

“病人自主权”与“病患授权” 在医疗口译中的实务应用与理论探讨

谢怡玲

Eric M. KRAMER

摘要: 医疗口译员处理医病互动过程中往往面对沟通难题,需要协调、沟通医师和病患之间的歧异。本论文将检视(一)口译人员如何理解病人自主权(patient autonomy) 以及其概念对他们的口译行为的影响;(二)医师和口译员对病患授权(patient empowerment)的理解。我们搜集的资料包括田野调查及访谈。

透过本文,我们延伸过去对口译人员主动协调医病互动的认识,进一步探讨口译人员的行为如何正面或负面影响病患在其患病过程中的医疗自主权。我们会探讨口译人员的特定行为(如将病患非直述问句改为直述问句)如何影响病患自主权及病患授权。本研究显示口译人员的主动介入可以提升病患在医病互动中的沟通能力,在建立病患医疗自主的过程中占有举足轻重的角色。口译员不仅会影响即时的医病互动,对医师和病患的沟通能力也会有长远的影响。本文最后会对口译人员在医疗场域的行为表现提供指导方针。

关键词: 医疗口译;医病互动;沟通;自主权;授权

美国人口结构在近几年有巨大变化。2007年美国社区普查发现境内有3800万境外出生的美国籍人士(占总人口数12.6%),相较于1970年的960万人,成长近4倍(Grieco 2010; U. S. Census Bureau 2001)。1990年,有290万家庭属于语言孤立(linguistically isolated)状态,即该户没有任何14岁以上的人口的英文程度是“极佳”的;2000年,此数据已升至440万(Shin 2003)。1990年,近3180万美国人在家里使用非英语语言

沟通,其中有1390万人(占总人口6.6%)的英语程度有限(limited-English proficiency; LEP);到2007年,此数据已分别升至近5540万人及2450万人(占总人口8.7%)(Shin & Kominski 2010)。这些改变使得为英语程度有限的人士提供高品质的医疗服务面临相当大的挑战。

研究人员发现当医病沟通存有语言障碍时,病人会接受更多的诊断测试(Hampers, Cha, Gutglass, Binns, & Krug 1999),接受较少的预防医疗照护(Woloshin, Schwartz, Katz, & Welch 1997),在急诊后也比较不会安排后续检查(Sarver & Baker 2000)。他们比较不容易了解医护人员的指示(Doty 2003),也对其医疗品质较不满意(Ngo-Metzger, Sorokin, & Phillips 2009)。相较于英语患者,英语程度有限的病患说得比较少,就算说了,医师也较容易忽视他们的意见(Rivadeneira, Elderkin-Thompson, Silver, & Waitzkin 2000)。因此,英语程度有限的患者和医师互动时,是处于相当劣势的。有些研究人员甚至认为现今的资料文献足以证明语言障碍对医疗品质、医疗资源使用的负面影响,可严重损害患者的身心健康(M. Youdelman & Perkins 2002)。

我们同时必须谨记如果家长的英文程度有限,他们小孩的健康和医疗品质也会受到相当影响(Flores, Abreu, & Tomany-Korman 2005)。相较于英语流利家长的小孩,如果家长英语程度有限,他们的小孩在诊断测试过程会消耗较多的医疗资源,待在急诊室的时间会较长。英文程度有限的家长也比较容易给药错误(Hampers & McNulty 2002; Leyva, Sharif, & Ozuah 2005)。若家长英文程度有限,他们的小孩健康状况被列为尚可或很差的机会为其他小孩的三倍,在过去一年至少住院一天的几率则多一倍,也比较不容易在需要医疗照护的时候接受医疗,因为他们在医疗资源使用上有其困难及障碍(Flores et al. 2005)。故,当我们希望改善弱势族群或移民孩童的健康不平等(health disparity)的现状时,我们必须认知他们英语程度有限的家长在他们的患病经历和照护过程中扮演的重要角色。

这些研究结果点出为英文程度有限人士提供有效协助以改善其医疗品质的重要性。其中一个方法就是提供医疗口译员(Bonet 2009)。在美国,自1970年代起,许多联邦及州政府法律即要求医护人员必须为英文程度有限的患者提供口译员(Youdelman 2008)。美国对医疗口译员有大量需求。最近的一项全国问卷发现(一)整体而言,超过11%的病患需要口译服务;(二)回复问卷的医疗机构中有近三成表示他们医院里大约

27%的病患需要口译服务(Ginsberg, Martin, Andrulis, Shaw-Taylor, & McGregor 1995)。最近的两篇文献回顾论文也同声表示提供专业口译员可以改善病患的医疗品质、医疗过程、健康状态、满意度及顺应医嘱行为(Flores 2005; Karliner, Jacobs, Chen, & Mutha 2007)。有些研究显示接受口译服务的病患的医疗品质和健康状态相当于(甚至高于)英语流利的患者(Hampers & McNulty 2002)。简言之,口译员在医病使用不同语言时对维护医疗品质有重要贡献。

在过去20年,双语医病沟通的研究已有长足进展。研究人员已不再强调口译员必须遵循传声筒角色(即忠实、中立传达资讯),认为那并不是保证医疗品质的唯一方式;近来许多研究学者已证明口译员并不依据口译员伦理规范中的传声筒角色采取被动或中立的翻译行为(Angelelli 2004; Dysart-Gale 2005)。他们在医病互动中主动地、系统性地选择其口译策略以改善病患的健康知能(health literacy; 如:他们在和医护人员互动过程中寻求、提供、理解资讯的能力),维护机构资源(Davidson 2000),减少医病文化差异,并调解医病冲突(Hsieh 2006)。因为研究学者发现口译员在沟通过程中的主动角色,他们也开始质疑口译员的行为准则,也探讨口译员的翻译策略对医护人员权威或病患自主权(patient autonomy)所造成的影响(Hsieh 2010; Leanza 2008; Rosenberg, Seller, & Leanza 2008)。

低健康知能(如缺乏和医护人员有效沟通的能力)在美国是普遍的问题,有三分之一英语病患及二分之一西班牙语病患都面临此一困境(Gazmararian, Curran, Parker, Bernhardt & DeBuono 2005)。口译员在帮助英语程度有限患者面对繁复医疗体系中担任重要角色,他们必须协助医师和病患协调各种文化、社会、疾病认识上的差异。某些研究发现接受口译服务的病患的医疗品质和健康状态相当于(甚至高于)以英语为母语的患者(如: Andrulis, Goodman, & Pryor 2002; Tocher & Larson 1996)。学者发现英语患者并不见得有良好的沟通能力,在面对繁复医疗体系时未必游刃有余(Cegala 2006);因为口译员比较了解医疗体系,故英语程度有限患者若有口译员的协助,不难想见他们会有较好的医疗品质和健康状态。

在本文中,我们将会检视口译员的沟通策略,尤其着重于他们如何促进医病互动并影响病患向医护人员寻求资讯或协助的过程。我们将会进而延伸过去文献对口译员在医病沟通中主动角色的认识,进一步探讨口

译员的策略是否会改善或阻碍病患健康知能的发展并影响他们在其患病过程中的自主权。

1. 研究背景

本研究课题是检视医疗口译员角色呈现的研究专案中的一部分。本研究包括为期一年的民族志研究及对医护人员和口译员进行的深度访谈及焦点团体访问。在民族志部分,本文的第一作者招募了2位中文医疗口译员、4位病患、12位医师。第一作者跟随口译员的日常行程,并将他们和医师或病患的互动录音存档。第一作者总共录制12个医病诊间的互动,详细记录所有互动(包括非语言行为及相关影响互动的因素),并把所有录音资料誊写为书面资料。

此外,第一作者招募26位(讲17种不同语言的)专业口译员,并与其中14位口译员进行了单独的深度访谈,与其余的12位口译员进行了两人一组,共计6组的深度互动访问(访问时间为1—1.5小时)。第一作者在美国中西部的两所口译服务机构联系到参与本研究的口译员。这两所口译服务机构都认为医疗口译是他们的服务,并且他们与当地的医院都设有合约。本研究所采访的口译员均为专业医疗口译员。本论文的第一作者依据自身曾为医疗口译员的背景,及之前透过参与观察法在双语医病沟通中直接观察所搜集的资料,来设计本研究访谈内容。本研究的调查主题集中于探索医疗口译员对他们在互动中的身份认识与其实际表现。

在完成对医疗口译员访谈的初步分析后,第一作者又自美国南部的一个大型医疗机构访谈了32位来自4个专业的医护人员:妇产科(8位),护理科(6位),精神科(7位),肿瘤科(11位)。我们共计组织了8组焦点团体访问以及7个单独深度访谈(访谈时间1—1.5个小时)。本访谈所设计的主轴是检视医护人员对医疗口译员的身份及其行为的认识与期望。同时,我们也探讨医护人员及口译员对双语医病互动沟通过程的看法有何相似或相异之处。

针对这些资料,第一作者曾探讨口译员透过特定角色采用各种不同的沟通策略(Hsieh 2006, 2007, 2008)以及他们面对和医护人员合作的挑战(Hsieh 2010; Hsieh, Ju, & Kong 2010)。本文的探讨内容和之前讨论口译员为病患倡议者(advocate)角色可能有所重复或近似(cf. Hsieh

2008),但本文重点不在于口译员的角色呈现而着重于口译员对病患健康知能和病患授权(patient empowerment)的影响。

本研究深度访谈资料的全文主要包括两种文体标记。在访谈过程中,口译员和医护人员特别强调的内容采用粗体;而本研究作者所强调的内容则采用下标线。同时,在访谈资料的文体记录中,每一位参与访谈的口译员和医护人员都将以化名来识别,并加注身份,P代表病患,I代表口译员,H则是医护人员。

2. 口译员对病患健康知能和病患授权的影响

延伸过去文献对口译员在医病沟通中主动角色的认识,我们发现口译员采取的沟通策略中许多是用以改善病患的健康知能。如我们之前所言,即便是英语患者也不见得有好的健康知能(Kutner, Greenberg, Jin & Paulsen 2006)。但学者发现如果病患积极参与医病互动(如主动提问或提供资讯),医师在沟通过程中将会更注意病患的需求(Cegala & Post 2009),也比较容易协调符合医病双方的目标结果(Cegala, Street & Clinch 2007)。在本文中,我们将探讨口译员的两种不同沟通策略:(一)直接表达隐性资讯;(二)提供病患改善自我效能(self-efficacy)的工具。

2.1 直接表达隐性资讯

日常谈话中,人们并不只了解话语字面上的意义,而会藉由他们对语言行为模式的认识及其他相关因素解析对话方所欲表达的真义(Grice 1975)。隐晦的语言需要听者透过其他情境资讯以了解说话方所欲表达的语意(Lee 2009)。因为医师与病患在双语医病互动中并不共享一般语言常模或语境,如果口译员不提供额外协助帮助他们了解可能的相关语境,他们可能会陷入沟通不良的困境。

口译员可以补充说话方的语句以帮助病患要求特定服务、了解医疗过程、参与有效的医病互动。在范例 001 中,Claire¹补充医师的话以增进病患的理解。

范例 001

H: Has she ever heard of Equal? (101 行)

I: 你有没有听过 Equal? 英文叫 Equal 的这个糖,代糖,他们(102 行)
叫代糖,不是真正自然生产的糖,他们叫代糖,老美叫代糖。(103 行)

名牌叫 Equal。(104 行)

(Have you heard of Equal? The English term for this (105 行)
sugar, Equal, they call it substitute sugar, it's not a naturally (106 行)
produced sugar. They call it substitute sugar. Americans (107 行)
call it substitute sugar; the brand name is Equal.) (108 行)

P: 不知道。(109 行)

(No.)(110 行)

I: No. (111 行)

Claire¹藉由补充 Equal 一词,告诉病患相关背景知识(如什么是代糖,Equal 只是个商品名称),帮助病患了解医师的问话。人们沟通时,语言行为往往包含该特定文化所有的认知和指涉。这些认知和指涉却不见得能够传达到另一个语言或文化中(参见 Lee 2009)。口译员对社会常模和文化知识的理解,在这方面对医师和病患的有效、正确沟通有莫大助益。

我们必须谨记这些文化歧异并不见得昭然若揭;故,口译员是否能及早发现并进一步澄清医病之间的可能误会,对维系医疗品质有重大影响。以下范例 002 是营养师在和妊娠性糖尿病患讨论饮食分量的对话。

范例 002

H: One-third of a cup of rice is a serving. (201 行)

I: 三分之一杯的煮熟的米饭就是一个分量。(202 行)

(One-third of a cup of cooked rice is a serving.)(203 行)

H: Does she have measuring cups at home? (204 行)

I: 家里有没有量杯?(205 行)

(Do you have a measuring cup at home?)(206 行)

P: 就是米饭的那个杯子。(207 行)

(Just the cup for rice.)(208 行)

I: Is it the same measuring cup for rice? (209 行)

H: Hmhm, yes. (210 行)

P: 都是一样的。(211 行)

(It's the same.)(212 行)

I: Is it the same? (213 行)

H: The — (214 行)

I: Are they? (215 行)

H: I don't know what she is referring to. I'll show her what I have. (217 行)

I: 她有一个。(218 行)

(She has one.)(219 行)

(H took out a glass measuring cup from the drawer.)(220 行)

P: 这么大啊! (221 行)

(That's big!)(222 行)

Claire¹采用的几个策略,对病患的健康知能有重要影响。第一,她说“煮熟的米饭”(202 行)而不是单纯地说医师所说的“白米”(rice)(201 行)。因为煮熟和没煮过的白米分量差距颇大(即一杯没煮过的白米相当于三杯煮熟的米饭),Claire¹主动改变营养师的话语,但同时保持营养师的原意,确保病患不会误解营养师的话。

第二,当病患说直述句时(即“就是米饭的那个杯子。”[207 行]和“都是一样的。”[211 行]), Claire¹改变了句型,将其转为直接问句(direct information-seeking questions)。之前研究显示因为医病之间的权力不对等,病患往往(一)就算想多了解,也不会主动提问;(二)就算提问,也避免直接问句,而采用较委婉的方式向医护人员寻求相关资讯(Cegala 1997)。Claire¹不把病患的直述句视为病患对营养师的回答,而将这些视为内涵确认意图的提问,而转译为“是装米的那个杯子吗?”(209 行)。同样的,当病患确认营养师的答案而重复其语句,说“都是一样的。”(211 行),Claire¹再次将病患的语句转为直接问句“都是一样的吗?”因为 Claire¹持续的寻求、确认资讯,使对话方发现原本会因为营养师的忽略而不会被发现的误会。Claire¹的直问句“都是一样的吗?”(213 行)和其重复表述(它们都是一样的吗?”[215 行])促使营养师承认可能的误会(“我不知道她指的是什么。”[216 行]),而进而解决问题(“我让她看看我的杯子。”[216—217 行])。病患的回答“这么大啊!”(221 行)显示医病之间对量杯大小的认识有相当大的差距。如果 Claire¹没有坚持要求正确资讯,此一误会将对临床治疗有严重影响。

第三,此一对话的很重要的一个特点是 Claire¹对病患的话语翻译的方式,她一方面紧贴着病患的语句,另一方面又改变了其句型。Claire¹的翻译策略并不中立也不忠实,但这些策略对促进医病沟通有

举足轻重的影响。藉由直接表达原本隐含在内的资讯(如将白米译为煮熟的白饭),Claire¹同时改善病患正确、有效理解资讯的能力。因为医病权力不对等,患者可能觉得要直接提问很别扭。例如,病患可能会说“我常常觉得累”,而不会直接问“觉得累会不会是服药的副作用?”学者发现相对于委婉提问(如将直述句的语意转为嵌入性问句),当病患直接提问时,医护人员会提供比较多的资讯(Cegala, Post, & McClure 2001)。因此,当 Claire¹将病患的语句转为直接问句时,她大幅提升了病患寻求资讯的能力。

2.2 提供病患改善自我效能的能力

除了转换说话方语句以改善病患健康知能外,口译员也可以透过提供病患改善自我效能的能力改善他们的医疗品质。透过提供病患改善自我效能的能力,口译员可以帮助病患获取、使用各种不同管道的资源(如医药知识或相关资讯)。此一策略不同于口译员训练中的倡议者角色。倡议者是在“问诊过程以外时间,口译员代替病患所采取的任何行动”(Roat, Putsch, & Lucero 1997: 17—18),目的在于改善有问题的互动(如在医疗服务过程中有不平等、不公义的状况)。如果口译员成为倡议者,病患是透过他人改善其处境;相反的,如果口译员提供病患改善自我效能的能力,那么病患就是自己的倡议者。

因为口译员熟悉医病互动的起承转合和资讯流通过程,他们可以帮助病患使他们的沟通方式符合医护人员的期待和对问诊过程的处理。在范例 003 中,病患在稍早曾对口译员谈到她对婴儿体重下滑的忧心。口译员 Christine¹在医师问妈妈的喂奶状况后,主动带入以下对话。

范例 003

I: 你是不是要问医生她今天量的体重比出生的时候还要少? (301 行)

(Didn't you want to ask the doctor why she is weighing less today than when she was born?)(303 行)

P: 对啊。(304 行)

(Yes.)(305 行)

I: Another question, before, the nurse weighed her, and she was born 7 pounds 11 oz., then today, the weight is only — It lost about 6 oz. (308 行)

H: 6 oz. It's normal. (309 行)

I: 她说这是正常的。(310行)
(She said it's normal.)(311行)

306—309行之间,Christine¹和医护人员的互动和稍早我们提及口译员将直述句以及其隐含资讯透过直接问句表达的方式相呼应。Christine¹不但提供婴儿原本的出生体重,也刻意强调失去的总量。口译员在稍早和护士(而不是当下的医师)的互动中获得这些资讯。Christine¹透过后设沟通(meta-communication; 即“还有个问题”[“another question”])及加入精确的减重计量(6盎司),帮助医师更有效的评估、回答病患担忧的问题。

但是,这互动中最特别的是当口译员开始提问时(301行),她提问的对象是病患而非医师。Christine¹可能觉得病患的问题适合在医师讨论婴儿的喂食习惯后提出。此一判断需要说话方了解一般医病互动资讯交换的常模;整体而言,口译员可能比病患更熟悉此常模。我们的访谈中,许多口译员表示他们常提醒(明示或暗示)病患和医师讨论特定话题。透从一开始向病患提问(而不是直接向医护人员提问),病患得以直接掌控医病互动过程,也可以从中学习话题转换的常模,此乃病患授权的具体实践。未来,此病患可能就不需要口译员的提点,而可以主动向医师提问。换言之,范例003中口译员的沟通策略不仅使得病患得以掌控当下的互动过程和话题选择,也同时帮助病患学习未来和医师互动的对话常模。

口译员也会教导病患学习如何要求适当服务或资讯。范例004中,病患抱怨医院在她生产后给她的水含有冰块;中国人认为妇女生产后只能喝热水,故医院的做法是她所不能接受的。

范例004

P: Yeah, 我这天——我两天在医院都是喝冰水。(401行)
(Yeah, these days — I drank chilled water in the hospital.)(402行)
I: 其实医院它有热开水,你跟护士讲,她就会给你热开水。(403行)
(Actually, they have hot water in the hospital. If you (404行)
tell the nurse, she'd give you hot water.)(405行)
P: 我说——我说给她听,我不要ice,它都不是冻的,她就没(406行)
有放ice。(407行)
(I said — I told her that I don't want ice. So, it's not (408行)
icy. She didn't put ice in it.)(409行)

I: 没有放冰,对对。你应该跟她说 hot water。(410行)
(No ice. Right. Right. You should tell her, “hot water.”)(411行)
P: Hot water。(412行)

病患在等待医师进入诊间时,和口译员 Christine¹发生以上对话。口译员告诉病患医院所提供的服务(403行)以及要求该服务的正确方法(410行)。Christine¹用英语 hot water (410行)而非中文的“热水”,显示她的目的在于提供病患要求服务的能力。病患在412行用英文的重复确认,显示她了解口译员的目的是要授权于她,提供她改善自我效能的能力。

如果病患来自不同的文化或社会,他们不见得会知道究竟可以使用哪些服务,身为病患他们有什么权利,也不会了解医病互动的适当常模。因为口译员熟悉在医疗领域的互动,也看过不少成功和问题重重的医病互动,他们在帮助病患面对繁复医疗体系的过程中有莫大助益。口译员 Stacy¹说:“因为病患可能会担心,但又不见得真的知道自己在担心什么。所以我告诉他们:‘你想不想问服药后会有什么副作用?’所以我帮他们了解一些医疗程序,也预想一些状况,这样他们以后就可以少担点心。”另一位口译员 Sara¹,谈到有次一位说西班牙语的爸爸直接跟她说不知道要问什么问题,所以她教他要请医师详细解释疾病诊断,讨论各种可能的疗法,解释此一疾病的长期影响。口译员 Colin¹则是在目睹医护人员的歧视态度后,告诉病患他可以正式提出抗议,而他也会继续陪伴病患到服务处当他的口译。以上这些例子显示透过提供病患取得医疗相关资讯和服务设施的能力,口译员可以大幅改善病患获得高品质医疗服务的能力。

3. 病患自主权相对于善意与社会正义的取舍

在上一节,我们举例证明口译员的语言策略可以提高病患授权,其效果不仅影响当下的医病互动,甚至对长期医病互动也会有深远影响。尽管如此,我们仍需要仔细评估口译员的沟通策略,检视口译员在病患授权的过程中可能存在的问题及其长远效应。

3.1 病患授权与病患自主权

最近几份双语医病沟通的研究越来越重视口译员在双语医病沟通过程中扮演的主动角色(Fatahi, Hellstrom, Skott, & Mattsson 2008;

Messias, McDowell, & Estrada 2009);但是,我们必须正视口译员参与、介入医病沟通过程并不是不受任何限制的(Hsieh 2010)。尽管担任病患的直接倡议者(如未经医师或病患的同意而担任病患的代言人)可能可以有效率的满足病患的需求(Hsieh 2008; Messias et al. 2009; Rosenberg et al. 2008),此一语言策略模糊了病患和口译员的界线,两者不见得有相同的需求和沟通目的(Hsieh & Kramer 2012; Leanza, Boivin, & Rosenberg 2010; Rosenberg et al. 2008)。

本研究中一些口译员提及口译员的主动角色可能侵害到病患自主权(如病患有权利在不受医师或其他医护专业人员的影响下自主做决定)。Shirley¹是某大型医院口译服务中心的主管,也是口译训练讲师,她说:“如果你给了你的意见,直接以口译员身份担任病患倡议者,你就是不对病患授权。我认为这种方式剥夺了那位病患、家长、监护人或照护者的权利。”另一个口译服务机构的主管 Sharon¹也表示:“当你不只是口译员也是病患的倡议者时,结果是弊多于利的。”尽管病患授权往往被视为口译员担任倡议者角色的沟通目的(Hsieh 2008),部分口译员表示担任病患倡议者或代言人会侵害病患权益,故并不适当。他们认为最好的病患授权就是让病患在不受口译员的影响下全权掌控医病互动过程(参见 Hsieh 2008)。一些口译员谈及他们不当倡议者的原因。口译员 Vicky¹说:“你凭什么告诉医师该做、该说什么?就只因为你的病患因为种种遭遇而唯唯诺诺、戒慎恐惧吗?你想这样你就有权做他们的倡议者。但有人要求你担任那角色吗?”

对病患自主权的重视和传统上要求口译者担任传声筒角色的理念是一致的(Hsieh 2009; Kaufert & Putsch 1997; Messias et al. 2009),即口译员无权为他人代言。在美国,病患自主权的理念始于1960年代,当时整体风气是反父权主义,也将善意(beneficence)视为医疗父权主义的表现(Rothman 2001)。因此,理想的病患是对事事了解、有能力也有意愿在其患病过程中承担所有责任的病患(Kapp 2007)。

把口译员的不介入医病互动当成是尊重病患自主权是建立在岌岌可危的前提上的。口译员为传声筒理论假定:(一)所有参与者都是有能力的对话方,可以有效、适切地和彼此沟通;(二)维持既有关系结构和沟通方式是好的;(三)所有说话者的文化知识和社会习惯大致相同。但是,医疗口译员的对话方(即医师和病患)之间并不是权力对等的(Kaufert & Putsch 1997)。文献显示医病互动之间长期存有权力和医疗知识的差距,

进而使得病患处于弱势,无法完全参与医病互动(Elderkin-Thompson, Silver & Waitzkin 2001; Waitzkin 1991)。尽管医护人员常常认为英语程度有限的病患会需要较多的沟通时间(Tocher & Larson 1999),他们并不会因此就多花时间和他们沟通(Thornton, Pham, Engelberg, Jackson & Curtis 2009)。相较于英语病患,接受医疗口译的病患往往话说得少,医师给的资讯、回答和社会支持(social support)也比较少(Rivadeneira et al. 2000; Thornton et al. 2009)。英语程度有限的病患往往面临他人的歧视态度或文化歧异,进而降低病患满意度及其医疗品质(Dohan & Levintova 2007; Hicks, Tovar, Orav & Johnson 2008)。此外,不同文化的病患在患病过程中对病患自主权的理解和需求也不尽相同(Back & Huak 2005; Blackhall, Murphy, Frank, Michel & Azen 1995)。

在双语医病沟通中,医师和病患并不处于相同的立足点,也各有其不同的文化、社会、沟通常模。病人并不见得知道如何表达他们担心的问题。口译员 Stacey¹说她常常告诉她的病患要“如果不懂就说点什么,一个字也好”,这样她就可以帮他们向医师提问。有些文化里,告知他人自己的疾病是不恰当的。口译员 Yetta¹说在尼日利亚文化里,就算是普遍的疾病(如高血压)也可以用来作人身攻击。因此尼日利亚人往往刻意隐藏病征。她说:“他们小心翼翼不告诉别人他们的状况。……我得刻意让病患知道他们来这里,就是要来接受医疗的。‘告诉医师,你到底哪里不舒服。他才帮得上忙。’他们不习惯告诉他人他们的病况。”如果病患不愿意告诉医师他的问题,那医病互动不可能有实质助益。在这些状况下,如果口译员维持中立而不主动介入(如鼓励病患说出他们的问题、寻求资讯或主张其权益),口译员便忽视了其在双语医病沟通过程中避免社会不平等的重要功能(Messias et al. 2009)。

3.2 善意、社会公义及健康知能

病患自主权并不只是单纯让病患自主做决定;而是医护人员必须确保他人得以自主做决定的必要条件(Pantilat 2008; Quill & Brody 1996)。如果病患不知道要寻求哪些资料、哪些服务,亦不了解他们的权益,那么他们并无法自主做决定。在双语医疗过程中要确保病人自主权,口译员及医护人员必须主动解决各种情境下可能面临的难处,以确保病患对事事了解,也有能力自主做决定。

医护人员依赖口译员提供符合文化需求的医疗照护。口译员在帮助医师了解病患的焦虑上有重要作用。医师 Gemma^H说:“如果口译员可以

不单单只是翻译口语沟通,如果他们可以成为文化桥梁,那真是了不得的大事。”医师 Celia^H谈到有次她觉得病患的母亲情绪过于激动的状况:“我注意到病患母亲看到小孩开始掉发,变得惊慌失措。口译员告诉我,在她们文化里,头发就像婚纱一样,没人剪头发的。他的解释让我得以了解那妈妈的反应。”医师 Gemma^H解释:“如果口译员对他们的工作应付自如,他们有莫大助益,可以注意到‘他有问题想问问’。或者他们可以看你,你马上就懂得有些事情没有说明白。你可以马上停下来,问:‘怎么了?怎么了?是我该知道什么事情我却却没有听明白还是我漏问了什么?’他们会告诉你,那突然之间你可能又会发现另一个问题。”因为医师和英文程度有限的病患存有文化、权力、社会经济地位的差异,病患可能不会主动表达他们的所有担忧。医护人员也不见得可以判读病患细微的非语言表达,因为那些动作往往有其文化特殊性。因此口译员如果不单只是表达所有资讯,也积极监控(并介入)沟通过程,他们对病患自主权的保障自然也有相当作用。

我们必须注意,尽管口译员使用的某些策略可能乍看之下可以促进医病沟通,因为他们给了“正确”的资讯,但他们不见得授权病患或改善其他说话方的沟通能力。举例来说,口译员 Ulysses^I谈到如果医护人员的话语在他的文化(回教文化)里是有问题的,那他就会变更那些话。他说:“医师问婚外性行为。那真的真的是很差劲的问题。太羞辱人了。尤其对回教妇女而言更是如此。我会说:‘你先生会找别的女人吗?’就算她们有婚外情,她们也不会说的。但是如果你换个方式问,委婉些,你还是可以知道答案。”Ulysses^I介入诊问过程,且直接改变医师的原本问句(如:“你有没有其他的性行为对象?”),而换成文化适当的相对问法。他认为回教妇女会了解医师的目的是在评估她们在性方面的风险,也会各自依照其状况给予适切的答案(就算她们的先生很忠实,她们也会把责任推给先生)。尽管 Ulysses^I可以避免可能的医病冲突,他的介入却使得医师无法从中学习,改善其文化敏锐度,也让病患没机会认识美国医疗对话的方式及内容。

在访问医护人员时,我们使用 Ulysses^I的案例征询他们的意见。尽管了解其中可能的文化冲突和差异,医护人员往往强调他们想要更了解文化歧异的状况。Gemma^H说:“如果我们不了解文化层面的事,我们就要学着认识,那是侮辱人的。这样以后你就可以说:‘我知道待会有些问题可能是你在你的祖国里不会被问到的。但是我需要问你这些事情,因

为……’我是一定想多了解的。因为我们需要病患了解这些事,这样他们才有选择,才可以觉得自己选对了,因为这毕竟是病患的决定。我们需要他觉得舒服自在才行。”由这方面看来,Gloria^H认为认识文化差异是她身为医护人员的责任,因为这样才可以有效授权病患。一些医师也谈到他们对口译员不经事前告知,而直接改变他们话语的沟通策略感到忧心,因为这些作法侵害到他们对医疗对话的掌控(参见 Hsieh 2010)。此外,他们也认为增加他们的文化知识对未来和其他病患的有效、适切互动也有重要影响。

4: 口译员在双语医疗中的功能

研究学者和医护人员早就认识到口译员在影响医病互动关系上是举足轻重的角色(Hsieh 2010; Rosenberg; Leanza & Sellar 2007; Rosenberg et al. 2008)。传统态度却是透过限制口译员的角色和行为表现以降低他们在双语医病互动过程中的掌控和影响(Leanza 2008)。此态度也反映在本研究中部分口译员的想法里,表示担任病患倡议者就是侵害病患自主权。口译员往往声称他们权责有限(Bot 2005; Hsieh 2009)。但是,口译员的善意行为(相关行为包括帮助病患避免或移除伤害或改善病患的情势;Pantilat 2008)不应被视为医疗父权主义。这些行为的目的是要保障病患在双语医疗沟通的自主权及沟通能力。当学者开始正视双语医病沟通的复杂性和传声筒理论的局限(Dysart-Gale 2005; Messias et al. 2009),我们面临的挑战是要重新思考口译员的角色及功能;认识到他们在跨文化情境下的主动介入对维系医疗品质是息息相关的(Leanza 2008)。

提升双语医病传播的理论发展和临床治疗的重要关键在于检视口译员的表现及其对病患健康知能和病患授权的长远影响。目前双语医疗的大多数研究并不考量各个参与者之间的人际关系。这和我们传统上的传声筒理论相呼应,口译员被视为转换语言的机器(Leanza 2005)。如果口译员是部好机器,他们会忠实、中立地将资讯由一种语言转到另一种语言。就算是不同的口译员,各个译文也不会有太多差异。毕竟,机器要不就是正常,要不就是故障。图书馆里的电脑和家里的电脑没有太大差别;使用者和电脑之间没有历史,不会因为跟某台电脑感情深厚就影响到他们未来使用的方式。换言之,口译员被当作医病互动之间的工具,帮助两

者沟通;口译者的影响则局限于当下的互动过程。目前没有任何研究检视口译员的沟通策略如何影响长期的沟通品质或人际关系。

学者点出病人在处理患病过程有其时间面相(temporal dimension),故所有人皆可以学着如何有效、適切地与他人协调互动(Brushers, Goldsmith & Hsieh 2002)。当人们了解彼此的沟通需求及风格时,他们可能会大幅改变自己的沟通方式。例如,当家庭成员担任口译员时,他们可能会主动为病患代言,因为他们同时是病患的照护者,也了解病患的需求(Rosenberg et al. 2008)。专业口译员也表示如果之前认识病患,那么口译工作将会简单些(Hsieh 2006)。医护人员也表示如果他们熟悉某个口译员的沟通方式,他们可以更有效地和那位口译员沟通(Fatahi et al. 2008; Hsieh et al. 2010)。医师、病患、口译员三角关系和其相关背景将影响彼此的互动方式。

因此,医疗口译员必须谨记他们在医疗场域的复杂角色和功能。他们在双语医疗的表现及其后续影响不仅局限于当下的医病互动,也会有长远影响。口译员采取不同策略来应付医病互动中各种即时,乃至相互冲突的沟通目的(Hsieh 2006, 2009; White & Laws 2009)。在医病互动中,口译员必须预估医师及病患的沟通需求并积极处理任何可能的社会不平等或文化歧异的问题。如果口译员将说话方隐含的语意直接表达在其译文里,那么他们即在不引人注意的过程中避免了可能的误会,并保持沟通的顺畅。当口译员将直述句改为问句时,他们提升医师听到且回应病患资讯需求的能力。尽管在过往,这些沟通策略往往被视为口译员的错误行为表现,也会有负面影响(Flores et al. 2003),学者点出某些策略可增进医病沟通及关系(Pham, Thornton, Engelberg, Jackson & Curtis 2008)。这些策略要成功则需要口译员有能力预估并了解说话方的沟通目的。如果口译员错估了说话者的原意,那错误的译文可能会造成误会、冲突,甚至是不道德的介入行为(Lee 2009)。由此看来,要帮助口译员预估说话者原意是保障医疗口译品质的关键,我们必须寻找可以有效地沟通的行为规范(如在进入诊间前先和口译员说明其沟通目的)。

另一方面,口译员必须了解他们的沟通策略将影响医护人员和病患的未来互动方式(也会影响他们的健康知能、文化敏锐度、沟通能力)。若口译员特别花时间帮助病患增加自我效能,病患不仅在当下的医病互动获得授权,未来和其他医护人员互动时,也可以有机会使用他们刚学到的知识或技能。相反的,如果口译员不经告知而直接改变说话方的语言,那

么这些人就没有机会学得增进沟通能力的技巧。由此看来,口译员需要更谨慎地评估他们主动参与、介入医病互动的影响和适当性。尽管有些策略在互动当下很有效率,但不会达到病患授权的目的。

之前研究显示因为口译员有保持中立形象的压力,他们往往隐藏他们主动介入的踪迹。例如他们会在医病互动过程外,介入影响(如在医师不在场时,教病患要如何问问题或争取权利;Hsieh 2006);他们也会借用他人声音发言(如把自己的意见加在为他人翻译的译文里;Leanza et al. 2010; Rosenberg et al. 2008)。这些策略使得口译员得以保持中立形象但实质影响了医病互动的过程和内容。尽管这些策略可能是善意的(如Ulysses¹改变医师问话一例),他们同时也使其他说话方无法见识双语医疗的复杂性。一如在本研究中,许多医护人员表示他们想多了解他们病患的文化期待和社会常模(Fatahi et al. 2008; Rosenberg et al. 2007),这些知识会让他们在未来做个更好的医护人员。

口译员并不是单纯将资讯由一种语言转到另一种语言。当他们提供语言服务的同时,他们可以同时告知、教育、授权所有对话方,让他们在以后有更好的沟通能力。医护人员和医疗机构必须认知口译员在此一层面的重要功能。近来几篇研究发现医护人员仍然执着于口译员为传声筒的理念(Fatahi et al. 2008; Leanza 2005)。这样的态度将对口译员造成压力,使他们即便看到问题重重的互动过程也不愿意主动介入(Hsieh 2006, 2009)或隐藏、隐匿他们的介入以避免他人的检验和批判(Keselman, Cederborg & Linell 2010; Leanza et al. 2010)。当学者开始强调成功的医疗口译需要医师、病患、口译员有效协调彼此沟通目的(Hsieh 2010; Leanza et al. 2010),我们必须将口译员在这些层面的功能纳入医疗领域的沟通模式和组织文化里。比方说,我们必须要有开放的组织文化,认为口译员在文化相关议题的澄清和解释是重要的(而不是单纯认为这会浪费医护人员的时间),这样医护人员和病患在未来都会有较好的沟通能力。

总而言之,口译员在医师和病患不共用同一语言时,在维护医疗品质上有莫大帮助。口译员的主动介入可以保障病患自主权。透过预估病患的沟通目的,口译员提供必要条件(如病患的健康知能)以帮助病患自主做决定。这些介入不单影响当下的医病互动,也对病患及医师的沟通能力有长远影响。当口译员考量各种可以采用的沟通策略以维持有效、适切的医病互动,他们必须谨记这些策略可能带来的长久影响。

5. 作者注

本研究经费部分来自于 National Institutes of Health (NIH)/National Institute of Mental Health (NIMH) 的研究案 #1R03MH76205-01-A1 (名称: Providers' Views of the Roles of Medical Interpreters)。本文作者在此感谢 NIH/NIMH 的补助。本文部分资料曾发表于探讨口译员角色的相关论文。所有相关通讯请洽: Dr. Elaine Hsieh, Department of Communication, University of Oklahoma, 610 Elm Ave. # 101, Norman, OK, 73019. Fax: 405-325-7625. E-mail: ehsieh@ou.edu.

参考文献

- [1] Andrulis, D., Goodman, N. & Pryor, C. 2002. What a difference an interpreter can make: Health care experiences of uninsured with limited English proficiency [OL]. http://www.accessproject.org/downloads/c_LEPreportENG.pdf (accessed 2/14/2012).
- [2] Angelelli, C. V. 2004. *Medical interpreting and cross-cultural communication* [M]. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- [3] Back, M. F. & Huak, C. Y. 2005. Family centred decision making and non-disclosure of diagnosis in a South East Asian oncology practice [J]. *Psycho-Oncology*, 14, 1052 - 1059.
- [4] Blackhall, L. J., Murphy, S. T., Frank, G., Michel, V. & Azen, S. 1995. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy [J]. *Journal of the American Medical Association*, 274, 820 - 825.
- [5] Bonet, J. E. 2009. Full circle: The qualified medical interpreter in the culturally competent healthcare system [A]. In S. Kosoko Lasaki (Ed.), *Cultural proficiency in addressing health disparities* [C]. Boston: Jones and Bartlett. 103 - 115.
- [6] Bot, H. 2005. *Dialogue interpreting in mental health* [M]. New York: Rodopi.
- [7] Brashers, D. E., Goldsmith, D. J. & Hsieh, E. 2002. Information seeking and avoiding in health contexts [J]. *Human Communication Research*, 28,

258 - 271.

- [8] Cegala, D. J. 1997. A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: Implications for communication training [J]. *Journal of Health Communication*, 2, 169 - 194.
- [9] Cegala, D. J. 2006. Emerging trends and future directions in patient communication skills training [J]. *Health Communication*, 20, 123 - 129.
- [10] Cegala, D. J. & Post, D. M. 2009. The impact of patients' participation on physicians' patient-centered communication [J]. *Patient Education and Counseling*, 77, 202 - 208.
- [11] Cegala, D. J., Post, D. M. & McClure, L. 2001. The effects of patient communication skills training on the discourse of older patients during a primary care interview [J]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1505.
- [12] Cegala, D. J., Street, R. L., Jr. & Clinch, C. 2007. The impact of patient participation on physicians' information provision during a primary care medical interview [J]. *Health Communication*, 21, 177 - 185.
- [13] Davidson, B. 2000. The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse [J]. *Journal of Sociolinguistics*, 4, 379 - 405.
- [14] Dohan, D. & Levintova, M. 2007. Barriers beyond words: Cancer, culture, and translation in a community of Russian speakers [J]. *Journal of General Internal Medicine*, 22, S300 - 305.
- [15] Doty, M. M. (2003). Hispanic patients' double burden: Lack of health insurance and limited English [OL]. <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2003/Feb/Hispanic-Patients-Double-Burden-Lack-of-Health-Insurance-and-Limited-English.aspx> (accessed 2/14/2012).
- [16] Dysart-Gale, D. 2005. Communication models, professionalization, and the work of medical interpreters [J]. *Health Communication*, 17, 91 - 103.
- [17] Elderkin-Thompson, V., Silver, R. C. & Waitzkin, H. 2001. When nurses double as interpreters: A study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting [J]. *Social Science & Medicine*, 52, 1343 - 1358.
- [18] Fatahi, N., Hellstrom, M., Skott, C. & Mattsson, B. 2008. General practitioners' views on consultations with interpreters: A triad situation with complex issues [J]. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 40 - 45.
- [19] Flores, G. 2005. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review [J]. *Medical Care Research & Review*, 62, 255 - 299.

- [20] Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L. et al. 2003. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters [J]. *Pediatrics*, 111, 6-14.
- [21] Flores, G., Abreu, M. & Tomany-Korman, S. C. 2005. Limited English proficiency, primary language at home, and disparities in children's health care: How language barriers are measured matters [J]. *Public Health Reports*, 120, 418-430.
- [22] Gazmararian, J. A., Curran, J. W., Parker, R. M., Bernhardt, J. M. & DeBuono, B. A. 2005. Public health literacy in America: An ethical imperative [J]. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 317-322.
- [23] Ginsberg, C., Martin, V., Andrulis, D., Shaw-Taylor, Y. & McGregor, C. 1995. *Interpretation and translation services in health care: A survey of US public and private teaching hospitals* [M]. Washington, DC: National Public Health and Hospital Institute.
- [24] Grice, H. P. 1975. Logic and conversation [A]. In P. Cole & J. L. Morgan (Eds.), *Syntax and semantics: Speech acts* (Vol. 3) [C]. Cambridge, MA: Harvard University. 41-58.
- [25] Grieco, E. M. G. 2010. Race and hispanic origin of the foreign-born population in the United States: 2007 [OL]. <http://www.census.gov/prod/2010pubs/acs-11.pdf> (accessed 2/14/2012).
- [26] Hampers, L. C., Cha, S., Gutglass, D. J., Binns, H. J. & Krug, S. E. 1999. Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department [J]. *Pediatrics*, 103, 1253-1256.
- [27] Hampers, L. C. & McNulty, J. E. 2002. Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: Effect on resource utilization [J]. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 1108-1113.
- [28] Hicks, L. S., Tovar, D. A., Orav, E. & Johnson, P. A. 2008. Experiences with hospital care: Perspectives of Black and Hispanic patients [J]. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 1234-1240.
- [29] Hsieh, E. 2006. Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions [J]. *Social Science & Medicine*, 62, 721-730.
- [30] Hsieh, E. 2007. Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters [J]. *Social Science & Medicine*, 64, 924-937.
- [31] Hsieh, E. 2008. "I am not a robot!" Interpreters' views of their roles in health care settings [J]. *Qualitative Health Research*, 18, 1367-1383.

- [32] Hsieh, E. 2009. Moving beyond a conduit model: Medical interpreters as mediators [A]. In D. E. Brashers & D. J. Goldsmith (Eds.), *Communicating to manage health and illness* [C]. New York: Routledge. 121-146.
- [33] Hsieh, E. 2010. Provider-interpreter collaboration in bilingual health care: Competitions of control over interpreter-mediated interactions [J]. *Patient Education and Counseling*, 78, 154-159.
- [34] Hsieh, E., Ju, H. & Kong, H. 2010. Dimensions of trust: The tensions and challenges in provider-interpreter trust [J]. *Qualitative Health Research*, 20, 170-181.
- [35] Hsieh, E. & Kramer, E. M. 2012. The clashes of expert and layman talk: Constructing meanings of interpreter-mediated medical encounters [A]. In C. Callahan (Ed.), *Communication, comparative cultures and civilizations* (Vol. 2) [C]. Cresskill, NJ: Hampton. 19-44.
- [36] Kapp, M. B. 2007. Patient autonomy in the age of consumer-driven health care: Informed consent and informed choice [J]. *Journal of Legal Medicine*, 28, 91-117.
- [37] Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H. & Mutha, S. 2007. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency?—A systematic review of the literature [J]. *Health Services Research*, 42, 727-754.
- [38] Kaufert, J. M. & Putsch, R. W. 1997. Communication through interpreters in healthcare: Ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language, and power [J]. *The Journal of Clinical Ethics*, 8, 71-87.
- [39] Keselman, O., Cederborg, A.-C. & Linell, P. 2010. "That is not necessary for you to know!" Negotiation of participation status of unaccompanied children in interpreter-mediated asylum hearings [J]. *Interpreting*, 12, 83-104.
- [40] Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y. & Paulsen, C. 2006. *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy* [M]. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- [41] Leanza, Y. 2005. Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers [J]. *Interpreting*, 7, 167-192.
- [42] Leanza, Y. 2008. Community interpreter's power: The hazards of a disturbing attribute [J]. *Journal of Medical Anthropology*, 31, 211-220.
- [43] Leanza, Y., Boivin, I. & Rosenberg, E. 2010. Interruptions and resistance: A comparison of medical consultations with family and trained interpreters [J]. *Social Science & Medicine*, 70, 1888-1895.

- [44] Lee, J. 2009. Interpreting inexplicit language during courtroom examination [J]. *Applied Linguistics*, 30, 93 - 114.
- [45] Leyva, M., Sharif, I. & Ozuah, P. O. 2005. Health literacy among Spanish-speaking Latino parents with limited English proficiency [J]. *Ambulatory Pediatrics*, 5, 56 - 59.
- [46] Messias, D. K. H., McDowell, L. & Estrada, R. D. 2009. Language interpreting as social justice work: Perspectives of formal and informal healthcare interpreters [J]. *Advances in Nursing Science*, 32, 128 - 143.
- [47] Ngo-Metzger, Q., Sorkin, D. H. & Phillips, R. S. 2009. Healthcare experiences of limited English-proficient Asian American patients: A cross-sectional mail survey [J]. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 2, 113 - 120.
- [48] Pantilat, S. (2008). Ethics fast fact: Autonomy vs. beneficence [OL]. http://missinglink.ucsf.edu/lm/ethics/Content%20Pages/fast_fact_auton_bene.htm (accessed 2/14/2012).
- [49] Pham, K., Thornton, J. D., Engelberg, R. A., Jackson, J. C. & Curtis, J. R. 2008. Alterations during medical interpretation of ICU family conferences that interfere with or enhance communication [J]. *Chest*, 134, 109 - 116.
- [50] Quill, T. E. & Brody, H. 1996. Physician recommendations and patient autonomy: Finding a balance between physician power and patient choice [J]. *Annals of Internal Medicine*, 125, 763 - 769.
- [51] Rivadeneyra, R., Elderkin-Thompson, V., Silver, R. C. & Waitzkin, H. 2000. Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter [J]. *American Journal of Medicine*, 108, 470 - 474.
- [52] Roat, C. E., Putsch, R. W., III & Lucero, C. 1997. *Bridging the gap over the phone: A basic training for telephone interpreters serving medical settings* [M]. Seattle, WA: Cross Cultural Health Care Program.
- [53] Rosenberg, E., Leanza, Y. & Seller, R. 2007. Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters [J]. *Patient Education and Counseling*, 67, 286 - 292.
- [54] Rosenberg, E., Seller, R. & Leanza, Y. 2008. Through interpreters' eyes: Comparing roles of professional and family interpreters [J]. *Patient Education and Counseling*, 70, 87 - 93.
- [55] Rothman, D. J. 2001. The origins and consequences of patient autonomy: A 25-year retrospective [J]. *Health Care Analysis*, 9, 255 - 264.
- [56] Sarver, J. & Baker, D. W. 2000. Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit [J]. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 256 - 264.
- [57] Shin, H. B. (2003). Language use and English-speaking ability, 2000 [OL]. <http://www.census.gov/prod/2003pubs/c2kbr-29.pdf> (accessed 2/14/2012).
- [58] Shin, H. B. & Kominski, R. A. (2010). Language use in the United States [OL]. <http://www.census.gov/population/www/socdemo/language/ACS-12.pdf> (accessed 8/9/2010).
- [59] Thornton, J. D., Pham, K., Engelberg, R. A., Jackson, J. C. & Curtis, J. R. 2009. Families with limited English proficiency receive less information and support in interpreted intensive care unit family conferences [J]. *Critical Care Medicine*, 37, 89 - 95.
- [60] Tocher, T. M. & Larson, E. B. 1996. Interpreter use and the impact of the process and outcome of care in type II diabetes [J]. *Journal of General Internal Medicine*, 11, 150.
- [61] Tocher, T. M. & Larson, E. B. 1999. Do physicians spend more time with non-English-speaking patients? [J]. *Journal of General Internal Medicine*, 14, 303 - 309.
- [62] U.S. Census Bureau. (2001). Profile of the foreign-born population in the United States, 2000 [OL]. <http://www.census.gov/prod/2002pubs/p23-206.pdf> (accessed 2/14/2012).
- [63] Waitzkin, H. 1991. *The politics of medical encounters: How patients and doctors deal with social problems* [M]. New Haven, CT: Yale University Press.
- [64] White, K. & Laws, M. 2009. Role exchange in medical interpretation [J]. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11, 482 - 493.
- [65] Woloshin, S., Schwartz, L. M., Katz, S. J. & Welch, H. G. 1997. Is language a barrier to the use of preventive services? [J]. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 472 - 477.
- [66] Youdelman, M. & Perkins, J. (2002). Providing language interpretation services in health care settings: Examples from the field [OL]. <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2002/May/Providing-Language-Interpretation-Services-in-Health-Care-Settings-Examples-from-the-Field.aspx> (accessed 2/14/2012).
- [67] Youdelman, M. K. 2008. The medical tongue: U. S. laws and policies on language access [J]. *Health Affairs*, 27, 424 - 433.

Patient Autonomy and Patient Empowerment in Interpreter-Mediated Medical Encounters

Abstract: Medical interpreters often face interactional dilemmas as they mediate, negotiate, and reconcile provider-patient differences. In this paper, we will examine (a) how interpreters' understanding of patient autonomy shapes their choices of communicative strategies and (b) providers' and interpreters' understanding of patient empowerment. We also will explore how differences in providers' and patients' understanding create tensions and challenges in their collaboration. Our data includes participant observation, in-depth interviews, and focus groups.

Extending from past literature that recognizes interpreters' active involvement in medical encounters, we will further explore how the interpreters' strategies improve or hinder patients' autonomous decisions in their illness events. We will investigate how interpreters' specific strategies (i.e., making inexplicit information explicit and providing means of self-efficacy) influence patient autonomy and patient empowerment. Our findings will demonstrate that interpreters' active involvement is essential in creating the necessary conditions (e.g., health literacy) that enable patients to make autonomous decisions. Their interventions not only facilitate the immediate provider-patient interactions but can also have long-lasting impacts on providers' and patients' communicative competence. We will conclude the manuscript by identifying specific principles that should guide interpreters' communicative practices in health care settings.

Key words: medical interpreting; provider-patient communication; communication; autonomy; empowerment

【作者简介】 谢怡玲 (Elaine HSIEH), Associate Professor, Department of Communication, University of Oklahoma. Research Interests: Medical Interpreting and Health Communication.

Eric KRAMER, Professor, Department of Communication, University of Oklahoma. Research Interests: Intercultural Communication and Comparative Civilization.

【电子邮件】 chsieh@ou.edu

人云亦云、人云“异”云

——论人际修辞理论下会话隐含口译效度的实现

鲍晓英

摘要: 会话隐含在话语交际中普遍存在,会话隐含口译效度是译者实现说话人会话隐含意图的程度,要实现会话隐含口译效度,主要有两种翻译方法:人云亦云或人云“异”云,译者可以在人际修辞理论的诸多原则的指导下选择适当的会话隐含翻译方法提高口译效度。

关键词: 口译效度;会话隐含;人际修辞理论

人际交流中,说话人的意图有时与言辞没有直接的必然的联系,所要表达的意思通常要比言辞形式直接负载的意思多。话语字面意思与说话人真正所要表达的意图不相符合,甚至完全相悖或毫不相干,这种潜藏在话语深层和表层意义不一致的意义,称之为话语的隐含意义,即会话隐含。“隐含”是自然语言逻辑中大量存在的思维现象,会话隐含隐而不显,含而不露,隐含意义是交际中的真正意图,是语句使用的最终目的。人际交流中会话隐含普遍存在,Verschueren 甚至认为意义完全外显是不现实的,话语意义总是要大于句子的字面意义。话语语言所留下来的隐含信息总比能明确表达的更多(Verschueren 2000: 26—27)。

口译是人际交流的话语活动,口译中不可避免遇到会话隐含翻译,要实现口译的效度,译者经常面临选择,是以“隐含”对“隐含”“人云亦云”按照字面翻译,还是“人云‘异’云”显化会话隐含的意思,译者对此往往举棋不定,缺乏理论指导。本文试图从人际修辞理论出发,以为译者提供会话隐含口译方法理论指导,帮助他们做出恰当的选择,提高口译效度。



翻译与跨文化交流： 积淀与视角

Translation and Intercultural
Communication:
Impacts and Perspectives

谭载喜 胡庚申 主编