

门诊医疗会话特征

——中国大学校医院与三甲医院的比较

魏 慧¹, 董 洁¹, 魏 磊²

(1. 清华大学外文系, 北京 100084; 2. 南京医科大学第一附属医院胸心外科, 江苏 南京 210029)

摘要: 医疗会话(medical discourse)是一种特殊的语篇形式,它通常发生于医疗场所,是治疗者和被治疗者之间的会话。文章对校医院和三甲医院这两种不同的语境下医生和患者间的医疗会话模式进行研究,通过将医患间的会话进行录音,定性分析与比对两种语境下的语言模式及特点,考察各语境中的最小应答、话轮、重读音节这三种语境线索的数量与功能。结果表明,在两种语境下,医生都仍然在医疗会话中占据主导地位,但是相对来说,三甲医院的医生采用了更为患者友好的沟通方式。

关键词: 医患沟通; 门诊医疗会话; 三甲医院; 大学校医院; 语境线索

中图分类号: R197

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2014)06-456-005

doi: 10.7655/NYDXBSS20140608

医疗会话(medical discourse)在西方从19世纪70年代开始受到关注,现在已经发展成为语言学语篇研究(discourse analysis)分支下一个独立研究范畴。对于医疗会话的研究通常采用语篇分析的方法,运用不同的事例或评价体系,证明患者对沟通质量和就诊过程中信息传递交换过程、质量的满意程度间的联系。在这一领域内,Stubbs^[1]和 Roter 等^[2]的研究均表明,对话和语篇在医疗工作中起着重要的作用,医疗工作成功的开展必须要有良好的医患沟通作为支持。此外诸如 Nancy^[3]和 Ong 等^[4]的研究都关注了医疗会话中的不对称特性,分析了医疗会话背后的权力特征(power distribution)。这些研究都表明,医生通常在医疗会话中有着较大的主导权,而患者的权力较小。不过,Brashers 等^[5]研究显示出患者逐渐在医疗会话中掌握越来越多的主导权。

目前鲜有对中国医疗会话的研究,为填补这一领域的空白,本文分析了三甲医院和校医院两种语境下医疗会话中的语境线索。笔者通过录音采集发生在两种语境下的多组对话,筛选整理出2~3组最具代表性的门诊医疗会话进行比对分析,从而探究两种医疗场所中医患沟通方式的差异。

一、研究方法

(一) 实验对象

本研究中所有的实验者均为到医院门诊部就诊的患者和门诊医生,由于笔者可以获得的资源有限,因此6组在校医院的对话的发生场所均为中国一所综合性大学的校医院,其中2组就诊患者为笔者本人,其余4组就诊患者为随机挑选的前来就诊的患者;18组在三甲医院的对话发生场所均为江苏省一家公立三甲医院,其中2组就诊患者为笔者本人。

(二) 数据收集

所有的对话均为随机选取的自然交谈。笔者在作为患者身份进行数据收集时,确实是因身体不适前去就诊。而在其他组别的对话中,笔者均未参与其中,录音是在提前获得医生的许可下由医生代为采集的,并且在就诊结束时告知了患者,征得同意后使用。

(三) 语料转写

笔者对录音进行听写,并结合了 Treichler 等^[6]和 Mishler^[7]标注医疗会话方式来对语料进行转写。标注方式为:“[”表示重叠的话语;“()”表示言语间多余0.5秒的停顿,括号内的数字表示停顿的时长,

收稿日期: 2014-08-25

作者简介: 魏慧(1993-),女,北京人,学生,研究方向为英语语言文学;魏磊(1965-),男,江苏南京人,主任医师,副教授。

如(0.7)表示0.7秒的停顿;“?”出现在句尾,表示最后一个音节为升调;“:”表示对之前音节的延长,每个比号代表0.1秒的音节延长;重读音节用下划线表示。

二、数据分析

语境线索(contextualization cues)是由John Gumperz在*Contextualization and Understanding*中提出的概念,他认为语境线索的作用是突出显示某些语音或语汇语符列(string),这些语符列必须和文本相结合才有意义^[8]。因此,其作用实质上类似于一种交流信号,对交流结果产生影响。语境线索有很多种,包括韵律特征(重音和语调模式特征;prosodic cues)、副语言特征(paralinguistic signs)、语言风格选择(code choice)、公式化表达(formulaic expressions)。各种语境线索表现的具体形式有:语调、重音、语域转变、话轮、停顿等。这些线索能够在

对话一(发生在三甲医院):

1 医生:今天过来有什么问题啊?

2 患者:就是::这两天就是这个胸闷,[胸疼。有:一段时间了。[但是也是偶尔的,也不是很明[显,

3 医生: [嗯 嗯 [嗯 [嗯

4 患者:偶尔出现的。但是就是:前两天啊有刺痛感,就是在这个地方,这个刺痛感。[有时候要:要:

5 医生: [嗯 [嗯

6 患者:闷到个疼能持续大概:是::一天到两天。[嗯(0.8)就是:

7 医生: [刺痛感有一天到两天啊?

对话二(发生在校医院):

1 医生:你怎么了?

2 患者:头疼,就是这:个地方,很疼。

3 医生:(1.6)哪个地方?

4 患者:就这个地方。 嗯,疼了两天了。我正好才有时间过[来。 嗯。

5 医生: 这个地方疼啊? [是局部?

6 医生:是怎么个疼法啊?

话,可以发现,第一段对话中出现的最小应答的数量明显高于第二段,且基本由医生发出。对话一中医生在患者每给出一个新信息时基本都会立刻用最小应答来做出反应,以表明他在倾听并了解了患者的病情。而对话二中的医生基本没有使用最小应答。

其他样本也显示了同样的情况,即三甲医院中医生会在患者进行陈述时,较多使用最小应答。平均每8秒左右会使用一次最小应答,且多为“嗯”;而校医院医生平均每15秒才使用一次最小应答。

(二) 话轮

在每段对话中,对话双方均是交替说话,这种交替即为话语轮次(turn-taking),简称话轮。有些对话

一定程度上反映出说话者的态度,并给出一些潜在暗示,并可能影响倾听者对叙述者语句意思的理解。本文将重点关注三种语境线索:最小应答、话轮和重读音节。

(一) 最小应答

根据Fellegy的定义,最小应答是指在对话中的一些诸如“嗯”、“哦”、“好”等简短的回应,这些回应通常由对话中的倾听者发出,表明其在一定程度上是在对说话者进行回应^[9]。在医疗会话中,最小应答常常是由医生发出的,用以表示其在倾听患者的回答或阐述。下面的对话一是取自于三甲医院门诊部外科的一段时长8分钟的对话,节选片段为对话的开头部分;对话二取自于校医院门诊部内科发生的一段5分钟的对话,节选片段亦为开头部分。

这两段对话均是问诊的开头1分钟左右的部分,内容均为患者描述自身情况。比较这两段对

中,轮次较少,轮次间是自然交替的;而在另一些对话中,说话的一方会按照自己的意愿来控制轮次。医疗会话中的话轮常常与后一种情况相吻合,医生往往通过控制轮次来决定对话的主题走向。接下来的两个对话节选均为对话中患者描述完自己的总体病情之后的部分。

这两段对话有一些共同之处,两种语境下的医生都对话语伦次进行了控制。控制的方法主要是使用修辞性问句(rhetorical question),如对话三中的第3行以及对话四中的第5行及第9行出现的“是吧?”;或是像对话三第7行及对话四中第3行、第7行(“这儿?”)这一类的封闭式问题。这两类问题限制了患者的回答,修辞性问句起到了确认信息的作

对话三(发生在三甲医院):

- 1 医生:有多少时间啦?
- 2 患者:嗯::这两天,但好像过年前有一次爬楼梯突然觉得这个地方好像::气有点堵:[::
- 3 医生: 嗯 [这个礼拜,是吧?
- 4 患者:嗯嗯,就这几天。感觉这样用手,以前没在乎好像不疼,这两天,我感觉用手[::
- 5 医生: [没有什么原因吧?
- 6 患者:没有好像。(1)没在意(笑)。(6)好像平时也没有感觉它疼,但是就是用手按一下它会有一点疼。
- 7 医生:(3)跟你:这个::活动有关系么?(1)活动还影响啊?
- 8 患者:我不怎么::剧烈运动这些的。

对话四(发生在校医院):

- 1 医生:是怎么个疼法啊?
- 2 患者:就,就是里面在疼,(笑)我也不知道[:: 嗯:
- 3 医生: [里面在疼啊? 这个表面疼么?
- 4 患者:呃:就,你不碰::还好,但甩头或者是这么按的时候就会疼。
- 5 医生:哦,这个:摁的这两边感觉不一样的,是吧?
- 6 患者:嗯对,就在这个地方。(指向一处)这个(0.7)这个位置。
- 7 医生: 这儿?(触摸患者头顶) (2)这个:没有:没有受过伤吧?
- 8 患者:没有::就是[::
- 9 医生: [这个表皮会有感觉不一样,是吧?
- 10 患者:对就是你按上去的时候就疼,不碰的时候就不疼。

用,因此它能够让玩家直接给出是或否的明确回答。同样封闭式问题也会限制患者的自由发挥,让其直接对问题进行作答。

“问句常常在医疗会话中代表着权力”^[3]。医生作为诊断者,必须判断出患者的病因并给出相应的治疗方案,因此他们需要在问诊过程中搜集自己需要的信息来帮助诊断。在让患者自由描述过自己的总体症状之后,医生需要的是更多细节内容,因此这时他们往往会使用封闭式问题,从而控制话轮,保证对话的走向,或使用修辞性问句来确认一些信息。尽管在上面两种语境中,医生都对会话的大致方向进行了控制,但三甲医院的医生给予了患者更多表述的时间和机会,如对话三中的

对话五(发生在三甲医院):

- 1 医生:这样子啊,拍个片子,好吧? 如果没问题,[就是肋软骨炎。没什么关系的。
- 2 患者: 嗯 好的 [嗯 哦
- 3 医生:随诊,如果有情况,随时来看,没有情况,到时候你::做完以后,你:跟那边医生说一下,他::如果碰得到,因为不早了,可能他们一会儿就走了。如果,那边有医生,你问他,片子有没有问题。人家说没问题,就行。
- 4 患者:就直接问那个照:::照片的那个:::片:::拍片子的医生,然后没问题,我直接就[走。 [然后
- 5 医生: 对 [直接走,你:[不行
- 6 患者:没::没问题,直接就走。如果有[问题,下次再来。 哦
- 7 医生: [有问题,嗯:::你明天早上就来看。 他告诉你有问题你就明天再来看。应该没有大问题。

第5行那样,他们会等到患者不再给出新信息后才打断他们的回答。

(三) 重读音节

当医生进行最终诊断并决定治疗方案时,医患间需要对这些内容达成一致。因此,医疗会话的此部分通常是一个商议或说服的过程。下面的对话五与对话六,均为每段问诊的最后1~2分钟。

在这两段对话中,医生均使用了很多重读音节来使自己的意思明确地传达给患者。在对话五中,医生强调了诸如“有情况”、“没问题”、“有”等短语,这些短语多是跟在“如果”一词之后,为条件短语,强调这些短语的作用是让患者明确自己在什么样的条件下该采取什么样的行动。而对话五中强调的“应该”、

对话六(发生在校医院):

- 1 医生:这个::在表面的,应该::[::: 嗯 可能有点儿神经血管:神经性的?
- 2 患者: [应该没事儿吧? 一般什么原因呢?
- 3 因为我也是不是一次了,因为之前也有过这种情况,也是在这个位置。
- 4 医生:疼的不厉害吧? (2)你要是做事儿,它能::你能做的进去么?
- 5 患者: 还好。 能。
- 6 医生:先吃点儿药看看啊。嗯;维生素 B1、B12。(11)打字中。
- 7 患者:神经的问题,可能是因为考试紧张什么的。(19)
- 8 医生:甲钴胺(低声)。(13)疼的如果厉害的话,再给你开一个,那个::很剧烈的话,就再加一个:::卡马西平,不剧烈就算了。
- 10 患者:嗯::还好。
- 11 医生:吃点维生素 B1 和甲钴胺看看哦。

“拍个片子”这些短语表示判断,这是医生的诊断,这些短语的强调能够帮助患者明确自己的情况和治疗方案。在校医院的对话中,这两种类型的重读音节亦皆有出现。

在对两种语境下的所有收集数据进行分析后,笔者得出了表 1 的数据。在校医院中,医生使用的重读音节中,绝大部分为判断性短语,意在说明患者病情,给出诊疗方案;而在三甲医院中,医生使用的重读音节多为条件性短语,旨在说明不同情况下患者应该采取的措施。其原因大致是由于三甲医院中的患者情况较为复杂,所以医生多要求其进行进一步检查,而非像校医院医生一样直接诊断并开药。因此,在两种情况下,医生都通过重读音节强调出一些重要信息,避免不必要的错误。

表 1 三甲医院与大学校医院门诊对话语境比较 (个)

组别	对条件性短语的重读数量	对判断性短语的重读数量	总计
三甲医院	4.3	2.1	6.4
校医院	0.6	1.8	2.4

三、结论及启示

从以上的数据分析中可以发现,无论是在三甲医院还是校医院,医患沟通的模式大体上都是相似的,且会话多由医生主导。但是从细节上来看,两种语境下的沟通模式依然存在一些差异。三甲医院的医生在患者叙述时更多地使用最小应答,并在最后诊断时使用了较多的重读音节来提醒一些重要细节,同时,患者在沟通过程中有更多自由叙述的空间,所以,他们的沟通方式对患者更加友好。

中国现在面临着严峻的医患关系,而在医患关系中,沟通起着重要的作用。校医院的患者主体是教工和学生,且校医院主要负责常规病情的诊断治

疗。同时,在面对前来就诊的严重病患时,往往进行转诊。而在三甲医院里,患者背景比较复杂,且患者病情往往和校医院相比更重,因此,产生医患冲突的可能性和校医院相比更大。两种语境中不同的医患关系决定了不同的医疗会话模式。从本研究的结果中也可看出,三甲医院现在已经开始采用了现今越来越普及的患者中心型沟通方式。这样的沟通方式能让患者不再在会话中处于被动地位,且能在一定程度上避免纠纷的产生。而与之相对的,校医院中仍采用的是传统的医生主导型沟通。为了适应当前的医疗会话模式的发展趋势,校医院的医生应逐步改变自己的沟通方式,进行患者中心型沟通。同时,三甲医院的医生也应进一步完善自己的沟通方式,在有限的诊疗时间内实现全面良好的沟通。

但是,这一结果仍有其局限性。不同的医生或患者有着不同的沟通方式,所以会话模式事实上是因人而异的。在每种语境中都存在一些例外,因此,要使结论更具说服力,必须要收集更多数据加以佐证。此外由于笔者资源有限,本文中仅仅收集了两家医院中的门诊医疗会话数据,且医生的性别、科室都没有控制,因此,需要大量数据或通过控制变量进行深入研究。同时,由于医疗会话和社会因素息息相关,所以该研究结果仅能反映当前的沟通模式。

参考文献

- [1] Stubbs M. The sociolinguistic analysis of natural language [M]. Oxford: Basil Blackwell, 1983
- [2] Roter D, Hall J. Doctors talking to patients: improving communication in medical visits [M]. Westport, CT: Auburn House, 1993
- [3] Nancy AV. Claiming power in doctor-patient talk [M]. New York: Oxford University Press, 1988: 45-48

- [4] Ong L, de Haes J, Hoos A, et al. Doctor-patient communication: a review of the literature[J]. *Social Science & Medicine*, 1995 (40): 903-918
- [5] Brashers DH, Rintamaki LS, Hsieh E, et al. Pragmatics and self-advocacy in physician-patient interactions [M]//Houtlosser P, van Rees A. *Considering pragmatics-dialectics* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2006: 23-34
- [6] Treichler PA, Frankel RM, Kramarae C, et al. Problems and problems: power relationships in a medical encounter[M]//Kramarae C, Schulz M, O'Barr WM. *Language and power*. New York: Sage Publications, 1984: 55-61
- [7] Mishler E. *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews* [M]. Norwood, NJ: Ablex, 1984: 76-87
- [8] Grumperz. *Contextualization and Understanding* [M]//Duranti A, Goodwin C. *Rethinking context: language as an interactive phenomenon*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992: 232-236
- [9] Fellego AM. Patterns and functions of minimal response [J]. *American Speech*, 1995, 70(2): 186-189

Medical discourses in the outpatient department: a comparison between school clinics and public municipal hospitals in China

Wei Minhui¹, Dong Jie¹, Wei Lei²

(1. Department of Foreign Languages and Literatures, Tsinghua University, Beijing 100084; 2. Cardiothoracic Surgery of the First Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China)

Abstract: Medical discourse is a special type of discourse that occurs between the healer and the patient in medical situations. This paper examined the medical discourse under two different settings—school clinics and public municipal hospitals—between doctors and patients. By analyzing the language features of conversations recorded under each setting and making a comparison of them in the qualitative way—by studying three contextual cues, including minimal responses, turn-taking and stressed syllables, this paper came to the conclusion that though doctors under both settings still control a large proportion of the communication process, doctors in public municipal hospitals adopted a more patient-friendly way of communication.

Key words: doctor-patient communication; medical discourse in out-patient department; public municipal hospital; school clinic; contextual cues