

醫療口譯員與醫護人員如何建構、協調彼此的溝通語意 及專業權威

Eric Mark Kramer
奧克拉荷馬大學傳播系教授

謝怡玲
奧克拉荷馬大學傳播系
助理教授

孔海英
奧克拉荷馬大學傳播系
博士生

中文摘要

本研究透過實證方式檢視口譯員和醫護人員如何使用各種溝通方式建立、協調、爭取在醫病互動過程中的專業地位（包括權力及權威）。本研究採用深度訪談及焦點團體訪問 26 位來自 17 個不同語言的專業醫療口譯員及 32 位來自 4 個專業（婦產科、護理科、精神科、腫瘤科）的醫護人員。我們認為醫療口譯是複雜的溝通模式，並進一步檢視（一）醫護人員及口譯員在互動過程中，如何建構語意並溝通協調其專業範疇及專業權威；（二）醫護人員及口譯員如何彼此合作並相互競爭，以建構醫病互動過程中的溝通語意。

本研究指出幾個重要發現。第一，口譯員使用特定、專業語法及各種符號資源（如：語言、空間、非語言資源）來積極建立溝通情境及語意。這些溝通方式會進一步影響醫護人員在醫病互動過程的溝通行為。第二，醫護人員和口譯員用以建立權威或語意的詮釋框架，並不盡然相同，而彼此認知的差異會造成口譯過程中的溝通障礙。口譯員使用的語言策略並非一般人使用語言常態，故容易造成醫護人員及病患對溝通情境及語意的誤解。此外，醫護人員往往就其本身專業考量病患的語意；但口譯員則視病患的論述為一完整語意，不特意考量醫療專業是否影響其語意或溝通目的。第三，雙語醫病互動過程中，語意及專業權威的建構是及時、動態的溝通活動，所有活動參與者必須認識、善用彼此的符號資源及詮釋框架以有效溝通。當醫護人員與病患不使用同一語言時，醫護人員必須能夠信賴口譯員可以完整呈現他們的聲音，同時維持其醫療品質。儘管醫護人員在醫療體系裡有較高地位、正當性、和醫學專業權威，他們需要依賴口譯員表達他們的聲音，包括其身份和情緒。口譯員透過對他人的聲音的建構掌控溝通語意，進而建構口譯過程中其他參與者的身份及彼此關係。口譯員據此實質掌握溝通過程的詮釋能力，此一能力實為溝通語境中的重要權力。但醫護人員並非全然信任口譯員的表現，他們透過各種方式、管道（如：口譯時間長短、是否使用相對應辭彙、情緒表現）評估口譯員是否值得信賴，並積極介入、影響口譯人員的溝通表現。而口譯員則強調他們在語言、文化上的專業，重新詮釋病患的聲音，以掌控傳播內容及過程。

本研究指出在醫療口譯過程中，無人可以完整掌控自己的聲音呈現。醫護人員（及病患）的聲音須透過口譯員來呈現。而口譯員的聲音儘管隱藏於整個溝通情境，卻也不時受到醫護人員的監控及修正。口譯員與醫護人員對以下兩點有不同的認知和溝通模式：（一）如何透過各種不同符號管道（如語言、非語言、空間及情緒資訊）建構語意；（二）醫病溝通的功能（如強化彼此關係、治療目的及身份建構）。本文最後探討溝通語意如何影響醫護人員和口譯員的互動，並對臨床醫病互動及學術理論發展提供建議。

關鍵字：醫療口譯、雙語醫療、社會建構、語言意識

醫療口譯員與醫護人員如何建構、協調彼此的溝通語意及專業權威

跨文化醫療研究文獻總結發現專業醫療口譯員對病患的醫療品質及醫病互動都有正面影響 (Karliner et al. 2007; Flores 2005)。傳統上，口譯員一直被視為中立、隱形的傳聲筒，忠實地在醫病互動過程中把資訊從一種語言轉成另外一種語言 (Dysart-Gale 2005)。口譯員即為傳聲筒 (interpreter-as-conduit) 是一般大眾及醫護人員所持有的普遍想法 (Leanza 2005)。然而，最近研究發現口譯員經常主動並有系統地採用特別的溝通語言策略來操縱、掌控病患與醫護人員互動的過程與內容 (Miller et al. 2005; Arangui, Davidson, and Ramirez 2006; Hsieh 2007)，進而影響病患的治療過程，以及病患的醫療決定。

譬如，有時口譯員在醫病互動中會給病患提供相關醫療資訊及情感支援 (emotional support)，並且還會以「協同診斷師 (co-diagnostician)」的身份介入病患的治療過程 (Hsieh 2007)。當口譯員的口譯風格能產生信任與親和力時，拉丁裔病患會更有可能同意接受羊膜穿刺 (Preloran, Browner, and Lieber 2005)。在醫病互動過程中，如果醫師心不在焉、情緒低沉，持有中立情緒或是態度開朗的口譯員則會對病患的情緒起到調節的作用；相反地是，即使醫師呈現中性或開朗的態度，情緒消沉的口譯員可能會給病患的情緒帶來嚴重的負面影響 (Brunson and Lawrence 2002)。

研究指出醫護人員會影響口譯員溝通過程中的表現。Hsieh (2006) 注意到醫護人員的溝通行為 (比如，在溝通中直接面向口譯員而不是面對病患進行陳述) 會使那些希望擔任傳聲筒的口譯員造成困擾。基於醫病互動過程中口譯時間與原資訊時間長短的差別，醫護人員可能會對口譯員的溝通表現產生懷疑。由於醫護人員要極力掌控整個醫療過程，他們有時並非全然信任口譯員在互動中所付出的努力 (Lee, Lansbury, and Sullivan 2005)。醫護人員也抱怨醫療口譯費時耗力 (Lee et al. 2006; Abbe et al. 2006)。口譯員並非沒有注意到醫護人員的顧慮，也積極主動地採取相應的溝通策略來配合醫護人員。Hsieh (2006) 指出口譯員在醫病互動中會刻意使用一些非言語 (nonverbal) 行為 (如，口譯時避免與他人進行目光交流) 來鼓勵病患與醫護人員之間的溝通，並讓他們認識到病患與醫護人員之間的關係是醫病互動中主要關係。Davidson (2000) 發現口譯員會採用一些策略在幫助醫療人員控制醫病互動的時間。總而言之，許多研究人員認為由於醫病溝通的本質是互動 (interactive) 及目標取向 (goal-oriented)，傳聲筒理論是無法在實務中實踐的意識形態迷思 (Angelelli 2002; Bot 2003; Metzger 1999)。儘管口譯員會使用不同的資源來構建一個中立的形象，但他們對溝通語境、溝通身份以及溝通目標的處理與管控顯示他們有意協調醫護人員與病患的互動與溝通 (Angelelli 2004)。

在跨文化醫療，醫護人員和病患擁有截然不同的世界觀。因此，他們往往會在對病症的理解及醫療選擇偏好上產生分歧 (Fadiman 1997; Flores et al. 2002)。口譯員通常被認為是解決這種差異與分歧的唯一橋樑。醫療口譯所面臨的挑戰是：在醫護人員和病患互動過程中，所有參與者需要通過不同的語言、文化及專業知識來構建溝通語意。而這些語言、文化、知識的差異往往隱含其使用者在其世界觀、價值觀的不同想法。醫護人員都是熟知西方醫學文化與知識的醫療專家 (Gawande 2002)，卻不見得了解病患的文化或醫療口譯過程複雜性 (Abbe et al. 2006)。另一方面，口譯員在語言與文化上有其專長，對複雜的雙語醫病互動有豐富經驗 (Hsieh 2006)，但對醫療知識及程序的了解則不比醫護人員 (Abbe et al. 2006)。雖然醫護人員與口譯員的不同專長看似互補，我們認為口譯醫病互動過程中語意的構建是十分複雜的過程，並值得進一步的研究與探討。

首先，在雙語醫病互動過程，醫護人員、病患及口譯員面對的挑戰是：他們在互動中要接觸並探索不同的文化，包括醫療、種族、社會經濟等層面的不同文化以及與這些文化相對應的世界觀。然而，這些文化彼此之間並不見得相容。譬如，研究發現來自歐洲與非洲文化的病患認為獲得醫療資訊可賦權 (empower) 病患。他們相信獲知與疾病有關的資訊會對他們產生正面影響，如可增加自我效能 (self-efficacy) 或者自主能力 (autonomy)。但，墨西哥與

韓國的病患則認為獲知醫療資訊會給他們帶來負面的影響。比如，病患或許會因而失去治癒的希望或加重病情 (Blackhall et al. 2001)。換言之，在醫療過程中，病患文化背景會影響他們是否想知道他們的病情，以及他們而且在得知不好的病情後對他們所產生的影響。當雙語醫病互動中的病患試圖在他們的世界觀 (worldview) 中建構對溝通語意的了解，他們對所得資訊的意義與作用的理解會有很大的差異，而且這些差異使得醫病互動更形複雜。例如，醫護人員可能認為尊重病患的家庭價值觀念會傷害到病患醫療自主權，並認為接受病患家屬要求形同傷害自己的「道德觀」 (Solomon 1997)。口譯員所面臨的挑戰便是：協調醫護人員與病患之間在文化與價值觀上顯而易見且水火不容的差異。此外，口譯員不僅需要關注這些病患和醫護人員的文化差異，也要留心醫療體系中的階級差別及社會資源分配不均的問題 (Kaufert, Putsch, and Lavallée 1999)。

其次，在雙語醫病互動過程中，醫護人員和口譯員可能使用不同的語用習性 (conventions) 和社會常規 (social norms) 來構建並詮釋語意。Angelelli (2004: 132) 發現口譯員「會與其他對話者在制度 (institution) 內共同建構語意。而制度往往受到文化常態和社會常規的影響。」作為語言專家，口譯員學會採用了常人所不熟悉的特殊的溝通策略，以掌控互動中的溝通情境。儘管口譯員會為了達到某個特別的目的而使用這些溝通策略，研究人員並不了解互動中其他參與者是如何理解並詮釋這些策略。另外，口譯員需要在至少兩種語言 (和與之相對應的語用習性及社會常規) 之間運籌帷幄他們的溝通策略。他人並不見得認識口譯員所使用的特殊語言策略，或者不能理解口譯員原意。因為 (一) 人是通過既有的文化語用習性和社會常規來詮釋並構建語意的 (Grice 1957; Levinson 2000)，且 (二) 口譯員和醫護人員可能套用不同的語意習性及社會常規為詮釋框架；研究人員必須仔細檢視研究醫護人員和口譯員在互動過程中是如何理解、協調這些語用習性及常規來共同構建語意。

最後，醫護人員與口譯員可能相互競爭在建構語意及專業範疇上的權威及權力。在跨文化醫療，醫護人員被視為醫療專家，口譯員則是語言與文化的專家。但，文化、社會因素對病患的健康行為 (Helman 1994; Quah 2001)、病患的症狀及病患對疾病的認知及感受 (Waitkin and Magana 1997; Karasz 2005) 有著深遠的影響。如果病患與醫護人員彼此沒有注意到各自對特別病徵、疾病的感受有不同的認識 (這些認識往往與他們各自的世界觀有著密切聯繫)；那麼醫護人員和病患在溝通中可能會產生嚴重的衝突 (Armstrong and Swartzman 2001; Lee et al. 2001)。例如，美國醫生通常認為癲癇症是一種威脅生命的疾病，需要徹底治癒。然而，苗族的病患卻把癲癇症看作是神明賜予的福分，只需要稍加控制病情即可 (Fadiman 1997)。在這些情況下，醫藥、文化、語言範疇之間的界線變得模糊。由於醫護人員與口譯員擁有不同的專業特長，並且希望能在溝通語意的構建上施展各自的權威；因此，在劃分醫藥、文化、語言三者之間的界線上所面臨的挑戰也會使醫護人員與口譯員之間產生衝突和誤解。

雖然最近研究已經指出口譯員會積極地參與醫病溝通過程 (如：Hsieh 2007; Lee, Lansbury, and Sullivan 2005)，但並沒有進一步檢視互動中其他參與者是如何地理解和詮釋口譯員構建的溝通語意。此研究的目的是要系統性檢視口譯員和醫護人員在醫病互動中對溝通情境和溝通策略的理解及運用。我們認為醫療口譯是一種非常複雜的溝通模式，它要求所有參與者根據不同文化與世界觀來協調互動中的語意。我們將進一步檢視：(一) 口譯員在互動中構建語意的策略；(二) 醫護人員在互動中對語意掌控的理解與協調；(三) 醫護人員和口譯員如何彼此合作並相互競爭，來建構醫病互動過程中的溝通語意及專業權威。

研究方法

本研究課題是檢視醫療口譯員角色呈現的研究專案中的一部份。本研究的實證資料取自對醫護人員和口譯員進行的深度訪談及焦點團體訪問。本文第一作者曾就醫療口譯員的深度訪談資料發表論文，檢視口譯員在互動中的角

色和溝通行為 (Hsieh 2007, 2006)。本研究將結合醫護人員的訪談資料，探討他們對醫療口譯員溝通策略的體驗與理解，並進一步闡述、探討口譯員與醫護人員如何建構、協調彼此的溝通語意及專業權威。

本論文的第一作者招募 26 位 (來自 17 個不同語言的) 專業口譯員，並與其中 14 位口譯員進行了單獨的深度訪談，與其餘的 (12 位口譯員) 進行了兩人一組，共計 6 組的深度互動訪談 (訪問時間為 1-1.5 小時)。第一作者在美國中西部的兩所口譯服務機構聯繫到參與本研究的口譯員。這兩所口譯服務機構都認為醫療口譯是他們的主要服務，並且他們與當地的醫院都設有合約。本研究所採訪的口譯員都為專業醫療口譯員。本論文的第一作者依據自身曾為醫療口譯員的背景，及之前透過參與觀察法在雙語醫病溝通中直接觀察所搜集的資料，來設計本研究訪談內容。本研究的調查主題集中於探索醫療口譯員對他們在互動中身份認識與其實際表現。

在完成對醫療口譯員訪談的初步分析後，第一作者又自美國南部的一個大型醫療機構訪談 32 位來自 4 個專業的醫護人員：婦產科 (8 位)，護理科 (6 位)，精神科 (7 位)，腫瘤科 (11 位)。我們共計組織了 8 組焦點團體訪談以及 7 個單獨深度訪談 (訪談時間 1-1.5 個小時)。本訪談所設計的主軸是檢視醫護人員對醫療口譯員的身份及其行為的認識與期望。同時，我們也探討醫護人員及口譯員對雙語醫病互動溝通過程看法有何相似或相異之處。

在全文騰寫所有訪談的錄音內容後，本研究的作者們採用紮根理論研究法 (grounded theory) 對訪談文本進行分析 (Strauss and Corbin 1998)，並對資料中所呈現的重要主題和範疇進行分類編碼。本研究的作者們和另外兩位研究助理對醫療口譯員與醫護人員在醫病互動中彼此合作，以及構建語意時所運用的語意溝通策略進行了檢視。在分析過程中，我們並不特別著重口譯員或醫護人員如何討論他們的身份，而檢視他們在溝通過程中是如何使用並詮釋醫病互動中的溝通策略，並進而檢視這些溝通策略對其身份建構的影響。

本研究深度訪談資料的全文主要包括兩種文體標記。在訪談過程中，口譯員和醫護人員特別強調的內容是採用**粗體**；而本研究的作者們所強調的內容則採用下標線。同時，在訪談資料的文體記錄中，每一位參與訪談的口譯員和醫護人員都將以化名來識別，並加註身份，上標^I代表口譯員，上標^H則是醫護人員。

結果與討論

1. 醫療口譯員對其傳聲筒的角色構建

Hsieh (2006) 在其最近發表的論文中檢視口譯員是如何掌控溝通情境來化解醫病互動中的衝突。例如，口譯員通常會採用以下幾種方式來化解衝突：口譯員會通過鑑別他們口譯任務的來源與地點來調整他們的身份；他們會 (重新) 定義醫護人員與病患之間的關係和身份；他們也會採用隱蔽的 (covert) 或明顯的 (overt) 溝通策略來掌控溝通的情境。在本節中，我們會探討口譯員是如何構建其傳聲筒的角色。在筆譯與口譯實踐中，傳聲筒理論 (conduit model) 已是廣為人知 (Venuti 1994)。

在接受專業培訓時，口譯員學習到他們的身份應該是隱形的傳聲筒，但醫病互動的其他人卻不見得了解這種特殊溝通模式。口譯員在訓練中學到的一些語言策略為他們在互動中構建溝通語意提供了工具和資源。儘管有些研究者認為，傳聲筒模式是迷思，在實務中不可能實踐 (如：Metzger 1999; Bot 2003; Angelelli 2004)；這並不意味著口譯員就不會在互動中，竭盡全力的去塑造一個中立或是隱形的身份與形象。事實上，本研究中多數口譯員明確提到他們的身份就是傳聲筒 (如，參與研究的 26 位口譯員當中有 21 人以不同的形式認同自己傳聲筒的角色)。此研究發現與 Dysart-Gale (2005) 的論點相符合：傳聲筒往往被視為口譯員的預設角色。

在醫病互動中，口譯員需要使用專業、特殊的語法。在口譯培訓中，口譯員還學會了以第一人稱的語法進行互動溝通。口譯員 Sophia¹ 在訪談中解釋說，「比如，醫生說，『我相信你有肝炎。』我只是重複這句話；而不會說『醫生說他相信你有肝炎』。我只說，『我相信你有肝炎。』我不會用第三人稱的方式去告訴病患。」在醫病互動的過程中，使用第一人稱來溝通是非常重要的。這種互動方式點出了口譯員的傳聲筒的身份：通常，口譯員對互動中語言原文的改變與處理過程變得隱蔽，而他們彷彿就不過是其他人的聲音而已。口譯員 Sara¹ 也提到：「當我在做口譯時，我以第一人稱的方式進行交流。我並不存在。我是醫生、是病患。」口譯員認為採用這種第一人稱的口譯方式，可以使他們在口譯過程中有效地將自己的聲音隱藏起來，讓他們的口譯聽起來就像是醫護人員與病患之間的直接相互對話一樣。

在雙語醫療過程，口譯員通常採用逐步口譯方式來配合醫護人員與病患的溝通。但，有些口譯員提到他們會使用同步口譯。通常來說，同步口譯一般是大型的國際會議所採用的口譯方式。由於，口譯員在聽發言人發言的同時便開始口譯，每個語言片段之間只有極小的時間差，同步口譯的方式會創造出相近於在單一語言中進行溝通的情境，也使會話者之間的溝通變得更加通暢（因為口譯員與說話人發言的長短十分接近）。口譯員 Sara¹ 說：「我如果使用逐步口譯，那麼要求醫護人員與病患彼此直接溝通而無視我的存在是很困難的。因為在這個互動過程中，所有參與者都要輪流發言。而且，當病患與醫生彼此目視著對方的時候，他們聽到的卻是另外一個人的聲音。」口譯員 Roger¹ 說：「我發現同步口譯有很多好處。其他人在溝通過程中不需要中止他們的對話。他們不會浪費很多精力停下來，等著口譯員的傳譯，然後再重新專注於他們所說的事情上。這樣一來，整個互動過程就很順、很流暢。」

在本研究中，口譯員也說他們會採用其他語言（verbal）和非語言性（nonverbal）的溝通策略來建立他們傳聲筒的身份。譬如，口譯員 Sally¹ 提到，「（訓練課程要求）我們要看地板或者只能低頭，要儘量避免他人溝通對話中，我們只是他人的聲音而已。」口譯員 Stella¹ 也說：「只要我一開始翻譯，我就把我自己抽離所有正在發生的一切事情。我會看地板、天花板或者其他的一些東西。同時，在互動過程中，我會確保醫生和病患之間直接進行溝通。[...]我只是他們的聲音。我不能發表任何意見。」口譯員 Rachel¹ 提到，在互動過程中，她自己會選擇站在房間的一個不易被其他人發現的地方：「我所能做的就是站在（醫生或病患）的後方...當我處於那種位置時，[...]我儘量往後站，就好像我不在房間裏一樣。這樣，當醫生和病患交談時，他們便會直接面對面的進行溝通。」口譯員不僅使用語言和非語言資訊，也會充分利用身處位置及空間來幫助他們構建醫病互動中的溝通語意。

雖然口譯員建立傳聲筒這個身份主要是為了促進醫護人員和病患之間的相互溝通，但他們希望保持這種身份的態度可能會延伸到醫病互動以外的情境中。例如，口譯員談論到當他們與病患在同一房間獨處時，他們也會使用一些策略來避免與病患相互溝通。口譯員 Sophia¹ 說：「有時候，我就會拿本雜誌坐下來讀，避免與病患交談。或者我會填寫我的工作時間表。總之，你就刻意做些事情避免病患來和你聊天。」口譯員 Colin¹ 也採用了類似的策略：「我會帶本書。這是我避免與病患交談的一種方法。即便有時病患就緊挨著你坐在旁邊，但他們也會尊重你，知道你在看書，而不會去打擾你的。」口譯員所使用的這些策略使他們變成隱形機器，而不再是具有社交能力、必須和他人互動、寒暄的人。

重要的是，口譯員在互動過程中所使用的策略同時使他們得以掌控他人的溝通行為。口譯員提到因為他們在工作環境中所處的位階不高，並不允許他們建議或要求醫護人員改變行為，故使用語言和非語言的符號資源來間接掌控他人的行為則是較佳選擇。口譯員 Selena¹ 說，「我總是告訴病患，你要看著醫生，我來為你們翻譯。不要看我。但是有時候，你卻不能對醫護人員這麼說。因為你**不能**那麼跟他們說話。**他們是老闆**，可不喜歡被別人支使。因此，

我所能做的就是我儘量走到病患的後邊。當醫生看著我的時候，我便看著病患，這樣我就不會與他們對視了。我還會低頭，往下看，這樣就會來迫使醫生與病患直接交談。」在論及如何掌控溝通情境時，Goffman (1959: 13) 認為「當一個人為自己所處的境況下了定義，則進而直接或間接宣示其特殊身份。他自然而然地的對其他人造成道德壓力，使他人必須依據符合他定義的身份的人的期待，來尊重、對待他。」在醫病互動過程中，口譯員也透過不同的溝通策略，迫使他人配合口譯員所構建的情境，視口譯員為傳聲筒。

2. 專家與門外漢：語意詮釋及專業範疇的衝突

在醫病互動過程中，口譯員建構傳聲筒角色所面對的問題是：他人必須要對口譯員使用的溝通策略、語言行為有所認識，並有能力同時提供相對應的溝通表現。換言之，口譯員即便是唯一的溝通的管道，他們並不能完全決定醫病互動過程的語意。互動中其他參與者的行為和期望也會影響口譯員對溝通策略的選擇，以及他們彼此之間的語意構建(詳見 Hsieh 2006)。在以下的部分，我們將檢視口譯員把語言作為構建溝通語意策略的工具和資源的過程中，醫護人員與口譯員會面臨那些衝突和挑戰。

2.1 協調醫病互動中的掌控權力

就掌控資訊而言，口譯員有最大權力。因為他們是唯一能夠明白醫護人員與病患之語言並協助溝通的人。他們在口譯過程中可以決定資訊的取舍，決定誰該說、該聽到什麼。在本研究中，口譯員經常討論到他們是如何變更字詞或層次 (register) 以配合病患的需要。例如，口譯員 Sandra¹說她曾經把醫生所說的「青光眼」替換為「眼壓高」，因為「對病患來說最重要的是應該讓他們瞭解他們所要接受的檢查，而不是醫療的專業辭彙。」另外一位口譯員 Yetta¹解釋說，在她的母語中沒有臀部這一詞。於是，她便對其病患解釋說，「『臀部』就是當你坐下時用來支持你身體的部位。」

對醫護人員來說，他們也意識到他們所使用的某些辭彙，在其他的語言或文化中，或許找不到相對應的辭彙。醫護人員 Cara^H 開笑地談到，她有時並不確定口譯員翻譯的是否正確，或者他們是否熟知醫療辭彙。曾經有一位口譯員在他們的互動中不停地提到 platelet (用英文發音)，他不確定那位口譯員是否根本就沒翻譯，直接用英文辭彙，亦或是病患的語言中，兩者的發音原本就近似。醫護人員 Curtis^H 則接著說，「當我坐下來與說英文的家庭溝通時，我會說，『你有血小板。這些是非常小的細胞，在你身體中幫助血凝聚。如果你血小板數量不夠，你就會流血。』只要你能翻譯這些醫學概念，讓病患明白這些數字的意義，就算是用英文 platelet 來解釋也是可以的。」由此看來，醫護人員似乎能夠理解口譯員在協調病患與醫護人員互動中的文化、語言、甚至是概念差異上所面臨的挑戰。

然而，有些醫護人員表示，在口譯過程中，他們對資訊的傳播與掌控有所顧慮。醫護人員 Norma^H 說，「我們並不總是了解口譯員在說些什麼。我們也不知道他們所說的是不是我們所說的。那是我們最大的困擾。我們需要確切地知道口譯員在說什麼。我們需要對他們有足夠的信心。但是，當你的口譯員不了解他們的專業範疇，不知道有些話不該是他們該說的，你只能提心吊膽，擔心出錯。他們剛剛真的說了 Tylenol (註：止痛藥品名稱)，還是說了別的？他們說 Tylenol，但在他們語言裡，Tylenol 究竟是不是和英文一樣，是藥品名稱，還是有著完全不同的意思？」Norma^H 的顧慮並非毫無根據。因為口譯員可能採用一些不見得恰當的策略來協調醫護人員與病患之間的溝通差異。例如，口譯員 Ulysses¹ 說，「我會盡量避免問很直率的問題。我會用不同的方式詢問病患。同樣，你也不應該傷害病患。我會試著向病患提供一些與所問問題有關的資訊。醫生為什麼要問你這個問題？這個問題的必要性是什麼？如果你解釋的恰到好處，則會有助於對病情的診斷。這就是我通常問病患的方式。就算是醫生問得很直接，我也不會問病患任何直接的問題，我會儘量避免那樣做。」當口譯員採取這種態度時，他們找到正當的理由來改變原說話人

要表達的語言形式與內容，甚至使他人失去對整個醫病互動過程的掌控（如欲知道更多例子，或是口譯員使用不恰當策略的討論，請參見 Hsieh 2006）。

許多醫護人員爲了再次獲取醫病互動中的掌控權，會透過各種不同的方式，來評估互動過程中的資訊傳播。有的醫護人員會比較口譯與原資訊時間的長短，來衡量對口譯員的信任程度。其他的醫護人員說，在互動中，他們也會留心口譯員是否使用他們所知道的、與病患語言相對應的關鍵字，來評估口譯員是否稱職。例如，醫護人員 Cory^H 說，「我懂一些西班牙語，我可以知道口譯員是否正確地傳述我所說的話。雖然，我西班牙語說得不是很流利，但在口譯員說錯了的時候，**我還是聽得出來**。於是，我就會對他們說，『不對，我剛剛不是那樣說的。』」兒科腫瘤專家 Candice^H 說，她會透過查看口譯員的非語言行爲（比如，肢體語言和面部表情）來確認口譯員的情緒表現（如，樂觀）與她所要表達的是否保持一致。由此可以看出，在互動的過程中，儘管口譯員努力成爲他人的傳聲筒，醫護人員同時也會監控口譯員的語言與非語言行爲（並沒有把口譯員視爲隱形的），來確保他們對醫病互動溝通過程的掌控。

此外，因爲醫護人員在醫療體系裏有較高地位，他們可以直接向口譯員提出要求；如果他們懷疑口譯員並沒把他們所表達的資訊傳遞給病患時，他們可以毫不顧慮地要求口譯員重新口譯相同的資訊。有些醫護人員說，他們會簡單地改變先前內容的措辭，這樣，口譯員就必須重複傳譯醫護人員所要表達的內容（口譯員只是他人聲音）。其他醫護人員則提到，他們會直接質問口譯員（比如，「我沒聽見你說青光眼。」「不，你和病患都在笑。你們談到的不只是這些。」），直接問他們究竟向病患說了些什麼（如，「你剛才說什麼了？」）。而且，他們還會明確地要求口譯員應該如何進行口譯（如，「我想知道病患所說的一切，而不是你總結用『是』或『不是』來回答我的問題。」）。

2.2 專業語法的認知差異

在口譯互動中，特別值得注意的是，口譯員已經意識到他們處於一種進退兩難的困境，並爲此而感到挫折。一方面，口譯員是經過訓練，並且掌握了特殊溝通語法的語言專家。但是，他們的口譯表現形式卻與一般單一語言、多方交談的語用習慣不盡相同。對不瞭解口譯員在使用專業語法的人來說，他們很難預期、理解口譯員的角色表現。口譯員 Steve¹ 說，「從醫護人員的角度看，如果病患需要口譯服務的話，他們就會找口譯員。除此之外，醫護人員並不真正了解口譯員的角色。我想，這是因為這份職業不是很正規化吧。與護士，醫生，或者其他醫護人員的職業相比，它不像一份正式的職業。對醫護人員來說，我們和病患家屬其實沒多大差別。」此外，口譯員精心策劃的溝通情境通常會受到他人的溝通行爲干擾或影響。口譯員 Claire¹ 談到，「對口譯員來說，口譯就像日常工作一樣，他們知道醫病溝通互動該如何在病患與醫護人員之間進行的。但病患和醫護人員對口譯員的工作瞭解的不是很多，他們並不知道整個溝通應怎樣進行。有時候，在互動過程中，他們確實需要口譯員給他們提供某些提示，比如說，他們需要說簡短的句子，並且時常地停下來給口譯員足夠的時間來傳譯資訊。」和口譯員合作時，要確保醫療口譯的品質，其他參與者就需要改變他們的溝通方式。本研究中許多口譯員提到，當他人在互動過程中表現得不得體、時直的時候（如發言冗長或同時有多人發言），他們就被迫放棄傳聲筒的身份，而直接告訴其他人該如何溝通。換言之，在醫療口譯過程中，他人不恰當的行爲表現也會破壞口譯員在建立傳聲筒的身份時所付出的努力。

正如我們前面討論過的，口譯員在醫病互動過程中也會運用非語言策略來建構溝通語意，影響他人的溝通行爲。假如口譯員要強化醫護人員與病患之間的關係，並同時維持傳聲筒的身份，那麼，醫護人員與病患就必須保持直接的目光交流、直接對話。口譯員 Sophia¹ 解釋道，「醫護人員在溝通的時候，他們不知道該怎麼做，也不知道應該看誰。他們可能對醫療口譯沒經驗，也會感到有些緊張。因為他們認爲他們因該看著口譯員，而我則告訴他們，要看著病患。我只是他們的聲音而已...我會盡力告訴他們要與病患進行直接的目光交流。」有時候，在醫病互動中，

口譯員使用第一人稱的溝通方式，會使他人感到困惑。譬如，口譯員 Sara¹談到這樣一個例子：一個孩子的父親被兩位正在爭執適合他孩子治療方法的醫生搞得非常的煩躁。Sara¹說：「孩子的父親說：『如果他們不知道他們在做什麼，他們為什麼不去問問別的醫生？讓知道該怎麼做的醫生來。』我只是原樣的重複這個父親的話。『把知道該怎麼做的醫生叫到這裏，你們為什麼不那樣做呢？』這時，醫生們便看著我，但又繼續地彼此交談。忽然間我說道，『如果你們不知道你們在做什麼的話，你們為什麼不去找別的醫生呢？』我說完並向這樣（用手指著孩子的父親）然後，其中的一個醫生走了過去，看了看病患，才意識到那些話不是我說的，而是病人所說的。」

在這例子裡，當醫護人員在互動中搞不清楚誰是真正的陳述人時，口譯員最終要借助非語言手勢為整個溝通情境提供額外的資訊。問題是：在醫病互動過程中，口譯員通常是唯一的經過培訓的人；他們熟知他們所運用的特別溝通語法形式，以及他們在互動中的身份。當互動雙方對彼此的溝通語法形式不熟悉時，他們通常會對整個溝通過程產生困惑。這就是說，他人不見得了解口譯員建構這些語意情境的目的（比如，口譯員應是隱形的，而醫護人員與病患應是彼此之間進行溝通的）。口譯員經常談到在醫病互動中其他人一些不適宜的溝通行為表現。

然而，他人來說，他們或許沒有意識到他們因為不了解口譯員的專業，而導致彼此的誤會。語言行為學的研究者已經指出：人們是借助於文化傳統與語用習性來詮釋語意的 (Grice 1975)。應特別指出的是，語用習性的衍生和使用與其所屬的文化、語言息息相關 (Searle 1979; Wierzbicka 1985)。如果我們忽視了語言行為與其所屬文化、語言二者之間的聯繫，人們便會依靠他們各自的文化和語言傳統來詮釋他人的語意。這樣一來，我們產生誤解，錯誤詮釋他人語意 (Lu 2001)。

2.3 語意詮釋框架的差異。

有些口譯員注意到，他人有時會誤解他們的口譯行為表現。比如說，口譯員 Stella¹提到，她的一個病患曾經告訴她說：「你變得害羞。當你為我口譯時，你變得很尷尬似的，因為你總是閉上你的眼睛，並扭過頭去。好像你很害羞一樣。」雖然 Stella¹的語言表現是為維持她傳聲筒的身份，該病患卻依據單一語言情境時的語意詮釋框架認為她變得害羞。口譯員有時也會對他們所接受的口譯培訓產生疑惑。口譯員 Vicky¹說：「我們在口譯時必須坐在或者站在病患的旁邊，但不能看著醫生，更不能看著病患。我們僅僅口譯我們所聽到的內容。我們應完全疏離於整個場境。當醫生在說話的時候，我們應同時為病患進行口譯。其實這樣是不適宜的。我們已經試過這樣做，但我們認為這樣是很沒有人情味的。」口譯員 Claire¹也談到：「他們告訴我說，當你到了診所，不要與病患說話。在護士請你們進入診療室前，你要離他們遠遠的。這真是太難了！[...]我是指，依照中國人的文化習慣來說，如果你見到人而並不說話，或者是坐在另外一個地方，這是非常的沒有禮貌。病患也會認為你很無禮。你知道嗎，不要跟他們說話，真是太難了。」

口譯員注意到他們使用特殊的專業語法並非一般人所理解的語用常態；而他人也不見得了解口譯員建構的傳聲筒的身份。因此，那些對他們口譯行為目的毫無瞭解的人往往會錯誤地理解口譯員的表現。事實上，我們對本研究中醫護人員的訪談也證明了口譯員的這些顧慮並非是毫無依據的。

有些醫護人員指出，在病患的眼中，口譯員傳聲筒的身份是沒有人情味的，反而會對病患的治療過程造成負面影響。婦產科住院醫生 Gillian^H解釋說，「你知道，你的病患裸露著，並且兩腿開開地躺在床上，診療間裡每件事都攤在每一個人的眼前。而此時，他的身邊站著一個陌生的口譯員，而他只是機械乏味地做著口譯。我寧可有人願意和你說說笑笑，知道你希望和病患培養感情。」

有些醫護人員也提儘管他們覺得口譯員的行為可能與他們所接受的訓練有關，他們仍對這些行為感到不自在。例如，如果口譯員採用同步口譯，口譯員和醫生（或病患）則必須同時說話。對於那些對這種特定的語言行為不熟悉的人來說，這種長時間這種連續重疊的交談是難以矚聽或理解說話的內容，甚至會覺得這種行為討人厭或不尊重他人單獨說話的權利。醫護人員 Cory^H 提到：「在你結束你的句子之前，他們就已經開始翻譯了。那真的惹得我心煩氣燥。好吧。但是，或許他們應該那樣做...他們不看著病患，也不看著我。他們只是直視前方，好像沒生命的物體，像機器人一樣，你應該明白我所說的這些吧。他們行為擾亂在場所有人，讓他們都心不在焉。」醫護人員 Cleo^H 接著說：「因為她（口譯員）像個機器人，而且是個語言機器人。」Cara^H 也回應道：「因為口譯員是個人，不管是好還是壞，他們都是人。他們刻意表現出這種不符合人性期待的行為，根本就無助溝通。我是說，這樣做是沒用的。」Claudia^H 歸納說，「你與病患的溝通應是一種人性化的互動。」

我們在以上的分析中論述了互動過程中因詮釋框架不同而產生的衝突。這種衝突的起源於口譯員在醫病互動中強行建構一特殊情境。因為醫護人員與病患採用他們各自熟悉的語用習性來理解口譯員的語言策略，他們可能誤解口譯員的語意。對大多數人來說，在溝通時，與他人缺少目光交流並不是專業表現，而是代表對談話內容漠不關心（甚至是心懷不軌）(Knapp and Hall 2006)。在我們的訪談中，醫護人員不斷地指出醫療品質是他們最關心的，也是醫病互動的首要目的。而口譯員在互動中的行為應該隨時變通，來要配合醫護人員實現這個目標。正如醫護人員 Camila^H 所說的：「我不認為病患會真的想到口譯員。我認為他們關心的是他們的醫療品質。」與口譯員相比，醫護人員在訪談中，對於口譯員細心構建的互動溝通情境並沒過多著墨和思考。此外，醫護人員（與病患）並不熟悉口譯員所構建的溝通情境，因此，他們或許會對整個溝通情境感到困惑，並且，不能去欣賞口譯員使用的溝通策略。

最後，我們要特別強調的是：在本研究中，醫護人員對醫療口譯過程越來越熟悉後，有些醫護人員人就能理解甚至欣賞口譯員所使用特別溝通語法的作用及價值。例如，腫瘤科醫師 Candice^H 闡述道，「口譯員在我講話的時候，也開始他的口譯，在口譯中也沒有任何的情緒表現。當我適應後，我好像有點喜歡上了這種表現方式。因為現在是病患看著我，來讀取我的非語言行為、我的情緒。」醫護人員 Camila^H 也提到：「同步口譯，就是你和病患在直接交談。」從這個角度來講，我們可以說，如果醫護人員學會了使用與口譯員一致的語意詮釋框架的話，他們就能更正確解讀口譯員的行為意義，也會更加欣賞口譯員對溝通情境的處理。

2.4 對語言與非語言資訊的不同態度

醫護人員並非全然信任口譯員的表現 (Abbe et al. 2006)。在本研究中，有些醫護人員視口譯員為專業人員，並從未懷疑過口譯員是否能夠保持他們中立、忠實的角色表現。有些醫護人員則表示，他們相當懷疑口譯員在傳播的資訊。然而，當醫護人員和口譯員在討論他們是如何處理、溝通醫病互動的資訊時，卻發現了一個非常特殊現象：醫療口譯中的語言資訊需要口譯傳播，而非語言資訊是普遍性的，可以直接由病患與醫護人員之間進行溝通，不需要口譯來傳播。

當問及在醫病互動中，他們是如何處理溝通中負面的情緒時（如，醫護人員不耐煩的態度，或病患煩躁的情緒），口譯員通常表示，他們不會轉達這些負面的情緒，因為對話雙方自己就能清楚看到這些情緒。口譯員 Sharon^I 說：「如果醫生厭煩了或是不高興了，病患自己就能看到。因此，我不會也讓自己表現煩躁，來表現的和醫生一樣。我會盡力平靜我的心情，只是轉述醫生所說的話。」口譯員 Steve^I 也說：「我認為病患不需要我來幫他解讀醫生的情緒。當然，在那種情況下，我會感到非常的不舒服。如果我必須表現出我覺得醫生表達出不耐煩的情緒，覺得很不自在。我是不會那樣去做的。因為那說不定只是我個人的感受罷了。我會確實翻譯醫生所說的話，我認為病患自己已有足夠的能力來解讀醫生的情緒。」口譯員 Sally^I 認為：「當醫生說話時，他們所表現的姿勢以及他們的語調，我想病

患總是感覺得出來。無論怎樣，病患會明白醫生的態度。」口譯員 Selena¹則說：「當說話的人不高興時，我如果轉譯那些非語言的資訊，將會使整個狀況變得更糟，你明白我的意思吧？所以，你最應該做的就是保持心態平靜，並專注於對話的文字資訊。你必須全神貫注。」

我們可以說，口譯員透過不轉述非語言資訊而積極影響溝通情境及傳播內容，因為他們僅依賴語言資訊並忽略溝通情境裡的情緒因素。此外，醫護人員與病患之間的溝通不僅僅是醫學資訊的交流。有時，醫護人員也試圖與病患建立密切和相互信任的關係，並藉此提高病患的醫療品質。婦產科住院醫生 Grace^H提到，「如果我進來時，我喜歡病患穿的鞋子，我就會說：『哦，我好喜歡你的鞋！真是可愛！（誇張聲調）』。我碰到過有些口譯員，他們會對病患說“¡oh! ¡cAmo sus zapatos!（用同樣的興奮得語調說）”。但有些口譯員便只會附和著說，『是啊。哈哈。』我會說：『不，告訴她！我很喜歡她的鞋！！』」

從醫護人員的立場來看，他們與病患之間的溝通也包含他們對彼此身份與關係的構建。過去的研究文獻已經提出，口譯員往往忽略與醫療無關資訊 (Bolden 2000)。在本研究中，口譯員刻意不傳達負面情緒的理由卻是用來抑制、調整溝通中不恰當的非語言資訊。此外，口譯員將此一行為合理化的理由是：非語言資訊是人人都看得到，且普世皆同的。換句話說，此一態度的前提是認為，來自不同國家背景的人不需要翻譯，便能理解彼此的非語言資訊。事實上，我們對醫護人員的訪談也證實了相似的觀點。例如，醫護人員 Claudia^H說：「我認為口譯員不需要傳播我的情緒，因為我想他們能從我的聲音中聽出來。就像聽音樂一樣。他們只道我關心他們。即便是我與他們說不同的語言，我還是對他們說話啊。」醫護人員 Ginger^H也認為：「我能從病患的說話聲音中聽出他們是生氣或不高興；我也能看到他們在哭泣或者發怒，或是其他態度。我認為口譯員沒有必要通過大聲喊叫來呈現互動中的情緒。」

雖然，口譯員所接受的傳聲筒訓練要求他們傳播互動中的情緒資訊（包括語言或非語言的資訊），但在本研究中的醫護人員與口譯員似乎都認同：情緒，特別是負面的情緒，是所有人都顯而易見的。如果讓口譯員來轉譯這些情緒，則是火上添油，使溝通情境惡化。就這點來說，本研究中的參與者對溝通中語言與非語言資訊有著不同的理解。當口譯員把語言資訊由一種語言轉譯到另一種語言，他們可以維持中立與隱形的身份。然而，他們認為，因為非語言資訊是顯而易見的，傳遞這種資訊（如情緒）則會重複、強化該資訊，因而失去他們中立的立場。

2.5 定義病患語意的困難處

在醫病互動過程中，醫護人員與口譯員在對互動溝通過程的管理、掌控過程難免會有衝突，而調解這一衝突所面臨的最大的挑戰就是他們如何界定彼此專業權威的界限與範疇。這樣，在語言與文化上有豐富經驗的口譯員就可以和具有醫療權威的醫生相互配合、有效合作。可是，在一般的醫病互動中，這種專業界限並非十分清楚明確。例如，口譯員 Yetta¹，講述到她是如何為來自尼加拉瓜的病患解釋美國醫生所使用的藥名：「對來自尼加拉瓜的病患來說，我們不使用美國的醫藥辭彙。因此，那些美國的藥名對病患毫無意義。所以，我通常做的就是解釋，我會盡力告訴他們，Dulcolax 就是利尿劑。在尼加拉瓜，瀉劑的名稱並不是 Dulcolax。這些藥或許是產自歐洲、德國、倫敦。因此，瞭解兩種文化的我總是能夠告訴他們這是哪一種藥，有什麼效用。」可是，問題就在於，Dulcolax 不是利尿劑，瀉劑也不是利尿劑。更重要的是，口譯員 Yetta¹ 認為，在這資訊溝通上，需要她擅長的文化專業來協助醫護人員與病患進行溝通；而事實上，她已經逾越了自己的專業範疇：傳譯醫療資訊和主動提供醫藥知識是不同的專業行為。來自越南病患做口譯的 Vicky¹ 也提到美國醫生經常向病患提供太多的治療選擇（告知各種不同的治療方式與他們相應的危險）。這種做法往往會使來自亞洲的病患感到更為困惑。因此，她認為與其告訴病患所有這些選項，她會直接告訴醫生：「『那麼，醫生依照你的經驗，如果你是這個病患是你的至親的話，你會做出什麼樣的決定呢？』他便說，『噢，這個嗎，如果我是她的話，我會去那樣做的。』我就對醫師說：『好。這樣就好。那麼，你為什麼不選擇這個

呢？」顯然，Vicky¹在依據其文化專業的介入直接影響醫護人員與病患的溝通過程與內容。雖然她的判斷是基於她對亞洲病患文化的瞭解上，但是，這些溝通策略可能在法律上可能有後續影響（如，病患並沒有被告知所有相關資訊），或者會忽略病患個體的差異（如，有些亞洲病患還是希望有醫療自主權）。

因為任何醫療溝通的對話都有可能被視為具有醫療意義，口譯員或醫護人員難區分各自的專業範疇界限。婦產科醫生 Gloria^H提及到發生在她與一位英語為母語的病患的診療過程：「有天，有個病患走了進來，主訴症狀多得沒完沒了。她總是不斷地說當天晚上，他們關掉她丈夫的呼吸器後，他就會往生了。我們花了些時間討論這事。事後，我幫她轉診到看精神科。但這和她的宮頸檢查根本不相關。」Gloria^H用這例子來解釋病患的談話往往會離題。她總結說，「在病患不能專注的時候，口譯員需要知道應怎樣讓他們討論重點。這樣，有利於對我們對互動時間的把握。[...]如果口譯員就坐在哪兒，告訴我有關病患的貓狗或者其他的事情的話，不，我不需要知道那些事。他們那些事情無管緊要。我們需要討論的是相關的醫療問題。」

Gloria^H對口譯員要求有其困難點：如果口譯員要想使病患專注在醫療問題上，他們就要對當前的溝通資訊作出積極地判斷，看它是否與醫療相關。「關掉她丈夫的呼吸器」在精神病科是具有醫療意義的，但在婦產科，卻是離題表現。然而，Gloria^H最終還是轉介病患去看精神科醫生。這本身也是一種醫療行為。如果口譯員盡力使病患不談論與醫療無關的話題，Gloria^H所提到的問題就不會發生，而該病患則不會獲得其所需的精神科治療。

口譯員面臨的另外一個挑戰是：醫護人員與病患的關係通常被認為是一種以醫療為主要目的密切關係，而口譯員與病患的互動或許會影響這一目的。比如，精神科醫師 Mira^H說：「如果病患敞開心扉地向口譯員訴說很多事情，他們本身可能會變得非常情緒化甚至會有情緒失控的狀況，而進而影響到治療進度。」精神科醫師 Michael^H也指明說，醫療人員不在場時，口譯員不應與病患有任何互動。他解釋說，「因為我不在互動現場，我就不能參與並指導整個溝通的過程。假如病患或其家人對所要進行的醫病互動感到焦慮或不安，口譯員或許不會像我一樣懂得如何進行調解。這樣一來，就會影響病患的醫療品質，因為病患不想與我們互動。或許他們會變得特別焦慮，不願意接受治療，或者他們會變得疑神疑鬼、恐懼或忿怒。」以 Michael^H的觀點來看，即便是一些很平常的日常談話也有可能導致一些在互動中需要特別處理的問題。所以，雖然我們在前面的討論中提到，有些口譯員認為在他們的文化習俗中，如果不與病患打招呼或交談的話，他們就被視為是不禮貌的；這些行為卻可能影響醫護人員與病患的互動及病情進展。

隨著醫學日漸精細的分工與專業化，每一位醫生都有其專長。醫護人員也學會幫助病患集中討論與醫療相關並與其專業相關的內容。換而言之，醫生學會了怎樣通過他們的醫學專長，來對病患的陳述進行過濾，從中提取與他們所需的資訊，亦即並不是所有與醫學相關的資訊皆可。這也正是 Heidegger 所說的集置（*enfolding*）：即便是「客觀」亦含有其主觀層面。相對而言，口譯員理解病患的對話是整體、全面的，因為他們必須了解、傳譯病患在醫療場域的各種談話（如，與醫護人員的醫療對話、與社工人員的社經對話）。

構建雙語醫療的溝通語意

雖然乍看之下，口譯員好像是透過忠實、中立傳譯他人聲音來建構雙語醫病互動的語意。但我們的研究顯示，醫療口譯是相當複雜的過程。互動過程中的參與者會使用不同的符號、制度、文化資源建構其專業權威，並進而來掌控雙語醫病互動的溝通語意。Kramer (1997: 153) 點出，「正當性的權力（*legitimate power*）（如「專業權威」）的展現即為賦予某人、某個文獻或某個組織聲音（*voice*）或能動性（*agency*）。你可以說握有「真正權力（*real power*）」的是那些能賦予他人聲音的人。」

在雙語醫療溝通中，所有人的聲音都是通過口譯員來呈現的。這意味著口譯員擁有「真正權力」，可賦予他人聲音嗎？口譯員刻意構建其隱形身份，儘管他們使用各種策略來協助醫病互動，卻又不想他人注意到他們對互動過程的影響，這些行為顯示口譯員並不希望被視為在雙語醫病互動中是擁有真正權力的人。儘管如此，口譯員所構建的隱形身份使得他們得以呈現他人聲音，並且以此建立了掌控他人聲音的正當性與權威性 (Hsieh 2002)。但，如果他人認為口譯員積極、刻意的掌控互動的內容與過程的話，口譯員的正當性和他人聲音的可信度，就會受到質疑。例如，在本研究中，醫護人員明確討論他們是如何使用不同的策略，來確保口譯員會忠實地傳譯資訊，並在他們認為口譯員錯誤傳達他們的聲音時，透過種種方式修正口譯員的表現。如此來說，難道醫護人員是賦予口譯員聲音的人嗎？或者他們擁有「真正權力」？

醫療體系的位階使醫護人員擁有較高地位，其專業權威也更具正當性，進而得以掌控醫病互動的內容及過程。換而言之，在醫療領域中，醫護人員的聲音勝於其他人的聲音。然而，在本研究中，我們也點出在雙語醫病互動中語意構建的重要問題。第一，口譯員在使用特定、專業語法及各種符號資源（如，語言、空間、非語言資源）來積極建立溝通情境與語意。這些溝通方式會進一步影響醫護人員在醫病互動過程的溝通行為。第二，醫護人員和口譯員用以建立權威或語意的詮釋框架，並不盡然相同，而彼此認知的差異會造成口譯員過程中的溝通障礙。口譯員使用的語言策略並非一般人使用的語言常態，故容易造成醫護人員及病患對溝通情境及語意的誤解。此外，醫護人員往往就其本身專業了解病患的語意；但口譯員則視病患的論述為一完整語意，不特意考量醫療專業是否影響其語意或溝通目的。第三，雙語醫病互動過程中，語意及專業權威的建構是即時、動態的溝通活動，所有活動參與者必須了解、善用彼此的符號資源及詮釋框架以有效溝通。當醫護人員與病患部使用同一語言時，醫護人員必須能夠信賴口譯員可以完整呈現他們的聲音，同時維持其醫療品質。儘管醫護人員在醫療體系裡有較高地位、正當性和醫學專業權威，他們需要依賴口譯員表達他們的聲音，包括其身份和情緒。口譯員透過對他人的聲音的建構掌控溝通語意，進而建構口譯過程中其他參與者的身份及彼此關係。口譯員據此實質掌握溝通過程的詮釋能力，此一能力為溝通語境中的重要權力。但醫護人員並非全然信任口譯員的表現，他們透過各種方式，管道評估口譯員是否值得信賴，並積極介入，影響口譯員的溝通表現。而口譯員則強調他們在語言、文化上的專業，重新詮釋病患的聲音，以掌控傳播內容及過程。

醫療口譯所面臨的挑戰是無人可以完整掌控自己的聲音呈現。醫護人員（及病患）的聲音呈現須透過口譯員來呈現。而口譯員的聲音儘管隱藏於整個溝通情境，卻也不時地受到醫護人員的監控與修正。這就是多音性 (polyvocality)，或是 Bakhtin (1981) 所稱的「眾聲喧嘩 (heteroglossia)」。其實這就是在同一資訊裡有兩種以上的聲音。一種聲音是資訊的內容，另一種聲音則好似受到管控、調節的載波 (carrier wave)，故亦影響到傳播內容。內容與形式，資訊與渠道這種雙重論不足以描述這種現象。因為它是非常複雜的 (complex)。事實上，這是多路傳輸 (multiplex)，錯綜複雜的。這種文本互涉 (intertextuality) 現象完全展現在這單一訊息裡。這是一個資訊融合的現象。口譯員雖然看似隱形的，但卻有著至關重要的作用。這正像我們看待語言本身，認為它像數學一樣，是「單純」的，不會因編碼過程 (encoding process) 而影響其語意。然而，編碼過程必須依賴符碼 (code)，而符碼則會影響語意範疇。翻譯總是會或多或少的改變原意。口譯員不可能在互動過程中完全的隱藏。除非我們過度簡化溝通過程，像某些醫護人員或病患會以為口譯員能夠單純傳遞他們的語意。這只是他們的單純天真。事實上，口譯員在建構其隱形身份時所做的努力，就已經預設或代表他人會注意到他們的明顯（且重要的）存在。同時，其他人也會猜疑口譯員的準確性。這是後設溝通的問題 (metacommunicative issue)。對話參與者心裡總是多少想著這問題，想提出後設溝通的質疑：「你真的如實翻譯我說話？絲毫不差？」

「眾聲喧譁」(heteroglossia)與「單音獨鳴」(monoglossia)是完全不同的。「單音獨鳴」在話語(discourse)裡是常規,也被認為有明確語意。Husserl(1962)將之稱為自然態度的偏見(the bias of the natural attitude)或是相信現實是渾然天成、未經檢視的信仰。「眾聲喧譁」是指溝通中有多種聲音並存,故現實變得有多重意義。兩者差別在於前者是制度化的語言系統(language),後者是活的語言活動(parole);前者是典律(canon),後者是語說(speech)。語說是活躍、動態的符徵(signifiers),有多重語意。語說是即時的,故其意義必須經過眾人協調,有其偶然性(contingency)、必須經過建構,也不全然和諧。這現象 Derrida(1974)在探討他對差異(difference)、延遲(deferral)、延異(deference)的概念中多有闡釋。「眾聲喧譁」是對話式的,其語意開放詮釋,是隨時都在變動的。對 Bakhtin(1981)而言,「眾聲喧譁」指的是各種聲音的衝突乃導因於他們在小說裡各歸屬於不同類別。Joyce(1990)在 *Ulysses* 也採用這手法,在一個人的世界裡有著眾人的對話,也有著真實與幻想出來的對話。兩個人(或更多人)可以看到、聽到「同樣的」一件事,但卻是不盡相同的。Derrida 在他的作品裡對這點有深入的探討。因為沒有辦法一次徹底界定出話語裡的「唯一真義」,所謂話語自有實證性(positivity)或權威(authority)的論點便漏洞百出。所有對話參與者都會影響語意。組織結構、主流/非主流地位也會影響語意。在醫療場域裡,我們看到對話參與者試著消除符號作用(signification)的差異及影響,但他們不能完全消除詮釋過程,即差異、偶然的時間特性(即框架)。即便是詮釋框架也是可變動的。就算是詮釋框架也需要經過眾人協調,在這點上 Heidegger(1962)和 Derrida(1974)在框架理論家如 Snow(1961)還沒提筆前,就已經超越那些理論家的思考了。另外, Goffman(1974, 1979)及 Lakoff(1987)也對主體性(subjectivity)或視域(horizon)會造成無可避免的影響有重要闡述。這些人都深受 Nietzsche(1974)及 Husserl(1962)影響。他們強調這課題的複雜,認為主體(subjectivity)即為文本(text),是隨時被改寫的:視域,是動態的框架。

原本曾經整合為一的聲音分化為各種聲音。口譯員與醫護人員對以下兩點有不同的認知和溝通模式:(一)如何透過各種不同符號管道(如語言、非語言、空間及情緒資訊)建構語意;(二)醫病溝通的功能(如強化彼此關係、治療目的及身份建構)。因此,這整合為一的單一聲音被視為有多個發話者、多重目的,各自有其相對應的專業範疇及權威,可為其聲音帶來正當性。就這角度講,要改善雙語醫療的品質,研究人員必須了解不同的人如何(一)使用各種不同符號資源以建構情境語意,(二)使用不同詮釋框架解讀語意,(三)協調(一)與(二)之間的掌控方式。這些問題的研究成果將可幫助研究人員及教育工作者為設計課程,幫助口譯員、醫護人員、甚至是病患了解雙語醫療的過程及障礙,並進一步學習有效溝通方式確保醫療品質。

參考文獻

- [1] Abbe, Marisa, Christian Simon, Anne Angiolillo, Kathy Ruccione, and Eric D. Kodish. 2006. A survey of language barriers from the perspective of pediatric oncologists, interpreters, and parents. *Pediatric Blood & Cancer* 47 (6):819-24.
- [2] Angelelli, Claudia Viviana. 2002. *Deconstructing the invisible interpreter: A critical study of the interpersonal role of the interpreter in a cross-cultural linguistic communicative event*, University of Michigan, Ann Arbor, Ann Arbor.
- [3] ———. 2004. *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- [4] Aranguri, Cesar, Brad Davidson, and Robert Ramirez. 2006. Patterns of communication through interpreters: A detailed sociolinguistic analysis. *Journal of General Internal Medicine* 21 (6):623-9.
- [5] Armstrong, Tamara L., and Leora C. Swartzman. 2001. Cross-cultural differences in illness models and expectations for the health care provider-client/patient interaction. In *Handbook of cultural health psychology*, edited by S. S. Kazarian and D. R. Evans. San Diego, CA: Academic Press.
- [6] Bakhtin, Mikhail Mikhailovich. 1981. *The dialogic imagination: Four essays by M. M. Bakhtin*. Translated by M. Holquist and C. Emerson. Edited by M. Holquist. Austin: University of Texas Press.

- [7] Blackhall, L. J., G Frank, S. Murphy, and V. Michel. 2001. Bioethics in a different tongue: The case of truth-telling. *Journal of Urban Health* 78 (1):59-71.
- [8] Bolden, Galina B. 2000. Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies* 2 (4):387-419.
- [9] Bot, Hanneke. 2003. The myth of the uninvolved interpreter interpreting in mental health and the development of a three-person psychology. In *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*, edited by L. Brunette, G Bastin, I. Hemlin and H. Clarke. Amsterdam: Benjamins.
- [10] Brunson, Julianne Gold, and P. Scott Lawrence. 2002. Impact of sign language interpreter and therapist moods on deaf recipient mood. *Professional Psychology Research and Practice* 33 (6):576-580.
- [11] Davidson, Brad. 2000. The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics* 4 (3):379-405.
- [12] Derrida, Jacques. 1974. *Of Grammatology*. Translated by G C. Spivak. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- [13] Dysart-Gale, Deborah. 2005. Communication models, professionalization, and the work of medical interpreters. *Health Communication* 17 (1):91-103.
- [14] Fadiman, Anne. 1997. *The spirit catches you and you fall down*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- [15] Flores, G 2005. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research & Review* 62 (3):255-99.
- [16] Flores, G, J. Rabke-Verani, W. Pine, and A. Sabharwal. 2002. The importance of cultural and linguistic issues in the emergency care of children. *Pediatric Emergency Care* 18 (4):271-284.
- [17] Gawande, Atul. 2002. *Complications: A surgeon's notes on an imperfect science*. New York: Metropolitan Books.
- [18] Goffman, Erving. 1959. *The presentation of self in everyday life*. Garden City, NY: Doubleday.
- [19] ———. 1974. *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- [20] ———. 1979. Footing. *Semiotica* 25:1-29.
- [21] Grice, H. P. 1957. Meaning. *Philosophical Review* 66 (3):377-388.
- [22] ———. 1975. Logic and conversation. In *Syntax and semantics: Speech acts*, edited by P. Cole and J. L. Morgan. Cambridge, MA: Harvard University.
- [23] Heidegger, M. 1962. *Being and time*. Translated by J. Macquarrie and E. Robinson. New York: Harper. Original edition, 1927.
- [24] Helman, Cecil G 1994. *Culture, health and illness: An introduction for health professionals*. 3rd ed. Oxford, United Kingdom: Butterworth-Heinemann.
- [25] Hsieh, Elaine. 2002. Necessary changes in translation ideology. *翻譯學研究集刊/Fan I Hsueh Yen Chiu Chi K'an [Studies of Translation and Interpretation]* 28:258-271.
- [26] ———. 2006. Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions. *Social Science & Medicine* 62 (3):721-730.
- [27] ———. 2006. Understanding medical interpreters: Reconceptualizing bilingual health communication. *Health Communication* 20 (2):177-86.
- [28] ———. 2007. Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science & Medicine* 64 (4):924-937.
- [29] Husserl, Edmund. 1962. *Ideas: General introduction to pure phenomenology*. Translated by W. R. B. Gibson. New York: Collier Books.
- [30] Joyce, James. 1990. *Ulysses*. New York: Vintage. Original edition, originally published in 1922.
- [31] Karasz, Alison. 2005. Cultural differences in conceptual models of depression. *Social Science & Medicine* 60 (7):1625-35.
- [32] Karliner, Leah S., Elizabeth A. Jacobs, Alice Hm Chen, and Sunita Mutha. 2007. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research* 42 (2):727-754.

- [33] Kaufert, Joseph M., R. W. Putsch, and Margaret Lavallée. 1999. End-of-life decision making among Aboriginal Canadians: Interpretation, mediation, and discord in the communication of "bad news". *Journal of Palliative Care* 15 (1):31-38.
- [34] Knapp, Mark L., and Judith A Hall. 2006. *Nonverbal communication in human interaction*. 6th ed. New York: Wadsworth.
- [35] Kramer, Eric Mark. 1997. *Modern/Postmodern: Off the beaten path of antimodernism*. Westport, CT: Praeger.
- [36] Lakoff, George. 1987. *Women, fire, and dangerous things: What categories reveal about the mind*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- [37] Leanza, Yvan. 2005. Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting* 7 (2):167-192.
- [38] Lee, Karen C., Jonathan P. Winickoff, Minah K. Kim, Eric G Campbell, Joseph R. Betancourt, Elyse R. Park, Angela W. Maina, and Joel S. Weissman. 2006. Resident physicians' use of professional and nonprofessional interpreters: A national survey. *Journal of the American Medical Association* 296 (9):1050-3.
- [39] Lee, Ruth, Gary Rodin, Gerald Devins, and Mitchell G Weiss. 2001. Illness experience, meaning and help-seeking among Chinese immigrants in Canada with chronic fatigue and weakness. *Anthropology and Medicine* 8 (1):89-108.
- [40] Lee, Teresa S., Gwenda Lansbury, and Gerard Sullivan. 2005. Health care interpreters: A physiotherapy perspective. *Australian Journal of Physiotherapy* 51 (3):161-5.
- [41] Levinson, Stephen C. 2000. *Presumptive meanings: The theory of generalized conversational implicature*. Cambridge, MA: MIT Press.
- [42] Lu, Dan. 2001. Cultural features in speech acts: A Sino-American comparison. *Language Culture and Curriculum* 14 (3):214-223.
- [43] Metzger, Melanie. 1999. *Sign language interpreting: Deconstructing the myth of neutrality*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- [44] Miller, Kenneth E., Zoe L. Martell, Linda Pazdirek, Melissa Caruth, and Diana Lopez. 2005. The role of interpreters in psychotherapy with refugees: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry* 75 (1):27-39.
- [45] Nietzsche, Friedrich. 1974. *The gay science*. Translated by W. Kaufmann. New York: Vintage. Original edition, 1882.
- [46] Preloran, H. Mabel, C. H. Browner, and Eli Lieber. 2005. Impact of interpreters' approach on Latinas' use of amniocentesis. *Health Education & Behavior* 32 (5):599-612.
- [47] Quah, Stella. 2001. Health and culture. In *The Blackwell companion to medical sociology*, edited by W. C. Cockerham. Malden, MA: Blackwell.
- [48] Searle, John R. 1979. *Expression and meaning: Studies in the theory of speech acts*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- [49] Snow, C. P. 1961. *Two cultures and the scientific revolution*. London: Cambridge University Press.
- [50] Solomon, M. Z. 1997. From what's neutral to what's meaningful: Reflections on a study of medical interpreters. *Journal of Clinical Ethics* 8 (1):88-93.
- [51] Strauss, Anselm, and Juliet Corbin. 1998. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- [52] Venuti, Lawrence. 1994. *The translator's invisibility: A history of translation*. New York: Routledge.
- [53] Waitzkin, Howard, and Holly Magana. 1997. The black box in somatization: Unexplained physical symptoms, culture and narratives of trauma. *Social Science & Medicine* 45 (6):811-825.
- [54] Wierzbicka, Anna. 1985. Different cultures, different languages, different speech acts: Polish vs. English. *Journal of Pragmatics* 9 (2-3):145-178.

Constructing Meanings and Authority in Bilingual Health Care

Professor, Department of
Communication, University of
Oklahoma

Elaine Hsieh
Assistant Professor, Department of
Communication, University of
Oklahoma
Haiying Kong

Ph.D. student, Department of
Communication, University of
Oklahoma
Eric Mark Kramer

Abstract

This study examines interpreters' and health care providers' understanding and negotiation of authority and trust in bilingual health care. Twenty-six professional interpreters (of 17 languages) were recruited for in-depth interviews. In addition, 32 health care providers from 4 specialties (i.e., mental health, nursing, oncology, and OB/GYN) were recruited to participate in in-depth interviews and focus groups. By recognizing interpreter-mediated medical encounters as a complex phenomenon, we investigate (a) providers' and interpreters' understanding and negotiation of their authority in constructing meanings, and (b) providers' and interpreters' competition and collaboration in constructing meanings in medical encounters.

The findings highlight several issues that are critical to the construction of authority in bilingual medical encounters. First, interpreters utilize a specialized speech genre and various semiotic resources (e.g., linguistic, spatial, nonverbal resources) to construct meanings during bilingual medical encounters. Interpreters actively influence the process and content of the medical discourse. In addition, providers may change their communicative behaviors in response to the interpreters' management of communicative contexts. Second, the frames of references (i.e., frames that are used to derive meanings and construct authority) for individuals involved in a bilingual medical encounter may not be consistent or compatible with each other. Interpreters utilize the genre of interpreter-mediated talk to derive meanings, whereas other participants often are not familiar with such a frame and use their own cultural norms and monolingual talk to derive meanings. In addition, health care providers may filter a patient's talk through their expertise-specific frame, whereas interpreters manage the medical discourse as a holistic event. Third, the construction of meanings and authority in bilingual medical encounter is an interactive process, requiring individuals to negotiate the appropriate and effective use of semiotic resources and frames of references. Although health care providers have the institutional status and medical expertise to assert legitimate power in the medical encounter, interpreters are the ones who decide how providers' voices are told or heard. By means of their communicative strategies, interpreters construct meanings through the identity of others. Their construction also involves relational and informational management, a power that is *de facto* to the very process of mediation. Mediation is a form of power. In addition, interpreters may assert their expertise in cultural and linguistic issues, and thus, claim legitimate power in asserting control over the information exchanged in the medical discourse.

No one has the sole authorship to his or her own voice in interpreter-mediated encounter. The provider's (and the patient's) voice is mediated through the interpreter's performance. The interpreter's voice remains hidden while being constantly monitored, supervised, and rectified by the provider. Interpreters and Providers *differentiate* their understanding of and response to (a) meanings across various semiotic resources, such as verbal, nonverbal, spatial, and emotional information, and (b) functions of the provider-patient conversations, such as relationship building, therapeutic purposes, and identity management.

Keywords: Medical Interpreting, Bilingual Health Care, Social Construction, Language Ideology