

情境寒暄語與病人回應量之關係： 以醫老互動為例

黃聖娛

國立成功大學外文系

陳怡伶

國立成功大學外文系

蔡美慧

國立成功大學外文系

曹逢甫

國立清華大學語言所

摘 要

以病人為主問診強調蒐集病人的全盤性資訊；醫師的溝通技巧是促使病人主動發言的關鍵，而問候病人是醫病互動的開端。醫師使用適當的寒暄語和話題能促進病人發言。本研究目的在於檢視台灣醫師使用情境寒暄語與病方回應發言量之間的關係：情境寒暄語的哪些次類可引發病人較多的發言量？引發病人較多發言量之情境寒暄語，其話題有何特點？我們根據 44 個錄影語料分析醫師在問診開場階段中，對初診老年病人和病人陪同者（合稱病方）所使用的寒暄語。根據病方發言音節多寡，我們將寒暄語分為「低回應率寒暄語」（病方發言量小於 1 個音節）、「中回應率寒暄語」（病方發言量 2-6.5 個音節）和「高回應率寒暄語」（病方發言量 20.5-67.5 個音節）。其中，以高回應率寒暄語可引發的語意與資訊內容最豐富，醫病間有較多的問答互動（定位；grounding），所以我們又將「高回應率寒暄語」稱為「高延展寒暄語」。話題特性不同也是發言量不同的原因；高回應率寒暄語多屬於「社會關係話題」（例如詢問病人職業），中回應率寒暄語屬於「問診準備談話」（例如詢問老年病人聽力狀況）。病人最熟悉自己的社會關係狀態，因此，此類話題可以引發較多發言量；而問診準備談話僅是醫療過程一環，所引發發言量有限。最後，我們認為醫師使用社會關係話題與老年病人寒暄不僅可以建立關係，病人所透露的訊息也是醫師在評估病人社會心理狀態的重要參考。

關鍵詞：醫病溝通，寒暄語，言談分析，三人行老年門診

一、引言

隨著醫療進步，老年人口逐年增加，醫療需求也相對增加。然而，儘管醫療技術進步，身體衰老是必經過程，醫師如何與老年病人一同面對疾病與老化已是重要課題。醫師面對老年病人跟一般病人有很大不同：一般病人的疾病有治癒可能，而老年病人的健康則是持續性衰退，因此，在處置上會有很大不同。除了醫療問題之外，醫師與老年病人（以下簡稱為「醫老」）溝通方式關係著老人醫療照顧品質的優劣。老年病人通常已經從職場上退休，或是已非家中經濟支柱，身體改變與生活失落感都會影響到病人的身心狀況（劉樹泉 1995；沙依仁 1996）；因此醫師如何全盤性蒐集老年病人生理和心理資訊便很重要。要蒐集全盤性資訊（尤其是心理層面）需要老年病人主動參與，對初診醫老關係建立更是一大挑戰。要促進病人主動參與，醫師的溝通技巧很重要（Street, Gordon, Ward, Krupat, Kravitz 2005:961）。若醫師在問診一開始就能夠配合使用適當溝通技巧，便較能促進病人參與。Tsai（2005）針對台灣醫老溝通的開場階段，研究醫師所使用的寒暄語和病人回應間的關係，她發現醫師使用中國傳統式寒暄語（即情境寒暄語 situational greeting）所引發的病人回應量多於醫師使用西方式寒暄語（即一般寒暄語 general greeting，如「你好」）。（註¹）如此可知，醫師的寒暄語能夠引發病人不同的發言量。病人若能在開場階段多發言，便有利後續問診的積極參與，如此醫師更有機會得到全盤性資訊，提高診斷的正確性。情境寒暄語屬於中國人的傳統寒暄方式，說話者依當時情境隨性發揮（例如，「今天沒上班啊？」；「吃飯沒？」；「出門去玩嗎？」），因此，話題豐富多樣。而 Tsai（2005）並未進一步探討各種話題的情境寒暄語與病人發言量的關係。情境寒暄語的話題選擇很重要；在一般互動中，參與者的親疏關係（Maynard and Zimmerman 1984；Kellermann and Palomares 2004）和年齡的差距（Coupland, Coupland, Giles 1989；Greene, Adelman, Rizzo, Friedmann 1994）都會影響話題選擇。當醫師面對初次見面的老年病人，除了要拉近彼此關係之外，還必須顧及病人主體性，並非

1. 本研究語料以閩南語為主，國語語料以底線作為區別。

所有話題都可以選擇。因此，本研究以台灣南部某家醫科醫師與初診老年病人之互動為題材，探討老年病人步入診間後，醫師如何使用各種話題的情境寒暄語作為關係建立的第一步。哪些情境寒暄語話題可促進老年病人發言？這些寒暄語話題對老年病人有何特性？以下文獻回顧依照下列主題闡述：以病人為主問診模式、病人發言與醫師問診技巧、開場階段與建立關係、寒暄語的重要性與話題選擇。

二、文獻回顧

以病人為主 (patient-centered) 的問診模式著重於進入病人的世界，並且蒐集全盤性 (holistic) 資訊；全盤性資訊包括病人生理、心理、社會等各方面狀況。惟有蒐集完整資訊，醫師才能給予病人最適合的治療方式；然而並非所有的病人都願意主動說出自已在意的問題，而是使用間接透露線索的方式。唯有透過良好的溝通，才能引發病人主動說出自己心理或是社會方面的困擾 (Platt, Gaspar, Coulehan, Fox, Adler, Weston, Smith, Stewart 2001; Larivaara, Kiuttu, Taanila 2001:9; Lowes 1998)，醫師的溝通技巧便顯得很重要。Street, Gordon, Ward, Krupat, Kravitz (2005) 認為當病人能夠主動參與問診，通常能夠提供較多細節、發問和表達擔憂，如此能有利醫師蒐集資訊；再者，當病人主動參與時也較能遵從醫師的治療方式，病人自身也能得到較多醫療資訊。影響病人是否主動參與的原因不僅是病人本身特質，當下情境也很重要，也就是醫師的溝通技巧：包含醫病夥伴關係建立 (partnership-building) 和支持性言語 (supportive communication) 等，藉由這些技巧能促進病人主動參與並提供完整資訊。由以上可知，醫師使用適當溝通技巧，鼓勵病人詳細地表達病狀、心中擔憂與其他想法，便能達到以病人為主的溝通方式 (Zandbelt, Smets, Oort, Godfried, de Haes 2007)。病人主動參與形式有很多種，包含訊息交流、信任關係的建立和醫療相關決策等 (Street and Millay 2001)。因此，Ishikawa, Hashimoto, Roter, Yamazaki, Takayama, Yano (2005:907) 在評估病人參與度時，著重於病人口語行為 (verbal activity)，也就是病人發言量多，代表病人參與度高 (Zandbelt, Smets, Oort, Godfried, de Haes 2007)。

病人發言量可作為指標，觀察問診是否達到以病人為主，而醫師溝通方式是

促進病人發言原因之一。因此，Smith，Marshall-Dorsey，Osborn，Shebroe，Lyles，Stoffelmayr，Egeren，Mettler，Maduschke，Stanley，Gardiner（2000）便將過去以病人為主相關文獻整合成一套面談技巧，針對問診不同階段提供不同溝通重點。在主訴前的開場階段有以下五個重點：歡迎病人（Welcome the patient）；稱呼病人（Use the patient's name）；自我介紹（Introduce self and identify specific role）；確認病人準備就緒與隱私（Ensure patient readiness and privacy）；去除溝通障礙（Remove barriers to communication）和使病人感到舒適（Ensure comfort and put the patient at ease）。雖然後三者是最重要的，但研究人員未能提供具體言談技巧。再者，問診關係始於病人踏入診間那一刻，Walter，Bundy，Dornan（2005）認為問診成功與否與開場有關。Billings and Stoeckle（1999）關於問診技巧的教科書也提到病人一踏入診間後，即可從醫師的問候方式和營造的舒適度，看出醫師是否友善和關懷病人。如此開場階段成為醫師運用溝通技巧的第一階段，因此開場階段也是本研究之重心。

Robinson（1998）也將開場階段（opening phase）分為四個任務：寒暄（greeting）；請病人就座（getting the patient to sit down）；確認病人身分（securing the patient's identity）；詢問病人主訴（determining the patient's chief complaint）。此四個步驟與上述 Smith，Marshall-Dorsey，Osborn，Shebroe，Lyles，Stoffelmayr，Egeren，Mettler，Maduschke，Stanley，Gardiner（2000）的溝通重點相似，確認病人就緒包含請病人就座的步驟；惟，Robinson 的出發點為言談結構，因此未包含 Smith，Marshall-Dorsey，Osborn，Shebroe，Lyles，Stoffelmayr，Egeren，Mettler，Maduschke，Stanley，Gardiner（2000）提到的去除溝通障礙和使病人感到舒適的步驟。另外，Coupland，Robinson，Coupland（1994）關於醫老問診的研究，發現開場階段是醫師與病人之間情感交流的階段（phatic orientation），並將開場常見的互動內容分成下列幾項：叫名（Summons/approach）；寒暄（Greetings）；歡迎（Welcomings）；就座（Dispositional talk）；道歉（Apologies）；彼此熟悉（Familiarity sequence）；讚美（Compliments）；問診環境話題（Environmental talk）；開玩笑（Teases）；請病人稍等（Holding sequence）；你好嗎？（How are you? -type exchange）。比較 Coupland，Robinson，Coupland（1994）與前兩者的開場分類，我們可以

發現，問候、請病人就座、確認身分等是必要動作。Coupland, Robinson, Coupland (1994) 也認為，詢問主訴意謂著情感交流談話之結束及後續醫療談話之開端；因為一旦進入主訴（也就是「辦正事」），則進入以病人健康問題為主的資訊傳遞。綜觀上述專家看法，開場階段乃由一系列的言談活動組成，主要功能在於營造親切舒適的問診環境，除去溝通障礙，進而達到建立良好關係。惟，文獻不足處為未能針對寒暄語提供進一步的言談技巧，而這也是本研究希望達到的目的。

寒暄語是開場中常見的互動。透過寒暄語，互動者彼此建立關係、降低負面感受並達到社會交流目的（Akindele 1990）。Hong (1985) 將中國社會日常生活使用的寒暄語分為兩種：情境/個人（situational/personal）寒暄語和一般/制式（general/formulaic）寒暄語。一般寒暄語就是固定問候語，像是「你好」；這些制式化寒暄語是受西方影響而來。情境寒暄語則變化性較多，有關個人或是當下情境的寒暄語都屬此類，像是中午用餐時間的問候「吃了嗎？」，是屬於中國傳統問候方式。在中文互動中，以情境/個人寒暄語較普遍。除了 Hong (1985) 之外，陳秋娜（2005）將漢語問候語分為廣義與狹義兩類。狹義指的是一些固定形式詞彙，基於人與人之間的禮貌而使用；由於已經固化所以其語意層面逐漸虛化，而語用層面則越來越顯著，用來表示友好，例如「您好」。而廣義寒暄指的是沒有固定形式，在人與人互動時表達關懷的用語，所包含內容也較為豐富，例如對老人家詢問「您最近身體可好？」。石翀（2004）提到寒暄語是以交際場景或是行為等作為寒暄話題，像是「上街啊？」不是固定而是依當下情境或是動作作為寒暄話題。石翀（2004）及陳秋娜（2005）的發現再度證明 Hong (1985) 的寒暄分類是正確的；石翀（2004）以交際場景為寒暄話題的概念，而陳秋娜（2005）的廣義寒暄都與 Hong (1985) 的情境/個人寒暄語一樣，互動者藉由當下情境或是活動作為寒暄話題，形式不固定。Tsai (2005) 將 Hong (1985) 的分類應用到醫老問診研究，將醫師使用的寒暄語加以分類，分為一般寒暄語（general greeting）和情境寒暄語（situational greeting），她發現台灣醫師使用一般寒暄語時（例如「你好」），病人平均發言量是 4.2 個音節；使用情境寒暄語時，病人平均發言量達到 51.7 個音節。由此可知，不同寒暄語能夠引發病人不同程度發言量。如果醫師適當應用寒暄語問候病人便能在開場與病人建立好關係，以期病人能夠主動參與問診並提供完整資訊，以利醫師診斷。然而，上述文獻尚未進一步探討各種話題的

情境寒暄語在互動中所產生的效果。在醫老情境中，我們只知道醫師使用情境寒暄語能夠引發病人較多發言量，但我們不知道醫師選擇的話題是哪些？而這些話題選擇在初診醫老互動中所帶來的效果和意義又為何？因此，本研究根據台灣醫老問診語料，探討醫師在開場階段中所使用各種話題的情境寒暄語，以及這些話題對老年病人所具有之意義進行研究。

每種言談活動（speech activity）皆有其獨特的寒暄模式。Schneider (1987) 研究在聚會這一類言談活動當中，年輕人如何選用話題以達到情感交流的目的。Schneider (1987) 請八位英文系二年級學生演出互不認識的兩人在聚會上遇到的情形，互動時間為十分鐘，並錄下互動內容，完成之後請參與者列出先前互動話題，結果發現這些年輕人所選擇的話題很類似（包含對宴會的評價、人、食物、音樂、健康和運動等話題）。Schneider 進一步將話題分成三類：外在情境（the external situation）、當下情境（the immediate situation）和溝通情境（the communication situation）。外在情境指的是大環境，可以是超情境（supersituation），話題最廣泛，例如對宴會整體評價，或者是無關於宴會本身的話題，像是政治。當下情境是中性，無關個人的話題，談論有關所在情境，例如有關宴會中的食物和音樂等話題。溝通情境指的是有關互動者，例如互動者個人特質，像是社會地位和興趣等。雖然 Schneider 研究對象為年輕學生的互動，其目的則是情感交流。在醫病互動的開場階段，主要功能也是情感交流，因此，在醫老互動的言談情境下，建立情感交流所使用的寒暄話題有何特色？哪些寒暄話題可引發何種效應就成為本研究之探討重點。

三、研究方法

我們蒐集 44 個醫老問診語料，老年病人（60 歲或以上）皆有一位陪同者，病人平均年齡為 72.6 歲，皆為初診病人，醫師平均年齡為 33.3 歲。本研究主要重心有三部份：

1. 在台灣老年門診的開場階段，醫師使用的寒暄語包含哪些話題？
2. 哪些寒暄語能夠引發病人較多發言量？
3. 為何某些情境寒暄語有較高的病人參與？

語料蒐集以台灣南部某教學醫院之家庭醫學科為研究對象。語料收集採錄影方式。當初診老年病人完成掛號，與陪同者於候診室等候時，研究人員協助病人填寫「家庭醫學部初診病患自填問卷」，並向病人徵求同意錄影；錄影設備安裝於診間天花板之隱密角落，病人候診時間平均為 10-20 分鐘。所有的錄影語料皆轉寫為文字稿，並根據 Tsai (2006) 的轉寫方式，^(註 2) 包含口語與非口語部分以利分析。互動主要語言為閩南語，謄寫方式以漢字為主，若無相應漢字時則使用台灣閩南語音標系統 (TLPA) 標記發音，例如發語詞 henn。以此方式共搜集 44 個初診問診語料，為了減少差異，在案例選擇上有以下原則：所有病人皆為初診，^(註 3) 每位病人都有一位家屬或親友陪同，合稱「病方」。^(註 4) 醫師為主治或駐院醫師，每位醫師通常都有一位跟診小姐，合稱「醫方」。所有案例之開場階段皆由醫方主動給予口語寒暄（即醫師未給予寒暄或僅給予非口語寒暄不列入本研究）。^(註 5) 文中所提及病人之姓名皆為假名以保護病人身分。

四、分析架構

由於本研究重心為醫師在開場階段使用寒暄語與發言量之關係，以下將介紹開場階段界定方式、寒暄語分類、發言量計算方式、寒暄語後病人發言量計算方式和寒暄語的延展性 (extensibility) 計算方式。Tsai (2005:54) 將問診開場階段 (opening stage) 定義為病人進入診間到醫師提出第一個醫療相關問題之前的互動；所謂醫療相關問題乃指詢問病人主訴 (chief complaint) 的問句，此問句是醫師開啓蒐集資訊階段 (history taking) 的起點，例如：「你今仔來主要是啥物問題？」、「今仔來是按那？」等。因此，本文界定開場階段時，也以醫師所使用的第一個醫療相關問題為界線，此問題提出前的互動都視為開場階段。

2. Tsai (2006) 的謄寫方式是根據 Tannen (1984) 並稍作變動。

3. 急診轉介或是回診之案例不列入本研究範圍。急診病歷通常會記載病人急診原因，醫師可能因此省略開場而直接進入主訴，而影響寒暄語出現率。回診案例中，醫病雙方已經認識，其寒暄語模式可能因過去相處經驗而異，故選擇初診病人，以減少案例差異性。

4. 本研究屬於「台灣醫病溝通」系列研究之一，原始目的在於醫師、病人與陪同三者的互動關係，故語料皆為三人行語料。

5. 由於本文目的為研究醫師之開場寒暄語，有些案例中是由病方主動問候或是病人直接進入主訴，影響到醫師寒暄語的使用次數與頻率，因此這類案例不列入研究範圍。

Tsai (2005) 探討台灣南部醫病對話開場階段，根據 Hong (1985) 將寒暄語分為一般寒暄語與情境寒暄語，並且將開場階段分成醫師的五個行為 (Acts: 1. 確認病人身分; 2. 以一般問候語問候病方; 3. 請病方就座; 4. 以情境問候語問候病方; 5. 詢問病人主訴)，當醫師使用像是「你好」等制式寒暄時，視為一般寒暄語 (general greeting, 行為 2)，其他有關病人本身或是當下情境的寒暄語都屬於情境寒暄語 (situational greeting, 行為 4)。本文沿用 Hong (1985) 和 Tsai (2005) 將語料所觀察到的寒暄語作初步分類，並計算其引發的發言量，再根據發言量分佈，將寒暄語細分為低、中、高回應率寒暄語。

關於計算病人發言量，我們以音節作為計算單位，由於閩南語為音節語言 (syllabic language)，每個音節通常代表一個詞素，在謄寫稿中的漢字與拼音文字都採音節計算，例如發語詞 henn/honn 等皆以一個音節計算。Tsai (2000:96-97) 提出使用音節計算的兩大好處：第一、音節計算較句子 (sentence)、字 (word)、發言 (utterance)、或是話輪 (turn) 等計算方式，要直接與客觀；第二、發言過程中的言談運作機制，像是重述 (repair)、尋詞 (word search)、詮釋 (rephrasing)、重複 (repetition) 等都可藉由音節計算的方式記錄下來。因此，本研究藉由音節計算呈現出醫師與病人互動的真實樣貌。

在界定完開場階段、寒暄語類別與發言量計算方式之後，以下介紹醫師使用不同寒暄語時，病方發言量計算方式。首先，我們將醫師開場階段的發言，根據其話題做分類，接著計算病方針對此寒暄語所回應音節數，統計出各個寒暄語所引發病方之平均發言量。此外，在進行醫師寒暄語分類時，若是醫師重複病人發言，或是作確認 (confirmation) 等皆不列入寒暄語分類中 (醫師的此類言談機制將於下段討論)。從 (語料一) 中，醫師在第 4 行時，提出第一個醫療相關問題，在此問題之前則是開場階段。在此開場階段中，醫師使用了兩個寒暄語：第一個詢問陪同者身分「你是伊啥人？」，第二個是請陪同者就座「呼，你請。請坐 hann，請坐 henn，…」。

在醫師詢問陪同者身分後，病方回應了「我伊新婦，」四個音節。接著醫師請病人就座，此時病人並無口語回應。因此，「陪同者身分」引發了病方 4 個音節，「就座」引發 0 個音節。以此方式，我們分析 44 個問診語料的開場階段，計算出各個寒暄語平均所能引發之音節數，並且觀察哪一類寒暄語能引發較多音節數。

(語料一) 呂先生為 84 歲男性、陪同者為媳婦、醫師為 29 歲男性駐院醫師

	醫病對話	醫師寒暄語分類	病方回應音節數
1	醫師：你是伊啥人？	陪同者身分	
2	病人：我伊新婦，		4
3	醫師：呼，你請。請坐 hann，請坐 henn， ...	就座	0
4	醫師：啊呂先生你即嘛人按那？	第一個醫療相關的問題	

在統計完各個寒暄語所引發之平均發言量之後，我們進一步觀察寒暄語的延展性 (extensibility)。延展性指的是在互動中，一個寒暄語進一步討論或是澄清的程度。當彼此不認識，醫師與病人建立共同背景與促進理解便很重要。定位 (grounding) 便是一種建立共同背景與促進理解的言談機制。定位有四個主要概念 (Clark and Brennan 1991；Traum and Heeman 1996；Paek and Horvitz 2000；Li 1999)：第一、定位是一種面對面互動過程，是說者與聽者間的互動，說者發言後 (utterance)，聽者給予回應 (reaction)，接著是說者確認 (confirmation)；第二、定位的目的在於建立共同背景和理解，說者與聽者互動就是為了能夠建立，共享一些觀念 (beliefs) 或背景 (common ground)；第三、定位經由兩互動者協調與更新資訊而達到共識，在達到共識之前，訊息會經過呈現 (presentation phase) 與接受過程 (acceptance phase)，說者呈現之後會經過聽者確認，共識便達成；第四、定位是向上累積的概念，經由不斷的訊息確認過程，累積聽者與說者之間背景達成共識，對彼此的了解也因為這樣的累積過程而增加。我們認為在醫老初次見面時，任何關於病人的資訊，都是經由醫師詢問、病人回答而達到了解與確認，有時候醫師會針對病人回答，深入詢問而建立對彼此的了解，兩人關係便藉由一問一答而建立。若醫師與病人對於相同話題的定位次數越多，兩人共同背景也就越穩固，資訊傳達也就越正確。根據 Li (1999)，在互動過程中達到越多的定位，資訊傳達越有效。在 (語料二)，醫師使用了「就醫史」為寒暄話題，詢問病人是否曾在本院就醫 (第 1 行：啊你攏毋捌來阮病院過?)，病人回答過去做過眼部手術，共 12 個音節 (第 2 行：去手術目調仁和第 4 行：佇你病院彼啊)；之後醫師再度確認病人是否在此醫院開刀 (第 5 行：佇遮喔)，病人確

認後，又補充說自己對醫院附近還是不熟（第 6 行：henn，來遮行幾若趟，啊嘛毋知位），共 14 個音節。此時，由於醫師對於「就醫史」話題連續使用兩次，病人發言量計算方式是合併兩次回應音節數（也就是病人對此話題回應共計 26 個音節）；如此在此互動中，「就醫史」話題引發了 26 個音節。在（語料二），「就醫史」話題使用了兩次。相較於（語料一），醫師在「陪同者身分」話題後，便接著進入「就座」話題，「就醫史」與「陪同者身分」這兩個寒暄語的延展性，便有所不同：「就醫史」寒暄語得到進一步討論或是確認，而「陪同者身分」寒暄語則無；如此，「就醫史」話題訊息傳達比較豐富與明確。因此，醫師在使用寒暄語時，有越多的定位過程，醫師所蒐集的資訊也更齊全。然而要評估不同寒暄語的定位數量，需要更明確的計算方式。Li（1999）在計算定位數量時，將定位定義為說者與聽者的口語行為，而這些行為的目的在於使先前所提及的訊息再次重複、部分重複、重述、解釋、確認、或澄清，這些行為在三個步驟中完成：發言（utterance）、回應（reaction）、和確認（confirmation）。這三個步驟可以在兩到數個話輪（turn）間完成，前兩者必為口語互動，而第三者可為口語或是非口語行為，本研究採用 Li（1999）的計算方式評估寒暄語的定位數量。在（語料二）中，當醫師說“啊你攏毋捌來阮病院過？”，使用了「就醫史」為寒暄話題，視為定位中「發言」的出現，當病方回答“去手術目調仁”，就是「回應」的部份，醫師接著以口語方式

（語料二）李女士為 67 歲女性、陪同者為孫子、醫師為 34 歲女性主治醫師

	醫病對話	寒暄語分類	步驟	發言音節數	互動定位數
1	醫師：啊你攏毋捌來阮病院過？	就醫史	醫師發言		I
2	病人：去手術目調仁，		病人回應	6	
3	醫師：喔：		醫師確認		
4	病人：佇你病院彼啊，		病人確認	6	
5	醫師：佇遮喔，	就醫史	醫師發言		II
6	病人：henn，來遮行幾若趟，啊 嘛毋知位，		病人回應	12	
7	醫師：來遮手術目調喔？		醫師確認		
8	病人：henn，啊。		病人確認	2	

回應“喔”，便是「確認」部分，這樣就是一個完整的定位，若是醫師接續病人回應，再使用「就醫史」寒暄語（第5行：佇遮喔），並完成三個步驟（第5-7行：D發言-佇遮喔；P回應-henn，來遮行幾若趟，啊嘛毋知位；D確認-來遮手術目調喔？），這時「就醫史」寒暄語就有兩個定位。觀察不同寒暄語的定位數量，便可以看出其延展性。就內容而言，醫師可以更確定病人就醫史內容，除了知道是在相同醫院有就醫經驗之外，也知道過去病人眼部有過手術，醫病間就有共同背景與理解。

在此特別說明，在觀察言談機制上，發言量計算與定位量計算有不同的意義。發言量的計算可以看出病人針對醫師寒暄語的回應量。針對醫師所提出的寒暄語病人回應較多的音節數，表示病人參與較多，所提供的資訊也較多。發言量的計算是屬於病人獨白的計算；若是以定位量計算可以看出病人與醫師間訊息交流情形；針對一個寒暄語話題，較高的定位數則可以看出此話題經過延展，也就是說這個話題在醫師提出之後，聽完病人的回應醫師再度詢問相關訊息，並引發病人新的回應；這樣的醫病問答互動讓訊息更多元，並得到較豐富的語意或資訊內涵。再者，在開場階段中，醫老的言談互動不僅是醫師使用寒暄語和病人回應，還包含醫師的重複、確認或澄清等口語行為；利用定位量的計算，能更明確了解醫師在開場階段中，除了寒暄語之外的言談行為。如此，在觀察發言量的同時，定位量的觀察有助於我們更了解醫老互動情形。

五、結果

我們以病人回應音節數評估醫師寒暄語引發的回應量，並計算定位數量以評估各類寒暄語的延展性。以下本研究的分析與討論分為三大部分探討：第1和2部分呈現本語料所觀察到的各種寒暄語話題之次分類、出現情形，以及這些話題之延展性差異。根據第1和2部分的數據結果，我們於第3部份探討解釋寒暄語的差異與其達到的溝通功能。

1. 寒暄語話題次分類與出現情形

檢視44個問診語料之後，我們發現醫師常用寒暄語話題分為18類（表一）。

表一呈現醫師所使用寒暄語話題、出現次數、訊息新舊、話題分類說明和從實際案例中所擷取的例子。我們並將寒暄語根據 Tsai (2005) 的分類，分為一般寒暄語（行為 2；參考三、分析架構）和情境（行為 4）寒暄語。一般寒暄語為固定語式，是受西方文化影響而產生的寒暄語，例如，「你好」。與 Tsai (2005) 不同的是，我們認為確認身分（行為 1）和請病方就座（行為 3）在問診中屬於普遍制式化行為，因此將稱呼（「來，…歐巴桑，honn」）、姓名（「陳修書女士 honn？」）、自我介紹（「我是 X 醫師」）、就座（「好，請坐」）合併 Tsai (2005) 的一般寒暄語，稱為制式寒暄語。而情境寒暄語則無固定語式，且其內容是關於個人的，屬於中國傳統寒暄方式，例如本文所觀察到的年齡（「呼，你民國一年喔」）、外貌（「你 khai 行路按那 khiau7-ku3 khiau7-khu1 啊？」）、聽力（「我按那講你聽有無？」）、語言（「你講國語啊是台語？」）、工作（「共你寫做田噢？」）、地點（「哎喲，你馬公的人 hio？」）、陪同者身分（「啥物人陪你來？」）、陪同者（「啊你叨有一個，一個厲害佇遮叨好啊」）、等待（「哦，等足久 honn？」）、病歷填寫（「妳這邊這邊是誰幫妳填的？是妳剛剛填的 honn？」）和就醫史（「啊你攏毋捌來阮病院過？」）。

此外，我們認為制式寒暄話題還有另一特色：訊息內容都是屬於已知訊息或舊訊息。醫師可輕易從病歷上得知病人稱呼和姓名，而醫師身分在病人掛號時，或從診間外的名牌便知道；因此我們認為藉由這些已知訊息的詢問，醫師開啓問診，有暖身與表達關心的效果，能夠有效降低初診時醫老不熟悉的感覺。相對之下，情境寒暄話題部分屬於新訊息，而且話題有較大發展空間，有關病人的外貌、聽力、語言、地點、陪同者、等待和病歷填寫等話題都是病歷上無法得知訊息，因此屬於未知訊息。藉由這些寒暄語話題醫師能更了解病人。然而像是年齡、陪同者身分、工作和就醫史等儘管已在病歷中填寫，但我們認為醫師以這些已知訊息作為寒暄話題，能夠巧妙的得到發展空間，這些發展空間可歸因於醫老互動的時空背景，不同於前述的制式寒暄話題的已知訊息（用來暖身與表達關心）。Coupland, Coupland, Giles (1989) 認為針對不同年齡層，年齡的詢問有其不同意義：對小孩和青少年詢問年齡是一種關心其成長歷程的表現，在與孩童的互動中，詢問年齡甚至是例行的社交話題，例如我們習慣以「今年幾歲了？」、「唸幾年級啊？」作為寒暄話題，甚至是公共場合對不認識的孩童也如此。就孩童而言，

表一：醫師所使用的各類寒暄語話題、出現次數、訊息狀態、說明及例子

	出現 次數	訊息 新舊	分類說明	例 子
制式寒暄				
稱呼	12	已知	醫師使用先生/阿桑等稱呼病人	來，…歐巴桑，honn
一般寒暄	15	已知	制式化問候	你好
姓名	15	已知	叫出病人姓或全名；詢問與病人姓名相關的問題	陳修書女士 honn？
就座	32	已知	請病人或是陪同者就座	好，請坐
自我介紹	3	已知	醫師自我介紹	我是 X 醫師
情境寒暄				
年齡	2	已知	詢問病人關於年紀	呼，你民國一年喔
工作	2	已知	詢問病人工作	共你寫做田噢？
陪同者身分	12	已知	詢問陪同者與病人關係	啥物人陪你來？
就醫史	2	已知	詢問病人過去就醫史，或是相關求醫行為	啊你攏毋捌來阮病院過？
外貌	2	未知	詢問病人的外貌	你 khai 行路按那 khiau7-ku3 khiau7-khu1 啊？
聽力	1	未知	詢問病人聽力狀況	我按那講你聽有無？
語言	6	未知	詢問病人使用語言，或是口音	你講國語啊是台語？
地點	1	未知	詢問病人是哪裡人，或是從哪裡來	哎喲，你馬公的人 hio？
陪同者	2	未知	詢問其他與陪同者相關事情	啊你 to 有一個，一個厲害佇遮 to 好啊
等候	1	未知	詢問關於病人等待時間	哦，等足久 honn？
病歷填寫	4	未知	詢問病人病歷填寫狀況	妳這邊。這邊是誰幫妳填的？

「年齡」已成為反映他們身份的例行話題，但對中年人而言（尤其是女性）就很少見，而老年人時常自行提出年齡話題，儘管是初次見面的談話，也傾向於自己透露出年齡。如此我們認為醫老間詢問年齡是常態且容易接受的。陪同者身分、工作和就醫史都是老年病人所熟悉的話題，醫師根據病歷資料再加以詢問能達到關心病人的效果，同時也有利於醫師的資訊蒐集。總而言之，制式寒暄語多以已知訊息為話題，而情境寒暄語多以未知訊息為話題，而情境寒暄語當中，以已知訊息為話題者是符合當下醫老互動背景而產生。

再者，我們進一步探究這些寒暄語的出現次數。制式寒暄語中的稱呼（出現 12 次）、一般寒暄（出現 15 次）、姓名（出現 15 次）和就座（出現 32 次）在 44 個問診語料中出現次數都高達 12 次以上，而自我介紹出現 3 次。制式寒暄語出現次數頻繁可呈現其制式化程度高，是台灣醫師經常使用的開場方式；儘管制式寒暄語內容多為已知訊息，醫師仍傾向使用這些舊訊息來表現其關心。其中自我介紹出現次數最低，我們推測原因有二：台灣門診通常為病人自行選擇醫師，因此醫師較少自我介紹；再者，與醫師問診習慣有關，有些醫師習慣自我介紹，有些則否。相對於制式寒暄語，等待（出現 1 次）、地點（出現 1 次）、年齡（出現 2 次）、工作（出現 2 次）、就醫史（出現 2 次）、外貌（出現 2 次）、聽力（出現 1 次）、陪同者（出現 2 次）、病歷填寫（出現 4 次）和語言（出現 6 次）等出現次數多為 1 到 2 次，病歷填寫出現 4 次、語言話題出現 6 次，較特別的是陪同者身分話題出現高達 12 次。情境寒暄語的出現次數遠低於一般寒暄語，可看出台灣醫師多半少用情境寒暄語（Tsai 2005）；且情境寒暄語話題種類也較多，呈現出情境寒暄語的特色，也就是多半與當下情境或是個人有關話題。情境寒暄語中惟有陪同者身分話題出現次數較多，其原因在於醫老情境的時空影響，通常老年人就診時會有陪同者一同前往，如同前述醫師了解陪同者身分也有利於後續問診的話題選擇，在陪同者身分尚未被病人或是陪同者自己提出時，陪同者身分便自然成為醫師的開場話題選擇之一。

2. 寒暄語次分類與話題延展性

在前一部分結果中，我們將寒暄語話題分為制式寒暄語和情境寒暄語兩種，並探討這兩種寒暄語的訊息新舊特色與出現次數。在此部分根據各種話題寒暄語

所引發的發言量多寡分出低、中和高回應率三類寒暄語，並觀察哪些話題寒暄語能促進老年病人的發言參與，並能使醫生得到較豐富語義和資訊內涵。

表二呈現不同寒暄語引發病方不同程度的發言量。我們將平均發言量排序，得到以下分類。量化結果顯示，第一類寒暄語中醫師用稱呼病人、自我介紹、請病方就座、叫病人姓名和使用一般問候等開始與病人互動，病方回應量為 0.07-0.87 音節；由於病方回應量少於一個音節，據此視為「低回應率寒暄語」(low response greeting)。第二類寒暄語中醫師詢問病人像是病人聽力、進診間前等候時間、病人熟悉語言和陪同者身分等，病方回應量為 2-6.5 音節，視為「中回應率寒暄語」(mid response greeting)。第三類寒暄語中醫師詢問病方關於就醫史、病歷填寫、年齡、工作、外貌、地點和陪同者等，病方回應量為 20.5-67.5 音節，視為「高回應率寒暄語」(high response greeting)。但需強調一點，這是根據發言量數據所呈現的自然群聚來分類，例如，「低回應率寒暄語」中最高的發言量為 0.87 音節（一般問候），而「中回應率寒暄語」中最低的發言量為 2 音節（聽力），此兩數據相差 1.13 音節，且無任何寒暄語發言量介於此範圍，相同的，「中回應率寒暄語」中最高的發言量為 6.5 音節（陪同者身分），而「高回應率寒暄語」中最低的發言量為 20.5 音節（就醫史），此兩數據相差 14 音節，且無任何寒暄語發言量介於此範圍，因此，根據發言量的自然群聚呈現將寒暄語分為三次分類。再者，病人回應量低於 1 音節，是經由平均數計算而呈現，例如 A 病人對於 X 寒暄語完全沒有回應（回應率計為 0 音節），而 B 病人對於 X 寒暄語有回應（例如，1 個音節），如此在計算時，將 A 病人與 B 病人的回應音節數相加（ $0+1=1$ 音節），再除以總病人數（A 與 B 兩人）之後，才出現小數點（ $1/2=0.5$ 個音節）。

從表二還可以發現，前面所分類的制式寒暄語大多屬於低回應率寒暄語，而情境寒暄語則可分為中回應率和高回應率兩類寒暄語。如同前述，制式寒暄語的制式化和屬於已知訊息的兩大特色，都使病方的回應量趨低，而情境寒暄語多關於病人本身，則使病方發言多於制式寒暄語。儘管有些情境寒暄語屬於已知訊息（年齡、工作、就醫史和陪同者身分），但所引發的病方發言量，卻達到中或高回應率，可以呼應我們先前的討論，情境寒暄語的已知訊息多半是在當下醫老情境中自然引發，結果呈現出這些已知訊息仍能得到病方的中或高回應率，與制式寒暄語的已知訊息不同，可見這些已知訊息話題（年齡、工作、就醫史和陪同者身

表二：寒暄語次分類（根據發言量與延展量）

分類	寒暄語話題	發言量 (音節數)	訊息 新舊	次分類	延展量 (定位數)	次分類
制式寒暄語	稱呼	0.07	已知	低回應率寒暄語		
	自我介紹	0.33	已知			
	就座	0.5	已知			
	姓名	0.53	已知			
	一般問候	0.87	已知			
情境寒暄語	聽力	2	未知	中回應率寒暄語	1	中延展寒暄語
	等候	5	未知		1	
	使用語言	6	未知		1	
	陪同者身分	6.5	已知		1	
	就醫史	20.5	已知	高回應率寒暄語	4	高延展寒暄語
	病歷填寫	21.5	未知		2;2;2	
	年齡	32.5	已知		2	
	工作	39	已知		3	
	外貌	44.5	未知		2	
	地點	62	未知		3	
	陪同者	67.5	未知		3;4	

分) 在醫老互動中有其特殊意義（我們將在討論部份針對高回應率寒暄語話題做進一步的討論）。

由上述，可以了解各種話題的寒暄語所能引發的病人發言量，然而在病人回應之後醫師是否繼續詢問，即該話題是否得到延展也是值得探討的重點。因此，我們進一步檢視哪類寒暄話題，在醫老間會有較多的定位數，而得到較豐富的語意或資訊內涵。表二在延展量的部分，呈現醫師使用的寒暄語中，定位數達兩個或以上的話題，像是年齡、外貌、工作、地點、陪同者、病歷填寫和就醫史；我們發現這些話題大都屬於高回應率寒暄語；而且，這些高回應率寒暄語（病方發言量 20.5-67.5 個音節），除了引發較多發言量外，還能使話題繼續發展下去（2-4

個定位)，因此，我們將高回應率寒暄語又稱為「高延展性寒暄語」(highly extensible greeting)。這些話題經過兩次或以上的定位過程，而使得醫師對此話題的了解更詳細精確；而且經由醫師的主動詢問，病人也更容易投入話題中。在（語料三），醫師詢問關於病人工作話題，此話題中定位數達到 3。醫師提到病人在病歷中填寫的工作是做田（第 1 行：共你寫做田噢？），便針對病人用詞進一步詢問，引發病人的笑聲（第 3 行）和回應（第 4 行：啊..小姐叨卡 gâu..卡古意卡 gâu 寫，寫卡 sim7-sip4），接著醫師接續此話題，再度詢問病人是否仍有在田裡工作（第 6 行：啊你即嘛敢閣有去做稽？），此接連的話題為第二個工作相關寒暄。病人在回應中（第 10 行：即嘛佇厝裡，咧煮飯爾啦），主動提到自己現在生活狀態是在家幫忙煮飯。接著醫師針對病人狀況，詢問病人對於現階段工作的感受（第 13 行：煮飯有卡累無？煮飯卡累，猶是作稽卡累？）。此三個與工作相關寒暄都各自形成一個完整定位（發言、回應、確認）。第二和第三個「工作」寒暄語都是醫師以問句再度詢問已提及之內容，尋求更進一步訊息。如此，工作相關寒暄語在此互動中形成了三個定位，藉由三次延展，醫師對於病人目前工作了解清楚，雙方所建立的共同背景也更明確。

（語料三）賴女士為 71 歲女性、陪同者為媳婦、醫師為 35 歲男性主治醫師

I → 1. 醫師：..共你寫做田噢？＝

2. 醫師：＝我攏無講寫做田咧，我攏寫農夫吶，田是欲按那做？對無？田用掘欵，啊無做欵啦。

3. 病人：（笑聲）

4. 病人：啊..小姐 to 卡 gâu..卡古意卡 gâu 寫，寫卡 sim7-sip4（有趣）

II → 5. 醫師：啊你即嘛敢閣有去做稽？＝

6. 病人：＝無啦，

7. 醫師：無啊＝

8. 醫師：honn：，

→ 9. 病人：＝即嘛佇厝裡，咧煮飯爾啦

10. 醫師：咧煮飯哦，＝

11. 病人：＝哼＝

III→12.醫師：煮飯有卡累無？煮飯卡＝

13.病人：＝未啦

14.醫師：＝累，猶是作穡卡累？

15.病人：作穡卡累啦＝

16.醫師：＝作穡卡累哦

17.病人：henn::啦，煮飯就佇內底欸啊

18.醫師：煮飯嘛是足累咧，阮太太攏講煮飯足累

19.病人：（笑聲）啊慣習叨好啊

20.病人：咱叨做罔仔叨愛煮飯啊

21.醫師：哦::按呢哦

22.病人：＝啊人叨無閒，咱新婦無閒啊，

在表二，定位數為1的話題（像是聽力、等候、語言、陪同者身分），都屬於中回應率寒暄語。相較之下，這些中回應率寒暄語（病方發言量2-6.5個音節）因為病方的回應率低，這些話題互動僅在一個定位中即完成，稱之為「中延展寒暄語」。病人的回答很明確，醫師通常直接進入下個話題，而未進一步延展。例如（語料四），醫師使用了兩個屬於中回應率寒暄語話題（第2行：啊你是（指女兒）？；和第5行：啊伊是..）；在第二行時，醫師詢問陪同者身分，陪同者自行回答之後（第3行：我.我她女兒），醫師便詢問病人使用語言（第5行：你是聽台語的猶是國語的？）；病人與陪同者回答之後（第6行：台語的；和第7行：攏.攏會通），醫師重述病人回答（第8行：攏會通那按那 honn）。這兩類中回應率寒暄語話題（陪同者身分與語言），都在一個定位中結束。

（語料四）呂女士為67歲女性、陪同者為女兒、醫師為27歲男性駐院醫師

1.醫師：啊坐遮，henn

I→2.醫師：啊::你是（指女兒）？

3.陪同者：我.我她女兒

4.醫師：喔喔，

II→5.醫師：啊伊是..你是聽台語的猶是國語的？

6.病人：台語的＝

7. 陪同者：攏.攏會通
8. 醫師：＝攏會通.honn：honn::
9. 病人：攏會通那＝
10. 醫師：按那 honn
11. 病人：國語台語攏會通那

由此可知，醫師在開場階段使用不同類型寒暄語，會引發老年病人不同發言量。當中以年齡、外貌、工作、地點、陪同者、病歷填寫、就醫史這些話題最容易引發病人發言，稱之為高回應率寒暄語。又病人回應多，且醫師也易於從病人的回答中再進一步詢問，讓病人更投入話題，醫師也得到更詳盡資訊，定位數大於 2，因此我們又稱為高延展寒暄語。相較之下，聽力、等候、語言、陪同者身分話題，引發病人發言少，屬於中回應率寒暄語；這些話題多為一些基本資訊之收集，而且病人回應也有限，通常在 1 個定位中完成，因此我們稱之為中延展寒暄語。至於制式寒暄語，其所引發的病人發言量平均小於 1 個音節，可以顯示出病人對於這些制式寒暄語通常沒有多回應，在此便不計算其定位數。相較於單純觀察發言量，定位數更進一步呈現出話題在醫病間的互動狀態。

3. 寒暄語話題特性及其達到的溝通功能

由表二可知高回應率寒暄語的延展性高於中回應率寒暄語，以下我們進一步探討這兩類寒暄語發言量與延展性不同之原因。我們根據話題特性，將這兩類寒暄語話題進一步分類(表三)：高回應率寒暄語的話題特性傾向與病人的社會關係有關之話題 (socio-relational talk)，通常為與病人有關事件，可以是關於病人自己或者其外在社會所接觸的人事物，包含個人類、家庭類與健康類。個人類包括病人年齡、外貌、工作和地點的話題，地點可以是詢問病人是哪裡人或是病人從哪裡來，都是有關病人本身；家庭類是關於陪同者的話題；健康類則是有關於病人過去就醫史的話題，與病人健康有關。(進一步探討請見本文之討論部份)

我們認為中回應率寒暄語話題屬於問診準備談話 (preparatory sequence)。問診準備談話 (preparatory sequence) 是醫療情境準備過程 (setting)，在正式

表三：寒暄語話題特性

分 類	寒暄語話題	話題特性	
中回應率寒暄語	聽力	問診準備談話 (preparatory sequence)	
	等待		
	語言		
	陪同者身分		
高回應率寒暄語	年齡	個人	社會關係談話 (socio-relational talk)
	工作		
	外貌		
	地點		
	陪同者	家庭	
	就醫史		
	病歷填寫	健康	

開始醫療問診前，將病方安置妥當，讓病方感到舒適（at ease），以確保互動的流暢性。其中，所謂的舒適又可分為三種：生理上（physical ease）、心理上（psychosocial ease）、溝通上（communicative ease）。生理上的舒適（physical ease）包含請病方就座。診間是醫師的領域，當病人被叫入診間，醫師以主人的態度替病人安排座位且讓病人放鬆，以免病人有進入他人領域的不安或不熟悉感。心理上的舒適（psychosocial ease）包含讓病人心情放鬆，醫師表達出關懷（acts of caring），像是關懷病人在診間外等待時間，特別是在大醫院，病人進入診間前，帶著身體不適與對自己病況的疑慮，過長的等待時間會造成病人的不滿，醫師主動關懷或是表達歉意，能夠放鬆病人心理狀況。溝通上的舒適（communicative ease）指的是確認互動參與者和進行方式，包含確認或介紹參與者身分，醫師確認病人身分，確定手中的病歷無誤（Robinson 1999），再自我介紹與確認陪同者身分。參與者身分確認可以做為互動開始前準備。陪同者身分可以是照顧者、親人或者只是僱用司機等；因此病人與陪同者的親疏程度不同，醫師經過確

認之後，才能夠知道如何選擇適合話題 (Tsai 2005)。另外，使用老年病人習慣的語言或者是確認老年病人聽力，都有利醫師做適度調整，都是讓醫療溝通順利進行的必備條件。再者，生理上與溝通上的舒適也有助於達到心理上的舒適，例如醫師確認病人身分後，對於病人的姓名給予讚美，也有讓病人感到愉悅的效果。

值得注意的是，有關「陪同者」的話題是屬於高回應率寒暄語，而「陪同者身分」話題卻是屬於中回應率話題，其原因有二。第一、在醫師詢問陪同者身分時，通常使用三種問法：一種是醫師推測陪同者身分，所以用是非問句去詢問病人，例如「他是你兒子啊？」；另一種是填充式問句，醫師使用不完整句，並且尾音上揚邀請病人回答，例如「..這位是你的::？」；最後一種是 who 問句，例如「這係啥物人？」。這些問句有時會配合一些手勢，指著陪同者。這些問法使得病人的回答都很簡短，「陪同者身分」因為音節數少而屬於中回應率話題。而當醫師詢問關於「陪同者」的話題，多半是有關於當下，其可能性較多，病人較容易發展此話題，而成為高回應率寒暄語。第二、就這兩個話題的意義而言，詢問「陪同者身分」有確認醫師後續話題選擇的作用，所以屬於問診準備談話；而有關「陪同者」的話題可以是了解病人與陪同者間親疏關係，若陪同者為照護者則與病人關係密切，若陪同者為接送司機則對病人了解有限，不論是何種情況，陪同者身分有助於醫師了解病人的關係現況，屬於社會關係話題。

根據本文對問診準備談話的定義，醫師在一開始確認病方身分、請病方就座和醫師自我介紹，這些動作也是屬於問診開始前準備動作，常一起使用；然而這些動作都一起完成，所引發病人發言量很少，因此根據音節數分類是屬於低回應率寒暄語，而不是中回應率寒暄語。在（語料五）中可以看到醫師一見到病人便先稱呼病人，緊接著用一般問候語（第 1 行：henn，阿桑你好，..來），接著馬上請病人就座（第 2 行：遮坐），然後確認病人身分（第 4 行：你叫香翠 honn？）。在此部分請病方就座和確認病人身分都是屬於準備談話。

（語料五）劉女士為 80 歲女性、陪同者為兒子、醫師為 31 歲男性駐院醫師

→1. 醫師：henn，阿桑你好，..來，＝

→2. 醫師：遮坐，

3. 病人：＝好，

→4. 醫師：你叫香翠 honn ?

5. 病人：hio ,

6. 醫師：喔：，你的名未歹聽喔，

高回應率寒暄語與中回應率寒暄語的話題特性不同而造成其延展性的高低。高回應率寒暄語多為社會關係方面的話題，病人為此類話題的專家 (patient as expert)，屬於 Labov and Franshel (1977:62) 所謂的 A 事件 (A-event)，諮商師與案主的言談行為 (speech actions) 中，有關 A 本身的個人資料，或者是 A 在其他領域中的生活經驗等等 (例如案主自身的經驗等)，B (也就是諮商師) 不一定知道，而且 A 通常有了解特權 (privileged access)，A 是這些事件的專家，可以提供相關訊息，或是表達對這些訊息的想法和感受。就如同醫老互動中的社會關係話題，病人自己最清楚，並可以直接提供醫師訊息，或是表達自己意見與想法。而問診準備談話則較屬於情境下需求，醫師會詢問一些基本問題確保後續互動順利，病人通常會直接告知而沒有進一步發展。如此話題特性的差別進而影響病人回應量與話題的延展性。

我們根據話題所引發的病人音節數多寡，分成高回應率和中回應率寒暄語兩類，然後觀察其中的話題特性而歸納成社會關係話題與問診準備談話。需要澄清的是，寒暄語後續延展與否，取決於醫病互動當下情況，話題回應率 (音節數) 與話題特性 (社會關係話題或問診準備談話) 並非絕對關係 (社會關係話題並不一定都有高回應率，問診準備談話也有高回應率的可能)，例如「等待」和「病歷填寫」兩話題在話題特性上都屬於問診準備談話，但是其引發的發言量卻有所不同，使得等待 (平均 5 個音節) 屬於中回應率話題，而病歷填寫 (平均 21.5 個音節) 則是高回應率話題。深入分析各別互動可以發現，相同話題在某些互動中得到病人較多的回應 (發言量達到 20 個音節以上)，某些則否，例如在「外貌」話題上，在病人陳先生和病人胡女士兩案例的表現就非常不同。在 (語料六) 中，醫師在第一行詢問病人有關外貌的問題，病人回答了總共 10 個音節 (第 2, 4, 5, 7 行：有啊；哼；無染白蒼蒼哩；哼)。

(語料六) 陳女士為 83 歲女性、陪同者為兒子、醫師為 35 歲男性主治醫師

→1. 醫師：民國五年，照你按那喔，看起來是.你頭毛敢有去染？

- 2.病人：有啊
 3.醫師：有 honn ?
 →4.病人：哼
 →5.病人：無染白蒼蒼哩=
 6.醫師：=無染白蒼蒼，
 →7.病人：哼
 →8.醫師：你民國五年，按那看你按那嘛是無簡單呢，八十幾歲啊.八十三：四.=
 →9.病人：=規身人攏直欲翹去啊哩，

而在（語料七）中，醫師在第 1 行詢問有關病人的外表，病人與陪同者的回應總計達 79 個音節。病人將自己駝背的原因歸咎於自己身體的不適（第 5 行：愈艱苦叨愈.愈 khiau7.愈.愈），並進一步提到自己孫子對自己外表的反應（第 7 行：予阮這個孫仔按那笑.笑講），而陪同者將病人外表歸咎於特定生理問題（第 6 行：腹肚）。有關「外貌」話題是屬於社會關係話題，相較下這兩個案例引發了不同的病方發言量（10 個和 79 個音節）。此現象符合 Greene, Adelman, Rizzo, Friedmann (1994:230) 的看法：在初診時病人發言量與內容，會因為病人本身傾向 (patient's predisposition) 和醫師回應方式 (physician's receptivity) 而有不同。有些病人願意分享生活中細節，而有些病人選擇專注在醫療問診上。

（語料七）胡女士為 78 歲女性、陪同者為媳婦、醫師為 37 歲男性主治醫師

- 1.醫師：啊是你身體有按那艱苦才會按呢 khiau7-ku7.khiau7-kul ? =
 2.陪同者：=伊喔，..晏時攏睏未去，
 →3.病人：愈艱苦叨愈.愈 khiau7.愈.愈.哈哈（笑）
 →4.陪同者：腹肚::=
 →5.病人：予阮這個孫仔按呢笑.笑講
 6.病人：..汝嘛叨 khia7-pu5 起來
 7.陪同者：../攏未消化./
 8.病人：愈行愈彎，
 9.病人：/艱苦叨毋愛行，/

六、討論

本文主要結果顯示在醫老溝通中，醫師如何選擇話題是很大的關鍵。醫師選用社會關係話題能引發病人較多發言量，且使話題延展而提高醫病互動性。社會關係話題多為詢問老年病人有關個人、家庭、健康等資訊，病人為此方面資訊的專家。根據 Coupland, Robinson, Coupland (1994:91) 老年人的醫療照顧中除了病人生理上的問題之外，其他有關社會與關係上的問題也需要醫師關注，並提到醫師在開場階段大多使用情感交流談話建立與病人間關係，其談話內容大多是屬於社會關係話題 (socio-relational talk)。老年人的疾病時常與其生活環境和社會關係有關，例如家人支持、經濟來源和兒女情況等都會影響老年人的情緒而引發某些身體不適。藉由社會關係性談話，能夠確認老年病人的生理疾病是否與生活有關 (Coupland 2000:21)。醫師若能在開場階段使用社會關係相關的寒暄語，能引發病人較多發言量，還能幫助醫師蒐集病人在社會關係上的資訊。以下討論部份，我們針對本語料中出現的社會關係話題（見表三）做進一步討論。

本研究根據醫老互動語料，歸納出社會關係話題主要可分為三類：個人類、家庭類與健康類（在此部份討論不包含病歷填寫，因為其話題特性屬於問診準備談話），當中的個人與健康可以合併談。個人類包含年齡、外貌、工作和地點等，在醫老互動中，通常都是兩代間談話 (intergeneration talk)。本研究中醫師平均年齡是 33.3 歲，而老年病人平均年齡是 72.6 歲，兩世代間談話常見的特色，就是年齡的自我揭露 (disclosing chronological age, 簡稱為 DCA)，Coupland, Coupland, Giles (1989) 找出不同世代的人 (30-40 歲女性與 70-87 歲女性) 的互動特色，發現兩世代在初次互動中最常見的是有關年齡 (75%) 的話題，而且 80% 是由老年人主動提出年齡；她們認為老年人將年齡視為身分象徵 (identity-token)，年齡自我揭露並非單純的提供個人資訊，而可以透露出老年人對於老化的看法，主要分成兩種傾向：「歸因說法」(accounting pattern) 和「區隔說法」(disjunctive pattern)，歸因說法指的是老年人時常提到身體的退化，傾向將身體的老化歸因於年齡的增長，例如 “oh not very good (.) well I’m almost eighty and I can’t expect much / 喔..不太好...嗯...我就快八十歲了，還能怎樣” (p.

136)；而區隔說法是指老年人提到年齡時傾向於將自己與一般老化概念區隔，通常會自我讚美並尋求對方贊同，例如“well I lead quite a busy life although I’m eighty-six I’m not young / 嗯我的生活頗忙碌，儘管我已經 86 歲不年輕了”(p. 137)。由此可知，老年人對於年齡的看法能夠透露出其適應態度 (coping style)，如此我們認為醫師在開場階段主動對老年人提及年齡的話題，可以了解老年病人對於自身年齡的評價與看法，有利於醫師評估病人的心理狀態。

此外，Coupland, Coupland, Giles (1989) 更發現年齡常常與健康話題連結在一起，尤其是提到健康衰退或是身體惡化現象。在語料中發現，老年人時常會有這樣的陳述，例如“I’m seventy... this October so I find I can’t do it so good/我七十歲了…所以今年十月我發現我狀況不太好”(頁 135)。由此可以看出年紀增長與健康衰退的關係，是社會上普遍接受的概念，因此老年人時常會將自己身體的衰退歸咎於年紀的增長。在此研究語料中也發現相同現象，例如在(語料六)中，醫師在第 2 行(喔你民國五年生的喔?)時，提到病人的出生年，接著醫師詢問病人有關「外貌」的問題，詢問病人是否有染髮(第 4 行：民國五年，照你按那喔，看起來是.你頭毛敢有去染?)，病人回答之後更主動提出不染髮，便會整頭白髮(第 8 行：無染白蒼蒼哩)，醫師在第 11 行(你民國五年，按那看你按那嘛是無簡單吶，八十幾歲啊.八十三)時又回到「年齡」話題上，稱讚病人看起來很年輕，這時病人回應說明自己整個人身體狀況不佳(第 13 行：規身人攏直欲翹去啊哩)。由此範例，可以知道，當老年病人提及年齡問題時會主動聯想到自己外貌(第 8 行：無染白蒼蒼哩)或者是健康狀態衰退(第 13 行：規身人攏直卜翹去啊哩)。

Lin, Hummert, Harwood (2004:226) 研究 50 歲以上老年人上網 (Senior-Net) 聊天時，如何談論到年齡話題，討論內容通常都是針對兩大問題：第一、何謂年老？(What is old?)；第二、我們老了嗎？(Are we old?)。Lin, Hummert, Harwood (2004) 將老年人回應內容分類並提出三個負面主題思想，其中的一個負面思想提到身體上的衰退 (physical decline)，且發現老年人在說明自己身體衰退時常提到年齡；因此對於老年人而言，年齡與健康的關係是不可分的。再者，另外一個負面思想就是老年人會提到失去感受 (a sense of loss)，可能是角色改變 (role loss，像是退休或是守寡)、經濟上不安全感 (financial

insecurity) 和與社會脫節而來的失落孤獨感。這些失去感受常常伴隨一些情緒上的字眼或是尋求幫助。因此，老年人在面對老化時，除了要接受身體衰退之外，心理的失去感受也值得注意。因此我們認為個人類中年齡、外貌與健康的話題在醫老互動中可以引發病人發言，或者是病人對自己年齡外貌的看法。藉由此類資訊的蒐集，醫師可以觀察病人對自身的評價，檢視老年病人如何面對老化，並了解整體健康狀況對老年病人的影響，進而了解其心理狀態 (Coupland 2000)。

「工作」與「地點」也是個人類中的話題，由於在本語料中所有醫老互動都是初診，所以醫師對於病人了解不多。Maynard and Zimmerman (1984:301) 研究探討互不認識的兩個人如何開啓話題 (分為已認識與互不認識組別)，發現時常使用問與答的方式，且有兩個基本話題：「歸類」(categorization sequence) 和「活動」(category-activity sequence)。所謂歸類 (categorization sequence) 就是使用問句，邀請對方根據他們的「身分」(membership) 做回答，所謂身分可以是詢問對方的居住地或是籍貫等話題，以了解對方身分。第二類的話題就是有關於活動 (category-activity sequence)，活動與歸類話題相關，互動者知道對方的身分之後，進一步就其身分相關活動詢問。本研究中醫師詢問病人有關過去工作，或是居住地點話題，也屬於歸類話題，了解病人的基本資訊而逐漸建立對病人的了解，之後再更進一步去詢問詳細內容與活動，這屬於活動話題。醫師藉由歸類和活動話題，在醫老初次互動中了解病人的基本背景，這樣的話題普遍出現在一般互動中，屬於中性話題，較不易有侵犯病人隱私的可能。本文所觀察到的社會關係談話便有歸類和活動話題的接續性使用，在第一次詢問時知道病人工作，再就病人回答深入詢問病人此工作的活動，而達到兩個定位數。

在醫老情境中，了解病人過去工作內容有兩層涵義：包含醫療上意義與社會背景上意義。根據 Billings and Stoeckle (1999:142-3) 任何工作都會影響病人健康，尤其是老年病人的身體疾病與過去工作息息相關，醫師經由這步驟詢問可以更了解病人現階段病因 (例如面對一位有呼吸困難、咳嗽、肺部功能障礙的病人，醫師訊問其工作，便可能將這些常見的症狀連結到工作危害上)。再者，工作也是對生活滿意度的重要來源，詢問病人過去工作能夠很快地讓醫師了解病人的收入、教育背景、社會地位和自我認同等資訊，如此能夠更了解病人社會背景。另外，在醫老關係上，我們認為談論工作的話題有拉近關係的功能，藉由知道病

人的工作而了解病人專長，讓病人有機會在醫病情境中展現自己才能，提升病人地位。一般而言，在診間中，醫師是醫療知識掌握者，擁有發問的權利，病人通常只能回答，若醫師將話題轉到病人的專長上，病人的地位能相對提升。

有關地點的話題對老年病人也有特殊意義。Boden and Bielby (1986) 發現老年人 (62 歲以上) 互相認識時，聊到地點 (place in time)，對老年人而言是充滿回憶的；由於地點是所有事件成立的必要成份之一，相關的人與事件都可以成為接下來的話題，例如在台灣社會中，老年人的照顧可能是數個子女一起分擔，每個月到不同的子女家居住，這時當醫師詢問病人住哪裡時，病人便會透露出自己目前的居住狀況，醫師便有機會了解病人對目前居住的適應狀況。地點話題除了能夠幫助話題的延續之外，在醫老情境中可用來觀察病方的就醫動機，例如在 (語料八) 中，醫師先前已經確認過病人是澎湖人，後來進一步詢問病人如何到醫院來 (第 1 行：為..為澎湖飛來嗎?)，病人回答坐飛機 (第 2 行：毋是啦，坐澎湖..坐飛機來的啦)，醫師又再問到達的時間 (第 3 行：真的？今仔日?)，病人便說明是前一晚到達的，且住在女兒家 (第 7 行：昨昏來到遮啦；和第 9 行：來阮查某团遮好幾日了啦)。在此語料中，醫師關心病人如何由澎湖到台灣本島就醫，病人需要前一天坐飛機到台灣，並在女兒家住一晚之後才就醫，如此過程中所花費的時間、金錢與後續的持續回診，讓此次問診更顯重要。因此藉由地點相關的話題，醫師可知道此次就醫行為對病方生理上或是心理上都很重要。若經過詳細診斷之後發現病人的病況並無迫切需要至大醫院看診，醫師可能就要進一步推論病人心理的狀況，是否有除了疾病之外的原因，讓病人決定長途奔波就診，或者就醫動機是因為陪同者的期待等，了解病人與陪同者的就醫動機有利於醫師的解釋與處置安排。

(語料八) 王女士為 87 歲女性、陪同者為女兒、醫師為 35 歲男性主治醫師

- 1. 醫師：= 為..為澎湖飛來嗎？=
- 2. 病人：= 毋是啦，坐澎湖..坐飛機來的啦 =
- 3. 醫師：= 真的？今仔日？=
- 4. 病人：無啦無啦
- 5. 病人：= 無啦，已經來足./??/

6. 醫師：呼…

→7. 病人：= 昨昏來到遮啦

8. 醫師：呼…我講今仔日/????/飛來嘛是/???/

→9. 病人：來阮查某团遮好幾日了啦，哈哈（笑）

家庭類的話題便是「陪同者」，Kellermann and Palomares (2004) 研究人與 13 個不同親疏關係的人談話時，會使用哪些話題；當中發現家庭是所有關係中常見的話題，因此我們認為家庭話題在醫老初次見面中，是可以使用的安全話題。再者，醫師需要確認陪同者與病人間的關係親密度，如此才知道陪同者能夠補充哪些訊息。在（語料九）中，先前醫師發現病歷內容與病人回答不符，在得知病歷由陪同者所填寫之後，追問有關陪同者的話題。首先醫師問到陪同者與病人間的親密度（第 1 行：喔，我講恁.恁孫子叨來啊，伊應該對你有了解，..伊對你無了解），發現病人只是到陪同者家拜訪（第 4 行：我昨 ta2 去伊遐 tshit2-tho5 爾），於是了解兩人關係並不是很密切。醫師接著詢問關於病人的居住問題（第 6 行：無共伊住作伙喔？），而得知病人並沒有與陪同者住在一起（第 8 行：henn, 伊這共..伊彼台南人，啊我新營人），病人更進一步說出看診是因為陪同者的鼓勵而來（第 12 行：伊叫我叨來成大）。如此，這個有關陪同者的話題，讓醫師知道病人與陪同者的關係親密度，了解到後續陪同者能夠回答的話題。再者，經由「陪同者」話題，醫師便順勢詢問病人的居住狀況，因此我們認為當醫師詢問老年病人關於陪同者的問題時，有利於醫師切入家庭關係的話題，而了解老年病人的生活環境。此外，陪同者與病人間的關係也會影響醫師話題的選擇（Schilling et al. 2002；Tsai 2005），像有關個人性行為等敏感話題，便不適合在子女陪同者面前詢問。

（語料九）李女士為 67 歲女性、陪同者為孫子、醫師為 34 歲女性主治醫師

→1. 醫師：喔，我講恁.恁孫子叨來啊，伊應該對你有了解，..伊對你無了解，=

2. 病人：= 無，伊無了解，=

3. 醫師：= 按那講？

→4. 病人：= 我昨 ta2 去因遐 tshit2-tho5 爾，=

5. 醫師：喔喔喔，

→6. 醫師：= ？無共伊住作伙喔？

- 7.病人：=henn，伊這共..伊彼台南人，啊我新營人，=
 8.醫師：喔，呼呼，呼，好，
 9.病人：啊所以我佇新興予看 honn，
 10.醫師：哼，
 →11.病人：伊叫我 to 來成大…看麥仔
 12醫師：=喔呼呼，=
 13病人：=看卡了解，=

七、結論與結果之應用

本研究主要是探討醫老問診開場階段中，醫師使用寒暄語包含哪些話題，哪些寒暄語能夠引發老年病人較多發言量，又是哪些情境寒暄語能夠有較高的延展性，最後探討為何某些情境寒暄語有較高的延展性。在觀察完 44 個錄影語料之後，我們發現醫師使用社會關係談話最能夠引起病人發言，對於老年病人而言，社會關係話題（包含年齡、工作、地點等）都屬於病人本身為專家的談話，這些資訊都是病人本身所了解並可以自在陳述的，而老年病人對於這些話題都較能接受。病人平均回應量為 20.5-67.5 個。再者，不僅是能夠引發病人發言，社會關係話題都有達到兩個定位數（grounding），因此話題的資訊內容豐富而深入。由此可知，醫師使用社會關係話題較能引發病人發言與話題延展，進而蒐集完整資訊。再者，對老年病人社會關係話題更值得去詢問與關心，因為生活環境時常是老年病人就醫原因之一。經由詢問與關心，醫師能紓解病人心理負擔，並對其生理問題有較正確的診斷。

家庭醫學科不同於一般醫學專科，它著重於全盤性照顧。根據 Billings and Stoeckle (1999)，醫師蒐集資訊時，不僅包含病人生理問題，心理狀態也是評估的重點之一。此次疾病（present illness）、病人基本資料（standard data base）也是蒐集重點（尤其是初診病人）。醫師面對初診病人時，不僅要與病人建立良好的關係，還需要蒐集大量資訊，在有限的時間中，我們認為醫師使用社會關係話題作為寒暄語，能達到此功效，經由詢問病人熟知的話題，可讓病人暖身以促進發言及建立良好的關係，也有利於醫師蒐集病人資訊。再者，Billings and Stoeckle

(1999:54) 也提到社會關係方面資訊詢問時機，因醫師而有所不同。有些醫師認為了解病人社會背景之後進入醫療問題，比較恰當；有些醫師發現，病人本身會急於提出醫療問題，因此將社會背景問題置於醫療問題之後再詢問，此時醫病信任度也較高。然而在蒐集本語料的醫院，這些基本資訊 (standard data base) 都包含在初診病人看診前須填寫的「家庭醫學部初診病患自填問卷」中。當病人進入診間前就在病歷中填寫過基本資料，因此當醫師在一開始就詢問基本資料的內容，也較不會有侵犯病人隱私的感受，反而有一種關心病人在進入診間前所做的付出，讓先前等待與填寫病歷的時間與問診有直接相關。因此，我們認為「家庭醫學部初診病患自填問卷」中的內容（也就是屬於社會關係話題）可以成為開場階段情境寒暄的話題來源，根據病歷中有趣或是有關的部份詢問了解病人 (know the patient)，有利於醫師在開場時醫病關係的建立，而醫病關係越早建立越有利於後續問診的進行。

Platt, Gaspar, Coulehan, Fox, Adler, Weston, Smith, Stewart (2001) 認為許多醫師知道什麼是以病人為主的問診，但卻不知道如何開口去做，因此他們 (2001: 1080) 提出了一些問句可以幫助醫生達到了解病人的目的 (who is this patient?)，當中舉出了下列例子：“Before we get to the medical problems, I'd like you to tell me a little about yourself as a person.”（在我們談到你的醫療問題前，我想先知道一些關於你的事情。），若將此例子翻成中文可以發現不符合台灣的交談方式，特別是對老年病人而言。目前台灣的醫學教育仍以西文教科書或其翻譯本為教學教材，然而台灣醫療情境與西方醫療情境有其差異，再者，文化上的差異更是教科書中所欠缺的，因此，本研究提出台灣文化互動中既有的社會關係話題，有利於了解台灣醫療現況，作為往後醫師在問診時的參考，同時也可以是醫學院學生學習的方針。

引用書目

中文部分

- 石 翀，2004，英漢稱謂語與寒暄語對比研究，《湖南人文科技學院學報》第4期，頁75-77。
- 沙依仁，1996，《高齡學》，臺北：五南圖書出版有限公司。
- 陳秋娜，2005，漢語寒暄語的語用闡釋，《柳州職業技術學院學報》第5期，頁60-65。
- 劉樹泉，1991，《老人學與老人醫學》，臺北市：合記。

西文部份

- Alindele, F. 1990. A Sociolinguistic Analysis of Yoruba Greetings. *African Languages and Cultures* 3:1-14.
- Billings, J. A., and J. D. Stoeckle 1999. *The Clinical Encounter: A Guide to the Medical Interview and Case Presentation* (2 ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- Boden, D., and D. Bielby 1986. The Way It Was: Topical Organization in Elderly Conversation. *Language and Communication* 6:73-89.
- Clark, H. H., and S. E. Brennan 1991. Grounding in Communication. In L. B. Resnick, J. Levine, and S. D. Behrend (eds.), *Perspectives on Socially Shared Cognition*, 127-149. Washington, DC: American Psychological Association.
- Coupland, N., J. Coupland, and H. Giles 1989. Telling Age in Later Life: Identity and Face Implications. *Text* 9:129-151.
- Coupland, J., J. Robinson, and N. Coupland 1994. Frame Negotiation in Doctor-Elderly Patient Consultations. *Discourse and Society* 5:89-124.
- Coupland, J. (Ed.). 2000. *Small Talk*. England: Longman Publishing Group.
- Greene, M. G., R. D. Adelman, C. Rizzo, and E. Friedmann 1994. The Patient's Presentation of Self in an Initial Medical Encounter. In M. L. Hummert, J. M. Wiemann and J. F. Nussbaum (eds.), *Interpersonal Communication in Older Adulthood*, 226-250. London: Sage Publications.
- Hong, B. 1985. Politeness in Chinese: Impersonal Pronouns and Personal Greetings. *Anthropological Linguistics* 27:204-213.
- Ishikawa, H., H. Hashimoto, D. L. Roter, Y. Yamazaki, T. Takayama, and E. Yano 2005. Patient Contribution to the Medical Dialogue and Perceived Patient-Centeredness: An Observational Study in Japanese Geriatric Consultations. *Journal of General Internal Medicine* 20.10:906-910.
- Kellermann, K., and N. A. Palomares 2004. Topical Profiling: Emergent, Co-Occurring, and Relationally Defining Topics in Talk. *Journal of Language and Social Psychology* 23.3: 308-337.
- Labov, W., and D. Fanshell 1977. *Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation*. New York, NY: Academic Press.
- Larivaara, P., J. Kiuttu, and A. Taanila 2001. The Patient-Centred Interview: The Key to Biopsychosocial Diagnosis and Treatment. *Scand J Prim Health Care* 19.1:8-13.

- Li, H. Z. 1999. Grounding and Information Communication in Intercultural and Intracultural Dyadic Discourse. *Discourse Processes* 28.3:195-215.
- Lin, M.-C., M. L. Hummert, and J. Harwood 2004. Representation of Age Identities in On-line Discourse. *Journal of Aging Studies* 18:261-274.
- Lowes, R. 1998. Patient-Centered Care for Better Patient Adherence. *Family Practice Management* 5.3:46-52.
- Maynard, D. W., and D. H. Zimmerman 1984. Topical Talk, Ritual and the Social Organization of Relationships. *Social Psychology Quarterly* 47.4:301-316.
- Paek, T., and E. Horvitz 2000. Grounding Criterion: Toward a Formal Theory of Grounding, Microsoft Research Technical Report, MSR-TR-2000-40.
- Platt, F., D. Gaspar, J. Coulehan, L. Fox, A. Adler, W. Weston, R. Smith, M. Stewart 2001. "Tell Me about Yourself": The Patient-Centered Interview. *Annals of Internal Medicine* 134.11:1079-1085.
- Robinson, J. D. 1998. Getting Down to Business: Talk, Gaze, and Body Orientation during Openings of Doctor-Patient Consultations. *Human Communication Research* 25.1:97-123.
- Schilling, L. M., L. Scatena, J. F. Steiner, G. A. Albertson, C. T. Lin, L. Cyran, et al. 2002. The Third Person in the Room: Frequency, Role, and Influence of Companions during Primary Care Medical Encounters. *Journal of Family Practice* 51.8:685-690.
- Schneider, K. P. 1987. Topic Selection in Phatic Communication. *Multilingua* 6.3:247-256.
- Smith, R. C., A. A. Marshall-Dorsey, G. G. Osborn 2000. Evidence-Based Guidelines for Teaching Patient-Centered Interviewing. *Patient Education and Counseling* 39:27-36.
- Street, R. L., and J. A. B. Millay 2001. Analyzing Patient Participation in Medical Encounters. *Health Communication* 13.1:61-73.
- Street, R. L., H. S. Gordon, M. M. Ward, E. Krupat, and R. L. Kravitz 2005. Patient Participation in Medical Consultations: Why Some Patients Are More Involved Than Others. *Medical Care* 43.10:960-969.
- Tsai, M.-H. 2000. Companions of Elderly Patients: A Sociolinguistic Study of Triadic Medical Encounters in Southern Taiwan. Ph.D. Dissertation, Georgetown University, Washington, D.C.
- . 2005. Opening Stages in Triadic Medical Encounters in Taiwan. *Communication and Medicine* 2:53-68.
- . 2006. *Opening Hearts and Minds: A Linguistic Framework for Analyzing Open Questions in Doctor-Patient Communication*. Taipei, Taiwan: The Crane Publishing Co., Ltd.
- Traum, D. and P. Heeman 1996. Utterance Units and Grounding in Spoken Dialogue. *Proceedings of ICSLP 96 Fourth International Conference on Spoken Language Processing*, pp. 1884-1887.
- Walter, A., C. Bundy, and T. Dornan 2005. How Should Trainees Be Taught to Open a Clinical Interview? *Medical Education* 39:492-496.
- Zandbelt, L., E. Smets, F. Oort, M. Godfried, H. de Haes 2007. Patient Participation in the Medical Specialist Encounter: Does Physicians' Patient-Centred Communication Matter? *Patient Education and Counseling* 65:396-406.

The Relationship between Greeting Expressions and Patient Participation in Doctor-Elderly Patient Interaction

Shen-ying Huang/I-ling Chen/Mei-hui Tsai

Department of Foreign Languages & Literature
National Cheng Kung University

Feng-fu Tsao

Graduate Institute of Linguistics
National Tsing Hua University

ABSTRACT

As in most social interactions, affective and referential goals are essential in doctor-patient communication: doctors need to establish a trusting relationship with patients so that they can collect holistic health information from them. Although good rapport should be established early in the greeting stage of the medical interview, exactly how doctors' greetings facilitate patient participation has not yet been fully explored. By examining 44 triadic medical encounters among doctors, elderly patients, and patient companions collected in a teaching hospital in southern Taiwan, we examine three research questions. First of all, what greeting topics are commonly observed? Among these topics, which ones encourage more verbal participation from patients? And, how do they achieve this goal in terms of discourse structure and under the context of Taiwanese geriatric interaction? Three categories of doctors' greeting topics were identified according to the average number of syllables they elicited in response from patients' response: greetings with low response (eliciting 0.46 syllables), mid-response greetings (eliciting 4.8 syllables), and high-response greetings (eliciting 41.1 syllables). We find that low- and mid-response greetings dealing mainly with topics related to the preparatory sequences of the interview, such as seating arrangements and name exchanges (low-response), and the patients' hearing ability or language background (mid-response). High-response greetings, such as those touching on a patient's occupation or medical history, are social-relational (Coupland 1994). These topics extend the conversation structure by developing subtopics and establishing 'grounding' (Paek and

Horvitz 2000), i.e., background knowledge between doctors and patients. The patient is the expert on, and has exclusive access to, his/her social-relational aspects. We argue that it is the patient who holds the key to high participation and extensibility of topics. Other high-response greeting topics, such as the patient's age and the patient's companions, reflect the unique and complicated relationships between age and health status (Coupland et al. 1991, Giles et al. 1994) and between patients and caregivers. Since social-relational information is as important as biophysical information in evaluating a patient's health, we suggest that doctors facilitate the use of social-relational topics at the greeting stage. This will help doctors establish rapport with patients and encourage patient participation during the medical interview.

Key words: doctor-patient communication, discourse analysis, greetings, geriatric triads

(收稿日期：2007.11.13；修正稿日期：2008.2.4；通過刊登日期：2008.4.11)