



“Het doet heel erg pijn, dokter.”

Een corpusanalytisch onderzoek naar sekse en het gebruik van verzachtende en versterkende kwalificeerders door patiënten in medische consulten.

Masterscriptie

Sekse en Taalgebruik in Medische Consulten

Naam: Denise Venema

Scriptiebegeleider: Ilona Plug

Tweede lezer: Enny Das

Datum: 3 juli 2020

Samenvatting

Eerdere communicatieonderzoeken binnen medische settings bestudeerden voornamelijk bredere communicatieaspecten, maar beschreven niet het taalgebruik. De focus lag hierbij hoofdzakelijk op de communicatie en het taalgebruik van artsen, waardoor relatief weinig bekend is over het taalgebruik van patiënten. Ook de relatie tussen sekse en het gebruik van kwalificeerders werd nog niet onderzocht binnen deze specifieke institutionele setting. Wanneer mannelijke en vrouwelijke patiënten hun klachten op een verschillende manier presenteren met het gebruik van *extensiveerders* en/of *intensiveerders* kan dit invloed hebben op het verloop van het consult. Deze studie onderzocht dan ook op welke manier en op welk moment patiënten gebruik maken van verzachtende en versterkende kwalificeerders in het consult bij de huisarts, en in hoeverre mannelijke en vrouwelijke patiënten verschillen in het gebruik van deze kwalificeerders. Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag, werd gebruik gemaakt van een corpus bestaande uit twintig video-opnames van medische consulten. Uit deze transcripten werden de relevante uitingen geselecteerd, wat uiteindelijk 1490 TCU's opleverde die aan de hand van een codeboek werden gecodeerd.

Uit de analyses bleek dat mannen en vrouwen niet verschillen in het totale aantal kwalificeerders dat zij gebruiken bij het beschrijven van hun klachten. Wel impliceren de resultaten dat vrouwen meer gebruik maken van intensiveerders dan mannen. Mannen en vrouwen produceerden daarnaast de meeste kwalificeerders en intensiveerders in de probleempresentatiefase. Het dyadtype lijkt ook belangrijke rol te spelen; patiënten gebruiken de meeste kwalificeerders en extensiveerders in *same-sex dyads*. Bovendien suggereren de resultaten dat zowel mannen als vrouwen iets meer gebruik maken van extensiveerders. Tot slot bleek dat mannen en vrouwen meer gebruik maken van extensiveerders in eerste consulten, vergeleken met follow-upconsulten. Ook kwam er met de data een nieuw subtype extensiveerder tot stand, de ontkennende versterker. Het gebruik van kwalificeerders kan een

effectieve informatieoverdracht verhinderen en impliceren dat artsen informatie missen. Artsen dienen daarom alert te zijn op het kwalificeerdergebruik van patiënten.

Keywords: sekse, taalgebruik, kwalificeerders, arts- patiëntcommunicatie, medisch consult

Effectieve en heldere communicatie is een cruciaal aspect van medische consulten (Pilgram, 2017). De meeste klachten van patiënten over medische consulten zijn gerelateerd aan communicatieproblemen en niet aan de medische competentie van artsen (Ha & Longnecker, 2010). Goede communicatie tussen artsen en patiënten draagt bij aan patiënttevredenheid en begrip van patiënten en zorgt ervoor dat artsen medische problemen eerder constateren en betere behandelingen kunnen leveren (Ha & Longnecker, 2010; Pilgram, 2017). Maar liefst 95% van het succes van een medische behandeling hangt af van het vermogen van een arts om nauwkeurige informatie uit het medische consult te verkrijgen (Shuy, 1984).

Zowel de arts als de patiënt brengen hun eigen socio-demografische karakteristieken mee naar het medische consult, evenals attitudes, overtuigingen, verwachtingen en communicatiestijlen. Sekse en/of gender zijn belangrijke factoren die de communicatie tussen artsen en patiënten kunnen beïnvloeden (Berkatis, 2009). Kort samengevat gaat *sekse* over het biologische onderscheid in lichamen, en betreft *gender* de culturele betekenis van deze lichamelijke verschillen. Communicatieonderzoek wijst uit dat mannelijke en vrouwelijke artsen hun medische consulten anders vormgeven. Gebleken is dat gender onder andere de gespreksinhoud, communicatiestijl, uitgelokte patiëntagenda, non-verbale communicatie, machtsvertoning en consultduur beïnvloedt (Sandhu, Adams, Singleton, Clark-Carter, & Kidd, 2009). Zo stelden Meeuwesen, Schaap en Van Der Staak (1991) bijvoorbeeld dat vrouwelijke patiënten tijdens het medische consult meer verwijzen naar personen (e.g. familie, vrienden, collega's) bij het beschrijven van hun klachten dan mannen. Consulten met een mannelijke arts

en een vrouwelijke patiënt (*mixed-sex dyads*) duurden daarnaast langer dan consulten met gespreksdeelnemers van dezelfde sekse (*same-sex dyads*).

In de onderzoeken die communicatie en sekse en/of gender in een medische setting met elkaar in verband brachten, werden dus hoofdzakelijk bredere aspecten van communicatie onderzocht, zoals communicatiestijlen, het geven van informatie (Van Dulmen, 1998), het maken van beslissingen (Brown et al., 2002; Hall & Roter, 2002) of het tonen van empathie (Bylund & Makoul, 2002) en emotie (Hall & Roter, 2002). Veel van deze eerdere onderzoeken binnen medische settings bestuderen *wat* er wordt gezegd (bredere communicatieaspecten), maar beschrijven niet *hoe* het precies wordt gezegd (taalgebruik). Daarnaast wordt er voornamelijk gefocust op de communicatie en het taalgebruik van artsen, en is er relatief weinig bekend over het taalgebruik van patiënten.

Sekse en Taalgebruik

Sinds de opkomst van het feminisme in de jaren '70, is de relatie tussen sekse en taalgebruik een thema dat veelal is onderzocht in verschillende settings (Speer & Stokoe, 2011). Sekse verwijst naar fysieke karakteristieken die verschillen in mannen en vrouwen, zoals verschillen in chromosomen, hormonen en voortplantingsorganen (Muehlenhart & Peterson, 2011). Gender refereert daarentegen naar de sociaal-culturele en psychologische karakteristieken en het bijbehorende gedrag van individuen (Money et al. 1955a, b; 1957, geciteerd in Muehlenhart & Peterson, 2011). Individuen kunnen zich in meer of mindere mate definiëren als man of vrouw, iets daar tussenin, of iets daarbuiten, wat hun gedrag en taalgebruik kan beïnvloeden. Binnen het communicatiedomein is er veel onderzoek gedaan naar verschillen tussen mannen en vrouwen in taalgebruik, met Lakoff (1975) als een van de grondleggers. Lakoff (1975) stelde dat mannen op een assertieve manier communiceren, omdat zij een dominante positie in de sociale hiërarchie zouden innemen. Daarnaast beweerde Lakoff (1975) dat vrouwen op een voorzichtige en beleefde manier communiceren, vanwege een ondergeschikte positie in de

sociale hiërarchie. Verschillende, latere, studies hebben eveneens verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen in taalgebruik maar andere, recente studies vinden geen verschillen (Reid, Keerie & Palomares, 2003; Waara & Shaw, 2006; Hannock & Rubin, 2015; Hazenberg, 2016). Theoretische uitgangspunten, en sociale en contextuele factoren, zoals de relatie die de gespreksdeelnemers met elkaar hebben, lijken een belangrijke rol te spelen in het wel of niet vinden van verschillen in taalgebruik tussen mannen en vrouwen (Leaper & Ayres, 2007; Leaper & Robnett, 2011). Andere studies onderzochten ook verschillen in communicatie tussen seksen in verschillende typen samenstellingen, dus in conversaties met gespreksdeelnemers van dezelfde sekse (*same-sex dyads*) en gespreksdeelnemers van een verschillende sekse (*mixed-sex dyads*) (McMillan et al., 1977; Mulac et al., 1988; Mulac, 1989; Carli, 1990; Leaper & Ayres, 2007; Leaper & Robnett, 2011). Volgens Leaper en Ayres (2007) worden sommige verschillen tussen mannen en vrouwen duidelijk wanneer paren of groepen met dezelfde sekse worden vergeleken, terwijl andere verschillen juist optreden wanneer vrouwen en mannen met elkaar interacteren. Bepaalde sociale elementen, zoals *interpersoonlijke gevoeligheid* en de *sociale* en *emotionele oriëntatie* van de gespreksdeelnemers, kunnen hierbij in meer of mindere mate saillant worden (Carli, 1990; Leaper & Robnett, 2011). Kwalificeerders zijn een van de vele talige variabelen die zijn onderzocht in relatie tot de sekse van de gespreksdeelnemers.

Kwalificeerders

Een kwalificeerder is een talig middel waarmee de betekenis van een uiting veranderd kan worden, zodat de intensiteit van een uiting hoger of lager wordt. Bowers (1963, geciteerd in Liebrecht et al., 2016, p. 416) omschrijft taalintensiteit als *‘the quality of language which indicates the degree to which the speaker’s attitude toward a concept deviates from neutrality’*. Met taalintensiteit kan dus in versterkende en afzwakkende zin afgeweken worden van het ‘neutrale’. Het proces waarbij evaluaties worden versterkt (‘heel erg hoofdpijn’), wordt ook wel *taalintensivering* genoemd. Evaluaties kunnen daarentegen ook afgezwakt worden (‘een beetje

hoofdpijn'), wat *taalextensivering* wordt genoemd (Liebrecht, 2016). Zowel met het gebruik van intensiveerders als extensiveerders kan uitdrukking aan de kracht van een evaluatie gegeven worden (Van Mulken & Schellens, 2012). Een *extensiveerder* is dus een talig middel waarmee een uiting wordt versterkt, en een *intensiveerder* is een talig middel dat een uiting verzacht. De term *kwalificeerders* zal aangehouden worden om intensiveerders en extensiveerders gezamenlijk aan te duiden.

Renkema (1997), Pander Maat (2004) en Van Mulken & Schellens (2012) deden tekstanalytisch onderzoek naar taalintensiteit. Renkema (1997) stelde als eerste een analyseschema op voor intensiveerders, bestaande uit achttien categorieën, waarvan de items onderverdeeld werden in lexicale, semantische en stilistische intensiveerders. Voortbouwend op werk van onder andere Renkema (1997), onderscheidde Pander Maat (2004) dertien soorten elementen welke onderverdeeld werden in vier groepen: voorvoegsels, adjectieven, adverbiale elementen en verbindingswoorden. In de studie van Pander Maat (2004) werd intensivering gedefinieerd als een argumentatieve versterking in de zin van Ducrot (1980): '*een geïntensiveerde uitspraak vormt een sterker argument voor een bepaalde conclusie dan een niet-geïntensiveerde uitspraak*'. Volgens Van Mulken en Schellens (2012) was er behoefte aan een nieuw analyseschema, waarmee intensiveringen met een hogere mate van betrouwbaarheid konden worden geïdentificeerd en gecategoriseerd. Van Mulken en Schellens (2012) stelden daarom een nieuw schema op voor taalintensiteit, bestaande uit negen categorieën met voorvoegsels, bijwoorden, telwoorden, bijvoeglijk naamwoorden, zelfstandig naamwoorden, werkwoorden, stijlfiguren, syntactische intensiveringen en typografie. Hoewel Van Mulken & Schellens (2012) stellen dat taalintensiteit het gehele domein van extensiveerders tot intensiveerders bestrijkt, namen zij, net als Renkema (1997) en Pander Maat (2004), geen extensiveerders mee in hun analyseschema. Opvallend is dat er (in het Nederlandse onderzoeksveld) veel onderzoek gedaan is naar intensiveerders, maar nog relatief weinig naar

extensiveerders. In het huidige onderzoek zullen de extensiveerders meegenomen worden aan de hand van het analyseschema van Pander Maat (onpubliceerd manuscript).

Het gebruik van extensiveerders en intensiveerders werd al door verschillende studies in verband gebracht met sekse. Zo stelde Lakoff (1975) dat vrouwen over het algemeen meer gebruik maken van kwalificeerders dan mannen. Andere studies naar sekseverschillen in het gebruik van kwalificeerders bekrachtigden dit (Carli, 1990; Turner, Dindia & Pearson, 1995; Sardabi & Afghari, 2015). Ook beweerde Lakoff (1975) dat vrouwen meer gebruik maken van een zogenaamd voorzichtige communicatiestijl dan mannen, wat zij onder andere baseerde op het overmatige gebruik van *hedges* ('dat zou kunnen', 'misschien') en *tag questions* ('toch?', 'hè?'). Andere studies bevestigen dit, en toonden eveneens aan dat vrouwen meer gebruik maken van verzachtend taalgebruik in de vorm van *tag questions* dan mannen in echtpaargesprekken (Fishman, 1980) en gesprekken waarin studenten een probleem op moesten lossen (McMillan et al., 1977). Echter, in bedrijfsinstellingen (Johnson, 1980) en tijdens academische conferenties (Dubois, 1975) leken mannen juist meer *tag questions* te gebruiken. Ook studies naar verschillen tussen mannen en vrouwen in het gebruik van *hedges* leverden verschillende resultaten op. Bepaalde onderzoeken toonden aan dat vrouwen soms tot wel drie keer zoveel *hedges* gebruiken als mannen (Lakoff, 1975; Preisler, 1986; Fishman, 1980), terwijl anderen studies (Holmes, 1987) suggereren dat er geen verschillen zijn tussen mannen en vrouwen.

Hoewel studies naar verschillen tussen mannen en vrouwen in het gebruik van bepaalde extensiveerders (*hedges* en *tag questions*) geen eenduidige resultaten lijken te vinden, wordt het gebruik van intensiveerders wel consistent gelinkt aan vrouwen. Jespersen (1922) stelde als eerste dat vrouwen mogelijk meer intensiveerders gebruiken dan mannen, wat eveneens door Lakoff (1975) werd bekrachtigd. Hierop volgden verschillende studies die het gebruik van intensiveerders associeerden met een positieve, beleefde communicatiestijl, wat karakteristiek

zou zijn voor het taalgebruik zou zijn van vrouwen (Christie, 2002; Holmes, 1995, 2005). Dat vrouwen meer gebruik maken van intensiveerders en dit typerend zou zijn voor een vrouwelijke communicatiestijl, werd bevestigd door Hancock et al. (2015). Murphy (2010) deed onderzoek naar voorkeuren in het gebruik van bepaalde intensiveerders in het Iers Engels, zoals 'really', 'very' en 'so', in relatie tot zowel de sekse als de leeftijd van de participanten. Het onderzoek van Murphy (2010) wees uit dat vrouwen in alle leeftijdsgroepen aanzienlijk meer intensiveerders gebruiken dan mannen. Tot slot onderzocht Fuchs (2017) middels een corpusstudie of verschillen in taalgebruik tussen mannen en vrouwen de afgelopen twee decennia zijn veranderd en hoe verschillende factoren zoals gender, leeftijd, sociale klasse en dialect, het gebruik van intensiveerders beïnvloeden in privégesprekken. Ook deze studie wees uit dat mannen minder gebruik maken van intensiveerders dan vrouwen en dat dit geldt voor mannen en vrouwen in de meeste leeftijdsgroepen en sociale klassen. Tevens stelt Fuchs (2017) dat de mate waarin taalgebruik geïntensiveerd wordt, is gestegen in de afgelopen twee decennia. Volgens Fuchs (2017) komt dit doordat er tegenwoordig een verschuiving is naar een meer feminiene communicatiestijl en de perceptie van genderrollen is veranderd. Kortom, uit deze studies blijkt dat vrouwen meer gebruik maken van intensiveerders dan mannen, ongeacht contextuele factoren.

De studie van Carli (1990) ondersteunt deze bevinding. In haar onderzoek plaatste Carli (1990) mannelijke en vrouwelijke participanten in *same-sex* of *mixed-sex dyads* om een onderwerp te bespreken waarover zij het oneens waren. Hieruit bleek dat vrouwen ook meer intensiveerders gebruiken in *same-sex dyads* (vrouw-vrouw) dan in *mixed-sex dyads* (vrouw-man). Er werd door vrouwen daarentegen meer gebruik gemaakt van verzwakkende kwalificeerders (e.g. *hedges* en *tag questions*) in *mixed-sex* interactie. McMillan et al. (1977) stelden eveneens dat mannen meer gebruik maken van intensiveerders in *same-sex dyads* (man-man), dan in *mixed-sex* (man-vrouw) conversaties.

Eerdere studies naar de relatie tussen sekse en het gebruik van kwalificeerders focussen veelal op geschreven taal of gesproken taal in experimentele settingen. De relatie tussen sekse en het gebruik van kwalificeerders in het medische consult werd tot nu toe niet onderzocht. Niet alleen is het interessant om te onderzoeken of er binnen deze specifieke context andere verschillen optreden tussen mannen en vrouwen in hun taalgebruik. Ook kan het gebruik van kwalificeerders het medische consult beïnvloeden, wat problematisch kan zijn voor een effectieve informatieoverdracht.

Medische Interactie

Een medisch consult is een interactie tussen een arts en een patiënt waarbij de patiënt de arts om advies vraagt over een gezondheidsprobleem (Pilgram, 2017). Het medische consult is een vorm van institutionele communicatie en onderscheidt zich van de alledaagse conversatievoering (Mazeland, 2003). Binnen de medische interactie wordt de relatie tussen arts en patiënt beschouwd als asymmetrisch of ongelijkwaardig. Deze asymmetrische relatie krijgt vorm tijdens het medische consult doordat de situationele rollen van arts en patiënt een aantal conversationele taken met zich meebrengen. Het is de taak van de patiënt om zijn of haar klachten te beschrijven en vragen van de arts te beantwoorden. De arts heeft als taak te luisteren naar de klachten, vragen te stellen om tot een juiste diagnose te komen en een besluit te nemen over de behandeling (Ten Have, 2005).

De setting waarin het medische consult plaatsvindt, brengt bepaalde doelen met zich mee, waardoor het gesprek een vaste structuur heeft (Mazeland, 2003). Kenmerkend voor gesprekken binnen een institutionele setting is de fasering van het gesprek. Dit zijn de verschillende gedeeltes, of *fases*, waaruit het gesprek is opgebouwd. Hierdoor is grotendeels vastgelegd wie welke beurt krijgt en wie welke handelingen in bepaalde fases van het gesprek dient uit te voeren. Deze voorstructurering van de beurtverdeling wordt ook wel preallocatie

genoemd (Mazeland, 2003). Er zijn verschillende modellen die de fasering van medische consulten behandelen. Meeuwesen (1988, p.118) onderscheidt drie hoofdfasen in het medisch consult: 1) de medische geschiedenis, 2) het lichamelijke onderzoek en 3) de conclusie, welke weer verder zijn uitgewerkt en aangevuld. Echter, Meeuwesen (1988) neemt de openings- en afsluitingssequenties niet mee in haar model. Andere modellen (Byrne & Long, 1976; Ten Have, 1989; Maynard & Heritage, 2005; Robinson & Heritage, 2006; Veening, Gans & Kuks, 2009) veronderstellen dat deze sequenties wel onderdeel zijn van het medische consult en gaan uit van zes fasen: 1) de opening, 2) de problempresentatie, 3) het medische onderzoek, 4) de diagnose, 5) het behandelplan/advies en 6) de afsluiting. Volgens Ten Have (1989) begint de arts normaal gesproken met het vragen naar de gezondheid van de patiënt, waarna de patiënt deze vraag beantwoordt door zijn of haar gezondheidsprobleem te bespreken. Vervolgens onderzoekt de arts de patiënt en, op basis van dit (medische) onderzoek en zijn of haar algemene medische kennis, adviseert de arts de patiënt.

De problempresentatiefase, of medische geschiedenis, is vaak de enige fase in de structuur van medische consulten waar patiënten op hun eigen manier en volgens hun eigen agenda hun klachten kunnen presenteren. Patiënten hebben in deze fase verschillende mogelijkheden met betrekking tot de inhoud en de vorm van hun klachtbeschrijving (Heritage & Robinson, 2006). Hierbij gaat het om (vaak onbewuste) keuzes die patiënten maken bij het presenteren van hun symptomen, zoals het uitwijden over hoe de patiënt de klachten heeft ontdekt of het geven van een precieze beschrijving van de klachten. Patiënten kiezen er in deze fase ook voor om al dan niet onbekende of alarmerende fysieke sensaties te beschrijven als gevolg van hun angsten, evenals de angsten zelf, en het wel of juist niet benadrukken van de symptomen of de redenen voor de angsten (Heritage & Robinson, 2006). Patiënten kunnen hierbij gebruik maken van kwalificeerders, waarmee zij hun klachterevaringen kunnen versterken of afzwakken.

FitzGerald en Hurst (2017) stellen dat artsen impliciete vooroordelen hebben tegenover patiënten op basis van hun sekse. Echter, het is nog onduidelijk in hoeverre het taalgebruik van de patiënten hierin een rol speelt. Een medisch consult met een patiënt die zijn klachten met behulp van talige middelen afzwakt ('het doet een beetje pijn'), zal mogelijk anders verlopen, dan het consult van een patiënt die zijn klachten met talige middelen versterkt ('het doet heel erg pijn'). Wanneer mannelijke en vrouwelijke patiënten hun klachten (op een verschillende manier) presenteren met het gebruik van versterkende en/of verzwakkende kwalificeerders, kan dit gevolgen hebben voor de uiteindelijke diagnose die gesteld wordt, de behandeling die de arts adviseert en het eventueel volgen van een follow-upconsult. De onderzoeksvraag die in deze scriptie dan ook centraal staat, is:

RQ: Op welke manier en op welk moment in het consult bij de huisarts worden verzachtende en versterkende kwalificeerders gebruikt door patiënten met veelvoorkomende lichamelijke klachten tijdens het beschrijven van de klacht, en in hoeverre verschillen vrouwelijke en mannelijke patiënten in het gebruik van deze kwalificeerders?

Op basis van Lakoff (1975) wordt verwacht dat vrouwen over het algemeen meer gebruik maken van kwalificeerders bij het beschrijven van hun klachtervaringen. Ten tweede wordt voorspeld dat vrouwen ook meer gebruik maken van intensiveerders tijdens de klachtbeschrijving dan mannen (Jerspersen, 1922; Lakoff, 1975; Carli, 1990; Turner, Dindia & Pearson, 1995; Christie, 2002; Holmes, 2005; Murphy, 2010; Hancock, 2015; Sardabi & Afghari, 2015; Fuchs, 2017). Bovendien wordt voorspeld dat mannen en vrouwen meer gebruik maken van intensiveerders in *same-sex dyads* dan in *mixed-sex dyads* bij het beschrijven van hun klachtervaringen (McMillan et al., 1977; Carli, 1990). Tot slot wordt op basis van Robinson en Heritage (2006) verwacht dat zowel mannen als vrouwen hoofdzakelijk in de probleempresentatiefase gebruik maken van zowel versterkende als verzwakkende

kwaliceerders bij het beschrijven van hun klachten. Dit onderzoek tracht meer inzicht te geven in het taalgebruik van patiënten, en meer begrip te geven van verschillen tussen mannen en vrouwen in taalgebruik binnen een institutionele context met specifieke asymmetrische rollen, zoals het geval is bij arts-patiëntgesprekken. Daarbij hoopt deze studie een belangrijke bijdrage te leveren aan literatuur over extensiveerders. De inzichten uit dit onderzoek kunnen bewustwording creëren bij artsen en hen alert maken op het gebruik van kwaliceerders door patiënten. Zo kunnen intensiveerders mogelijk impliceren dat de arts belangrijke informatie mist, en wanneer patiënten veel gebruik maken van extensiveerders kan informatie wellicht onduidelijk worden of verloren gaan.

Method

Materiaal

Het materiaal bestond uit twintig medische consulten die op video zijn opgenomen en waarvan de gesprekken verbatim zijn getranscribeerd. Een medisch consult werd in dit onderzoek gedefinieerd als een interactie tussen een huisarts en een patiënt, waarbij de patiënt de huisarts om advies vraagt over een gezondheidsprobleem (Pilgrim, 2017). De dataset die voor dit onderzoek werd gebruikt, is een subset van een groter corpus met 393 medische consulten bij 20 verschillende huisartsen (i.e., CATMUS) dat beschikbaar is op het Radboudumc. Voor de subset in dit onderzoek werd data gebruikt van 10 huisartsen van verschillende praktijken en 20 van hun patiënten. Van tevoren hebben alle participanten aangegeven wat hun sekse is. Per *dyadtype* (vrouw-vrouw, vrouw-man, man-vrouw, man-man) werden vijf consulten geselecteerd, wat resulteerde in tien *same-sex* (man-man, vrouw-vrouw) en tien *mixed-sex dyads*. De gemiddelde leeftijd van de huisartsen in de subset is 45.2 jaar en de man-vrouwverdeling is 5-5. Van de patiënten in de subset is de gemiddelde leeftijd 60.5 jaar en de man-vrouwverdeling is 10-10. Bij vier consulten had de patiënt een naaste meegebracht,

waardoor er een derde persoon aanwezig was bij deze consulten. Het taalgebruik van de derde persoon is niet meegenomen als relevante uiting, ook al ging het over de klacht van de patiënt. Er is gecorrigeerd voor mogelijke *confounders* in de subset, zoals de leeftijd van de patiënten, het type klacht (medisch onverklaarde klachten vs. medisch verklaarde klachten) en het consultmoment (eerste consult vs. follow-upconsult). De klachten varieerden van hoofdpijn, tot pijn in de schouder, en pijn op de borst.

Procedure

Uit de twintig transcripten werden allereerst alle relevante uitingen geselecteerd. Een uiting werd als relevant beschouwd als de uiting gedaan werd door de patiënt en het betrekking had op de klachtervaringen van de patiënt. Deze klachtervaringen konden direct gaan over de fysieke sensaties die de patiënt ervaarde, maar ook over het ontstaan van de klachten, angsten of andere emoties die verband hielden met de klachten (Robinson & Heritage, 2006). Uitingen van de huisarts of een eventueel derde persoon werden niet onderzocht. Dit resulteerde in 755 relevante uitingen die werden opgedeeld in 1490 *turn constructional units* (TCU's). Een TCU is een linguïstische eenheid dat gebruikt wordt om een beurt op te bouwen, zoals een woord, een zin, meerdere zinnen of een andere lexicale constructie (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). TCU's projecteren hun eigen (mogelijke) compleetheid. Met behulp van verschillende syntactische, intonationale en pragmatische signalen kondigt een spreker een (mogelijke) compleetheid aan en interpreteert de luisteraar dit als dusdanig (Sandvik et al., 2002, p. 237). Er is gekozen voor TCU's als analyse-eenheid, omdat gesproken taal soms geen grammaticaal finiete werkwoorden bevat. Wanneer een uiting geen grammaticaal finiet werkwoord bevat, is het lastig om de unit van de beurt te bepalen. Bij TCU's zijn hiervoor meerdere cues, zoals intonatie en prosodie (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974; Sandvik et al., 2002). Daarnaast werd met TCU's als analyse-eenheid dichter bij de natuurlijke interactievorm gebleven.

Na het bepalen van de TCU's werd een codeboek (Appendix 2) opgesteld. De variabelen die in het codeboek werden opgenomen, zijn: 1) *Consultfase*, 2) *Type Kwalificeerder* en 3) *Subtype Kwalificeerder*. Bij de afhankelijke variabele *Consultfase* werd uitgegaan van zes fasen van het medische consult op basis van Robinson & Heritage (2006): 1) de opening, 2) de probleempresentatiefase/medische geschiedenis, 3) het medische onderzoek, 4) de diagnose, 5) het behandelplan/advies en 6) de afsluiting. Deze fasen komen overeen met andere theorieën (Long & Byrne, 1976; Ten Have (1989; 1991; 2002, Robinson, 2003; Maynard & Heritage, 2005). Hierna werd gecodeerd of er in de TCU een kwalificeerder aanwezig (1) of afwezig (0) was. Bij de aanwezigheid van een kwalificeerder, werd vervolgens het *Type Kwalificeerder* gecodeerd (extensiveerder (1) of intensiveerder (2)). Wanneer er meerdere kwalificeerders in één TCU zaten, werd deze TCU dubbel meegenomen. Op deze manier gingen er geen kwalificeerders verloren. Vervolgens werden de subtypen kwalificeerders gecodeerd. Om de betrouwbaarheid te waarborgen, werden de subtypen versterkende kwalificeerders en verzwakkende kwalificeerders gebaseerd op bestaande modellen. De intensiveerders uit het codeboek zijn afkomstig uit het Taalintensiteitsmodel van Van Mulken en Schellens (2012). Uit dit model werd de categorie *Typografie* niet meegenomen, omdat dit niet van toepassing is op gesproken conversaties. In totaal leidde dit tot achttien subtypen intensiveerders. De extensiveerders die zijn opgenomen in het codeboek zijn afkomstig uit de analyseschema's van Pander Maat (ongepubliceerd manuscript) en Van Deelen (2019) en bestond uit tien subtypen. Alle extensiveerders konden vervolgens worden gecodeerd door ze aan één van de achttien subtypen extensiveerders toe te wijzen (1 = *Kwantitatieve 'approximators'*, 2 = *Kwantitatieve 'approximators'*, 3 = *Verzwakkende graadaanduiders*, etc.), en alle extensiveerders werden aan één van de tien subtypen extensiveerders toegewezen (1 = *Voorvoegsel*, 2 = *Bijwoorden*, 3 = *Bijwoord van graad*, etc.).

Om een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid te behalen, werd het codeboek eerst getest. In deze testfase werd 20% van de TCU's door twee codeurs gecodeerd voor het type kwalificeerder en het subtype kwalificeerder. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de variabele *Type Kwalificeerder* bleek adequaat ($\kappa = .92, p < .001$), evenals de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de variabele *Subtype Kwalificeerder* ($\kappa = .86, p < .001$). Naar aanleiding van het proefcoderen zijn er een aantal aanpassingen gedaan in het codeboek. Zo is ervoor gekozen om de nummering van de verschillende subtypen niet per type kwalificeerder op te delen, maar de nummering door te laten lopen om verwarring te voorkomen tijdens het analyseren. Daarnaast is aan de extensiveerders een extra subtype toegevoegd, de *Ontkennende versterker*. Onder dit subtype konden kwalificeerders als 'niet echt' of 'niet helemaal' geschaard worden. Bij de intensiveerders zijn bepaalde categorieën samengevoegd, omdat dit twijfel veroorzaakte tijdens het proefcoderen. Het ging hierbij om de categorie *Adverbiaal gebruikt bijvoeglijk naamwoord* ('fantastisch gedaan'), die samengenomen kon worden met de categorie *Bijvoeglijk naamwoord* ('zwaar werk'). Daarnaast werden de verschillende typen stijlfiguren werden onder de overkoepelende categorie *Stijlfiguren* geschaard. Tot de stijlfiguren behoorden kwalificeerders als *'Ik ben niet in m'n hum'* en *'Mijn hoofd gloeit er van'*. Het samennemen van de subtypen intensiveerders en extensiveerders en het aanpassen/weghalen van bovengenoemde subtypen, leidde tot 22 subtypen in het aangepaste codeboek. Van deze subtypen vielen categorie 1 tot en met 11 onder de extensiveerders en de categorieën 12 tot en met 22 behoorden tot de intensiveerders. Tot slot werden de beschrijvingen van de subtypen uitgebreid, zodat bepaalde kwalificeerders beter binnen de subtypen pasten en er minder twijfel ontstond onder welke subtype bepaalde kwalificeerders vielen. Daarbij zijn bij ieder subtype meer voorbeelden gegeven in het codeboek, zodat duidelijker is welke kwalificeerders binnen het subtype vallen. Vervolgens zijn met het aangepaste codeboek alle 1490 TCU's (opnieuw) gecodeerd. Nadat per kwalificeerder

de afhankelijke variabelen *Type Kwalificeerder* en *Subtype Kwalificeerders* en de onafhankelijke variabele *Consultfase* gecodeerd waren, werden van de variabele *Type Kwalificeerder* de absolute aantallen vastgesteld. Dit leidde tot de nieuwe variabelen *Intensiveerders*, *Extensiveerders* en *Totaal Kwalificeerders*, waarmee de uiteindelijke statistische analyses gedaan werden.

Statistische toetsing

Om na te gaan wat de effecten van de variabelen *Sekse Patiënt*, *Sekse Arts*, *Dyadtype*, *Consultmoment* en *Consultfase* op het gebruik van *Intensiveerders*, *Extensiveerders* en *Totaal Kwalificeerders* waren, werden verscheidene toetsen uitgevoerd. Van de onafhankelijke variabele *Subtype Kwalificeerders* werden enkel de descriptieven genoteerd vanwege de relatief kleine sample. De effecten van de variabele *Leeftijd Arts* op het gebruik van *Intensiveerders*, *Extensiveerders* en *Totaal Kwalificeerders* werden getoetst middels drie enkelvoudige regressieanalyses. Om te analyseren wat de invloed van *Consultmoment* op het kwalificeerdergebruik (*Intensiveerders*, *Extensiveerders* en *Totaal Kwalificeerders*) was, werden vervolgens drie onafhankelijke t-toetsen gedaan. Hetzelfde geldt voor de variabelen *Dyadtype* en *Consultmoment*, waarvoor voor beide variabelen ook drie onafhankelijke t-toetsen werden uitgevoerd. De invloed van de *Consultfase* op het kwalificeerdergebruik werd getoetst met behulp van drie eenweg univariate variantie-analyses. Naar aanleiding van deze analyses werd ervoor gekozen om de variabele *Consultfase*, die oorspronkelijk uit zes fasen bestond, om te coderen door de probleempresentatie (fase 2) te behouden en de overige vijf fasen samen te voegen. Door deze fasen om te coderen, kon er ingezoomd worden op de verschillen tussen de twee interessante categorieën (probleempresentatiefase vs. de overige vijf fasen). Vervolgens werden ook voor *Consultfase* drie onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd.

Resultaten

Descriptieve Resultaten

Uit de data bleek dat 45.7% van de TCU's (n=1490) geproduceerd werd door mannelijke patiënten (n=681) en 54.3% door vrouwelijke patiënten (n=809). In totaal werden 917 kwalificeerders gebruikt bij het beschrijven van de klachtervaringen, waarvan 55.4% uit extensiveerders (n=503) en 44.6% uit intensiverders (n=414) bestond. Mannen gebruikten in totaal 405 kwalificeerders bij het beschrijven van hun klachten, waarvan 239 extensiveerders en 166 intensiverders. Vrouwen gebruikten in totaal 512 kwalificeerders in hun klachtbeschrijvingen, waarvan 264 extensiveerders en 248 intensiverders. Gemiddeld gebruikten mannen 0.59 en vrouwen 0.63 kwalificeerders per TCU. De meeste TCU's telden één kwalificeerder (n=486), zoals in de TCU's: *'Afgelopen maand was het heel heftig'* en *'Ja mijn hoofd gloeit ervan'*. 155 TCU's bevatten twee kwalificeerders en 30 TCU's telden drie kwalificeerders. Een voorbeeld hiervan is de TCU *"En ik heb natuurlijk heel veel last van spierpijn"*, die uit drie intensiverders bestond. Enkele TCU's bevatten meer dan drie kwalificeerders, zoals: *"En ook vaak 's nachts in bed dat ik wel ineens in een keer mijn hart een beetje opkomt"*. De TCU met de meeste kwalificeerders bestond uit drie intensiverders en drie extensiveerders: *"En dat heb ik eigenlijk al een flink ja toch wel een half jaar eigenlijk al zo'n beetje ook"*.

Tabel 1. De frequenties van alle TCU's, kwalificeerders, extensiveerders en intensiverders van mannen en vrouwen en het totale aantal kwalificeerders.

	Mannen (n=10)	Vrouwen (n=10)	Totaal (n=20)
TCU's	681 (45.7%)	809 (54.3%)	1490
Kwalificeerders	405	512	917

Extensiveerders	239	264	503
Intensiveerders	166	248	414

Sekse Patiënt, Sekse Arts en Leeftijd Arts

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag, werden allereerst de effecten van de sekse van de patiënt op het kwalificeerdergebruik getoetst (Tabel 2). Uit een onafhankelijke t-toets van *Sekse Patiënt* op *Intensiveerders* bleek een significant verschil op te treden tussen mannen en vrouwen in het gebruik van intensiveerders ($t(17.44) = 2.21, p = .028$). Vrouwen ($M = .31, SD = 0.58$) gebruikten, zoals verwacht, gemiddeld meer intensiveerders per TCU bij het beschrijven van hun klachten dan mannen ($M = .24, SD = 0.51$). Een onafhankelijke t-toets van *Sekse Patiënt* op *Totaal kwalificeerders* bleek daarentegen niet significant ($p = .381$). De hypothese dat vrouwen meer kwalificeerders gebruiken in de klachtbeschrijving, werd hiermee dus niet bevestigd. Ook een onafhankelijke t-toets van *Sekse Patiënt* op *Extensiveerders* bleek niet significant ($p = .359$). Aansluitend werd het effect van de sekse van de arts op het kwalificeerdergebruik van de patiënten getest (Tabel 3). De onafhankelijke t-toetsen van *Sekse Arts* op *Extensiveerders*, *Sekse Arts* op *Intensiveerders* en *Sekse Arts* op *Totaal Kwalificeerders* wezen uit dat er geen significante verschillen optraden (p 's $> .388$). (Tabel 3). Vervolgens werden drie enkelvoudige lineaire regressieanalyses uitgevoerd om het effect van de leeftijd van de arts op het kwalificeerdergebruik van de patiënten te testen. Deze regressieanalyses toonden aan dat het gebruik van *Intensiveerders*, *Extensiveerders* en de *Totale Kwalificeerders* door de patiënt niet voorspeld werd door de ingebrachte variabele *Leeftijd Arts* (p 's $> .124$).

Dyadtype

Het effect van *Dyadtype* op het kwalificeerdergebruik werd getoetst met drie onafhankelijke t-toetsen (Tabel 4). Een onafhankelijke t-toets van *Dyadtype* op *Totaal Kwalificeerders* wees uit dat er een significant verschil optrad tussen het type dyad en het totale aantal kwalificeerders

dat gebruikt werd per TCU ($t(5.05) = 2.29, p = .022$). Patiënten gebruikten meer kwalificeerders bij hun klachtbeschrijving in consulten met een huisarts die dezelfde sekse had als hij- of zichzelf ($M = .67, SD = .86$) vergeleken met consulten waarin de huisarts een andere sekse had ($M = .57, SD = .75$). Daarnaast wees een onafhankelijke t-toets van *Dyadtype* op *Extensiveerders* uit dat er een marginaal significant verschil optrad tussen het type dyad en het aantal extensiveerders dat gebruikt werd ($t(5.05) = 2.29, p = .059$). Patiënten gebruikten meer extensiveerders in consulten waarin de huisarts dezelfde sekse had als hij- of zichzelf ($M = .37, SD = .65$) dan in een consult met een huisarts met een andere sekse ($M = .31, SD = .56$). De onafhankelijke t-toets van *Dyadtype* op *Intensiveerders* bleek niet significant te zijn ($p = .208$). De hypothese dat mannen en vrouwen de meeste intensiveerders produceren in *same-sex dyads* werd hiermee dus niet bevestigd.

Consultfase

Om na te gaan wat de invloed van *Consultfase* op het kwalificeerdergebruik van de patiënten was, werden drie onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd (Tabel 5). Een onafhankelijke t-toets van *Consultfase* op *Totaal Kwalificeerders* toonde aan dat er een significant verschil optrad tussen de verschillende consultfases en het totale aantal kwalificeerders dat hierin in gebruikt werd ($t(4.30) = 2.55, p = .011$). In de problempresentatiefase ($M = .64, SD = 0.82$) werden, zoals verwacht, gemiddeld meer kwalificeerders per TCU gebruikt dan in de overige vijf fases van het consult ($M = .51, SD = 0.72$). Uit een onafhankelijke t-toets van *Consultfase* op *Intensiveerders* bleek eveneens een significant verschil op te treden tussen de verschillende consultfases en het aantal intensiveerders dat hierin in gebruikt werd ($t(24.25) = 2.85, p = .013$). Patiënten produceerden gemiddeld meer intensiveerders in de problempresentatiefase ($M = .29, SD = 0.57$) dan in de overige vijf fases van het consult ($M = .20, SD = 0.46$). Een onafhankelijke t-toets van *Consultfase* op *Extensiveerders* bleek daarentegen niet significant ($p > .403$).

Consultmoment

Tot slot werden de mogelijke effecten tussen het consultmoment en het kwalificeerdergebruik van patiënten bestudeerd (Tabel 6). Uit een onafhankelijke t-toets van *Consultmoment* op *Extensiveerders* bleek een significant verschil te zijn tussen het consultmoment en het gebruik van verzwakkende kwalificeerders per TCU ($t(13.89) = 2.37, p = .018$). Patiënten die voor het eerst naar de huisarts gingen voor hun klachten, maakten gemiddeld meer gebruik van extensiveerders per TCU ($M = .38, SD = 0.63$) dan patiënten die een follow-upconsult hadden ($M = .30, SD = .58$). De onafhankelijke t-toetsen van *Dyadtype* op *Intensiveerders* en *Dyadtype* op *Totaal Kwalificeerders* bleken niet significant (p 's $> .242$).

Subtypen Extensiveerders

Bij de extensiveerders werd het meeste gebruik gemaakt van *extensiveerders die de kwaliteit van de informatie of de kennis waarover de spreker beschikt beperken* (n=161), met voornamelijk kwalificeerders als 'ik denk', 'zeg maar' en 'ik weet niet'. Ook *verzwakkende graadaanduiders* ('een beetje', 'wat', 'iets') werden veel gebruikt (n=131). De *kwalitatieve 'approximators'*, werden 79 keer gebruikt. Hierbij werd vooral gebruik gemaakt van de kwalificeerder 'gewoon', maar kwamen ook regelmatig kwalificeerders als 'in het algemeen', 'in grote lijnen' of 'een bepaalde/een soort' voor. Het subtype *verzwakkende hoeveelheidsaanduiders die de kwantiteit of kwaliteit van een situatie aangeven*, betrof 6.1% van de totale kwalificeerders (n=56). Hierbij ging het bijvoorbeeld om kwalificeerders als 'enkele', 'soms' of 'even'. Het nieuwe subtype, *de ontkenkende versterker*, dat door middel van de data tot stand kwam, werd 30 keer gevonden in de dataset. Patiënten gebruikten bij dit subtype kwalificeerders als 'niet echt', 'niet heel erg' en 'niet direct'. Voor de beschrijvingen en frequenties van alle subtypen extensiveerders, dus ook die niet of weinig voorkwamen in de data, wordt verwezen naar Tabel 7.

Subtypen Intensiveerders

Bij de intensiveerders werden *bijwoorden van graad* ('echt', 'hartstikke' en 'heel erg') het meeste gebruikt (n=159). Er kwamen daarnaast 76 *stijlfiguren* voor in de dataset. Voorbeelden van stijlfiguren die gebruikt werden in de dataset, zijn het hebben van een 'vuurrood hoofd' en het 'op hol slaan' van het hart. *Bijwoorden van frequentie of kwantiteit* kwamen 68 keer voor. De kwalificeerders die hierbij veel voorkwamen waren onder andere 'altijd', 'veel' en 'de hele tijd'. Ook de *overige bijwoorden* ('al', 'helemaal', 'gelijk/meteen') werden 68 keer gevonden. Tot slot werden 30 *bijwoorden van modaliteit*, zoals 'uiteraard', 'natuurlijk' en 'inderdaad' gevonden. De frequenties en beschrijvingen van alle subtypen intensiveerders, zijn te vinden in Tabel 8.

Conclusie

Het huidige onderzoek had als doel te onderzoeken op welke manier en op welk moment versterkende en verzachtende kwalificeerders gebruikt worden door patiënten met veelvoorkomende lichamelijke klachten bij het beschrijven van hun klachtervaringen in het medische consult en na te gaan in hoeverre vrouwelijke en mannelijke patiënten verschillen in het gebruik van deze kwalificeerders. Uit de data bleek dat de verwachting dat vrouwen meer gebruik maken van kwalificeerders bij het beschrijven van hun klachtervaringen dan mannen niet kon worden bevestigd. Ook verschilden mannen en vrouwen niet significant in het gebruik van extensiveerders in hun klachtbeschrijvingen. De hypothese dat vrouwen meer gebruik maken van intensiveerders, kon daarentegen wel worden bevestigd.

Zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten bleken daarnaast meer gebruik te maken van kwalificeerders in *same-sex dyads*. Hoewel verwacht werd dat patiënten meer gebruik zouden maken van intensiveerders in *same-sex dyads*, gebruikten patiënten de meeste kwalificeerders en extensiveerders in consulten waarin de huisarts dezelfde sekse had als zichzelf. De hypothese dat mannelijke en vrouwelijke patiënten de meeste kwalificeerders

gebruiken in de problempresentatiefase, werd wel bevestigd met de data. In de problempresentatiefase bleken tevens meer intensiveerders te zijn gebruikt dan in de overige vijf fases van het consult. Tot slot lieten de resultaten zien dat er meer extensiveerders werden gebruikt door patiënten die voor het eerst met hun probleem bij de huisarts kwamen, vergeleken met patiënten die een follow-upconsult hadden.

De subtype extensiveerders die het meeste voorkwamen in de data, waren *extensiveerders die de kwaliteit van de informatie of de kennis waarover de spreker beschikt beperken, verzwakkende graadaanduiders en kwalitatieve 'approximators'*. De *verzwakkende hoeveelheidsaanduiders die de kwantiteit of kwaliteit van een situatie aangeven* kwamen eveneens veelvuldig voor. Het nieuwe subtype extensiveerder, de *ontkennende versterker*, dat door middel van de data tot stand kwam, bleek eveneens vaak gebruikt te worden. Bij de intensiveerders kwamen de *bijwoorden van graad, stijffiguren* en *bijwoorden van frequentie of kwantiteit* het meeste voor. Daarnaast werden *overige bijwoorden* en *bijwoorden van modaliteit* vaak gebruikt.

Discussie

Eerdere communicatieonderzoeken binnen medische settings bestudeerden voornamelijk bredere communicatieaspecten, maar beschreven niet het taalgebruik. Daarbij lag in deze studies de focus hoofdzakelijk op de communicatie en het taalgebruik van artsen, waardoor nog relatief weinig bekend is over het taalgebruik van patiënten. Ook de relatie tussen sekse en het gebruik van kwalificeerders werd nog niet eerder onderzocht. Niet alleen is het interessant om te achterhalen of er binnen deze specifieke setting verschillen optreden tussen mannen en vrouwen in hun taalgebruik. Wanneer mannelijke en vrouwelijke patiënten hun klachten op een verschillende manier presenteren met het gebruik van extensiveerders en/of intensiveerders, kan dit een effectieve informatieoverdracht verhinderen en invloed hebben op het verloop van het consult. De centrale vraag in het huidige onderzoek, luidde dan ook: *“Op welke manier en*

op welk moment in het consult bij de huisarts worden versterkende en verzachtende kwalificeerders gebruikt door patiënten met veelvoorkomende lichamelijke klachten tijdens het beschrijven van de klacht, en in hoeverre verschillen vrouwelijke en mannelijke patiënten in het gebruik van deze kwalificeerders?”

Hoewel eerdere studies (Lakoff, 1975; Carli, 1990; Leaper & Robnett, 2011) aantoonde dat vrouwen meer kwalificeerders gebruiken dan mannen, wijst de huidige studie uit dat mannelijke en vrouwelijke patiënten niet verschillen in het totale aantal kwalificeerders dat zij gebruiken bij het beschrijven van hun klachtervaringen. Sociale en contextuele factoren, zoals de specifieke huisartsencontext en de asymmetrische rollen die dit met zich meebrengt, zullen hierin een belangrijke rol gespeeld hebben (Leaper & Ayres, 2007; Leaper & Robnett, 2011). Daarnaast kan het gebrek aan verschillen tussen mannen en vrouwen verklaard worden door een verschil in de wijze waarop kwalificeerders geoperationaliseerd in de huidige studie ten opzichte van in eerdere studies. Zo werden in onderzoeken die suggereerden dat vrouwen meer kwalificeerders gebruiken (Lakoff, 1975; Carli 1990; Leaper & Robnett, 2011) bepaalde verzwakkende kwalificeerders (‘ik denk dat...’) afzonderlijk meegenomen van de *hedges* (‘misschien’) en *tag questions* (‘toch?’). Er werd dus geen gebruik gemaakt van één overkoepelende variabele waaronder alle extensiveerders vielen. Dit in tegenstelling tot het huidige onderzoek, waar deze typen kwalificeerders wel samengenomen werden en onder een variabele *Extensiveerders* werden geschaard. Hier werd voor gekozen, omdat het samennemen van alle verzwakkende kwalificeerders verwarring voorkomt en een beter beeld geeft van het algehele extensiveerdegebruik. Daarnaast was het totale kwalificeerdegebruik op deze manier makkelijker te analyseren.

Ten tweede toont de huidige studie dat vrouwen meer intensiveerders gebruiken dan mannen bij het beschrijven van hun klachtervaringen, zoals overeenkomend met eerdere studies (Jerspersen, 1922; Lakoff, 1975; Carli, 1990; Turner, Dindia & Pearson, 1995; Christie, 2002;

Holmes, 2005; Murphy, 2010; Hancock, 2015; Sardabi & Afghari, 2015; Fuchs, 2017). Hoewel Christie (2002) en Holmes (1995; 2005) intensieveerders met een positieve communicatiestijl associeerden, wat volgens hen typerend is voor vrouwen, is het gebruik van intensieveerders in de huidige setting juist veelal iets negatiefs. Het gebruik van intensieveerders kan juist negatieve klachtervaringen (zoals pijn) versterken. Het is daarom opmerkelijk dat ook in de huidige setting vrouwen meer geneigd zijn om intensieveerders te gebruiken dan mannen. Een verklaring die hier mogelijk aan ten grondslag ligt, biedt de studie van McMillan et al. (1977) waarin gesteld wordt dat intensieveerders belangrijke ervaringen en affectieve en emotionele betrokkenheid uitdrukken. Volgens McMillan et al. (1977) erkennen vrouwen mogelijk meer hun emotionele betrokkenheid bij hun ervaringen dan mannen. Communicatieonderzoek van Meeuwesen et al. (1991) toonde eerder al aan dat vrouwen meer verwijzen naar personen, zoals familie, vrienden en collega's, dan mannen bij het beschrijven van hun klachten. Intensieveerders zijn daarbij een linguïstisch middel om emotionele betrokkenheid te communiceren (McMillan, et al., 1977). Vrouwen zijn wellicht emotioneel expressiever dan mannen en dus ook binnen de context van het huidige onderzoek vaker geneigd intensieveerders te gebruiken bij het beschrijven van hun klachtervaringen.

Dat de resultaten daarnaast impliceren dat zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten iets meer verzwakkende dan versterkende kwalificeerders gebruiken, is eveneens een interessante bevinding. Niet alleen is er relatief weinig onderzoek gedaan naar extensiveerders binnen het (Nederlandse) onderzoeksveld, ook stelde Fuchs (2017) dat de mate waarin taalgebruik geïntensiveerd wordt, is gestegen sinds de laatste twee decennia. Dat er iets meer extensiveerders dan intensieveerders gebruikt worden, kan veroorzaakt worden doordat er binnen de huisartsencontext gevoelige onderwerpen besproken worden. Patiënten kunnen zich oncomfortabel voelen bij het bespreken van hun klachten of het lastig vinden om bepaalde klachten goed te omschrijven, waardoor zij meer geneigd zijn extensiveerders te gebruiken in

medische consulten dan bijvoorbeeld in alledaagse gesprekken. Ook kan het zijn dat patiënten moeite hadden om bepaalde klachtervaringen te herinneren, bijvoorbeeld doordat de klacht al langdurig speelt, en middels extensiveerders hun onzekerheid toonden. Bovendien suggereren de resultaten dat patiënten die voor het eerst naar de huisarts gaan voor hun klachten significant meer gebruik maken van extensiveerders dan patiënten die een follow-upconsult hadden. Dit effect houdt mogelijk verband met de nieuwigheid van de klacht, wat gepaard gaat met onzekerheid en/of bescheidenheid tijdens een eerste consult. Patiënten die voor het eerst met hun klachten bij de huisarts komen, gebruiken vaak bepaalde kwalificeerders, zoals *verzwakkende graadaanduiders* ('een beetje', 'soms') en *extensiveerders die de kwaliteit van de informatie of kennis waarover de spreker beschikt beperken* ('ik denk'). Hiervan is ook sprake in de volgende TCU: *'O ja, en de laatste tijd heb ik het idee dat ik soms me ook een beetje misselijk voel*'. Zodra patiënten voor de tweede keer bij de huisarts komen met hun klachten, is de nieuwigheid van de klacht verdwenen. De klacht is er immers nog steeds, en daarmee valt ook de bescheidenheid weg. Ook lijken patiënten in een eerste consult vaak te speculeren over hun klachten, waarbij zij veelal gebruik maken van extensiveerders die de kwaliteit van de informatie of kennis waarover de spreker beschikt beperken. Hiervan is sprake in de volgende TCU's: *'Ehm naja ik dacht van nou spieren verrekt of iets dergelijks he in m'n schouder*', *'Ja misschien is er iets ontstoken of of ik weet niet, geen flauw idee*' en *'Nee ja, ik zal wel ouder worden of zo ik weet het niet*'. Tijdens het follow-upconsult is de oorsprong van de klacht vaak al bekend, waardoor het consult inhoudelijk enigszins af kan wijken. De behandeling heeft dan bijvoorbeeld niet het gewenste effect gehad of er wordt geëvalueerd.

Bovendien toont het huidige onderzoek dat het type dyad invloed heeft op zowel het totale aantal kwalificeerders, als het aantal extensiveerders dat patiënten gebruikten bij het beschrijven van hun klachten. Mannelijke als vrouwelijke patiënten maakten beide meer gebruik van extensiveerders in een consult met een huisarts van dezelfde sekse, dan in een

consult met een huisarts van een andere sekse. Dit is in contrast met de onderzoeken van McMillan et al. (1977) en Carli (1990), die uitwezen dat mannen en vrouwen juist meer gebruik maakten van intensieveerders in *same-sex dyads*. Allereerst is het belangrijk om op te merken dat er, in tegenstelling tot het huidige onderzoek, in de onderzoeken van McMillan et al. (1977) en Carli (1990) sprake was van een experimentele setting. De verklaring die McMillan et al. (1977) en Carli (1990) geven voor het effect dat zij vonden, houdt verband met macht en status. De specifieke institutionele setting van het medische consult, waarbij er sprake is van asymmetrische rollen en de relatieve macht en expertise voornamelijk bij de huisarts ligt (Ten Have, 2003), kan ervoor gezorgd hebben dat mannelijke als vrouwelijke patiënten juist meer geneigd zijn extensieveerders te gebruiken in *same-sex dyads*. Een mooi voorbeeld hiervan is de TCU: *'maar goed, ik ben geen dokter ofzo'*, waarmee de patiënt dit verschil in macht en expertise expliciet benadrukt met het gebruik van een extensieveerder. Carli (1990) stelde daarbij dat vrouwen meer sociaal en emotioneel georiënteerd zijn in interacties met andere vrouwen, en dat hetzelfde geldt voor mannen die interacteren met mannen. Het is dan ook goed mogelijk dat het gevonden effect veroorzaakt wordt doordat *interpersoonlijke gevoeligheid* bij mannen als vrouwen saillant wordt in *same-sex dyads* in medische consulten (Ayres & Robnett, 2011). Dat mannelijke en vrouwelijke patiënten meer extensieveerders toepassen in *same-sex dyads*, kan betekenen dat zij in dit type dyad meer gebruik maken van interpersoonlijke cues binnen de huisartsencontext. Patiënten verzachten in gesprekken met huisartsen van dezelfde sekse als zichzelf mogelijk vaker uitingen middels het gebruik van bepaalde extensieveerders, zoals 'hè?', 'zeg maar' of 'ik weet niet', om in te spelen op de betrokkenheid, of om hem/haar om een soort bevestiging te vragen (Ayres & Robnett, 2011).

Tot slot laat deze studie zien dat patiënten voornamelijk tijdens de probleempresentatiefase gebruik maken van kwalificeerders. Volgens Robinson en Heritage (2006) is de probleempresentatiefase vaak de enige fase in de structuur van medische consulten

waar patiënten op hun eigen manier hun klachten kunnen presenteren en verschillende mogelijkheden hebben met betrekking tot de inhoud en vorm van deze klachtpresentatie. Een andere verklaring die ten grondslag kan liggen aan dit gevonden effect, is dat het gebruik van bepaalde kwalificeerders normatief is in deze fase van het medische consult; beide gespreksdeelnemers oriënteren zich hier op. Dat patiënten het meeste gebruik maken van *verzwakkende graadaanduiders* ('een beetje'), *kwalitatieve 'approximators'* ('een soort'), *stijlfiguren*, *verzwakkende hoeveelheidsaanduiders die de kwantiteit of kwaliteit van een situatie aangeven* ('af en toe'), *bijwoorden van graad* ('heel erg') en *bijwoorden van frequentie of kwantiteit* ('de hele tijd') kan hier wellicht ook door verklaard worden. Patiënten kunnen geneigd zijn om deze subtypen kwalificeerders te gebruiken bij het beschrijven van zijn/haar klachtervaringen, omdat hij/zij het idee heeft dat de arts hierdoor een beter beeld kan vormen van de klacht. Wanneer een patiënt weinig of geen gebruik maakt van deze subtypen kwalificeerders, vraagt de huisarts wellicht expliciet aan de patiënt om de mate van pijn of duur van de klacht(en) te beschrijven. Dit gebeurt hoofdzakelijk in de probleempresentatiefase, doordat deze fase daar de ruimte voor biedt en dit tot de conversationele taken van de gespreksdeelnemers behoort (Mazeland, 2003; Ten Have, 2005). Niet alle kwalificeerders die gebruikt werden bij het beschrijven van de klachtervaringen hadden echter direct betrekking op de pijn- of klachtbeschrijving. Sommige kwalificeerders gingen over de emoties die patiënten bij hun klachten ervaren of de dingen die zij niet meer of juist nog wel kunnen doen met de klachten, zoals het geval is in de volgende TCU's: "*En ik klus af en toe nog wel eens een keertje zo dus dat gaat ook allemaal nog wel.*", "*Nou ik vind het vooral ook heel onhandig.*" en "*Ja daar maak ik m'n eigen een beetje zorgen over ja*".

Beperkingen

Het huidige onderzoek kent een aantal beperkingen. Allereerst werd er geen rekening gehouden met de genderidentiteit van de participanten, maar werd enkel hun sekse geanalyseerd. Sekse

verwijst, zoals eerder beschreven, naar het biologische verschil tussen mannen en vrouwen. Gender refereert daarentegen naar de sociaal-culturele en psychologische aspecten van het man- of vrouw-zijn (Muehlenhart & Peterson, 2011). Individuen kunnen zich in meer of mindere mate definiëren als (stereotype) man of vrouw, wat hun taalgebruik kan beïnvloeden (Fuchs, 2017). Doordat de genderidentiteit van de participanten niet bevestigd is, kan het huidige onderzoek minder goed vergeleken worden met bepaalde eerdere studies. Ook kunnen eventuele verklaringen, die bijvoorbeeld verband houden met femininiteit of masculiniteit, van gevonden effecten niet worden gegeven. Ten tweede kan de externe validiteit van het onderzoek worden betwist. Er namen relatief weinig participanten deel aan het onderzoek. Hierdoor bleven mogelijk bepaalde significante effecten uit en kan wellicht minder goed worden gegeneraliseerd, al representeren de klachten van de patiënten in deze studie de meest voorkomende klachten in de eerstelijnszorg. Voor alle resultaten bleek de standaarddeviatie tevens groter te zijn dan het gemiddelde. Dit kan veroorzaakt zijn door een aantal uitschieters in de data, wat de resultaten kan hebben beïnvloed. Een grotere sample had dit probleem kunnen voorkomen. Met een grotere sample hadden ook de effecten van de subtypen kwalificeerders kunnen worden getoetst. Nu is het onduidelijk of er significante effecten optreden tussen mannen en vrouwen in het gebruik van bepaalde subtypen.

Vervolgonderzoek

In het huidige onderzoek is duidelijk geworden dat er verschillende redenen kunnen zijn waardoor verschillen tussen mannen en vrouwen wel of niet optreden in taalgebruik. Om (het gebrek aan) eventuele verschillen te kunnen verklaren, dienen culturele, institutionele, interpersoonlijke en individuele factoren in acht genomen te worden. Het was voorbij aan het doel van deze studie om het taalgebruik van de arts te onderzoeken. Toekomstige studies kunnen de voorafgaande uitingen meenemen om meer zicht te krijgen op de invloed van de directe interactionele context op het taalgebruik van patiënten. Daarbij is het interessant om te

verklaren wat er precies in het gesprek gebeurt waardoor patiënten geneigd zijn om extensiveerders of intensieverders te gebruiken. Ook de aanwezigheid van een eventuele naaste kan effect hebben gehad op het kwalificeerdergebruik van patiënten. Wanneer een naaste een relatief prominente rol inneemt in een consult, kan dit bepaald kwalificeerdergebruik gestimuleerd hebben bij de patiënt. Het wordt aangemoedigd om deze speculaties te onderzoeken en hierbij rekening te houden met de genoemde factoren. Aangeraden wordt om hierbij gebruik te maken van een grotere sample. Ten tweede is het interessant om met vervolgonderzoek bestaande theorieën over extensiveerders verder uit te breiden. Achterhaald kan worden of het frequentere gebruik van extensiveerders er daadwerkelijk toe leidt dat patiënten vaker terugkomen voor een follow-upconsult. Wanneer patiënten tijdens het eerste consult veel extensiveerders gebruiken bij het beschrijven van hun klachten, kan belangrijke informatie mogelijk onduidelijk zijn of verloren gaan. Hierdoor kunnen patiënten na het consult onzeker zijn of hun klachten wel goed overgekomen zijn bij de arts, maar kan ook bij de arts twijfel ontstaan over het succes van de behandeling. Het is problematisch als dit ertoe leidt dat patiënten vaker terugkomen voor een follow-up consult.

Het huidige onderzoek heeft verschillende inzichten aan het licht gebracht die verband houden met de relatie tussen de sekse en het taalgebruik van patiënten. Daarmee is dit onderzoek een eerste stap naar meer begrip van het taalgebruik van patiënten. Bovendien leveren de bevindingen uit deze studie een belangrijke bijdrage aan literatuur over verschillen tussen mannen en vrouwen in het gebruik van kwalificeerders binnen een institutionele context met specifieke asymmetrische rollen. In tegenstelling tot eerdere onderzoeken, verschilden mannen en vrouwen niet in het totale aantal kwalificeerders dat zij gebruiken bij het beschrijven van hun klachterevaringen. Echter, vrouwen bleken wel meer gebruik te maken van intensieverders bij het beschrijven van hun klachten dan mannen. Dit is een interessante bevinding, omdat binnen de medische context intensieverders voornamelijk *negatieve*

ervaringen versterken, terwijl eerdere studies het gebruik van intensiveerders juist met een *positieve* communicatiestijl associeerden. De intensiveerders die het meeste gebruikt werden in de data, zijn *bijwoorden van graad, stijlfiguren, bijwoorden van frequentie of kwantiteit, bijwoorden van modaliteit* en *overige bijwoorden*. Bovendien toont het huidige onderzoek dat het type dyad een belangrijke rol speelt in het totale kwalificeerdergebruik van mannelijke en vrouwelijke patiënten; mannen en vrouwen maken meer gebruik van kwalificeerders in *same-sex dyads*. Dat zowel mannen als vrouwen ook meer gebruik maken van extensiveerders in *same-sex dyads*, werd echter nog niet eerder gevonden. Daarnaast suggereren de resultaten niet alleen dat zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten iets meer extensiveerders dan intensiveerders gebruiken bij het beschrijven van hun klachten. Patiënten die voor het eerst naar de huisarts gaan voor hun klachten, bleken ook meer gebruik te maken van extensiveerders dan patiënten die een follow-upconsult hadden. De subtypen extensiveerders die het meeste voorkwamen in de data, zijn *extensiveerders die de kwaliteit van de informatie of de kennis waarover de spreker beschikt beperken, verzwakkende graadaanduiders, kwalitatieve ‘approximators’ en verzwakkende hoeveelheidsaanduiders die de kwantiteit of kwaliteit van een situatie aangeven*. Ook leidde de data tot een nieuw subtype extensiveerder, de *ontkennende versterker*, welke regelmatig gebruikt werd door patiënten. Omdat er vooralsnog weinig onderzoek werd gedaan naar extensiveerders binnen het (Nederlandse) onderzoeksveld, levert de huidige studie met deze bevindingen dan ook een belangrijke bijdrage in onderzoek naar extensiveerders. Het is cruciaal dat artsen aandacht besteden aan het gebruik van kwalificeerders door patiënten. Overmatig gebruik van kwalificeerders kan problematisch zijn voor een effectieve informatieoverdracht. Zo kunnen intensiveerders impliceren dat de arts informatie mist, en met het veelvuldige gebruik van extensiveerders kan informatie juist onduidelijk zijn of verloren gaan. Artsen dienen dan ook alert te zijn op het kwalificeerdergebruik van patiënten en nauwkeurige informatie te verkrijgen om een zo

accuraat mogelijk beeld te krijgen van de klachten. Dit kan leiden tot betere diagnoses en behandelingen, waardoor onnodige follow-upconsulten wellicht kunnen worden voorkomen.

Appendices

Appendix 1. Tabellen

Tabel 1. De frequenties van de TCU's, kwalificeerders, extensiveerders en intensiverders van mannen en vrouwen en het totale aantal kwalificeerders.

	Mannen (n=10)	Vrouwen (n=10)	Totaal (n=20)
TCU's	681 (45.7%)	809 (54.3%)	1490
Totaal Kwalificeerders	405	512	917
Extensiveerders	239	264	503
Intensiverders	166	248	414

Tabel 2. De gemiddeldes en standaardafwijkingen (tussen haakjes) van het kwalificeerdergebruik (*Extensiveerders/Intensiverders/Totaal*) van patiënten per TCU in functie van de sekse van de patiënt.

	Mannen (n=681)	Vrouwen (n=809)
Extensiveerders per TCU	.35 (.62)	.33 (.58)
Intensiverders per TCU	.24 (.51)	.31 (.58)
Totaal Kwalificeerders per TCU	.59 (.82)	.63 (.79)

Tabel 3. De gemiddeldes en standaardafwijkingen (tussen haakjes) van het kwalificeerdergebruik (*Extensiveerders/Intensiveerders/Totaal*) van patiënten per TCU in functie van de sekse van de arts.

	Mannen (n=681)	Vrouwen (n=809)
Extensiveerders per TCU	.32 (.59)	.35 (.62)
Intensiveerders per TCU	.29 (.56)	.27 (.55)
Totaal Kwalificeerders per TCU	.61 (.81)	.62 (.79)

Tabel 4. De gemiddeldes en standaardafwijkingen (tussen haakjes) van het kwalificeerdergebruik (*Extensiveerders/Intensiveerders/Totaal*) van patiënten per TCU in functie van het dyadtype.

	Same-sex (n=657)	Mixed-sex (n=833)
Extensiveerders per TCU	.37 (.65)	.31, (.56)
Intensiveerders per TCU	.30 (.54)	.26, (.57)
Totaal Kwalificeerders per TCU	.67 (.86)	.57 (.75).

Tabel 5. De gemiddeldes en standaardafwijkingen (tussen haakjes) van het kwalificeerdergebruik (*Extensiveerders/Intensiveerders/Totaal*) van patiënten per TCU in functie van de consultfase.

	Probleempresentatiefase (n=1222)	Overige fases (n=268)
Extensiveerders per TCU	.31 (.58)	.34 (.61)
Intensiveerders per TCU	.29 (.57)	.20 (.46).
Totaal Kwalificeerders per TCU	.64 (.82)	.51 (.72).

Tabel 6. De gemiddeldes en standaardafwijkingen (tussen haakjes) van het kwalificeerdergebruik (*Extensiveerders/Intensiveerders/Totaal*) van patiënten per TCU in functie van het consultmoment.

	Eerste consult (n=718)	Follow-up (n=772)
Extensiveerders per TCU	.38 (.63)	.30 (.58)
Intensiveerders per TCU	.26 (.53)	.29 (.57)
Totaal Kwalificeerders per TCU	.64 (.79)	.60 (.81)

Tabel 7. De frequenties, het percentage van het totaal en voorbeelden van de subtypen extensiveerders.

	Frequentie	% van totaal	Voorbeeld
kwaliceerders			
1. Kwantitatieve ‘approximators’ die getalsmatige informatie als minder precies presenteren	21	2.3%	‘ongeveer’, ‘rond de’, ‘een dagje ouder’
2. Kwalitatieve ‘approximators’ die informatie als minder precies presenteren	79	8.6%	‘in het algemeen’, ‘gewoon’, ‘in grote lijnen’, ‘een bepaalde/een soort’
3. Verzwakkende graadaanduiders	131	14.3%	‘een beetje’, ‘eigenlijk’, ‘wel’, ‘iets’
4. Dubbele ontkenningen van gradeerbare adjectieven	0	0%	‘niet onaardig’
5. Verzwakkende hoeveelheidsaanduiders die de kwantiteit of kwaliteit van een situatie aangeven, zoals dat een situatie zich sporadisch of kortdurend voordoet	56	6.1%	‘enkele’, ‘soms’, ‘even’
6. Onzekerheidsmarkeringen die aangeven dat een bepaalde	27	2.9%	‘misschien’, ‘waarschijnlijk’, ‘het kan’

situatie niet meer dan mogelijk/waarschijnlijk is			
7. Restricties die condities aangeven	0	0%	‘tenminste’, ‘alleen als’
8. Extensiveerders die de kwaliteit van de informatie of kennis waarover de spreker beschikt beperken	161	17,6%	‘volgens mij’, ‘zeg maar’, ‘ik weet niet’, ‘ik denk’
9. Distantiërende bronverwijzingen.	2	0.2%	‘kennelijk’, ‘blijkbaar’, ‘het schijnt’
10. Interactionele verzachtingen	1	0.1%	‘maar goed ik ben geen dokter ofzo’, ‘begrijp me niet verkeerd’, ‘ik wil je niet laten schrikken’
11. Ontkennende versterker*	30	3.3%	‘niet echt’, ‘niet heel erg’, ‘niet direct’

Tabel 8. De frequenties van de subtypen intensiverders, het percentage van de totale kwalificeerders en voorbeelden.

	Frequentie	% van totaal kwalificeerders	Voorbeeld
12. Voorvoegsel	0	0%	‘topatleet’
13. Bijwoord van graad	159	17.3%	‘hartstikke’, ‘heel/hele erge’, ‘echt’, ‘zo(‘n)’
14. Bijwoord van frequentie of kwantiteit	68	7.4%	‘altijd’, ‘veel’, ‘de hele tijd’
15. Bijwoord van modaliteit	30	3.3%	‘uiteraard’, ‘natuurlijk’, ‘inderdaad’, ‘zeker’
16. Overige bijwoorden	68	7.4%	‘al’, ‘helemaal’, ‘jaren’, ‘gelijk/meteen’
17. (Onbepaald) Telwoord	2	0.2%	‘tig keer’, ‘diverse keren’, ‘honderd keer’
18. Bijvoeglijk naamwoord	1	0.1%	‘zwaar werk’
19. Zelfstandig naamwoord	0	0%	‘vertoning’
20. Werkwoord	2	0.2%	‘overbelast’, ‘niet te houden’
21. Stijlfiguren	76	8.3%	‘vuurrood’, ‘op hol slaan’, ‘allemaal’
22. Syntactische intensiveringen	3	0.3%	‘steeds weer’, ‘nou weer’, ‘steeds meer’

Appendix 2. Codeboek

Codeerstappen

(1). Selecteren van relevante uitingen in de twintig transcripten. Dit zijn tien transcripten per dyad (*mixed-sex* en *same-sex*). Een tweede codeur zal dit voor 20% van de transcripten doen voor interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

(2). Coderen van relevante uitingen. Er zal gecodeerd worden of de uitingen wel of geen kwalificeerders bevat, welke typen kwalificeerders en het subtype van de kwalificeerders. Ook zal per TCU het aantal intensieveerders en extensiveerders en het totale aantal kwalificeerders gecodeerd worden. Een tweede codeur zal 20% van de uitingen coderen voor interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wordt voor beide stappen berekend met Cohen's Kappa.

1. Selecteren van relevante uitingen

Alle relevante uitingen van de patiënt worden geselecteerd. Een uiting is relevant als:

1. De uiting gedaan wordt door de patiënt en deze betrekking heeft op de beschrijving van de klachten van de patiënt;
2. De uiting betrekking heeft op ervaringen/angsten/gevoelens die gerelateerd zijn aan de klachten van de patiënt (Robinson & Heritage, 2006).

Voorbeelden van relevante uitingen zijn:

- *“Ik heb eh sinds zaterdag een eh vlek in mijn oog.”*
- *“Daar was ik al bang voor want nou zweet ik ook weer zoveel.”*
- *“Ik denk dat ik bevangen ben door de warmte vorige week.”*
- *“En als ik een Ibuprofen neem dan is het een half uur even weg maar dan komt het weer terug”.*

Voorbeelden van niet relevante uitingen zijn:

- “*Nou het is, ik zal eens kijken wat ik heb, ik heb deze. Die heb ik die tweede keer gekregen. Het is een iets andere dan de eerste.*”. Deze uiting heeft enkel betrekking op de medische behandeling en niet op de klachtervaringen van de patiënt.
- “*Ja begin oktober was die ehh 1 september 30 september was het 132 plus 70*”. Deze uiting heeft enkel betrekking op de diagnose en niet op de klachtervaringen van de patiënt.
- “*Naja ik zeg altijd maar zolang ik nog kan blijven boodschappen doen en eten koken.*”. Deze uiting heeft niet direct betrekking op de klachtervaringen van de patiënt en wat zij nog wel/niet met de klachten kan doen. Deze uiting heeft betrekking op het medische advies van de arts.

Analyse-eenheid

Nadat de relevante uitingen uit de transcripten zijn geselecteerd, worden deze uitingen opgedeeld in *turn constructional unit*'s (TCU's). Een TCU is een linguïstische eenheid dat gebruikt wordt om een beurt op te bouwen, zoals een woord, een zin, meerdere zinnen of een andere lexicale constructie (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). TCU's projecteren hun eigen (mogelijke) compleetheid. Met behulp van verschillende syntactische, intonationale en pragmatische signalen kondigt een spreker een (mogelijke) compleetheid aan en interpreteert de luisteraar dit als dusdanig (Sandvik et al., 2002, p. 237). Er zal naar TCU's gekeken worden, omdat gesproken taal soms geen grammatical finite werkwoorden bevat. Het is dan lastig om de unit te bepalen van de beurt. Bij TCU's zijn er meerdere cues, zoals intonatie en prosodie (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). Door naar TCU's te kijken, wordt dichter bij de natuurlijke interactievorm gebleven.

2. Coderen van TCU's

De volgende gegevens worden in het codeerschema in een Excelbestand (en vervolgens in een SPSS-bestand) verwerkt:

TCU_nmr	Nummer van de TCU (doorlopend van 1 tot 1490)
TCU	De volledige TCU
Transcript_nmr	Nummer van transcript
Sekse_Arts	Geslacht van de huisarts (1 = man, 2 = vrouw)
Sekse_Pat	Geslacht van de patiënt (1 = man, 2 = vrouw)
Dyadtype	Man-vrouw (1), man-man (2), vrouw-man (3), vrouw-vrouw (4)
Consultmoment	Eerste consult (1) of follow-up consult (2)
Duur	Lengte van het totale consult in minuten (hh:mm:ss)
Consultfase	(1) opening, (2) klachtenpresentatie, (3) medisch onderzoek, (4) diagnose, (5) behandelingsvoorschrift/advies, (6) afsluiting
Kwalificeerder	Afwezig (0), aanwezig (1),
Type_K	Indien kwalificeerder aanwezig; extensiveerder (1) of intensieveerder (2)
Subtype_K:	(1= Kwantitatieve 'approximators', 2 = Kwalitatieve 'approximators', 3 = , Verzwakkende graadaanduiders, etc.)
Extensiveerders	Het totale aantal extensiveerders in een TCU
Intensieveerders	Het totale aantal intensieveerders in een TCU
Totaal_K	Het totale aantal extensiveerders en intensieveerders samen in een TCU

Definities communicatievariabelen

Communicatievariabele 1: Consultfase

De fases van het medische consult zijn gebaseerd op de zes fasen die Robinson & Heritage (2006) beschrijven. Dit model komt overeen met andere theorieën (Long & Byrne, 1976; Ten Have (1989; 1991; 2002, Robinson, 2003; Maynard & Heritage, 2005).

1. **Opening:** De arts fungeert als een gastheer die de patiënt ontvangt met een bepaald doel. Aan het begin van de ontmoeting ontvangt de gastheer de gast, groet hij hem/haar, nodigt hem of haar uit, biedt een zitplaats aan en kan enkele initiële vragen stellen of opmerkingen maken over niet-professionele, d.w.z. niet-medische zaken. De gast begroet wederzijds, aanvaardt om binnen te komen en te gaan zitten en kan ook vragen stellen of opmerkingen van sociale aard geven. Die activiteiten vormen de openingsfase van de ontmoeting en zijn gericht op algemene principes van beleefde interactie (Ten Have, 2002)
2. **Probleempresentatiefase:** In deze fase krijgt de patiënt de ruimte om zijn/haar klachten te presenteren en hun angsten of bezorgdheid te uiten. De probleempresentatiefase is vaak de enige fase in de structuur van medische consulten waar patiënten op hun eigen manier en volgens hun eigen agenda hun klachten kunnen presenteren (Heritage & Robinson, 2006). De vragen die de arts stelt om uitgebreidere informatie te verkrijgen of om specifieke details of symptomen te vragen, worden hierbij ook meegenomen. De probleempresentatie wordt dus uitgebreid met een verbaal onderzoek door de arts. Volgens Ten Have (2002) kan in deze fase vaak een lichte spanning worden waargenomen tussen de patiënt, die zijn of haar verhaal wil vertellen, en de arts, die zijn of haar professionele agenda volgt om alternatieve diagnoses te controleren.
3. **Medisch onderzoek:** Eventueel kan een fysiek onderzoek volgen, waarbij enkele tests gedaan kunnen worden.

4. Diagnose: De vierde fase bestaat uit de diagnose van de arts. De arts geeft zijn conclusies en de diagnose. Dit doet hij door uitsluitel te geven over de oorzaken van de klacht en hierover uitleg te geven (Meeuwesen et al., 1988).
5. Behandelplan/advies: In deze fase krijgt de patiënt aanwijzingen om de klacht te verhelpen.
6. Afsluiting: Zodra er een vorm van acceptatie vanuit de patiënt is, kan de afsluitingssequentie worden geïnitieerd en het gesprek worden afgesloten. Deze fase bestaat vaak uit afspraken, wensen, bedanken en groeten (Ten Have, 2002).

Communicatievariabele 2: Type Kwalificeerder

Een kwalificeerder is een talig middel waarmee de betekenis van een uiting veranderd kan worden zodat de intensiteit van een uiting hoger of lager wordt. Deze variabele bestaat uit de geselecteerde uitingen van voorvoegsels, bijwoorden, telwoorden, bijvoeglijk naamwoorden, zelfstandig naamwoorden, werkwoorden, stijlfiguren, syntactische intensiveringen en typografie (Van Mulken & Schellens, 2012). Er wordt uitgegaan van twee typen kwalificeerders: intensiveerders (versterkende kwalificeerders) en extensiveerders (verzwakkende kwalificeerders).

Hieronder zullen de definities van verzwakkende en versterkende kwalificeerders besproken worden inclusief voorbeelden, uitleg en onderbouwing voor twijfelgevallen.

Communicatievariabele 3: Subtype Kwalificeerders

3.1 Extensiveerders

Indien communicatievariabele 2 een extensiveerder is, wordt er gebruik gemaakt van onderstaande verzwakkende kwalificeerders. Het analyseschema voor de subtypen extensiveerders is gebaseerd op het analyseschema van Pander Maat (on gepubliceerd manuscript) en Van Deelen (2019).

1. Kwantitatieve ‘approximators’ die getalsmatige informatie als minder precies presenteren (bijv. ongeveer, rond de, een dagje ouder, een paar dagen)
2. Kwalitatieve ‘approximators’ die informatie als minder precies presenteren (bijv. in het algemeen, gewoon, in grote lijnen, ook wel, van de laatste tijd, een bepaalde, een soort)
3. Verzwakkende graadaanduiders (bijv. een beetje, wat, wel, iets, eigenlijk)
4. Dubbele ontkenningen van gradeerbare adjectieven (bijv. niet onaardig)
5. Verzwakkende hoeveelheidsaanduiders die de kwantiteit of kwaliteit van een situatie aangeven, zoals dat een situatie zich sporadisch of kortdurend voordoet (bijv. af en toe, soms, enkele, een paar keer, even)
6. Onzekerheidsmarkeringen die aangeven dat een bepaalde situatie niet meer dan mogelijk/waarschijnlijk is (bijv. misschien, waarschijnlijk)
7. Restricties die condities aangeven (bijv. tenminste, alleen als)
8. Extensiveerders die de kwaliteit van de informatie of kennis waarover de spreker beschikt beperken (bijv. volgens mij, zeg maar, ik weet niet, denk ik, of zo, he?).
9. Distantiërende bronverwijzingen. Het gaat hier om uitingen die expliciet worden gebaseerd op ‘horen zeggen’, waarbij de spreker zich distantieert van de verantwoordelijkheid voor de inhoud van de uiting. (bijv. kennelijk/blijkbaar, het schijnt)
10. Interactionele verzachtingen: pogingen om interactionele consequenties van de taalhandeling te verzachten (bijv. begrijp me niet verkeerd, ik wil je niet laten schrikken)
11. Ontkennende versterker: een ontkennend element gevolgd door een versterker dat aangeeft (niet echt, niet zo, niet altijd)*

3.2 Intensiveerders

Indien communicatievariabele 2 een intensiveerder is, wordt er gebruik gemaakt van onderstaande versterkende kwalificeerders. Het analyseschema voor de subtypen

intensiveerders is gebaseerd op het Taalintensiteitsmodel van Van Mulken en Schellens (2012).

12. Voorvoegsel (topatleet)

13. Bijwoord van graad (hartstikke, heel/hele erge, wel, echt, zo('n), veel erger)

14. Bijwoord van frequentie of kwantiteit (altijd, nooit, niets, de hele tijd, veel boeren laten, alles, allemaal)

15. Bijwoord van modaliteit (uiteraard, natuurlijk, inderdaad, zeker)

16. Overige bijwoorden (wereldwijd, al, helemaal, meteen, gelijk, jaren)

17. (Onbepaald) Telwoord (honderd keer gevraagd)

18. Bijvoeglijk naamwoord (abject)

19. Zelfstandig naamwoord (vertoning)

20. Werkwoord (incl. werkwoordelijke uitdrukking) (schransen, ervandoor gaan)

21. Stijlfiguren (van alles, vuurrood, in het koppie, op hol slaan, allemaal)

22. Syntactische intensiveringen (zowel... als, nog eens)

** Dit subtype is niet afkomstig uit de analyseschema's van Pander Maat (ongepubliceerd manuscript) en Van Deelen (2019), maar is tot stand gekomen middels de data.*

Literatuur

- Bertakis, K. D. (2009). The influence of gender on the doctor–patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 356–360. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.022>
- Van Den Brink-Muinen, A. (2002). The role of gender in healthcare communication. *Patient Education and Counseling*, 48(3), 199–200. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00170-2](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00170-2)
- Brown, J. B., Carroll, J., Boon, H., & Marmoreo, J. (2002). Women’s decision-making about their health care: views over the life cycle. *Patient Education and Counseling*, 48(3), 225–231. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00175-1](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00175-1)
- Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician–patient encounter. *Patient Education and Counseling*, 48(3), 207–216. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00173-8](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00173-8)
- Byrne, P.S., & Long, B.E.L. (1976). *Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviours of doctors in the consultation*. London: HMSO.
- Carli, L. L. (1990). Gender, language, and influence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 941–951. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.941>
- Christie, C. (2002). Politeness and the linguistic construction of gender in parliament: An analysis of transgressions and apology behaviour. *Working Papers on the Web*, 3, Geraadpleegd van: <http://extra.shu.ac.uk/wpw/politeness/christie.htm>
- Dubois, B. L., & Crouch, I. (1975). The question of tag questions in women's speech: They dont really use more of them, do they? *Language in Society*, 4, 289–294.
- Fishman, P. (1980). *Conversational Insecurity* Peter Robinson and Philip Smith (eds). *Language: Social Psychological Perspectives*. p 127-32 .Oxford: Pergamon Press

- Gumperz, J. (1982). *Discourse Strategies*. London: Cambridge University Press.
- Jefferson, G. (1979). Sequential aspects of storytelling in conversation. In: Schenkein, J. (ed.): *Studies in the Organization of Conversational Interaction*. New York etc.: Academic Press, pp 219-248.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner journal*, 10(1), 38–43.
- Hall, J. A., & Roter, D. L. (2002). Do patients talk differently to male and female physicians? *Patient Education and Counseling*, 48(3), 217–224. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00174-x](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00174-x)
- Hanafiyeh, M., & Afghari, A. (2014). Gender differences in the use of hedges, tag questions, intensifiers, empty adjectives, and adverbs: a comparative study in the speech of men and women. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences* , 4(4), 1168–1177. Geraadpleegd van www.cibtech.org/sp.ed/jls/2014/04/jls.htm
- Hancock, A. B., & Rubin, B. A. (2014). Influence of Communication Partner's Gender on Language. *Journal of Language and Social Psychology*, 34(1), 46–64. <https://doi.org/10.1177/0261927x14533197>
- Hancock, A. B., Stutts, H. W., & Bass, A. (2014). Perceptions of Gender and Femininity Based on Language: Implications for Transgender Communication Therapy. *Language and Speech*, 58(3), 315–333. <https://doi.org/10.1177/0023830914549084>
- Hazenberg, E. (2015). Walking the straight and narrow: linguistic choice and gendered presentation. *Gender and Language*, 10(2), 270–294. <https://doi.org/10.1558/genl.v10i2.19812>
- Heritage, J., & Robinson, J. D. (2006). Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical care. *Communication in Medical Care*, 48–85. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511607172.005>

- Holmes, J. (1987). Hedging, fencing and other conversational gambits: an analysis of gender differences in New Zealand speech
- Holmes, J. (1987). Hedging, Fencing and Other Conversational Gambits: An Analysis of Gender Differences in New Zealand. Geraadpleegd van: https://www.researchgate.net/publication/246363637_Hedging_your_bets_and_sitting_on_the_fence_Some_evidence_for_hedges_as_support_structures.
- Holmes, J. (1995). Women, Men and Politeness. London/New York: Longman.
- Holmes, J. (2005). Power and Discourse at Work: Is Gender Relevant? Feminist Critical Discourse Analysis, 31–60. https://doi.org/10.1057/9780230599901_2
- Jespersen, O. (1922). Language. It's Nature, Development and Origin. London: Allen & Unwin
- Johnson, J. L. (1980). Questions and role responsibility in four professional meetings. *Anthropological Linguistics*, 22, 66–76.
- Leaper, C., & Ayres, M. M. (2007). A Meta-Analytic Review of Gender Variations in Adults' Language Use: Talkativeness, Affiliative Speech, and Assertive Speech. *Personality and Social Psychology Review*, 11(4), 328–363. <https://doi.org/10.1177/1088868307302221>
- Leaper, C., & Robnett, R. D. (2011). Women Are More Likely Than Men to Use Tentative Language, Aren't They? A Meta-Analysis Testing for Gender Differences and Moderators. *Psychology of Women Quarterly*, 35(1), 129–142. <https://doi.org/10.1177/0361684310392728>
- Liebrecht, C., Hustinx, L., van Mulken, M., & Schellens, P. J. (2016). Krachtige taal: Een literatuurstudie naar taalintensivering in vier onderzoeksvelden. *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, 38(1), 57-79. <http://www.ingentaconnect.com/content/aup/tt/2016/00000038/00000001/art00003>

- Maynard, D. W., & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education*, 39(4), 428–435.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x>
- Mazeland, H. J. (2003). *Inleiding in de conversatieanalyse*. Bussum: Coutinho.
- McMillan, J. R., Clifton, A. K., McGrath, D., & Gale, W. S. (1977). Women's language: Uncertainty or interpersonal sensitivity and emotionality? *Sex Roles*, 3(6), 545–559.
<https://doi.org/10.1007/bf00287838>
- Meeuwesen, L. (1988). *Spreekuur of zwijguur: Somatische fixatie en sekse-asymmetrie tijdens het medisch consult* (dissertatie).
- Meeuwesen, L., Schaap, C., & Van der Staak, C. (1991). Verbal analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine*, 32(10), 1143–1150.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90091-P](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90091-P)
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1955a). An examination of some basic sexual concepts: The evidence of human hermaphroditism. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 97, 301–319.
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1955b). Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 97, 284–300.
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1957). Imprinting and the establishment of gender role. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 77, 333–336.
- Muehlenhard, C.L., Peterson, Z.D. Distinguishing Between Sex and Gender: History, Current Conceptualizations, and Implications. *Sex Roles* 64, 791–803 (2011).
<https://doi.org/10.1007/s11199-011-9932-5>

- Mulac, A. (1989). Men's and Women's Talk in Same-Gender and Mixed-Gender Dyads: Power or Polemic?'. *Journal of Language and Social Psychology*, 8(3-4), 249-270.
<https://doi.org/10.1177/0261927x8983006>
- Mulac, A., Wiemann, J. M., Widenmann, S. J., & Gibson, T. W. (1988). Male/female language differences and effects in same-sex and mixed-sex dyads: The gender-linked language effect. *Communication Monographs*, 55(4), 315-335.
<https://doi.org/10.1080/03637758809376175>
- Murphy, B. (2010). *Corpus and Sociolinguistics. Investigating Age and Gender in Female Talk*. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins
- Pander Maat, H. (2004). Wervend taalgebruik in persberichten – werkt het? Hoe journalisten omgaan met persberichten in de luchtvaartsector. *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, 26(3), 207-223. Geraadpleegd via: https://www.aup.nl/journal-downloads/taalbeheersing/taalbeh_2004_nr3.pdf
- Pander Maat, H. (ongepubliceerd manuscript). Extensiveerders en expliciete oordelen in T-scan. 1-5
- Pilgram, R. (2017). Chapter 7. Argumentation in doctor-patient interaction. *Argumentation in Context*, 109-122. <https://doi.org/10.1075/aic.12.07pil>
- Preisler, B. (1986). *Linguistic Sex Roles in Conversations*. Berlin: Mouton de Gruyter
- Reid, S. A., Keerie, N., & Palomares, N. A. (2003). Language, gender salience, and social influence. *Journal of Language and Social Psychology*, 22(2), 210-233.
- Renkema, J. (1997). Geïntensiveerd taalgebruik: een analyseschema. In H. van den Bergh, D. Janssen, N. Bertens, & M. Damen (editors), *Taalgebruik Ontrafeld* (blz. 495-504). Dordrecht: Foris.

- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2004). Physician Gender and Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research. *Annual Review of Public Health*, 25(1), 497–519. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134>
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language*, 50(4), 696. <https://doi.org/10.2307/412243>
- Sandhu, H., Adams, A., Singleton, L., Clark-Carter, D., & Kidd, J. (2009). The impact of gender dyads on doctor–patient communication: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 348–355. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.010>
- Sandvik, M., Eide, H., Lind, M., Graugaard, P. K., Torper, J., & Finset, A. (2002). Analyzing medical dialogues: strength and weakness of Roter’s interaction analysis system (RIAS). *Patient Education and Counseling*, 46(4), 235–241. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00014-9](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00014-9)
- Selting, M. (1992). Intonation as a Contextualization Device. *The Contextualization of Language*, 233. <https://doi.org/10.1075/pbns.22.16sel>
- Shuy, R. (1984). Linguistics in other professions. *Annual Review of Anthropology*, 13(1), 419–445. doi:10.1146/annurev.an.13.100184.002223
- Ten Have, P. (1991). Talk and institution: A reconsideration of the “asymmetry” of doctor-patient interaction. In: Boden, D., & Zimmerman, D.H. (red.) *Talk and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis*. Cambridge: Polity Press: 138–63.
- Ten Have, P. (2002). Sequential structures and categorical implications in doctor-patient interaction: ethnomethodology and history. Revised version of a paper read at the conference ‘Structure and Emergence of professionalized “Praxis”’, J. W. Goethe-Universität, Frankfurt, Germany, September 26 – 28, 2001.

- Ten Have, P. (1989). The consultation as a genre. In: B. Torode, ed. *Text and Talk as Social Practice*. Dordrecht/Providence, R.I.: Foris Publications: 115-35.
- Turner, L. H., Dindia, K., & Pearson, J. C. (1995). An investigation of female/male verbal behaviors in same-sex and mixed-sex conversations. *Communication Reports*, 8(2), 86–96. <https://doi.org/10.1080/08934219509367614>
- Van Deelen, M. (2019). Een corpusanalyse naar het gebruik van extensiveerders in het politiek debat. Geraadpleegd van <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/381306>
- Van Dulmen, A. M. (1998). Doctor-patient communication during gynaecological outpatient consultations. *Patient Education and Counseling*, 34, S19. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(98\)90038-6](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(98)90038-6)
- van Mulken, M., & Schellens, P. J. (2012). Over loodzware bassen en wapperende broekspijpen - Gebruik en perceptie van taalintensiverende stijlmiddelen. *Tijdschrift voor taalbeheersing*, 34(1), 26–53. <https://doi.org/10.5117/tvt2012.1.over418>
- Veening, E. P., Gans, R. O. B., & Kuks, J. B. M. (2009). Medische consultvoering. <https://doi.org/10.1007/978-90-313-7995-8>
- Waara, E., & Shaw, P. (2017). Male and Female Witnesses' Speech in Swedish Criminal Trials. *HERMES - Journal of Language and Communication in Business*, 19(36), 129. <https://doi.org/10.7146/hjlc.v19i36.25842>