

老年病患負面社會心理資訊呈現之前文脈絡 與言談機制：以臺灣家醫科為例

周少柔*、蔡美慧**、盧豐華***

摘要

醫病溝通互動中，取得病情相關的負面社會心理資訊(例如失業、離婚)除了可增進醫病關係，更助於醫師釐清病患的社會心理狀態(簡稱「負面社心」)為生理不適的致因或加重因素，然而此類資訊對有些病患卻是難以啓齒或察覺與生理不適之相關性，因此對大部分醫師而言，引導病人提供此類資訊是一大挑戰。本研究以南部某教學醫院家醫科醫師與老年病患的問診互動為語料，從語言學角度分析病患呈現負面社心資訊時，相關之前文脈絡與言談機制。我們主要發現如下：(一) 病患負面社心資訊的呈現很少由病患主動引發(14%)，而是由醫師透過鋪陳負面社心氛圍而浮現(86%)；(二) 此鋪陳包含兩層並行機制：「時間的累積醞釀」與「語意的循序堆砌」，即醫師與病患須歷經多次發言來回，以及醫師發言用詞語意從中性(‘我想欲知影講你陰暗暍未去是攏咧想啥?’)、一般性負面(‘最近人敢會感覺足操煩?’)、漸進至具體性負面(‘敢有想著流目屎未?’)的三種引子；(三) 此二機制的運作反映了專業

* 第一作者為國立成功大學外國語文學系研究所學生，Email: sherrychou12@gmail.com。

** 第二作者與通訊作者為國立成功大學外國語文學系教授，Email: tsaim@mail.ncku.edu.tw。

*** 第三作者為國立成功大學醫學系副教授，Email: fhlu@mail.ncku.edu.tw。

與常民對問診為「生理資訊的呈現先於社心資訊的呈現」的期待認知，並造就了「以生理話題引流負面社心資訊」的言談模式。上述的言談機制對於醫病溝通的啟發為：在問診過程中，醫師透過「時間的累積醞釀」及「語意的循序堆砌」所鋪陳的負面社心氛圍，即「以生理話題引流負面社心資訊」的言談模式，有助於鼓勵病患相關負面社心資訊的浮出台面。

關鍵詞：負面社心資訊、社心話題、言談機制、醫病溝通

一、前言

根據世界衛生組織(WHO)對健康的定義(1948)，「健康」應涵蓋生理、心理及社會的健全與安寧，而非僅指無病或無虛弱。然而，過去醫學最常被詬病的卻是「看病不看人」的偏頗式看診，即只看病人生理症狀，忽略心理或社會關係面向(Barsky, 1981; Tsai et al., 2013)。不僅造成誤診，病患也因病情未改善而四處求診的「逛醫師行爲」(Kasteler et al., 1976; DiMatte, 1979)。雖然「看病又看人」是現代醫學努力推行的理念，許多研究卻指出，醫師普遍缺乏處理病患社會心理問題的溝通技巧，也較不願意觸及此類話題(Maguire and Fletcher, 1986; Jones et al., 1987; Barry et al., 2000; Levinson et al., 2000)。有鑑於此，本文以家庭醫師與老年病患的言談互動為分析對象，探討病患社會心理問題呈現的言談機制。此外文獻關於醫病溝通中社會心理話題相關探究頗豐富，但甚少從質性微觀言談互動角度切入，因此本文次要目的為建立此類互動之分析架構。以下，我們定義相關概念與文獻回顧以彰顯本研究議題的重要性。

(一) 社會心理資訊與「生理暨社會心理問診模式」

現代醫療體系過度強調專科化，將病人依不同器官分科治療，使得看病不看人的趨勢更明顯。Balint (1969, 引自於 Mead and Bower, 2000)主張醫師應視每位病患為獨立不同的個體，了解每位病患不同的屬性提供適切照護。Engel 於 1977 提出的「生理暨社會心理問診模式」(Biopsychosocial Model)更強調以下：健康和疾病，是生物、心理、和社會三因素的交互作用結果，因此此模式強調醫師在問診過程應同時關注病人此三面向狀態，才能對病人的健康情形有全面性了解。Silverman et al. (2005)也強調醫師應以生理醫學及病患認知兩角度收集病情資訊，其「病患認知角度」相當於本文的「社會心理資訊」。因此，不論是「視每位病患為獨立個體」、「生理暨社會心理問診模式」、或「生理醫學暨病患認知雙管齊下的模式」，皆是「病人為主」理念的實現。

綜合過去文獻(DiMatteo, 1979; Barsky, 1981; Aldrich, 1999; Billings and Stoeckle, 1999; Cole and Bird, 2000; Barry et al., 2000; Salmon et al., 2004; Silverman et al., 2005)，我們將上述的「社會因素、心理因素」(簡稱為「社心因素」)，彙整其定義如下：1. 生活或社會事件(例如失業、離婚)造成的心理不適與擔憂或加劇生理不適；2. 病人對生理疾病的處理方式、解釋模式(例如‘敢會是生歹物仔’)、求醫行爲；3. 病人的職業、生活方式、飲食習慣等可能影響健康的因素。

在本研究，我們將醫師於問診過程中「提及社會心理話題」，簡稱為「引發社心話題」(Initiating a Topic of Psychosocial Issue)，當病患所提供的社會層面(社交或人際關係，例如喪偶、離婚、失業)、或心理層面資訊(例如壓力、煩惱等)屬於負面性質時，稱為「負面社心資訊」。例如語料 6：在何醫師的詢問下，病人莊洪女士提到對已故兒子的思念‘心會艱苦爾,未流目屎,啊就痠:有:想彼:我:..早前一个大漢後生予往生去,啊這馬會想彼咧因仔按啲啊’，我們將此資訊定義為「負面社心資訊」。

(二) 社會心理資訊之功能

除了上述實踐「病人為主」理念的功能外，收集病患社心資訊還扮演以下功能：建立關係與協助診斷。

1. 建立關係

「建立關係」指的是醫師透過引發社心話題傳達對病患生活或社會人際層面的關切，因此有助於提升醫病關係(詳見文獻回顧第 1 節)，例如於問診一開始的寒暄(‘最近如何?’)或收集病情資訊過程問及病患的工作與家人情形。Fisher (1991)及 Beck and Ragan (1992)提到這類噓寒問暖的社心話題常出現於問診的開場或身體檢查階段，醫護人員爲了避免體檢過程的沉默與尷尬，在體檢過程同時詢問病人工作或個人相關資訊。Coupland et al. (1994)也提到醫師於問診一開始的寒暄話題如‘最近好嗎? / How are you?’可作爲進入收集病情資訊前的暖場，使病患感受醫護人員的關心，並化解病患因看診所造成的緊張不安，進而拉近關係。

2. 協助診斷

「協助診斷」是指病患在問診過程所提及的社心資訊有助於醫師釐清該社心狀態與生理不適的關係：社心狀態為生理問題的致因或加重因素？雖然本文探討議題為病患負面社會心理資訊呈現的言談機制，而非醫師的診斷技巧，然而因為了解病患社心資訊是提升正確診斷率的重要資訊，本文於以下詳述二者之關係。

疾病常以不同面貌產生，且與病患的情緒、生活環境、社會人際互動交互作用，因此，社心狀態有可能是引發身體不適的「致因」(Causative Factor)，或既有身體不適的「加重因素」(Aggravating Factor)。

Laemmel (1993)提到疾病來源大致分為器官本質性(Organic)與社會心理性(Psychosocial)。前者是指生理不適致因為器官功能衰竭，後者致因則與社會心理因素相關——社心問題透過生理性的身體不適表現出來，或是說以生理性不適掩飾社心問題(Barsky, 1981)。關於後者，文獻之描述如下：對於生理不適之患者(常見如胃脹、胸悶、疼痛、心悸)，醫療人員雖透過各種檢查(例如：腹部超音波、胃鏡，X光照射、超音波或心電圖)卻無法發現任何生理病變(王興耀，2001；張尚文，2011)，對於此類「不明原因的身體症狀」(Medically Unexplained Symptoms, MUS)，有些學者將之歸類為「身心症」(Somatization Disorder，張尚文，2011：頁 35)或稱為「身體化」、「身體症狀疾患」(沙堅白，2011)因此，身心症是一種生理症狀(如：偏頭痛、脖子僵硬)、心理狀態(如：擔心、壓力大)或外在社會事件(如：離婚)交錯表現的疾病(王興耀，2001；張尚文，2011；沙堅白，2011；Barsky, 1981)。

王興耀(2001)及張尚文(2011)介紹二種生理、心理相互影響情形。第一種為社會心理因素為引發身體不適。張尚文(2011)對身心症概念有以下說明：「心理因素會影響到身體功能與身體疾病，當承受過重壓力時，自律神經系統、內分泌系統、免疫系統等，可能會出現失調情形，嚴重時會引發各種身心疾病。例如胃脹、胸悶、疼痛、心悸等問題。張於文中提到一名不明原因心悸胸痛的王姓病患，在醫師仔細詢問家族病史下，發現到其父親不到五十歲即因心肌梗塞猝死，此名病患因父親死於心肌梗塞而擔心自己也可能患上

此疾，進而產生胸痛。此例中，心理因素是生理不適致因。

第二種則是社會心理因素使既有的身體疾病加劇。張尚文(2011)提到‘當身體有了疾病，也會帶來不安、害怕、焦慮或憂鬱等。’王興耀(2001)也提到病人會因既有生理疾病，如十二指腸潰瘍、偏頭痛或冠狀動脈病變等，在面臨生活壓力時，引發錯綜複雜的情緒，間接惡化既有疾病，例如嚴重的腹痛、心臟病復發等。張尚文舉例：在鄧麗君氣喘過世的那陣子，有許多氣喘病患自覺症狀加劇而就診。又如，媒體對於傳染疫情的大肆報導(如 SARS、禽流感)，強化大眾的恐慌，即便輕微感冒也紛紛求醫，Groopman (2003)稱之為「疾病恐慌症」(Hypochondria/Excessive Fear of Illness)。此例顯示病患因社會事件或媒體資訊，惡化其原有的疾病。

(三) 社會心理資訊與誤診

關於社心資訊於問診的重要性，我們結論如下，取得病患之社心狀態資訊是 1. 實踐「病人為主」問診理念的基礎；2. 醫病關係建立的潤滑劑；3. 更是醫師鑑別診斷的重要工具：釐清病患的生理不適的致因，屬於器官本質性或社會心理性問題(患者因腦瘤引發的性情大變 vs. 患者因情緒障礙而引發頭痛)；4. 釐清社心狀態與生理不適的關係：社心狀態為生理不適的加重因素(患者原先就有十二指腸潰瘍，遇有生活壓力時間接惡化潰瘍症狀)或致因(患者本身並無任何器官本質性疾病，但卻有胃脹、胸悶、疼痛、心悸等問題)

因此，醫師於問診過程中若未能完整了解生理及社心資訊，僅憑「排除法」(Diagnosis by Exclusion or Based on the Absence of Something/因為沒有生理症狀就診斷為社心問題)，則即有可能因資訊不完全而造成誤診。Rosenbaum (2000)在書中提到其原本對科學和大自然充滿興趣的姪子比利，十五歲時，突然對課業毫無興趣，性情大變。神經科與精神科醫師皆認為他的性情大變是典型青少年過度青春期常見的問題，診斷為心理問題，安排病患三個月的心理治療。不幸的，等到病人出現生理症狀後，使被確診為腦瘤，六個月後過世。本例中，腦瘤屬於「器官本質」產生病變引發的生理狀態，其細胞壓迫到情緒相關神經而導致患者無法控制情緒(曾鈺庭，2013)。由於

情緒屬於「社心症狀」，使得患者被誤診為社心本質案例(青春期的叛逆乖戾)，而忽略器官本質性的可能，導致不可挽回之後果。

哈佛著名血液腫瘤科 Groopman (2007)在探討醫師誤診現象時，也提到另一被誤診為「社心本質」的案例，三十多歲的單身女性一年來多次腹部疼痛求助診所、腸胃科、婦科，各種建議或處置均未改善，所有檢驗也未見異常，因而被視為神經質或有精神障礙，貼上「身心症」的標籤，直到她在一次急診求醫仍因找不出原因而出院後，走路回家過程昏倒再度被送回急診，才被檢查出原來歷次的腹部疼痛乃因子宮外孕(即器官本質問題)，她卻在歷次求醫過程被誤診三次。

Graber (2002)從五家醫院於五年間的診療資料，收集了一百個誤診案例，他把醫師誤診類型分成三種，其中「醫師認知錯誤」(即思考問題)佔 28%，Graber 進一步分析此類誤診時發現，因知識不足導致誤診的案例其實很罕見，更常見的原因是對病人的資料不足(約佔所有誤診案例的 14%)，包括了病史詢問粗略、疏忽某項重要身體檢查，或者檢驗數值判讀錯誤。許多專家也提醒我們(Laemmel, 1993；沙堅白，2011)，現代醫學思惟中，疾病來源是多元且多因素交互作用，醫師的診斷若僅憑「排除法」，或依賴「身心二元論觀點」(Dualism/不是器官本質引起，就是社心本質引起)，在缺乏正確的身心症或社心醫學知識下，就診斷為社心問題，這是很多誤診的來源。前述 Rosenbaum (2000)與 Groopman (2007)的誤診案例中，雖然醫師都嘗試了解病人社心狀態(性情大變或焦慮)，卻因未察覺或未驗出的生理問題，而排除器質性致因的可能性。探究其誤診原因乃在於未能針對社心狀態有全盤性了解並釐清社心狀態與生理狀態的關係。因此，不論是為建立關係或診斷功能，醫師都應具有收集完整社心資訊與詮釋社心狀態的問診技巧，此方面的溝通技巧，實為重要議題。

然而諸多文獻(Brody, 1980; Levenstein et al., 1986; Jones et al., 1987; Campion et al., 1992; Olfson et al., 1995; Ring et al., 2005)卻指出，一般醫療問診中，醫師往往著重病患生理問題而忽略社會心理層面因素，有些醫師因不知如何處理社心問題，或未受過社心問診技巧訓練避而不談此類話題，甚至

忽略病患所提出的社心資訊。另外，病患在問診過程中，也會因為不熟識或不信任醫師，或不清楚應在何種情境下提出，而不願透露社心相關資訊(Aldrich and Stoeckle, 1999 詳見本文二、文獻回顧)。

(四) 老年病患與家庭醫學科

雖然每個年齡層皆有其各自的社會心理問題模式，而個體之人格特質、社會支持等因素均會影響其主觀心理感受(李仁豪、余民寧，2014)，因本文焦點在於負面社會心理狀態對於健康之影響，因此以下討論聚焦於負面層次。相較於其他年齡層，老年病患又較其他年齡層面臨更多因高齡所帶來的重大生活壓力與生活轉變，諸如親友的逝世、體力的下降、疾病、資源缺乏、社交圈萎縮。而這些生活及生理層面的交織變化悄悄影響老年人的生心理狀態，因此，他們時常感到孤獨、憂鬱，因而更需家庭支持及醫療照護(Greene and Adelman, 1996; Kane, 1991)。陳正生(2005)指出老年人的身心狀態也不同於其他成年人，對於生活壓力上的調適可能因體力、智力退化而不足，這些退化造成老年常見的身心症，憂鬱症、睡眠障礙、哀慟反應及失智症相關的身心疾病。根據高雄醫學大學針對南臺灣老年人身心健康的研究，他們指出，有 21.2%的老人患有憂鬱症，而家屬卻常將老人的情緒問題歸於老年退化而未就診；另外，老年人也常因配偶或多年老友過世有情緒麻木、自責等哀慟反應甚至想伴隨死者而有自殺意念，而失智症的老年人則多有躁動、焦躁、憂鬱等情緒問題(陳正生，2005)。有鑑於老年病患疾病來源的因素可能更為複雜，醫師在為老年病患看診時，除了基本的生理資訊收集外，探究病患的社心狀況更是必要。

我們之前提過，現代醫療體系過度強調專業及分工，容易導致「看病不看人」的偏頗問診模式。為彌補此缺失，強調以「全人」為看診模式的家庭醫學科因而成立(McWhinney, 1997)。包含生理、心理、社會面向的全人看診模式。家醫科的宗旨以家庭為單位提供整體性、連續性、周全性、可近性的健康照護，家醫科醫師對於家庭中不論是性別、年齡、身體、社心、甚至人際關係，均提供全面性的醫療服務，包含健康教育、個人及家庭疾病之診治、

健康危機評估等(林志遠、曾瑞成，2006；張榮哲、林耀盛，2012)；此外，家醫科也扮演篩選轉介的功能，分析及判斷病患的症狀給予適切的處理或轉介至其他專科。Perez-Stable et al. (1990)也提到大部分有身心性或情緒方面問題的病患，尋求家醫科醫師協助的比例高於求助於精神科醫師。因此，家庭醫師比起其他專科又更需要具有收集完整的社心相關資訊所需要的問診技巧。

(五) 研究議題

我們之前也提過，社心話題常與寒暄話題重疊，因此病患可能僅以一般社交方式回應醫師(例如‘都很好啊’)，或是當醫師引發話題的目的在於了解社心資訊(例如‘最近是否有什麼事情，造成你的頭痛?’)，而病患即便近況不如意，但選擇避而不談。因此，社心資訊若要發揮更好的診斷功能，則醫師是否能引導出病患說出「負面」的社心資訊，是很重要的問診技巧，唯有病患願意完整說出自己是否有哪些社心問題時(例如：焦慮或失業)，醫師才能判斷病患的生理不適屬於器官本質問題或社心性問題，或社心狀態是生理問題的致因還是加重因素。因此本文的焦點為「負面社會心理資訊」的呈現機制，研究議題如下：在家醫科與老年病患的互動中，病患的負面社會心理資訊是在何種言談機制下被呈現的？

二、文獻回顧

以下我們將從兩個角度回顧與本研究議題相關的文獻：收集社心資訊之現況與相關問診技巧。

(一) 收集社會心理資訊之現況

雖然收集病患的社心資訊扮演極重要的功能，我們的文獻回顧卻顯示：
1. 醫師在問診中並不常引發社心話題也不常鼓勵病患提供社心資訊；
2. 當病患於問診過程中提出社心問題時，醫師也不擅長應對。

關於醫師不常引發社心話題，Jones et al. (1987)在觀察家醫科醫師問診的研究中指出，至少有 1/3 的病患未被察覺出有精神或心理方面的問題。Levenstein et al. (1986)指出病患的看診目的有 54%未被醫師問出，而其中 45%的看診原因為內心的擔憂。Campion et al. (1992)與 Barry et al. (2000)發現，社心及情緒問題在醫師問診過程中常被忽略。醫師不僅不常引發此類話題，也不常鼓勵病患提供相關資訊，Beckman and Frankel (1984)指出 74 位病患中，僅有 23%的病患，醫師有提供機會讓病患完整訴說其問題，大部分的病患(69%)在提出看診目的過程中，常被醫師打斷或是主導至某特定症狀問題，而忽略了其他可能的看診目的。即使病患本身已提出社心相關問題，醫師也鮮少深入討論，而是以打斷、忽略、轉移話題等方式終結社心話題 (Waitzkin et al., 1994; Salmon et al., 2004; Frankel and Beckman, 1989, 引自於 Tsai, 2006)。

如此重要的社心資訊，在現況中卻不易取得或常被忽略的原因如下：1. 醫師礙於非心理精神科專業而不主動收集此類資訊；2. 病患礙於社心話題涉及個人隱私而不願意觸及。

首先，醫師為何不常主動收集社心資訊或未能積極回應病患提出的社心問題？Maguire and Fletcher (1986), Barry et al. (2000)及 Levinson et al. (2000)認為主要原因為，醫師認為開啓此類話題時，會引發病患的焦慮、憂鬱、憤怒或難過等情緒；此外，當病患提出此類型問題時，他們希望從醫師了解疾病的預後發展並期望醫師能給予更完整的照護，由於大部分醫師未曾受過精神心理照護的專業訓練，因而擔心能力不足無法給予適切處理，為自己帶來汙名；有些醫師則是對於社心因素不感興趣也不願涉入。另外，醫師們也認為處理社心問題會增加看診時間(Brody, 1980; Kern et al., 1989; Barry et al., 2000; Gott et al., 2004)。

此外，醫師未能積極收集病患社心資訊，部份原因來自病患本身。有些病患認為此類資訊屬於個人隱私，不適於或不知道可以在一般問診中提出和醫師討論，有些病患則不認為醫師是分享這類資訊的合適對象，也擔心提出此類資訊會影響醫病關係；部分則認為心理、情緒方面的資訊不宜搬出櫃

面，甚至認為未能掌握處理自己的情緒是羞愧的(Aldrich and Stoeckle, 1999; Bushnell et al., 2005)。有些病患則因自己非專業而不願提出對於疾病的認知或見解(如：病因)(Roter and Hall, 1992, 引自於 Tsai, 2006)。另外，有些則是未能察覺自己有社心相關問題，即便意識到有此方面問題，但不了解社心與生理關連性而未提出(Tsai, 2006)。

要落實「病人為主」的理念，醫師必須同時兼顧生理、社心資訊，始能了解病患疾病的全貌，以做出正確診斷及適切的處置；然而，我們從上述的文獻發現，因醫師或病患本身的因素，在問診中收集病患的社心資訊的情形並不常見也不容易，在如此窘境下，醫師該如何展開社心資訊的收集？也就是說醫師在實際問診中應如何引發社心話題？以下我們將回顧文獻關於此部份的探討。

(二) 收集社會心理資訊之問診技巧

我們將文獻關於收集社心資訊之相關技巧分為以下：1. 社心資訊可從病患生活事件、個人資訊、或對於疾病的想法及感受切入；2. 社心資訊不宜以「直接」方式切入，而是先試探再深入；3. 社心資訊收集的時機應於病情資訊或家族史階段收集，其中又以家族史階段更適合。

首先，醫師可從病患的生活事件、個人資訊、或對於疾病的想法及感受引發社心話題。Arborelius and Österberg (1995)分析 19 筆錄影問診中醫師有引發社心話題的互動中，醫師皆使用開放式問句，再接著進行資訊確認，並且以關懷模式進行問診，他們並歸納出社心話題討論的三階段為：邀請(Invitation)、資訊確認(Follow up)、處置(Resolution)。在邀請階段，也就是社心話題的引發，醫師可藉由詢問病患個人資訊，例如家庭、工作等，或詢問病患症狀引發的原因以鼓勵病患提供相關的社心資訊。Arborelius 及 Österberg 所建議的具體問診方式為收集家中狀況資訊‘How are things at home?’(最近家裡如何?)，Waitzkin et al. (1994)及 Aldrich (1999)也建議，醫師可從病患的生活事件探究，例如，詢問病患生活品質、家庭生活、經濟狀態、或社交狀況等資訊。Aldrich (1999)也建議醫師可多鼓勵病患提供有關工

作狀態，休閒娛樂等相關個人資訊，例如‘Could you tell me something about your work?’(工作最近如何?)。

此外，醫師也可從病患對疾病的想法及感受取得社心資訊，詢問技巧以開放式為佳。Arborelius and Österberg (1995)提供引導病患思考對於疾病的想法或疾病的來源的問法(即病患的「健康信念」/ Health Belief)‘What do you think could be the cause of the headache?’(你覺得什麼原因導致你頭痛?)，或是直接詢問病患疾病發生時是否有負面情緒或心理狀態存在，例如‘Do you think the headaches could be caused by stress?’(你認為頭痛有沒有可能是壓力造成的?)或‘And you have no other worries, have you?’(你沒有其他煩惱吧，有嗎?)。Boyle et al. (2005)提出以病人為主的問診技巧三步驟中(邀請、傾聽、摘要)，特別強調在「邀請」階段，醫師應以開放的詢問方式，讓病患可以自由提供任何資訊或對於疾病的想法和感受，醫師也可從病人敘述獲得較完整的資訊，避免難言之隱而造成誤診斷，同時也能藉由開放式互動與病人建立關係。Boyle et al. 針對邀請階段提供以下問法：‘Tell me more.’(告訴我更多些)‘Anything else you can tell me.’(任何事都能告訴我)。

Coupland et al. (1994)提到除了‘How are you?’開放式問句外，含‘tell’及‘feel’的問句也具鼓勵病患傾訴，例如‘Tell me about yourself.’(談談你自己)，‘Tell me how are you feeling today?’(你今天感覺如何?)，或是‘How do you feel in yourself?’(你自己感覺如何?)。

上述學者所舉的詢問技巧均強調了開放式傾聽對於收集社心資訊的重要性。Tsai (2006)即針對醫病溝通中「開放式問句」做語言學的結構分析。Tsai (2006)將開放式問句分成三類：1. 「一般性開放式問句」(General Open Questions)：醫師的問句涵蓋病人「所有可能的不適」，而非只針對生理或心理的不適、或特定某個不適。例如：‘啊你今仔按諾?’或‘你今仔啥物問題?’；2. 「生理性開放式問句」(Biophysical Open Questions)：醫師的問句涵蓋了「病人所有可能的生理狀態」，包括身體異常，藥物使用，體檢報告或是家族史，而且問話的語意並不指涉任何具體的生理狀態。例如‘你今仔日來有啥物無爽快?’3. 「社會心理性開放問句」(Psychosocial Open

Questions)：此類型問句作用在於鼓勵病人說出他們的擔憂、壓力、所希望得到的協助與治療。例如：‘你希望我按怎共你幫忙？’此類問句之語意成分又可分類如下：1. 語義中有釐清病患是否有「負面的社會心理狀態」存在之意味，例如‘最近敢有佇煩惱啥物代誌？’2. 語義「表達關心之意」或是對於病患的社心狀態「給予負面或非中性的評價」，例如，醫師詢問病患居住資訊，病患回應只與先生兩人同住，醫師接著以含非中性的評論表達關心‘兩個人爾，囡仔攏無佇身軀邊喔’3. 語義帶有「不尋常求醫行為」的暗示，例如，病患特地從臺北南下臺南看病，醫師詢問‘啊住臺北哪會走來遮看？’

誠如我們之前所提，了解社心問題目的在於釐清：社心狀態為生理問題的致因或為生理問題的加重因素。若為前者即可能為「身心症」患者，因此「身心症」之問診技巧也是重要參考。張尙文(2011)在探討針對身心症患者的問診技巧，同樣也指出，醫師應嘗試了解病患對於身體症狀和疾病的感受、生活事件對疾病的影響及因應方式、對治療的期望，但不宜太早給予診斷或建議，「提早斷論」容易排除其他相關線索(Sanders, 2010: 39)而且可能使病患自覺愚蠢無知而不願意透露(張尙文, 2011)。張根據其他學者看法(Fink and Rosendal, 2002, 引自於張尙文, 2011)，提供引導病患提供以下主題的問法：1. 情境：‘開始不舒服的時候有發生什麼事嗎？’2. 感受：‘你對這個事件感受如何？’3. 困擾：‘最困擾你的是什麼？’4. 因應：‘你怎麼做會減輕這些不舒服的症狀？’此外，張也提到除了傾聽與了解外，聽診與理學檢查也是診斷身心症患者必要技巧之一，檢查的數值有助於醫師向病患解釋病情及討論治療處置方式，使病患更加信服醫師的診斷，例如：病患因擔心自己的心悸胸痛與心肌梗塞有關前來就診，醫師可藉由心電圖的檢測結果與病患討論及解釋胸痛源於心肌梗塞的可能性並不高。

第二，關於社心資訊的收集方式，一般學者建議不宜以「直接」方式切入，而是先試探再深入。例如 Waitzkin et al. (1994)提出「試探」的概念，他以鰥夫病患為例，他建議醫師可以從中詢問病患是否仍因太太過世感到沮喪難過，若病患的回應為肯定時，此時醫師再進一步提供社心方面的照護。Tsai (2006)也提到社會心理資訊屬於個人隱私，因此，醫師需更縝密的言談技巧

來獲取資訊，Tsai 建議醫師可以社會心理相關之生理資訊引導或是家族史資訊暖場。Tsai 以失眠的老年病患為例說明，當醫師欲了解及釐清「失眠」是否與病患的社心狀態有關時，醫師並非直接詢問「最近敢有啥物煩惱？」，反而是收集相關生理資訊：「人最近敢有瘦落？」或「胃口啥款？」或家族史資訊「你目前和啥物人住做伙？」作為暖身。

關於社心資訊的收集，Aldrich (1999)提出一些問診技巧，他指出醫師可從病患症狀發生的時間點了解當時或是之前生活狀況「Could you tell me something about what was going on in your life at the time the vomiting started?」(回想一下當嘔吐症狀發生時，你生活中的情形如何?)，或「What happens to your symptoms when you get tense or upset about something?」(當你感到壓力或是難過失落時，你的症狀如何?)，而病患若回應感到壓力或是難過時症狀確實比較明顯時，醫師可進一步詢問「What sort of thing is it that can get you upset/stressed?」(什麼事情讓你感到難過/壓力大?)，或是直接詢問病患生理不適的當下是否內心有擔憂之事。醫師藉由上述方式了解社心問題如何影響症狀，病患較可能提出相關的社心資訊，他也強調此詢問方式的目的是在於使雙方了解症狀及生活事件的關聯性而非強迫病患承認他們的病因是社心因素所造成，醫師可藉由傾聽並適時澄清確認病患所提供的資訊，從而判斷病因是否與社心因素有關。

第三，關於社心資訊的問診時機，Aldrich (1999)及 Chang (2012)提出應於病情資訊收集及家族史階段進行。一般問診階段大致分為：開場、病情資訊收集、家族史資訊收集、體檢、診斷處置、收場(Byrne and Long, 1976; Robinson, 1999)。本文以「資訊收集階段」涵括「病情資訊收集階段」及「家族史資訊收集階段」。Aldrich (1999)指出收集社心資訊應於「病情與家族史收集階段」，不宜於體檢之後，原因有二：1. 於體檢前收集可幫助醫師診斷疾病來源；同時，若病患了解社心資訊的收集乃為釐清疾病致因，也較願意配合提供，對醫師所做的診斷也較信服；2. 若於家族史階段收集，醫師可從病患提供的家族成員資訊推測可能的社心問題，例如，家人逝世的資訊可能影響病患的心理狀態進而產生生理不適。

Chang (2012)分析同本研究語料來源(參見本文三、語料收集與分析)的 25 位家醫科老年初診病患(平均年齡 73 歲與 11 位醫師的門診互動中，醫師使用「生理性開放式問句」與「社會心理性開放式問句」的情形，參見 Tsai, 2006 的分類)，與病方(病患及陪同者)的回應方式。其主要發現如下：1. 病方回應醫師的生理性開放式問句時，回應內容多為肯定或詳答，但回應社心性開放式問句時則多為簡答、否定、或遲疑。2. 醫師的社心性開放式問句若於家族史階段提出，則病方會有較明確的回應(例如，給予明確的肯定或否定回應)，若於收集病情資訊階段提出，則回應較不明確(例如，病方可能會對醫師的問題感到疑惑或反問)。Chang 認為此差異乃基於，病患的社心性資訊與家族環境依存度較高，因此醫師於此階段提出時，較不會顯得突兀，病方的回應自然也明顯提高。據此 Chang (2012)建議：醫師若想要深入了解病患的社心問題，家族史階段比病情收集階段較為適當。

上述建議醫師避免於收集資訊一開始即探究社心議題，也可於 Tsai et al. (2013)的研究得到間接應證。Tsai et al. (2013)的研究探討 27 位臺灣南部某醫學院醫學生於溝通技巧課教學前後為標準病人問診時，所使用三種開放式問句「一般性開放式問句」(涵蓋生理即社心層面)、「生理性開放式問句」、「社心性開放式問句」的出現模式，發現醫學生於教學後，於收集病情階段的第一、二、三問句位置使用開放性問句情形，有顯著增加，例如教學前涵蓋生理與社心的一般性開放式問句於此三問句位置的出現次數從教學前的 16 句提高至 37 句(表 1)，語意範圍局限於身體不適的生理性開放式問句，從 19 句提高至 29 句，但是不論是在教學前或教學後，皆未曾有醫學生以「社會心理性開放問句」作為第一個開啓病情資訊問句(例如‘今仔日來有啥麼煩惱’)，其中也僅有一位於教學後曾於第二或第三問句位置使用社心開放式問句收集資訊(表 1)。

綜合以上相關文獻，我們結論如下：1. 社心資訊非常重要，因其具有協助診斷的功能，釐清病患的生理不適究竟為器官本質性或社會心理性問題，或社會心理性問題為生理不適的致因或加重因素。2. 然而，現況中社心資訊卻因醫師專業訓練不足或不願意探究，或因病患礙於個人隱私資訊不願透漏

表 1：醫學生於教學前教學後開放性問句的使用(Tsai et al., 2013: 52)

Students' use of open questions before and after the training.

N=27 (cases)		Before training	After training	Total
First question	General	13 (48%)	24 (89%)	37 (69%)
	Biomedical	14 (52%)	3 (11%)	17 (31%)
	Psychosocial	0	0	0
Second question	General	3 (11%)	6 (22%)	9
	Biomedical	3 (11%)	14 (52%)	17
	Psychosocial	0	1 (4%)	1
	Elaborating question	20 (74%)	4 (15%)	24
	Others	1 (4%)	2 (7%)	3
Third question	General	0	7 (26%)	7
	Biomedical	2 (7%)	12 (44%)	14
	Psychosocial	0	1 (4%)	1
	Elaborating question	23 (85%)	4 (15%)	27
	Others	2 (7%)	3 (11%)	5
Open questions in the entire interview	General	27 (29%)	92 (47%)	119 (41%)
	Biomedical	52 (55%)	72 (37%)	124 (42%)
	Psychosocial	15 (16%) [by 8 students]	33 (17%) [by 13 students]	48 (17%)
	Total amount of open questions	94 (100%)	197 (100%)	291 (100%)
	Average number of open questions per interview	3.5	7.3	

而不易取得。3. 雖然過去文獻有諸多收集社心資訊的問診技巧，卻無相關文獻探討這些技巧對於鼓勵病患提出負面社心資訊的實際應用情形，或是病患對於這些問句的回應情形。因此，本研究將從言談分析角度(Discourse Analysis)，分析社心話題如何於互動中被引發、其引發用詞與語意內涵、互動時間點、與病患的相對回應等言談成份(參見三、語料收集與分析)，探討負面社心資訊呈現的言談機制與前文脈絡。

三、語料收集與分析

(一) 語料收集及辭彙定義

本研究語料為臺灣南部某一教學醫院家醫科的問診語料，¹ 問診是指醫師為門診病患收集資訊並給予診斷及處置的互動過程。一般而言其流程包括開場、收集病情資訊、收集家族史資訊、身體檢查、診斷及處置到互動結束

¹ 本文語料謄寫稿來自蔡美慧、曹逢甫、盧豐華三位共同主持之國科會計畫(2001-2007 年)「臺灣醫病溝通系列研究計畫」

(Byrne and Long, 1976; Robinson, 1999)。我們首先檢視 91 筆病患為 65 歲以上的問診語料，從中取樣，取樣的標準為：問診內容中涉及醫師或病患引發社會心理話題(參見以下定義 1)，及病患或其陪同家屬(簡稱「病方」)提供負面社心資訊(參見定義 2)、或否定負面社心狀態存在的語料(參見定義 3)。符合上述條件的語料共計 26 筆，其中包含 13 位醫師、26 位 65 歲以上的老年病患及 17 位陪同家屬。此 26 位老年病患皆屬初診病患(即第一次給某醫師看診)。根據我們取樣的初步發現，這 26 筆的醫病互動中，有 7 筆為病方有提供負面社心資訊，其餘的 19 筆為病方否定負面社心狀態存在。此 26 筆語料樣本數雖少，而且可能未能達質性研究的「飽和」(Saturation, Strauss and Corbin 1990)，但仍足以作為資料分析的原因如下：本研究目的在於藉由「微觀」當事人的言談細節(詳見以下第二節的語料分析)，觀察共通之言談模式，並深究前後文脈絡詮釋該模式，此方法與目的符合質性研究的主要精神(黃瑞琴，1996；歐用生，1989)。本文取樣可能無法達飽和標準的困難在於「負面社心話題」之引發本屬不易(詳見二、文獻回顧之第一節)，更何況是在初識之互動，本文雖檢視 91 筆初診互動，也僅有 26 筆(29%)有醫病雙方觸及「負面社心話題」。

此外，這些案例中的問診對話以閩南語為主語，偶有切換至國語，本文呈現語料時，引述語料以閩南語為主，國語語料則以下加一線標注。

定義 1. 「引發社會心理話題」：醫病互動過程中，言談內容探討病患生活方式(例如有關居住、三餐)、生活事件(例如家庭、家族成員)、或社會事件(例如工作)。以下例句中‘家己一个住，偌久啊？冬外啊，啊有習慣無？’醫師詢問病患有關居住的資訊以了解病患的獨居歷程，以及是否能適應獨居生活。我們將本句分析為「醫師引發社心話題」。

定義 2. 「病方提供負面社會心理資訊」：在醫病互動過程中，病方提供以下任何社心資訊其中之一：(1) 病患生活重大事件(例如親屬死亡、離婚)、(2) 病患生活方式的改變(例如獨居)、(3) 家族成員的負面狀況(例如兒子失業)。例如：經歷劉醫師多次探究，胡女士透露自己因獨居感到空虛‘會，../會哭../啊攏...家己住遐坐.家己/佇那??/’(詳見語料 2)，胡女士所提供的資訊，

我們歸類為「病方提供負面社會心理資訊」。

定義 3. 「病方否定負面社會心理狀態存在」：醫病互動過程中，醫師有引發社心話題，病方以否定回應其社會心理狀態。例如語料 8(07:06)：何醫師詢問朱先生‘嗯:沒關係,最近生活上有没有什麼特別:讓你緊張不舒服的事情?’，朱先生回應‘沒有’，我們稱此回應為「病方否定負面社會心理狀態存在」。

(二) 語料分析

本研究主要目的為探討負面社會心理資訊浮現時，之前發言內容，簡稱「前文」的言談機制，次要目的為建立此類互動之分析架構。我們逐一檢視已篩選的 26 筆語料，根據社心話題與資訊被引發與引流的共通模式 (Recurring Pattern) 建立以下的分析概念與架構。

在我們分析前文的言談機制時，我們初步發現負面社心資訊浮現前，有兩種模式：

1. 「前文脈絡」：負面社心資訊浮現前，醫病溝通歷經好幾回合互動，此歷程我們稱之為「前文脈絡」。

2. 「病方主動引發並提供社心資訊」：在無相關前文脈絡下(例如，醫師並未於前文主動詢問或有社心話題之鋪陳)，病方主動引發社心話題，並且於話題引發同時提供負面社心資訊，此歷程我們稱之為「病方主動引發並提供社心資訊」。以語料 1 為例，江女士在引發社心話題之前，言談內容主要探討她的生理不適(00:50~05:29)，於病情資訊收集後段，醫師並未引導她談論社心話題，而江女士自行開啓社心話題(05:35)，提到自己這三年來有心理上的困擾‘我這三年來齁，有較操煩一件代誌啦，可能齁·操煩暈未去’(05:38)，醫師接續問‘是按啲操煩啥物代誌?’(05:38)。至此，江女士更明確指出因為擔心女兒經濟上的問題而難以入眠的資訊。本例中，病患主動引發社心話題時，同時也帶出負面社心資訊。

本文重點為負面社心資訊浮現時前文脈絡的言談機制，我們將焦點著重於醫師的前文脈絡的鋪陳。對於語料初步的觀察及分析，我們發現前文脈絡

老年病患負面社會心理資訊呈現之前文脈絡與言談機制：以臺灣家醫科為例

語料 1：江女士(70 歲)女兒陪同看診：全程互動 42 分 16 秒

戴醫師(29 歲，R3)：B170H2R4J104090550

戴醫師(29 歲)	江女士(70 歲)	陪同者(女兒)
0409	因為這咧確定是糖尿病 啊啦，	
(04:10-05:19 部分對話未呈現於本謄寫稿)		
0520	＝欸：，你若會像：．．較低啊呢， 啊你食啥物好？．．．我講你．＝	
0524	若無開藥仔予我食，我家己好的啊，	
0529		伊這就是有當時仔．．驗未出來，啊 有當時仔就閣低．低按啲啦，．．． 我想因為有點像啦，＝
→0535	＝我這三年來齣，有較操煩一件代誌 啦，＝	
→0538	＝嗯：，	可能齣．＝
→0538	＝是按啲操煩啥物代 操煩睏未去， 誌？	
0539	齣，三年喔，＝	
0540	操煩遐濟，這馬．	因為．．．這．．．啊就． ＝阮姊姊啦，阮姊姊出了一點事齣， 她真的經濟齣，．．．＝
0545	共子婿啦齣，去越南啊變心按啲，一 寡錢：．予彼咯去，啊＝	／留不到變遺產／齣，
0550	我感覺齣，煞會操．．會操啦，＝	

的言談機制可歸納為以下兩種架構：(1) 用詞語意內涵 (2) 負面氛圍鋪陳機制。

(1) 用詞語意內涵

在分析病患負面社會心理資訊浮現的前文脈絡言談機制時，我們發現醫師通常會先引發社心話題並延續話題，亦即引導或引流病患的負面社心資訊，我們稱此引導方式為「引子」，而「引子」依其用詞語意內涵可分三類。

(a) 「中性引子」

醫師的發言內容及用詞屬於中性(亦即不具負面批判的指涉病患的生活事件或病患提及的生理資訊)。以下例句中‘我想欲知影是講你陰暗睏未去是攏佇想啥?’醫師發言內僅提到病患所曾提供的生理資訊‘陰暗睏未去’不涉及負面批判語意。

(b)「一般性負面引子」

醫師的發言內容含有「一般性」表達負面情緒的詞彙，包括‘煩惱’、‘擔心’、‘操煩’等。例如：‘最近人敢會感覺足操煩？’

(c)「具體性負面引子」

醫師的發言內容提到某一具體負面生活事件，或其發言用詞包含「具體性」負面情緒詞彙。例如本問句中‘按吶恁老仔過身對你有影響喔’，醫師想了解喪偶此一‘具體的負面生活事件’是否對病患造成影響。又如，醫師針對病患的失眠問題詢問‘敢有想著流目屎未？’，該問句中‘流目屎’含有具體的負面生活事件與情緒詞彙。

(2) 負面氛圍鋪陳機制

分析病方提供負面社心資訊時，本文稱醫師於前文脈絡的鋪陳過程為「負面氛圍鋪陳機制」，此機制依其發生的時間點分為：同階段鋪陳、跨階段鋪陳。

上述「鋪陳」的概念包含兩並行層次：「時間的累積醞釀」與「語意的循序堆砌」。前者即負面社心資訊的引流須經歷多次性問答互動、而非僅一次性回合可達，後者則是，醫師在多次性的開啓負面社心話題時，其選用引子的語意內涵，乃從中性漸入負面，以堆砌負面語意內涵的強度，例如，從中性至負面的順序、或一般負面至具體負面的順序。

(a) 同階段鋪陳

「同階段鋪陳」，指的是醫師的多次性開啓負面社心話題發生於同一個問診階段，例如，同在病情資訊收集階段或同在家族史階段。以語料 2 為例，劉醫師在先前病情資訊收集階段時，胡女士提到睡不好且胃口不好，因此，劉醫師先以中性的生理話題作為引子，詢問‘呼,按吶齁,...睏閣睏無好::食,小可食一咧就閣脹,啊無食就無胃口::,齁::, 按吶辛苦吶,你按吶佹久啊?’(04 : 27)，病患回應‘喔按吶溫那誠久啊喔,從佹彼陣佹恁家,’(04 : 29)，劉醫師依據病患在家族史階段提及先生四年前過世的資訊(03 : 34-03 : 38)，推論其症狀發生的起始點可能與先生的過世可能有關，因此，以此具體性負面生活事件為引子詢問：‘按吶恁老仔過身對你有影響喔’(04 : 45)然而，胡女士先是表

示自己並無思念過世的先生‘就無咧共想’(05:09)，醫師重複以具體性負面引子詢問病患是否因為思念而睡不著(‘敢按呐?想甲未睏.想甲過頭啊.無想欲想啊,抑是按怎?’)，胡女士再度否定回應後，她以提供生理資訊結束社心話題，‘啊這.攏艱苦這咧就..tsin2(現在).tsin2 像這馬這就/嘛按呐,????’，醫師於此繼續收集病患生活起居及生理資訊，然後於 06:59 再度詢問睡眠問題‘啊會足淺眠無?’，並再次以具體性負面生活事件引發社心話題‘按呐喔..啊規間厝.遐大間一个人住爾啊,你會感覺按呐真空虛無?’(07:06)，胡女士終於在 07:15 表示自己因一個人住而感到空虛且會難過而哭，並指出一個人獨自坐在空蕩蕩屋裡的辛酸‘會.../會哭./啊攏...家已住遐坐.家已/佇那??’(07:15)。

我們從語料 2 的例子可得知，促使胡女士於 07:15 提到負面社心資訊的前文脈絡，歷經了醫師以多達一次的中性引子及四次的具體性負面引子循序在病情資訊收集階段中，鋪陳負面氛圍。

(b) 跨階段鋪陳

「跨階段鋪陳」，即醫師橫跨兩個問診階段(如：從病情資訊收集至家族史資訊收集階段)多次開啓負面社心話題。以語料 3 為例，江醫師在病情資訊收集後段，以中性的生活事件為引子，詢問陳林女士‘是愛做的工作啦，敢有足想欲去做啊?’(07:31)，陳林女士回應說自己想做但不想動，江醫師進一步以具體性負面引子詢問陳林女士有無自殺念頭‘啊感覺想未開未?’(07:37)。此時，陳林女士否認有此念頭(07:41)，但其女兒提供相關資訊，說明病患之前確實有自殺念頭‘前陣子會啦’(07:43)；然而，江醫師並未針對女兒所提供的輕生念頭詢問細節，而是先詢問家族史，在收集家族史的互動之中，江醫師再次以中性引子詢問陳林女士是否能習慣獨居生活‘家已一个住偌久啊?...啊有習慣無?’(09:42)，陳林女士回應醫師‘啊習慣就好啊’，當江醫師進一步以一般性負面引子詢問陳林女士目前有沒有什麼煩惱‘敢有·目前敢有咧煩惱啥物代誌?’(09:54)，女兒以略帶開玩笑口吻說明，母親因為孩子沒有正常的工作而煩惱‘煩惱囡啊，哈哈，煩惱攏嘛有，就無正常的頭路啊伊就煩惱噃’(09:57-10:09)。本例顯示病方提供負面社心資訊的前文脈

語料 2：胡女士(78 歲)媳婦陪同看診：
劉醫師(37 歲，VS)：B178X4Y3H203280715

劉醫師(37 歲)	胡女士(78 歲)	陪同者(媳婦)
0328	啊這馬伊佢誰.你佢誰住做伙?	
0330	家己一个,	
0334	/恁.恁公公/=	/hann/?
0335	=/翹去啊,/阮老的老去啊,	
0336	當時老去啊?	
0338	/四年前/	enn:: 四五年前啦,···四.四年前啦,
(03:37-04:17 部分對話未呈現於本謄寫稿)		
0418	呼,按訥齣,···睏閣睏無好::食,小可食一咧就閣脹,啊無食就無胃口::,齣::,	
0426	/就按訥/	
→0427	按訥辛苦訥,你按訥佢(gua7)久啊?	
0429	···喔按訥溫那誠久啊喔,從佢彼陣佢恁兜,	
0434	誠久啊?	/差不多./
0436	誠久是佢(gua7)久啊?	無啊, 差不多彼(he3)啦,差不多四.四年,這四年來身體攏無啥.=
0441	=四冬外啊,啊毋就對(ui3)恁頭仔.=	好,
0444	過身了後.一个人就較無.=	=著著著,
→0445	較無按訥照顧啊?著無,齣?···齣,按訥恁老仔過身對你有影響喔,	=所以身體就比較/無好/,
0453	共我講未保庇的 / 講自 sil-gin1-a/ tai2(怎麼) 未保庇?(死了那未保庇)無::...伊未.按訥.按訥.=	
→0458	=啊你想伊啊,	/我.我.嚟按訥直直從(奔波)/,
0501	伊啊,	=我按訥從啊.目爾仔(一下子)從過來提藥啊, 目爾仔從彼..做先生, 目爾仔欲做誠久,
→0509	···啊所以你會想伊啊,你敢會想伊?	
0513	..就無咧共想,	
0515	無咧共想啊齣,	

老年病患負面社會心理資訊呈現之前文脈絡與言談機制：以臺灣家醫科為例

→0518	=敢按吶?想甲未睏.想甲過頭 啊,無想欲想啊,抑是按怎?
0522	無咧共想啊啦,
0524	啊這.攏艱苦這咧就..tsin2(現在).tsin2 像這馬/這就/嘛按 吶,???,
(05:28-05:58 部分對話未呈現於本謄寫稿)	
0559	啊你.啊你飯菜是.=
0603	齁,寄人買按吶喔,這馬攏無家 己煮啊?
(06:05-06:45)部分對話未呈現於本謄寫稿	
0646	啊人瘦咧攏足艱苦/,啊這馬/ 下昏/欲.ka/下昏/.閣有彼咯彼 咯閣有.閣看活咧,..無睏無睏/ 就愛倒咧/,
0657	/眯眯)小睡/按吶就著啦,
0658	咻啦,按吶夢啦,
0659	啊會足淺眠無?
0700	/淺眠的時陣/==/就攏知影/,
→0706	按吶喔..啊規間厝.遐大間一 个(leh)人住爾啊,你會感覺按 吶真空虛無?
0712	...會,
0714	會齁,
0715	../會哭/啊攏...家己住遐坐.家 己/佇那??/,

語料 3：陳林女士(68 歲)女兒陪同看診：

江醫師(37 歲，VS)：B069L2X4C2C207131009

江醫師(37 歲)	陳林女士(68 歲)	陪同者(女兒)
→0713	是愛做的工作啦,敢有足想欲 去做啊	
0716	啊就：愛做就著毋愛振 動,?????,	
(07:19-07:36)部分對話未呈現於本謄寫稿		
→0737	啊感覺想未開未?	
0741	想未開這馬未啦,未想未開啦,	
0743		前陣子會啦,
0744	放棄啊啦,	
(07：50-09：41 收集家族史之對話未呈現於此)		

→0942	家己一个住 /??/ 佬 (gua7) 久 啊?...啊有習慣無?
0948	啊習慣就好啊,
→0954	敢有. 目前敢有咧煩惱啥物代 誌?
0957	煩惱啱啊, 哈哈,
0959	佢一个?
1002	煩惱攏嘛有,
1009	就無正常的頭路啊伊就煩惱 嗯,

絡歷經醫師以中性、具體性負面、及一般性負面引子，在病情資訊收集及家族史資訊收集二階段鋪陳，引流病患的負面社心資訊。

3. 「醫師曾引發負面社心話題，但未取得任何負面社心資訊」之前文脈絡分類

爲了應證負面社心資訊的浮現與醫師的前文脈絡的氛圍鋪陳有關，我們也分析當醫師嘗試收集負面社心資訊時，遭病患否定後，且病患也未於後續互動提供任何負面社心資訊時，即「醫師曾引發負面社心話題，但未取得任何負面社心資訊」之前文脈絡爲何。此前文脈絡的言談模式分爲兩類：(1) 醫師曾開啓負面社會心理話題但未延續、(2) 醫師重覆同語意負面社會心理話題「醫師曾開啓負面社會心理話題但未延續」，指的是醫師開啓負面社心話題後，病患就立即否定有任何負面社心狀態，而醫師也未再延續該話題，而病患也未於後續互動提供任何負面社心資訊。以語料 4 爲例，莊醫師在病情資訊收集先詢問病患有關病史的生理資訊(04：22-04：27)，然後以一般性負面引子詢問‘嗯：啊最近：敢有啥物代誌？予你卡操煩的抑是按啲？’(04：34)，而林女士以否定‘無啦’回應醫師(04：40)，此話題也隨著病患的否定回應後結束，此過程僅一輪的互動，而醫師接著轉回生理話題‘啊敢有：其他的症頭？’(04：50)，本互動中，病患也未曾於後續互動中提供任何負面社心資訊。本例中，醫師曾引發負面社心話題，於第一次被否定後，醫師並未延續此話題，而病方也未於後續互動中提供任何負面社心資訊，此現象「醫師曾引發負面社心話題，但未取得任何負面社心資訊」之前文脈絡即爲「醫師未延續負面社心話題」。

老年病患負面社會心理資訊呈現之前文脈絡與言談機制：以臺灣家醫科為例

語料 4：林女士(80 歲)：莊醫師(26 歲，R1)：B080X4R2L200200456

莊醫師(26 歲)	林女士(80 歲)
0020 啊這遍來是按諾?	
0022	心臟啦,
0023	心臟彼咧衝(thsing3)按吶按吶按吶..這馬.咧 行路抑是去.去/?/攏會衝,
(00:24-04:21 的互動語料未呈現於本謄寫稿)	
0422 啊以前敢有按吶過?感覺...十年前按吶過?	
0427	=十年前按吶過,= 啊換來遮照.心電圖照照 的按吶,藥仔食食的就按吶,
→0434 嗯:啊最近:敢有啥物代誌?予你較操煩的啊 是按吶?	
→0440	..無啦,
0442 (停頓 8 秒)	
0450 啊敢有:其他的症頭?	
0452	..無,
0456 啊以前你有啥物/?/?無?像講糖尿病啦,	

「醫師重覆同語意負面社心話題」，即醫師引發負面社心話題後，但病方並無提供相關負面社心資訊，醫師接著重複該負面社心話題，亦即醫師此輪引發的內容與前一輪的內容有語意上重疊，而此重複仍未自病方取得任何負面社心資訊，病方於後續互動中，也未曾提供任何負面社心資訊。此現象「醫師曾引發負面社心話題，但未取得任何負面社心資訊」之前文脈絡即為「醫師重覆同語意負面社心話題」。以語料 5 為例，梁醫師在家族史的後段以一般性負面引子詢問 68 歲的黃先生‘/住厝咧暈/，你敢有·代誌咧操煩?’ (05:55)，黃先生的回應與社心資訊無直接相關，而是提供‘腦神經衰落’的生理資訊‘我就去予看/攏共我講腦神經衰落’，在未能獲得相關負面社心資訊的情況下，梁醫師重覆問句‘嗯···，啊有咧操煩啥物代誌無?’ (06:00)，黃先生直接表示自己現在沒有煩惱‘操：：若這陣是無咧操啥’，至本話題互動的最後，梁醫師又再次重覆問句‘煩腦啥?’ (06:06)，黃先生依然以否定有負面社心狀態回應‘咧操這馬較無咧操’，社心話題也在病患否定回應後結束(06:07)，而黃先生也未曾於後續互動提及任何負面社心資訊。我們從此互動中觀察出醫師的發言內容‘/住厝咧暈/，你敢有·代誌咧操煩?’，‘嗯···，啊有咧操煩啥物代誌無?’，以及‘煩腦啥?’，皆屬同一語意內涵。語料 5 顯

語料 5：黃先生(68 歲)：兒子陪同看診；
梁醫師(40 歲，VS)：G168F1Y4H205430614

梁醫師(40 歲)	黃先生(68 歲)	陪同者(兒子)
0543 你佢太太做伙住?/啊是/,=		
0546	=henn, 阮二個老的住做伙,hehehe(笑聲),./我昨昏/.	
0549 (停頓 5 秒)		
→0555 /住厝咧睏/,你敢有.代誌咧操煩?=-		
0557	=/???我就去予看/攏共我講腦神筋衰落,	
→0600 嗯...啊有咧操煩啥物代誌無?		
0602	..操::若這陣是無咧操啥,=	
→0606 =煩腦啥?		
0607	/??咧操這馬較無咧操,,/	
0611	/我的囡仔攏大漢啊/	
0612		會::會糾(kiu3)筋哪,
0614 糾筋,,		

示，醫師曾引發負面社心話題，於第一次被否定後，醫師雖有延續此話題，仍被否定，而病方也未於後續互動中提供任何負面社心資訊。此現象「醫師曾引發負面社心話題，但未取得任何負面社心資訊」之前文脈絡即為「醫師重覆同語意負面社心話題」。

四、結果

(一) 結果 1：社心話題的開啓與病方負面社心資訊的呈現

針對本文研究議題：在醫病互動中，病患的負面社心資訊是在何種言談機制下被呈現，我們首先觀察在病方有提供負面社心資訊的情形中，社心話題是由誰引發。從 26 筆語料的 7 例病方有提供負面社心資訊之中，有 6 例是經由醫師引發社心話題，僅一例是由病方主動引發社心話題，如表 2。

表 2：社會心理話題的開啓與病方負面社會心理資訊的呈現比例

	數量	比例
由醫師引發社心話題，病方提供負面社心資訊	6	86%
由病方引發社心話題，病方提供負面社心資訊	1	14%
總計	7	100%

(二) 結果 2：負面社心資訊呈現之前文脈絡言談機制

本研究結果顯示，7 例中僅 1 例社心話題是由病患所開啓後，連帶提供負面社心資訊。其餘六例的社心話題皆由醫師引發，且此 6 例的前文脈絡，醫師的言談機制皆歷經了時間的累積醞釀及語意的循序堆砌(參照表 3)。此外，就語意循序堆砌的方式而言，結果顯示：6 例中各有 3 例醫師分別以同階段、誇階段鋪陳負面社心氛圍。

(三) 結果 3：醫師曾引發負面社心話題但未取得負面社心資訊之前文脈絡言談機制

為了應證負面社心資訊的浮現與醫師的前文脈絡氛圍有關，我們也分析 26 筆中 19 筆「醫師曾引發負面社心話題，但未取得任何負面社心資訊」的前文脈絡。根據表 3，結果顯示：此 19 筆語料中有 9 例乃出現於「醫師曾開啓負面社會心理話題但未延續」的前文脈絡下，此 9 例之中，在醫師開啓負面社心話題後，病方立即以否定(無啦)回應醫師，醫師也並未延續話題，而病方於後續的互動中也未提供任何負面社心資訊。換言之，這 9 例之中，我們在醫師的言談機制中並未觀察到時間的累積醞釀或語意的循序堆砌。

另外的 10 例則出現於「醫師開啓負面社心話題且以重複同語意延續話題」的前文脈絡下(參照表 3)，亦即此 10 例，醫師開啓負面社心話題後，因未獲得病方提供相關負面社心資訊，於是醫師重覆該負面社心話題，但病方仍以否定回應，而病方於後續的互動中，也未提供任何負面社心資訊。醫師

表 3：病患負面社心資訊呈現其相關前文脈絡及言談機制

	前文脈絡	相關生理 話題引導	例子	負面社心 資訊呈現	言談機制	
					時間 累積醞釀	語意 循序堆砌
A.	病患開啓社心話題並 連帶出負面社心資訊	不適用	1	+	+	不適用
B.	醫師鋪陳負面社心氛 圍	+	6	+	+	+
C.	醫師曾引發負面社心 話題，但未取得任何 負面社心資訊	-				
C1.	醫師曾開啓負面社會 心理話題但未延續		9	-	-	-
C2.	醫師開啓負面社心話 題且以重複同語意延 續話題		10	-	+	-
總計			26 例			

以重複同語意「延續話題」顯示其言談機制雖歷經時間累積醞釀，卻未有語意上的循序堆砌(僅「重複同語意」)。

五、討論

根據上述結果，我們得出以下論點：(一) 病患鮮少主動提出負面社心資訊，因此，病患的負面社心資訊須由醫師二個並行的鋪陳負面氛圍始能引流出：(二)「時間的累積醞釀」及(三)「語意循序堆砌」。此引流機制乃因循(四)「生理資訊的呈現先於社心資訊的呈現」的期待認知(五)並造就「以生理話題引流負面社心資訊」的呈現模式。

(一) 病患鮮少主動提出負面社心資訊

表 2 顯示，病患的負面社心資訊浮出檯面時，大多經由醫師引發社心話題(86%)，病方鮮少主動引發此類話題(14%)，以下我們根據過去文獻的討論闡述此論點。

我們於文獻回顧時，探討縱然社心資訊的取得極為重要，醫師仍鮮少收集此類資訊，醫師對於病患所透露的社心問題傾向消極態度。原因部分來自於醫師本身，部分在於病患態度。Bushnell et al. (2005) 的研究顯示，近乎於 40%有社心症狀的病患選擇不向醫師揭露他們的社心問題。我們的研究也發現病患鮮少主動提出負面社心資訊此現象。病患較不願意於看診時提出他們的社心問題因素可歸類為以下：有些病患認為醫師並非探討社心議題的合適對象，他們擔心若與醫師討論社心議題會破壞醫病關係(Bushnell et al., 2005)；有些則認為醫師對於社心議題並不感興趣且在問診過程中探討此議題顯得難為情(Aldrich, 1999)；此外，有些病患認為未能妥善處理個人情緒問題是慚愧，因此，他們避於向醫師諮詢社心議題，唯恐醫師視其為精神病患者(Stoeckle, 1999; Bushnell et al., 2005)；有些則因無法察覺生理問題及社心因素的關聯性而無法提供社心相關資訊(Tsai, 2006)。

根據本研究結果及過去文獻的討論皆說明病患鮮少主動提出負面社心資訊，因此，病患負面社心資訊的呈現有賴於醫師的鋪陳引導，而醫師的言談機制如何引導病患揭開負面社心資訊，我們將於下節探討。

(二) 病患負面社心資訊浮出檯面須經醫師鋪陳引導

根據我們所收集的語料發現，病患的負面社心資訊是由醫師以「鋪陳」的言談機制引流而出，此鋪陳歷經「時間累積醞釀」與「語意的循序堆砌」兩並行的層次。進入討論之前，我們先介紹語料 6 與 7，再說明醫師如何鋪陳負面社心氛圍的言談機制。

以語料 6 為例，何醫師在病情資訊收集階段的起點以「這馬人按諾？」(01:51)收集病患的生理資訊。根據失眠的生理資訊，何醫師進一步詢問失眠原因「啊睏未去是按怎睏未去的？」(02:32)，莊洪女士指出晚上九點若未能入睡之後

就睡不著。依此，何醫師進一步詢問‘猶毋過齣，歐巴桑你若睏未去的時陣，攏咧想啥物代誌啊？’(02：55)，其中用詞的‘睏未去’及‘想啥物代誌’即「中性引子」，莊洪女士並未針對社心問題‘攏咧想啥物代誌啊？’回應。然而，何醫師並未就此打住社心資訊的詢問，他再度以中性引子探索‘啊未睏得的時陣，除了放尿閣有想啥物其他的物件無？’(03：29)，莊洪女士回應‘未睏得就烏白想’(03：34)，依據‘烏白想’的線索，何醫師以一般性負面引子進一步探究莊洪女士有無負面想法‘啊有想著··無好的無？’(03：54)，醫師用詞‘無好的’即「一般性負面引子」，莊洪女士回應‘有喔’(04：01)，何醫師順勢地以另一個具體性負面引子深入詢問莊洪女士‘敢有想著流目屎未？’(04：02)，醫師用詞‘流目屎’即「具體性負面引子」，莊洪女士回應‘未啦，未·未無啦，心會艱苦爾，未流目屎’(04：06)，何醫師接續拋出第二個「一般性負面引子」‘艱苦啥物？’(04：08)，於病情資訊收集後段，莊洪女士的負面社心資訊終於浮出檯面，以內心的酸楚描繪對於已逝兒子的思念及悲痛‘啊就痠：有：想彼：我：·早前一个大漢後生子往去，啊這馬會想彼个囡仔按啲啊’(04：11)。本例中，病患負面社心資訊的浮現乃歷經何醫師以兩個「中性引子」、兩個「一般性負面引子」及一個「具體性負面引子」鋪陳負面社心氛圍。

語料 7 中，錢醫師於病情資訊收集階段的起點以‘啊你今仔按諾？···你今仔啥物問題？’收集生理資訊(00：14)，江女士提到血糖的問題外(00：32)，還提到了自己個性容易緊張(02：07)，錢醫師繼續收集生理資訊，待病情資訊收集較後段的部分，錢醫師依據江女士所提的容易緊張的資訊，以中性引子問其睡眠狀況‘啊你講較敖緊張按啲，啊暗時啊敢好睏？’(05：06)，江女士回應‘差不多’，錢醫師接著以具體性負面引子詢問江女士‘按啲喔，所以敢會講會按啲想想想想甲足緊·歹睏按啲？’(05：33)，江女士回應嚴重時會想到‘喘大氣’(05：37)，錢醫師接著以一般性負面引子詢問‘足敖厚操煩按啲齣，啊好睏就是啊，未講操煩到歹睏呢？’(05：42)，江女士提及常胡思亂想(05：48)，錢醫師以第二個中性引子詢問‘按啲喔，好，啊攏想啥？’(05：52)，江女士回應‘想著囡仔，··無·無啥·乖按啲’(05：57-06：01)，錢醫師並未

老年病患負面社會心理資訊呈現之前文脈絡與言談機制：以臺灣家醫科為例

語料 6：莊洪女士(70 歲)：

何醫師(29 歲，R3)：B170H2Z1Q3Z101510411

何醫生(29 歲)	莊洪女士(70 歲)
0151 =這馬嘛人按諾?	
0152	嗯,人喔?啊 tshau9(差不多)直欲感冒的意思 啦,
0156	咻啊,啊: 逐項若講起來,逐項就壞啦,啊這陣 ,...這陣:若現代這陣的按啲,...這手攏麻痺 啦,
0206	咻,..啊這腳攏無夠力通行啦,
0209 henn,henn,	睏未去
(02:11-02:31 部分語料未呈現於本謄寫稿)	
0232 ..啊睏未去是按怎睏未去的?	
0237	睏未去你若差不多:像講九點你若無睏去按 啲,過就攏無睏啊,=
→0255 猶毋過,歐巴桑你若睏未去的時陣, 攏咧想啥物代誌啊?	
0259	...喔,會喔,未睏得就...就未/?啊就未放尿,=
0304	規暝就攏干單(只有)欲放尿爾,干單想講攏: 爬起来欲放尿按啲,啊愈爬愈未睏得啦,
(03:06-03:20 部分語料未呈現於本謄寫稿)	
0321 啊你攏是因為...欲放尿較睏未去的?	
0325	..毋是按啲,=這咧未睏得,轉規眠放尿按啲,
→0329 啊未睏得的時陣,除了放尿閣有想啥物其 他的物件無?	
0334	=未睏得就烏白想,
0339 =好的抑壞的?	
0341	..攏有喔,啊有彼需要講/按佗/來睏的.=
(03:43-03:53 部分語料未呈現於本謄寫稿)	
→0354 =啊有想著..無好的無?	
0401	..有喔:=
→0402 =敢有想著流目屎未?	
0406	..未啦,未.未無啦, 心會艱苦爾,未流目屎,=
→0408 =艱苦啥物?	
→0411	=啊就瘦:有:想彼:我: 早前一个大漢後生予往 生去,啊這馬會想彼咧因仔按啲,

語料 7：江女士(70 歲)：

錢醫生(29 歲，R3)：B070H2P2J100140832

錢醫生(29 歲)	江女士(70 歲)
0014 啊你今仔按諾?... 你今仔啥物問題?/??/=	
0032	糖分啦,=
0200 七十一歲齣,好,啊你人敢有按啲艱苦?除了知影糖分的問題,人敢有按怎艱苦?= 0207 =我無,猶無過,足緊張,是講若??/人就緊張,= (02:08-05:05 的互動語料未呈現於本謄寫稿)	
→0506 =無啦齣,..好,啊你講較教緊張按啲,啊暗時啊敢好睏?	
0513	差不多,= (05:15-05:32 的互動語料未呈現於本謄寫稿)
→0533 =按啲喔,所以敢會講會按啲想想想想甲足緊,歹睏按啲?= 0537 =想想想想甲是講足嚴重,是講會喘大氣按啲,= →0542 =足教厚操煩按啲齣,啊好睏就是啊,未講操煩到歹睏呢? 0548 ..未啦,??????/,就是攏烏白想啊,想,= →0552 =按啲喔,好,啊攏想啥? 0555 想著囡仔,= 0557 =想囡仔,= 0557 =想囡仔,足. 0600 =按啲齣, 0601 ..無,無啥,乖按啲,= 0605 (家族史起點)無啥乖按啲喔,.. 你幾個囡仔?你家己幾,= (06:05-07:12 此部份為家族史,對話內容未呈現於本謄寫稿)	
→0712 =喔,做祖啊喔,啊你講你會煩惱囡仔的工作,是你的後生呢?= 0718 =彼後生啦,= 0719 =後生喔,= =後生咧,咧煮食,啊攏有時陣,= 0723 =咧做:總,舖師喔?= 0724 =總,= 0725 =齣, 舖師啊, 0726 啊攏會共鬥腳,鬥幫忙,啊攏共操煩按啲,= 0730 =按啲喔,= =溫那煩, 0734 =生意足好啦,啊就講溫那教操.我,我這種人溫那足教操煩,= (07:36-07:48 的互動語料未呈現於本謄寫稿)	

老年病患負面社會心理資訊呈現之前文脈絡與言談機制：以臺灣家醫科為例

→0749	=啊那生意好, 你有啥物通好操. 較=
0752	會操煩?
0753	啊就人啊, 嗯, 不足啊, =
0756	=按啲喔, =
0758	=啊人操按啲攏, =
→0759	=所以你會煩惱伊你工作呢? 啊那生意好: 應該是: =
0806	=啊就, =
0807	=生活,
0808	厝的人呢? =
0809	=厝的人啊就, 出去就誠敖咻酒啦, =
0812	=喔:,
0814	啊對, 對困兒仔叨按啲操: =
0817	=按啲喔, 所以伊攏較濟應酬, =
0820	有應酬就是啊啦齣
0823	=應酬啦,
0826	=喔: =
0827	=是講人足濟啊, 我欲??/我攏: 我攏佇按啲較. 較操煩, =
0832	=按啲齣, 好,

於此深入病患擔心問題，而是先收集家族史的資訊‘你幾個囡仔？你家己幾’(06:05)；錢醫師了解家族史資訊後，依江女士提供的線索‘想著囡仔，· · · 無·無啥·乖按啲’再度引發社心話題，以一般性負面引子延續話題‘喔，做祖啊喔，啊你講你會煩惱囡仔的工作，是：你的後生呢？’(05:55)，江女士指出常替擔任總舖師的兒子擔心(07:24-07:34)，錢醫師接續以第二個一般性負面引子詢問‘啊那生意好，你有啥物通好操·較會操煩？’，江女士回應她擔心兒子過於操勞(07:56-07:58)，錢醫師進一步以第三個一般性負面引子詢問‘所以你會煩惱伊工作呢？啊那生意好：應該是’(07:59)，江女士進一步透露她的擔憂，訴說孩子常應酬喝酒讓她操心(08:09-08:27)。此例江女士負面社心資訊的浮現乃歷經錢醫師以兩個「中性引子」、一個「具體性負面引子」及四個「一般性負面引子」鋪陳負面社心氛圍。

我們以上述兩例說明本文的論點二與三：由醫師引導病患提供負面社心資訊須歷經時間累積醞釀及語意循序堆砌。

(三) 由醫師引導病患提供負面社心資訊須歷經時間的累積醞釀

上述結果 5 顯示：6 例經由醫師鋪陳負面社心氛圍，病方始提供負面社心資訊，我們發現由醫師引導病方提供負面社心資訊是須歷經「時間的累積」，我們從以下四個證據說明此推論：1. 負面社心資訊在互動中浮現的時間點 2. 醫師跨階段鋪陳負面社心氛圍 3. 病患引發社心話題的延遲現象 4. 醫師曾開啓負面社心話題但未延續的例子。

1. 負面社心資訊在互動中出現的時間點

病方經由醫師引導而提供負面社心資訊的 6 例(表 3)，我們進一步分析此 6 例負面社心資訊被提出時，該時間點於「收集病情資訊歷程」與「收集資訊歷程」的相對位置。家醫科的問診流程中，「收集資訊階段」包含收集病情資訊與家族史資訊 2 階段(詳見二、文獻回顧第二節之第三點關於社心資訊的問診時機)。以語料 6 而言，何醫師於 00:09 開始收集病情資訊並於 06:42 結束(歷程為 6 分 33 秒)，於 06:43 開始收集家族史資訊並於 11:36 結束(歷程為 4 分 53 秒)，收集資訊階段全程為 11 分 27 秒(00:09~11:36)，莊洪女士負面社心資訊浮出台面的時間點位於問診全程的第 4 分 11 秒，此時間點為「收集病情資訊歷程」的 7/10 處，為「收集資訊歷程」的 4/10 處。

表 4 可看出，六個經由醫師引導而引出負面社心資訊的時間點，有四例皆出現於「收集病情資訊歷程」之後。僅莊洪女士及方戴女士之案例出現於「收集病情資訊」歷程之內，其出現時間點為該階段的 7/10 處。其餘 4 例皆出現於「收集資訊歷程」已過半旬之後(6/10、8/10、9/10)，其中的 77 歲的王女士，甚至延遲至「診斷處置階段」時(22:27)才說出負面社心資訊。

上述結果顯示：病方不但不會在醫師收集資訊的初期提供負面社心資訊，即便在醫師第一次引發社心話題時，也不會當下提供相關資訊，而是延遲至互動(「收集病情資訊歷程」或「收集資訊歷程」的)後半階段才提出。莊洪女士的例子(語料 6)充分顯示，時間的累積醞釀是醫師引導病患提出負面社心資訊的重要策略，此例醫師開啓社心話題到病患的負面社心資訊浮出檯面，歷時近兩分鐘的時間。

2. 醫師跨階段鋪陳負面社心氛圍的例子

醫師「跨階段」引流病患負面社心資訊的 3 個例子，也顯示了時間累積醞釀的重要性。以語料 7 為例，在病情資訊收集階段期間，錢醫師先以中性引子開啓社心話題(05:06)，江女士回應表示，嚴重時自己會想到喘大氣(05:37)，醫師接續詢問她都想些什麼(05:52)，江女士提供家族成員負面狀況的資訊(05:55-06:01‘想囡仔，足，· ·無·無啥·乖按啲’)，醫師在此打住社心話題展開家族史資訊的收集，在家族史階段，醫師順勢以一般性負面引子再度開啓稍早探

討的社心話題詢問‘喔，做祖啊喔，啊你講你會煩惱囡仔的工作，是：你的後生呢?’(07:12)，我們從此例推判，由於錢醫師一開始在病情資訊收集階段鋪陳負面社心氛圍時，江女士並未提供相關負面資訊，因此，醫師先收集家族史再伺機引導，最後江女士才透露對於兒子的忙碌及應酬喝酒感到擔心(08:09)。本例中，醫師開啓社心話題到病患的負面社心資訊浮出檯面期間，橫跨了病情資訊收集及家族史兩階段，更說明病患負面社心資訊的浮現，須歷經時間累積醞釀。

3. 病患引發社心話題的延遲現象

首先，我們發現即便病方主動引發社心話題，此引發會伴隨延遲現象。語料中唯一例子說明(語料 1)，江女士並非在問診互動一開始就主動引發社心話題，在六分鐘的病情資訊收集期間(00:05-06:19)，江女士等到互動了 5 分 35 秒後才主動開啓此話題，提出三年來因某件事而煩惱到失眠的負面社心資訊‘我這三年來齁，有較操煩一層代誌啦，可能齁·操煩暈未去’。此意謂胡女士是待醫師收集完生理資訊後才主動提出她的負面社心資訊。

雖僅此一例，但我們可從以下「生理資訊的呈現先於社心資訊的呈現」現象，論證病患即使主動引發社心話題，他們也會「延遲」提出。我們增加以下分析，根據本文 26 筆語料中的 24 筆(有兩筆資料未錄到主訴互動)分析醫師收集病情資訊的第一問句(即一般醫學教育所稱的「主訴/Chief Complaint」)及病方的第一回應。醫師在病情資訊收集階段主要目的是希望

表 4：6 例負面社心資訊於互動中出現的時間點

	收集病情資訊起點	收集病情資訊迄點	收集家族史起點	收集家族史迄點	提供診斷處置起點	提供診斷處置迄點	問診全程迄點	收集病情資訊歷程	收集資訊歷程	負面社心資訊浮現時點	負面社心資訊浮現於收集病情之相對位置	負面社心資訊浮現於收集資訊之相對位置
胡女士 (78 歲)	00 : 45	02:39	02:40	09:16	15:02	19:17	19:26	1 分 54 秒	8 分 31 秒	07 : 15	之後	8/10
陳林女士 (68 歲)	00 : 07	08:36	08:39	11:07	12:04	16:32	16:39	8 分 29 秒	11 分	09 : 57	之後	9/10
莊洪女士 (70 歲)	00 : 09	06 : 42	06:43	11:36	15:45	22:50	22:54	6 分 33 秒	11 分 27 秒	04 : 11	7/10	4/10
方戴女士 (77 歲)	00 : 15	15 : 17	15:23	21:18	28:22	39:40	39:45	15 分 02 秒	21 分 03 秒	14 : 28	7/10	6/10
江女士 (70 歲)	00 : 14	06:01	06:05	09:48	24:18	41:36	42:16	5 分 47 秒	9 分 34 秒	07 : 26	之後	8/10
王女士 (77 歲)	00 : 05	06:58	07:00	09:55	20:32	31:09	31:18	6 分 53 秒	9 分 50 秒	22 : 47	之後	之後

病患能提出所有生心理不適以便醫師診斷，因此，醫師大多以開放式問句收集資訊。我們套用 Tsai (2006)的三種開放式問句(詳見二、文獻回顧之第二節)分析醫師的問句：「一般性開放式問句」、「生理性開放式問句」、「社會心理性開放問句」。我們也將病方的第一回應分析如下：「生理資訊」，例如：‘嗯，人喔？啊 tshau9(差不多)直欲感冒的意思啦齣’、「社會心理資訊」，例如：‘人喔攏頭殼疼(thiann3)啦，啊毋知是生歹物啊毋？’。

結果顯示醫師大多(87.5%，表 5)以涵蓋生理、心理的「一般性開放式問句」作為第一個詢問病情資訊的問句，以「生理性開放式問句」開啓則為 12.5%，以「社會心理性開放問句」開啓則為零。

從病方回應而言，無論醫師以一般性或生理性開放式問句詢問病患的求診目的，病方第一回合提供的資訊皆為生理資訊(87.5%與 12.5%，表 5)，沒

表 5：醫師詢問主訴第一問句類型及病方的第一回應資訊

醫師詢問主訴 第一問句 \ 病方第一回應	生理資訊	社會心理資訊
一般性開放式問句	21 例(87.5%)	0 例(0%)
生理性開放式問句	3 例(12.5%)	0 例(0%)
社會心理性開放問句	0 例(0%)	0 例(0%)
總計	24 例 (100%)	

有一例病方的第一回應為社心資訊。由此可知，不僅醫師極少以社會心理性開放問句開啓病情收集，病患也鮮少以「心理不適」做為第一個求診原因。不論從醫師或病患觀點，都可觀察到「生理資訊的呈現先於社心資訊呈現」的模式。也因此，當病患欲主動開啓社心話題時，其時間點傾向於延遲至生理資訊之後。

(四) 醫師曾開啓負面社心話題但未延續的例子

最後我們以 9 個反例說明「時間累積醞釀」的重要性。根據結果三：有 9 例為醫師曾開啓負面社心話題但未延續時，病方立即否定有負面社心狀態，且也未曾於後續提供任何負面社心資訊(詳見表 3)，以語料 8 為例，何醫師在病情資訊收集階段以一般性負面引子開啓話題「嗯：沒關係，最近生活上面有沒有什麼特別：讓你緊張不舒服的事情？(25：28)」，朱先生回應沒有(25：34)，何醫師重覆病患的回應後就隨即進入家族史「沒有嘛，你有幾個小孩子？(25：35)」，負面社心話題也隨之結束，此例負面社心話題的互動僅六秒，往後 34 分 17 秒的互動(25：35-59：52)，何醫師也未再觸及社心話題，病方也未曾提出任何負面社心資訊。此外，根據表 3，我們並未發現 26 筆語料有任何例子是由醫師開啓社心話題後，病方立即提供負面社心資訊。藉由語料 8 及表 3 顯示的結果，我們更確定病患負面社心資訊的浮出檯面不僅須由醫師引導，且需歷經時間的累積醞釀，若醫師於互動全程僅一次性引發社心話題，欲取得負面社心資訊的機會渺茫。

語料 8：朱先生(74 歲)女兒陪同看診：
何醫生(28 歲，R3)：G174T1Z124592537

何醫生(28 歲)	朱先生(74 歲)	陪同者(女兒)
2459	<u>齁,齁,好,除了這些,還有沒有其他的</u> <u>不舒服?</u>	
2505	<u>..其他沒有:</u>	
2508	<u>嗯,</u>	
2509		<u>因為他之前有糖尿病病史齁,</u>
2511	<u>嗯 henn,</u>	
2512		<u>可是我們不清楚到底是好還是,</u>
2514	<u>我.我這個糖尿病齁,沒有了.</u>	
2519	<u>沒關係我等下幫你看齁,</u>	
2521	<u>嗯,</u>	
2522		<u>可是他中午有吃東西了訥?</u>
2525	<u>沒關係,幾點吃的?</u>	
2527		<u>大概十一點半左右,</u>
→2528	<u>嗯:沒關係,最近生活上面有沒有什麼特別:讓你緊張不舒服的事情?</u>	
→2534	<u>沒有.</u>	
→2535	<u>沒有嘛齁,你有幾個小孩子?</u>	
2537	<u>三個.</u>	

(五) 由醫師引導病患提供負面社心資訊須歷經語意的循序堆砌

醫師引導的歷程除了須經由時間的累積醞釀外，我們發現此鋪陳機制也伴隨「語意循序堆砌」，亦即醫師引導病患提供負面社心資訊時，一開始皆從負面語意較弱的中性引子引發社心話題，再漸進到負面語意較強的一般性或具體性負面引子的言談模式。

1. 醫師從中性到具體性負面或一般性負面引子的循序堆砌

此 6 例醫師皆以中性引子開啓社心話題，醫師不僅皆以中性引子揭開社心話題，其中高達 5 例，皆是醫師連結至病患先前對話中提及的生理資訊作為中性引子引發話題(此部份我們將於六、綜合討論第一節說明)。醫師以中性引子引發話題後，漸進到負面語意較強的一般性負面或具體性負面引子。

以語料 6 為例，何醫師以中性引子引發話題後，依據病患的回應，他進一步以一般性負面引子繼續詢問‘啊有想著．．無好的無？’(03：54) 引導病患提供負面的資訊，而當病患回應‘有喔’ (04：01)，何醫師進一步以「具體性負面引子」探究‘敢有想著流目屎未？’ (04：02)，直到病患的負面社心資訊浮出檯面‘啊就痠：有：想彼：我：．早前一个大漢後生予往生去，啊這馬會想彼个囡仔按啲啊’ (04：11)。

由此例我們得知何醫師以語意累積的言談模式引導病患提供負面社心資訊，從一開始中性引子的暖身，漸進一般性負面引子，最後順勢進入深層的具體性負面引子——以‘流目屎’聚焦於病患具體情緒的流露。此歷程我們可看出醫師層層逼進，由淺入深的引導病患提供資訊。

語料 7 亦是如此，錢醫師在病情資訊收集階段時以連結之前話題的中性引子‘無啦齣，．．好，啊你講較敖緊張按啲，啊暗時啊敢好睏？’(05：06) 引發話題後，先詢問家族史資訊，然後再以一般性負面引子進一步詢問‘喔，做祖啊喔，啊你講你會煩惱囡仔的工作，是：你的後生呢？’(07：12)‘啊那生意好，你有啥物通好操．較會操煩？’(07：49)，直到最後病患提到對孩子應酬喝酒的擔憂(08：09-08：27)，錢醫師橫跨兩階段在一開始病情資訊收集階段從中性引子漸進到家族史階段時以一般性負面引子鋪陳引導病患提供負面社心資訊。

上述發現——醫師鋪陳時，先以中性引子開啓話題後漸進至一般性負面或具體性負面引子，也就是「以生理話題引流負面社心資訊」的模式。此機制與先前文獻 Waitzkin et al. (1994: 343)所提出「試探」或 Tsai (2006) 提的從生理切入心理，有異曲同工之妙。此類資訊牽涉個人隱私，醫師應以生理資訊引導，例如，以‘人最近敢有瘦落’或‘胃口啥款’作為暖身，而非直接切入‘最近有沒有什麼煩惱’(Tsai, 2006：65-72)。

2. 未經醫師語意累循序堆砌，病方直接否定有負面社心狀態

反觀當醫師引導時未經歷時間次數的累積，病方可能的回應又是如何？根據結果 3：有 10 例(詳見表 3)為醫師以「重複同語意負面社心話題」方式詢問，而病方以否定有負面社心狀態存在回應，於後續互動中，病方也未曾

提供任何相關資訊。以語料 9 為例，汪醫師以一般性負面引子開啓話題後，‘啊最近有啥物代誌予你煩惱的無啊？〔較歹睡〕’(10：06)，劉女士並未給予回應，汪醫師停頓兩秒後再次同語意重覆問句‘有啥物代誌予你煩惱的無啊，講出來’(10：14)，劉女士回應‘hann?’，汪醫師停頓兩秒後又再次重覆問句‘有啥物代誌予你煩惱的？最近啦’(10：17)，此時，劉女士以‘未啦’回應，汪醫師再次確認劉女士有無負面社心資訊‘未呢?’(10：20)，劉女士回應‘嗯’後，醫師和陪同家屬及病患接著討論有關門診掛號及用藥事宜(11：04-12：24)，負面社心話題也隨之結束。此例在 22 秒負面社心話題的互動中(10：06-10：28)，醫師並未或無機會以語意循序堆砌方式，引導病患提供負面社心資訊，而是以一般性負面引子兩次地重覆問題探究病患此類資訊，病患也未提出有任何相關負面社心資訊。

根據上述例子，我們發現社心話題互動中，醫師的言談模式即使有經歷時間與次數的累積，但若無機會循序堆砌語意時，病患較不易提供負面社心資訊，而是以否定有此類資訊回應。我們從結果 3 的 10 例得知醫師在互動中並無機會循序堆砌語意，也未連結病患所提供的生理資訊以中性引子引發話題，縱然病患所提供的否定答案有三種可能性：(1) 病患真的沒有社心問題 (2) 病患未能察覺社心問題 (3) 病患有社心問題，但與醫師關係熟識度尚未建立而不願意提出，或是不覺相關無須提出。我們仍可推測病患負面社心資訊的浮現與醫師社心話題互動之循序鋪陳有關。

六、綜合討論

根據上述論點我們從 (一) 會話相關性準則 (二) 面子威脅理論解釋此引流機制。並於本節 (三) 困難的溝通技巧，討論及比較本文發現之溝通模式與醫療情境中常見的告知壞消息之溝通模式。

老年病患負面社會心理資訊呈現之前文脈絡與言談機制：以臺灣家醫科為例

語料 9：劉女士(80 歲)：

汪醫生(31 歲，R4)：B180X1C4L209591220

汪醫生(31 歲)	劉女士(80 歲)
0959 /鼻水/會感覺會倒流啊齣?	
1000 (停頓 6 秒)	
→1006 啊最近有嗰物代誌予你煩惱的無啊?[較歹睡]	
1009 (停頓 2 秒)	
1011 hann?	
1012 (停頓 2 秒)	
→1014 有嗰物代誌予你煩惱的無啊,講出來,	
1016	hann?
→1017 有嗰物代誌予你煩惱的?最近啦,	
1019	未啦,
1020 未呢?	
1021	嗯,..啊無咧煩惱嗰物,因仔就攞住外口,=
1024 =按吶,=	
1025	=按怎人攞毋知啦,h,
1027 按怎攞無知,	
1028	咳咳,無住做伙溫那毋知影啦,
(11:04-12:13 汪醫師與陪同家屬(兒子)討論門診掛號)	
1220 肺部的藥仔齣,=	
1224 肺部的藥仔欲睇以前閣共你加一粒以前有食過的 hann,	

(一) 會話相關性準則

經由醫師鋪陳負面社心氛圍，而引發病方提供此類資訊的 6 例中有 5 例的中性引子皆是連結至病患先前提及的生理資訊，例如‘我想卜知影是講汝陰暗睇未去是攞佇想啥？’，我們認為「以生理話題引流社心資訊」的機制，可從會話的相關性準則來詮釋。「相關性準則」(the Maxim of Relation)為 Grice (1975)提出的四大會話準則之一，指的是參與會話者提供的資訊應與會話主題相關，如此所有參與者有共同的認知才能針對該主題進行討論。雖然我們引言曾強調，在「生理暨社會心理問診模式」下，醫師應兼顧病患生理與心理相關資訊，然而不可置否，不論就醫師或病方角度，對於問診的期待，雙方的認知仍因循「生理資訊呈現先於社心資訊呈現」的思惟邏輯(詳見五、討論第三節)。例如，本文 24 個主治醫師問診中，沒有以「社會心理性開放式

問句」開啓資訊收集者，而無論醫師以「一般開放式問句」或以「生理性開放式問句」開啓資訊收集，病方於第一回合提供的資訊皆為生理資訊，沒有一例病方在第一回應即提供社心資訊。Tsai et al. (2013)研究顯示不論在教學前或後，皆不曾有醫學生於收集資訊的第一問句使用「社會心理性開放式問句」，於第二、三問句使用者，也僅一位(詳見二、文獻回顧第二節及表 1)。Chang (2012)研究也指出病方回應醫師的生理性開放式問句時，內容多為肯定或詳答，但回應社會心理性開放式問句時則多為簡答、否定、或遲疑，若醫師的社會心理性開放式問句於收集病情資訊就提出，病方可能會對醫師的問題感到疑惑。Chang (2012)對其觀察的詮釋為病患的社心性資訊與家族環境「依存度」較高，因此醫師於此階段提出時，較不突兀，病方的回應也明顯提高。

先前與本研究發現均顯示不論就醫療專業或常民角度——「生理資訊的呈現先於社心資訊」，在此認知期待下，其他主題的呈現，例如社心資訊，若以生理不適為引子，或是持續或延至與之依存度較高的家族史階段，則提高社心資訊浮出台面之「相關性」(即合理性)。

反之，若醫師在病情資訊收集時開門見山地探究社心資訊‘你有咧操煩啥物代誌無？’，可能與病患對於生理資訊為看診首要主題的認知及期待有所落差，甚至覺得醫師的問題唐突與其求診目的的不相關或無法理解其相關性。如語料 10：顏醫師與簡先生原本在討論喘不過氣及肚子痛的生理症狀(03：38-05：03)，在醫師開啓社心話題之前，主要探討上述生理症狀緩解的方式(‘怎麼樣會比較舒服一點’)，而醫師突然詢問‘你會不會很容易：然後·突然焦慮會不會？’(05：35)，病患有點不解地回應‘啊？’(05：39)，從病患的回應可看出他可能不了解醫師的問題或無法理解問題與問診內容的相關性，而希望醫師澄清問題。然而，當醫師以病患所提過的生理資訊作為中性引子，連結至社心話題時，則遵守 Grice 會話相關性準則，使得該社心話題於以生理資訊為主的問診顯得合理相關。例如，語料 6 中，何醫師以莊洪女士稍早所提供的生理資訊‘睏未去’作為中性引子詢問社心資訊：‘啊無攔 honn，歐巴桑汝若睏未去欸時陣，攏咧想啥物代誌啊？’(莊洪女士 70 歲)。

另外，過去文獻 Aldrich (1999)及 Stoeckle (1999)提到病患通常只了解自己的生理症狀，不易察覺社心層面與生理不適的相關性，Aldrich 建議醫師應從病患症狀發生的時間點試圖了解其當時的生活狀況(例如：‘Could you tell me something about what was going on in your life at the time the vomiting started? 回想一下當嘔吐發生時，你生活中的情形如何?’)，此與本文的「中性引子」皆為從生理資訊著手，而本研究更強調生理資訊(‘暈未去’)與社心狀況(‘暈未去，攏咧想啥物代誌’)的連結。綜合上述，我們建議醫師可從生理資訊探討病患的社心狀態，不僅保有問診主題內容相關性，也可順勢引導病患提供相關的負面社心資訊。

(二) 面子需求

根據論點一病患鮮少主動引發社心話題，我們從文獻得知主要因素如下：對於某些病患而言，無法掌握自己情感層面問題是羞愧的，而有些病患則是無法正視自己情感層面的問題或是不願意將生理問題歸因於壓力等社心因素因而避免談論社心話題(Aldrich, 1999 ; Billings and Stoeckle, 1991)。此一現象在老年病患更趨明顯，Greene and Adelman (1996)研究顯示相較於年輕病患，老年病患更不願意向醫師談論社心話題，他們認為此類話題較難為情且不適於在看診過程中提出。也因此，即使本研究中的醫師嘗試開啓社心話題後，病患往往拖至互動的後半階段才提出負面社心資訊(詳見表 4)，而醫師開啓社心話題的機制往往得連結至病患已提供的生理資訊。以下，我們從 Brown and Levinson 的面子需求理論解釋。

Brown and Levinson (1987)提到社會互動有兩種面子需求——消極面子與積極面子(Positive Face and Negative Face)，消極面子是對自主與隱私的渴望，而積極面子是希望獲得對方的同意、認可及讚許(Brown and Levinson, 1987)，我們研究的社心話題主要是探討關乎病患生活事件，家庭等敏感私領域的議題，Tsai (2006)也提到社會心理開放式問句在醫病互動中屬侵入病方隱私且易造成面子威脅，加上中國文化所謂的「家醜不外揚」概念下，欲使病方談論這種敏感的話題不僅不容易且易威脅病患的消極面子(探究隱私)與

語料 10：簡先生(75 歲)：顏醫師(年紀不詳，實習醫師)：

G075J4X1J303380539

顏醫師	簡先生(75 歲)
0338	=對,??/好像.喘氣??/比較.比較.這個 /????/這個.這個.這個.這個.=
0346	=喘不過來這樣子?=
(03:47-04:07 的互動語料未呈現於本謄寫稿)	
0408	你這樣情形.從什麼時候開始就有?
0412	差不多兩三天...我有天.嘔.年紀看不到,但是太??/時間啦,就好了,就好了..我就.吃糖了,就喝點開水,
0503	=/????比較??,同時肚子很痛,早上吃個飯 /./????就開始肚子??/.哈哈(笑),
(05:08-05:18 的互動語料未呈現於本謄寫稿)	
0519	怎麼樣會比較舒服一點?比較,
0521	..不舒服就????/啊,但是.嘔./????/就看看書 啊,看看電視啊,這些./
(05:26-05:34 的互動語料未呈現於本謄寫稿)	
→0535	你會不會很容易.然後.突然焦慮會不會?
→0539	啊?
0539	容不容易這樣子很焦慮啊.煩惱.或是=

積極面子(揭露家醜)。正因此類話題敏感，對於與醫師尚未熟識、尚未建立互信關係的初診病患而言，要將負面社心資訊坦然於陌生人面前，對其積極或消極面子需求更是一大威脅，因此透過中性引子揭開社心話題，而後再循序堆砌負面語意，以及時間與次數性的累積醞釀，實為提供初診病患暖身的緩衝機會。如語料 7，70 歲的江女士願意在與錢醫師初識的第七、八分鐘(07：24-08：27)透露可能損及自己面子的家務隱私(自己常替擔任總舖師的兒子擔心因為兒子常因應酬而喝酒)其實得歸功於錢醫師於第五分鐘的一系列的鋪陳醞釀，從負面語意最弱的中性引子(05：06‘啊暗時啊敢好睏?’)，接著以負面語意較強的具體性負面引子(05：33‘按吶喔，所以敢會講會按吶想想想甲足緊·歹睏按吶?’)及一般性負面引子(05：42‘足敖厚操煩按吶齁,啊好睏就是啊,未講操煩到歹睏呢?’)，此模式不僅降低對病患面子需求的威脅，使其卸下心防，終能坦然分享心中擔憂。

(三) 困難的溝通技巧——時間與語意的雙重鋪陳引導

病患的負面社心資訊須經由醫師時間累積醞釀及語意上的循序鋪陳引導，此概念不僅常見於社心話題的引導，在告知壞消息等「困難的溝通」(Difficult Communication)文獻中也發現類似技巧。Maynard (1996)提到告知壞消息(例如罹患重大疾病)雖然有三種可能模式：「直截了當式」(being Blunt/直接地告訴壞消息)、「預示」(Forecasting/營造消息的氛圍，讓對方可主動臆測壞消息的內容)、或「延遲或避免」(Stalling/拖延或避免告知對方壞消息)，其中的「預示」(Forecasting)是醫師最常使用的告知模式，此種方式最能緩和壞消息所造成的影響。Tsai (2013)稱「預示」為「異樣氛圍」的鋪陳(Building up a Sense of Non-concordance)，於告知壞消息前，告知者因擔心對當事人造成衝擊，不自覺營造有違常態的異樣氛圍，引導當事人察覺後並主動詢問。例如，平時都八點後才下班的先生，突然六點就到家，在此異樣氛圍的鋪陳下，不僅激起當事人的預感(‘怎麼了，今天這麼早回來？’)，也能降低告知壓力，與噩耗對當事人的衝擊(先生之後告知太太罹癌的壞消息)。Shaw et al. (2012)觀察也發現將告知噩耗的醫師常於一開始提供充分的相關醫療資訊(例如：提及詳細的手術過程與困難‘手術原本進行順利，然而途中因她心臟出了些問題須替她裝上心導管，此過程中她心跳不停地下降’)，使家屬可依醫師營造的氛圍臆測壞消息(例如：‘醫生，手術是不是失敗了？’)。Buckman (1992)提的告知壞消息的標準流程，至少包含三個先置作業：暖身準備就緒(‘我們到裡面聊一下’)、了解病患知的程度(‘你對自己身體狀況了解多少？’)、確認病患欲知的程度(‘你了解多少？’)。上述文獻均凸顯醫療人員要應對如告知病情噩耗類的困難溝通時，「先置作業與異樣氛圍鋪陳」發揮極重要的功能，就如同醫師引流病患負面社心資訊所需的「時間累積醞釀」及「語意循序堆砌」。

七、結 論

有別於過去文獻分析焦點多為醫師社心話題的一般探索方式，亦未考量其語用效果，本研究從語言學的用詞及語意內涵角度，聚焦於當病患的「負面社心資訊」被呈現時，其浮現的前文脈絡為何。引流「負面社心資訊」除了可表達對病患的關切，更重要的是其診斷功能。此外，本文在此微觀言談互動的過程，也因循語料所觀察到的共通模式，建立社心話題的分析概念與架構。

我們的主要論點如下：(一) 病患負面社心資訊的呈現很少由病患主動引發提供(14%)，多由醫師鋪陳負面社心氛圍(86%)。(二)「鋪陳」的概念涵蓋兩並行層次：醫師與病患多次來回互動(即「時間的累積醞釀」)與醫師發言用詞語意從中性、一般性負面、漸進至具體性負面三種引子(即「語意的循序堆砌」)。(三)此二鋪陳層次對於引流病患負面社心資訊的重要性可從二組案例看出：醫師曾開啓負面社心話題但未延續該話題時(即缺乏時間的累積醞釀)，病方立即以否定回應，而且未曾於後續提供任何負面社心資訊(9例)、醫師重覆同語意負面社心話題(即缺乏語意的循序堆砌)，病方以否定回應，且未曾於後續提供任何負面社心資訊(10例)。(四)「時間的累積醞釀」反映了醫療專業與常民對問診的認知與期待乃以生理資訊為「首要主題」，因此，社心資訊的引流往往是延到病情資料收集的 7/10 的時間點(2例)，甚至延至家族史(4例)或解釋處置階段(1例)才浮現檯面，也就是「生理資訊的呈現先於社心資訊的呈現」(五)「語意的循序堆砌」造就「以生理話題引流負面社心資訊」的模式，也就是醫師以病患提及的生理不適作為中性話題，以引流可能的負面社心資訊。

本研究對於醫療言談領域(Medical Discourse)的貢獻如下：引流病患負面社心資訊，就如同告知病情噩耗，皆屬困難溝通的類型，二者共通特徵為「事前的氛圍鋪陳機制」，而非「立即、直接」，有別於告知壞消息的「預告」，引流病患負面社心資訊需要的是「時間的累積醞釀」與「語意的循序堆砌」。本文對醫學教育或醫療專業人員的啟發如下：病患負面社心資訊浮出檯面需

仰賴醫師的鋪陳策略，而此策略二個重要言談機制為「時間的累積醞釀」與「語意的循序堆砌」。

礙於引流病患負面社心資訊的案例不多，本研究僅能根據 26 個案例中的 7 例的「社會心理」面向做言談策略的質性分析，然而引流負面社心的策略往往也與當是雙方之特質相關(例如不同專科醫師或不同年齡層或教育程度之病人)，我們的論點亟需更豐富的案例來驗證其周全與適用性、甚至擴及病人認知或意向的面向分析。此外，引流負面社心資訊本身如何發揮其問診功能，例如有引流與未引流對於後續醫病言談互動、關係建立、醫師的診斷(器官本質或社心本質)、後續處置、病患遵醫屬性等的影響也有待相關研究探討。

參考文獻

中文部分

- 王興耀 (2001),〈現代人的文明病——身心症〉,《高醫醫訊月刊》,20(11),頁 4。
- 李仁豪、余民寧 (2014),〈臺灣中老年人外向性及神經質人格、社會支持與主觀幸福感關係之模型建構及其結構係數比較〉,《國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系教育心理學報》,45(4),頁 455-474。
- 沙堅白 (2011),〈身體症狀——診斷準則改變之理由(五個重大改變)〉,《臺灣精神醫學會》,1(3),頁 3-11。
- 林志遠、曾瑞成 (2006),〈全人健康理念之演進〉,《中華體育季刊》,20(4),頁 14-19。
- 陳正生 (2005),〈老年人之身心症〉,《高醫醫訊月刊》,20(11),頁 11。
- 張尙文 (2011),〈身心症的診斷與治療〉,《臺北市醫師公會會刊》,55(9),頁 35-42。
- 張榮哲、林耀盛 (2012),〈家庭醫學中的醫病關係與人性關懷〉,《臺灣醫學》,16(6),頁 660-666。
- 黃瑞琴 (1996),《質的教育研究法》,臺北:心理出版。
- 曾鈺庭 (2013),〈乖乖女個性遽變出自腫瘤壓迫腦神經〉。引自 2014 年 11 月 20 日, <http://blog.udn.com/familylink/9649892>。
- 歐用生 (1989),《質的研究》,臺北:師大書苑。
- 山德斯(Sanders, Lisa.) 著;廖月娟譯,(2010),《診療室裡的福爾摩斯:解開病歷表外的身體密碼》,臺北:天下文化。
- 羅森邦(Rosenbaum, Edward E.) 著;易之新譯,(2000),《當醫生變成病人》,臺北:天下文化。

外文部分

- Aldrich, C. K. (1999), *The Medical Interview: Gateway to the Doctor-Patient Relationship*, New York: The Parthenon Publishing Group Inc.
- Arborelius, E. and Eva Österberg (1995), "How Do GPs Discuss Subjects other than Illness? Formulating and Evaluating a Theoretical Model to Explain Successful and Less Successful Approaches to Discussing Psychosocial Issues," *Patient Education and Counseling*, 25(3), 257-268.
- Barry, C. A., C. P. Bradley, N. B. Fiona, A. Stevenson and N. Barber (2000), "Patients' Unvoiced Agendas in General Practice Consultations: Qualitative Study," *BMJ*, 320(7244), 1246-1250.
- Barsky, A. J. (1981), "Hidden Reasons Some Patients Visit Doctors," *Annals of Internal Medicine*, 94(4-1), 492-498.
- Beck, C. S. and Sandra L. R. (1992), "Negotiating Interpersonal and Medical Talk: Frame Shifts in the Gynaecologic Exam," *Journal of Language and Social Psychology*, 11(1-2), 47-61.
- Beckman, H. B. and Richard M. F. (1984), "The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data," *Annals of Internal Medicine*, 101(5), 692-696.
- Billings, A. J. and J. D. Stoeckle (1991), *The Clinical Encounter: A Guide to the Medical Interview and Case Presentation*, St. Louis: Mosby Press.
- Boyle, D., B. Dwinnell and F. Platt (2005), "Invite, Listen, and Summarize: A Patient-Centered Communication Technique," *Academic Medicine*, 80(1), 29-32.
- Brody, D. S. (1980), "Physician Recognition of Behavioral, Psychological, and Social Aspects of Medical Care," *Archives of Internal Medicine*, 140(10), 1286-1289.
- Brown, P. and S. C. Levinson (1987), *Politeness: Some Universals in Language*, New York: Cambridge University Press.
- Buckman, R. (1992), *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Bushnell, J., D. McLeod, A. Dowell, C. Salmond, S. Ramage, S. Collings, P. Ellis, M. Kljakovic and L. McBain (2005), "Do Patients Want to Disclose Psychological Problems to GPs?" *Family Practice*, 22(6), 631-637.
- Byrne, P. S. and B. E. L. Long (1976), *Doctors Talking to Patients*, London: H. M.

Stationery Office.

- Campion, P. D., N. M. Butler and A. D. Cox (1992), "Principle Agendas of Doctors and Patients in General Practice Consultations," *Family Practice*, 9(2), 181-190.
- Chang, W.T. (2012), Doctors' Use of Open Questions and Patient Parties' Responses-in the Context of Family Medicine, Master, National Cheng Kung University.
- Cole, S. A. and J. Bird (2000), *The Medical Interview: The Three Function Approach*, St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.
- Coupland, J., J. D. Robinson and N. Coupland (1994), "Frame Negotiation in Doctor-Elderly Patient Consultations," *Discourse & Society*, 5(1), 89-124.
- DiMatteo, M. R. (1979), "A Social-Psychological Analysis of Physician-Patient Rapport: Toward a Science of the Art of Medicine," *Journal of Social Issues*, 35(1), 12-33.
- Engel, G. L. (1977), "The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine," *Science*, 196(4286), 129-136.
- Fisher, S. (1991), "A Discourse of the Social: Medical Talk/Power Talk/Oppositional Talk?" *Discourse & Society*, 2(2), 157-182.
- Gott, M., S. Hinchliff and E. Galena (2004), "General Practitioner Attitudes to Discussing Sexual Health Issues with Older People," *Social Science & Medicine*, 58(11), 2093-2103.
- Graber, M., R. Gordon and N. Franklin (2002), "Reducing Diagnostic Errors in Medicine: what's the Goal?" *Academic Medicine*, 77(10), 981-992.
- Greene, M. G. and R. D. Adelman (1996), "Psychosocial Factors in Older Patients' Medical Encounters," *Research on Aging*, 18(1), 84-102.
- Grice, H. P. (1975), "Logic and Conversation," in Peter Cole and Jerry L. Morgan (eds.), *Syntax and semantics, Vol. 3: Speech Acts*, 41-58, New York: Seminar Press.
- Groopman, J. E. and M. Prichard (2003), "Sick with Worry," *The New Yorker (New York)*, 2003-08-11, 28-34.
- Groopman, J. E. (2007), *How Doctors Think*, Boston: Houghton Mifflin.
- Jones, L. R., L. W. Badger, R. P. Ficken, J. D. Leeper and R. L. Anderson (1987), "Inside the Hidden Mental Health Network: Examining Mental Health Care Delivery of Primary Care Physicians," *General Hospital Psychiatry*, 9(4), 287-293.
- Kane, R. A. (1991), "Psychosocial Issues. Psychological and Social Issues for Older

- People with Cancer,” *Cancer*, 68(S11), 2514-2518.
- Kasteler, J., R. L. Kane, D. M. Olsen and C. Thetford (1976), “Issues Underlying Prevalence of “Doctor-Shopping” Behavior,” *Journal of Health and Social Behavior*, 17(4), 328-339.
- Kern, D. E., M. Grayson, L. R. Barker, R. P. Roca, K. A. Cole, D. Roter and A. S. Golden (1989), “Residency Training in Interviewing Skills and the Psychosocial Domain of Medical Practice,” *Journal of General Internal Medicine*, 4(5), 421-431.
- Laemmel, K. (1993), “Misdiagnosis of Psychosomatic Disorders,” *Schweizerische Rundschau fur Medizin Praxis Revue Suisse de Medecine Praxis*, 82(36), 964-968.
- 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(1), 24-30.
- Levinson, W., R. Gorawara-Bhat and J. Lamb (2000), “A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings,” *JAMA*, 284(8), 1021-1027.
- Maguire, P., S. Fairbairn and C. Fletcher (1986), “Consultation Skills of Young Doctors: I--Benefits of Feedback Training in Interviewing as Students Persist,” *British Medical Journal (Clinical Research ed.)*, 292(6535), 1573-1576.
- Maynard, D. W. (1996), “On “Realization” in Everyday Life: The Forecasting of Bad News as a Social Relation,” *American Sociological Review*, 61(1), 109-131.
- McWhinney, I. R. (1997), *A Textbook of Family Medicine*, New York: Oxford University Press.
- Mead, N. and P. Bower (2000), “Patient-centredness: a Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature,” *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110.
- Olfson, M., T. Gilbert, M. Weissman, R. S. Blacklow and W. E. Broadhead (1995), “Recognition of Emotional Distress in Physically Healthy Primary Care Patients who Perceive Poor Physical Health,” *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 173-180.
- Perez-Stable, E., M., Jeanne, M. F, Ricardo and Y.-W. Ying (1990), “Depression in Medical Outpatients: under Recognition and Misdiagnosis,” *Archives of Internal*

- Medicine*, 150(5), 1083-1088.
- Ring, A., C. F. Dowrick, G. M. Humphris, J. Davies and P. Salmon (2005), "The Somatising Effect of Clinical Consultation: What Patients and Doctors Say and Do Not Say When Patients Present Medically Unexplained Physical Symptoms," *Social Science & Medicine*, 61(7), 1505-1515.
- Robinson, J. W. and D. L. Roter (1999), "Psychosocial Problem Disclosure by Primary Care Patients," *Social Science & Medicine*, 48(10), 1353-1362.
- Salmon, P., C. F. Dowrick, A. Ring and G. M. Humphris (2004), "Voiced but Unheard Agendas: Qualitative Analysis of the Psychosocial Cues that Patients with Unexplained Symptoms Present to General Practitioners," *British Journal of General Practice*, 54(500), 171-176.
- Shaw, J., S. Dunn and P. Heinrich (2012), "Managing the Delivery of Bad News: An In-depth Analysis of Doctors' Delivery Style," *Patient Education and Counseling*, 87(2), 186-192.
- Silverman, J., S. M. Kurtz and J. Draper (2005), *Skills for Communicating with Patients*, Abingdon: Radcliffe Publishing.
- Strauss, A. L. and J. M. Corbin (1990), *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park, Calif: Sage Publications.
- Tsai, M. H. (2006), *Opening Hearts and Minds: A Linguistic Framework for Analyzing Open Questions in Doctor-Patient Communication*, Taipei: The Crane Publishing Company.
- Tsai, M.-H., F.-H. Lu and R. M. Frankel (2013), "Learning to Listen: Effects of Using Conversational Transcripts to Help Medical Students Improve Their Use of Open Questions in Soliciting Patient Problems," *Patient Education and Counseling*, 93(1), 48-55.
- Waitzkin, H., T. Britt and C. Williams (1994), "Narratives of Aging and Social Problems in Medical Encounters with Older Persons," *Journal of Health and Social Behavior*, 35(4), 322-348.
- World Health Organization (WHO) (1948), *Constitution of the World Health Organization*, Geneva: WHO.

Discourse Contexts and Mechanisms Relevant to Elderly Patients' Presentation of Psychosocial Concerns— A Case Study Based in the Family Medicine Practice in Taiwan

Shao-Jou Chou^{*}, Mei-Hui Tsai^{**}, Feng-Hwa Lu^{***}

Abstract

Soliciting patients' psychosocial concerns (e.g. unemployment or divorce) during the medical interview not only enhances doctor-patient relationship, but facilitates the doctor's diagnosis as well. It helps doctors clarify whether the psychosocial status is a causative or aggravating factor for the physical discomfort. However, it appears to be a challenging task for most doctors since patients might not be aware of the connection between psychosocial status and physical discomfort or might feel reluctant to voice their psychosocial problems. With discourse data of medical interviews between family doctors and their elderly patients, this study examines the discourse mechanisms of how patients' psychosocial concerns are presented during an interview. The main findings are presented as follows. First, patients seldom voluntarily initiate a topic of psychosocial issue and provide psychosocial concerns (14%). Most of the psychosocial concerns are presented following the negative psychosocial atmosphere created in doctors' utterances (86%). Second, this negative atmosphere created in doctors'

* First Author: M.A. Department of Foreign Languages and Literature, National Cheng Kung University, Email: sherrychou12@gmail.com.

** Second Author and Corresponding Author: Full Professor, Department of Foreign Languages and Literature, National Cheng Kung University, Email: tsaim@mail.ncku.edu.tw.

*** Third Author: Associate Professor, Division of Family Medicine, Department of Medicine, Medical College, National Cheng Kung University, Email: fhlu@mail.ncku.edu.tw.

utterances includes the concurrent mechanisms of “time accumulation” and “semantic accumulation”. In other words, it involves several turn takes in the conversation and the sequential use of prompts (i.e. doctors start from the use of neutral prompt, “I would like to know what you are thinking about when you fail to fall asleep at night”, to the use of general-negative, “have you been troubled recently?” or specific-negative prompts, “did the idea of suicide ever come to you”). Third, the concurrent mechanisms of “time accumulation” and “semantic accumulation” in doctors’ utterances reflect both the professional doctors and the general public’s perception and expectation that “the presentation of psychosocial information is preceded by the biomedical information in medical interviews”. This leads to the discourse pattern that “patients’ psychosocial concerns are ventilated via a topic of biomedical issue”. The implication of the above findings for doctor-patient communication is addressed in the following. During medical interviews, the negative psychosocial atmosphere created in doctors’ utterances through the mechanisms of time accumulation and semantic accumulation, i.e., soliciting psychosocial concerns under the guise of biomedical issue encourages patients to unveil their psychosocial status.

Keywords: Psychosocial Concerns, a Topic of Psychosocial Issue, Discourse Mechanisms, Doctor-patient Communication