



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Revalidatiewetenschappen

Master in de ergotherapeutische wetenschap

Masterthesis

De invloed van motiverende en demotiverende interactiestijlen van de ergotherapeut op de motivatie van de patiënt

**Noémie Lammertyn
Celestine Terras**

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van Master in de ergotherapeutische wetenschap

PROMOTOR :

Prof. dr. Dominique VAN DE VELDE

COPROMOTOR :

Prof. dr. Katrien DE COCKER

BEGELEIDER :

Mevr. Laura HESTERS



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2024
2025



Faculteit Revalidatiewetenschappen

Master in de ergotherapeutische wetenschap

Masterthesis

De invloed van motiverende en demotiverende interactiestijlen van de ergotherapeut op de motivatie van de patiënt

Noémie Lammertyn

Celestine Terras

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van Master in de ergotherapeutische wetenschap

PROMOTOR :

Prof. dr. Dominique VAN DE VELDE

COPROMOTOR :

Prof. dr. Katrien DE COCKER

BEGELEIDER :

Mevr. Laura HESTERS



Master of Science in de
Ergotherapeutische wetenschap

De invloed van motiverende en demotiverende interactiestijlen van de ergotherapeut op de motivatie van de patiënt

**Celestine Terras
Noémie Lammertyn**

Masterproef ingediend tot het verkrijgen van de graad van
Master of Science in de ergotherapeutische wetenschap

Promotor: prof. dr. Van de Velde Dominique
Co-promotor: prof. dr. De Cocker Katrien
Begeleider: Hesters Laura
Academiejaar 2024-2025



Abstract

Achtergrond: Binnen de hulpverlening wordt regelmatig vastgesteld dat patiënten niet altijd even gemotiveerd zijn om actief deel te nemen aan hun behandeling, wat het herstelproces negatief kan beïnvloeden. Het hanteren van motiverende interactiestijlen kan hierbij een fundamentele rol spelen, door patiënten te stimuleren en te ondersteunen tijdens hun herstel. De Zelfdeterminatie Theorie (ZDT) stelt dat autonomie, competentie en verbondenheid onmisbare factoren zijn voor het bevorderen van motivatie. Deze masterproef onderzoekt daarom in welke mate motiverende en demotiverende interactiestijlen van ergotherapeuten de motivatie van patiënten beïnvloeden.

Methode: Deze cross - sectionele kwantitatieve studie werd uitgevoerd bij patiënten uit Vlaanderen en Brussel die in behandeling zijn bij een ergotherapeut. De gegevens werden verzameld met behulp van vragenlijsten die de perceptie van de interactiestijlen van therapeuten ('SIS – HCP') en de motivatie van patiënten ('BREQ - 3') in kaart brengen. De steekproef omvat 51 respondenten (49% vrouwen, 44% mannen, 7% niet ingevuld), met een leeftijdsbereik van 25 tot 91 jaar.

Resultaten: De resultaten van deze studie tonen aan dat patiënten hun ergotherapeut voornamelijk ervaren als motiverend, in de vorm van autonomie-ondersteunig ($M = 3.79$; $SD = 0.80$) en structuur ($M = 3.82$; $SD = 0.82$). Beide stijlen vertonen een significant positieve correlatie met intrinsieke motivatie ($r = 0.41$, $p = 0.004$; $r = 0.43$, $p = 0.002$), wat wijst op hun motiverend effect. De controlerende interactiestijl ($M = 2.08$; $SD = 1.06$) correleert significant positief met zowel externe regulatie ($r = 0.44$, $p < 0.001$) als met amotivatie ($r = 0.45$, $p = 0.002$). Chaos ($M=1.80$; $SD = 0.83$) toont eveneens een sterke positieve correlatie met externe regulatie ($r = 0.48$, $p = <0.001$).

Conclusie: Deze bevindingen benadrukken het belang van een autonomie-ondersteunende en gestructureerde aanpak om de intrinsieke motivatie van patiënten te bevorderen. Daarentegen blijken een controlerende en chaotische interactiestijl eerder een demotiverend effect te hebben.

“Aantal woorden masterproef: 6931 (corpus)”

Abstract

Background: In healthcare, it is often observed that patients are not always equally motivated to actively participate in their treatment, which can negatively affect the recovery process. Employing motivating interaction styles can play a fundamental role by encouraging and supporting patients throughout their rehabilitation. Self-Determination Theory (SDT) posits that autonomy, competence, and relatedness are essential factors in fostering motivation. This master's thesis therefore investigates the extent to which motivating and demotivating interaction styles of occupational therapists influence patients' motivation.

Method: This cross-sectional quantitative study was conducted among patients from Flanders and Brussels who were receiving occupational therapy. Data were collected using questionnaires assessing patients' perceptions of therapists' interaction styles ('SIS – HCP') and patient motivation ('BREQ-3'). The sample comprised 51 respondents (49% female, 44% male, 7% unspecified), with ages ranging from 25 to 91 years.

Results: The results indicate that patients primarily perceive their occupational therapist as motivating, characterized by autonomy support ($M = 3.79$; $SD = 0.80$) and structure ($M = 3.82$; $SD = 0.82$). Both styles showed a significant positive correlation with intrinsic motivation ($r = 0.41$, $p = 0.004$; $r = 0.43$, $p = 0.002$), indicating their motivating effect. The controlling interaction style ($M = 2.08$; $SD = 1.06$) correlated significantly and positively with both external regulation ($r = 0.44$, $p < 0.001$) and amotivation ($r = 0.45$, $p = 0.002$). Chaos ($M = 1.80$; $SD = 0.83$) also showed a strong positive correlation with external regulation ($r = 0.48$, $p < 0.001$).

Conclusion: These findings highlight the importance of an autonomy-supportive and structured approach to enhance patients' intrinsic motivation. Conversely, controlling and chaotic interaction styles appear to have a demotivating effect.

“Number of words master's thesis: 6931 (corpus)”

Inhoudstafel

Inhoud

Situering	1
Introductie	2
De Zelf - Determinatie Theorie.....	2
Psychologische basisbehoeften binnen de ZDT	3
Motivatie binnen de ZDT	4
Interactiestijlen van zorgverleners.....	8
Rol van de ergotherapeut	10
Onderzoeksvraag en relevantie	11
Methode	14
Onderzoeksdesign	14
Doelgroep.....	14
In en - exclusiecriteria.....	14
Steekproefgrootte	14
Dataverzameling en rekrutering	15
Data-opslag en -beheer	16
Ethische procedure en deontologische code	16
Assessment.....	17
Situations In Self-management support - Healthcare Professionals (SIS-HCP).....	17
Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3)	18
Data-analyse.....	19
Resultaten	20
Beschrijving van de steekproef	20
Ervaren interactiestijlen	20
Motivatie van patiënten binnen de ergotherapie	21
Correlatie tussen interactiestijlen en motivatie	22
Discussie.....	23
Interactiestijlen binnen de ergotherapiepraktijk.....	23
Motivatie van patiënten - hoe gemotiveerd zijn de patiënten?	24
Verband tussen interactiestijlen en motivatie.....	24

Beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek	26
Implicaties voor de praktijk.....	28
Conclusie	29
Referenties.....	30
Bijlage.....	1
Bijlage 1: Poster - flyer	1
Bijlage 2: Brief ethisch comité.....	1
Bijlage 3: Situations In Self-management support – HealthCare Professionals	1
Bijlage 4: Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3).....	1
Bijlage 5: Toetsing van normaliteitsassumptie met Shapiro-Wilk-toets.....	1
Bijlage 6: Beschrijving van de steekproef	1
Bijlage 7: SIS - descriptieve statistieken per vraag.....	1
Bijlage 8: SIS - descriptieve statistieken per interactiestijl	1
Bijlage 9: BREQ - descriptieve statistieken per vraag	1
Bijlage 10: BREQ - descriptieve statistieken per motivatiestijl	1
Bijlage 11: Correlatie - analyse: Interactie- en motivatiestijlen.....	1
Bijlage 12: Verband tussen de motivatiestijlen	1
Bijlage 13: Het gebruik van AI	1

Voorwoord

Voor u ligt onze masterproef, getiteld “De invloed van motiverende en demotiverende interactiestijlen van de ergotherapeut op de motivatie van de patiënt”. Deze scriptie werd geschreven ter afronding van de opleiding Master in de Ergotherapeutische Wetenschap aan de Universiteit Hasselt. Sinds september 2024 hebben wij met grote betrokkenheid gewerkt aan dit onderzoeksproject, waarin we onze interesse in motivatie konden verdiepen en wilden bijdragen aan een beter inzicht in de rol van de interactiestijl van ergotherapeuten.

Vooraleer we overgaan tot de inhoudelijke toelichting, willen we graag iedereen bedanken die dit onderzoek mogelijk heeft gemaakt. Deze periode kende zowel hoogte- als dieptepunten en vergde veel inzet - en doorzettingsvermogen. Gelukkig konden we steeds rekenen op de steun van verschillende mensen.

In het bijzonder willen we onze promotor, prof. dr. Dominique Van de Velde, en co-promotor, prof. dr. Katrien De Cocker, bedanken. Hun deskundige begeleiding, geduld en enthousiasme vormden een bron van inspiratie en gaven ons telkens opnieuw de moed om verder te werken. Dankzij hun waardevolle feedback konden we deze masterproef naar een hoger niveau tillen. We zijn dankbaar dat we mochten bijdragen aan een onderzoek dat onze kijk op motivatie binnen de ergotherapie fundamenteel heeft verrijkt.

Ook onze begeleider, Laura Hesters, verdient onze bijzondere dank. Haar betrokkenheid, feedback en steun maakten het samenwerken bijzonder aangenaam. We wensen haar dan ook het allerbeste toe met haar verdere doctoraatstraject.

Daarnaast zijn we ook de deelnemers aan dit onderzoek bijzonder erkentelijk. Dankzij hun bereidwillige medewerking aan de dataverzameling konden wij dit onderzoek realiseren.

Tot slot danken we onze familie, vrienden en medestudenten. Hun aanmoediging, onvoorwaardelijke steun en luisterend oor waren van onschatbare waarde tijdens dit proces.

Met deze masterproef sluiten we een belangrijk hoofdstuk in ons academisch parcours af, en kijken we met enthousiasme uit naar de volgende stap.

Wij wensen u veel leesplezier.

Situering

Deze masterproef maakt deel uit van het lopende doctoraatsonderzoek van Laura Hesters aan de Universiteit Gent, dat zich richt op het begrijpen en optimaliseren van (de)motiverende interactiestijlen bij ergotherapeuten en kinesitherapeuten.

Binnen de hulpverlening wordt regelmatig vastgesteld dat patiënten niet altijd gemotiveerd zijn om actief deel te nemen aan hun behandeling, wat kan leiden tot verminderde inzet of zelfs uitval (Van der Staak & Hoogduin, 1990). De interactiestijl van de therapeut speelt hierin een cruciale rol, aangezien deze direct invloed uitoefent op de motivatie van patiënten.

Het is essentieel dat therapeuten hun patiënten op de juiste manier ondersteunen. Zo kunnen ze helpen bij het ontwikkelen van vaardigheden, kennis en motivatie om te revalideren en hun aandoening actief te beheren. De (de)motiverende interactiestijl van de therapeut; autonomie-ondersteunend, structurerend, controlerend of chaotisch, speelt hierbij een belangrijke rol. Volgens de Zelfdeterminatietheorie (ZDT) beïnvloedt deze stijl de bevrediging of frustratie van de psychologische basisbehoeften: autonomie, competentie en verbondenheid. Het vervullen van deze behoeften is essentieel voor het ontwikkelen van zelfmanagement, wat bijdraagt aan het verbeteren van de gezondheidstoestand van patiënten.

Deze masterproef onderzoekt hoe patiënten de (de)motiverende interactiestijlen van hun ergotherapeut ervaren en welke invloed dit heeft op hun motivatie. De ZDT vormt de basis, waarbij de psychologische basisbehoeften gezien worden als kerncomponenten van intrinsieke motivatie. De onderzoeksvraag en methodologie werden afgestemd met begeleider Laura Hesters, co - promotor Katrien De Cocker en promotor Dominique Van De Velde.

Door meer inzicht te krijgen in de motiverende en demotiverende interactiestijlen van ergotherapeuten, beoogt deze masterproef een bijdrage te leveren aan de verfijning en optimalisatie van ergotherapeutische interventies. Dit kan uiteindelijk leiden tot betere therapietrouw en succesvollere behandelresultaten.

Introductie

Binnen de hulpverlening, waarin zowel patiënt¹ als therapeut een centrale rol vervult, treft men regelmatig ongemotiveerde patiënten. Deze patiënten tonen vaak weinig bereidheid tot samenwerking, beperkte inzet of weinig enthousiasme (Van der Staak & Hoogduin, 1990). Motiverende technieken en interactiestijlen kunnen therapeuten helpen om deze uitdagingen aan te gaan (Van der Staak & Hoogduin, 1990). Naarmate patiënten actiever worden betrokken bij het zorgproces, wint het interpersoonlijke klimaat tussen therapeut en patiënt aan belang. Dit klimaat kan een bepalende rol spelen in het motiveren of demotiveren van patiënten (Duprez et al., 2019).

De afgelopen veertig jaar heeft de zorgsector een belangrijke paradigmashift doorgemaakt naar meer patiëntgerichte zorg (Kors et al., 2020). Hierbij worden patiënten beter geïnformeerd, aangemoedigd en empowered om zelf keuzes te maken over hun gezondheid. Toch ligt de nadruk van therapeuten vaak op het overbrengen van informatie, terwijl het ondersteunen en versterken van de autonome besluitvorming van patiënten een even belangrijke rol speelt in patiëntgerichte zorg (Kors et al., 2020).

De Zelf - Determinatie Theorie

De Zelf-Determinatie Theorie (ZDT) vormt een fundamentele basis voor het begrijpen van menselijke motivatie binnen diverse domeinen, waaronder de gezondheidszorg (Ng et al., 2012; Ryan & Deci, 2017). Volgens deze theorie hebben mensen, inclusief patiënten, van nature een behoefte aan psychologische groei, persoonlijke ontwikkeling en sociale verbondenheid. Deze behoeften ontplooiën zich pas volledig in een ondersteunende omgeving (Ryan & Deci, 2020).

¹ Omwille van de leesbaarheid en consistentie binnen deze masterproef, wordt gekozen voor de term “patiënt” om te verwijzen naar de personen die begeleiding of behandeling ontvangen van een therapeut. Dit dient niet geïnterpreteerd te worden als een oordeel of waardeoordeel over de specifieke situatie van deze personen. Onder de term “patiënten” worden ook andere benamingen zoals cliënt, revalidant, bewoner of gebruiker verstaan, afhankelijk van de context waarin de ergotherapeutische interventie plaatsvindt. Deze keuze is gemaakt om discussie te vermijden en de meest gangbare terminologie aan te houden.

Psychologische basisbehoeften binnen de ZDT

De ZDT stelt dat drie psychologische basisbehoeften; autonomie, competentie en verbondenheid cruciaal zijn voor het bevorderen van betrokkenheid, proactief gedrag en psychologisch welzijn (Ryan & Deci, 2017). Wanneer deze basisbehoeften worden vervuld ervaren individuen meer intrinsieke motivatie en een groter gevoel van controle over hun gedrag (Chen et al., 2014; Ryan & Deci, 2017). Daarentegen kan frustratie van deze behoeften leiden tot passiviteit, defensief gedrag en negatieve psychologische gevolgen, zoals angst of depressie (Chen et al., 2014; Ryan & Deci, 2017). De sociale omgeving, bevat de structuur van de omgeving en de mensen binnen deze omgeving, heeft invloed op de mate waarin de psychologische behoeften vervuld worden. Rocchi et al. (2016) stelt dat het gedrag van anderen een negatieve of positieve invloed kan hebben op de vervulling van psychologische behoeften. Dit heeft invloed op de kwaliteit van motivatie (Rocchi et al., 2016). Het vervullen van psychologische basisbehoeften creëert een interpersoonlijk klimaat waarin keuzevrijheid en eigenaarschap centraal staat, terwijl externe druk en oordeel worden geminimaliseerd (Chen et al., 2014).

Autonomie wordt omschreven als het ervaren van vrijwilligheid en bereidwilligheid, tegenover gevoelens van externe controle, dwang en druk. Mensen kunnen zowel zelfstandig als afhankelijk handelen, zolang deze afhankelijkheid door henzelf wordt gewaardeerd; dit wordt aangeduid als autonome afhankelijkheid (Chen et al., 2014). Strategieën die autonomie ondersteunend zijn, omvatten het bieden van keuzes, het erkennen van gevoelens en het stimuleren van zelfbepaling bij gedragskeuzes (Flannery, 2017). Bijvoorbeeld, een patiënt die hulp nodig heeft bij het plannen van dagelijkse activiteiten, maar zelf beslist welke hulpmiddelen hij hierbij wil gebruiken, ervaart autonomie. Autonomie-frustratie daarentegen omvat het gebruik van intimiderende taal, beloningen, het stellen van eisen zonder uitleg, voorwaardelijke waardering en overmatige persoonlijke controle (Rocchi et al., 2016).

Competentie verwijst naar het ervaren en het vermogen van beheersing en het vertrouwen dat men succesvol kan zijn en zich verder kan ontwikkelen. Competentie moet echter hand in hand gaan met autonomie om zelfbepaalde intrinsieke motivatie te stimuleren. Het versterken van competentie omvat dat informatie en vaardigheden worden aangereikt, wat vaak een onderdeel vormt van therapeutische interventies (Flannery, 2017; Ng et al., 2012).

Een voorbeeld hiervan is een patiënt die na een revalidatie oefening positieve feedback ontvangt van zijn therapeut en merkt dat hij stapsgewijs meer controle krijgt over zijn eigen bewegingen.

Verbondenheid wordt omschreven als het gevoel van erbij horen en het opbouwen van relaties met anderen (Ryan & Deci, 2020). Dit gevoel kan bevorderd worden door het aangaan van een therapeutische relatie met zorgverleners (Flannery, 2017). Zo kan een patiënt die tijdens groepsessies aangemoedigd wordt om ervaringen te delen, zich meer verbonden voelen met anderen die vergelijkbare uitdagingen doormaken. Voelen patiënten zich daarentegen onder druk gezet om persoonlijke ervaringen te delen terwijl ze daar nog niet klaar voor zijn, dan kan dit als autonomie-frustrerend worden ervaren. Verbondenheid - ondersteunend gedrag houdt in dat men begrip, ondersteuning en zorg voor anderen toont en interesse vertoont in hun activiteiten. Vervolgens houdt verbondenheid - frustrerend gedrag in dat er afstand wordt gehouden van anderen, wat kan resulteren in een gebrek aan emotionele verbinding, het uitsluiten van anderen, niet luisteren en niet beschikbaar zijn wanneer men nodig is (Rocchi et al., 2016).

In de gezondheidszorg is het essentieel dat de zorgomgeving inspeelt op de behoeften aan autonomie, competentie en verbondenheid, zodat de motivatie voor gezond gedrag autonomer wordt en gedragsverandering langer kan worden volgehouden. Er werd aangetoond dat de vervulling van deze basisbehoeften een centrale rol speelt in het ondersteunen van duurzame gedragsverandering en psychologisch welzijn (Saebu et al., 2013; Martinent et al., 2014).

Motivatie binnen de ZDT

De ZDT richt zich niet op de hoeveelheid motivatie (laag of hoog), maar op het type motivatie, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen amotivatie, extrinsieke en intrinsieke motivatie (Deci & Ryan, 2017; zie Figuur 1).

Amotivatie is een toestand waarin iemand gebrek heeft aan de intentie of motivatie om te handelen. Met andere woorden: de persoon voelt geen reden of drang om iets te doen. Dit kan in een revalidatie context betekenen dat een patiënt niet gemotiveerd is om deel te nemen aan een ergotherapeutische sessie. Er worden twee belangrijke oorzaken genoemd

voor amotivatie: (1) Gebrek aan competentie: de patiënt voelt zich niet bekwaam genoeg om de oefening of activiteit succesvol uit te voeren. (2) Gebrek aan waarde of interesse: de patiënt ziet het nut van de activiteit niet in of vindt deze niet betekenisvol (Ryan & Deci, 2020).

Extrinsieke motivatie wordt binnen de ZDT gezien als een complex fenomeen dat varieert langs een continuüm van externe regulatie tot geïntegreerde regulatie (Ryan & Deci, 2020). Dit continuüm omvat vier subtypes: externe regulatie, introjectie, geïdentificeerde regulatie en geïntegreerde regulatie (zie Fig. 1). De eerste twee regulatie types worden beschouwd als gecontroleerde vormen van motivatie, terwijl de laatste twee autonomer van aard zijn. Waar intrinsieke motivatie voortkomt uit plezier en interesse in de activiteit zelf, worden de autonome vormen van extrinsieke motivatie, zoals geïdentificeerde en geïntegreerde regulatie, gedreven door een gevoel van persoonlijke waarde, zelfs wanneer de activiteit niet direct plezierig is (Ryan & Deci, 2020).

Externe regulatie is de minst autonome vorm van extrinsieke motivatie. Gedrag wordt hierbij gestuurd door externe beloningen of straffen, waarbij de persoon zich gecontroleerd voelt door externe krachten (Ryan & Deci, 2020). Een voorbeeld hiervan is een patiënt die oefeningen uitvoert omdat de therapeut anders dreigt de behandeling te stoppen, of omdat hij een compliment verwacht. In deze situatie wordt het gedrag volledig bepaald door externe factoren.

Introjectie is een gedeeltelijk geïnternaliseerde vorm van motivatie waarbij de persoon handelt om schuldgevoelens of angst te vermijden, of om trots en eigenwaarde te versterken. Hoewel de regulatie intern is, wordt deze niet volledig geaccepteerd als eigen. Dit leidt ertoe dat het gedrag wordt uitgevoerd vanuit een gevoel van 'moeten' in plaats van 'willen' (Ryan & Deci, 2020). Zo kan een patiënt bijvoorbeeld strikt alle voorgeschreven behandelingen volgen om schuldgevoelens te voorkomen of om zijn zelfbeeld als 'gezonde en verantwoordelijke persoon' te behouden.

Geïdentificeerde regulatie vertegenwoordigt een meer autonome vorm van motivatie. Hierin erkent de persoon bewust de waarde van het gedrag en accepteert deze vrijwillig (Ryan & Deci, 2020). Een patiënt kan bijvoorbeeld trouw voorgeschreven oefeningen uitvoeren omdat

hij het belangrijk vindt om zijn herstel en zelfredzaamheid te bevorderen, net zoals een ergotherapeut bijscholingscursussen kan volgen om up-to-date te blijven in zijn vakgebied.

Geïntegreerde regulatie is de meest autonome vorm van extrinsieke motivatie. Hierbij identificeert een persoon zich niet alleen met het belang van een bepaald gedrag, maar integreert dit gedrag ook met andere aspecten van zijn of haar zelfbeeld. Hoewel geïntegreerde regulatie enkele kenmerken deelt met intrinsieke motivatie, blijft het een vorm van extrinsieke motivatie. Het onderscheidende kenmerk ligt in de onderliggende reden voor het uitvoeren van de activiteit. Bij geïntegreerde regulatie wordt de activiteit uitgevoerd vanwege de instrumentele waarde ervan, met andere woorden, als een middel om een doel te bereiken dat in overeenstemming is met de persoonlijke waarden en identiteit van de persoon. Dit staat in contrast met intrinsieke motivatie, waarbij de activiteit wordt uitgevoerd vanwege het inherente plezier of de intrinsieke interesse in de activiteit zelf (Ryan & Deci, 2020). Een voorbeeld van geïntegreerde regulatie is een zorgmanager die patiëntgerichte zorgpraktijken volledig integreert in zijn managementstijl, omdat deze aansluiten bij zijn persoonlijke waarden en professionele identiteit.

Intrinsieke motivatie wordt gedreven door de voldoening die voortkomt uit de activiteit zelf, terwijl extrinsieke motivatie afhankelijk is van externe beloningen of uitkomsten (Torre, 2024). Voorbeelden van intrinsiek gemotiveerd gedrag zijn spelen, nieuwsgierigheid, doelgerichte inspanningen en exploratie. Intrinsieke motivatie ontstaat uit het plezier dat iemand ervaart bij een activiteit op zich (Flannery, 2017). In de praktijk kan dit bijvoorbeeld worden geïllustreerd door een patiënt die tijdens de ergotherapie actief en met plezier deelneemt aan een oefening waarbij hij zelf een maaltijd bereidt. De voldoening zit in het zelfstandig uitvoeren van een betekenisvolle dagelijkse activiteit zoals koken. Het plezier en gevoel van bekwaamheid die hieruit voortvloeien, motiveren hem om zich verder in te zetten, niet omdat de therapeut hem een compliment belooft of omdat hij zich verplicht voelt om aan verwachtingen te voldoen, maar omdat de activiteit op zichzelf als waardevol en plezierig wordt ervaren. Dergelijk gedrag wordt niet aangestuurd door externe druk of beloning, maar biedt intrinsieke vreugde en voldoening (Ryan & Deci, 2020).

Het begrijpen van dit continuüm is essentieel, aangezien autonome vormen van motivatie, zoals geïdentificeerde en geïntegreerde regulatie, in verband worden gebracht met betere prestaties, welzijn en volharding (Ryan en Deci, 2020).

De ZDT biedt een gedifferentieerd perspectief op motivatie door niet alleen onderscheid te maken tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie, maar ook door verschillende vormen van extrinsieke motivatie te onderscheiden. Autonome vormen van motivatie, zowel intrinsiek als geïnternaliseerd extrinsiek, worden geassocieerd met verbeterd welzijn en duurzame gedragsverandering, terwijl gecontroleerde motivatie vaker leidt tot minder positieve uitkomsten (Ryan & Deci, 2020). De theorie waarschuwt dat externe beloningen, bedreigingen, deadlines en druk negatieve effecten kunnen hebben op intrinsieke motivatie. Door een continuüm van motivatie te presenteren, overstijgt de ZDT de traditionele tweedeling tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie (Flannery, 2017). In plaats van deze te beschouwen als afzonderlijke categorieën, biedt de ZDT een breed kader dat inzicht geeft in de dynamiek tussen verschillende vormen van motivatie (Ryan & Deci, 2020). Deze genuanceerde benadering erkent de complexiteit van menselijke motivatie en biedt een rijker begrip van de processen die eraan ten grondslag liggen (Flannery, 2017).

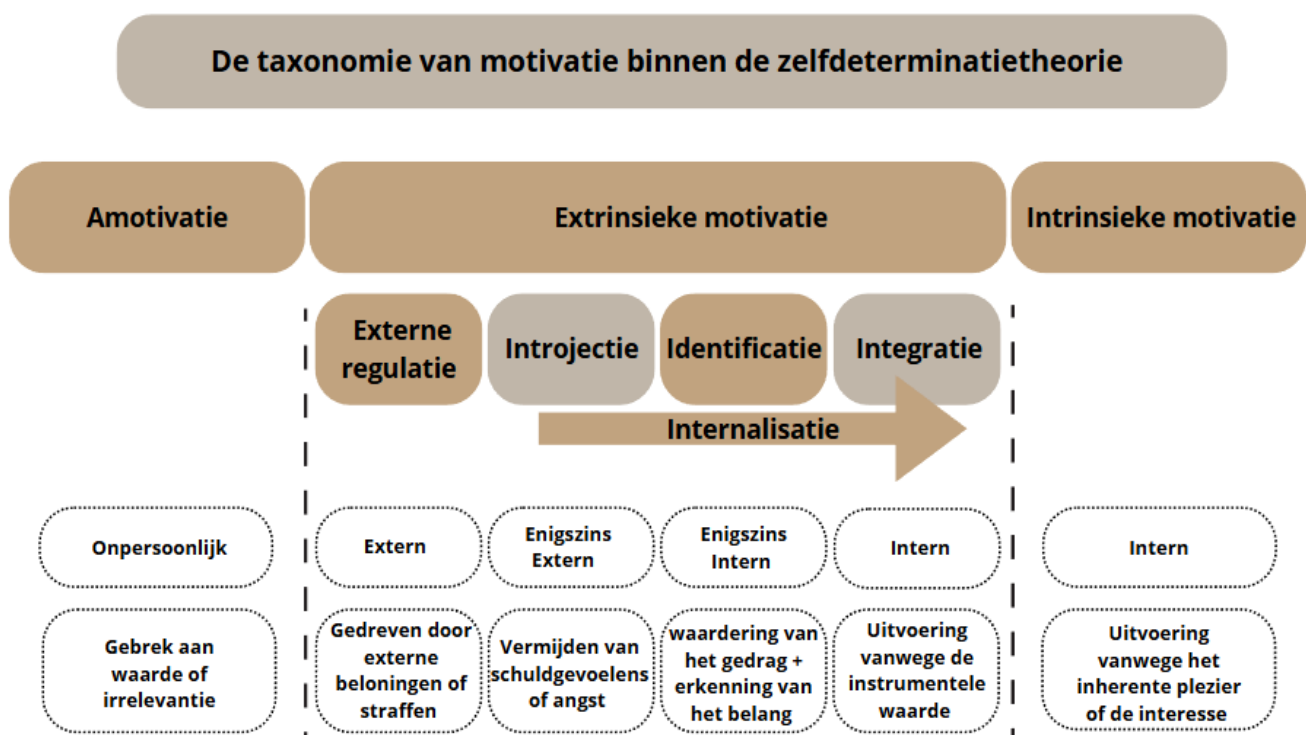


Fig. 1: De taxonomie van motivatie binnen de zelfdeterminatietheorie. Gebaseerd op Ryan en Deci (2020).

Interactiestijlen van zorgverleners

Binnen de ZDT wordt aangenomen dat de interactiestijl van een zorgverlener een sterke invloed uitoefent op de motivatie van patiënten, door hun psychologische basisbehoeften (autonomie, competentie en verbondenheid) te ondersteunen of juist te ondermijnen (Chen et al., 2014; Ryan & Deci, 2020). Het circumplexmodel van interactiestijlen (Duprez et al., 2020) biedt een verfijnd kader om deze stijlen te begrijpen. In tegenstelling tot het beschouwen van interactiestijlen als vaste categorieën, plaatst het model ze op een continuüm, gebaseerd op twee onderliggende dimensies:

1. Behoeftte-ondersteuning versus behoefte-frustratie: In welke mate draagt de interactiestijl bij aan de vervulling of juist de frustratie van de psychologische basisbehoeften?
2. Sterk sturend versus weinig sturend: In hoeverre biedt de zorgverlener richting binnen het therapeutische proces?

Op basis van deze dimensies onderscheidt het circumplexmodel vier interactiestijlen: autonomie-ondersteuning, structuur, controle en chaos (zie figuur 2) (Duprez et al., 2020; Aelterman et al., 2014). Elke stijl wordt hieronder toegelicht, met aandacht voor typische kenmerken en het effect op de motivatie van patiënten.

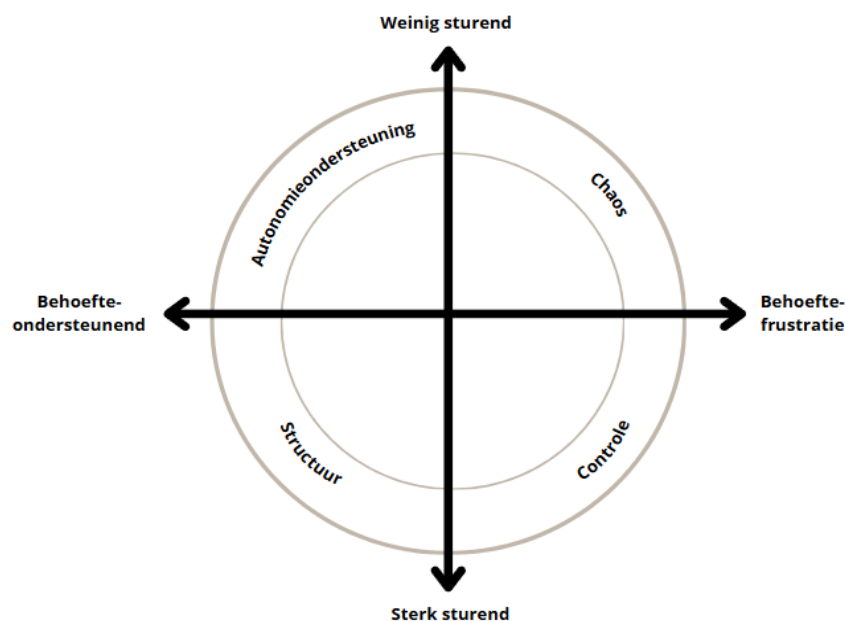


Fig. 2: *Circumplex Model van interactiestijlen*. Gebaseerd op Duprez et al. (2020).

Autonomie-ondersteuning (behoefte-ondersteunend & weinig sturend)

Autonomie-ondersteunende zorgverleners geloven in de natuurlijke groei en ontwikkeling van patiënten. Ze benaderen patiënten met een nieuwsgierige, open en flexibele houding en respecteren hun perspectieven, waarden en voorkeuren. Deze zorgverleners tonen empathie, bieden zinvolle keuzes met heldere rechtvaardigingen en hanteren uitnodigende taal (Duprez et al., 2019; Duprez et al., 2020; Ng et al., 2012). Deze stijl draagt bij aan het gevoel van autonomie en competentie, stimuleert de intrinsieke motivatie en bevordert blijvende gedragsverandering (Ng et al., 2012; Verstuyf & Vansteenkiste, 2008).

Structuur (behoefte-ondersteunend & sterk sturend)

Binnen deze stijl geven therapeuten duidelijke verwachtingen, constructieve feedback en begeleiden ze de patiënt op een consistente, ondersteunende manier. Ze bieden houvast zonder controle uit te oefenen. Een gestructureerde stijl versterkt zelfreflectie, persoonlijke begeleiding en zelfmanagement van patiënten (Duprez et al., 2019; Duprez et al., 2020). Een goed georganiseerde, ondersteunende omgeving die respect, zorgzaamheid en groeimogelijkheden biedt, versterkt de psychologische basisbehoeften van autonomie, competentie en verbondenheid. In zo'n context kunnen patiënten zich volledig richten op hun herstel en persoonlijke ontwikkeling (Ryan & Deci, 2020).

Controle (behoefte-frustrerend & sterk sturend)

Zorgverleners die deze stijl hanteren, gebruiken dwingende instructies, leggen doelen op zonder overleg en beperken de autonomie van de patiënt. Deze aanpak frustreert de behoefte aan autonomie, kan leiden tot weerstand, verminderde motivatie en zelfs drop-out uit therapie (Duprez et al., 2019; Duprez et al., 2020; Ng et al., 2012).

Chaos (behoefte-frustrerend & weinig sturend)

Deze stijl wordt gekenmerkt door een gebrek aan structuur, onduidelijke verwachtingen en het ontbreken van constructieve feedback. De zorgverlener biedt weinig richting of ondersteuning, wat het gevoel van competentie ondermijnt, gevoelens van onzekerheid versterkt en ertoe kan leiden dat patiënten zich alleen gelaten voelen in het omgaan met hun aandoening (Duprez et al., 2019; Duprez et al., 2020).

Zorgverleners hebben dus een sleutelrol in het motiveren van patiënten. Interactiestijlen aan de behoefte-ondersteunende kant van het model, zoals autonomie-ondersteuning en structuur, versterken met name de autonome motivatie, doordat zij bijdragen aan de vervulling van de psychologische basisbehoeften (Chen et al., 2014). Daarentegen ondermijnen stijlen aan de behoefte-frustrerende kant, zoals controle en chaos, deze autonome motivatie en werken ze vooral gecontroleerde vormen van motivatie in de hand, of zelfs amotivatie, wat het welzijn en de betrokkenheid van patiënten negatief beïnvloedt (Chen et al., 2014).

Onderzoek toont aan dat patiënten vooral empathische en ondersteunende zorgverleners waarderen (Peiris et al., 2012). Motiverende interactiestijlen worden dan ook gekenmerkt door een combinatie van ondersteuning en gepaste sturing, terwijl demotiverende stijlen worden gekenmerkt door een gebrek daaraan, of juist door overmatige controle (Duprez et al., 2019).

Hoewel het circumplexmodel vier interactiestijlen onderscheidt, ligt de focus in bestaand onderzoek op autonomie-ondersteuning en controle. De andere stijlen, structuur en chaos, zijn tot nu toe relatief weinig onderzocht. Toch is inzicht in hoe patiënten deze stijlen ervaren cruciaal om hun motivatie, betrokkenheid en behandeluitkomsten te verbeteren.

Met dit onderzoek wordt beoogd een waardevolle bijdrage te leveren aan dit inzicht, door te verkennen hoe patiënten de motiverende en demotiverende interactiestijlen van hun ergotherapeut ervaren en welke invloed dit heeft op hun motivatie binnen het therapeutische proces.

Rol van de ergotherapeut

Binnen de context van ergotherapie is het van belang motivatiefactoren integraal te benaderen. Hoewel autonomie-ondersteuning een kernconcept vormt, volstaat deze niet als enige focus. Strategieën die gericht zijn op het versterken van de therapeutische relatie en het bevorderen van competentie zijn essentieel. Dergelijke strategieën dragen bij aan het realiseren van persoonlijke doelen, het vergroten van zelfvertrouwen en het stimuleren van zelfstandigheid van de patiënt (Ziviani, 2015).

De ergotherapeut speelt hierbij een sleutelrol. Door het hanteren van een cliëntgerichte benadering en het inzetten van betekenisvolle activiteiten als therapeutisch middel, ondersteunen ergotherapeuten patiënten bij het hervinden van balans, zingeving en participatie in het dagelijks leven. De focus ligt hierbij niet primair op de aandoening of beperking, maar op de daaruit voortvloeiende occupationele verstoring. Het doel is het herstellen of optimaliseren van betekenisvol handelen, zodat patiënten regie kunnen hernemen over hun leven en een gevoel van voldoening ervaren.

Ergotherapie is ingebed in het biopsychosociale model, waarin biologische, psychologische en sociale factoren gezamenlijk richting geven aan het behandelproces. Dit proces verloopt methodisch en bestaat uit probleeminventarisatie, handelingsdiagnose, doelbepaling, interventieplanning en evaluatie (Ganse et al., 2017). De ergotherapeut streeft hierbij naar een co-expert relatie met de cliënt, waarbij diens wensen en behoeften leidend zijn. Deze werkwijze ondersteunt de ontwikkeling van autonomie en bevordert participatie in diverse levensdomeinen, ondanks eventuele beperkingen (Ganse et al., 2017).

Het integreren van evidence-based practice is essentieel om de effectiviteit van interventies te waarborgen en bij te dragen aan het welzijn van patiënten. Voortdurende professionele ontwikkeling en wetenschappelijke onderbouwing van het handelen zijn hierbij onmisbaar (Ergotherapie in de Fysieke Revalidatie, 2023). De principes van de ZDT (autonomie, competentie en verbondenheid) sluiten hierbij naadloos aan. Door de ZDT te integreren in hun benadering, kunnen ergotherapeuten de autonome motivatie van cliënten versterken, wat de effectiviteit van de therapie vergroot en essentieel is voor het welzijn en de succesvolle reïntegratie van patiënten in betekenisvol handelen (Perrin, 2005).

Onderzoeksvraag en relevantie

Deze studie richt zich op het onderzoeken van de manier waarop patiënten de (de)motiverende interactiestijlen van hun ergotherapeut ervaren en hoe deze ervaringen hun motivatie beïnvloeden. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in het verband tussen de interactiestijlen van ergotherapeuten en de motivatie van patiënten, aangezien deze interacties een impact kunnen hebben op het therapeutische proces en de uiteindelijke uitkomsten van de behandeling (Chan et al., 2014; Ng et al., 2012; Ntoumanis et al., 2020).

Motivatatie is van cruciaal belang voor gedragsverandering, effectieve zorg en het behalen van duurzame resultaten (Ryan & Deci, 2020). Benaderingen gebaseerd op de ZDT worden vaak geassocieerd met langdurige gedragsverandering en verbeterd welzijn, doordat ze gericht zijn op het bevorderen van intrinsieke motivatie. Door te onderzoeken hoe patiënten de interactiestijl van hun ergotherapeut ervaren, kan worden verkend hoe therapeuten een omgeving kunnen creëren die intrinsieke motivatie ondersteunt. Dit draagt bij aan zowel de kwaliteit van de zorg als het welzijn van de patiënten (Chen et al., 2014).

De ZDT biedt een belangrijk theoretisch kader voor het begrijpen van motivatie. Verschillende studies suggereren dat een autonomie-ondersteunende interactiestijl de autonome motivatie bevordert (Ryan & Deci, 2020; Chan et al., 2014; Duprez et al., 2019, 2020; Ng et al., 2012; Ntoumanis et al., 2020). Over de andere interactiestijlen uit het circumplexmodel, zoals structuur, controle en chaos, is daarentegen weinig bekend. Empirisch onderzoek dat specifiek in kaart brengt hoe patiënten deze stijlen ervaren en hoe die ervaringen samenhangen met verschillende vormen van motivatie is schaars. Het is daarom van belang om ook deze minder onderzochte stijlen te verkennen, zodat het volledige motivationele spectrum binnen zorgrelaties beter begrepen wordt.

Ondanks de solide theoretische basis van de ZDT, ontbreekt het inzicht in hoe patiënten de specifieke interactiestijlen van hun ergotherapeut ervaren. Het is daarom essentieel om het perspectief van de patiënt centraal te stellen en zo een brug te slaan tussen theorie en praktijk. Bovendien wordt in de literatuur weinig aandacht besteed aan de context van ergotherapie, waarin het bevorderen van autonomie en betekenisvolle participatie centraal staat. Veel bestaande studies komen uit bredere contexten zoals verpleegkunde, algemene geneeskunde of onderwijs, wat de noodzaak onderstreept voor specifiek onderzoek binnen het domein van ergotherapie (Ryan & Deci, 2020; Chan et al., 2014; Duprez et al., 2019, 2020; Ng et al., 2012; Ntoumanis et al., 2020).

Deze studie is van groot belang, aangezien het niet alleen bijdraagt aan een beter begrip van het verband tussen interactiestijlen en motivatie, maar ook praktische implicaties heeft voor de opleiding en begeleiding van ergotherapeuten. Inzicht in de wijze waarop (de)motiverende interacties de motivatie beïnvloeden kan bijdragen aan effectievere therapieën, een grotere patiëntbetrokkenheid en langdurige gedragsverandering. Daarnaast kan dit onderzoek een

waardevolle theoretische bijdrage leveren door de ZDT verder te ontwikkelen in de context van ergotherapie. In een tijd waarin patiëntgerichte zorg steeds meer centraal staat, is het essentieel om niet alleen theoretische modellen te begrijpen, maar ook te begrijpen hoe patiënten deze in de praktijk ervaren.

Zoals Meneses et al. (2022) aangeeft, is er behoefte aan verder onderzoek om de factoren die motivatie beïnvloeden beter te begrijpen, zodat participatie in therapeutische handelingen effectiever kan worden bevorderd. Deze studie richt zich daarom op het verkennen van de ervaringen van patiënten met de (de)motiverende interactiestijlen van hun ergotherapeut, met specifieke aandacht voor de invloed die deze interacties hebben op hun motivatie. Het doel is om inzicht te verkrijgen in hoe verschillende interactiestijlen de motivatie beïnvloeden en om mogelijke verbeterpunten te identificeren voor zowel de ergotherapeutische praktijk als de opleiding van ergotherapeuten.

Methode

Onderzoeksdesign

Dit onderzoek werd opgezet als een cross - sectionele kwantitatieve studie, waarbij de dataverzameling plaatsvond tussen september 2024 en januari 2025. De focus lag op het onderzoeken van invloed van verschillende interactiestijlen van ergotherapeuten op de motivatie van patiënten, waarbij de ZDT als theoretisch kader werd gebruikt.

Doelgroep

Patiënten in Vlaanderen en Brussel werden gerekruteerd via een doelgerichte steekproefmethode. Het onderzoek werd monocentrisch uitgevoerd bij UZ Gent. Andere instellingen konden deelnemen, maar hadden geen invloed op het onderzoek zelf. Onderzoekers benaderden patiënten onafhankelijk van hun therapeuten om objectiviteit te garanderen. Om de onderzoekspopulatie af te bakenen, werden er op voorhand in- en exclusiecriteria opgesteld.

In en - exclusiecriteria

<u>Inclusiecriteria</u>	<u>Exclusiecriteria</u>
● Patiënten zijn minstens 18 jaar ● Patiënten zijn in behandeling of opvolging bij een ergotherapeut	● Patiënten met een mentale beperking ● Patiënten met een cognitieve beperking ● Patiënten die in een woonzorgcentrum verblijven ● Patiënten die slechts één keer een consult hadden

Steekproefgrootte

De steekproefgrootte werd bepaald met behulp van G*Power (v. 3.1.9.7), op basis van een meervoudige regressieanalyse met acht voorspellers, een verwachte effectgrootte van $f^2 = 0.35$, een significantieniveau van $\alpha = 0.05$ en een statistische power van 0.80. Op basis van

deze parameters werd een minimale steekproefomvang van 52 deelnemers berekend, wat voldoende is om betrouwbare resultaten te verkrijgen.

Dataverzameling en rekrutering

Voor dit onderzoek werden zowel zorginstellingen als patiënten benaderd. Zorginstellingen gaven toestemming voor deelname en verspreidden wervingsmateriaal zoals flyers en posters met een QR-code (zie bijlage 1). Potentiële deelnemers werden geïnformeerd en uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen, mits zij voldeden aan de vooraf opgestelde inclusie- en exclusiecriteria.

De dataverzameling vond zowel op locatie als op afstand plaats. Patiënten konden de vragenlijst zelfstandig invullen via een openbare link of QR-code, op eigen apparatuur of op een door de onderzoekers voorzien toestel. Bij fysieke bezoeken aan zorginstellingen lichten onderzoekers het onderzoek toe en spraken zij zowel patiënten als therapeuten rechtstreeks aan om hen aan te moedigen om deel te nemen aan het onderzoek. Wanneer een fysiek bezoek niet haalbaar was, werd aan instellingen en therapeuten gevraagd om het onderzoek te promoten, bijvoorbeeld door een poster op te hangen. Daarnaast streefden de onderzoekers ernaar om aanwezig te zijn bij relevante evenementen, zoals lotgenotenbijeenkomsten, om ook daar potentiële deelnemers te werven.

De vragenlijst werd eenmalig ingevuld via REDCap en nam ongeveer 20 minuten in beslag. De vragen omvatten demografische gegevens, zoals geslacht en geboortjaar, om de steekproef te beschrijven en mogelijke verschillen in ervaringen op basis van patiëntkenmerken te analyseren. De privacy van de deelnemers werd gewaarborgd door pseudonimisering van de gegevens. Bovendien werden deze gegevens opgeslagen in een beveiligde database volgens strikte richtlijnen.

De rekruteringsmaterialen werden in het Nederlands opgesteld. Daarnaast werd de voornaam van de ergotherapeut gevraagd, zodat de percepties van patiënten die dezelfde therapeut deelden, gekoppeld konden worden. Dit maakte het mogelijk om te onderzoeken of er verschillen in ervaring bestonden tussen patiënten van eenzelfde ergotherapeut. Dankzij

deze brede en flexibele aanpak werd een diverse steekproef bereikt en een betrouwbaar beeld verkregen van ervaringen binnen verschillende zorginstellingen.

Data-opslag en -beheer

De gegevens werden opgeslagen in REDCap, een beveiligd en gratis platform voor dataverzameling binnen academisch onderzoek aan UZGent en de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van UGent.

Elke deelnemer krijgt automatisch een unieke studie-ID. Er wordt een decoderingssleutel gemaakt met de instelling van de patiënt en een bijbehorende unieke studie-ID in een bestand dat verschilt van het databestand. De decoderingssleutel wordt opgeslagen in een persoonlijke SharePoint van de verantwoordelijke voor codering, die door de UGent is beveiligd en beperkte toegang heeft. De decoderingssleutel wordt ook opgeslagen in een andere databestand met de antwoorden. Alleen hoofdonderzoekers en de verantwoordelijke voor de codering hebben toegang tot deze coderingssleutel.

UGent trad op als verwerkingsverantwoordelijke en bepaalde het doel en de middelen van de studie. De persoonsgegevens worden gedurende een periode van 10 jaar bewaard, zonder verdere reden om ze langer te bewaren, wat ook automatisch wordt vermeld in het ICF-template van de deelnemers.

Ethische procedure en deontologische code

Het onderzoek werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek (CME) van het U(Z)Gent (zie bijlage 2). Het Informatie- en toestemmingsformulier (ICF) was geïntegreerd in de eerste pagina van de online vragenlijst. Hierdoor krijgen deelnemers direct toegang tot alle benodigde informatie. Het ICF bestaat uit twee delen: het eerste deel bevat informatie over het onderzoek, terwijl het tweede deel vragen bevat waarmee deelnemers hun geïnformeerde toestemming geven. Het invullen van het toestemmingsformulier is verplicht voor deelname aan het onderzoek. De rekrutering gebeurde open en transparant, met duidelijke communicatie over de rol van de onderzoekers en aanvullende informatie via een brochure.

Er werden geen direct identificeerbare gegevens van de deelnemers verzameld, zoals namen of e-mailadressen. Gegevens zoals geslacht, geboortedatum en de naam van hun ergotherapeut werden geregistreerd en gepseudonimiseerd verwerkt. De identiteit van de deelnemers wordt strikt gescheiden van de onderzoeksgegevens. De koppeling tussen antwoorden en identiteit wordt op een beveiligde manier bewaard in een apart databestand, dat uitsluitend toegankelijk is voor de hoofdonderzoekers. De verzamelde gegevens werden opgeslagen op een beveiligd online platform, dat alleen toegankelijk is voor de betrokken onderzoekers en masterproefstudenten. Deze gegevens worden geanalyseerd om inzicht te krijgen in de optimalisatie van motiverende interactiestijlen van therapeuten. Door deze zorgvuldige aanpak wordt de privacy en vertrouwelijkheid van alle deelnemers gewaarborgd, terwijl waardevolle inzichten worden verzameld ter verbetering van het werkveld.

Assessment

Situations In Self-management support - Healthcare Professionals (SIS-HCP)

De SIS-HCP is een gevalideerd, vignetgebaseerd meetinstrument ontwikkeld binnen het kader van de ZDT en biedt een unieke aanpak om de (de)motiverende interactiestijlen van zorgprofessionals te onderzoeken (Duprez et al., 2019, 2020). De vragenlijst bestaat uit tien scenario's waarin zorgprofessionals reageren op veelvoorkomende praktijksituaties. Een voorbeeld van zo'n scenario luidt: "Bij verschillende langdurige aandoeningen is een aanpassing in levensstijl nodig. Je patiënt is hierover herhaaldelijk geïnformeerd. Hij legt dit advies naast zich neer."

Voor elk scenario beoordelen respondenten vier mogelijke reacties van de therapeut op een 6-puntsschaal (0 = "beschrijft mijn therapeut helemaal niet" tot 5 = "beschrijft mijn therapeut volledig"). Hiermee wordt in kaart gebracht in hoeverre zorgprofessionals de vier stijlen hanteren: autonomie-ondersteuning, structuur, controle en chaos (Duprez et al., 2019, 2020). De volledige vragenlijst is opgenomen in bijlage 3.

De constructvaliditeit van de SIS - HCP werd onderzocht door middel van multidimensionale schaalanalyse (Duprez et al., 2019), waarbij de vier stijlen zich consistent positioneerden binnen de twee dimensies. De psychometrische eigenschappen van de SIS-HCP vertonen

sterke interne consistentie, met Cronbach's alpha-waarden variërend tussen 0.73 en 0.85 (Duprez et al., 2019). In de steekproef van dit onderzoek werden de volgende Cronbach's alpha-waarden voor de subschalen gevonden: Autonomie-ondersteuning ($\alpha = 0.82$), Structuur ($\alpha = 0.82$), Controle ($\alpha = 0.81$), Chaos ($\alpha = 0.67$).

Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3)

De BREQ-3 is een gevalideerd instrument dat motivatie voor fysieke activiteit meet (Chai et al., 2022; Reyes-Molina et al., 2025). Het bestaat uit 24 items die verdeeld zijn over zes verschillende aspecten van motivatie (Cid et al., 2018; Havnen et al., 2023), bijvoorbeeld:

- (1) **intrinsieke motivatie** - "Ik ga naar mijn therapie omdat ik dat leuk vind",
- (2) **geïntegreerde regulatie** - "Ik ga naar mijn therapie omdat het in overeenstemming is met mijn levensdoel",
- (3) **geïdentificeerde regulatie** - "Ik vind het belangrijk om regelmatig naar mijn therapie te gaan",
- (4) **geïntrojecteerde regulatie** - "Ik voel me schuldig als ik niet naar mijn therapie zou gaan",
- (5) **externe regulatie** - "Ik ga naar mijn therapie omdat anderen vinden dat ik dat moet doen",
- en (6) **amotivatie** - "Ik zie niet in waarom ik naar mijn therapie zou gaan".

Deze voorbeelden illustreren de verschillende drijfveren die patiënten kunnen ervaren in relatie tot hun therapietrouw. De volledige vragenlijst is terug te vinden in bijlage 4. De items worden beoordeeld op een vijfpuntsschaal, variërend van 0 = "helemaal niet waar" tot 4 = "helemaal waar".

De psychometrische eigenschappen van de BREQ-3 zijn uitgebreid onderzocht in diverse landen en populaties. Verschillende studies bevestigden de zes-factorstructuur van het instrument, in overeenstemming met de ZDT en toonden via bevestigende factoranalyses goede fit-indices aan, wat de validiteit ondersteunt (Cavicchiolo et al., 2022; Palombi et al., 2023). De subschalen vertonen een zogenaamd quisi-simplex patroon: motivatievormen die theoretisch verwant zijn (zoals externe en geïntegreerde regulatie) hangen sterker samen dan

meer uiteenliggende vormen (zoals amotivatie en intrinsieke motivatie), wat de constructvaliditeit versterkt. Daarnaast werd meetinvariantie vastgesteld tussen geslacht en leeftijdsgroepen, wat wijst op consistente metingen over verschillende demografische groepen.

In de steekproef van dit onderzoek werd de interne consistentie van de subschalen geëvalueerd via Cronbach's alpha: intrinsieke motivatie ($\alpha = 0.83$), externe regulatie ($\alpha = 0.72$), geïntrojecteerde regulatie ($\alpha = 0.67$), geïdentificeerde regulatie ($\alpha = 0.40$), geïntegreerde regulatie ($\alpha = 0.65$) en amotivatie ($\alpha = 0.76$).

Samenvattend biedt dit instrument een waardevol inzicht in de onderliggende mechanismen die fysieke activiteit verklaren en helpt te begrijpen welke factoren mensen wel of niet motiveren om actief deel te nemen aan lichamelijke oefeningen (Chai et al., 2022; Reyes-Molina et al., 2025).

Data-analyse

Voor elke variabele werd het gemiddelde (M) en de standaarddeviatie (SD) berekend. Er werd een correlatiematrix opgesteld om de relaties tussen de ervaren interactiestijlen en de types motivatie te onderzoeken. Deze analyse biedt inzicht in de manier waarop therapeutische interactiestijlen samenhangen met verschillende vormen van motivatie.

Aangezien voor de meerderheid van de onderzochte variabelen niet werd voldaan aan de assumptie van normaliteit (zie bijlage 5), is gekozen voor de niet-parametrische Spearman's Rho correlatietoets. Deze analyse stelde de onderzoekers in staat de correlatie tussen de verschillende interactiestijlen en de motivatie te berekenen, zodat er bepaald kon worden welke interactiestijlen een mogelijke significante invloed hadden op de motivatie van de patiënten. Alle gegevens werden geanalyseerd met behulp van SPSS versie 29.0.1.0 (171).

Resultaten

Beschrijving van de steekproef

Aan het onderzoek namen 55 personen deel, van wie 51 de volledige vragenlijst invulden. De steekproef bestond uit 27 vrouwen en 24 mannen, met leeftijden variërend van 25 tot en met 91 jaar. Het opleidingsniveau vertoonde een brede spreiding, gaande van lager onderwijs tot een masterdiploma. Wat het zorgtraject betreft, volgden 24 respondenten ambulante therapie, terwijl 27 gehospitaliseerd waren. Bijna de helft van de deelnemers had op het moment van invullen nog geen duidelijkheid over ontslag of het einde van de therapie. Een gedetailleerd overzicht van de steekproefkenmerken is terug te vinden in bijlage 6.

Hoewel 51 respondenten de vragenlijst volledig invulden, werden bij enkele variabelen ontbrekende waarden vastgesteld. Deze betroffen met name de motivatievariabelen, wat resulteerde in een uiteindelijke steekproefgrootte van 47 voor deze analyses.

Ervaren interactiestijlen

In figuur 3 wordt een overzicht gepresenteerd van de gemiddelde scores per interactiestijl. De ervaren interactiestijlen varieerden: de stijlen structuur ($M = 3.82$) en autonomie-ondersteuning ($M = 3.79$) kregen de hoogste gemiddelde scores, terwijl controle ($M = 2.08$) en chaos ($M = 1.80$) de laagste scores ontvingen. De volledige statistieken per item en interactiestijl zijn opgenomen in bijlage 7. Een samenvattende tabel met per stijl het aantal respondenten (N), minimum- en maximumscores, gemiddelden en standaarddeviaties is terug te vinden in bijlage 8.

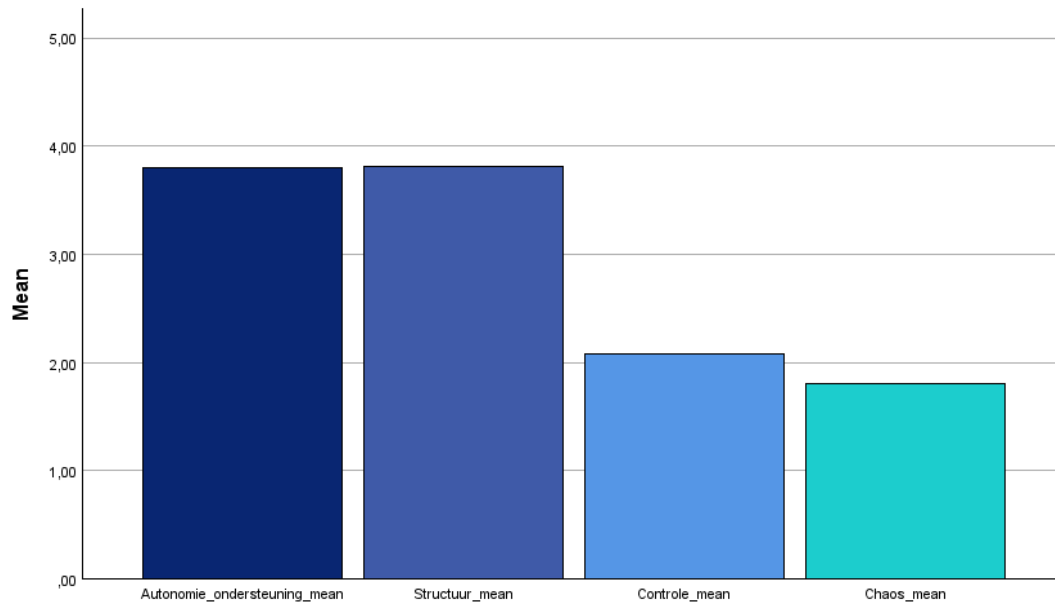


Fig. 3: overzicht van de gemiddelde score per interactiestijl

Motivatie van patiënten binnen de ergotherapie

De ervaren motivatiestijlen varieerden. Zo kreeg geïdentificeerde regulatie ($M = 3.20$) de hoogste gemiddelde scores, gevolgd door intrinsieke motivatie ($M = 2.93$), geïntegreerde regulatie ($M = 2.65$) en geïntrojecteerde regulatie ($M = 2.34$). Externe regulatie ($M = 0.84$) en amotivatie ($M = 0.43$) ontvingen de laagste gemiddelde scores.

Een gedetailleerd overzicht van de resultaten per vraag, met daarin het aantal respondenten (N), het minimum- en maximum, het gemiddelde en de standaarddeviatie, is opgenomen in bijlage 9. Daarnaast biedt bijlage 10 een samenvattende tabel waarin per motivatiestijl het aantal respondenten (N), minimum- en maximum, gemiddelden en standaarddeviaties worden weergegeven.

Intrinsieke motivatie correleert positief met geïdentificeerde motivatie ($r = .36$, $p = .012$). Geïntegreerde regulatie vertoont een positieve correlatie met geïntrojecteerde motivatie ($r = .291$, $p = .047$). Vervolgens bestaat er een positieve significante correlatie tussen geïdentificeerde regulatie en geïntrojecteerde regulatie ($r = .360$, $p = .013$) en een negatieve correlatie tussen geïdentificeerde regulatie en amotivatie ($r = -0.394$, $p = 0.006$). Externe motivatie vertoont een significante positieve correlatie met amotivatie ($r = .353$, $p = .015$).

Figuur 4 bevat een grafiek waarin de gemiddelde scores per motivatietype visueel worden weergegeven.

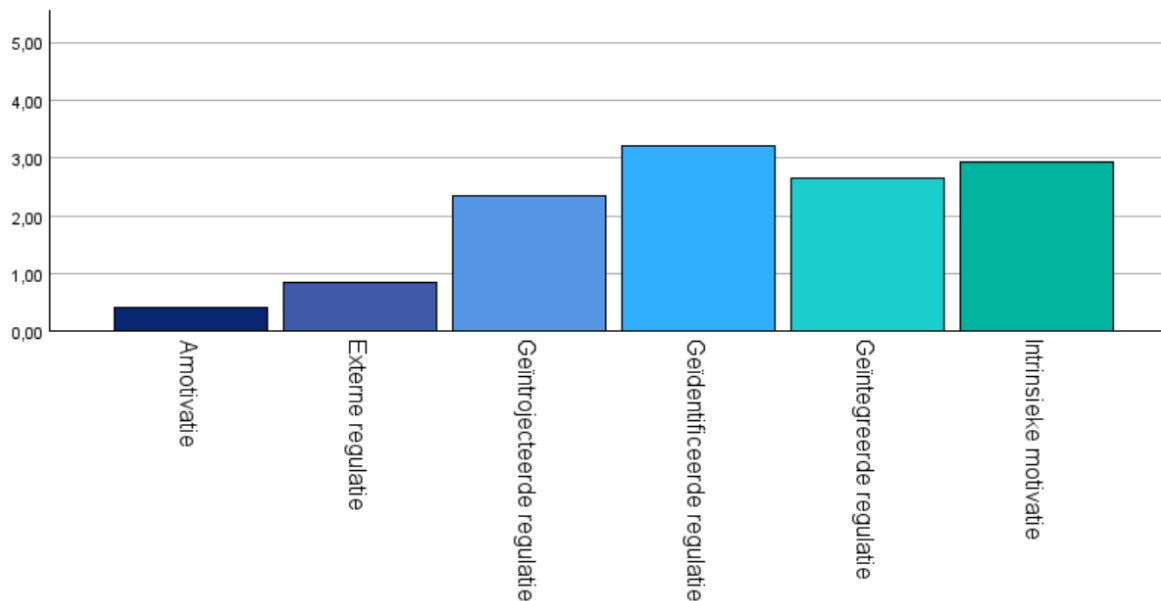


Fig. 4: overzicht van de gemiddelde score per motivatietype

Correlatie tussen interactiestijlen en motivatie

De correlatiematrix, zie bijlage 11, toont een positieve correlatie aan tussen autonomie ondersteuning en intrinsieke motivatie ($r = 0.411$, $p = 0.004$), alsook tussen structuur en intrinsieke motivatie ($r = 0.434$, $p = 0.002$). Een controlerende interactiestijl correleert significant positief met externe regulatie ($r = 0.435$, $p < 0.001$) en met amotivatie ($r = 0.446$, $p = 0.002$). Chaos vertoont een sterke positieve correlatie met externe regulatie ($r = 0.482$, $p < 0.001$).

Discussie

Deze masterproef had als doel na te gaan hoe patiënten de (de)motiverende interactiestijlen van hun ergotherapeut ervaren en welke invloed dit heeft op hun motivatie. De bevindingen sluiten nauw aan bij de uitgangspunten van de ZDT, die stelt dat een motiverende context, waarin autonomie, competentie en verbondenheid ondersteund worden, een cruciale rol speelt in het bevorderen van duurzame motivatie (Chen et al., 2014; Ng et al., 2012; Ryan & Deci, 2017). Zoals Ryan & Deci (2017) aangeven, vormen deze basisbehoeften de kern van intrinsieke motivatie en dragen interactiestijlen die deze behoeften ondersteunen bij aan een kwaliteitsvolle zorgrelatie.

Interactiestijlen binnen de ergotherapiepraktijk

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat patiënten overwegend motiverende interactiestijlen ervaren binnen de ergotherapie. Zo scoorden autonomie-ondersteuning en structuur het hoogst ($M=3.79$ en $M=3.82$), terwijl controle en chaos beduidend lager scoorden. Dit suggereert dat patiënten doorgaans weinig druk of inconsistentie ervaren tijdens hun revalidatieproces. Deze bevindingen zijn in lijn met eerdere studies, waarin autonomie-ondersteuning en gestructureerde begeleiding wijzen op een motiverend behandelklimaat (Duprez et al., 2019; Rocchi et al., 2016).

Ook Haerens et al. (2020) stelden vast dat logopedisten vaker autonomie-ondersteunende dan controlerende stijlen toepassen, wat overeenkomt met de huidige resultaten. Het is bemoedigend dat deze positieve stijlen zich ook in de ergotherapeutische praktijk lijken te manifesteren. Deze aanpak blijkt bovendien gunstig voor het stimuleren van zelfmanagement bij patiënten. Het werk van Hesters et al. (2025) benadrukt echter dat een motiverende benadering niet vanzelfsprekend is en pleit voor expliciete scholing in autonomie-ondersteunende en gestructureerde communicatievormen.

Motivatie van patiënten - hoe gemotiveerd zijn de patiënten?

De deelnemers aan dit onderzoek vertoonden voornamelijk autonome vormen van motivatie, met hoge scores op intrinsieke motivatie en geïdentificeerde regulatie. Dit impliceert dat patiënten hun ergotherapie doorgaans als waardevol en zinvol ervaren, wat in overeenstemming is met de theorie van Ryan en Deci (2020). Deze bevinding is positief aangezien autonome motivatie samenhangt met therapietrouw en positieve gezondheidssuitkomsten (Ng et al., 2012). De lage scores op externe regulatie en amotivatie geven aan dat patiënten zelden gemotiveerd zijn door druk van buitenaf. Bovendien werd er een positieve correlatie gevonden tussen intrinsieke motivatie en geïdentificeerde regulatie, wat erop wijst dat deze motivatietypes elkaar versterken wanneer patiënten therapie ervaren als zowel aangenaam als doelgericht.

Verband tussen interactiestijlen en motivatie

Zoals verwacht, blijken motiverende interactiestijlen significant samen te hangen met autonome motivatie. Autonomie-ondersteuning correleert positief met intrinsieke motivatie ($r = 0.411$, $p = 0.004$), evenals structuur ($r = 0.434$, $p = 0.002$). Dit bevestigt het belang van een benadering waarin enerzijds ruimte wordt geboden voor eigen keuzes en anderzijds duidelijkheid en consistentie centraal staan. Deze bevindingen ondersteunen het uitgangspunt van de ZDT dat de vervulling van basisbehoeften leidt tot meer duurzame en autonome motivatie (Ryan & Deci, 2020). Ook Haerens et al. (2020) suggereren dat therapeuten die autonomie-ondersteunend handelen, betere motivationele uitkomsten kunnen verwachten dan wanneer ze een controlerende stijl hanteren.

De positieve effecten die in de studie van Hesters et al. (2025) worden vastgelegd, zoals verhoogde intrinsieke motivatie, tonen aan dat deze competenties essentieel zijn voor een kwaliteitsvolle en motiverende zorgpraktijk. De positieve effecten van autonomie-ondersteunende interacties zijn ook in andere zorgcontexten zichtbaar. Zo tonen Halvari et al. (2017) in hun onderzoek binnen de tandheelkunde aan dat autonomie-ondersteuning leidt tot behoeftebevrediging, wat vervolgens autonome motivatie versterkt. Ondanks de contextuele verschillen, wijst dit op een breed toepasbare werking van motiverende interactiestijlen in diverse disciplines. Daartegenover leidt controlerende of inconsistente

communicatie tot frustratie van basisbehoeften, verhoogde angst en verminderde therapietrouw. Deze bevindingen ondersteunen het idee dat niet alleen het stimuleren van autonomie belangrijk is, maar ook het vermijden van controlerende of inconsistente interactiestijlen om negatieve motivatie-uitkomsten te voorkomen.

Daartegenover gingen controlerende en chaotische interactiestijlen gepaard met minder wenselijke vormen van motivatie. Een controlerende benadering ging gepaard met hogere scores op externe regulatie ($r = 0.465$, $p < 0.001$) en amotivatie ($r = 0.446$, $p = 0.002$). Ook chaos vertoonde een sterke correlatie met externe regulatie ($r = 0.482$, $p < 0.001$), wat wijst op de demotiverende impact van onduidelijke begeleiding.

Opmerkelijk is echter dat chaos geen significant verband vertoonde met amotivatie ($r = 0.28$, $p = 0.057$), terwijl eerder onderzoek binnen onderwijscontexten hier wel op wees (Aelterman et al., 2018). Er kan hier gesproken worden van een trend tot significantie, wat betekent dat het gevonden verband mogelijks betekenisvol is. Een mogelijke verklaring voor het uitblijven van statistische significantie is echter de beperkte steekproefgrootte, wat op zijn beurt de power van de analyse heeft verlaagd. Desondanks lijken de resultaten inhoudelijk in lijn te liggen met de bevindingen uit het onderwijs. Een mogelijke verklaring is dat patiënten in een ergotherapeutische setting, in tegenstelling tot leerlingen in het onderwijs, meer intrinsieke relevantie toekennen aan de therapie, waardoor ze minder snel volledig afhaken, zelfs bij een chaotische begeleiding. Bovendien is de therapierelatie vaak kleinschaliger en persoonlijker, waardoor het negatieve effect van een chaotische stijl mogelijk afgezaakt wordt.

Vervolgens bleven sommige theoretisch verwachte verbanden uit (Ryan & Deci, 2000, 2020), zoals een significante samenhang tussen meer controlerende stijlen en gecontroleerde vormen van motivatie, waaronder geïntrojecteerde regulatie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat patiënten in deze context externe druk minder snel internaliseren, waardoor introjectie mogelijk minder vaak voorkomt. Bovendien is het verband tussen interpersoonlijke stijl en geïntrojecteerde regulatie in eerder onderzoek, ook in andere sectoren, niet steeds consistent gebleken (Haerens et al., 2020). Dit suggereert dat de mate van geïnternaliseerde motivatie kan variëren afhankelijk van de context en individuele eigenschappen van de patiënt.

Tegelijkertijd bevestigt de negatieve associatie tussen controlerende stijlen en motivatie de risico's van een benadering waarbij druk en verplichting centraal staan, aangezien deze kunnen leiden tot frustratie van basisbehoeften en een afname van intrinsieke motivatie. Patiënten die interactiestijlen als controlerend of chaotisch ervaren, scoren significant hoger op externe regulatie en amotivatie. Dit benadrukt dat niet alleen positieve interacties gewenst zijn, maar dat ook het vermijden van ongestructureerde of dwingende communicatie essentieel is.

Deze bevindingen sluiten aan bij de kernprincipes van de ZDT, die intrinsieke motivatie beschouwt als een fundamenteel aspect van menselijk functioneren. De theorie stelt dat individuen van nature streven naar psychologische groei en integratie, mits hun omgeving daarin ondersteunend is (Ryan & Deci, 2020; Flannery, 2017). Dit dialectische proces tussen persoon en omgeving biedt een krachtig kader om de invloed van therapeutische interactiestijlen op motivatie te begrijpen. Onze resultaten bevestigen dat vooral een autonomie-ondersteunende en gestructureerde aanpak in de ergotherapie bijdraagt aan de vervulling van basisbehoeften en dus aan duurzame, intrinsieke motivatie, in lijn met eerder onderzoek (Duprez et al., 2019; Ryan & Deci, 2020).

Beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Ondanks de veelbelovende resultaten zijn er enkele beperkingen die in acht genomen moeten worden. Door het cross-sectionele karakter van deze studie kunnen geen causale verbanden worden vastgesteld. Daarnaast was de steekproef relatief klein ($n = 51$), al voldeed dit aantal aan de eisen voor de geplande regressieanalyse volgens een vooraf uitgevoerde poweranalyse. Desondanks dient voorzichtigheid betracht te worden bij de generalisatie van de resultaten naar andere populaties.

Verder kan responsiebias niet uitgesloten worden. Patiënten met uitgesproken positieve of negatieve ervaringen waren mogelijk meer geneigd deel te nemen. Bovendien bleek de betrouwbaarheid van sommige subschalen van de BREQ-3, zoals geïdentificeerde regulatie ($\alpha = 0.402$), beperkt. Dit kan wijzen op een verminderde interne consistentie van die meting

binnen de onderzochte doelgroep. Dit wijst op enkele nadelen die kunnen optreden bij het gebruik van zelfrapportage, enquêtes of vragenlijsten. Responsiebias kan niet worden uitgesloten, hierbij kunnen respondenten (on)opzettelijk verkeerde informatie geven, vooral als vragen controversieel of gevoelig zijn. Sociale wenselijkheid vormt een potentiële bias bij het gebruik van vragenlijsten, waarbij respondenten geneigd zijn om antwoorden te geven die sociaal wenselijk of acceptabel worden geacht, in plaats van hun werkelijk gedrag te rapporteren. Dit kan de validiteit van de verkregen gegevens negatief beïnvloeden omdat de respondenten trachten een positiever zelfbeeld te presenteren. Recall bias kan echter ook optreden als de respondent zijn herinneringen onnauwkeurig of vertekend zijn, vooral als het lang geleden of emotioneel geladen is. Vervolgens bestaat er ook het risico dat respondenten de vragen verkeerd begrijpen of de antwoordopties op een andere manier interpreteren dan bedoeld. Tot slot is het bij zelfrapportage of vragenlijsten vaak onduidelijk in welke mate respondenten gemotiveerd zijn om eerlijk en zorgvuldig te antwoorden. Dit kan leiden tot variatie in nauwkeurigheid tussen individuen.

Een bijkomende uitdaging was het rekruteren van geschikte deelnemers. De beperkte zichtbaarheid van ergotherapie als discipline kan verklaren waarom het moeilijk was om voldoende patiënten te bereiken. Deze bevinding onderstreept het belang van verdere sensibilisering omtrent de rol en meerwaarde van ergotherapie binnen de gezondheidszorg.

Toekomstig onderzoek zou kunnen inzetten op longitudinale studies om de causale relatie tussen interactiestijl en motivatie te onderzoeken. Daarnaast zou het waardevol zijn om vergelijkbare studies uit te voeren in andere zorgsettings of binnen andere disciplines, om zo de generaliseerbaarheid van de bevindingen te toetsen. Kwalitatieve methoden, zoals interviews of observaties van therapeutische interacties, kunnen bijkomende inzichten opleveren in hoe motiverende stijlen concreet worden vormgegeven. Tot slot zou het interessant zijn om naast motivatie ook werkelijke gedragingen of gezondheidsparameters - zoals therapietrouw of functionele vooruitgang - mee te nemen in toekomstige studies.

Implicaties voor de praktijk

De resultaten van deze studie wijzen duidelijk op het belang van motiverende communicatie binnen de ergotherapie. Het hanteren van autonomie-ondersteunende en gestructureerde stijlen bevordert intrinsieke motivatie en draagt zo bij aan effectievere therapie. Zorgverleners zouden hierin systematisch geschoold moeten worden, met aandacht voor keuzevrijheid, empathie en duidelijke verwachtingen.

Deze aanbevelingen sluiten aan bij het werk van Hesters et al. (2025), die pleiten voor het opnemen van motivatiegerichte competenties in opleidingsprogramma's. Zij benadrukken bovendien het belang van zelfeffectiviteit en een opleiding op maat, bijvoorbeeld met aandacht voor disciplinespecifieke of gendersensitieve elementen. Door deze inzichten te integreren in het curriculum, kunnen toekomstige zorgverleners beter voorbereid worden op het creëren van een motiverend zorgklimaat.

Tot slot onderstreept ook Flannery (2017) het belang van een goed begrip van motivationele theorieën voor effectieve zorgverlening. Alleen wanneer zorgverleners inzicht hebben in de onderliggende processen van motivatie, kunnen zij bijdragen aan duurzame gedragsverandering en patiëntgerichte zorg.

Conclusie

Motiverende interactiestijlen, zoals autonomie-ondersteuning en structuur, hangen samen met hogere intrinsieke motivatie, wat erop wijst dat ze het revalidatieproces leuk vinden. Uit de significante correlatie tussen geïdentificeerde regulatie en intrinsieke motivatie wordt duidelijk dat patiënten die de therapie als waardevol en betekenisvol ervaren, meer intrinsiek gemotiveerd zijn. Het is voor ergotherapeuten dan ook belangrijk om te wijzen op de persoonlijke waarde en het belang van de therapie. Controlerende en chaotische stijlen worden vaker geassocieerd met externe regulatie en amotivatie, wat wil zeggen dat deze stijlen eerder demotiverend werken. Dit kan leiden tot minder betrokkenheid en een lagere therapietrouw. Dit benadrukt het belang van een ondersteunende, niet-controlerende benadering in de ergotherapeutische relatie.

De lage scores op amotivatie en externe regulatie impliceren dat de meeste patiënten gemotiveerd zijn door interne overtuigingen en niet door externe druk of een gebrek aan doelgerichtheid. De analyses laten zien dat patiënten vooral gemotiveerd worden door intrinsieke en geïdentificeerde regulatie. Dit impliceert dat de patiënten therapie volgen omdat ze het plezierig en zinvol vinden. De lage scores op amotivatie en externe regulatie wijzen op motivatie vanuit interne overtuigingen in plaats van externe druk of een gebrek aan doelgerichtheid.

Hoewel er een relatief kleine steekproef was, bieden de resultaten waardevolle inzichten in hoe ergotherapeuten met hun interactiestijl de motivatie van patiënten kunnen beïnvloeden. Toekomstig onderzoek met grotere steekproeven is aanbevolen om deze bevindingen te bevestigen en verder te verdiepen. Vervolgens kan toekomstig onderzoek zich richten op longitudinaal onderzoek waarbij langetermijn effecten van motiverende stijlen op de motivatie van patiënten worden onderzocht. Daarnaast is sensibilisering rond ergotherapie als discipline essentieel om meer bekendheid en betrokkenheid te creëren, zowel bij het publiek als binnen de zorgsector.

Referenties

1. Aelterman, N., Vansteenkiste, M., Haerens, L., Soenens, B., Fontaine, J. R. J., & Reeve, J. (2018). Toward an integrative and fine-grained insight in motivating and demotivating teaching styles: The merits of a circumplex approach. *Journal Of Educational Psychology, 111*(3), 497–521. <https://doi.org/10.1037/edu0000293>
2. Aelterman, N., Vansteenkiste, M., Van Den Berghe, L., De Meyer, J., & Haerens, L. (2014). Fostering a Need-Supportive Teaching Style: Intervention Effects on Physical Education Teachers' Beliefs and Teaching Behaviors. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 36*(6), 595–609. <https://doi.org/10.1123/jsep.2013-0229>
3. Cavicchiolo, E., Sibilio, M., Lucidi, F., Cozzolino, M., Chirico, A., Girelli, L., Manganelli, S., Giancamilli, F., Galli, F., Diotaiuti, P., Zelli, A., Mallia, L., Palombi, T., Fegatelli, D., Albarello, F., & Alivernini, F. (2022). The Psychometric Properties of the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3): Factorial Structure, Invariance and Validity in the Italian Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(4), 1937. <https://doi.org/10.3390/ijerph19041937>
4. Chai, S., Kueh, Y. C., Yaacob, N. M., & Kuan, G. (2022). Psychometric properties of the Malay version of the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3). *PLoS ONE, 17*(6), e0269099. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269099>
5. Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Van Der Kaap-Deeder, J., Duriez, B., Lens, W., Matos, L., Mouratidis, A., Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Soenens, B., Van Petegem, S., & Verstuyf, J. (2014). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotion, 39*(2), 216–236. <https://doi.org/10.1007/s11031-014-9450-1>
6. Cid, L., Monteiro, D., Teixeira, D., Teques, P., Alves, S., Moutão, J., Silva, M., & Palmeira, A. (2018). The Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3) Portuguese-Version: Evidence of Reliability, Validity and Invariance Across Gender. *Frontiers in Psychology, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01940>

7. De Oliveira Vanini, J., Karloh, M., Bosco, R. C., De Souza, M. G., Karsten, M., & Matte, D. L. (2025b). The Brazilian Portuguese Version of the Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire 3 (BREQ-3) Is Reliable and Valid for Assessing Motivational Regulations and Self-Determination in Exercise Among Adults Aged 50 Years or Older: A Methodological Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(1), 82. <https://doi.org/10.3390/ijerph22010082>
8. Diagnostiek en behandeling van de persoonlijkheidsstoornis. (1990). In C. P. F. Van Der Staak & C. A. L. Hoogduin (Reds.), *Symposium klinische psychologie* Nijmegen. <https://www.beta.nl/skpn/skpn1.pdf#page=73>
9. Duprez, V., Van Der Kaap-Deeder, J., Beeckman, D., Verhaeghe, S., Vansteenkiste, M., & Van Hecke, A. (2020). Nurses' interaction styles when supporting patients in self-management: A profile approach. *International Journal Of Nursing Studies*, 110, 103604. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103604>
10. Duprez, V., Vansteenkiste, M., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2019). Capturing motivating versus demotivating self-management support: Development and validation of a vignette-based tool grounded in Self-determination Theory. *International Journal of Nursing Studies*, 116, 103354. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.019>
11. Ergotherapie in de fysieke revalidatie: Basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening (2023ste editie). (2023). Acco Uitgeverij.
12. Fenton, S. a. M., Van Zanten, J. J. V., Metsios, G. S., Rouse, P. C., Yu, C., Ntoumanis, N., Kitas, G. D., & Duda, J. L. (2020). Testing a self-determination theory-based process model of physical activity behavior change in rheumatoid arthritis: results of a randomized controlled trial. *Translational Behavioral Medicine*, 11(2), 369–380. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa022>
13. Flannery, M. (2017). Self-Determination Theory: Intrinsic motivation and Behavioral change. *Oncology Nursing Forum*, 44(2), 155–156. <https://doi.org/10.1188/17.onf.155-156>
14. Ganse, M. L., Van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2017). Grondslagen van de ergotherapie. In Bohn Stafleu van Loghum eBooks. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-1704-2>

15. Haerens, L., Bettens, K., Van Lierde, K., & Aelterman, N. (2020). The promise of self-determination theory to study the therapist-client relationship in speech-language treatment. *Journal of Communication Disorders*, 89, 106059. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2020.106059>
16. Halvari, A. M., Halvari, H., & Deci, E. (2017). Attending and avoiding dental appointments: Do “bright” and “dark” motivational paths have a role? *International Journal of Dental Hygiene*, 16(2), 286–297. <https://doi.org/10.1111/idh.12274>
17. Havnen, A., Anyan, F., Mehus, I., & Ernsten, L. (2023). The behavioural regulation in exercise questionnaire (BREQ): psychometric properties and associations with physical activity outcomes in a Norwegian sample of physically active adults. *International Journal Of Sport And Exercise Psychology*, 22(8), 2045–2063. <https://doi.org/10.1080/1612197x.2023.2255207>
18. Hesters, L., Compennolle, S., De Craemer, M., Duprez, V., Van Hecke, A., & De Cocker, K. (2025a). Understanding (de)motivating interaction styles of healthcare professionals in training: a profile approach. *Advances in Health Sciences Education*. <https://doi.org/10.1007/s10459-025-10414-x>
19. J.M. Kors, et al., Factors influencing autonomy supportive consultation: A realist review, *Patient Educ Couns* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.019>
20. Martinent, G., Decret, J., Guillet-Descas, E., & Isoard-Gautheur, S. (2014b). A reciprocal effects model of the temporal ordering of motivation and burnout among youth table tennis players in intensive training settings. *Journal of Sports Sciences*, 32(17), 1648–1658. <https://doi.org/10.1080/02640414.2014.912757>
21. Meneses, K. V. P., Tosta, M. de J., & Melo, J. V. (2022). Teorias motivacionais e sua aplicabilidade no contexto da Terapia Ocupacional. *Revista do NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity*, 14(2), 1-10. Beschikbaar op <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v14n2/v14n2a05.pdf>
22. Ng, J., Ntoumanis, N., Ntoumanis, C., Deci, E., & Williams, G. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 43. <https://espace.curtin.edu.au/handle/20.500.11937/53745>

23. Ntoumanis, N., Ng, J. Y., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J. E., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Lonsdale, C., & Williams, G. C. (2020). A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. *Health Psychology Review*, 15(2), 214–244. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529>
24. Palombi, T., Lucidi, F., Chirico, A., Alessandri, G., Filosa, L., Tivolucci, S., Borghi, A. M., Fini, C., Cavicchiolo, E., Pistella, J., Baiocco, R., & Alivernini, F. (2023). Is the Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire a Valid Measure in Older People? *Healthcare*, 11(20), 2707. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202707>
25. Peiris, C. L., Taylor, N. F., & Shields, N. (2012). Patients value patient-therapist interactions more than the amount or content of therapy during inpatient rehabilitation: a qualitative study. *Journal of Physiotherapy*, 58(4), 261–268. [https://doi.org/10.1016/s1836-9553\(12\)70128-5](https://doi.org/10.1016/s1836-9553(12)70128-5)
26. Perrin, T. (2005). The role of the occupational therapist. *Psychiatry*, 4(2), 93–94. <https://doi.org/10.1383/psyt.4.2.93.59100>
27. Reyes-Molina, D., Zapata-Lamana, R., Bustos, C., Mella-Norambuena, J., Zañartu, I., Chávez-Castillo, Y., Gajardo-Aguayo, J., Castillo-Carreño, A., Cabezas, M., Riquelme, V. C., Reyes-Amigo, T., Cigarroa, I., & Nazar, G. (2025). Adaptation and Psychometric Properties of the Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3) for Motivation Towards Incidental Physical Activity. *Behavioral Sciences*, 15(2), 114. <https://doi.org/10.3390/bs15020114>
28. Rocchi, M., Pelletier, L., Cheung, S., Baxter, D., & Beaudry, S. (2016). Assessing need-supportive and need-thwarting interpersonal behaviours: The Interpersonal Behaviours Questionnaire (IBQ). *Personality and Individual Differences*, 104, 423–433. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.08.034>
29. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.1.68>
30. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York, NY: Guilford.

31. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, 61, 101860. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>
32. Saebu, M., Sørensen, M., & Halvari, H. (2013). Motivation for physical activity in young adults with physical disabilities during a rehabilitation stay: a longitudinal test of self-determination theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(3), 612–625. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2013.01042.x>
33. Torre, D. (2024). Motivation in self-determination theory. *Medical Teacher*, 46(8), 1012–1013. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2024.2371268>
34. Verstuyf, J., & Vansteenkiste, M. (2008). Willen versus moeten: De invloed van motivatie op het therapeutisch proces. *Agora*, 24, 7-22.
35. Ziviani, J. (2015). Occupational performance: a case for self-determination. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(6), 393–400. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12250>

Bijlage

Bijlage 1: Poster - flyer

STUDIE BIJ PATIËNTEN/CLIËNTEN: HOE WORDEN DE BEHANDELINGEN ERVAREN?

Wij zoeken

Mensen (+18 jaar) die:

- ✓ therapie volgen bij een ergo- of kinesitherapeut
- ✓ geen cognitieve of mentale beperking hebben
- ✓ niet in een WZC verblijven





Waarom?

Wij willen **patiënten/cliënten** hun **ervaring** met de **therapie**, hun **motivatie** hiervoor en hun **therapietrouw** in kaart brengen.

Wat?

Online vragenlijst invullen (± 20 min.)
1 keer: via QR-code of
<https://redcap.link/patienten>



Vragen of meer informatie?

 laura.hesters@ugent.be
 +32 9 264 86 33






FACULTEIT GENEESKUNDE EN
GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN



Bijlage 2: Brief ethisch comité

Alfzender : Commissie voor medische ethiek

Katrien De Cocker
Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen
UGent

contact Commissie voor medische ethiek	telefoon +32 (0)9 332 33 36	e-mail Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager Laura Hosters	datum 13/06/2024	pagina 1/6
Onze referentie: ONZ-2024-0139	EudraCT-nr: NVT	Belg. Regnr: NVT

Betreft:

Inzicht verkrijgen in (de)motiverende interactiestijlen van zorgprofessionals naar hun patiënten.
Understanding healthcare professionals (de)motivating interaction styles towards their patients.

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 23/04/2024.

Dit project valt niet onder de bevoegdheid van de wet van 7/5/2004.

De CME heeft geen bezwaar tegen het project op voorwaarde dat de gegevens vertrouwelijk worden beheerd en in overeenstemming met de Belgische wetgeving inzake privacy.

De studie kan vanaf nu (13/06/2024) starten.

Ingediende documenten: zie bijlage 1

Ledenlijst: zie Bijlage 2

Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 3: Situations In Self-management support – HealthCare Professionals

Hoe communiceert jouw [therapeut] [naam_therapeut] met jou?

Page 1

Nu volgen er 4 delen die gaan over [naam_therapeut] als je [therapeut], en jouw ervaringen tijdens zijn/haar therapieën.

Probeer de vragen eerlijk te beantwoorden. Er zijn geen goede of foute antwoorden, enkel jouw persoonlijk aanvoelen en jouw persoonlijke mening telt.

DEEL 1

Onderstaand vind je 10 situaties die kunnen voorkomen tijdens je therapie. Bij elke situatie worden 4 manieren beschreven hoe [naam_therapeut] kan reageren. Duid bij elke reactie aan in welke mate deze beschrijft wat [naam_therapeut] gedaan heeft in vergelijkbare recente therapieën door een getal van 0 (beschrijft [naam_therapeut] helemaal niet) tot 5 (beschrijft [naam_therapeut] helemaal wel) aan te duiden.

We zijn geïnteresseerd in hoe [naam_therapeut] daadwerkelijk gereageerd heeft, niet wat je denkt dat de meest wenselijke manier van reageren is.

1. Er dringt zich extra aandacht op om klachten te verminderen of complicaties op lange termijn te vermijden. [naam_therapeut] ...

	beschrijft [naam_therap eut] helemaal niet 0	1	2	3	4	beschrijft [naam_therap eut] helemaal wel 5
... luistert hoe ik tegenover de bijkomende adviezen sta en helpt mij om te beslissen wat ik zal doen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... maakt mij duidelijk dat een extra inspanning nodig zal zijn.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... benadrukt dat ik de bijkomende adviezen zal moeten opvolgen en dat ik het maar niet zover had moeten laten komen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... maakt zich niet te veel zorgen. Ik moet uiteindelijk voor mezelf uitmaken hoeveel inspanning ik wil doen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Je voelt je lusteloos tijdens de therapie bij [naam_therapeut]. [naam_therapeut] ...						
	beschrijft [naam_therapeut] helemaal niet 0	1	2	3	4	beschrijft [naam_therapeut] helemaal wel 5
... luistert naar mijn bezorgdheden die ik op dit ogenblik heb en [naam_therapeut] probeert deze zo goed mogelijk te begrijpen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... geeft mij tips om uit deze mindere periode te geraken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... zegt tegen mij dat het tijd is om mij te herpakken en er opnieuw voor te gaan.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... vertelt dat andere patiënten ook wel eens een lastige periode doormaken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Er werd bij jou een gezondheids- of therapiedoel voorop gesteld. [naam_therapeut] weet dat je het moeilijk hebt om dit doel te halen. Wanneer [naam_therapeut] je nog eens ziet ...

	beschrijft [naam_therapeut] helemaal niet 0	1	2	3	4	beschrijft [naam_therapeut] helemaal wel 5
... polst hij/zij of ik weet waarom dit doel belangrijk is voor mij en verduidelijkt dit, indien nodig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... biedt hij/zij een haalbaar tussendoel aan om zo in tussenstappen naar het vooropgestelde doel te werken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... maakt hij/zij mij duidelijk dat ik mij moet herpakken als ik ernstige complicaties wil vermijden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... komt hij/zij niet tussen en laat mij zelf verder aan de slag gaan, [naam_therapeut] kan het immers niet overnemen van mij.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Bij verschillende langdurige aandoeningen is aanpassing van je levensstijl noodzakelijk. Je bent hierover herhaaldelijk geïnformeerd, maar doet dit niet (altijd). [naam_therapeut] ...

	beschrijft [naam_therapeut] helemaal niet 0	1	2	3	4	beschrijft [naam_therapeut] helemaal wel 5
... luistert welke voor- en nadelen ik zelf zie bij het aanpassen van mijn levensstijl. Nadien laat [naam_therapeut] mij zelf beslissen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... geeft mij de nodige hulp zodat ik mij bekwaam voel om meer te bewegen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... dringt aan op het opvolgen van dit advies.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... probeert mij niet op andere gedachten te brengen. Het is aan mij om keuzes te maken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Je voelt je onzeker over het omgaan met de aandoening en de veranderingen in je leven.

[naam_therapeut] ...

	beschrijft [naam_therapeut] helemaal niet 0	1	2	3	4	beschrijft [naam_therapeut] helemaal wel 5
... gaat in op mijn bezorgdheden of twijfels die ik op dat moment heb.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... probeert mijn geloof in mijn kunnen te verhogen door samen op zoek te gaan naar situaties waarin ik vroeger reeds succesvol was.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... zegt tegen mij dat het allemaal goed komt, zolang ik maar doe wat hij/zij mij heeft geadviseerd.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... gaat hier niet op in. Ik zal na verloop van tijd vanzelf zekerder worden over het omgaan met de aandoening in mijn leven.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Je doet enkel het strikt noodzakelijke tijdens de therapie, maar niet daarbuiten (bv. je komt wel naar de therapie sessies, maar volgt geen advies op, past je levensstijl niet aan en doet je (eventuele) oefeningen niet). [naam_therapeut] ...

	beschrijft [naam_therapeut] helemaal niet 0	1	2	3	4	beschrijft [naam_therapeut] helemaal wel 5
... vraagt hoe ik ernaar kijk om de therapie thuis op te volgen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... geeft de nodige begeleiding zodat ik het gevoel heb een deel van de behandeling zelf te kunnen opnemen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... laat mij blijken dat ik geen nood heb aan een [therapeut] voor bepaalde taken/oefeningen/opdrachten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... trekt zich niet veel aan van mijn keuzes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Je hebt een eigen manier om met een advies om te gaan. Je ervaring leert je dat jouw manier beter werkt dan wat [naam_therapeut] voorstelt. [naam_therapeut] ...

	beschrijft [naam_therapeut] helemaal niet 0	1	2	3	4	beschrijft [naam_therapeut] helemaal wel 5
... is geïnteresseerd in mijn ervaringen en maakt daar tijd voor.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... bespreekt met mij wat behulpzaam zou kunnen zijn op moeilijke momenten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... maakt mij duidelijk dat hij/zij niet kan werken met een patiënt die zijn/haar advies niet vertrouwt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... reageert hier niet op. Voor [naam_therapeut] maakt het niet uit hoe ik de adviezen toepas, zolang ik ze maar toepas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Je bent al meerdere keren niet (volledig) eerlijk geweest over je gedrag. [naam_therapeut]

...	beschrijft [naam_therap eut] helemaal niet 0	1	2	3	4	beschrijft [naam_therap eut] helemaal wel 5
... vraagt hoe ik mijn eigen gedrag zie en of ik er zelf iets wens aan te doen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... geeft aan dat openheid tegenover elkaar belangrijk is.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... maakt duidelijk dat hij/zij ontgoocheld zou zijn in mij als zou blijken dat ik lieg.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... laat het zo. Het is immers mijn verantwoordelijkheid om eerlijk te zijn over mijn gedrag.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Je volgt je therapie goed op en maakt een stabiele of positieve periode door.**[naam_therapeut] ...**

	beschrijft (naam_therapeut) helemaal niet 0	1	2	3	4	beschrijft (naam_therapeut) helemaal wel 5
... zegt dat hij/zij beseft dat het moeite kost om gewoontes aan te passen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... geeft aan dat hij/zij dezelfde inzet voor mijn gezondheid verwacht in de toekomst.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... waarschuwt mij dat ik een terugval zal kennen wanneer ik de behandeling toch niet goed meer zou opvolgen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... komt niet tussen. Ik weet immers hoe om te gaan met mijn aandoening.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Je hebt (therapie)doelen nodig. [naam_therapeut] ...

	beschrijft [naam_therapeut] helemaal niet 0	1	2	3	4	beschrijft [naam_therapeut] helemaal wel 5
... geeft aan waarom specifieke aanpassingen in mijn leefstijl zinvol zijn.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... geeft een overzicht van mogelijke doelen voor mij en begeleid mij bij het maken van een keuze.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... bepaalt welk doel ik zal nastreven. Uiteindelijk is [naam_therapeut] de professionele expert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... wacht af en laat mij zelf mijn doelen bepalen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

 Wil je nog iets toevoegen?

Bijlage 4: Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3)

Waarom ga je naar de therapie van [naam_therapeut]?

Page 1

DEEL 2

Geef aan in welke mate volgende uitspraken gelden voor jou door een getal van 0 (niet waar voor mij) tot 4 (helemaal waar voor mij) aan te duiden.

	niet waar voor mij 0	1	2	3	helemaal waar voor mij 4
1) Ik vind het belangrijk om regelmatig naar mijn therapie te gaan.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Ik zie niet in waarom ik naar mijn therapie zou gaan.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Ik ga naar mijn therapie omdat ik dat leuk vind.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Ik voel mij schuldig als ik niet naar mijn therapie zou gaan.	☐	☐	☐	☐	☐
5) Ik ga naar mijn therapie omdat het in overeenstemming is met mijn levensdoelen.	☐	☐	☐	☐	☐
6) Ik ga naar mijn therapie omdat anderen vinden dat ik dat moet doen.	☐	☐	☐	☐	☐
7) Ik waardeer de voordelen van mijn therapie.	☐	☐	☐	☐	☐
8) Ik zie niet in waarom ik moeite zou moeten doen om naar mijn therapie te gaan.	☐	☐	☐	☐	☐
9) Ik geniet van mijn therapiesessies.	☐	☐	☐	☐	☐
10) Ik schaam mij wanneer ik een therapiesessie gemist heb.	☐	☐	☐	☐	☐
11) Ik beschouw therapie nu als een deel van mijn identiteit.	☐	☐	☐	☐	☐
12) Ik neem deel aan therapie omdat mijn vrienden/familie/partner zeggen dat ik dat moet doen.	☐	☐	☐	☐	☐
13) Ik vind het belangrijk om een inspanning te doen om regelmatig naar mijn therapie te gaan.	☐	☐	☐	☐	☐
14)					

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ik zie het nut niet in van therapie. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15) Ik vind therapie een aangename activiteit. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16) Ik voel mij een mislukking wanneer ik gedurende een tijdje niet naar mijn therapie ben geweest. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17) Ik beschouw therapie als een fundamenteel onderdeel van wie ik ben. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18) Ik ga naar mijn therapie omdat anderen niet blij zullen zijn wanneer ik het niet ga. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19) Ik word onrustig als ik niet regelmatig oefen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 20) Ik vind dat therapie tijdsverspilling is. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 21) Ik ervaar plezier en voldoening tijdens mijn therapie. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 22) Ik zou mij slecht over mezelf voelen als ik geen tijd maakte om te oefenen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 23) Ik beschouw therapie als in overeenstemming met mijn waarden. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 24) Ik voel dat mijn vrienden/familie/partner mij onder druk zetten om naar de therapie te gaan. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

25) Wil je nog iets toevoegen?

Bijlage 5: Toetsing van normaliteitsassumptie met Shapiro-Wilk-toets

	Shapiro-Wilk Statistic	df	Sig.
Autonomie_ondersteuning	.951	47	.46
Structuur	.940	47	.018
Controle	.970	47	.270
Chaos	.965	47	.167
Intrinsieke Motivatie	.917	47	.003
Geïntegreerde Motivatie	.941	47	.020
Geïdentificeerde Motivatie	.926	47	.006
Geïntrojecteerde Motivatie	.963	47	.145
Externe Regulatie	.817	47	<.001
Amotivatie	.618	47	<.001

Bijlage 6: Beschrijving van de steekproef (N = 55)

Geslacht		
	Vrouw	27 (49%)
	Man	24 (44%)
	Niet ingevuld	4 (7%)
Leeftijd		
	Geboortjaar (range)	1934 - 2000
Opleidingsniveau		
	Lager onderwijs	3 (5%)
	Secundair onderwijs	22 (40%)
	HBO5	3 (5%)
	Professionele bachelor	8 (15%)
	Academische bachelor	2 (4%)
	Master/licentiaat	8 (15%)
	Anders	5 (9%)
Therapievorm		
	Ambulante therapie	24 (44%)
	Gehospitaliseerd	27 (49%)
	Niet ingevuld	4 (7%)
Zicht op ontslagdatum		
	Ja	22 (40%)
	Nee	29 (53%)
	Niet ingevuld	4 (7%)

Bijlage 7: SIS - beschrijvende statistieken per vraag

AUTONOMIEONDERSTEUNING	N	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
Er dringt zich extra aandacht op om klachten te verminderen of complicaties op lange termijn voor jou te vermijden. [naam_therapeut] luistert hoe ik tegenover zijn/haar bijkomende adviezen sta en helpt mij om te beslissen wat ik zal doen.	51	1	5	4,45	.986
Je voelt je lusteloos tijdens de therapie van [naam_therapeut]. [naam_therapeut] luistert naar mijn bezorgdheden die ik op dat ogenblik heb en [naam_therapeut] probeert deze zo goed mogelijk te begrijpen.	51	2	5	4,55	.730
Er werd bij jou een gezondheids- of therapiedoel vooropgesteld. [naam_therapeut] weet dat je het moeilijk hebt om dit doel te halen. Wanneer [naam_therapeut] je nog eens ziet polst hij/zij of ik weet waarom dit doel belangrijk is voor mij en verduidelijkt dit, indien nodig.	51	2	5	4,14	.980
Bij verschillende langdurige aandoeningen is aanpassing van je levensstijl noodzakelijk. Je bent hiervoor herhaaldelijk geïnformeerd, maar doet dit niet (altijd). [naam_therapeut] luistert welke voor- en nadelen ik zie bij het aanpassen van mijn levensstijl. Nadien laat [naam_therapeut] mij zelf beslissen.	51	0	5	3,53	1,461
Je voelt je onzeker over het omgaan met je aandoening en de verandering waarmee je nu in je leven wordt geconfronteerd. [naam_therapeut] gaat in op mijn bezorgdheden of twijfels die ik op dat moment heb.	51	1	5	4,41	.963
Je doet enkel het strikt noodzakelijke tijdens jouw therapie, maar niet daarbuiten (bv. je komt wel naar de therapiesessie, maar volgt geen advies op, past je levensstijl niet aan en doet je (eventuele) oefeningen niet). [naam_therapeut] vraagt hoe ik ernaar kijk om de therapie thuis op te volgen.	51	0	5	2,90	1,769
Je hebt een eigen manier om met een advies van [naam_therapeut] om te gaan. Je ervaring leert je dat jouw manier beter werkt dan wat [naam_therapeut] voorstelt. [naam_therapeut] is geïnteresseerd in mijn ervaring en maakt daar tijd voor.	51	0	5	4,14	1,429
Je bent al meerdere keren niet (volledig) eerlijk geweest over je gedrag. [naam_therapeut] vraagt hoe ik mijn eigen gedrag zie en of ik er zelf iets aan wil doen.	51	0	5	2,75	1,896
Je volgt je therapie goed op en maakt een stabiele of positieve periode door. [naam_therapeut] zegt tegen mij dat hij/zij beseft dat het moeite kost om gewoontes aan te passen.	51	0	5	3,57	1,540
Je hebt (therapie)doelen nodig. [naam_therapeut] geeft aan waarom specifieke aanpassingen in mijn leefstijl zinvol zijn voor mij.	51	0	5	3,51	1,617
Autonomie_ondersteuning_mean	51	1,60	5,00	3,7941	.80060

STRUCTUUR	N	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
Er dringt zich extra aandacht op om klachten te verminderen of complicaties op lange termijn voor jou te vermijden. [naam_therapeut] maakt mij duidelijk dat een extra inspanning nodig zal zijn.	51	0	5	3,78	1,376
Je voelt je lusteloos tijdens de therapie van [naam_therapeut]. [naam_therapeut] geeft mij tips om uit deze mindere periode te geraken.	51	0	5	4,18	1,090
Er werd bij jou een gezondheids- of therapiedoel vooropgesteld. [naam_therapeut] weet dat je het moeilijk hebt om dit doel te halen. Wanneer [naam_therapeut] je nog eens ziet biedt hij/zij een haalbaar tussendoel aan om zo in tussenstappen naar mijn vooropgestelde doel te werken.	51	1	5	4,14	1,096
Bij verschillende langdurige aandoeningen is aanpassing van je levensstijl noodzakelijk. Je bent hiervoor herhaaldelijk geïnformeerd, maar doet dit niet (altijd). [naam_therapeut] geeft mij de nodige hulp zodat ik mij bekwaam voel om mijn levensstijl aan te passen.	51	1	5	3,75	1,324
Je voelt je onzeker over het omgaan met je aandoening en de verandering waarmee je nu in je leven wordt geconfronteerd. [naam_therapeut] probeert mijn geloof in mijn kunnen te verhogen door samen op zoek te gaan naar situaties waarin ik eerder al succesvol was.	51	0	5	4,20	1,149
Je doet enkel het strikt noodzakelijke tijdens jouw therapie, maar niet daarbuiten (bv. je komt wel naar de therapiesessie, maar volgt geen advies op, past je levensstijl niet aan en doet je (eventuele) oefeningen niet). [naam_therapeut] Geeft mij de nodige begeleiding zodat ik het gevoel heb een deel van de behandeling zelf te kunnen opnemen.	51	0	5	3,65	1,324
Je hebt een eigen manier om met een advies van [naam_therapeut] om te gaan. Je ervaring leert je dat jouw manier beter werkt dan wat [naam_therapeut] voorstelt. [naam_therapeut] bespreekt met mij wat behulpzaam zou kunnen zijn op moeilijkere momenten.	51	0	5	4,12	1,275
Je bent al meerdere keren niet (volledig) eerlijk geweest over je gedrag. [naam_therapeut] geeft aan dat openheid tegenover elkaar belangrijk is.	51	0	5	3,27	1,613
Je volgt je therapie goed op en maakt een stabiele of positieve periode door. [naam_therapeut] geeft aan dat hij/zij dezelfde inzet voor mijn gezondheid verwacht in de toekomst.	51	0	5	3,33	1,352
Je hebt (therapie)doelen nodig. [naam_therapeut] geeft een overzicht van mogelijke doelen voor mij en begeleid mij bij het maken van een keuze.	51	0	5	3,75	1,560
Structuur_mean	51	.90	5,00	3,8157	.82058

CONTROLE	N	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
Er dringt zich extra aandacht op om klachten te verminderen of complicaties op lange termijn voor jou te vermijden. [naam_therapeut] benadrukt dat ik zijn/haar bijkomende adviezen zal moeten opvolgen en dat ik het maar niet zover had moeten laten komen.	51	0	5	1,39	1,834
Je voelt je lusteloos tijdens de therapie van [naam_therapeut]. [naam_therapeut] zegt tegen mij dat het tijd is om mij te herpakken en er opnieuw voor te gaan.	51	0	5	2,31	1,944
Er werd bij jou een gezondheids- of therapiedoel vooropgesteld. [naam_therapeut] weet dat je het moeilijk hebt om dit doel te halen. Wanneer [naam_therapeut] je nog eens ziet maakt hij/zij mij duidelijk dat ik mij moet herpakken als ik ernstige complicaties wil vermijden.	51	0	5	2,41	1,711
Bij verschillende langdurige aandoeningen is aanpassing van je levensstijl noodzakelijk. Je bent hiervoor herhaaldelijk geïnformeerd, maar doet dit niet (altijd). [naam_therapeut] dringt aan op het opvolgen van zijn/haar advies.	51	0	5	2,63	1,720
Je voelt je onzeker over het omgaan met je aandoening en de verandering waarmee je nu in je leven wordt geconfronteerd. [naam_therapeut] zegt tegen mij dat het allemaal goed komt, zolang ik maar doe wat hij/zij mij heeft geadviseerd.	51	0	5	2,63	1,720
Je doet enkel het strikt noodzakelijke tijdens jouw therapie, maar niet daarbuiten (bv. je komt wel naar de therapiesessie, maar volgt geen advies op, past je levensstijl niet aan en doet je (eventuele) oefeningen niet). [naam_therapeut] laat mij blijken dat ik geen nood heb aan een therapeut voor bepaalde taken/oefeningen/opdrachten.	51	0	5	1,12	1,336
Je hebt een eigen manier om met een advies van [naam_therapeut] om te gaan. Je ervaring leert je dat jouw manier beter werkt dan wat [naam_therapeut] voorstelt. [naam_therapeut] maakt mij duidelijk dat hij/zij niet kan werken met een patiënt die zijn/haar advies niet vertrouwt.	51	0	5	1,16	1,666
Je bent al meerdere keren niet (volledig) eerlijk geweest over je gedrag. [naam_therapeut] maakt duidelijk dat hij/zij ontgoocheld zou zijn in mij als zou blijken dat ik lieg.	51	0	5	2,16	1,891
Je volgt je therapie goed op en maakt een stabiele of positieve periode door. [naam_therapeut] waarschuwt mij dat ik een terugval zal ervaren wanneer ik de behandeling niet goed meer zou opvolgen.	51	0	5	2,22	1,677
Je hebt (therapie)doelen nodig. [naam_therapeut] bepaalt welk doel ik zal nastreven. Uiteindelijk is [naam_therapeut] de professionele expert.	51	0	5	2,80	1,767
Controle_mean	51	.00	4,00	2,0824	1,06051

CHAOS	N	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
Er dringt zich extra aandacht op om klachten te verminderen of complicaties op lange termijn voor jou te vermijden. [naam_therapeut] maakt zich niet te veel zorgen. Ik moet uiteindelijk voor mezelf uitmaken hoeveel inspanning ik wil doen.	51	0	5	2,24	1,376
Je voelt je lusteloos tijdens de therapie van [naam_therapeut]. [naam_therapeut] vertelt dat andere patiënten ook wel eens een lastige periode doormaken.	51	0	5	2,18	1,090
Er werd bij jou een gezondheids- of therapiedoel vooropgesteld. [naam_therapeut] weet dat je het moeilijk hebt om dit doel te halen. Wanneer [naam_therapeut] je nog eens ziet komt hij/zij niet tussen en laat mij zelf verder aan de slag gaan, [naam_therapeut] kan het immers niet overnemen van mij.	51	0	5	1,57	1,096
Bij verschillende langdurige aandoeningen is aanpassing van je levensstijl noodzakelijk. Je bent hiervoor herhaaldelijk geïnformeerd, maar doet dit niet (altijd). [naam_therapeut] probeert mij niet op andere gedachten te brengen. Het is aan mij om keuzes te maken.	51	0	5	2,69	1,324
Je voelt je onzeker over het omgaan met je aandoening en de verandering waarmee je nu in je leven wordt geconfronteerd. [naam_therapeut] gaat hier niet op in. Ik zal na verloop van tijd vanzelf zeker worden over het omgaan met de aandoening in mijn leven.	51	0	5	1,63	1,149
Je doet enkel het strikt noodzakelijke tijdens jouw therapie, maar niet daarbuiten (bv. je komt wel naar de therapiesessie, maar volgt geen advies op, past je levensstijl niet aan en doet je (eventuele) oefeningen niet. [naam_therapeut] trekt zich niet veel aan van mijn keuzes.	51	0	5	1,00	1,324
Je hebt een eigen manier om met een advies van [naam_therapeut] om te gaan. Je ervaring leert je dat jouw manier beter werkt dan wat [naam_therapeut] voorstelt. [naam_therapeut] reageert hier niet op. Voor [naam_therapeut] maakt het niet uit hoe ik de adviezen toepas, zolang ik ze maar toepas.	51	0	5	1,73	1,275
Je bent al meerdere keren niet (volledig) eerlijk geweest over je gedrag. [naam_therapeut] laat het zo. Het is immers mijn verantwoordelijkheid om eerlijk te zijn over mijn gedrag.	51	0	5	1,47	1,613
Je volgt je therapie goed op en maakt een stabiele of positieve periode door. [naam_therapeut] komt niet tussen. Ik weet immers hoe ik moet omgaan met mijn aandoening.	51	0	5	1,78	1,352
Je hebt (therapie)doelen nodig. [naam_therapeut] wacht af en laat mij zelf doelen bepalen.	51	0	5	1,75	1,560
Chaos_mean	51	.00	3,30	1,8020	.83078

Bijlage 8: SIS - descriptieve statistieken per interactiestijl

	N	Minimum.	Maximum	Mean	St. Deviation
Autonomie ondersteuning	51	1.60	5.00	3.7941	.80060
Structuur	51	.90	5.00	3.8157	.82058
Controle	51	.00	4.00	2.0824	1.06051
Chaos	51	.00	3.30	1.8020	.83078

Bijlage 9: BREQ - beschrijvende statistieken per vraag

Intrinsieke motivatie	N	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
INTRIN 3: "Ik ga naar mijn therapie omdat ik dat leuk vind."	47	0	4	2.51	1.349
INTRIN 9: "Ik geniet van mijn therapiesessies."	47	0	4	3.09	0.952
INTRIN 15: "Ik vind therapie een aangename activiteit."	47	0	4	3.04	0.955
INTRIN 21: "Ik ervaar plezier en voldoening tijdens mijn therapie."	47	0	4	3.06	1.092

Geïntegreerde regulatie	N	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
INTEGR 5: "Ik ga naar mijn therapie omdat het in overeenstemming is met mijn levensdoelen."	47	0	4	3.15	1.122
INTEGR 11: "Ik beschouw therapie nu als een deel van mijn identiteit."	47	0	4	2.36	1.358
INTEGR 17: "Ik beschouw therapie als een fundamenteel onderdeel van wie ik ben."	47	0	4	2.23	1.563
INTEGR 23: "Ik beschouw therapie als in overeenstemming met mijn waarden."	47	0	4	2.87	1.209

Geïdentificeerde regulatie	N	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
IDENT 1: "Ik vind het belangrijk om regelmatig naar mijn therapie te gaan."	47	3	4	3.91	0.282
IDENT 7: "Ik waardeer de voordelen van mijn therapie."	47	2	4	3.68	0.515

IDENT 13: "Ik vind het belangrijk om een inspanning te doen om regelmatig naar mijn therapie te gaan."	47	0	4	3.43	1.037
IDENT 19: "Ik word onrustig als ik niet regelmatig oefen."	47	0	4	1.79	1.517

Geïntrojecteerde regulatie	N	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
INTRO 4: "Ik voel mij schuldig als ik niet naar mijn therapie zou gaan."	47	0	4	2.87	1.361
INTRO 10: "Ik schaam mij wanneer ik een therapiesessie gemist heb."	47	0	4	2.00	1.474
INTRO 16: "Ik voel mij een mislukking wanneer ik gedurende een tijdje niet naar mijn therapie ben geweest."	47	0	4	1.79	1.503
INTRO 22: "Ik zou mij slecht over mezelf voelen als ik geen tijd maakte om te oefenen."	47	0	4	2.70	1.458

Externe regulatie	N	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
EXTERN 6: "Ik ga naar mijn therapie omdat anderen vinden dat ik dat moet doen."	47	0	4	0.94	1.241
EXTERN 12: "Ik neem deel aan therapie omdat mijn vrienden/familie/partner zeggen dat ik dat moet doen."	47	0	4	0.83	1.274
EXTERN 18: "Ik ga naar mijn therapie omdat anderen niet blij zullen zijn wanneer ik het niet ga."	47	0	4	0.89	1.289
EXTERN 24: "Ik voel dat mijn vrienden/familie/partner mij onder druk zetten om naar de therapie te gaan."	47	0	4	0.70	1.196

Amotivatie	N	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
AMOTIV 2: "Ik zie niet in waarom ik naar mijn therapie zou gaan."	47	0	4	0.51	1.159
AMOTIV 8: "Ik zie niet in waarom ik moeite zou moeten doen om naar mijn therapie te gaan."	47	0	4	0.53	1.139
AMOTIV 14: "Ik zie het nut niet in van therapie."	47	0	4	0.49	1.081
AMOTIV 20: "Ik vind dat therapie tijdverspilling is."	47	0	3	0.17	0.564

Bijlage 10: BREQ - descriptieve statistieken per motivatiestijl

	N	Minimum.	Maximum	Mean	St. Deviation
Intrinsieke motivatie	47	.00	4.00	2.9255	.89217
Geïntegreerde regulatie	47	1.00	4.00	2.6543	.92306
Geïdentificeerde regulatie	47	2.00	4.00	3.2021	.57728
Geïntrojecteerde regulatie	47	.00	4.00	2.3404	1.03134
Externe regulatie	47	.00	3.00	.8404	.92288
Amotivatie	47	.00	2.75	.4255	.77655

Bijlage 11: Correlatie - analyse: Interactie- en motivatiestijlen

		Intrinsiek	Geïntegreerd	Geïdentificeerd	Geïntrojecteerd	Externe	Amotivatie	Autonomie	Structuur	Controle	Chaos
Intrinsiek_Mean	Correlation coefficient	1.000	0.227	0.362*	0.212	-0.119	-0.264	0.411**	0.434**	0.023	-0.091
	Sig. (2-tailed)	-	0.125	0.012	0.152	0.424	0.073	0.004	0.002	0.876	0.543
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
Geïntegreerd_Mean	Correlation coefficient	0.227	1.000	0.272	0.291*	-0.037	-0.064	0.120	0.005	0.082	-0.136
	Sig. (2-tailed)	0.125	.	0.64	0.047	0.806	0.668	0.421	0.974	0.582	0.362
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
Geïdentificeerd_Mean	Correlation coefficient	0.362*	0.272	1.000	0.360*	-0.001	-0.394**	0.123	0.129	-0.001	-0.144
	Sig. (2-tailed)	0.12	0.064	.	0.013	0.994	0.006	0.411	0.386	0.993	0.333
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
Geïntrojecteerd_Mean	Correlation coefficient	0.212	0.291*	0.360*	1.000	0.050	0.062	0.194	0.221	0.168	-0.107
	Sig. (2-tailed)	0.152	0.047	0.013	.	0.738	0.679	0.192	0.136	0.260	0.472
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
Externe_Mean	Correlation coefficient	-0.119	-0.037	-0.001	0.050	1.000	0.353*	-0.236	-0.206	0.465**	0.482**
	Sig. (2-tailed)	0.424	0.806	0.994	0.738	.	0.015	0.110	0.165	<0.001	<0.001
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
Amotivatie_Mean	Correlation coefficient	-0.264	-0.064	-0.394**	0.062	0.353*	1.000	-0.167	-0.174	0.446**	0.279
	Sig. (2-tailed)	0.073	0.668	0.006	0.679	0.015	.	0.261	0.242	0.002	0.057
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
Autonomie_Mean	Correlation coefficient	0.411**	0.120	0.123	0.194	-0.236	-0.167	1.000	0.866**	0.059	-0.032
	Sig. (2-tailed)	0.004	0.421	0.411	0.192	0.110	0.261	.	<0.001	0.679	0.821
	N	47	47	47	47	47	47	51	51	51	51
Structuur_Mean	Correlation coefficient	0.434**	0.005	0.129	0.221	-0.206	-0.174	0.866**	1.000	0.175	0.034
	Sig. (2-tailed)	0.002	0.974	0.386	0.136	0.165	0.242	<0.001	.	0.220	0.811
	N	47	47	47	47	47	47	51	51	51	51
Controle_Mean	Correlation coefficient	0.023	0.082	-0.001	0.168	0.465**	0.446**	0.059	0.175	1.000	0.613**
	Sig. (2-tailed)	0.876	0.582	0.993	0.260	<0.001	0.002	0.679	0.220	.	<0.001
	N	47	47	47	47	47	47	51	51	51	51
Chaos_Mean	Correlation coefficient	-0.091	-0.136	-0.144	-0.107	0.482**	0.279	-0.032	0.034	0.613**	1.000
	Sig. (2-tailed)	0.543	0.362	0.333	0.472	<0.001	0.057	0.811	0.811	<0.001	.
		47	47	47	47	47	47	51	51	51	51

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed) , **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Bijlage 12: Verband tussen de motivatiestijlen

Spearman's rho		Intrinsiek	Geïntegreerd	Geïdentificeerd	Geïntrojecteerd	Externe	Amotivatie
Intrinsiek	Correlatie coefficient	1.000	0.227	0.362*	0.212	-0.119	-0.264
	Sig. (2-tailed)	.	0.125	0.012	0.152	0.424	0.073
	N	47	47	47	47	47	47
Geïntegreerd	Correlatie coefficient	0.227	1.000	0.272	0.291*	-0.037	-0.064
	Sig. (2-tailed)	0.125	.	0.064	0.047	0.806	0.668
	N	47	47	47	47	47	47
Geïdentificeerd	Correlatie coefficient	0.362*	0.272	1.000	0.360*	-0.001	-0.394**
	Sig. (2-tailed)	0.012	0.064	.	0.013	0.994	0.006
	N	47	47	47	47	47	47
Geïntrojecteerd	Correlatie coefficient	0.212	0.291*	0.360*	1.000	0.050	0.062
	Sig. (2-tailed)	0.152	0.047	0.013	.	0.738	0.679
	N	47	47	47	47	47	47
Externe	Correlatie coefficient	-0.119	-0.037	-0.001	0.050	1.000	0.353*
	Sig. (2-tailed)	0.424	0.806	0.994	0.738	.	0.015
	N	47	47	47	47	47	47
Amotivatie	Correlatie coefficient	-0.264	-0.064	-0.394**	0.062	0.353*	1.000
	Sig. (2-tailed)	0.073	0.668	0.006	0.679	0.015	.
	N	47	47	47	47	47	47

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed) , **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Bijlage 13: Het gebruik van AI

Use of ChatGPT (or any other AI writing assistance tool)
Form to be completed

Student name: Noémie Lammertyn en Celestine Terras

Student number: 2469810 - 2470029

Please indicate with "X" whether it relates to a course assignment or to the master thesis:

☐ This form is related to a **course assignment**.

Course name:

Course number:

☒ This form is related to **my Master thesis**.

Title Master thesis: De invloed van motiverende en demotiverende interactiestijlen van de ergotherapeut op de motivatie van de patiënt.

Promotor: Prof. dr. Dominique Van de Velde

Please indicate with "X":

☐ I **did not use** ChatGPT or any other AI writing assistance tool.

☒ I **did use** AI Writing Assistance. In this case **specify which one** (e.g. ChatGPT/GPT4/...):

ChatGPT

Please indicate with "X" (possibly multiple times) in which way you were using it:

☒ Assistance purely with the language of the paper

☐ *Code of conduct:* This use is similar to using a spelling checker

☐ As a search engine to learn on a particular topic

Ø *Code of conduct*: This use is similar to e.g. a google search or checking Wikipedia. Be aware that the output of Chatbot evolves and may change over time.

O For literature search

Ø *Code of conduct*: This use is comparable to e.g. a google scholar search. However, be aware that some AI writing assistance tools like ChatGPT may output no or wrong references. As a student you are responsible for further checking and verifying the absence or correctness of references.

~~X~~ For short-form input assistance

Ø *Code of conduct*: This use is similar to e.g. google docs powered by generative language models

O To let generate programming code

Ø *Code of conduct*: Correctly mention the use of ChatGPT (or other AI writing assistance tool) and cite it. You can also ask ChatGPT how to cite it.

O To let generate new research ideas

Ø *Code of conduct*: Further verify in this case whether the idea is novel or not. It is likely that it is related to existing work, which should be referenced then.

O To let generate blocks of text

Ø *Code of conduct*: Inserting blocks of text without quotes from ChatGPT (or other AI writing assistance tool) to your report or thesis is not allowed. According to Article 84 of the exam regulations in evaluating your work one should be able to correctly judge on your own knowledge. In case it is really needed to insert a block of text from ChatGPT (or other AI writing assistance tool), mention it as a citation by using quotes. But this should be kept to an absolute minimum.

O Other

Ø *Code of conduct*: Contact the professor of the course or the promotor of the thesis. Inform also the program director. Motivate how you comply with Article 84 of the exam regulations. Explain the use and the added value of ChatGPT or other AI tool:
....

Further important guidelines and remarks

- ChatGPT cannot be used related **to data or subjects under NDA agreement.**
- ChatGPT cannot be used related **to sensitive or personal data due to privacy issues.**
- **Take a scientific and critical attitude** when interacting with ChatGPT (or other AI writing assistance tool) and interpreting its output. Don't become emotionally connected to AI tools.
- As a student you are responsible to comply with Article 84 of the exam regulations: your report or thesis should reflect your own knowledge. Be aware that plagiarism rules also apply to the use of ChatGPT or any other AI tools.
- **Exam regulations Article 84:** "Every conduct individual students display with which they (partially) inhibit or attempt to inhibit a correct judgement of their own knowledge, understanding and/or skills or those of other students, is considered an irregularity which may result in a suitable penalty. A special type of irregularity is plagiarism, i.e. copying the work (ideas, texts, structures, designs, images, plans, codes , ...) of others or prior personal work in an exact or slightly modified way without adequately acknowledging the sources. Every possession of prohibited resources during an examination (see article 65) is considered an irregularity."
- **ChatGPT suggestion about citation:** Citing and referencing ChatGPT output is essential to maintain academic integrity and avoid plagiarism.

Here are some guidelines on how to correctly cite and reference ChatGPT in your Master's thesis:

1. Citing ChatGPT: Whenever you use a direct quote or paraphrase from ChatGPT, you should include an in-text citation that indicates the source. For example: (ChatGPT, 2023).
2. Referencing ChatGPT: In the reference list at the end of your thesis, you should include a full citation for ChatGPT. This should include the title of the AI language model, the year it was published or trained, the name of the institution or organization that developed it, and the URL or DOI (if available). For example: OpenAI. (2021). GPT-3 Language Model. <https://openai.com/blog/gpt-3-apps/>
3. Describing the use of ChatGPT: You may also want to describe how you used ChatGPT in your research methodology section. This could include details on how you accessed ChatGPT, the specific parameters you used, and any other relevant information related to your use of the AI language

model. Remember, it is important to adhere to your institution's specific guidelines for citing and referencing sources in your Master's thesis. If you are unsure about how to correctly cite and reference ChatGPT or any other source, consult with your thesis advisor or a librarian for guidance.”

Additional

reading

ACL 2023 Policy on AI Writing Assistance: <https://2023.aclweb.org/blog/ACL-2023-policy/>

KU Leuven guidelines on citing and referencing Generative AI tools, and other information: <https://www.kuleuven.be/english/education/student/educational-tools/generative-artificial-intelligence>