de intentie van de patiënt. Wanneer de focus ligt op het adviseren van de patiënt, lijkt het beter om positief taalgebruik te hanteren. Positief taalgebruik lijkt onbewust een positieve invloed te hebben op de intentie om het advies op te volgen. Hierbij moet rekening gehouden worden met een mogelijk verschil tussen de intentie tot gedrag en het daadwerkelijke gedrag: menselijk gedrag is niet alleen afhankelijk van de intentie (Ajzen, 1991). Wel kan dit nuttige informatie zijn om ervoor te zorgen dat de patiënt niet te snel terugkomt bij de huisarts met dezelfde klachten voor specifieke lage rugpijn. Overigens is, zoals eerder genoemd, vervolgonderzoek gewenst alvorens deze resultaten in de praktijk toe te passen.

Uit het huidige onderzoek kan dus geconcludeerd worden dat zowel positief als negatief taalgebruik voordelen heeft. Negatief taalgebruik zorgt voor een positievere verwachting van de (analoge) patiënt over de afname van de pijn na het consult, en positief taalgebruik zorgt voor minder fysiologische verontrusting tijdens het consult en een hogere intentie om het advies van de huisarts over de activiteiten in het dagelijks leven op te volgen. Vervolgonderzoek zal uitwijzen of deze resultaten kunnen worden gegeneraliseerd en of in een echt consult hetzelfde effect wordt gevonden.

Referentielijst

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50 (2), 179–211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T

Benedetti, F. (2002). How the doctor's words affect the patient's brain. *Evaluation & The health professions*, 25 (4), 369-386. doi: 10.1177/0163278702238051

Benedetti, F., Maggi, G., & Lopiano, L. (2003). Open versus hidden medical treatments: the patient's knowledge about a therapy affects the therapy outcome. *Prevention & Treatment*, 6 (1).

Benedetti, F., Lanotte, M., Lopiano, L., & Colloca, L. (2007). When words are painful: unraveling the mechanisms of the placebo effect. *Neuroscience*, 147, 260-271.

Beukeboom, C. J., Finkenauer, C., & Wigboldus, D. H. J. (2010). The negation bias: when negations signal stereotypic expectancies. *Journal of personality and social psychology*, 99 (6), 978-992. doi: 10.1037/a0020861

Bijnen, E. van, & Dulmen, S. van (2010). Een goed gesprek over geneesmiddelgebruik; determinanten vanuit het perspectief van de voorschrijver. Utrecht: NIVEL.

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60 (6), 631-637.

Burgers, C., Beukeboom, C.J., & Sparks, L. (2012). How the doc should not talk: When breaking bad news with negations influences patients' immediate responses and medical adherence intentions. *Patient Education and Counseling*, 89 (2), 267-273.

Brink- Muinen, A. van den, Dulmen, A. M. van, Jung, H. P. & Bensing, J.M. (2007). Do our talks with patients meet their expectations? *Journal of Family Practice*, 7, 559-568.

CBS – Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). *CBS: Zorggebruik verschilt per opleidingsniveau*. Geraadpleegd op 24 juni 2015, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4170-wm.htm>

Chapman, W. W., Bridewell, W., Hanbury, P., Cooper, G. F., & Buchanan, B. G. (2001). Evaluation of negation phrases in narrative clinical reports. In *Proceedings of the AMIA Symposium* (p. 105). American Medical Informatics Association.

Cohen, J. (2001). Defining identification: a theoretical look at the identification of audiences with media characters. *Mass Communication and Society*, 4 (3), 245-264. doi:10.1207/S15327825MCS0403_01

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., & Thomas, H. (1999). The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 3 (3).

Das, E., & Jacobs, W. (under review). *The power of words: when patients' cognitive performance depends on how you communicate side effects of medical treatment*.

Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 357, 757-762.

Flood, A. B., Lorence, D. P., Ding, J., McPherson, K., & Black, N. A. (1993). The role of expectations in patients' reports of post-operative outcomes and improvement following therapy. *Medical Care*, 31 (11), 1043-1056.

Fogarty, L. A., Curbow, B. A., Wingard, J. R., McDonnell, K., & Somerfield, M. R. (1999). Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *Journal of Clinical Oncology*, 17 (1), 371-371.

Graaf, A. de, Hoeken, H., Sanders, J., & Beentjes, J. (2012). Identification as a mechanism of narrative persuasion. *Communication Research*, 39 (6), 802–821. doi:10.1177/0093650211408594.

Grundmeijer, H. G. L. M., Reenders, K., & Rutten, G. E. H. M. (2012). *Het geneeskundig proces. Klinisch redeneren van klacht naar therapie*. Amsterdam: Reed Business.

Gudde-Kuiper, P., Brabers, A., Reitsma-van Rooijen, M., Zijlstra, C. & Jong, J. de (2012). *Angst: een bijwerking van de bijsluiter?* Rapport over het effect van verschillende presentaties van bijwerkingen op angst, vatbaarheid en ernst. Houten/Utrecht: Stichting Health Base & NIVEL.

Hahn, R.A. (1997). The nocebo phenomenon: concept, evidence, and implications for public health. *Preventive Medicine*, 26, 607–611.

Jordan, M. P. (1998). The power of negation in English: text, context and relevance. *Journal of Pragmatics*, 29 (6), 705-752.

Kamoen, N., Holleman, B. & Bergh, H. van den (2007). Hoe makkelijk is een niet moeilijke tekst? *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, 29 (4), 314-332.

Kamp, E. T. (2013). *Gamen met je Hart: Een biofeedbackgame als stressinterventie* (masterthese). Universiteit Twente.

Kash, K. M., Holland, J. C., Halper, M. S. & Miller, D. G. (1992). Psychological distress and surveillance behaviors of women with a family history of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 84 (1), 24-30.

Mayo, R., Schul, Y., & Burnstein, E. (2004). "I am not guilty" vs. "I am innocent": Successful negation may depend on the schema used for its encoding. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40, 433–449. doi:10.1016/j.jesp.2003.07.008

Mondloch, M. V., Cole, D. C., & Frank, J. W. (2001). Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 165 (2), 174-179.

Myers, S. S., Phillips, R. S., Davis, R. B., Cherkin, D. C., Legedza, A., Kaptchuk, T. J., ... & Eisenberg, D. M. (2008). Patient expectations as predictors of outcome in patients with acute low back pain. *Journal of general internal medicine*, 23 (2), 148-153.

NHG – Nederlands Huisartsen Genootschap (2005). *NHG-Standaard aspecifieke lagerugpijn*. Geraadpleegd op 12 juni 2015, van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-aspecifieke-lagerugpijn>

NHG - Nederlands Huisartsen Genootschap (2015). *Aspecifieke lagerugpijn*. Geraadpleegd op 8 april 2015, van <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/aspecifieke-lagerugpijn>

Osch, M. van, Sep, M., Vliet, L. M. van, Dulmen, S. van, & Bensing, J. M. (2014). Reducing patients' anxiety and uncertainty, and improving recall in bad news consultations. *Health Psychology*, 33 (11), 1382-1390.

Sep, M. S. C., Osch, M. van, Vliet, L. M. van, Smets, E. M. A., & Bensing, J. M. (2014) The power of clinicians' affective communication: How reassurance about non-abandonment can reduce patients' physiological arousal and increase information recall in bad news consultations. An experimental study using analogue patients. *Patient Education and Counseling*, 95, 45-52.

Spaendonck, K. van, & Kraaimaat, F. (2006). *Communicatie in de medische praktijk*. Enschede: Ipskamp Drukkers B.V.

Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152 (9), 1423-1433.

Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient education and counseling, 74*, 295-301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015

Van Dale Uitgevers (2014). *Betekenis 'stereotype'*. Geraadpleegd op 6 juli 2015, van <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=stereotype&lang=nn#.VZ0RvWiUd8F>

Verheul, W., & Bensing, J. M. (2008). Het placebo-effect in de huisartsenpraktijk: communicatie als medicijn. *Bijblijven, 24* (2), 38-44.

Verheul, W., Sanders, A., & Bensing, J. (2010). The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. *Patient Education and Counseling, 80*, 300-306.

Vliet, L. M. van, Wall, E. van der, Albada, A., Spreeuwenberg, P. M., Verheul, W., & Bensing, J. M. (2012). The validity of using analogue patients in practitioner-patient communication research: systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine, 27*, 1528-1543.

Wigboldus, D. H. J., Semin, G. R., & Spears, R. (2000). How do we communicate stereotypes? Linguistic bases and inferential consequences. *Journal of personality and social psychology, 78*, 5-18. doi: 10.1037/0022-3514.78.1.5

Zolnierek, K.B., & DiMatteo, M.R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment; a meta-analysis. *Med Care, 47*, 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

Bijlage 1: Scripts videofragmenten

Script positief taalgebruik

(H = huisarts, P = patiënt)

Tekst	Handeling
<u>ANAMNESE</u>	
H: Goedemorgen, ik ben dokter de Jong	Geven hand
P: Goedemorgen, Mirte van Bremen	
H: Gaat u zitten. Wat kan ik voor u doen, mevrouw van Bremen?	Gaan zitten (Patiënt gaat moeilijk zitten; rugpijn)
P: Nou, ik ben gisterenochtend wakker geworden met verschrikkelijke last van mijn rug. Ik heb er echt zo'n last van dat ik dacht: ik bel meteen voor een afspraak. Dus nu zit ik hier.	
H: Hmm hmm. Heeft u enig idee wat het zou kunnen zijn; die rugpijn?	
P: Ik moet steeds aan een hernia denken. Ik hoop natuurlijk dat dat het niet is...	
H: Hmm hmm, en kunt u de pijn voor mij omschrijven? Is het een doffe pijn, of een scherpe pijn? Of heeft u last van steken?	
P: Nou, ik zou niet zeggen: scherp. Maar ook niet dof... Lastig.	
H: Geen specifiek last van steken ergens?	
P: Nee, geen steken nee.	
H: Kunt u aangeven waar de pijn precies zit?	
P: Ja, hier. Echt helemaal in mijn onderrug.	"Hier" hand op onderrug
H: Dus over de hele breedte van de rug?	
P: Ja.	
H: En heeft u daarbij ook last van urineverlies?	
P: Nee, gelukkig niet.	
H: En straalt de pijn uit naar uw been?	
P: Eehh, nee.	
H: Heeft u een koud of doof gevoel in uw rug of ergens anders?	
P: Nee, dat zou ik ook niet zeggen nee.	
H: Heeft u nog gewoon gevoel in uw benen?	
P: Ja hoor, ja.	
H: En heeft u nog moeten hoesten of niezen? Heeft dat invloed op de pijn?	
P: Hoesten hoef ik gelukkig niet, maar ik heb wel geniesd, dat is niet fijn.	
H: Maar de pijn wordt niet erger door het niezen?	
P: De rugpijn bedoelt u?	
H: Ja, de rugpijn.	
P: Nee, dat niet.	
H: Heeft u koorts gehad de afgelopen dagen?	
P: Nee dat denk ik niet.	
H: U heeft dus geen extra klachten, behalve de rugpijn. Heeft u deze pijn wel eens eerder meegemaakt?	
P: Nee, nooit zo heftig.	
H: En dit is gistermorgen begonnen...	
P: Ja	
H: Is er iets specifiek gebeurd waardoor de pijn zou kunnen worden veroorzaakt?	

P: Nee, daar heb ik wel even nagedacht. Maar ik ben gewoon de dag ervoor wezen werken. Ik ben niet gevallen of zo, maar 's morgens werd ik wakker en was het zo.

H: Aha, en wat voor werk doet u?

P: Ik ben administratief medewerker bij een verzekeringsmaatschappij.

H: Hmm hmm. De pijn is dus gisterenmorgen begonnen... Wat heeft u in de loop van de dag gedaan?

P: Eehm. Ik ben opgestaan met zulke pijn. Toen dacht ik al: zo kan ik niet naar het werk. Ik ga altijd met de auto naar mijn werk, dus ik heb meteen gebeld. Vervelend voor mijn collega's, maar ik moest mijn werk afzeggen. Ik kreeg niet eens mijn sokken aan, zo veel pijn doet het...

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

P: Nou, niet specifieke houdingen, maar meer als ik iets wil gaan doen.

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

P: Nee. Ik heb rustig aan gedaan; ik heb haast niks gedaan eigenlijk. Toen ik ging slapen heb ik wat paracetamol genomen en toen ging het slapen wel een beetje, dus ik heb gelukkig wel een paar uurtjes slaap genomen.

H: Hmm hmm. Dus u heeft zelf al een paracetamol genomen tegen de pijn. Hoeveel paracetamol heeft u toen genomen?

P: Twee tabletten van 500mg geloof ik.

H: En heeft u nog andere dingen geprobeerd om te pijn te verminderen?

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

H: Aha, dus eigenlijk is paracetamol het enige dat helpt?

P: Ja, toen heb ik ieder geval een paar uurtjes kunnen slapen.

H: Oke. Dus als ik het goed begrijp heeft u sinds gisterenmorgen onderrugpijn, paracetamol is eigenlijk het enige dat op dit moment helpt. Warm douchen heeft geen zin, maar de pijnstilling heeft wel effect gehad.

P: Ja.

Typt gegevens in en kijkt daarna naar patiënt

DIAGNOSE

H: Op basis van wat u mij verteld heeft, denk ik aan iets anders dan een hernia, de specifieke klachten die daarbij horen zoals uitstraling van de pijn naar de benen en de steken ontbreken bij u. Waar de klachten wel bij passen is aspecifieke lage rugpijn.

P: Aspecifieke lage rugpijn? Wat houdt dat dan in?

H: Aspecifieke lage rugpijn is een onschuldige aandoening. Het samenspel van spieren, banden en botten functioneert minder goed. Wat precies de oorzaak is, is onbekend. Wat we wel weten is dat bewegen het herstel kan bevorderen. De heftigste pijn duurt meestal maar enkele dagen en neemt daarna af.

P: Ok.

ADVIES

H: U vertelde mij dat u rust heeft genomen, maar ik wil u aanraden om juist meer te gaan bewegen.

P: Oke... Ook al krijg ik daar meer pijn van?

H: Ja ik weet dat het niet makkelijk is. Maar het is juist goed voor u om te bewegen. Beweging bevordert het herstel, en rust kan er juist voor zorgen dat u stijf wordt, waardoor de rugklachten erger kunnen worden. Daarom raad ik u aan om zoveel mogelijk de activiteiten zowel thuis als op het werk

weer op te pakken.

P: Hmm, dat wordt wel moeilijk denk ik.

H: Als dat moeilijk wordt, kunt u altijd even rust nemen. Dit kunt u voor een paar uurtjes doen, en dan weer uw normale activiteiten herpakken. Probeer in ieder geval zoveel mogelijk te bewegen. U kunt ook paracetamol gebruiken, zoals u al deed, dat is aan te bevelen voor een korte periode. Neem vier maal daags twee tabletten van 500 mg. Daarmee bouwt u een voldoende hoge spiegel op en voorkomt u dat steeds weer die pijn ontstaat. Na vier dagen moet u dit gaan afbouwen en telkens één tablet minder nemen.

P: Ok. Ik ga het proberen. En als de pijn nu niet minder wordt?

H: Laten we afspreken dat als de pijn niet minder wordt, en langer dan een week aanhoudt, dat u dan weer een afspraak met mij maakt. Maar de verwachting is, dat de pijn minder wordt.

P: Oké, dat is goed.

H: Heeft u verder nog vragen voor mij?

P: Nee ik geloof het niet.

H: Prima, dan was dat het voor nu.

P: Ja, bedankt.

H: Tot ziens, dag.

P: Dag.

Einde van zin: staat op en geeft hand
Staat moeizaam op en geeft hand

Loopt weg

Script negatief taalgebruik

(H = huisarts, P = patient)

Tekst	Handeling
<u>ANAMNESE</u>	
H: Goedemorgen, ik ben dokter de Jong	Geven hand
P: Goedemorgen, Mirte van Bremen	
H: Gaat u zitten. Wat kan ik voor u doen, mevrouw van Bremen?	Gaan zitten (Patiënt gaat moeilijk zitten; rugpijn)
P: Nou, ik ben gisterenochtend wakker geworden met verschrikkelijke last van mijn rug. Ik heb er echt zo'n last van dat ik dacht: ik bel meteen voor een afspraak. Dus nu zit ik hier.	
H: Hmm hmm. Heeft u enig idee wat het zou kunnen zijn; die rugpijn?	
P: Ik moet steeds aan een hernia denken. Ik hoop natuurlijk dat dat het niet is...	
H: Hmm hmm, en kunt u de pijn voor mij omschrijven? Is het een doffe pijn, of een scherpe pijn? Of heeft u last van steken?	
P: Nou, ik zou niet zeggen: scherp. Maar ook niet dof... Lastig.	
H: Geen specifiek last van steken ergens?	
P: Nee, nee geen steken.	
H: Kunt u aangeven waar de pijn precies zit?	
P: Ja, hier. Echt helemaal in mijn onderrug.	"Hier" hand op onderrug
H: Dus over de hele breedte van de rug?	

P: Ja.
H: En heeft u daarbij ook last van urineverlies?
P: Nee, gelukkig niet.
H: En straalt de pijn uit naar uw been?
P: Eehh, nee.
H: Geen doof of koud gevoel in uw rug of ergens anders?
P: Nee, dat zou ik ook niet zeggen nee.
H: Heeft u nog gewoon gevoel in uw benen?
P: Ja hoor, ja.
H: En heeft u nog moeten hoesten of niezen? Heeft dat invloed op de pijn?
P: Hoesten hoef ik gelukkig niet, maar ik heb wel geniesd, dat is niet fijn.
H: Maar de pijn wordt niet erger door het niezen?
P: De rugpijn bedoelt u?
H: Ja, de rugpijn.
P: Nee, dat niet.
H: Heeft u misschien nog koorts gehad de afgelopen dagen?
P: Nee dat denk ik niet.
H: U heeft dus geen extra klachten, behalve de rugpijn. Heeft u deze pijn wel eens eerder meegemaakt?
P: Nee, nooit zo heftig.
H: En dit is gistermorgen begonnen...
P: Ja
H: Is er iets specifiek gebeurd waardoor deze pijn zou kunnen worden veroorzaakt?
P: Nee, daar heb ik wel even nagedacht. Maar ik ben gewoon de dag ervoor wezen werken. Ik ben niet gevallen of zo, maar 's morgens werd ik wakker en was het zo.
H: Aha, en wat voor werk doet u?
P: Ik ben administratief medewerker bij een verzekeringsmaatschappij.
H: Hmm hmm. De pijn is dus gisterenmorgen begonnen... Wat heeft u in de loop van de dag gedaan?
P: Eehm. Ik ben opgestaan met zulke pijn. Toen dacht ik al: zo kan ik niet naar het werk. Ik ga altijd met de auto naar mijn werk, dus ik heb meteen gebeld. Vervelend voor mijn collega's, maar ik moest mijn werk afzeggen. Ik kreeg niet eens mijn sokken aan, zo veel pijn doet het...
H: U kreeg uw sokken niet aan zegt u. Heeft u nog pijn in andere houdingen?
P: Nou, niet specifieke houdingen, maar meer als ik iets wil gaan doen.
H: Dus als ik het goed begrijp is het niet echt mogelijk om de alledaagse dingen te doen op dit moment.
P: Nee. Ik heb rustig aan gedaan; ik heb haast niks gedaan eigenlijk. Toen ik ging slapen heb ik wat paracetamol genomen en toen ging het slapen wel een beetje, dus ik heb gelukkig wel een paar uurtjes slaap genomen.
H: Hmm hmm. Dus u heeft zelf al een paracetamol genomen tegen de pijn. Hoeveel paracetamol heeft u toen genomen?
P: Twee tabletten van 500mg geloof ik.
H: En heeft u nog andere dingen geprobeerd om te pijn te verminderen?
P: Ik heb een warme douche genomen, want ik dacht dat ik iets verrekt had of zo. Maar dat hielp ook niet.
H: Aha, dus eigenlijk is paracetamol het enige dat helpt?
P: Ja, toen heb ik ieder geval een paar uurtjes kunnen slapen.
H: Oke. Dus als ik het goed begrijp heeft u sinds gisterenmorgen onderrugpijn, paracetamol is eigenlijk het enige dat op dit moment helpt.

Typt gegevens in en kijkt daarna naar

Warm douchen heeft geen zin, maar de pijnstilling heeft wel effect gehad. patiënt
P: Ja.

DIAGNOSE

H: Op basis van wat u mij zojuist heeft verteld, denk ik niet aan een hernia. De specifieke klachten zoals verminderd gevoel en uitstraling van de pijn naar de benen treden bij u niet op. De klachten die u heeft zoals de pijn in de lage rug, zonder bijkomende klachten passen meer bij aspecifieke lage rugpijn.

P: Aspecifieke lage rugpijn, wat houdt dat in?

H: Aspecifieke lage rugpijn is een niet-ernstige aandoening. Het is het tijdelijk slecht functioneren van spieren, banden en botten in de rug, waardoor de pijn wordt veroorzaakt. Wat precies de oorzaak is, is niet aan te geven. Wel weten we dat rust ongunstig kan zijn voor het herstel. De heftigste pijn duurt meestal niet langer dan enkele dagen; daarna neemt het af.

P: Oké.

ADVIES

H: U vertelde mij dat u rust heeft genomen, maar ik raad u juist aan om weer te gaan bewegen.

P: Bewegen... Maar ik krijg daar juist extra veel pijn van...

H: Ja, ook al is dat moeilijk. Het is niet slecht om te bewegen. Rusten kan juist ongunstig zijn voor het herstel, en daardoor kunt u stijf worden en juist meer rugklachten krijgen. Dus ik raad u aan om juist uw activiteiten weer op te pakken, zowel thuis als op het werk.

P: Oké. Ik denk wel dat dat moeilijk wordt.

H: Als dat echt moeilijk wordt, kunt u altijd niet bewegen voor een paar uur, maar probeer daarna uw activiteiten weer op te pakken. Probeer gewoon zoveel mogelijk te bewegen. Daarnaast kunt u, zoals u nu al doet, paracetamol gebruiken. Dat is niet schadelijk voor een korte periode. U kunt vier maal daags twee tabletten van 500 mg gebruiken. Daarmee bouwt u voldoende hoge spiegel op zodat de pijn niet steeds terugkeert. Na vier dagen moet u dit weer afbouwen en kunt u elke keer één tablet minder nemen.

P: Ok. Ik ga het proberen. En als het nu niet minder wordt?

H: Laten we afspreken dat als het niet minder wordt, en de pijn langer dan een week aanhoudt, dat u dan weer een afspraak maakt en dat we dan even verder kijken. Maar de verwachting is, dat de pijn niet zal aanhouden.

P: Oké, dat is duidelijk.

H: Heeft u verder nog vragen voor mij?

P: Nee ik geloof het niet.

H: Prima, dan laten we het hierbij.

P: Ja, bedankt.

H: Tot ziens.

P: Dag.

Einde van zin: staat op en geeft hand
Staat moeizaam op en geeft hand

Loopt weg

Bijlage 2: Vragenlijst bij de videofragmenten



Radboud Universiteit

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

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

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

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

Alvast bedankt voor uw medewerking!

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

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

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

Hoe lang denkt u dat de rugpijn nog zal aanhouden?

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

Hoeveel controle denkt u over de pijn te zullen hebben?

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

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

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

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

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

Hoe lang denkt u dat de rugpijn nog zal aanhouden?

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

Hoeveel controle denkt u over de pijn te zullen hebben?

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

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

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

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

Ik voelde me kalm.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

Ik voelde me gespannen.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

Ik was van streek.

Heel erg 1 2 3 4 Helemaal niet

Ik voelde me ontspannen.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

Ik voelde me tevreden.

Heel erg 1 2 3 4 Helemaal niet

Ik was bezorgd.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

Beantwoord nu onderstaande vragen over het videofragment.

De huisarts...

De huisarts gaf de patiënt voldoende aandacht.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

De huisarts luisterde goed naar de patiënt.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

De huisarts nam voldoende tijd voor de patiënt.

Heel erg 1 2 3 4 Helemaal niet

De huisarts was vriendelijk.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

De huisarts was eerlijk tegen de patiënt.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

De huisarts nam de klachten van de patiënt serieus.

Heel erg 1 2 3 4 Helemaal niet

De huisarts was empathisch.

Helemaal niet 1 2 3 4 Heel erg

Het consult...

Het consult bij de huisarts was informatief.

Volledig mee eens 1 2 3 4 5 Volledig mee oneens

Het consult bij de huisarts was begrijpelijk.

Volledig mee oneens 1 2 3 4 5 Volledig mee eens

Het advies...

Het advies van de huisarts was duidelijk.

Volledig mee oneens 1 2 3 4 5 Volledig mee eens

Het advies van de huisarts gaf me hoop.

Volledig mee eens 1 2 3 4 5 Volledig mee oneens

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

Zeker niet 1 2 3 4 5 6 7 Zeker wel

Zou u het advies over de pijnbestrijding opvolgen?

Zeker wel 1 2 3 4 5 6 7 Zeker niet

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

Zeker niet 1 2 3 4 5 6 7 Zeker wel

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

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

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

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

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

Ik begrijp waarom de patiënt naar de huisarts ging.

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

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

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

Ik kan de patiënt vergelijken met mezelf.

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

Mijn aandacht was volledig bij het kijken naar het videofragment.

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

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

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

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

Helemaal niet 1 2 3 4 5 Heel erg

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

Helemaal niet 1 2 3 4 5 Heel erg

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

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

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

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

Zeer onwaarschijnlijk 1 2 3 4 5 6 7 Zeer waarschijnlijk

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

_____ %

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

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

Het hebben van rugpijn lijkt mij...

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

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

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

Het hebben van rugpijn lijkt mij...

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

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

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

Door het advies van de dokter op te volgen, zal de patiënt ...

Geen last meer hebben van rugpijn 1 2 3 4 5 6 7 Heel veel last houden van rugpijn

Ik zou rugpijn krijgen, als ik het advies van de dokter zou opvolgen.

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

Onderstaande stellingen hebben betrekking op de relatie tussen huisarts en patiënt. Geef aan in hoeverre u het ermee eens bent.

Als ik de patiënt zou zijn, zou dat geen invloed hebben op de manier waarop andere mensen met mij omgaan.

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

Vooroordelen die bestaan over patiënt-zijn, zouden geen effect hebben op mij persoonlijk.

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

Ik zou me zorgen maken dat mijn gedrag gezien wordt als typisch gedrag van een patiënt.

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

De huisarts zou mijn gedrag opvatten als het gedrag van een patiënt.

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

De meeste huisartsen zouden anders over mij oordelen als ik de patiënt zou zijn.

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

Als ik de patiënt zou zijn, zou dat geen invloed hebben op de manier waarop de huisarts met mij omgaat.

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

Ik denk bijna nooit na over het feit dat ik de patiënt ben als ik bij de huisarts kom.

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

De meeste huisartsen zien de patiënt niet als iemand die gelijk is aan hen.

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

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

Geslacht:

- Man
- Vrouw

Leeftijd: _____ jaar

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

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

Burgerlijke staat:

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

Heeft u in het verleden last gehad van lage rugpijn?

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

Heeft u op dit moment last van lage rugpijn?

- Ja
- Nee

Ruimte voor opmerkingen:

Hartelijk dank voor uw deelname! Dit is het einde van het experiment. U zal nu worden losgekoppeld van de meetapparatuur. Als u geïnteresseerd bent in de resultaten van dit onderzoek, en kans wil maken op de VVV-bon van €15, vul dan hier uw e-mailadres in:

Bijlage 3: Tabellen van niet-significante analyses

Verwachtingen

Tabel 15. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor verwachte controle over de pijn (1 = geen controle, 10 = volledige controle) (gebaseerd op $n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.29	.48	-.08	-.18	.54	-.05
verw. controle (voor)	.47	.13	.46**	.44	.18	.42*
geslacht				-.14	.62	-.04
leeftijd				-.01	.03	-.03
opleidingsniveau				-.05	.46	-.02
burgerlijke staat				.25	.57	.07
ervaring met rugpijn				.14	.59	.03
nu last van rugpijn				-.30	1.13	-.04
R^2	.18			.07		
<i>F</i>	6.55**			1.45		

* $p < .050$, ** $p < .010$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 16. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor verwachte werking van een behandeling (1 = helemaal niet, 10 = heel erg) (gebaseerd op $n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.48	.62	-.11	-.44	.63	-.10
verw. werking (voor)	.49	.22	.30*	.55	.23	.34*
geslacht				-.39	.74	-.08
leeftijd				-.01	.04	-.02
opleidingsniveau				-.35	.48	-.13
burgerlijke staat				-1.07	.66	-.23
ervaring met rugpijn				1.13	.69	.23
nu last van rugpijn				-.23	1.19	-.03
R^2	.07			.13		
<i>F</i>	3.01			1.92		

* $p < .050$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Fysiologische verontrusting: GSR

Tabel 17. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor GSR in μ : stimulus 1 (range 7.78 - 21.69) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.33	1.18	-.05	.38	1.40	.05
baseline	1.04	.22	.79***	1.52	.34	1.16**
geslacht				-1.44	1.41	-.17
leeftijd				-.33	.28	-.19
opleidingsniveau				-.68	1.77	-.06
burgerlijke staat				-1.04	1.33	-.15
ervaring met rugpijn				.62	1.39	.09
nu last van rugpijn				4.37	1.90	.40*
R^2	.61			.68		
<i>F</i>	14.53***			5.53**		

* $p < .050$, ** $p < .010$, *** $p < .001$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 18. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor GSR in μ : stimulus 2 (range 7.63 – 20.70) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.31	1.07	-.05	.46	1.26	.07
baseline	1.01	.20	.81***	1.48	.30	1.19**
geslacht				-1.21	1.27	-.15
leeftijd				-.37	.25	-.22
opleidingsniveau				-.77	1.59	-.07
burgerlijke staat				-1.01	1.20	-.15
ervaring met rugpijn				.46	1.25	.07
nu last van rugpijn				3.96	1.71	.38*
R^2	.65			.71		
<i>F</i>	16.52***			6.27**		

* $p < .050$, ** $p < .010$, *** $p < .001$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 19. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor GSR in μ : stimulus 3 (range 7.43 – 21.27) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.21	1.15	-.03	.54	1.44	.08
baseline	1.01	.22	.79***	1.51	.35	1.19**
geslacht				-.83	1.45	-.10
leeftijd				-.40	.28	-.24
opleidingsniveau				-.81	1.82	-.08
burgerlijke staat				-1.26	1.37	-.19
ervaring met rugpijn				.49	1.42	.07
nu last van rugpijn				4.07	1.95	.38
R^2	.61			.64		
<i>F</i>	14.01***			4.77*		

* $p < .050$, ** $p < .010$, *** $p < .001$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 20. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor GSR in μ : stimulus 4 (range 7.27 – 20.95) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.08	1.13	-.01	.89	1.41	.13
baseline	1.06	.21	.82***	1.56	.34	1.21**
geslacht				-.87	1.42	-.11
leeftijd				-.42	.28	-.25
opleidingsniveau				-.93	1.78	-.09
burgerlijke staat				-.90	1.34	-.13
ervaring met rugpijn				.28	1.39	.04
nu last van rugpijn				4.04	1.92	.37
R^2	.64			.66		
<i>F</i>	15.83***			5.19**		

** $p < .010$, *** $p < .001$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 21. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor GSR in μ : stimulus 5 (range 7.06 – 21.29) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.23	1.22	-.03	.44	1.44	.06
baseline	1.05	.23	.79***	1.57	.35	1.18**
geslacht				-1.64	1.45	-.19
leeftijd				-.45	.28	-.26
opleidingsniveau				-.85	1.81	-.08
burgerlijke staat				-1.40	1.37	-.20
ervaring met rugpijn				.65	1.42	.09
nu last van rugpijn				3.94	1.95	.35
R^2	.60			.67		
<i>F</i>	13.55***			5.33*		

* $p < .050$, ** $p < .010$, *** $p < .001$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 22. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor GSR in μ : het totale gemiddelde (range 8.40 – 20.17) (gebaseerd op $n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.27	.79	-.04	.16	.97	.03
baseline	1.00	.15	.87***	1.36	.23	1.19***
geslacht				-.39	.98	-.05
leeftijd				-.24	.19	-.16
opleidingsniveau				-.79	1.22	-.08
burgerlijke staat				-1.11	.92	-.18
ervaring met rugpijn				.35	.96	.06
nu last van rugpijn				2.74	1.32	.29
R^2	.77			.80		
<i>F</i>	30.18***			9.46**		

** $p < .010$, *** $p < .001$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Fysiologische verontrusting: HRV

Tabel 23. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor HRV in MHz: stimulus 1 (range - .67 - .21) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	.02	.04	.06	.02	.04	.06
baseline	-.00	.09	-.01	.01	.10	.02
geslacht				-.01	.05	-.06
leeftijd				.00	.00	-.01
opleidingsniveau				.01	.03	.07
burgerlijke staat				.02	.04	.07
ervaring met rugpijn				.00	.04	.01
nu last van rugpijn				.09	.08	.20
R^2	-.04			-.14		
<i>F</i>	.08			.23		

[‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 24. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor HRV in MHz: stimulus 2 (range - .70 - .31) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	.01	.04	.03	.02	.04	.06
baseline	.12	.10	.17	.15	.10	.21
geslacht				-.06	.05	-.19
leeftijd				-.01	.00	-.33
opleidingsniveau				-.01	.03	-.03
burgerlijke staat				.10	.04	.33*
ervaring met rugpijn				-.05	.04	-.16
nu last van rugpijn				-.07	.08	-.13
R^2	-.01			.11		
<i>F</i>	.74			1.79		

* $p < .050$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 25. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor HRV in MHz: stimulus 3 (range - .36 - .19) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	.00	.02	.03	-.00	.02	-.00
baseline	.04	.06	.09	.07	.06	.18
geslacht				-.01	.03	-.04
leeftijd				-.00	.00	-.39*
opleidingsniveau				-.01	.02	-.09
burgerlijke staat				.03	.02	.20
ervaring met rugpijn				.00	.03	.02
nu last van rugpijn				.07	.04	.24
R^2	-.03			.02		
<i>F</i>	.24			1.10		

* $p < .050$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 26. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor HRV in MHz: stimulus 4 (range - .17 - .17) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	.01	.02	.06	.01	.02	.08
baseline	-.03	.05	-.09	-.04	.05	-.12
geslacht				-.02	.02	-.17
leeftijd				-.00	.00	-.13
opleidingsniveau				.00	.02	.05
burgerlijke staat				.01	.02	.09
ervaring met rugpijn				.01	.02	.10
nu last van rugpijn				-.05	.04	-.22
R^2	.03			.06		
<i>F</i>	.52			.65		

[‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 27. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor HRV in MHz: stimulus 5 (range - .33 - .47) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	.04	.03	.19	.03	.03	.17
baseline	.10	.07	.22	.07	.06	.15
geslacht				-.00	.03	-.01
leeftijd				-.00	.00	-.08
opleidingsniveau				.01	.02	.10
burgerlijke staat				-.02	.03	-.08
ervaring met rugpijn				-.01	.03	-.06
nu last van rugpijn				-.14	.05	-.40**
R^2	.06			.15		
<i>F</i>	2.53			2.12		

** $p < .010$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Zelfgerapporteerde verontrusting

Tabel 28. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor taalgebruik als voorspeller van zelfgerapporteerde verontrusting (1 = weinig verontrusting, 4 = veel verontrusting) ($n=52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.04	.16	-.03	-.07	.17	-.06
geslacht				.03	.19	.03
leeftijd				-.01	.01	-.24
opleidingsniveau				-.04	.12	-.07
burgerlijke staat				.04	.18	.03
ervaring met rugpijn				.14	.18	.12
nu last van rugpijn				-.47	.32	-.20
R^2	-.02			-.04		
<i>F</i>	.05			.71		

[‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Intentie

Tabel 29. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor intentie: pijnbestrijding, gecorrigeerd voor covariaten (1 = lage intentie, 7 = hoge intentie) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.15	.49	-.04	-.13	.52	-.04
geslacht				.34	.61	.10
leeftijd				-.02	.03	-.09
opleidingsniveau				-.13	.39	-.06
burgerlijke staat				-.23	.55	-.07
ervaring met rugpijn				-.12	.57	-.03
nu last van rugpijn				-1.31	.99	-.21
R^2	-.02			-.10		
<i>F</i>	-.10			.37		

[‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 30. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor intentie: vervolgspraak, gecorrigeerd voor covariaten (1 = lage intentie, 7 = hoge intentie) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	.15	.44	.05	-.24	.43	-.08
geslacht				1.41	.50	.44**
leeftijd				.01	.03	.03
opleidingsniveau				-.05	.32	-.03
burgerlijke staat				-1.15	.45	-.37*
ervaring met rugpijn				-.07	.47	-.02
nu last van rugpijn				-.33	.82	-.06
R^2	-.02			.12		
<i>F</i>	.12			1.94		

* $p < .050$; ** $p < .010$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Risicoperceptie

Tabel 31. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor persoonlijk risico (1 = lage perceptie van het risico, 7 = hoge perceptie van het risico) ($n = 51$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [†]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	.42	.42	.14	.36	.40	.12
geslacht				-.38	.47	-.12
leeftijd				-.01	.03	-.03
opleidingsniveau				.20	.30	.12
burgerlijke staat				-.46	.42	-.15
ervaring met rugpijn				1.13	.44	.36*
nu last van rugpijn				-1.21	.76	-.22
R^2	.00			.15		
<i>F</i>	1.01			2.29*		

* $p < .050$, [†]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 32. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor populatierisico in % (range 0 - 100) ($n = 51$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [†]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	.92	4.67	.03	2.26	4.76	.07
geslacht				-.09	5.55	-.00
leeftijd				.20	.30	.12
opleidingsniveau				-.85	3.52	-.05
burgerlijke staat				4.87	5.00	.15
ervaring met rugpijn				-4.20	5.21	-.12
nu last van rugpijn				16.08	9.08	.26
R^2	-.02			.00		
<i>F</i>	.04			1.02		

[†]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 33. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor vergelijkingsrisico (1 = lage perceptie van het risico, 3 = hoge perceptie van het risico) ($n = 51$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.03	.19	-.02	-.03	.19	-.02
geslacht				-.02	.22	-.02
leeftijd				-.01	.01	-.13
opleidingsniveau				-.08	.14	-.10
burgerlijke staat				.13	.20	.09
ervaring met rugpijn				.56	.20	.39**
nu last van rugpijn				-.53	.36	-.21
R^2	-.02			.10		
<i>F</i>	.02			1.80		

** $p < .010$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 34. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor gepercipieerde ernst (1 = lage perceptie van ernst, 7 = hoge perceptie van ernst) ($n = 50$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	.03	.23	.02	-.09	.22	-.05
geslacht				.05	.25	.03
leeftijd				-.03	.01	-.35*
opleidingsniveau				-.03	.16	-.04
burgerlijke staat				-.22	.23	-.14
ervaring met rugpijn				.60	.24	.35*
nu last van rugpijn				-.30	.42	-.10
R^2	-.02			.14		
<i>F</i>	.01			2.17		

* $p < .050$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 35. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor gepercipieerde vatbaarheid (1 = lage perceptie van vatbaarheid, 7 = hoge perceptie van vatbaarheid) ($n = 50$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [†]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.01	.42	-.00	-.03	.44	-.01
geslacht				-.28	.51	-.09
leeftijd				-.00	.03	-.03
opleidingsniveau				.43	.32	.25
burgerlijke staat				.17	.46	.06
ervaring met rugpijn				-.41	.48	-.13
nu last van rugpijn				.95	.84	.17
R^2	-.02			-.04		
<i>F</i>	.00			.75		

[†]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Controlevariabelen

Tabel 36. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor controlevariabele affect (1 = weinig affect, 4 = veel affect) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [†]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.13	.14	-.13	-.22	.15	-.22
geslacht				.24	.17	.23
leeftijd				-.01	.01	-.20
opleidingsniveau				-.01	.11	-.01
burgerlijke staat				.08	.16	.07
ervaring met rugpijn				.20	.16	.18
nu last van rugpijn				.11	.28	.06
R^2	-.00			.01		
<i>F</i>	.85			1.09		

[†]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 37. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor boodschapevaluatie: informatief consult (1 = mee oneens, 5 = mee eens) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [†]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.19	.31	-.09	-.31	.32	-.14
geslacht				.62	.38	.27
leeftijd				.01	.02	.07
opleidingsniveau				-.14	.24	-.11
burgerlijke staat				.12	.34	.05
ervaring met rugpijn				.34	.35	.15
nu last van rugpijn				.61	.61	.15
R^2	-.01			-.02		
<i>F</i>	.39			.88		

[†]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 38. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor boodschapevaluatie: begrijpelijk consult (1 = mee oneens, 5 = mee eens) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [†]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	.39	.33	.16	.32	.37	.14
geslacht				.07	.43	.03
leeftijd				-.00	.02	-.02
opleidingsniveau				-.03	.27	-.02
burgerlijke staat				-.13	.39	-.06
ervaring met rugpijn				.12	.40	.05
nu last van rugpijn				.17	.70	.04
R^2	.01			-.13		
<i>F</i>	1.34			.19		

[†]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 39. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor boodschapevaluatie: duidelijk advies (1 = mee oneens, 5 = mee eens) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	.39	.26	.20	.19	.26	.10
geslacht				.86	.31	.44**
leeftijd				.02	.02	.16
opleidingsniveau				.07	.19	.07
burgerlijke staat				-.37	.28	-.20
ervaring met rugpijn				.10	.29	.05
nu last van rugpijn				.23	.50	.07
R^2	.02			.11		
<i>F</i>	2.14			1.88		

** $p < .010$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 40. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor boodschapevaluatie: advies gaf hoop (1 = mee oneens, 5 = mee eens) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.15	.37	-.06	-.28	.40	-.10
geslacht				.60	.46	.22
leeftijd				-.02	.03	-.14
opleidingsniveau				-.35	.29	-.23
burgerlijke staat				.10	.42	.04
ervaring met rugpijn				.41	.43	.15
nu last van rugpijn				-.10	.76	-.02
R^2	-.02			-.06		
<i>F</i>	.17			.57		

[‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Check analoge patiënt

Tabel 41. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor identificatie (1 = weinig identificatie, 7 = veel identificatie) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.36	.29	-.17	-.48	.30	-.23
geslacht				.27	.34	.13
leeftijd				.04	.02	.37*
opleidingsniveau				.35	.22	.29
burgerlijke staat				-.54	.31	-.26
ervaring met rugpijn				.33	.32	.15
nu last van rugpijn				-.47	.56	-.12
R^2	.01			.12		
<i>F</i>	1.52			1.94		

* $p < .050$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 42. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor transportatie (1 = weinig transportatie, 7 = veel transportatie) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.02	.24	-.01	-.04	.24	-.02
geslacht				-.18	.28	-.10
leeftijd				.02	.02	.28
opleidingsniveau				.40	.18	.40*
burgerlijke staat				.01	.25	.01
ervaring met rugpijn				.52	.26	.29
nu last van rugpijn				-.09	.46	-.03
R^2	-.02			.07		
<i>F</i>	.01			1.53		

* $p < .050$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 43. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor realisme: nam deel aan echt consult (1 = weinig realistisch, 5 = erg realistisch) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	.00	.25	.00	.04	.25	.03
geslacht				.19	.29	.10
leeftijd				.04	.02	.45*
opleidingsniveau				-.12	.18	-.12
burgerlijke staat				-.28	.26	-.16
ervaring met rugpijn				-.01	.27	-.01
nu last van rugpijn				-.19	.47	-.06
R^2	-.02			.11		
<i>F</i>	.00			1.89		

* $p < .050$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 44. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor realisme: lijkt op echt consult (1 = weinig realistisch, 5 = erg realistisch) ($n = 52$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	-.27	.26	-.15	-.36	.28	-.19
geslacht				.24	.33	.13
leeftijd				-.01	.02	-.10
opleidingsniveau				.07	.21	.07
burgerlijke staat				.01	.30	.00
ervaring met rugpijn				-.17	.31	-.09
nu last van rugpijn				.19	.54	.05
R^2	.00			-.07		
<i>F</i>	1.08			.57		

[‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn

Tabel 45. Ruwe en gecorrigeerde regressieanalyse voor begrip (1 = weinig begrijpelijk, 7 = erg begrijpelijk) ($n = 50$)

variabele	ruwe analyse			gecorrigeerde analyse [‡]		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
taalgebruik	.11	.25	.06	.05	.25	.03
geslacht				.03	.29	.02
leeftijd				-.03	.02	-.31
opleidingsniveau				.02	.19	.02
burgerlijke staat				.15	.27	.09
ervaring met rugpijn				.58	.28	.31*
nu last van rugpijn				.74	.48	.23
R^2	-.02			.03		
<i>F</i>	.18			1.21		

* $p < .050$, [‡]gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, ervaring met rugpijn, nu last van rugpijn