

推行醫用台語教學：醫療專業素養與母語維護

蔡美慧*、曹逢甫**

摘要

臺灣早已邁入高齡化社會，然而年輕輩台語人口的嚴重流失形成醫師與老年病人的雞同鴨講。這些語言溝通障礙不但影響病人追求健康與醫療服務的基本人權，也阻礙醫療人員展現「病人為主」的專業精神。本文以文獻回顧為基礎，從以下觀點論述推行醫用台語之重要性：醫療專業素養、母語人口斷層、多語醫療職場、專業語言能力、辭彙擴增與語言活力、語言的語用溝通功能，筆者認為，兼顧醫學相關科系學生將來職場所需之台語能力與溝通技巧所開設的醫用台語課程，不但是全球語言教學的新趨勢，於全球在地化的新思維中，更有助於從語用溝通功能，透過醫療菁英基於職場需求與專業素養展現，間接促進台語保存與專業辭彙擴增，提升台語的語言活力。

關鍵詞：健康人權、專業語言需求、醫用台語、病人為主、方言維護

* 通訊作者：國立成功大學外國語言學系副教授，E-mail: tsaim@mail.ncku.edu.tw。感謝高雄市立民生醫院林玉珮與國立成功大學醫學系「醫學、科技與社會（STM）研究中心」王秀雲以及翁裕峰對於本研究所提出的意見與建議。

** 國立清華大學語言學研究所榮譽退休教授。

一、引言

病人為主的精神是近代醫療服務的主流思維，當醫師無法從病人角度提供服務時，溝通問題與醫療糾紛相對而生。在臺灣這個多語社會常見溝通問題之一為年輕輩醫師無法和只會講方言的老年病人溝通。在多語社會，「用病人的母語看病」，傳達攸關身體健康訊息，不但是實踐健康基本人權精神，也是醫病溝通基本原則(賴其萬，2006：頁 141-144)。許多國家也明文規範，為地區性或少數族群提供醫療服務必須使用該族群或地區的語言(施正鋒，2002)。閩南人佔臺灣人口數最大族群(71%)(黃宣範，1993：頁 20-21)，並非少數族群，但幾十年來的國語推行政策，已使得僅會講閩南語的老年人口成為語言上的少數族群。「閩南語」或稱「鶴佬話」、「臺灣話」、「台語」，本文遵循大多數人的稱呼，選用「台語」，在引述相關學術文獻時則順應原作者用詞。

雖然臺灣自 1987 年解嚴後，語言政策逐漸擺脫四十多年來一直遵奉的「獨尊國語、壓制方言」的準則，母語教育自此開始萌芽。1992 年教育部頒佈的國民中小學九年一貫課程綱要將鄉土語言納入正式課程中，台語教育邁入振興期(林美珍，2012；黃嘉政，2002)。然而，早期國語獨尊政策實施，年輕一輩母語能力逐漸流失已是普遍現象(曹逢甫，1997；陳麗君，2011；黃宣範，1993；Yeh et al., 2004)。當母語流失情形從公領域(例如醫院)蔓延至私領域時(例如家人對話)，導致的不僅是母語人口銳減與隔代語言障礙，以醫療服務業而言，更迫切的問題是許多單語人口因無法溝通而權益受損，如年長者因無法得到較完整之專業服務而嚴重影響其健康人權。

九十學年度起的九年一貫課程中規定，國小一年級至六年級學生，應就台語、客家語、原住民語等三種鄉土語言任選一種修習，但此鄉土語言教學卻止步於國小階段。在全球的語言教學從一般語言能力(Language for General Purpose)發展為專業語言能力(Language for Specific Purpose)之趨勢下(Bhatia, 2002; Swales, 2000)，專業英語課程(English for Specific Purpose)不但如雨後春筍般蓬勃發展，甚至於高中職即已開始提供。此現象與本土專業情境所需

之語言能力培訓形成極諷刺之對比，因為甚少有專科或以上層級，就學生將來就業所需之鄉土語言能力開設相關語言課程。以醫療情境為例，能以台語為老年病人提供專業服務之醫療專業人員正在急速減少中，而能以英語為臺灣境內相對少數外籍人士服務的醫療人員卻在全面增加中，我們不禁要問：難道我們的語言教育政策，是以鼓勵服務外籍人士或移境國外服務所需為目的嗎？或是說在制定語言教育政策時提升國際競爭力的考量遠重於為本地民眾提供基本服務？

雖然在臺灣，有志於醫用台語教育者，已逐漸於各大醫學院系開設相關課程，但此類課程多為選修，相較於外語、國語的課程的政策，醫用台語的開設情形十分懸殊，學分數的配置亦相當稀少(黃艷民，2010：頁 34)。鑑於此，筆者針對醫療情境所需之台語相關課程，執行一系列之研究。透過文獻回顧，本文將從五個角度論述發展醫用台語教學的重要性

二、「病人為主」的專業素養

「病人為主(Patient-centeredness)」(Levenstein et al., 1986; McWhinney, 1989)的精神是近代醫療服務的主流。此精神可從三個角度實踐：「用病人的母語看病」、「敘述醫學」、「實證醫學」。追求生存與健康是基本人權與需求(Maslow, 1943；Perkins and Vera, 1998: S71)。也因此，許多國家明文規範，為地區性或少數族群提供醫療服務必須使用該族群或地區的語言。例如，1922年歐洲議會所簽署「關於地區性或少數族群語言之歐洲憲章」之第三篇第十三條第三款：「確保社會關懷設施，如醫院及養老院，以其語言收留並且醫治使用地區性或少數族群語言、因為生病、年老或其他理由而需要照顧的人」(施正鋒，2002：頁 85)。號稱為民族大熔爐的美國，為了提供來自世界各地移民更適切的醫療服務，聯邦政府於 1994 年通過「弱勢少數族群健康改善法案(Disadvantaged Minority Health Improvement Act)」(Fortier, 1998: S83)，規定由聯邦政府所贊助的醫療中心須以受照顧者的語言為之提供健康

照護與雙語或翻譯服務(Perkins and Vera, 1998: S68)。臺灣行政院文建會(2008)制定「國家語言發展法草案」,其中第九條也強調了「國民享有使用國家語言接受政府服務及利用公共資源之權利。為確保前項國民權利,政府機關(構)應提供播音、諮詢、通譯、會議口譯及其他必要之服務。」

現代醫學養成強調「敘述醫學(Narrative Medicine)」與「實證醫學(Evidence Based Medicine)」。敘述醫學的行醫藝術指的是,醫師透過傾聽病人疾病的敘述,辨認、瞭解、詮釋、見證、感受同理病人遭遇疾病之苦,進而提高醫生治病成效(Greenhalgh, 1999; Charon, 2001)。實證醫學精神則強調醫療人員以謹慎忠實符合良知,明確與客觀態度處理病人主觀個人的生病經驗與外觀可檢視的徵兆(Sackett et al., 1996; 余光輝等, 2007)。近幾年「病歷中文化」的改革聲浪也反映了實證醫學與敘述醫學的精神(何醒邦、黃天如, 2009; 張德厚, 2009)。支持之醫療人士強調以「病人的話」記錄病情的重要性。例如“要用英文寫 ㄉㄨㄛˊ ㄉㄨㄛˊ 喘、喘大氣、走路會喘,那請問英文要怎麼寫這幾個都不一樣,或病人跟我們說胸口「ㄊㄩˊ ㄊㄩˊ」(緊緊的)、「ㄅㄨˊ ㄅㄨˊ」(綁綁的)、ㄇㄨㄛˊ ㄇㄨㄛˊ (綑綑的)、ㄉㄨㄛˊ ㄉㄨㄛˊ (堵堵的)等,也都不一樣,他告訴我們很多診斷上的小細節,但是你如果全都寫成英文,答案就都變成「Tightness」(緊密),這是很荒謬的事”(洪惠風,引自張德厚, 2009)。「醫用台語」的推廣,正是病歷中文化的重要基礎。

要達到此二精神的基礎為「傾聽病人敘述」。病人的完整病情包括了生理徵狀,更重要的是不易啓齒的社會心理問題,例如,因疾病引發的焦慮擔憂或惡化生理症狀的失業或離婚等問題。根據這樣身心兼顧的第一手病情資訊,所建立診斷也才合乎實證精神。這種以病人為主的行醫術若透過他人翻譯或轉述,難免衍生相關問題。因此,醫療人員能以病人的母語為病人服務,才能與病人有親身互動、感受其苦、建立關係、收集完整病情,進而達「病人為主」的專業精神。

在外來移民眾多的美國,有相當多的文獻比較醫師與病人講同樣語言「醫病同語(Language Concordant)」或不同語言時「醫病異語(Language Non-concordant)」與醫療服務成效、滿意度、遵醫囑性,醫療疏失相關性的

探討。其中西班牙移民是最大族群。Manson (1988)的研究檢視 96 份西裔患有氣喘病人的病歷記錄，發現醫病同語組的病人會問較多的問題，比較能回想醫師提過的建議、使用急診機率較低，較會記得或願意遵循回診治療。Green et al. (2005)也有類似發現，醫病異語組的華裔與越裔病人自評有比較多關於健康問題，尤其是心理層次的問題雖然想請教醫師但未提出。Mutchler et al. (2007)研究發現醫病異語組病人自評容易受到醫療人員歧視，而同語組病人則對醫師較有信任感。Karlner et al. (2012)也指出，相較於英語流利者，英語能力有限的華裔、西裔患者(203 位)對於出院後續回診安排與醫療服務說明，理解度普遍低。Wisnivesky et al. (2012)探討紐約與芝加哥患有氣喘的西裔老年人，他們發現英語能力有限組的老年病人，在氣喘的控制與生活品質上顯著較差而回診次數也較多。

Clark et al. (2004)以診後立即訪談醫病雙方的方式，研究問診過程的語言與醫病族群背景是否影響雙方回憶過程中醫師是否提及建議病人改變某些行爲(如改變飲食、運動、抽煙、體重、壓力、藥物療程)，以及醫病雙方回憶的一致性。根據 427 份訪談結果顯示，族群因素影響不大，但醫病同語情形下，雙方對於醫師是否提及改變運動習慣的回憶一致性最高。然而，儘管大多數的問診過程中，醫師皆會提到藥物療程改變，但在醫病同語組雙方對此記憶的一致性卻是顯著最低。研究人員的結論為醫師是否講同樣語言，的確會影響雙方對於溝通內容認知的一致性。David and Rhee (1998)針對 68 位英語能力有限需要翻譯與 193 位英語流利的西裔的病人以問卷方式進行調查，以了解語言障礙與服務成效之相關性。研究結果顯示：儘管英語能力有限者可透過翻譯與醫師溝通，他們大多不認為醫師有清楚說明副作用。英語流利病人則明顯對醫師有較高的滿意度，也覺得醫師了解他們的感受。因此研究人員結論：缺乏對藥物副作用的了解對於遵醫囑性有負面影響，語言障礙對病人滿意度也有負面影響。

上述研究皆顯示「醫病異語」組的情況容易造成醫療資源浪費，因為未能充分理解醫師、未能信任醫師、未能聽從醫囑、忘記回診、或服用藥物，不但降低醫療成效，也導致回診或急診次數增加。

Gany et al. (2011)的研究對象是 54 位西裔與華裔英語能力有限的糖尿病患者，糖尿病與其併發症是美國重大死因之一，而此二族群不但血糖控制較差，併發症也較嚴重(p.473)，因此針對此二族群的後續相關照護檢測非常重要。研究人員針對此 54 位患者做一年的追蹤研究，他們透過「遠端同步專業口譯人員(Remote Simultaneous Medical Interpreting)」或一般的專業或非專業口譯人員之協助與醫師溝通，研究焦點為此二種翻譯方式對於以下二者的影響：協助對於醫師安排各種後續檢測與轉介(A1C 血液檢驗、血清肌酸酐檢驗、眼科轉介、足部診療轉介等)、病人是否完成醫師上述安排。「遠端同步專業口譯人員」是一種新型付費制的醫療專業口譯服務。傳統方式為口譯人員待甲方講完才翻譯，RSMI 是甲方佩戴耳機麥克風開始敘述的時候，位於遠端的口譯人員也透過耳麥同步逐字翻譯給也佩戴耳麥的乙方，因此可以免除洩漏病人病情隱私之擔心，也可更忠實呈現醫病雙方原始的、自然的發言內容(p.473)。然而該研究顯示：雖然透過同步口譯的互動中，醫師安排項目與病人完成安排項目的比例較高，但是，不論是透過同步口譯或傳統口譯，此二族群的互動中，醫師安排項目與病人完成安排項目的整體比例，均較全國性比例低很多(“distressingly low”: 476)。雖然作者認為此語言障礙僅是影響醫療照護成效的因素之一，其他如文化差異、醫療素養較低、對醫病互動的低滿意度、缺乏文化或語言適切性的糖尿病衛教資料，都有可能相關。筆者認為此研究重要的啟發在於：當醫病雙方缺乏共通的語言或文化背景時，無形中間接影響了雙方對於病情控制與照護的積極投入。語言差異往往反映文化差異或隔代文化差異(Chang and Fortier 1998: S8)。Groppe (1996)一書中就提出很多因為文化差異而導致的溝通問題，例如墨西哥某些族群文化中，對於懷孕或胎數的定義並不包括死產的次數(p.99)；「陰陽平衡」或「冷熱協調」深植東方文化(p.140)而西醫並無此概念，例如，一名越南籍的婦人在產後因不明原因脫水，事後始得知婦人堅信產後體虛僅可飲溫水，而不接受醫護人員所提供的冷水(Fortier, 1998)；在臺灣，醫學教育一向以西方教科書為主，即便年輕醫師能以台語詢問：“今仔日爲什麼來遮？ (Why are you here today)”或是“你感覺你的問題是啥物原因造成的？ (What do you think is

the reason why this is happening?)”對於一向視醫師為權威上位者並可幫他們解決一切問題的傳統老年人也許會覺得他們是被責罵或不解醫生為什麼有此一問(Perkins and Vera, 1998: S64 也有類似觀察)。

三、只會台語的單語老年人口

根據黃宣範的推論(1993：頁 20-21)，閩南族群佔臺灣人口數量最高(73.3%)。¹黃宣範(1993)估計，在 1992 年 40 歲至 85 歲(約現在的 60-105 歲)不懂國語的人口約為 250 萬(p.438)。1990 年全臺人口普查發現成年人未就學或不識字人口為 156 萬，僅小學程度者 627 萬，黃宣範(1993)假定其中三分之一雖有小學程度但無使用國語環境，則該年度全國不懂國語的人口可以很合理的推算為 350 萬(p.438)。曹逢甫與盧豐華(1999)的研究觀察臺灣南部某教學醫院家庭醫學科病人與醫師的互動中，選用台語為「主要語言」(即病人完全以台語交談或使用台語多於國語者)的情形。他們的研究對象有 252 人，65 歲或以上的病人佔 87 位。他們的分析顯示病人的年齡、教育程度與台語的選用呈顯著相關：年紀越大者選擇以台語為主要語言的機率越高，其中老年組以台語為主語者高達 95.4%。不識字者 100%以台語為主語，研究所程度者 100%以國語為主語。而高中程度為台語與國語的分切點，即高中以下傾向使用台語，高中以上者則以國語為主。他們進一步檢視老年組的單語及雙語人口分布，他們判斷 87 位老年人中有 79.7%只會講台語，3%只會講國語(即含有大陸鄉音之國語)，15.9%為台語國語雙聲帶(即帶有台語腔調之國語)。研究人員推論這 87 位老年人中，有高達 79.7%只會講台語乃是與此世代老年人普遍教育程度較低有關。教育程度高低與國語使用頻繁度呈顯著正相關也於多處研究得到證實(曹逢甫，1997；Yeh et al., 2004: 100)。此外年齡也是一個重要因素：年齡越大國語能力越弱、年紀越小者，母語能力越不佳(Yeh et al., 2004: 100；陳淑嬌 2007: 27)。也就是說此世代為 78 歲以上只會

¹ 外省、客家、與原住民分別為 13%、12%、1.7%

講台語的老年人，其教育程度普遍較低。

也因此，只會講台語的老年人就生理、智識、甚至經濟資源而言都是弱勢，教育程度低者其所能擷取之經濟資源也相對薄弱。誠如許多西方學者所注意到，「健康不平等」(Health Inequality)的分配中，弱勢族群往往也是健康情形最差者(Syme and Berkman, 1976; Wagstaff, 2002; Wilkinson, 2009)，例如，社會階級越低者死亡率越高、臺灣原住民之死亡率與罹病率比整體臺灣居民情形高(陳慈立，2007)。而不識字與不懂國語的老年族群，也遭遇類似的健康資源剝奪：「摸無路」導致他們無法隻身踏入高階醫學中心，即便進入也容易迷失於複雜體制，不會掛號、批價、領藥、甚至看不懂燈號數字，忙碌醫護人員的冷漠與無暇應對使之卻步。他們的遭遇不亞於美國「英語能力有限者」的困境——常被醫療或保險行政人員視為「處於高風險健康狀態(High-risk Medical Status)」「有高需求的健康服務(High-need Patient Care)」但「不受歡迎(Unwanted)」的病人(Perkins and Vera 1998: S73)。在 50 年代，他們是臺灣經濟起飛基層勞動主要貢獻者，然而在步入現代化的今日，他們卻是層層被剝奪而無福享受的一群，因為取得醫學知識與進入現代醫療體系的智識門檻過高，也因此關於切身健康問題他們只能仰賴非專業資源，例如地下電台的賣藥節目(李蜚鴻，2010；陳婷玉、王舜偉，2006)。在高齡化社會，他們是醫療服務對象的主體，而追求健康與存活是基本人權與需求。提倡醫療人員以病人母語為病人服務，不但符合病人為主的专业精神，更是尊重基本人權與追求公平正義的表現。

四、台語能力流失的年輕人口

儘管台語有族群人口數的優勢(73.3%)，但族群人口不等於語言人口(黃宣範，1993：頁 438)。黃宣範(1993：頁 125)將母語定義為「最先學會的語言」。大多數推行官方語的多語國家的典型發展結果是：官方語從公共領域入侵家庭。原本依賴母語為家人之間溝通的家庭，經由年輕成員帶入官方

語，例如兄弟姐妹間開始以國語交談，使得母語使用的場域漸漸消失，導致母語能力流失。黃宣範(1993：頁 124-125)於 1987 年針對臺北以外臺灣各大專學生所做的問卷調查，受訪者平均年齡為 20.5 歲，包括了父母親均為閩南籍 223 人(68.2%)，均為客家人 25 人(7.6%)，均為外省籍 16 人(4.9%)，其餘 63 人(19.5%)來自通婚家庭，共得有效問卷 327 份。黃宣範(1993：頁 128，參考以下表 1)指出，這群受訪者的語言使用情形，反映任何推行官方語言的多語國家典型的現象：1.自認為母語為台語的 235 位受訪者中，長大以後台語為最常使用的語言者(即在家中與兄弟姐妹之間最常用的語言)只有 153 人，改以國語為最常使用語言者已有 80 人，也就是原來自認為以台語為母語的 235 位大專生，有 34%並未持續以台語為常用的溝通語言。2.不論母語為何，327 受訪者中，長大以後以國語為最常使用語言者共計 154 人(47.1%)，以台語為最常使用語言者 160 人(48.9%)。據此黃宣範結論(頁 128)「國語已是臺灣家庭中『親密』的語言；它不只是『官方』的語言而已」。我們可合理預見該世代之年輕人的下一代，於 25 年後的今天(其子女大約是現在的大學生或研究生年紀)以國語為母語的比例會顯著升高。

國語取代台語反映的是台語母語人口的流失，台語仗著廣大的族群人口，流失程度較慢，但客家話與原住民族語則流失嚴重。黃宣範(1993)套用 Giles et al., (1997)的「族語活力」的概念(Ethnolinguistic Vitalities)並比較這群大專生就學之前學會的語言(通常是雙親使用的語言)與長大之後學會的語言(通常是社會上較具活力的語言)作出結論：國語受到制度性的扶持，語言活力最強，增長率為 38.8%，客家話增長率僅 1%，台語增長率落於國語、英語之後，只有 16.3%(頁 152)。

母語能力活力降低與人口的銳減也可從以下的跨時研究得到印證：陳麗君(2011)的研究針對臺灣北、中、南、東部各地有臺灣語文研究相關系所及中文系、理工科系的 646 位學生做抽樣調查。請受訪者以問卷方式自評台語說聽讀寫能力：很流利(5 分)、可以和其他人溝通(4 分)、勉強可以溝通但有困難(3 分)、聽得懂但無不會講(2 分)、完全不懂(1 分)。陳麗君(2011)並將其

結果與曹逢甫(1997)、Yeh et al.(2004)² 做比較(如表 2)。

表 1：母語與最常用語言間的關係（改編自黃宣範，1993：頁 128）

母語 最常用語言	國語	客語	台語	原住民語	大陸方言	合計
國語	53	18	80	2	1	154 (47.1%)
客語	1	9	2	0	0	12 (3.7%)
台語	6	1	153	0	1	161 (49.2%)
大陸方言	0	0	0	0	0	0 (0%)
合計	60	28	235	2	2	327

表 2：比較過去文獻 e 華語能力 hām 母語能力(陳麗君，2011：頁 20)

族群	語言	曹逢甫 (1997)	Yeh et al. (2004)	陳麗君(2011)		
				聽說讀寫	聽說	讀寫
閩南	華語	4.63	4.42	4.49	4.58	4.40
	閩南語	4.66	4.61	3.02	3.69	2.33
客家	華語	4.86	4.70	4.53	4.60	4.44
	客語	4.52	4.18	2.45	3.06	1.78
原住民	華語	4.42	4.74	4.46	4.85	4.85
	原住民語	4.55	3.65	2.64	2.90	2.41

曹逢甫(1997)與 Yeh et al. (2004)的語言能力只包括母語的聽講能力，陳麗君(2011)則加入讀寫能力。表 2 可看出，受訪者台語能力已從 1997 年的「很流利」(4.66 分)、退化到 2008 年的「勉強可以溝通但有困難」(3.02 分)。陳麗君(2011)的結論為：1.大學生的華語能力與過去研究沒什麼差別，但各族

² 曹逢甫(1997)與 Yeh et al. (2004)的研究對象均包含 30 歲以下、31-50 歲、51 歲以上三個年齡層，前者的有效問卷為原住民 640 份、閩 1443 份、客 255 份(頁 7、21)，後者有效問卷為原住民 762 份、閩 1580 份、客 337 份、外省 193 份(pp.84-85)。

群母語能力明顯退化。2. 閩南族群約在「勉強可以溝通但有困難」，而客家與原住民則更退化到「聽得懂但不會講」。陳麗君(2011)的研究對象為臺灣大學生。因此，我們可預計將來計畫在臺灣南部醫療職場服務之年輕一代，會有更迫切的一般台語能力與醫用台語能力的需求。

五、臺灣多語的醫療職場

在臺灣的西醫培育過程，醫學知識吸收過程仰賴英語與國語，幾乎只有在臨床接觸老年病人才有機會使用台語。筆者的觀察中(蔡美慧，2010)，即便在台語使用相對較普遍的南部，醫學中心的實質運作仍是多語進行(表 3)。教學醫院中的各種教學活動、病例討論會、會診等多以國語為主語，穿插專業英語辭彙，有些課程甚至是全英語授課。學術或正式場合使用台語機會甚少。執業後，教學醫院的多語分工更為複雜，他們在為老年病人問診時，聽到的是病人的台語病情敘述，與年輕家屬溝通是國語、醫務人員之間溝通是國語、英語、台語，但是撰寫病歷、開立處方使用的卻是英語。鄭詩宗(2004)稱此醫學知識養成過程的語言使用模式是一種「學習斷裂」。

以下我們以例一凸顯臺灣的多語醫療教育與職場環境。³ 本例為三十八歲的男主治醫師為七十三歲的吳先生做體檢的對話過程，醫師先以台語為病人指示體檢過程，在旁的家屬也以台語協助(“目睷襖予開，莫瞞啦”)。

在第 3-4 行，醫師與病人的體檢對話還是以台語進行(“我遮無欲共你按呢::驗啥物款的，你目睷襖予開就好……。歐里桑你撐過來這片一咧，面向我這片”)。但是因為教學醫院中主治醫師也擔任診間教學，因此醫師改以國語為年輕的實習醫師教學、但帶有台語調(例如，台語言談標記“乎”於詞尾以

³ 例一來自筆者於臺灣南部某教學醫院所蒐集之門診對話語料。呈現語料時，本文引對實例對話時，下加一線表示以台語發音，未下加一線表國語發音。部份台語對話以拼音表示或需標注發音說明時，以教育部於 2006 年公佈之「臺灣閩南語羅馬字拼音方案」標注其發音，聲調標值為本調。語料中所提及之任何人名或地名涉及隱私時，皆採化名。

表 3：醫療職場溝通之情境轉換、語體轉換、語言轉換

		美國小兒科門診情境 (單語情境)	臺灣老年病人門診情境 (多語情境)
病方	病人	嬰兒調	台語
	家屬	一般語調	台語多於國語
醫療同仁	報告	報告語調	國語、英語 國語多於台語或英語
	教學		
	會診		

tag switch 方式出現)，並不時插入英文醫學辭彙(Lexical Borrowing，例如，像那個來講的話乎，若是 injection 的病人不見得會/????/...這邊都還是 tympanic，乎，代表說並沒有明顯的 ascites,)。體檢完後醫師說明處置時，其台語發言內容明顯以家屬為對象，因為醫師以“伊”指涉病人“可能乎，會使的時陣乎米我是建議講會使可能先驗一个血米看伊欠血欠甲啥物程度”。本例中的家屬回應醫師時，也是以台語為主，但遇到醫療相關辭彙則借用國語(第 7, 9 行)“腸仔的部份嘛愛等下晝才有內視鏡:::照完才能檢查那個胃”、“啊這馬人彼个急診室:::”。之後，醫師必須與急診室同仁會診本例(第 11 行)，此段電話對話的內容，國語為主語(Matrix Language)、台語為副語(Embedded Language)並穿插英文醫學辭彙。

例 1：吳先生（73 歲）—男主治醫師(38 歲)

(1)醫師：你目睷毋免瞓甲遐緬，好無？我知影你會艱苦，但是毋免瞓甲遐緬，好無，你目睷禡開，禡開

(2)家屬：目睷禡予開，莫瞓啦

(3)醫師：你目睷盡量禡開無要緊，我遮無欲共你按呢:: 驗啥物款的，你目睷禡予開就好.....像那個來講的話乎，若是 injection 的病人不見得會/????/

(4)醫師：(敲肚子 20 秒後)好啦，歐里桑你撐過來這片一咧，面向我這片，會使，好好啲會使，好 (敲肚子 8 秒後) 乎，這邊都還是 tympanic，乎，代表說並沒有明顯的 ascites，乎，好，來放輕鬆喔，hann...這邊都還是 tympanic

/????/你普通時仔食會艱苦袂？...這二日仔會艱苦未？..攏未？這二日仔攏未艱苦，這二日仔干焦會按呢滯滯按呢爾..

(5)病人：有當時仔按呢有食

(6)醫師：henn，啊會按呢.攏規.攏袂.規个腹肚攏袂艱苦？...好，小(sio2 稍微)起來..乎，小起來，..可能乎，會使的時陣乎，我是建議講會使可能先驗一个血，看伊欠血欠甲啥物程度...

(7)家屬：腸仔的部份嘛愛等下晝才有內視鏡::照完才能檢查那個胃

(8)醫師：對

(9)家屬：啊這馬人彼个.急診室::

(10)醫師：阮會佢汝連絡一下，好無？乎？

(11)醫師：喂，喂，啊我這邊是那個家醫科一診乎，遮有一个::彼咧變做講::類似彼咧::啊::tarry stool，乎，不過事實上也是有一點::變做講::是無完全是 stool 啦，已經是會使講溫那一寡血水.但是彼攏是較烏，可能是::大概他們家屬帶過來，那::他的話就是::嗯::最近乎，最近這幾天乎，到昨天一直都還是有這個::黑大便出來，那早上我們跟他急抽那個:HB 是指剩下 8.1 啦，對，conjunctiva 看起來是 pale。

Tannen and Wallat (1982)以美國英語情境的研究中發現，當醫師同時得面對眾多互動對象時，為執行多重任務所需的多重思維過程可反應於醫師的語體轉換。例如，對病童體檢時使用「嬰兒調(Baby Talk)」，例如第 1、3 行(“Let me look in your ear. Okay? Do you have a monkey in your ear?” “I .. see a birdie”)，對在旁的病童母親則是以「一般語調(Casual Style)」說明病情與安撫情緒(Casual style 第 13 行的“what we’d want to look for is to see how she...moves her palate”)，當她必須將體檢結果以口述方式記錄於診間的錄影機，這時醫師則改以「報告語體(Reporting Style)」(第 6、11 行的“Her canals are fine, they’re open”，“Seeing for the palate, she has a high arched palate”)。

例 2：Tannen and Wallat (1982: 45-46)

(1) D: Let me look in your ear. Okay? Do you have a monkey in your ear?

(2) P: (laughing) No:::::

(3) D: No:::? ... Let's see... I .. see a birdie

(4) P: [(laughing) No::

(5) D: [(smiling) No.

(6) D: Her canals are . are fine, they're open

(7) D: Let's see. Can you open up like this, Jody. Look.

(8) P: Aaaaaaaah

(9) D: Good. That's good.

(10) P: Aaaaaah

(11) D: Seeing for the palate, she has a high arched palate,

(12) P:

Aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaah

(13) D: but there's no cleft ...What we'd want to look for is to see how she...moves her palate....which may be some of the difficulty with breathing, that we're talking about

上述二例凸顯了人類社會互動中，語言因應情境而自然產生的高低語體分工(Ferguson, 1972)。同樣都是遮蔽身體的衣服，在正式場合有些女性傾向於選擇剪裁合身的套裝，若是一般場合則是洋裝，若是家居則是舒適寬鬆的T恤。語言也如此，在多語社會中的政經運作結果，有些語言被視為比較正式或不正式，而說話者會因交談情境選用各種語言。例如，對老年病人發言以普遍被視為較低階的台語為主，與雙語家屬或為國語或為台語，與醫療同儕討論則以一般認為較高階的國語或英語為主。即便在單語社會，說話者也會因執業任務需求選用各種語體，例如，醫療報告語體不但語調中性辭彙也相對較專業精確，而對應的低階語體為「嬰兒調」，其語調豐富，語意與事實甚有出入，卻達到逗弄孩童使其放鬆配合體檢的任務。在臺灣，國語一般被視為較高階、台語較低階，然而各自也有高低語體，例如國語的「文言文」與「白話文」，大部分台語的詞又分「文讀」與「白讀」，傳統布袋戲或歌仔戲中的台語又比一般生活的台語高階，而且每個概念在每個語言也都自然因情境而有高低辭彙的表達方式(詳見表4)。

有趣的是，醫師在與實習醫師或急診室同仁討論病情時，會借用英語醫療辭彙，但其實這些英語辭彙其實都有國語的對譯詞，例如“鼓聲(Tympanic)”指腸子充滿氣時則腹部敲診時會有鼓聲、“腹水(Ascites)”、“黑便”(Tarry Stool)”、“血壓(HB)”、“眼結膜偏白(Conjunctiva Pale)”。

有些甚至是一般辭彙，例如“蒼白(Pale)”。

這些例子反映了，即便有國語對譯詞，醫療人員習慣以最高階的語言(即醫學共通語“英語”)表達專業概念，也就是英語是臺灣西醫表達專業概念的第一順位語言，⁴ 國語其次。除了便利專業人士溝通，高階語言的使用無形中提高了其專業地位。而此現象雖然有利於醫療團隊之間的溝通，但讓人擔憂的是因為以英語、國語做為醫學教育的語言，它會連帶造成以下的溝通問題：如果以英語與國語為表達專業辭彙的第一、第二順位語言，那面對老年病人所需要的台語要如何取得呢？當年輕輩醫師一般台語能力不夠流利時，專業辭彙如何開口？專業概念要如何表達以滿足病人知的權力？

六、專業語言能力與辭彙

關於專業職場運作的語言溝通相關研究可分為二種。第一種是執行專業職務所需要的「溝通能力」(Professional Communication)，例如醫療情境中，醫師如何與初診病人建立信任關係、提高病人配合度以蒐集完整的病情資訊(蔡美慧，2009)、如何告知壞消息(Buckman, 1992)、如何將深奧的專業醫學概念以常人可理解的方式說明以滿足病人知的權利並提高醫療知識(蔡美慧，2010)。語言學家傾向從語用學、社會語言學、或言談分析面向探討，其探討範圍通常於母語範圍內。第二種是執行專業職務所需要的「語言能力」(Language for Specific Purpose)，例如醫療同仁之間討論糖尿病案例與為病人

⁴ 醫療人員習慣以英文表達醫學概念的偏好，多見於近幾年關於對病歷中文化的論點中，例如：“石崇良並以日本為例，日本醫師雖以日文寫病歷，但醫學專有名詞還是用英文，以利醫療團隊之間甚至跨科別醫師，針對患者的病情進行討論與照會。”(2009/11/19 中國時報)

解釋糖尿病治療方式所需要的專業辭彙。此領域屬語言教學，其語言範圍可以是醫療人員的母語或非母語，例如臺灣的醫療人員如何透過台語(母語)或英語(外語)表達醫療知識。雖然本文研究探討焦點為執行專業職務所需要的台語的語言能力，但此語言能力與「溝通能力」往往相輔相成，語言能力是溝通能力的基礎，再熟稔的溝通能力，如果缺乏語言基礎，也無從發揮。再流暢的語言能力，如果缺乏專業溝通技巧能力，往往事倍功半，因此以下論述醫用台語發展的重要性，也會於相關處加入溝通能力的討論。

在臺灣醫療職場所需要的台語語言能力涵蓋初階至高階台語，例如，醫學系僑生計畫於臺灣執業者，一般須從初階台語開始學習，而大多數於南部長大的醫學生多數已具有台語基本說聽能力，所需的則是高階的台語醫療相關辭彙。台語的推動首要對象為後者，因此，以下針對台語醫療專業辭彙加以討論。

專業辭彙具有以下五個特色。1.在以單一語言為官方語的多語社會中，專業用語通常以社經地位高的官方語或世界通用語言呈現，例如西醫語言以英語為通用語(Lingua Franca in Medicine, Maher, 1986)，而臺灣的醫學教育過程英語與國語為主要媒介語言。2.即便是在單語的語言社區使用同一種語言，同一辭彙在專業情境之語意有別於一般情境之語意(Mishler, 1986)，例如台語的“掙水(kuann7 tsui2)”，可以表示“水腫”(醫療用語)或“提水”(一般用語)，英語“arrest”在醫療指的是“心跳停止”如“cardiac arrest”，而一般情境是“逮捕”如“under arrest”。3.有些辭彙在一般情境具有正面語意，在醫療專業上卻是負面的(Chapman et al., 2003; Riha, 2001)，例如英語的“growth(成長)、positive(正面)、progress(發展)”，於醫療情境指的是“瘤或贅生物、某種疾病或病菌的存在、蔓延”例如，“you have a growth(身上有長腫瘤)”、“HIV positive(愛滋病毒抗體檢驗呈陽性反應)”、“the tumor is progressing(腫瘤擴散)”。

當醫療人員傳遞專業知識習慣以其熟稔的高階語體表達時，不但會強化專業與常民之間的不對等關係，也阻礙病人對醫療訊息的了解。在 Samora et al. (1961)的研究中，研究人員選擇 50 個一般常見的醫學辭彙造句，例如“Do you have a pain in your abdomen?”、“How is your digestion?”，請病人解釋這

些句子，他們發現病人能夠正確詮釋的辭彙不到 30 個。即使是病人之間，也會因為個人病史與就醫經驗、年齡層、社經地位、教育背景等差異，對這些辭彙有不同的理解程度(Rashid and Jagger, 1996: 450; Redlich, 1949)。Blumhagen (1980)的研究發現 72% 被診斷為高血壓的病人都自認為有過度緊張或壓力的問題。這樣的想法，其實是受到“hyper-tension”一詞二義的誤導，其醫學概念指的「生理性的血壓高」，而常民用法多偏向其「心理性的緊張或壓力」。Chapman et al. (2003)以問卷方式訪問 105 位 16-64 歲的一般民眾，測試他們對醫師在問診時所使用的癌症相關詞彙理解程度。研究人員發現：一半左右的受訪者了解癌症委婉語，63%了解“metasis”表示“the cancer was spreading”，但是只有 52%了解“the tumour is progressing”並非好消息。儘管大半的受訪者未能正確詮釋醫師用語，但受訪者大都自評了解這些辭彙的意思。

專業辭彙的另外二個特色如下。4.這些辭彙伴隨漫長專業知識的累積而習得，專業辭彙的累積反應了專業知識的習得，醫學知識與辭彙的擁有區隔了醫師與常民的身分。各說各「話」的隔閡，造成語言溝通的不解與誤解，這種情形在同樣以相同語言為母語的醫病雙方也很常見。5.但若就一義多形的概念來看，同一個概念可以「很專業」或「很生活化」的方式表達，因此表達某個專業概念的各種辭彙可依照其「正式度(Formality)」區隔，例如“骨質疏鬆(kut4 tsit4 sool sang1)”是比較專業的辭彙，而“骨頭含梢(kut4 thau5 ham5 sau1)”或“骨頭冇(kut4 thau5 phann3)”是比較生活化的辭彙。

蔡美慧(2010:頁 119)將觀察到的台語表達疾病與表達身體不適的辭彙用法，根據以下準則並套用 Ferguson(1972: 234)「高階／低階語體(High/Low variety)」的概念，將之分成四種語體層次(表 4)：是否由西醫醫學轉譯而來、須經過刻意學習、媒體宣傳而大眾化、接近日常用語。第一類為最高階，第四類為最低階(表 4：台語西醫辭彙、大眾化台語西醫辭彙、台語疾病俗稱、台語描述不適日常用語。)

表 4：台語表達疾病與身體不適之辭彙語體分析(改編自蔡美慧，2010：頁 119)

語體正式程度	名稱	適用者	說明與例子
1.	台語西醫辭彙	台語新聞播報人員、台語研究或教學專業人士	西醫醫學辭彙的翻譯路徑主要為從原文(英語)翻譯成中文之漢字，這些中文譯詞通常以國語之構詞為基礎，以國語發音，再因循台語音韻轉換規律，以台語發音。例如： <u>“新陳代謝(sin1 tin5 tai7 sia7)”</u> 、 <u>“酸鹼平衡(sng1 kinn1 ping5 hing5)”</u> 、 <u>“三酸甘油酯(sann1 sng1 kam1 iu5 tsi1)”</u> 、 <u>“後天免疫缺乏症候群(au7 thian1 bian2 ik8 khuat4 huat8 tsing3 hau7 kun5)”</u>
2.	大眾化台語西醫辭彙	台語流利者	上述西醫辭彙中，有些經過媒體宣傳，成為耳熟能詳的台語醫學專業辭彙，一般會使用台語者大都能朗朗上口。例如： <u>“糖尿病(thng5 jio7 penn7)”</u> 、 <u>“高血壓(ko1 hueh4 ap4)”</u> 、 <u>“中風(tiong3 hong1)”</u> 、 <u>“攝護腺肥大(liap4-ho7-suann3 pui5-tua7)”</u> 、 <u>“膽固醇(tann2-koo3-sun5)”</u> 。
3.	台語疾病俗稱	台語耆老輩、地下電台主持人、台語流利之資深醫師	此類屬於描述疾病或身體不適在台語既有之俗稱，這些辭彙較少出現於日常生活用語，其語體正式度較高，通常須經學習始可習得。此組辭彙正式度低於第一、二組的台語西醫辭彙，因為這些辭彙多屬口耳相傳承襲之辭彙，辭彙符號與醫學意義未經明確或科學化之定義，也因此其語意精確度較前二者低。例如： <u>“水腫(tsui2 tsing2)”</u> 之俗稱為 <u>“搯水(kuann7 tsui2)”</u> ， <u>“甲狀腺腫大(kah4 tsiong7 suann3 tsing2 tua7)”</u> 之俗稱為 <u>“大領胛(tua7 am7 kui1)”</u> ， <u>“骨質疏鬆(kut4 tsit4 soo1 sang1)”</u> 俗稱為 <u>“骨頭含梢(kut4 thau5 ham5 sau1)”</u> 或 <u>“骨頭冇(kut4 thau5 phann3)”</u> 、 <u>“帶狀皰疹(tai3 tsong7 phau7 tsin2)”</u> 為 <u>“皮蛇(pue1 tsua5)”</u> 或 <u>“飛蛇(pue1 tsua5)”</u> 。
4.	台語描述不適日常	具基本台語能力者	此類辭彙不須經過特別學習，而是由病人將自身體驗之症狀以熟悉的日常用語表達，因為是

用語	<p>日常用語，其語意內容較廣，用於描述身體不適時其語意內容也會因個人經驗或情境而異，因此其語體正式度較低。例如：</p> <p>以“<u>驚甲唎唎掣</u>(<u>kiann1 kah4 phih8 phih8 tshuah4</u>)、<u>心肝頭撲撲窠</u>(<u>sim1 kuann1 thau5 phok8-phok8 tshainn2</u>)、<u>心肝頭會搖會疼</u>(<u>sim1 kuann1 thau5 e7 tiuh4 e7 thiann3</u>)、<u>心臟唎撲跳</u>(<u>sim7 tsong7 phih8 phok8 thiau3</u>)”描述「心悸 (palpitation)」；</p> <p>以“<u>心肝頭感覺按呢大心氣</u>(<u>sim1 kuann1 thau5 kam2 kak4 an2 nel tua7 sim1 khui3</u>)”描述「胸悶 (chest tightness)」或「呼吸困難 (dyspnea)」。</p> <p>以“<u>溜透</u>(<u>lioh4-thau2</u>)”表示「死亡」之意，以“<u>斷腦筋</u>(<u>tng7 nau2 kin1</u>)”表示「中風」。</p>
----	---

第一類是語體正式度最高的「台語西醫辭彙」。西醫醫學辭彙於臺灣的翻譯路徑主要從原文(英語)翻譯成國語，再因循台語音韻轉換規律，以台語發音。因為台語的譯詞乃根據國語譯詞的結構，再加上是新的辭彙，不論是醫療人員或台語流利的老一輩，都須經過學習，始能以流利之台語說出該辭彙。例如，一般人很少能在未經練習的情況下就以台語發以下辭彙“新陳代謝(sin1 tin5 tai7 sia7)”、“三酸甘油酯(sann1 sng1 kam1 iu5 tsi1)”。筆者觀察，第一類辭彙使用者通常是台語新聞播報人員、台語研究或教學專業人士。此類西醫辭彙，有些經過媒體宣傳，成為耳熟能詳的台語醫學專業辭彙，例如“糖尿病(thng5 jio7 penn7)”、“高血壓(ko1 hueh4 ap4)”、“中風(tiong3 hong1)”。筆者將之歸類為第二類的「大眾化台語西醫辭彙」。一般台語流利者者雖然不見得真正了解其醫學意義，但大都能朗朗上口。

第三類的「台語疾病俗稱」屬於疾病或身體不適在台語既有之俗稱，例如“水腫(tsui2 tsing2)”之俗稱為“搯水(kuann7 tsui2)”，“骨質疏鬆(kut4 tsit4 sool sang1)”俗稱為“骨頭含梢(kut4 thau5 ham5 saul)”或“骨頭冇(kut4 thau5 phann3)”。這一類辭彙的使用者通常是台語流利者，並且有相關疾病經歷或

透過學習而了解這些俗稱所代表的醫學意義，例如台語耆老、地下電台販賣健康食品的主持人(其聽眾多屬老年人)、或台語流利之資深醫師。林仲《皮膚病的臺灣民俗醫學》一書中記載的常見皮膚科疾病辭彙用語大多屬於此類。又，此組辭彙正式度低於第一、二組的台語西醫辭彙，因為這些辭彙多屬口耳相傳承襲之辭彙，辭彙符號與醫學意義未經明確或科學化之定義，也因此其語意精確度較前二者低。語體正式度最低的是第四類的「台語描述不適日常用語」，因為是日常用語，只要是熟悉基本日常生活台語者，皆可因應其個人語言使用的經驗，提取現有或自創辭彙，不須經過特別學習。例如以“心肝頭嘖嘖筊(sim1 kuann1 thau5 phok8-phok8 tshainn2)、心臟嘖嘖跳(sim7 tsong7 phih8 phok8 thiau3)”描述「心悸(Palpitation)」。

在臺灣以英語、國語為醫學教育的媒介的養成環境下，我們可預測的是，即便是資深或老一輩的之醫療人員，很少未經學習就可使用到第一類的「台語西醫辭彙」，此類辭彙量與使用者的成長幾近於零。第三類辭彙將隨著台語耆老或老一代醫師的逐漸凋零而消失，第二類辭彙端看公共衛生政策的推行。醫學院學生若台語流利則勉可使用第四類辭彙。上述文獻回顧也反映了，表達專業概念語言能力(尤其是高低階辭彙)與溝通技巧同時都重要。缺一，則醫病雙方各說各話，不但強化常民與專業的鴻溝，更容易造成誤解也影響病人知的權力。是以筆者過去也提出以下傳遞病情與健康資訊的言談技巧——高低互補建立醫學知識(蔡美慧，2010)。1.低階詮釋高階：也就是先以生活化辭彙(第四類辭彙)將精密專業辭彙拆解、以常民用語畫出疾病的故事，使疾病的圖像常駐於記憶。2.高階建立知識：待病人已有基本理解後，再引介專業辭彙，增加病人的醫學知識。然而，在實踐上述溝通技巧時，醫療專業人士所需要的不僅是第四類的「台語描述不適日常用語」，第一、二、三類辭彙也很重要(台語西醫辭彙、大眾化台語西醫辭彙、台語疾病俗稱)。

七、專業辭彙擴增與提升語言活力

語言活力(Ethnolinguistic Vitalities) (Giles et al., 1977)指的是族群的語言能否存活的重要指標，其評估項目包括了：1.族群的經濟社會地位(Status Factors)、2.人口學因素(Demographic Factors，例如族群人口的數量、比例、分佈、移出、移入、出生率、通婚情況)以及 3.制度的支持與控制(Institutional Support and Control，族群語言在學校、行政機關、法院、教會、電視台等的勢力)。

筆者認為，上述屬於宏觀指標，若就母語的保存與推行而言，專業職場所需的「辭彙擴增」(Elaboration)則是微觀層次的語言成長指標。誠如之前所提，專業辭彙乃應專業知識的產生或習得而衍生或累積。任何蓬勃發展的行業，使用者自然發展出該行所需的辭彙，或稱為「行話／專業術語」(Jargons)。新的生活形態衍生新的疾病、日益革新的科技也帶來新的醫療知識、器材與技術，享有官方語地位的國語與醫學通用語的英語，相關辭彙不斷因應健康需求而增。然而弱勢如台語者，此類辭彙成長僅留於低階辭彙，因而剝奪了台語單語人口追求醫療新知的機會與健康的權利。例如，近幾十年國人常有的膽固醇過高(tann2 koo3 sun5 或稱“血油(hueh4-iu5)”)與攝護腺肥大(“liap4-ho7-suann3 pui5-tua7”)因為政府的宣導與衛生教育而進入台語辭彙系統，這些知識對老年人也不陌生。然而「禽流感」、「愛滋病」的台語相對辭彙卻很少見。試問，台語的單語使用者就不需要這些醫學新知嗎？即便台語的母語人口流失比客語與原住民語緩慢，但絕對不能輕忽年輕輩醫師無法以流利的第一、二、三類台語辭彙與病人的溝通問題。

就政府相關單位的母語維護與規劃而言，學者一般將方言地位提升的語言規劃(Haugen, 1966)，分成四個階段：選擇(Selection)、標準化(Codification)、擴增(Elaboration)、接受(Acceptance)。表 4 的「台語西醫辭彙」「大眾化台語西醫辭彙」二類辭彙，尤其是第一類使用者幾乎僅見於醫用台語教學人士或大眾傳播媒體工作者(例如台語新聞播報者、台語電台新聞或賣藥節目主持人)。但，若台語可因應專業需求擴增高階辭彙，作為醫療人

員與病人傳遞醫療新知的語言工具(第一類辭彙)，並且透過相關單位為大眾做衛生教育宣導時，將常見且重要的概念，融入台語衛教中，使其成為民眾耳熟能詳的用法(從第一類轉化為第二類辭彙)，這是語言活力成長的微觀指標。如果科技新知是整體社會進步的指標，語言的現代化則是語言生存發展的重要指標，因素。語言發展因應知識發展的專業化而精細化。因此，發展表達疾病或身體不適的專業辭彙不但是每個人類語言辭彙庫必備的「生存辭彙」，更是語言活力的指標。

八、意識形態與語用功能

Edwards (1985)提出語言的其中二種功能：溝通功能(Communicative Function)與表徵性功能(Symbolic Function)。因此，一般語言使用的動機可概括為二：意識形態的表徵性(Ideological)、語用功能性(Instrumental)。前者如西伯來語的死灰復燃，第一、二次世界大戰前，西伯來語(Hebrew)已經有 1700 年是屬於「死的語言」僅以書寫形式出現於經文。二十世紀初在強烈的猶太復國主義(Zionism)驅策下，並擺脫殖民國家政治上與文化上的統治，猶太人動員所有子民，開始學習使用西伯來語，如今西伯來語已是以色列國家的日常生活語言與官方語之一(Encyclopedia Judaica, 1996: 998-1002; Holmes, 2008: 66)。然而，語言之表徵與溝通功能不見得必然共存或具有直接相關性，而語言也並非是族群的絕對標記(Edward, 1985: 47-85)。例如愛爾蘭的愛爾蘭語幾乎已被英語所取代，但此事實並不因此改變以英語為溝通語言之「愛爾蘭人」的族群認同或國人身分(頁 62)。雖然基於族群的、情感的意識形態而使用母語是最有效果推動母語的動機，然而正因為語言使用與族群認同不見得為必然關係，族群認同往往停留於認知而非實際語用，因此對母語保存效果有時是很微弱的。例如 Lu (1988)的研究顯示，臺灣有蠻多自認是「閩南人」但卻不會講台語，甚至聽不懂台語。為配合九年一貫鄉土語言教學課程所需要的台語師資，教育部鼓勵大專院校成立臺灣語文相關系所，然而陳

麗君(2011)針對臺灣六所有臺灣語文研究相關系所與中文系與理工科系的 646 位大學生的問卷調查卻顯示：臺文系學生的台語聽講讀寫能力比中文系與理工系稍佳(3.0 與 2.8 之差：頁 21)，而相較先前研究整體母語能力是退化，因此陳麗君結論，母語僅存表徵性功能，實際的語言使用幾乎為國語取代(頁 23)。行政院客家委員會於 2008 年委託楊文山主持的全國客家人口基礎料調查研究也顯示：雖然客家人普遍認同客語流失的情況相當嚴重(18.7%非常嚴重、38.6%嚴重)，但表示有(會)教子女說客語僅有 46.8%，而有意願讓子女參加客語課程者也只有 36.5%(楊文山，2008：頁 123-126)。應凱仁(2011)針對中山醫學系學生客籍大學生所作的語言使用態度與行為的問卷調查，共得到有效問卷 268 份，其結果顯示雖然受訪者認同客語在各環境當中需要被使用，然而其認同度多止於在態度與認知方面，在實際使用情形並非如此，無論在「家中」、「平時」、「課業」等方面，「華語」的使用皆遠遠勝過客語。上述研究反應了 Edwards (1985)：族群意識與語言使用之間複雜的關係——語言(使用)並非族群認同的絕對指標，而語言的溝通與表徵功能的可分性，也就是說，當某一個族群的語言被另外一個族群語言取代時，族群母語的溝通功能已經消失，母語與族群之間就僅存表徵性關係。

也因此，筆者認為，保存母語若僅訴諸於對族群或文化的層面出發，成效可能微弱，因為族群認同並不等於語言使用。但，若能兼顧語言的作為溝通工具層次，從母語職場語用需求出發，例如，實踐醫療單位應該以病人母語進行的醫療服務政策(參考「國家語言發展法草案」的第九條)，或是提倡醫用台語教學，則可透過社會菁英從專業職場素養實踐(即「以病人的話為病人服務」)，間接達到推廣母語使用。

九、結 論

本文從五個角度論述發展醫用台語教學的重要性：「病人為主」的專業素養是「敘述醫學」與「實證醫學」的基礎，然而當醫師無法以「病人的話」

溝通時，有礙於其收集第一手病情資訊，診斷與處置也無法有效的傳遞給病人，進而影響互信醫病關係的建立。高齡化社會中，年長者為長期照護的主體，其中多為教育程度低與使用台語為主的弱勢族群，提倡醫療人員以病人母語為之服務，同時也是尊重基本人權與追求公平正義的表現。主流語言的壓力下，台語活力微弱與年輕輩台語能力退化，此外，醫療人才培育過程主要仰賴英語與國語，卻忽略學生進入臨床與病人應對所需的台語，更加深老年病人與年輕醫師的語言障礙。在全球在地化(Globalization)的新思維中，保存與維護母語是刻不容緩之事，兼顧溝通能力與語言能力的專業語言課程，也是全球高等教育中語言教學的新趨勢。最後，母語的推廣策略，一般多與維護文化或傳統連結、或從強化族群意識著手，本文之貢獻在於提出另一個可行性：從「語用」需求出發，訴諸於台語的溝通功能，透過如醫療人員之社會菁英基於職場的需求與專業素養的展現，間接促進母語維護。而台語醫療專業辭彙隨醫療新知而衍生，也有助於台語辭彙擴增與台語活力提升。

參考文獻

中文部分

- 行政院(2008)，〈國家語言發展法草案〉
- 余光輝、陳永昌、田亞中、謝邦鑫、簡竹君、方基存 (2007)，〈實證醫學的醫學教育〉，《醫學教育》，11，頁 13-20。
- 李蜚鴻 (2010)，〈重視地下電台賣藥問題〉，《健康世界》，291，頁 43-43。
- 何醒邦、黃天如〈糾正衛生署，病歷中文化踱牛步，監院下通牒〉，《中國時報》，2009年11月19日。
- 林 仲 (2000)，《皮膚病的臺灣民俗醫學》，臺北市：健康世界雜誌社。
- 林美珍 (2012)，〈「台語社」在戰後台語運動的位置與成就〉，國立清華大學臺灣文學研究所碩士論文。施正鋒 (2002)，《語言權利法典》，臺北市：前衛出版社。
- 張德厚 (2009)，〈推動中文病歷落實醫療人權〉。引自 2012年12月09日，<http://dailynews.sina.com/bg/tw/twpolitics/bcc/20090723/1814503394.html>
- 曹逢甫 (1997)，《族群語言政策：海峽兩岸的比較》，臺北市：文鶴出版社。
- 曹逢甫、盧豐華 (1999)，〈從言談分析觀點探討臺灣醫生與老年病人的溝通〉，國科會計畫報告。
- 陳淑嬌 (2007)，〈臺灣語言活力研究〉，《語言政策的多元文化思考》，頁 19-39，臺北市：中央研究院語言學研究所。
- 陳婷玉、王舜偉 (2006)，〈愚昧無知或享受參與？——廣播賣藥節目的閱聽人分析〉，《傳播與管理研究》，5，頁 1-36。
- 陳慈立 (2007)，《酒的商品化與原住民飲酒行為及其相關健康問題：一個政治經濟學的歷史分析》，國立成功大學公共衛生研究所碩士論文。
- 陳麗君 (2011)，〈臺灣大學生的語言意識〉，《台語研究》，3(2)，頁 4-25。
- 黃宜範 (1993)，《語言、社會與族群意識——臺灣社會語言學研究》，臺北市：文鶴出版社。
- 黃嘉政 (2002)，《戰後以來臺灣台語教育發展之研究(1945-2002)》，國立臺灣

師範大學教育研究所碩士論文。

黃艷民 (2010),《慢性病醫學台語研究》臺北市：國立臺灣師範大學。

楊文山 (2008),〈97 年度全國客家人口基礎料調查研究〉,《行政院客家委員會委託研究報告,計畫主持人：楊文山》,臺北市：行政院客家委員會。

鄭詩宗 (2004),〈臺灣患者 e 語言權 kap 醫學院醫學台語文教育 e 必要性〉,醫學台語學術研討會,高雄醫學大學。

蔡美慧 (2003),〈從互動社會語言學派的觀點檢視三人行老年門診之聯盟現象〉,國科會計畫報告。

蔡美慧 (2009),〈開放式問診之言談技巧：開放式問句〉,《醫學教育》,13,頁 199-215。

蔡美慧 (2010),〈病情資訊傳遞之言談技巧：醫學辭彙與常民用語互補使用〉,《臺灣醫學人文學刊》,11,頁 115-131。

賴其萬 (2006),《話語、雙手與藥：醫者的人性關懷》,臺北市：張老師文化事業股份有限公司。

應凱仁 (2011),《客籍大學生語言使用態度與使用行為研究：以中山醫學大學為對象》,國立高雄師範大學客家文化研究所碩士論文。

外文部分

Bhatia, V. (2002), "LSP and Professional Practice: Negotiating Disciplinary Conflicts," *Linguistic Insights - Studies in Language and Communication*, 3, 41-57.

Blumhagen, D. (1980), "Hyper-Tension: A Folk Illness with a Medical Name," *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4, 197-227.

Buckman, R. (1992), *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Chang, P. H. and J. P. Fortier (1998), "Language Barriers to Health Care: An Overview," *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9, S5-S20.

Chapman, K., C. Abraham, V. Jenkins and L. Fallowfield (2003), "Lay Understanding of Terms Used in Cancer Consultations," *Psychooncology*, 12,

557-566.

- Charon, R. (2001), "Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics," *Annals of Internal Medicine*, 134, 83-87.
- Clark, T., B. Sleath and R. H. Rubin (2004), "Influence of Ethnicity and Language Concordance on Physician-Patient Agreement about Recommended Changes in Patient Health Behavior," *Patient Education and Counseling*, 53, 87-93.
- David, R. A. and M. Rhee (1998), "The Impact of Language as a Barrier to Effective Health Care in an Underserved Urban Hispanic Community," *Mount Sinai Journal of Medicine*, 65, 393-397.
- Edwards, J. (1985), *Language, Society, and Identity*, New York: B. Blackwell in association with A. Deutsch.
- Encyclopedia Judaica (1996), Jerusalem: Keter Publishing House.
- Ferguson, C. A. (1972), "Diglossia," in P. P. Giglioli (ed.), *Language and Social Context*, 232-251, Harmondsworth: Penguin.
- Fortier, J. P., C. Strobel and E. Aguilera (1998), "Language Barriers to Health Care: Federal and State Initiatives, 1990-1995," *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9, S81-S100.
- Gany, F., J. C. Leng, G. Winston, C. H. Tseng, A. Qin and J. Changrani (2011), "Diabetes Care and Language Discordance among Chinese and Latino Primary Care Patients," *Ethnicity and Disease*, 21, 473-479.
- Giles, H., R. Y. Bourhis and D. M. Taylor (1977), "Toward a Theory of Language in Ethnic Group Relation," in H. Giles (ed.), *Language, Ethnicity and Intergroup Relations*, 307-348, London; New York: Academic Press.
- Green, A. R., Q. Ngo-Metzger, A. T. R. Legedza, M. P. Massagli, R. S. Phillips and L. I. Iezzoni (2005), "Interpreter Services, Language Concordance, and Health Care Quality: Experiences of Asian Americans with Limited English Proficiency," *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1050-1056.
- Greenhalgh, T. (1999), "Narrative Based Medicine: Narrative Based Medicine in an Evidence Based World," *British Medical Journal*, 318, 323-325.
- Gropper, R. C. (1996), *Culture and the Clinical Encounter: An Intercultural Sensitizer for the Health Professions*, Yarmouth, Maine, USA: Intercultural Press.
- Haugen, E. (1966), "Dialect, Language, Nation," *American Anthropologist*, 68,

922-935.

- Holmes, J. (2008), *An Introduction to Sociolinguistics (3rd ed.)*, Essex, England: Pearson Education Limited.
- Karliner, L. S., A. Auerbach, A. Napoles, D. Schillinger, D. Nickleach and E. J. Perez-Stable (2012), "Language Barriers and Understanding of Hospital Discharge Instructions," *Medical Care*, 50, 283-289.
- Levenstein, J. H., E. C. McCracken, I. R. McWhinney, M. A. Stewart and J. B. Brown (1986), "The Patient-Centred Clinical Method. 1. A model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine," *Family Practice*, 3, 24-30.
- Lu, L. J. (1988), *A Survey of Language Attitudes Language Use and Ethnic Identity in Taiwan*, Taipei, Taiwan: Fu Jen Catholic University.
- Maher, J. C. (1986), "The Role of English as an International Language of Medicine," *Applied Linguistics*, 7, 41-52.
- Manson, A. (1988), "Language Concordance as a Determinant of Patient Compliance and Emergency Room Use in Patients with Asthma," *Medical Care*, 26, 1119-1128.
- Maslow, A. H. (1943), "A Theory of Human Motivation," *Psychological Review*, 50, 370-396.
- McWhinney, I. (1989), "Communicating With Medical Patients," in M. Stewart and D. Roter (ed.), *Sage Series in Interpersonal Communication*, 25-40, Newbury Park, California: Sage Publications.
- Mishler, E. G. (1984), *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*, Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Mutchler, J. E., G. Bacigalupe, A. Coppin and A. Gottlieb (2007), "Language Barriers Surrounding Medication Use among Older Latinos," *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22, 101-114.
- Perkins, J. and Y. Vera (1998), "Legal Protections to Ensure Linguistically Appropriate Health Care," *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9, S62-S80.
- Rashid, A. and C. Jagger (1996), "Patients' Knowledge of Anatomical Location of Major Organs within the Human Body: A Comparison between Asians and Non-Asians," *Family Practice*, 13(5), 450-454.
- Redlich, F. C. (1949), "The Patients' Language," *Yale Journal of Biology and*

- Medicine*, 17, 427-453.
- Riha, O. (2001), "The Language of Medicine: Polysemy and Metonymy as Communication Problems," *Lebende Sprachen*, 46, 150-154.
- Sackett, D. L., W. M. Rosenberg, J. A. Gray, R. B. Haynes and W. S. Richardson (1996), "Evidence Based Medicine: What it is and What it isn't," *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Samora, J., L. Saunders and M. Larson (1961), "Medical Vocabulary Knowledge among Hospital Patients," *Journal of Health and Human Behavior*, 2, 83-92.
- Swales, J. M. (2000), "Language for Specific Purpose," *Annual Review of Applied Linguistics*, 20, 59-76.
- Syme, S. L. and L. F. Berkman (1976), "Social Class, Susceptibility and Sickness," *American Journal of Epidemiology*, 104, 1-8.
- Tannen, D. and C. Wallat (1982), "A Sociolinguistic Analysis of Multiple Demands on the Pediatrician in Doctor/Mother/Child Interaction," in R.J. Di Pietro (ed.), *Linguistics and the Professions: Proceedings of the Second Annual Delaware Symposium on Language Studies*, 39-50, Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Wagstaff, A. (2002), "Poverty and Health Sector Inequalities," *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 97-105.
- Wilkinson, R. (2009), "Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standards?" in P. Conrad (ed.), *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, 102-107, New York, New York: Worth Publishers.
- Wisnivesky, J. P., K. Krauskopf, M. S. Wolf, E. A. Wilson, A. Sofianou, M. Martynenko, E. A. Halm, H. Leventhal and A. D. Federman (2012), "The Association between Language Proficiency and Outcomes of Elderly Patients with Asthma," *Annals of Allergy, Asthma, and Immunology*, 109, 179-184.
- Yeh, H. N., H. C. Chan and Y. S. Cheng (2004), "Language Use in Taiwan: Language Proficiency and Domain Analysis," *Journal of Taiwan Normal University: Humanities and Social Sciences*, 49, 75-108.

Teaching Taiwanese for Medical Purpose: A Pragmatic Approach to the Professionalism of Patient-centeredness and Taiwanese Vitality

Mei-Hui Tsai^{*}, Feng-Fu Tsao^{**}

Abstract

As true in most societies where the aging population is growing but the number of young speakers of the local dialects is decreasing, medical practice in Taiwan is facing a worrisome language barrier—the non-communication between the young professionals and the elderly patients. This language barrier is an impediment to patients' right to health and the professional practice of patient-centeredness.

Based on literature review, this paper discusses the importance of implementing the curriculum program of medical Taiwanese from the following perspectives: the medical professionalism of patient-centeredness, language gap between the old and young generation, multi-lingual health care context, language for specific purpose, lexical elaboration and linguistic vitality, and the communication aspect of language use.

* Corresponding author: Associate Professor of the Department of Foreign Languages and Literature, National Cheng Kung University. Email: tsaim@mail.ncku.edu.tw. The authors are indebted to invaluable comments by Yu-Pei Lin of Kaohsiung Municipal Min-Sheng Hospital, Hsiu-Yun Wang and Yu-Feng Wong of National Cheng Kung University.

** Emeritus Professor of the Graduate Institute of Linguistics at National Tsing Hua University
Email: fftsao@mx.nthu.edu.tw.

This paper argues that the implementation of medical Taiwanese course which targets on the Taiwanese proficiency and communication skills will (1) match the goal of the rising approach of LSP—teaching language for specific purpose tailored to medical students' future career needs; (2) fulfill the medical professionalism of patient-centeredness; (3) promote dialect maintenance via social elites, such as doctors, by speaking in the patient's language; and (4) reinforce dialect vitality by extending the formal medical lexicon in Taiwanese.

Keywords: Human Right to Health, Language for Specific Purpose, Medical Taiwanese, Patient-centeredness, Dialect Maintenance