



Y3448994

分类号_____

密级_____

UDC_____

编号_____

华中师范大学

硕士学位论文

会话分析视野下护患会话的 言语特征研究

学位申请人姓名: 张 媛

申请学位学生类别: 全日制硕士

申请学位学科专业: 语言学及应用语言学

指导教师姓名: 刘云 教授



Y3448994

分类号 _____

密级 _____

UDC _____

编号 _____

華中師範大學
碩士學位論文

会话分析视野下护患会话的
言语特征研究

学位申请人姓名: 张 媛

申请学位学生类别: 全日制硕士

申请学位学科专业: 语言学及应用语言学

指导教师姓名: 刘云 教授



硕士学位论文
MASTER'S THESIS

硕士学位论文

会话分析视野下护患会话的言语特征研究

论文作者：张媛

指导教师：刘云 教授

学科专业：语言学及应用语言学

研究方向：应用语言学

华中师范大学文学院

2018 年 5 月



硕士学位论文
MASTER'S THESIS

Exploring Language features of Chinese Nurse-patient Relationship Through Interviews:A Discourse Perspective

A Thesis

Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement
For the M.A Degree in Linguistics and Applied linguistics

By

Yuan zhang

Postgraduate Program

School of chinese Language and Literature

Central China Normal University

Supervisor: Yun Liu

Academic Title: Professor

Signature _____

Approved

May. 2018



华中师范大学学位论文原创性声明和使用授权说明

原创性声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是本人在导师指导下，独立进行研究工作所取得的研究成果。除文中已经标明引用的内容外，本论文不包含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的研究成果。对本文的研究做出贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明。本声明的法律结果由本人承担。

作者签名：张媛

日期：2018年5月8日

学位论文版权使用授权书

学位论文作者完全了解华中师范大学有关保留、使用学位论文的规定，即：研究生在校攻读学位期间论文工作的知识产权单位属华中师范大学。学校有权保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许学位论文被查阅和借阅；学校可以公布学位论文的全部或部分内容，可以允许采用影印、缩印或其它复制手段保存、汇编学位论文。（保密的学位论文在解密后遵守此规定）

保密论文注释：本学位论文属于保密，在____年解密后适用本授权书。

非保密论文注释：本学位论文不属于保密范围，适用本授权书。

作者签名：张媛

日期：2018年5月8日

导师签名：

日期：2018年5月8日

本人已经认真阅读“CALIS 高校学位论文全文数据库发布章程”，同意将本人的学位论文提交“CALIS 高校学位论文全文数据库”中全文发布，并可按“章程”中的规定享受相关权益。同意论文提交后滞后：☐半年；☐一年；☐二年发布。

作者签名：张媛

日期：2018年5月8日

导师签名：

日期：2018年5月8日



中文摘要

本篇文章以护患会话的结构特征和言语特征作为研究对象,在护患话语语料的基础上,以会话分析为主要方法,对护患会话进行全面探究,试图通过对护患会话结构和言语特征的研究进而揭示出护患之间的互动实践的过程、本质、特征与规律。最终为如何提高护患之间的沟通交流技巧提出合理化的建议,以期缓解护患矛盾和护患冲突,为建立和谐互动的新型护患关系做出贡献。论文主要分为四个部分:

第一章是绪论部分,这一部分主要对国内外研究现状进行综述,对研究的意义、运用的理论和方法进行阐述,对语料的搜集和转写所使用的一些符号和研究方法进行表述,对护患会话与医患会话之间的差别进行描述。

第二章主要从会话中的话轮和相邻对的特点来阐述护患会话的结构特点。首先对护患会话中的话轮构成作了具体阐述,其次通过语料分析护患会话的整体序列结构,最后探讨了护患会话中相邻对的主要类型,分析了整体结构中不同阶段的相邻对特征。

第三章主要在已有的会话分析的基础上,从会话分析的言语特征的角度对护患会话中的打断现象、回述现象和修正现象进行具体的分析。首先对护患会话中所出现的打断现象、回述现象、修正现象进行分类,根据语料中所出现的打断现象、回述现象、修正现象进行描述分析并总结这些会话特征在护患交流中的特点和影响。

第四章是全文的结语部分,全文通过护患会话语料的分析研究,深入探讨了护患会话的独特的言语特征。在对护患会话结构的分析中,所用语料为自己转写的语料,可能转写过程中因为自己主观性和疲累性容易出现失误,同时文章描写多于解释,过多的对话料进行描写,而解释不充分,文章写作的理论深度还不够高,需要加强理论学习。

关键词:护患会话; 话轮; 相邻对; 打断; 回述; 修正



Abstract

Based on recorded conversations in well-known hospital of Ganzhou which is a city of Jiangxi, This article adopts conversational analytical approach in study of structural features and language characteristics in the nurse-patient conversation. We carried out a comprehensive exploration in the nurse-patient conversation through the empirical method, inductive method, comparison method and other methods. It reveals the processes, nature, characteristics and patterns of the interactive-action. Aiming to relieve the conflict between the patient and the patient, and to make contribution to the establishment of a new type of nursing relationship. Finally we put forward my own reasonable suggestions on how to improve communication skills between nurses and patients. The thesis is divided into four chapters.

The first chapter is the introduction part, we summarize some domestic and foreign-related theory about nurse-patient conversations, using the theory and method to explain the significance and purpose of the study this article, some symbols and research methods used in the collection and transfer of corpus. Describes the difference between a doctor-patient conversation and a nurse-patient conversation.

The second chapter, we mainly discuss the structure characteristics of the nurse-patient conversation from the characteristics of turn-taking and adjacency pairs. First of all, it makes specific explanation on that constituting of the turn-taking in the nurse-patient conversation. Secondly, it also analyzes that overall sequence structure of the session through the corpus, in the end, we talked about the main type of adjacency pairs in the nurse-patient conversation.

The third chapter, From the point of view of the language characteristics of the conversation analysis, this paper makes a detailed analysis of the interruption, restatement and the correction. First, we categorize the interruption, restatement and the correction and then describe and summarize the characteristics and influence of these conversational characteristics in the communication.

The fourth chapter is the conclusion part of the full article. On the one hand, the contents of this paper are summarized, through the analysis and research of conversational corpus, we discuss unique characteristics of the nurse-patient conversation. On the other hand, this article also has many problems need to be solved.

Key words: nurse-patient; conversation turn-taking; adjacency pairs; interruption restatement; correction



目 录

中文摘要	I
Abstract	II
一、绪 论	1
1.1 研究背景	1
1.2 研究意义	4
1.3 研究方法和运用的理论	5
1.4 语料说明及相关转写符号	6
二、护患会话的会话结构特点	8
2.1 护患会话的话轮构成	8
2.1.1 话轮形式	8
2.1.2 话轮构成方式	9
2.2 护患会话整体序列结构	12
2.3 护患会话的相邻对	15
2.3.1 相邻对	15
2.3.2 护患会话结构中的相邻对	17
三、护患会话的言语特征	22
3.1 护患会话的打断现象	22
3.1.1 打断现象分类	22
3.1.2 打断现象的分析	23
3.1.3 打断现象对护患关系的影响	28
3.2 护患会话的回述现象	29
3.2.1 回述的序列组织	29
3.2.2 回述的语料分类	30
3.2.3 回述现象的具体分析	30
3.2.4 回述现象对护患关系的影响	35
3.3 护患会话的修正现象	36
3.3.1 会话修正的基本模式与结构	36
3.3.2 护患会话修正策略分类	43
3.3.3 会话修正对护患关系的影响	45
四、结 语	46



4.1 小结	46
4.2 不足	47
参考文献	48
致 谢	51



一、绪 论

1.1 研究背景

护患会话是医疗会话体系的一部分，属于医疗语言学。医疗语言是指“在医院或诊所这一环境中，作为这一机构的主体所使用的口头、书面和体态语等。这一主体既包括医务人员的医生和护士，也包括接受服务的患者及其家属。”^①

随着发展的日新月异，以医患关系为基础的医患会话得到了重点发展，医患会话是指在医院或诊所中，医生和患者关于患者病情所进行的口头会话，其中强调的是医生作为主体的会话，而护士作为护理人员，并不属于医生的范畴，因此不包括护士与病人及书面语。而护患关系的研究却停滞不前，只是将其作为医患会话的附属在医患会话中简要提及。患者、医生、护士三者相互依存同时也相互独立，护患会话作为医疗语言学体系的一部分，其发展过程也有重要的研究价值。只有对患者、医生和护士之间的话语进行综合考量，才有可能完善医疗语言这一系统。基于此，本文选择护患会话作为研究的重点。

同时护患会话也属于机构性会话。机构性话语就是在特定的机构类型中所产生的会话，机构性话语的典型特征是目的性和任务性。同时，不同的机构类型所产生的机构性功能也不一样，这意味着一方面机构性会话是带有目的和任务所产生的会话，另一方面机构性会话具有多方面的功能。如电视节目中主持人与嘉宾的会话是为了娱乐观众；法庭上法官的话语是为了证明嫌疑人的罪名是否成立；课堂上师生的会话是为了传授知识；110 报警电话的目的是在面临危险时希望得到公安系统的服务和帮助。与此相同，医患会话的目的是为了帮助患者解决病痛折磨，护士患者的会话的目的是为了更好的护理患者的病情并帮助其脱离病痛的伤害。然而，所不能忽视的是，话语结构是会话功能实现的保障，话语结构的构建和支撑使得机构性会话功能得以实现。同时，不同类型的机构性会话具有不同类型的话语结构特征，护患会话作为机构性会话也有其话语结构特征。因此本文从会话角度分析护患会话。

国外关于护患关系的研究最早是在研究医疗活动的健康来访研究中提到：Heritage and sefi (1992)分析了在美国医疗体系中护士通过上门来访在向曾接受过护理的新晋母亲提出建议时，其接收者对护士产生怀疑或拒绝情况的困境

^① 刘兴兵,刘琴,中国当代医疗语言学研究综述[J]医学与哲学(A) 2014.11



^①Heritage and sefi 通过考察给出和接受建议的方式来分析具体的情况。其建议的给出可以分为新晋母亲要求护士给出建议和护士通过互动主动提出建议两种,但一般是护士率先通过发现新生儿母亲在医疗护理方面存在的问题,再针对出现的问题给出建议。而新生儿母亲在接受建议方面,态度通常比较模糊。Heritage 研究了来访护士在不同情况不同境遇中如何设计不同的问题来得到他们需要的信息,其中提到乐观化原则和接受者原则。Jones 通过会话分析研究自然语境下的护患会话,在会话分析长期搁置以后再次重返人们视线,反映了会话分析是研究机构会话的重要武器。Raymond (2010) 分析了美国医疗体系中来访护士对患者进行上门医疗护理时使用一般疑问句所体现出的人际交往能力。^②Guest and Miyuki(2011)通过多种方式收集护患英语语料,从而研究在日本国内的护理专业中所使用的护患英语教材的合理性。Heritage (2011)研究基本医疗护理的问题,其最大的价值在于运用会话分析的方法研究了在咨询过程中交际过程的三个障碍。

国内最早开始进行研究的方向是医疗语言学。从 20 世纪 80 年代后半期开始有论文发表,在论文中,医疗语言中最早用医务人员表示医生和护理人员的集合,随着研究的深入以及医生在医疗机构中的主体地位,医生与患者之间的会话逐渐成为研究主流,国内开始运用各种分析方法对医患会话进行系统研究。国内的研究主要从医疗语言学的学科理论构建和具体研究两方面进行研究。

理论构建方面主要是初步建立了理论框架,但未能充分融合沟通学与语言学的理论,较少客观分析患者的语言特点和贡献,未能深入讨论相关的语用、社会、心理、认知等因素。其理论的推广主要是由以下专著所主导:王锦帆《医患沟通学》;姜学林、赵世鸿《医患沟通艺术》;姜学林《医疗语言学初论》、《医学沟通学》;李永生《临床医学语言艺术》;姜学林、曾孔生《医疗语言学》;尹梅《医学沟通学》;李永生、朱海兵《医务语言学概论》。

运用语言学方法进行具体研究方面主要是从两个角度进行研究:一方面是汉语言学理论和医疗实践相结合。通过具体的医疗实践对医务人员的语言类型和特点进行讨论,对医务人员语言的效果和功能进行探讨,对决定医疗语言发展态势的因素进行分析,对可能出现的医务人员临床用语的各种不良现象及其根源进行总结。并且要求医务人员各方面必须符合所既定的要求,包括医务人员的语言、肢体语言、副语言等。即医务人员在服务过程中需要满足其所要求原则和技巧,如:服务治疗、

^① Heath, Christian 1992 The delivery and reception of diagnosis and assessment in the general practice consultation. In Paul Drew and John Heritage(eds.), Talk at Work[M]. Cambridge: Cambridge University Press, 235-267.

^② Debora A. Paterniti, Tonya L. Fancher, et al. 2010 Getting to "No" Strategies Primary Care Physicians Use to Deny Patient Requests[J]. American Medical Association 170(4),381-388.



表达共感、谨言慎语、幽默艺术、规范准确、善于提问、通俗科学、因患施语、文明礼貌等。^①

另一方面是借鉴西方语言学理论的研究。这里包括从语言现象方面：描述、进行分类、分析医患会话的重复、打断、问句、回述、权势不平等等现象，并提出这些现象产生的原因和语用功能。从语用策略和原则方面：利用合作原则和礼貌原则对医患之间为提高会话效率而提出的合作、礼貌等策略。从患者的语言特点方面：通过医患会话的词汇、语法、语篇等语法层和结构层的特点来研究患者语言特点。从在会话分析模式的构建方面：如顾曰国在国外的《text》等权威杂志上连续发表三篇文章，为我国医疗语言学开了先河，希望通过国外的理论来研究中国医疗情况的适配性。后期顾曰国通过引入叙事医学、现象学、复调理论等新的研究视角和方法来对护士和患者之间的关系进行研究。

随着中国医院的分类越来越明晰，医生和护理人员的担任的职责越来越明晰，分工越来越细致。主要指医生与患者之间的关系的医患关系受到越来越多学者的关注和研究，而与之相对应的护患会话在医疗语言学的研究热潮中却坐了冷板凳。这导致护患会话的语言学研究十分匮乏。而使用会话分析的角度对护患会话进行研究更是少之又少。近年来，护患会话的关注度有所提升，关于护患会话的研究也变得丰富起来。杨峥、高月琴、蒋兰（2010）提出从社会语言学角度分析护患对话，结合话语分析的相关理论细致的分析护患对话的特点和影响护患对话的主要因素。^②董博宇、李娜（2012）进行了护患英语会话结构研究，从会话分析角度出发考察护患会话结构，尝试描述护患门诊挂号会话的结构。^③其以刘虹的八种对答结构为基础，对中国背景下的护患结构进行研究。其研究把护患门诊挂号会话宏观结构和护患门诊挂号会话微观结构相结合，细致深入的研究了护患门诊挂号的会话结构。冯小玮（2016）提出从批评语言学视角下对医患、护患会话的对比研究。^④以批评语言学理论为分析框架，以医患会话和护患会话作为对象对比双方的问句、打断和情态方面的异同，并从其异同中挖掘出其隐藏的权势关系根源，为医患会话和护患会话的批评语言学分析提供一个新的视角。

同时与医患会话与护患会话通常会混为一谈，实际上虽然医患会话与护患会话都属于医疗会话，但是护患会话又有其自身独特的地方。主要是在交际权势方面的差异上。这些差异对形成护患之间的独特会话特征有重要的影响。

^① 刘兴兵,刘琴.中国当代医疗语言学研究综述[J].医学与哲学,2014,(11).

^② 杨峥,高月琴,蒋兰.从社会语言学角度分析护患对话[J].语文学刊(外语教育教学),2010,(7).

^③ 董博宇,李娜.护患英语会话结构研究——以门诊挂号为例[J].安徽文学,2012(9).

^④ 冯小玮.批评语言学视角下的医患、护患会话对比研究[J].南京医科大学学报,2016,(2).



交际权势关系是指交际双方在互动过程中,交际双方所拥有的话语权力的关系。众所周知,医患会话中医患之间存在权力的不平衡或不对称,这对医患互动方面就有很大的影响,而护患会话与医患会话一个很大的区别就是其交际权势方面的区别。从护患所传递的医学信息上看,护士虽然掌握着患者所缺乏的医学知识和技能,但是患者在新入院以后,其迫切希望通过与护士的交流来获得关于自身疾病所产生的原因、治疗、用药、饮食等方面的信息。并且由于患者自身所处环境的陌生以及对自身疾病的忧虑会对其所处环境的周围信息如护士的名称、护士的工作态度、主管医生的业务水平等方面具有需求。这使得护士需要随时准备好向处于信息弱勢的患者及时提供各种医疗信息和注意事项。因此,医学信息的不平衡并没有导致护患之间话语权势的不平衡。从护患人际关系上看,护士作为医院的服务人员,其与医生代表医院提供帮助的地位不一样,护士是“天使”的存在,护士是通过对患者身心各方面的治疗和关怀来达到护理的效果,病人来医院求医问药的弱势地位不再明显,更多的是表现为被护士所服务的消费者的地位,因此,在护患会话中由人际关系不对称所导致的权势差异也日渐缩小。

总而言之,在机构会话中,交际双方权势关系的差异对双方交际结果具有很大的影响,医患会话中医生和患者之间权势不平衡,医生在这种关系不对称和权势不对称中处于强势,而患者处于弱势地位。在护患会话中,护士与患者之间的权势差异并不明显,并没有明显的强势地位和弱势地位。

1.2 研究意义

本文主要对护患之间的微观会话结构和宏观言语特征等互动过程进行细致分析和认真探讨,本论文研究既具有一定的理论价值又具有现实意义。

从理论意义上看,虽然医患会话的研究成为了一股研究热潮,但是对护患会话进行专门的研究却比较缺乏,大多数有关护患会话的方面都只是在医患会话研究过程中偶尔出现而不成系统。而运用会话分析理论进行护患会话的专门研究的更是少之又少。会话分析在医疗语言学的运用最早是以英语为分析对象,会话分析视角下以汉语为分析对象的医患会话研究也是在近十年开始兴起,而研究护患会话的文章并不常见。因此,本文针对护患会话的言语特征进行分析研究,通过会话分析理论研究得出护患会话所独有的特征,一方面会话分析作为一种研究方法可以为其他机构性会话提供借鉴,从而提高会话分析的研究广度和深度;另一方面这能为研究护患关系提供了一个新的视角,拓宽护患会话的研究范围,加深护患会话的研究深度,同时丰富和完善有关医疗会话的研究。



从实践意义上看,在护患交流中,有效的沟通是专业护理的一个重要方面,历史上一直认为这种沟通是在以病人为中心的护患关系中不可或缺的。然而,对医疗人员的沟通技巧的担忧一直是争论的焦点。目前,医务人员与患者之间的关系是一种较为紧张的社会关系。人们抱怨说他们没有得到满意的医疗服务;医务人员抱怨他们的病人不了解他们的工作并信任他们。病人和医务人员之间的冲突一直在发生。因此护患关系也是一个重大的社会问题,护患沟通困难、双方关系紧张等现状使护患关系逐渐成为医疗关系中不可忽视的一环,护患矛盾、护患纠纷是当今重要的社会医疗问题。因此如何通过制度和措施使得护患之间获得良性互动,使得护患关系得到明显改善、护理服务效果得到具体提升。这些都是迫切要求解决的重要问题。而这些问题的关注和解决既有利于形成社会主义核心价值观也有利于推动社会主义和谐社会的构建。基于此,本文从语言学角度对护患交际进行细致分析,试图揭示护患会话互动的言语特征,尝试着理解护患交际的动态过程。希望借此深刻理解我国的护患关系,关于如何从护患互动中规范其交际语言这一问题和如何通过多种交际方式的运用解决护患纠纷这一问题提出了自己的看法,进而改善护患关系,为构建和谐社会提供相应的策略与实证支持。这也有助于医患关系的和谐顺畅的发展。

1.3 研究方法和运用的理论

本文主要采用的是会话分析的理论方法,受 Harold Garfinkel 和 Erving Goffman 的启发,会话分析是在 20 世纪 60 年代末和 70 年代早期发展起来的,主要由社会学家 Gail Jefferso 和 Emanuel Schegloff 以及 Harvey Sacks 一起研究。当时由于社会互动方式的研究受到社会语言学家的忽略,因此当时的科学界普遍认为互动是无规律可循的,并且社会互动的系统分析没有研究价值只会浪费时间和精力。而美国社会科学家 Goffman 却不以为然,反而重点研究语言的互动结构及其秩序,最终其研究成果推翻了传统的见解,颠覆了过去语言学家认为互动是无序的、杂乱无章的看法,为会话分析研究的革命性变化奠定了基础。如今会话分析已经成为研究社会学、人类学、语言学、言语交际学和心理学的一种成熟的理论方法。它在研究社会语言学、话语分析和社会心理学等具有互相影响力的学科方面具有特别的影响。

“会话”指的是人们彼此交谈,作为一种交际的形式只是单纯的为了交流,或者可以用来表示任何互动的、独立于它的目的的谈话活动。会话分析是对日常生活中的语言和非语言交流的研究,是一种分析口语话语的方法,它着眼于人们如何管



理日常会话的互动。会话分析的研究目的是发现并解释在对话中相互产生和理解行为的实践。这些实践在很大程度上通过识别对话中的模式而被发现。会话分析是研究社会生活的问题，在最普通的情况下，在具体的细节中审视日常的、自然发生的活动。它的基本立场是，社会行动对那些生产它们的人来说是有意义的，而且它们是自然的、研究者通过研究可以发现和分析的组织。它的独特性在于找到可复制的规则和构成这种秩序的结构。

会话分析最独特的方法特征是研究基于实际交互的转录录音，也就是说记录的是“自然发生”的对话，换句话说，被记录的语料是在人们的日常生活中尽可能地处于自然状态的话语，而不是被预先安排在实验室里，或者是在实验上设计的。目前通用的语料获取主要是通过各种电子设备如录音笔、摄像机、录音机、手机等工具的录音功能或视频功能将语料以音频或视频等方式存储，再运用人工听取录音的手段进行对话料的整理，最终获得所需结果。

本文主要采用会话分析的理论方法，再辅以实证法、归纳法、对比法、基于语料库的定量研究法等研究方法，通过人工录音转写自建小型语料库，从而考察护士和患者互动过程中的可察觉可记录的会话规律。

1.4 语料说明及相关转写符号

Have 认为会话分析的研究过程一般可分为四个阶段：获得录制自然交谈的录音或录像——转写录音或录像——分析所选择的片段——报告研究结果。其中获取语料的方式包括复制广播或电视节目的谈话、利用他人录制的录音录像和自己录制。

本文所用语料一方面来自于在医院现场实地录音之后加工转写完成的。以江西省赣县区人民医院临床科室为主要语料采集点，录音的对象包括 11 名护士及其所负责的 88 个临床患者。另一方面来自于以护士作为主角的电视节目《护患情景会话》。

转写系统主要参考 Heritage，另有适当修改，会话语料转写符号与意义如下：

N	:	nurse
P	:	patient
=	:	表示会话方的话语被打断的地方
(.)	:	表示极短的停顿，一般少于 0.2 秒
(0.0)	:	表示以秒为单位停顿或沉默
(.....)	:	表示录音根本听不清楚的话语
“:”	:	表示语音延长



- “::” : 表示语音延长时间更长
- : 表示提请注意，为讨论的相关部分
- 【】 : 表示听不懂的医药专业名词



二、护患会话的会话结构特点

2.1 护患会话的话轮构成

“话轮”是 Sacks 等人通过研究发现日常会话存在衔接有序的特点，这说明会话中一定存在某种规则来控制会话的进行。刘虹（2004）认为话轮是指在会话过程中，说话者在任意时间内连续说出的一番话，其结尾以说话人和听话人的角色互换或各方的沉默为标志。^①刘虹强调了话轮是连续说出一番话以及结尾的独特特征。关于话轮的衡量标准分为两个方面，一方面是考虑交际者在一个语法语义完成序列的末尾是否连续说话，如果连续说话并且中途没有具有停顿和沉默，那么看作一个话轮，反之则不止一个话轮。另一方面是从角色互换方面考虑，即当交际双方在会话过程中出现角色互换，说话者变成听话者，听话者转为说话者时，这意味着原话轮的结束和新话轮的开始。因此，在交际过程中，说话的一方从开始说话到结束说话的连续的整个过程可以看作一个话轮。

2.1.1 话轮形式

从会话形式上看，护患会话分为门诊挂号或取药形式与临床护理形式。会话开头的类型主要可分为以下两种。一种是由护士发起的会话，以寒暄致意作为开始的标志，这种会话的开头与日常会话话语类似，通常是“问候——问候”的形式。一般为问候语+介绍或问候语+询问是否需要提供帮助。

门诊挂号形式的如：

N: 您好，这里是挂号处。

P: 您好，我要挂号完才能看病是吧。

N: 对，您要先挂号。

临床护理的如：

N: 左先生，您好，你的住院手续办好了，我是负责您的床位护士，我叫张 XX，您可以叫我小张。

P: 您好。

N: 您现在感觉怎么样？

P: (0.2s) 嗯，头还是有点晕。

其中除去问候部分，后一句是介绍。门诊挂号形式中是对部门的介绍，临床护

^① 刘虹. 会话结构分析[M]. 北京大学出版社, 2004.



理形式中是对自身的介绍。在介绍完之后护士立刻使用是否需要提供帮助的开放式问句。

另外一种形式是类型是询问式。在护患对话中应用这种模式始发话语者多为患者。患者忽略问候语直接询问医护人员要求获取自己需要的信息，并且通常会出现打断情况。如：

P: 李护士，我明天出院以后一天要吃多少蔬菜为好呢？

N: 一天的蔬菜重要达到八两到一斤。因为=

P: =八两大概是多少啊？

N: 那每餐至少保证一盘吧。

其中患者直接询问，忽略问候语，直接映射出两者之间的社会权势差异和礼貌策略的不同。

2.1.2 话轮构成方式

话轮构成方式是指每个话轮的元素构成具有不同的形式。有的话轮是由词或短语单独构成，有的话轮是由句子或句群构成。由词或短语单独构成的话轮进入到具体的会话应用中时，那些带有特定的语气、语调词和短语不再仅仅代表简单的构成要素，而是具有能够在机构会话中表达完整意思的功能。在机构会话中，话轮一般是由句子和句群构成，其中句子包括单句和复句。

单句构成的话轮包括主谓句和非主谓句构成。其中主谓句包括省略主语的主谓句，非主谓句包括词和短语。如：

T1 N: 血压降下来了。

T2 P: 更好了，是吧。

T3 N: 希望继续配合治疗

T4 P: 好 (...)

话轮 1 是由一个单句构成，话轮 2 是由短语构成，话轮 3 是由在情境中缺少主语的主谓句构成，话轮 4 是由独词句构成。

在会话过程中复句构成的话轮一般以省略关联词的紧缩形式出现。这主要是因为语言的经济性原则所导致的。如：

T1 N: 听您女儿说，您有糖尿病，是吗？

T2 P: 对，医生给我开单子了，都是降血糖的。

T3 N: 那您去一楼配了吗？

T4 P: (...) 没有。我自己去外面药店买了，医院的有点贵，我就自己去外面买的，我没有医保，自费的，想省点。



话轮 4 是复句构成的话轮,由四个分句组成并省略了关联词,以紧缩形式出现。句群构成的话轮分为护士的话轮构成的句群和患者的话轮构成的句群。

护士的话轮构成的句群:

T1 P: 护士, 护士, 我家小孩这个 (.) 心脏病可以治好吗?

T2 N: 嗯, 你家小孩情况其实不严重, 你先别哭, 你家小孩这个叫【室间隔缺损】, 你家小孩的缺口比较小, 0.3cm 左右, 治疗比较快, 两、三天就可以出院。现在我们病区做这类封堵术的小孩蛮多的, 隔壁房间就有好几个。

T3 P: 真的吗? 那我小孩现在能做吗?

T4 N: 你的小孩可以做这个, 年龄符合要求, 生理条件也符合。但是这段时间要加强营养, 保持大便通畅, 特别是身体状况一定要保持良好, 这是做手术的基础, 所以平时要让小孩少接受刺激, 避免着凉感冒, 少吃生冷油炸食品。这些您也不着急记, 到时候会给您发健康教育指导处方的, 现在主要把你小孩身体状况调整好。

话轮 2、4 是护士的话语构成的句群话轮。

患者的话轮构成的句群:

T1N: 张女士. 早上好你看起来精神不太好, 是不是昨晚没睡好呀?

T2P: 嗯. 没有。

T3N: 是不是担心你的宝宝在暖箱里的情况?

T4P: (.) 也不全是

T5N: 你能不能告诉我, 你担心什么?

T6P: 宝宝出生到现在一直放在暖箱里, 你每天都向我讲有关她的情况我知道, 在你们医生和护士的治疗下, 她在一天天好起来。主要是我先生每天晚上陪床, 白天又要上班, 看着他渐渐消瘦, 我心里很难受。

话轮 6 是患者的话语构成的句群话轮。

刘虹在关于话轮的构成情况中曾提到: “汉语日常会话的话轮有 44.4%是由句群构成的, 单句构成的话轮占 54.4%, 复句构成的话轮数量很少。”^①在日常会话中, 句群和单句所构成的话轮数多, 而复句由于其容易被打断分成单句话轮, 所以所占的比例较少。在护患会话这种机构会话中, 笔者通过收集到的护患会话语料把现有的语料中随机抽选分组, 在保证其他常量不变的情况下, 对其中的护士话轮数、患者话轮数以及每类话轮的构成情况进行了定量分析。在一共七组的护患会话中的统计结果如下: 话轮总数一共为 514 个, 其中护士话轮 311 个; 患者话轮 203 个。其中患者话轮中由单句、句群、复句构成的话轮数分别为 83 个、104 个、16 个。护

^① 刘虹. 会话结构分析[M]. 北京大学出版社, 2004.



士话轮中由单句、句群、复句构成的话轮数分别为 144 个、129 个、38 个.在护患会话话轮中各话轮构成形式所占的百分比见下表:

表 1 护患会话话轮中各话轮构成形式所占的百分比

	单句	复句	句群	总计
护士话轮	46%	12%	42%	100%
患者话轮	41%	8%	51%	100%

从统计结果我们可以看出,在护士的话轮中,由单句构成的话轮在话轮总数中所占的比例最高;句群所占的比例紧随其后,分别为 46%和 42%。在患者的话轮中,句群构成的话轮在话轮总数中所占的比例最高达 51%;单句次之。复句所占的比例最小为 8%。

从表格中各话轮构成来看,复句所构成的话轮数与单句和句群所构成的话轮数相差较明显。这是由复句在会话中的使用特性所决定的。刘虹在《会话结构分析》中认为“在汉语实际会话中,复句一般是以紧缩的形式出现的,关联词语很少。”^①也就是说,在会话过程中复句构成的话轮一般以省略关联词的紧缩形式出现。也正是因为这种紧缩形式,使得说话者容易在分句间进行停顿,而这种停顿又使得听话者认为说话者完成了话轮而进行打断,最终由复句构成的话轮变为各分句各自组成的独立话轮。这种打断不利于交际的顺利进行,因此,在会话经济性原则的驱使下,为了使护患双方能够获得最佳的会话体验,会话双方都会主动选择不易被打断的单句和句群,并减少复句的使用。

从护士话轮与患者话轮的对比上看,护士话轮和患者话轮的构成对比明显。虽然单句和句群构成的话轮占双方话轮的主体位置,但是明显可以看出护士话轮中单句话轮高于句群话轮,而在患者话轮中,单句话轮低于句群话轮,但总体来看,单句和句群话轮整体比例相对较平均。首先护患交际过程中,护士作为护理人员代表着医院这一机构,同时负载着向患者传达相关医疗信息,解决医疗问题的重任,因此当双方处于护士传达医疗信息情况的对话时,护士在“索取—给予”这一关系中属于“给予”的一方,护士需要向患者传达医疗信息、参与解决患者生理心理问题等。但是由于护患双方的权势关系与医患相比,权势关系较弱,当患者在汲取信息受到知识、能力等阻碍时,患者会及时打断护士的话轮,提出自己的疑惑,从而使护士单句话轮增加,复句话轮大幅度减少。其次当双方处于患者向护士需求帮助的

^① 刘虹.会话结构分析[M].北京大学出版社,2004.



会话时，患者通常会通过大量话轮来描述自己所面临的医疗困境，而护理人员作为此时的倾听者，一般很少打断或强行停止，而是在等话轮结束的时候给予反馈，因此，患者话轮中出现句群话轮的频率更高。

最后根据刘虹对日常会话的观察和总结可知：“日常会话中熟人之间的会话的话轮由句群构成的较多，句群的大量使用可以提高了会话的顺利性，而比较生疏的人之间的会话的话轮大多以单句构成，一般不会口若悬河。”^①这一总结也可以放入机构会话中来解释护患会话的情况。当护士初次面对患者时，比较生疏，可能使用的单句话轮比较多，随着护士通常会使用一些亲属称谓如“王大妈”、“李大姐”来拉近与患者的距离，使患者能够消除疏离感更通畅地把问题传达给护士。从而在护患会话中所使用的句群开始增多，最终护患会话主要以单句话轮和句群话轮为主，复句话轮为辅。

2.2 护患会话整体序列结构

会话整体序列结构是指话语的排列具有稳定的规律，而且这种排列不是偶然出现的，而是具有序列性的。会话分析理论提出能从这些序列的规律性中找到每个会话类型的特征，并对不同的会话类型进行分析总结。而护患会话作为目的性明显的机构会话，这种归纳总结的特征更加明显。序列结构 (sequence organization) 是会话分析学的一个基本概念，关注的是“交谈中行为的结构，即行为或话步如何连贯、有序、有意义地承续或连接”^②也就是说，会话的序列结构向我们展示了会话是如何进行的，会话过程的每一阶段都由序列结构来把控，这有利于进一步探索会话深层结构。会话分析从会话本身出发，把交际过程中整体的会话过程作为分析点，通过序列结构来把握会话发展脉络，摒弃外部因素来寻求隐藏在交谈过程中会话所共有的特征。要想通过交际者所交谈的所有过程所产生的会话来获得会话的整体序列结构规律，一般有两种方式，一是分析会话的宏观模式：分析大量的实际语料，再通过语料所呈现的特征研究会话的整体话轮结构；二是分析会话的微观模式：分析典型话轮，再根据其内部结构特征或者与上下文之间的关系来演绎整个话轮结构。这两种方法在医患会话和护患会话的研究中都使用过，但是本文主要是通过宏观和微观相结合所获得护患会话过程中整体序列结构。

这里的语料主要来自于临床护患会话，通过对语料的分析研究，本文认为护患会话的整体话轮序列结构主要遵循开始—护士提供术前相关指导—病人询问各种

^① 刘虹.会话结构分析[M].北京大学出版社, 2004.

^② SCHEGLOFF E A.Sequence organization in Interaction:A Primer in Conversation Analysis I[M].New York:Cambridge University Press, 2007:2-97.



情况—护士稳定病人心理状态—术后护士提供护理建议—结束的理想序列结构。如下完整的一段护士在对一个患者简单的整体会话实录。

T1 N: 王老师, 您好。这篮花好香啊, 谁买的呀?

T2 P: 是啊, 是我的孩子们送来的。

T3 N: 您好福气, 等身体养好了, 有更大的福气等着你呢。

T4 P: 是啊, 我现在什么都称心。就是这身体, 唉!

T5 N: 王老师, 您刚吃过晚饭, 我们起出去走走好吗?

T6 P: 好啊, 小李啊, 我明天就要手术了, 这个 (0.2s) 心里啊总觉得有毛子 (赣普话, 意为有点) 紧张。

T7 N: 王老师, 紧张是肯定的, 毕竟这是上手术台嘛, 但是您要相信我们医生的能力, 给您配的是副院长来做的手术, 他是这个手术的专家, 昨天才做了一例跟您的情况一模一样, 术后情况好的很, 过几天就可以出院啦。

T8 P: 是哦, 我为了等王院长的手术都等了一个星期了, 就是希望他来做, 你这样一说我心里就放松很多了。

T9 N: 刮风了, 我们回去吧, 具体的术前安排明天早上我还会来跟您细说, 您也不要急, 今晚好好睡一觉, 明天早上认真听安排。

T10P: 好的呀, 谢谢你啊小李, 跟你一讲, 我心里轻松好多啊。

(第二天早上)

T1 N: 王老师, 今早感觉怎么样, 今天你的手术安排在上午 11 点, 10 点半左右会开始给您安排具体的事项, 您需要吃完早饭后换上手术服, 然后进行查一下血, 早饭不要吃太多, 最好就喝喝粥就好, 但是一定要吃一点, 水不能喝太多, 吃完早饭, 休息一会就躺床上来等叫你的名字。

T2 P: 好。

进手术前:

T1 N: 王老师, 手术服换好了吗?

T2 P: 换好了。

T3 N: 好的, 待会进去打了麻醉就像睡一觉就出来了, 不要紧张, 身体放轻松。

T4 P: 我儿子女儿呢?

T5 N: 他们都在门口守着您呢, 你出来醒了就能看到他们。

手术后:

T1 N: 王老师, 恭喜你手术取得了成功。我知道您现在全身无力, 但是手术成功只是第一步, 接下来每一步都需要您的配合, 能做的吗?



T2 P: (王老师微微睁眼)能。

T3 N: 你需要保持左侧卧姿势最少两天,每天让你儿女给你四肢按摩一个小时保持血液畅通,两天后可以开始进食,这两天尽量吃流体;洗澡不能碰水,只能用湿毛巾擦;肛门排气了,大便是固体的时候记得要告诉我们。

T4 P: 好,这两天不能吃饭吗?

T5 N: 只能喝粥,喝牛奶,不能吃菜,两天以后才能慢慢的进食,最好吃医院根据你的病情所配置的营养餐。

T6 P: 感觉自己全身没有一点力气,头昏昏的;我不会有有什么后遗症吧。

T7 N: 你放心,手术很成功,你的肿瘤已经割除了。

T8 P: 那会不会复发啊。

T9 N: 复发这种事我们不敢保证,还要看你后续的调理情况。

T10P: 哦。

出院前:

T1 N: 这些药是一个月的量,吃完以后需要来医院复查情况;尽量不要提重物;不能吃海鲜和辣椒,食物尽量清淡,不要剧烈运动,如果发现头晕或伤口疼痛现象要及时来复诊。

T2 P: 哦,明白了,小李啊,我多久可以恢复正常啊?

T3 N: 王老师,您现在主要是在调养期,您年纪也大了,各种病容易并发,所以很多时候饮食啊起居啊都要注意,特别是如果有不舒服要及时就医,尽早检查。

T4 P: 嗯,好。谢谢你这段时间的照顾啊。

T5 N: 有没有,回去好好调养,身体尽早恢复啊。

T6 P: 好好好,我已经交代他们了,小李再见啊。

T7 N: 王老师再见啊,祝您早日恢复。

这组对话反映了护士与患者整体序列结构的情况。

开始阶段主要是问候阶段,护患会话需要护士具备良好的沟通能力,为了给和谐的护患关系提供基础,因此开头阶段通常不会省略护患之间的自我介绍和寒暄阶段。

护士提供相关指导、稳定病人心理状态以及病人对护士的提问都属于术前护理阶段,这一阶段也是护患会话不可少的阶段,一方面通过互相询问各种情况来增加护患之间的了解,特别是护士通过术前对患者的沟通来全方位深层次的了解患者身心的要求,为可能出现的护患冲突提前打预防针,减少护患纠纷。

术后护士提供护理建议阶段也是护患会话过程中的重要阶段,在这一阶段中,



护士充分体现对患者身心的整体护理，需要对患者有助于痊愈的各方面情况进行细致严谨的安排，同时这就需要护士通过很好的表达能力来传递准确的信息，使患者可以准确有效的获得所需的医疗信息。

结束阶段总体来说不会省略，主要是护患之间表达良好的合作关系的结束，同时患者表达对护士的谢意和保证自己能够遵从护士的护理要求。

2.3 护患会话的相邻对

2.3.1 相邻对

Schegloff 和 Sacks 认为在日常会话中像“提供—接受”、“呼唤—回答”这样成对出现相关语句的现象叫做相邻对。相邻对是由两个相邻的话轮组成。一个在前，一个在后，在前的话轮叫做相邻对的前件，也叫做引发语；在后的话轮叫做相邻对的后件，也叫做应答语。并且，组成相邻对的话轮是由不同交际者发出。Schegloff, E.A. 对相邻对定义时提到其特征：相邻对主要是由两个相邻接的话轮构成，同时这两个话轮分属不同的说话者，这两个话轮的前一部分的相邻对类型对后一部分相邻对类型的所属有影响。

刘虹在《会话结构分析》中对相邻对的特征进行了进一步的归纳为：

- (1) 这些语句分别由两个或两个以上的人说出；
- (2) 由两个或两个以上分属不同话轮的连续语句构成；
- (3) 引发语在前，应答语在后的顺序不能改变；
- (4) 引发语和应答语相互关联并相互制约。^①

同时，关于相邻对的使用，Schegloff and Sacks 还提出相邻对的运行规则。相邻对是同时生成的，引发语发出后要求相应的应答语生成，否则就会造成结构的不完整。同时，应答语的生成并不是随心所欲的产生的，而是在引发语所容许的几种应答语之内进行选择，否则将会被认为是不恰当，不符合会话要求。Richard and Schmidt 在 Sacks, H. 的研究基础上总结归纳了八种相邻对的结构，如：

致意—致意 (greeting—greeting)

呼唤—回答 (summons—answer)

^①刘虹. 会话结构分析[M]. 北京大学出版社, 2004.



询问-回答 (question—answer)

告别-告别 (farewell—farewell)

赞扬-接受/同意/否定/转题/回报

(complaint—acceptance/agreement/rejection/shift/return)

抱怨-道歉/否认/借口/争辩/质问

(complaint—apology/denial/excuse/justify/challenge)

提供-接受/拒绝 (offer—accept/reject)

请求-应允/搪塞/质问/拒绝 (request—grant/put off/challenge/refusal)

由于汉语的独特性和语言丰富的延展性，这八种类型不足以概括所有的汉语情况。如“赞扬”类话语，由于中国文化的影响，所引出的应答语也有其特色。如被赞扬的人一般会说“谢谢”即接受，但是中国人一般也会说“哪里哪里”等表谦虚。针对这些情况，刘虹根据汉语的会话材料的考察分析归纳出十五种相邻对类型：

介绍-致意/介绍；

致意-致意；

呼唤-回答；

告别-告别；

询问-回答；

陈述-陈述/补充/肯定/质疑/确认/提问/否定；

提供-接受/谢绝/搪塞/质疑；

要求-接受/推迟/搪塞/拒绝/质问；

建议-同意/搪塞/反对/质疑；

感谢-谦虚/感谢；

祝贺-感谢/谦虚/祝贺；

祝愿-感谢/祝愿/宽慰；

赞扬-谦虚/感谢/赞同/赞扬；

指责-道歉/否认/借口/承认/争辩/挑衅；

道歉-宽慰。^①

相邻对中，应答语一般要满足如意结构，即以心理和语言特征为基础，将应答

^① 刘虹. 会话结构分析[M]. 北京大学出版社, 2004.



类分为两类，即在每个引发语的应答语选择范围中，至少有一种应答语是如意的，一种是不如意的。而一般来说，应答语倾向于让听话人如意的情况。

另外，相邻对结构形式可以分为毗邻式和嵌答式。嵌入式相邻对是指在对答的引发语和应答语之间嵌入了另外一个对答结构。嵌入式分为单层嵌入式和多层嵌入式。

2.3.2 护患会话结构中的相邻对

护患会话属于比较典型的机构会话，交际双方在医疗背景下有相对稳定的序列结构模式。护患之间采取相应的会话结构形式，让会话双方的交际任务顺利完成，并且达到双方所需的交际效果。护患会话中的相邻对类型主要有：“呼唤—回答”类型、“祝愿—感谢”类型、“询问—回答”类型、“建议—同意”类型、“建议—质疑”类型、“要求—接受”类型、“要求—质问”类型、“陈述—肯定”类型等。

(1) 询问——手术衣裤换好了吗？

回答——好了。

(2) 呼唤——七床病人打针。

回答——在厕所。

(3) 陈述——今晨体温和血压都很正常。

肯定——嗯。

(4) 祝愿——希望您出院以后一切顺利。

感谢——谢谢啊！

(5) 介绍——我是你的责任护士，我姓刘，叫我小刘好了。

致意——你好，小刘护士。

(1) 建议——可以在一楼大厅配医生给你配的药。

质疑——听说医院里的药要比外面药店里的药贵一点，我可以去外面药店配吗？

(2) 建议——出院后记得控制饮食，辛辣食物一定要避免。

同意——好的。

(3) 要求——明天早上您起床后不要吃早饭，因为您明天 10 点要验血需要空腹状态。

接受——哦好。

(4) 要求——明天清晨您第一次排尿时要用这个尿杯接一点尿倒进这个试管中。

质疑——为什么要留尿。

(5) 感谢——谢谢小刘啊。



接受——好。

(6) 告别——再见啊

告别——再见啊

从所采集的语料中,所考察到的护患会话的相邻对类型主要有这几种类型。这些类型主要出现在不同阶段的护患会话中起着不同的作用。

2.3.2.1 开头阶段的相邻对

护患会话整体结构中开头部分的相邻对一般由“介绍——致意”构成的问候型序列结构模式。由于护士作为护理人员除了要关注病人身体上的疾病外,更要尊重病人,让他们心里有温暖的感觉,使他们感受到安全感。因此在护患之间初次见面时,通常采用日常会话中“问候——问候”类型的社交用语。

如:(1) N: 我是你的责任护士,我姓刘,叫我小刘好了。

P: 你好,小刘护士。

(2) N: 王老师,早上好啊!今天感觉怎么样?

P: 早上好啊,小朱护士,今天感觉舒服多了。

例(1)、(2)中可以看出在开头部分,通常为护士发起相邻对的前件,而且这两例中相邻对前件均为介绍问候句。在临床护患关系中,护士作为长期辅助治疗护理的工作人员,与患者形成良性友好关系也是工作的一项重要指标,因此“问候——问候”类型的交际开头通常是护患会话开头的主要形式,并以这种形式来缓解刚见面的尴尬情绪。(1)是护士的介绍和患者的致意;(2)中是问候和询问一起构成一个相邻对的前件,问候和回答一起构成这个相邻对的后件,可以看出,与直接“询问——回答”的相邻对相比较,增加问候形式一方面体现了护士的礼貌和素质,另一方面也缓解了直接询问的尴尬情绪。通过大量的语料分析我们发现,护患会话的开头大多数是问候和询问一起构成前件的相邻对结构,并且这种开头成为护士与患者初次交流的基本形式。但是,也有一些相邻对由患者发起,例如:

P: 护士,你好,我病房在哪?

N: 您好,请您把单子给我看一下,您的病房在207室,我带您过去。

在所选取的语料中,患者主动问候型的开始序列表现了患者希望主动与护士互动从而获得病情知情权的迫切希望。这种主动性反映了患者试图在会话的开头通过问候性序列掌握主动权,同时也不失友好和礼貌。

2.3.2.2 术前阶段的相邻对

这一阶段是在临床过程中,患者术前的护患之间的交流阶段,这一阶段既包括



护士询问患者的病情和身体心理情况,告知患者在身体和心理方面的注意事项;也包括患者在住院过程中所不懂的各项事项对护士的询问。这阶段护患交际的相邻对的序列结构主要是以“询问——回答”为主要类型,形式多为毗邻双部式结构。在实际会话中,护患双方形成由“询问——回答”相邻对依次排列的链条。

- 如: N: 王老师, 早! 晚上睡得好吗? (询问₁)
P: 睡得还不错。 (回答₁)
N: 醒来有什么不舒服的地方吗? (询问₂)
P: 嗯(.) 没有。 (回答₂)
N: 早饭吃了吗? (询问₃)
P: 吃了。 (回答₃)

该例是毗邻双部式形式所构成的会话链条。可以表示为:

(询问₁——回答₁)(询问₂——回答₂)(询问₃——回答₃)

该阶段护患会话由多个“询问——回答”相邻对构成毗邻双部式结构形成的一个会话链条。在该阶段中护士对患者的术前相关情况进行询问,目的在于获得患者身体的最新信息,从而为接下来的护理做准备。由于这些问句的目的是为了获得患者的信息,所以一般是由护士发起,而患者根据自己的具体情况进行如实的回答。

病人在新入院之后,患者由于对自身病情的无知和忧虑因此对于自己病情的进展具有迫切的要求,而医生并不会随时出现在患者的眼前,此时护士成为患者宣泄情绪和表达想法的唯一渠道。因此,在术前阶段的“询问——回答”情况也包括患者因为在治疗中有很多不懂的问题对护士进行提问。

- 如: P: 李护士, 我上午做检查能不能吃早饭啊? (询问₁)
N: 你的检查里有抽血, 最好空腹不要吃早饭。 (回答₁)
P: 那抽完血可以吃吗? (询问₂)
N: 可以。 (回答₂)
P: 那抽完血多久能吃啊? (询问₃)
N: 你抽完回病房就可以吃了。 (回答₃)

该例是患者对在医疗过程中关于检查方面自己不懂的问题对护士进行提问。在这个护患会话中,双方的交际方式依然是“询问——回答”相邻对为主,在这种情况的护患会话中主要由患者发起,患者的询问成为相邻对的前件,护士针对患者的问题进行引导性回答。

除了普遍的毗邻式双部结构,该阶段的护患会话中也存在毗邻多部式结构。毗邻多部式是由两个以上的相邻语句构成,其中所有的相邻语句不属于同一话轮。并



且中间部分的相邻语句具有引发语和应答语双重功能。其中比较典型的是套环式应答模式。

如: N: 手术衣裤换好了吗? (询问₁)
P: 好了, 几点进去啊? (回答₁) (询问₂)
N: 9.30, 医生还在准备。 (回答₂)
P: 哦。 (接受)

上例是一个毗邻多部结构的套环式应答模式。从上例可知, 该结构的中间部分兼有询问和回答的双重功能。患者在护士所提出的询问进行回答之后, 又同时发起了一个问句来询问护士, 要求护士对其询问进行回应。在护士进行回应之后, 患者表示接受这个回答, 并结束话轮。这种交际方式使交际双方在话语中不断交换主动和被动的角色关系, 这平衡了护患之间的交际机会, 使会话更加活跃。

在术前准备阶段的护患会话中, 主要是以护士对患者相关情况的询问和针对患者的疑惑进行回应这两种情况下所构成的“询问——回答”的相邻对共同构成了护患交际的链条。其中还是以“询问——回答”的毗邻双部结构为主。

2.3.2.3 术后护理建议阶段

在临床患者经历手术后, 护士对患者的护理建议成为主要交际过程。这一阶段主要是护士告知患者术后应该注意的各项事项, 对患者必须禁止的行为进行明确表示, 对患者应该注意的行为进行合理建议。而患者主要进行听取和遵守。该阶段的相邻对主要以“陈述——回应”类型的毗邻双部式结构为主。

如: N: 陈老师, 祝贺你手术取得了成功。 (陈述₁)
P: 嗯。 (回应₁)
N: 手术成功只是第一步, 接下来的每一步都需要你的配合。 (陈述₂)
P: 嗯。 (回应₂)

N: 首先是你的伤口, 嗯(.)一个星期内不能碰水, 洗澡最好用毛巾擦, 做事行动的时候不要太剧烈, 免得牵动伤口, 不好愈合。还有就是饮食也要特别注意...
(<省略护理意见>) (陈述₃)

P: 嗯。 (回应₃)

该例中主要就是护士对患者提供护理意见, 患者一般没有其他看法因此会给予消极反应。该护患交际的模式就是由多个“陈述——回应”相邻对构成交际链条。但是, 当患者不理解、有疑问或是不满意想反驳时, 患者会对针对自己所不满的地方对护士进行询问, 这时该阶段的护患交际会相对复杂一些。

如: N: 李大爷, 红烧肉可不能再吃了, 只能吃些清淡一点的。 (陈述)



P: 那酒总能喝吧? (询问)

N: 酒也不能碰了。 (应答)

P: (.) 哦。 (肯定)

该例中, 护士对于患者的情况给出护理陈述, 由于患者对于护士的建议不满意, 所以患者对于自己的疑问进行同类比性询问, 护士对于患者的疑问进行回应, 让患者获得更准确更完善的护理建议。所以, 该例中的相邻对是由“陈述——询问——应答——肯定”的毗邻多部结构形成一个交际链条。

2.3.2.4 结束阶段

Schegloff and Sacks 将会话的结束分成三个部分, 分别为预结束序列、结束序列、和话题分界序列。^①结束序列通过“再见”等标记话语来标志着谈话的完成。预结束阶段是指谈话的参与者发出信号暗示希望结束话轮, 而对方接受到这个讯息并通过“嗯, 好”等话语标记表示同意这一提议。在护患会话中, 有些在护理建议结束之后直接离开结束话轮, 没有接下来的结束阶段, 但是总体来说, 患者在结束病房生活与护士的交流时会通过结束阶段来进行最后的话语互动。护患会话结束阶段的相邻对包括“告别——告别”、“感谢——接受”类型类型。

如: P: 谢谢李护士啊。 (感谢)

N: 没有没有, 回去要注意啊。 (告别)

P: 嗯, 好。 走了啊。 (告别)

该例中, 护士对患者的护理建议结束后, 进入护患会话的结束阶段, 这一阶段由“感谢——告别——告别”相邻对构成。患者在接收了护士的建议之后, 主动发起感谢序列, 以上进行回应并与患者告别。但这种告别与普通会话中的“再见——再见”类型的相邻对不同, 临床护患之间因为长时间的接触, 彼此之间更熟稔一些, 告别也会更加随意一些。

^① Schegloff, Emanuel A. and Harvey Sacks 1973 Opening up closings. *Semiotica* 8, 289-327.



三、护患会话的言语特征

3.1 护患会话的打断现象

Sacks、schegloff 和 Jefferson 于 1974 年提出的会话话轮转换规则认为：“理想的会话是一方说完另一方才说话，话轮替换应发生在话轮过渡关联位置上，即 TRP”。^①也就是说，理想的会话是认为绝大部分情况下，会话中一次仅有一方讲话。但是实际会话过程中会经常出现会话一方在另一方未到 TRP 前就开始说话，这违反了话轮转换规则。此后，研究人员很快将注意力转移到说话人对这些规则的违反上面，打断成为许多人的关注对象。在众多的定义中，武宜金认为打断为：“打断是前一说话人还未表达完某个观点、当前说话人就开始讲话的现象，同时也包括话语重叠现象。”^②对于打断现象我们主要通过三个方面来进行界定：一是考虑打断前后的话语是否有意义，是否能够传递信息；二是考虑打断前是否具有句法完整的句子；三是打断前的语调是升调还是降调来判断是否讲完。我们认为，语调应该是判断打断的首要标准，因为分析者对打断的判别应该主要参照前一说话人的视角而语调正好表明了前一说话人是否将要完成当前话语的主观意图。另外，我们还参考 regers 和 jones 的做法，将与前一说话人话语出现重叠的、类似“嗯、好”等表示倾听的“听话人行为”即反馈语排除在打断之外。

3.1.1 打断现象分类

护患会话的打断现象是指在护患会话中所出现的在护患交流的过程中，一方交际者打断对方的话轮获得话语权的现象。本文打断类型的分类主要按照武宜金通过其功能把会话中的打断可以分为合作性打断和侵入性打断，合作性打断分为三个次范畴，即：赞同型、帮助型、澄清型。侵入性打断分为三种类型：非赞同型、转换话题型、忽视型。^③护患会话的打断分类借鉴这一分类模式。通过分析所转写的护患会话中所有的打断情况，并将所获得的所有打断情况按照武宜金的分类标准进行分类，可获得如下表格：

表 2 护患会话的打断模式分类

^① Sacks, H., Schegloff, E. A. & Jefferson, G. 1974 A simplest systematics for the organisation of turn-taking for conversation. *Language* 50(4), 696-735.

^② 武宜金, 李林子. 医患会话打断现象研究[J] *医学与哲学*, 2011 (2)

^③ 武宜金, 李林子. 医患会话打断现象研究[J] *医学与哲学*, 2011 (2)



	打断类分类标准	护士打断患者次数	患者打断护士次数
合作性打断	赞同型打断	13	0
	帮助型打断	68	0
	澄清型打断	0	15
侵入性打断	非赞同型打断	2	18
	转换话题型打断	0	11
	忽视型打断	0	0

从表格中可以看出，在护患会话中，护士打断患者主要是合作性打断，其主要分布在赞同型打断和帮助型打断中，分别为 13 次和 68 次，其中帮助型打断在所有打断中比重最大。护士在侵入性打断的情况只有非赞同性打断，次数仅有 2 次。而患者打断护士的情况主要分布在侵入性打断中，其中主要分布在非赞同型打断和转换话题型打断中。

3.1.2 打断现象的分析

合作性打断是指对说话人的打断不是为了终止话题或是转移话题，这种打断是在会话偏离轨道时为了使会话得到更好的进展而进行的，合作性打断表达了对话题的高参与度，使当前会话过程和内容保持一致，有利于体现对被打断人的和睦关系，能够使说话人更充分地了解会话内容从而推动会话进程。合作性打断分为赞同型、帮助型和澄清型。具体说来，合作性打断可以分别表示赞同或支持，帮助前一说话人完成思想的表达，或寻求对方的澄清和详细解释。这三种类型的打断都是通过对说话人的打断来使会话双方更好的了解会话内容，能够促进当前话题的进行，或者能够迅速将发言权交还给被打断方，从而加快会话进程，提高会话效率。因而可能对说话人之间的关系产生积极的影响。

赞同型打断是指打断者通过打断来赞同和支持说话者的内容，并为了更好的对说话者的内容进行补充而采取打断的方式。赞同型打断具有相应的赞同打断信号如：“没错...”、“是的...”、“嗯，对...”等，赞同词并不具有具体意义只为了引起注意。其带有直接的赞同含义，能够强调打断者对说话者的赞同。根据所获得的护患会话中的打断情况的语料，从上述表格中也可以看出，在护患会话中，赞同型打断一般发生在护士对患者的打断中，而通常不会出现患者赞同打断护士的情况。当护



患会话发生在护士通过询问患者身心相关感受来判断下一步的护理计划时，护士通过患者的回答得到与自己预判断相一致的答复时，为了“快速高效”地完成护理工作，护士会通过赞同型打断来表达对患者观点的认同和支持同时阻止患者的赘述，有利于护士控制会话方向，提高护理效率。

如：N: 你好，手术很成功，非常感谢你的配合，你感觉肛门排气了吗？

P: 是的。肚子里咕噜咕噜地在叫，很饿，想吃东西。特别想吃=

N: =对，这说明您可以进食了。

该例中护士询问患者的感受，通过患者的描述护士心中已经确定患者的情况和自己之前的预判断一致，因此护士进行赞同式打断来表示对患者所表述的内容的赞同和理解。但是为了提高护理效率来对患者的感受作出下一步的要求，护士采用先赞同的打断方式来表达对患者的肯定，之后再进行表态对患者的行动提出要求。

帮助型打断是当打断者发觉说话者需要获得帮助的情况下，为了使当前的说话者能够高效、快速的表达自己的观点，打断者提供语音、词汇、句法等方面的帮助。通过语料分析，我们发现护患会话中也存在这种帮助型打断。在病床护理中，在护士的询问中，如果患者对自身的病体感受表述突然卡壳或是过于模糊啰嗦，抑或对于护士提供的护理方法因自身知识因素限制不能准确理解时，护士经常采用帮助型打断来帮助患者完成表达。在所分析的打断语料中，帮助型打断在所有护患会话的打断中所占的比例最大，这是因为护士作为护理人员在护患沟通中承担着重要角色，在护患会话中，护士通过帮助型打断来提高护患交流的效率。护士一般使用一般疑问句和祈使句型来进行帮助型打断，这也有助于护患之间建立良好的护患关系。帮助型打断也通常发生在护士打断患者的话轮，在所分析的语料中共使用 68 处打断，而没有出现患者打断护士的情况。例如：

N: 小陈祝贺你手术取得了成功。手术的成功只是移植的第一步。接下来的每一步，都需要得到你的配合，能做到吗？

P: 能。

N: 现在，请你右下肢保持外展伸直位。

P: 右下肢保持（2s）=

N: =把右脚保持外展伸直（护士扶着陈的右腿），对，就这样，请放松。

再如：P: 医生叫我来测=

N: =测体温吗？

P: 对对对！

N: 请稍等



前一例中,护士通过专业语言把护理内容传递给患者,当患者一时间无法理解护士的信息并表现出停顿时,护士通过帮助型打断来打断患者,一方面通过非言语的形式来帮助患者获得护理,另一方面选择简单易懂的方式与患者交流。后一例中患者测一下体温,但是表述的速度很慢,护士根据自己的经验和患者的行动预判断患者是想要测体温,因此及时的把自己判断的信息告诉患者,使患者能够顺利的获得服务。护士通过帮助型打断来打断患者,能够提高护患之间的会话效率,减少患者的心理负担。

澄清型打断是指在会话进行过程中,当听话者对当前说话者所叙述的内容不是很清楚或产生误解时,听话者通常打断说话者来请求澄清,澄清型打断有利于解除回话过程中所产生的误会从而获得对谈论事情的共同理解,推动会话的进程。在护患会话过程中,澄清型打断主要是指患者护患之间交流时对于同一个问题的看法会由于双方所处的社会地位和知识水平等原因造成误会从而在交流中容易产生冲突。这就需要澄清型打断来及时解开误会,缓解矛盾。根据所获得的护患会话中的打断情况的语料,从上述表格中也可以看出,澄清型打断主要是患者打断护士的话语要求澄清。由于护患之间的权势关系差异比较小,患者在对护士所提供的护理安排或一些护理措施不理解时,会直接打断护士的话语要求获得澄清。

如: N: 李阿姨,您好,我有什么可以帮您吗?

P: 我不想住院,我要回家等手术。

N: 住院是医生根据您的身体状况决定的,您的手术要求=

P: =我的身体情况我自己知道,这里总被人吵醒,饭菜也不合胃口,你们的探视时间也特别不合理,这样下去我的身体更不好。

N: 您对住院生活不满是我的工作没做好,关于饭菜问题我会马上和营养室联系,今后保证不发生类似的情况,之后我会跟营养室联系,为您单独煲一份送来,您看行吗?而且在您的手术前我们将对您的身体健康状况进行一次全面的检查,每天都有一些工作要做。如果同意你回去等待手术,那您就得每天来回奔波。天气又这么冷,万一感冒了那就要耽误手术了。

P: 那不给你添麻烦了吗?

N: 没关系的,只要您在医院里生活得好,这是我应尽的责任。至于午体时间的不安静=

P: =你别说了,新患者不会每天都有的,我自己也应该克服一些。

该例中有两处患者澄清型打断护士,第一处是在关于是否住院发生护患矛盾时,患者澄清说明自己关于不住院的具体原因使护士了解到患者自身的要求,护士



通过安抚并提出解决措施的方式解决护患矛盾；第二处患者澄清型打断护士是在护士提供解决措施后，患者的不满得到消解，同时对护士关于无法解决吵闹这一问题表示澄清型理解，使护患双方矛盾合理解决，双方达成共识，推进护患之间的沟通。

侵入性打断是指当前对说话人的打断不是为了更好的完成会话，而是对当前会话进程和内容的干扰。侵入性会话可以分为非赞同型、转换话题型、忽视型。具体来说就是分别表示反对说话者的内容、对说话者的内容不感兴趣或希望通过打断改变话题。

非赞同型打断是指交际过程中，听话的一方会用言语打断的手段表达对说话者观点的质疑、不赞同。这通常发生在当会话双方的交际目的不一致或听者不同意当前说话者的观点的情况下。在护患会话的临床护理中的表现为，护士或患者在对方没有结束话轮时，没有任何的过渡和缓冲地强硬地用言语打断对方话语。在所分析的语料和表格可以看出，非赞同型打断主要患者打断护士的话轮，而护士打断患者的情况相比较而言较少，仅有 2 例。这是由于护士的主要工作是护理患者，在听取患者表述自己的病情或者术后反应时，护士一般顺应患者的观点，友好委婉的提出自己的护理建议，一般不会采用非赞同型打断，即使采用非赞同型打断时也不会直接使用否定词，而是通过带有缓和语气的标记词如“是这样的”等来表达自己的观点。而患者在听取护士的护理要求时，由于护士与患者之间的权势关系相对较弱，当患者听到护士所表述的护理要求不符合自己的预期时，患者会直接强行打断护士的话语，提出自己的疑问。如：

P: 昨天我在外面药店买了处方上写的药。本来准备饭前吃一颗的，后来想着吃饭以后血糖会增高就饭后吃了一颗，然后不知不觉就觉得昏昏沉沉的。心也慌慌的像漏了一拍似的。

N: 您当时意识还清醒吗？

P: 嗯，我感觉我的心怦怦跳，感觉快跳出来了，全身发抖出冷汗。

N: 游先生，根据您的反应初步预测您应该是吃的降糖药的量多了一点，血糖降得太低了，就=

P: =没有啊，我就只吃了一粒啊，怎么算吃多了呢。

N: 医生要根据您的血糖调整药物用量所以要听从医嘱。该吃药的时候吃药，不该吃的时候不能吃。另外，您以后身边带点饼干或糖果之类的东西。

再如：

N: 出院之后不能吃生冷辛辣的食物，特别是辣的东西，对你的胃有极大的刺激。

P: 我刚叫我女儿在家做了辣子鸡欢迎我回家=



N: =是这样的, 李大爷, 辛辣食物是绝对不能碰的, 您家属在哪, 我来交代一下。

上两例中, 前一例是患者使用非赞同型言语打断护士的话轮, 患者对护士所提出的关于患者晕倒的原因解释产生异议, 直接用否定词“没有”来直接打断护士给出的原因解释。后一例中护士在向患者提供出院需要注意的事项时, 患者并不准备遵循甚至直接违反护士提出的护理要求, 护士通过非赞同型打断来表达对患者该种做法的不满, 但是护士并没有直接强硬的进行打断, 而是通过委婉的语气, 认真向患者说明利害关系, 并希望通过其他方式监督患者。

转移话题打断是指听话者为了避开当前的话题而进行的打断。这种打断通常发生在听话者认为当前的会话违背了自己的利益或价值取向的情况, 出于对双方的尊重而转移话题。转移型话题打断的特点一方面在于打断者尽量逃避说话人的原话, 即打断话语与被打断话语之间没有形式上或语义上的联系和重复; 另一方面在于打断者的语速很快, 打断者想尽快结束话轮。转移话题型打断最能反应的是打断说话者即时的思维或者话语策略。护患会话的转移话题打断发生在护士向患者提供护理意见时被患者所打断, 在所分析的语料中我们发现, 护士在听取患者表述自己身体状况时, 即使出现赘述的情况, 护士也不会轻易的转移型打断, 一般会等患者说完再恰当地使会话朝护士自己倾向的方向发展, 这与护士自身的职业道德和职业要求相关。当患者强烈想表达自己的诉求, 而护士集中于表达护理意见时, 患者容易出现转移话题式打断来急切的表达自己的诉求, 打断护士的既定的会话方向。

如: N: 您好, 我是王 XX, 您可以叫我小王。您感觉怎么样?

P: 我怀孕达 40 周了, 我觉得到预产期了, 今天总感觉下腹有点不舒服, 所以来医院检查。

N: 嗯 (.) 那么今天开始住院吧, 我给您办手续。

P: 我的宝宝没问题吧。

N: 我先给您办手续然后安排您做一些产科方面的检查=

P: =我孩子会不会有问题啊?

N: 您别着急, 您需要先去检查一下再=

P: =我家三代单传啊, 我孩子的爸爸还在加班啊。

N: 您冷静一下, 休息一会儿, 十分钟后我再来给您做入院介绍并了解一些您的情况, 您看=

P: =你一定要保护我的孩子啊。

在该例中, 患者临盆前腹部胀痛寻求护士帮助。护士依照住院程序来帮助患者



入院,但是患者由于产生腹痛情况对孩子的安危很敏感,因此当护士所表达的内容无法满足患者的要求时,患者选择直接转移话题式打断来避开护士的话题。患者三次转移话题型打断来急切表达自己的意图,希望得到关于孩子的肯定答复,但护士的职业标准要求必须按照流程进行,因此护士强调患者配合检查并试图安抚患者,但患者依然多次转移话题型打断急切的表达对腹中孩子的关注。

忽视性打断是当听话者无意之间或非主观意识控制下造成打断当前说话者的情况。这与说话者认知的语境具有弱关联的关系。忽视型打断与之前的几种打断方式有明显的差异,最大的差异在于其他打断方式都是在主观控制下的,而忽视性差异是非主观控制的,即有时人们会对关联性大些的刺激信号暂时予以忽视,而对关联性小些的刺激信号予以充分注意,这样交际会更有效。这是因为人脑潜意识的认为这些关联性小的刺激信号如果不及时处理,会由于认知环境的消失而导致无法处理的结果,而那些关联性大些的刺激信号并不存在这一潜在危险可以晚些处理。由于其对于关联性小的刺激信号和关联性大的刺激信号之间具有相反的情况,这说明并不是由个人的主观意识所决定的。在所选语料中,没有发现护士使用忽视型打断患者,也没有发现病人使用忽视型打断护士,这是由于护士作为护理人员,与医生并不同,护士在权势方面并没有与患者之间有悬殊的社会地位差异,护士与患者之间没有明显的权势高低差异,因此在所分析的语料中忽视型打断在护患会话中没有找到实例。

3.1.3 打断现象对护患关系的影响

护患会话中的打断现象对于护士和患者之间的关系具有一定的影响。合作性打断对护患交流有积极的影响。从我们的分析的语料可知,护士对患者的打断主要是合作性打断,其中帮助性打断在整个护患会话的打断现象中所占的比例较大。从护士的角度看,护士及时准确的使用合作性打断有利于提高护士的工作效率,同时也可以说明护士对患者的具有很高的关注度,能够给患者带来很专业的工作印象;从患者的角度看,护士的帮助型打断加快了会话进程,减小了患者面对护士的心理压力,能够及时获得护士的反馈,这对于护患关系的培养具有积极作用。侵入性打断对于护患交流具有消极影响,患者对护士的话轮进行侵入性打断对于护士来说是一种干扰性打断,打断护士的既定的会话方向,不利于护士控制会话方向,使会话变得拖沓而没有效率,护士不能准确获得自己想要的信息。同时多次的侵入性打断不利于护士挖掘病人的思想状态,从而不能与病人建立起互相信任的关系,护患之间容易形成信任危机,最终不利于病人疾病的康复。



3.2 护患会话的回述现象

回述是一种会话常规,是由 Sacks 等社会学家发现并提出的。他们在《关于实用行为中的形式结构的研究》中提出:“会话过程中的成员可以在自认为出现会话失误时,对会话本身或者会话的特征进行说明、描述、解释、总结。总而言之,会话的一方可能在谈话的过程中对所表述的话语进行回述。”^①也就是说,回述是指说话的一在会话过程中主动对正在谈论的话题进行全方面的解释说明,目的在于让会话双方能够在说明的基础上得到最大程度的互相理解的结果。“回述”能够使会话实现理解,同时也能够使谈话得以有条不紊进行。

在护患会话交际中,护士作为护理人员,在对患者进行护理时,特别是在护士提供术前相关指导和病人询问各种情况时回述被护士或者患者所使用。护士采用回述的目的主要是为了在询问病人身体状况时获得准确的信息从而提高护理效果,患者采用回述的目的是为了在护理过程中获得相对舒适和满意的护理感受。

本研究通过对临床护理过程进行录音和转写的手段分析了临床背景下护患交际中的回述现象。从回述的执行者来看,护士和患者都可以进行回述;从回述的作用来看,回述的采用能够避免交际障碍,成功地使交际者理解先前话语内容。

3.2.1 回述的序列组织

回述是由交际双方共同完成的一种会话行为,存在于话轮中因此也会受制于话轮转换机制。回述现象涉及了两个话轮,即回述对象所在话轮和执行回述所在的话轮。同时,回述展现的是执行者对回述对象的理解,回述的执行暗示着随后行为的出现,需要对方对回述展示的理解进行自己的判定,给出自己所理解的反馈。

因此回述具有鲜明的序列组织。其序列结构可以表现为:

“回述对象的存在——回述的执行——对回述的反馈。”

在护患会话中,回述主要出现在护士提供术前相关指导或提供护理意见阶段,因为护士需要尽力指导患者了解自己的身体症状,只有获得对症状的全面了解,护士才能提供对症的术前相关要求和护理意见。因此,护士引导患者表达出自己完整的症状是护理的基础,而不完整的症状表现对导致护理的失误。所以获得完整患者症状是护士与病人必须相互互动和理解的阶段,为了达到最佳的护理效果,护士与患者必须通过使用回述来全方位的对患者的症状进行了解。另一方面,在患者询问自己各种术后状况阶段,也会通过回述来捋清自己之后的护理注意事项的逻辑,从

^① 于国栋.医患交际中回述的会话分析研究[J].外语教学,2009(3)



而使自身更好的理解护理要求，达到最佳护理效果。在回述的对象方面，护士和患者都存在回述的情况。

在回述的执行中，护士回述情况与医生的回述情况有异曲同工之妙，都是为了获得患者全面的症状了解；而由于患者在护患关系中没有明显的权势差别，因此患者能够更加肆无忌惮的对护士提出的护理要求来进行自己的理解解释或总结，这就需要护士在回述的反馈中给予正确的反馈和引导。

3.2.2 回述的语料分类

从回述对象的执行者与回述执行者之间的关系来分类，我们一般把回述划分为他人回述和自我回述。自我回述包括护士自我回述和患者自我回述的情况。根据回述所起的不同作用以及会话双方不同的交际目的,回述可以分作这样两类:一是“做出结论”类，二是“归纳要旨”类。^①通过分析所转写的护患会话中所有的回述的语料，并将所获得的所有回述情况按照分类标准进行分类，可获得如下表格：

表 3 护患会话的回述类型分类

回述类型	自我回述		他人回述	
	护士自我回述	患者自我回述	护士回述患者	患者回述护士
数目	12	11	11	4

表 4 护患会话的回述类型分类

回述类型	归纳要旨类回述	做出结论类回述
数目	28	6

3.2.3 回述现象的具体分析

回述现象分为他人回述和自我回述。自我回述是指在交际过程中，会话的一方交际者在与对方的交流中，通过对方的反应中察觉到交际过程或会话进展可能出现了问题，于是为了使会话能够继续进行下去，说话者通过自我回述的方式来把自己先前所传达的信息进行回述。回述的手段可以是举例、描述、总结等。在护患会话中，自我回述包括护士自我回述和患者自我回述的情况。护士自我回述的情况主要发生在护士向患者提供护理帮助时，有时在要求患者听从护士安排时会涉及一些专业术语，这些专业术语一时间患者不能准确理解，此时，护士应该敏锐的察觉到自

^① 于国栋.医患交际中回述的会话分析研究[J].外语教学, 2009(3)



己的话语阻碍了会话的进行，因此护士通过自我回述的方式解释、举例等手段来回述先前的话语，让患者能够准确理解护士的要求，推进会话的正常进行。

如：

N: 床位号是 04。您现在感觉怎么样？

P: 有点疲，想睡觉。

N: 那就睡吧，但是你注意，躺着的时候要坚持保持左侧位。

P: (0.5)左侧位(0.5)=

N: → 取左侧卧位可增加子宫、胎盘之间的血流，对胎儿较为有利。

P: 哦哦，好的，我一定坚持左侧位。

在这个例子中，护士首先提出了左侧位这个概念，这个概念对患者来说并不是一个可以容易理解原因的概念，患者的停顿 0.5 秒的意义就在于表明患者在理解护士话语过程中出现了问题，而护士通过患者的停顿、重复该词汇等形式的回应中也意识到并判断出患者不理解为什么要保持左侧位的睡姿，于是护士对自身提出来的概念进行回述，让患者能够理解护士提出这个要求的原因，同时患者之后对该回述的反馈表现了护士的回述得到了患者的认可。

在护患会话中，患者的自我回述主要出现在患者向护士说明自己症状的阶段。患者在向护士说明自己的症状时担心自己的表述不准确而影响护士的护理，因此会通过回述的方式来向护士强调自己的症状以期让护士能够准确判断从而获得最佳护理效果。

如：P: 张护士，我好像又发烧了，是不是要找医生啊？

N: 您先过来量一下体温吧。

P: 我白天体温也不高，就是一到晚上，它就鼻塞，就发烧，而且全身难受。我是不是有什么炎症啊？

N: 您的手术安排还没有下来，现在在调养等待最佳状态进行手术，昨天检查你的身体状况没有什么异常，所以先给您量一下体温检查一下。

P: 我总感觉我身体在发烧，都好几天了。

N: 嗯:: (1.0)

P: →一到晚上就烧，=

N: =嗯，先等量体温的结果看一下。

该例中，病人向护士讲述自己的症状，并提出了自己的顾虑（“是不是有什么炎症”）。患者在临床期间由于进入一个陌生的病房环境容易产生一些情绪，护士作为护理人员既要注意患者的具体症状也要关心患者个人感受，所以护士及时安抚患



者,并且就事实情况告知患者(“昨天的检查是没有问题的”),但是对于现时的疑惑护士并不能立刻给出解答,因此护士选择忽视。从患者接下来的回应可以看出患者没有接收到护士安抚的信息,所以患者继续提供给护士关于自己症状的信息。在患者提供信息后,护士出现了1秒钟的沉默。护士的沉默让患者意识到也许自己提供的信息过于杂乱让护士无法接收到有效信息,于是患者在最后回述了自己的信息,以便护士能够准确的把握信息从而做出正确的判断。

他人回述是指在会话交际中,当会话的一方在与对方交际中出现了交际的问题,但是会话一方并没有意识到,而接受会话的一方意识到会话进程出现了问题,于是接受方对该会话方所提供的信息进行回述,这时的回述为他人回述,他人回述反应了会话的问题,让对方感受到自身话语可能导致的结果。在护患会话中,他人回述主要是患者回述护士和护士回述患者两种情况。患者回述护士的情况主要在术后护士提供护理意见的阶段。通常在这阶段中,护士作为护理人员会反复强调术后需要注意的事项,提醒患者需要各个方面控制自己以保证术后患者能够按照护理计划进行恢复。患者会通过回述护士的话语来表示自己已经理解了护士的护理要求。如:N:你要注意,出院以后也不能吃太咸的饭菜,您的血压偏高。

P:哦,好的。

N:→尽量少吃油炸和油腻食品,您昨晚吃的煎饼、炸丸子还有那个红烧肉都应该少吃。

P:→我记住了,多吃蔬菜,每餐应吃得少一点,大约八分饱。饮食宜清淡一点。

N:→对,一天的蔬菜重要达到八两到一斤。

P:知道啦。

该例中护士对准备出院的患者提出了护理要求,因为血压偏高提出不能吃太咸的饭菜的要求,在获得患者的肯定后,护士对先前提出的“太咸的饭菜”的范畴进行了补充说明,并举例表示哪些食物不能吃,患者接收到信息后,对护士提供的信息和进行的自我回述,也同样进行了回述,总结了护士所提出的要求,但护士没有意识到自己的话语让患者感到啰嗦,出于职业素养,护士对自己又进行了自我回述,强调患者要注意饮食,此时,患者选择顺应护士的话语来结束会话。

在护患会话中,护士回述患者的情况主要是护士对患者提供的信息进行回述,通常发生在护士向患者求证身体和心理等一系列的情况下。护士作为护理人员需要对患者的各种状况包括心理和生理等方面有准确的了解,这对于后续的护理工作有巨大的帮助。当护士对患者所提供的信息感到疑惑或者不理解时,护士会通过回述



患者来进一步确保信息的准确性。

如: N: 王老师, 听说您住院后有好多地方感到不太适应。

P: 是啊, 今天的午餐送来了洋葱炒猪肝。我信奉伊斯兰教, 不能吃的。当然我预先也没想起跟你们讲一声。

N: 哦, 是不能吃的。

P: 对啊, 中午饭都没吃。

N: → 信奉伊斯兰教是很多东西都需要注意的, 猪肝不能吃, 跟猪相关的都不能吃哦。

P: 对啊, 也怪我没提前跟你们说。

N: 没关系, 王老师, 我会马上和营养室联系, 今后的午餐会注意。

P: 谢谢你啊。

该例的背景是患者在住院过程中表现出不配合的情况, 护士为了更好的做好护理工作向患者了解情况。上面的例子中, 护士主动询问患者的不适应的情况, 患者给出的信息是患者信奉伊斯兰教, 而医院配给的午餐作为教徒不能吃, 护士在病人给出信息后, 立即给出了反馈。患者对护士的反馈并没有满意并持续抱怨午饭都没有吃, 护士为了更好的进行护理工作对患者之前所表达的内容进行回述, 同时推导引申出作为伊斯兰教徒所有关于猪肉的食品都不能吃。这一回述使护士的护理工作更加的高效。

根据会话双方所起的不同作用和不同的交际目的, 回述可以分作这样两类: 一是“做出结论”类; 二是“归纳要旨”类。

归纳要旨类回述是指当会话进行到结束阶段时, 交际的一方对交际过程中另一方所提供的所有信息进行总结, 并且通过这种归纳的方式回述给发出信息方, 通过这种形式求证自己在理解信息内容方面是否具有偏差或者以这种方式告诉信息发布者, 自己已完全理解信息发布者的表述的交际现象。当这种回述表现的是信息接收方完全理解信息发布方所表述的信息时, 这可以作为一段会话的结束; 当这种回述表现的是信息接收方没有或者没有完全理解信息发布者的表述时, 这可以看作下一段话题的引子来促使信息发布者进一步做出解释。在护患会话中, 护士和患者的语言表述和理解能力都存在较大的差异, 为了使护患会话得以继续进展, 归纳要旨性回述是十分必要的。在护患会话中, 归纳要旨性回述一般出现在护士为了更好的护理效果对患者进行症状了解的阶段。

如: P: 李护士, 我下腹有些胀痛, 是不是要生了。

N: 您别着急, 痛多久了?



P: 一会儿吧, 感觉有点不舒服, 就来找你了。

N: 痛感有持续十分钟左右吗?

P: 差不多吧, 之前断断续续痛了五分钟就不痛了, 现在又开始痛了。

N: 这次是持续的痛吗?

P: 对, 一直一直痛。

N: → 所以您的痛感有两次, 第一次痛感并不是持续的, 痛了五分钟左右停止, 这一次痛感持续了十分钟左右, 对吗?

P: 对, 这次一直在痛, 感觉受不了了:::

N: 你别急, 只是正常妊娠反应, 我去找主治医师过来。

该例出现在术前等待阶段。在此阶段中当患者产生任何不适时会夸大自己的症状产生恐慌, 并时刻寻求护士的帮助。这时通常需要护士提出问题和病人回答问题来使护士判断患者的具体症状, 是需要进一步找医生解决还是着重安慰患者心理完成心理疏导。所以护士会通过不断询问来向患者确认所提供信息是否准确, 如果患者出现模糊表述甚至出现由于紧张所提供的信息前后矛盾时, 这就需要护士理性判断并对患者的话语和内容进行归纳性回述。上面的例子中, 患者就腹痛问题请求护士帮助, 护士希望准确了解患者的腹痛情况来判断具体的症状缘由, 但是当护士询问患者的痛感时间和状态时, 这个问题只得到了患者的模糊回应并且表述了自己之前的痛感情况, 护士了解到新情况后反复向患者确认痛感状态并修正了自己的问题, 在接收到患者的回应后, 护士通过回述患者所提供的全部信息来向患者表示已接收到完整信息。护士通过回述为之后的护理选择提供判断。

“做出结论”类回述是指在交谈过程中会话一方预先假设了一些对方没有具体说明的要旨, 当这一假定的要旨符合说话人的预设时, 说话人会进行进一步引申, 当这一假定要旨不符合说话人的预设时, 说话人会进行解释和否认。这种做出结论性回述在机构性会话中使用较多, 主要使用在采访中, 通过采访者对被采访者的回述来深度挖掘出被采访者内心深处的心理活动。在护患会话中, “做出结论”类回述主要在护士对患者的心理疏导中被发现, 患者在患病后, 容易有不同程度的性格改变和情感变化, 表现为情感脆弱、应激敏感、自控能力差等对自身各个方面产生怀疑和不安, 这就需要护士准确的了解患者的心理, 从而帮助患者脱离术后焦虑。

如: P: 王护士, 我这个病是不是很难医啊?

N: 医生正在给您安排手术, 您每天休息好准备手术就好。

P: 手术完是不是我的病就好了啊?

N: 手术是您治疗的必要的环节, 但是没有人敢保证您手术完一定就好, 所



以您不要胡思乱想，安安心心养病。

P: →所以不管我做不做手术病都好不了了。

N: 王大爷，您现在心理压力太大了，您的病不是特例，是这个年纪的人都容易患上的病，任何手术都有风险，没有人敢保证手术后病完全好，但是通过手术后让癌细胞得到控制，之后通过您的调养，您的身体是可以好转的，所以现在当务之急就是王大爷您要好好休养，养好身体，等待医生的通知。

该例中，患者在询问护士关于自己病情的情况时，得知手术不一定百分百治好疾病的观点后，引申了护士的观点并做出回述，即认为自己的病不管做不做手术都好不了，但是患者在获取护士的观点时就产生了偏差，这就使得患者得出的结论也产生偏差，这就需要护士正确疏导患者的心理，安抚为主，让患者能够减轻心理压力，以正确的面貌面对病魔。

3.2.4 回述现象对护患关系的影响

在护患会话中出现适当的回述现象有利于促进护患交流，提升护患之间处理人际关系的技能，最终改善护患关系，缓解护患关系紧张的状态。

护士恰当的使用回述这一会话手段让患者能够准确理解护士的要求，进一步确保自己获得准确病症信息和强调治疗方案，患者恰当的使用回述手段能够在护理过程中明晰治疗方案，解决其他顾虑和问题，从而获得相对舒适和满意的护理感受。护患之间恰当的使用回述能够保证会话有序进行，推进会话的顺利开展，最终改善护患关系，缓解护患关系紧张的状态。当患者进入一个崭新的环境后，当其出现角色适应较难的情况时，患者容易出现以自我为中心，不能或者很少会考虑其他人的境遇，特别是陪伴在身边的医护工作者。当自身的情感得不到满足时，就会产生各种负面情绪如埋怨、愤恨等情绪。在这种情境下，由于这种情绪的放大，患者在护患会话中容易表现出混乱、逻辑不明的话语情况，护患之间容易由于会话的不顺利造成误会和摩擦，加剧护患紧张情绪。这时，需要护士及时的对话语进行回述，敏锐的察觉到患者的情绪变化，并通过回述的手段保持会话的有序性，让患者能够准确理解护士的要求，让自身能够准确的获得自己需要的信息，从而推进会话的正常进行。护士通过使用这种言语手段指导和调整着护患关系，使会话朝着有利于治疗和护理方面发展。真正做到为病人服务，使患者“增进健康、预防疾病、恢复健康和减轻痛苦”。



3.3 护患会话的修正现象

1977 年 Schegloff, Jefferson 和 Sacks 认为,修正机制是对在会话交际中所产生的听、说、理解等问题或障碍的处理。同时提出,“修正”的意义并不仅仅指简单的用“改正”的方法解决错误或失误,而是在简单的替换方式以外运用更复杂高级的修正手段来对“需要修正的阻碍源”进行处理。在会话交际中,对会话进行修正的情况可以分为三类:替代、错误启动和改述。替代指的是用其他合适的词语取代替刚说出的有纰漏的词语;错误启动指话语没有说完但不顺着已经说出的内容继续,其后可以有也可以没有改述;改述指重复说出词组或句子,但重复时对句法、词形或词序有改动。也就是说,说话者自身察觉到表达中有错误或不得体的地方时,在错误发生后一段很短的时间内通过多种手段如:词汇更替改正、重复、错误启动、犹豫停顿来对已有信息进行加工、补充或替换。最终有利于会话顺利进行,达到消除误解和不恰当的表达的效果。

护患会话作为机构性会话的一种重要模式,护患会话的处理对于护患沟通和护患关系具有重要的作用。护患会话修正是指在护患治疗护理的会话过程中当护患双方的会话由于其他不可控因素而发生阻碍时,护士或患者及时的对这种情况作出反馈,通过替换、补充和加工信息来进行修正,从而减少不合时宜的表达或消除会话产生的误会,最终使会话能够顺利进行,达到护患之间都满意的服务效果。

3.3.1 会话修正的基本模式与结构

根据 sacks 的分类,会话修正根据修正序列的引导者和执行者的不同可分为四种类型分别是:自我引导他人修正;自我引导自我修正;他人引导他人修正和他人引导自我修正。^①护患会话的修正情况也可以大致借鉴会话修正的分类模式,可以将护患会话分为护士自我引导自我修正、患者自我引导自我修正、患者引导医生修正、护士引导患者修正四种类型。

3.3.1.1 护士自我引导自我修正

护士自我引导自我修正是指在护患会话中,护士发现自己的失误后,自行打断说话;插入编辑语进行修正。根据护士与患者会话的序列结构和语料的分析,我们按照护士自我引导自我修正的实际情况分为检查修正、措辞修正、护理要求修正等类型。具体情况如下表所示:

^① 杨石乔.基于语料库的汉语医患会话修正研究[D].上海外国语大学博士学位论文,2010.



表 5 护士自我引导自我修正情况分类

护士自我引导自我修正类型	出现次数	%
检查修正	7	25%
措辞修正	4	13%
护理要求修正	18	62%
合计	29	100%

检查修正主要是指护士在对患者进行术前护理检查或向患者提供检查结果时，在与患者的交流中所出现失误，在意识到自己失误的时候及时自我纠正。护士在进行检查时，对患者所提出的疑问进行回应时，由于职业惯性说出护理医学专用术语时意识到患者可能无法理解，因此及时通过解释或替换专业名词等方式来进行修正。根据人们在交际中希望尽早作出修正引导并进行修正的心理倾向，护士在进行会话修正时会话修正的位置一般在同一话轮。

如：N: 王老师，您的身体报告出来了，如果没什么异常明天就可以做手术了。

P: 噢: (0.5s) 没什么问题吧。

N: → 嗯，今天下午您还有个血常规要做，就是手指扎个血化验一下。

P: 噢: 也是在这栋楼吗？

N: 隔壁那栋，要是你下午家属没空过来我带您去。

P: 嗯。好。

该例中，护士向患者提供身体检查报告，并向患者说明下午的检查计划，即进行抽血检查，根据护士的专业惯性，她脱口而出专业名词“血常规”，同时及时意识到患者理解不了这个词的含义，于是立马进行了解释“就是手指扎血”来进行修正。

措辞修正主要是指护士在与患者进行交流时，担心自己表述不太清楚，为了消除造成理解困难的阻碍源让患者更容易理解护士的话语，护士会采用措辞同义反复修正的方式来进行护患会话的有效进行。在所截取的语料中，措辞同义反复修正主要是句子同义反复修正，而词汇同义的反反复修正主要是专业术语的修正，这里放在了检查修正的范畴。护士作为护理人员，其工作的主要方式就是通过与患者的交流明确患者的所思所想，从而更好的进行护理工作。因此，护士会通过措辞同义反复修正来减少护患之间因教育、专业、身份、情绪等原因所造成的差距。

如：N: 啧... 又发病。(2s) 您晚上吃什么了？又发烧了。



P: 没吃什么啊 (0.5s) 就吃了点送来的虾...

N: → 中午说了恢复期您需要吃清淡的, 不宜油腻, 海鲜类也需要忌口。

P: 嗯:::

N: 这样反复发烧容易对伤口造成 (...) 影响, 一定要注意, 您自己的身体要自己爱护, 不然手术效果不好, 容易复发。

N: 嗯。

该例中, 发生在术后的情况, 护士对患者不听护理意见一意孤行对身体不负责的情况产生了情绪化, 因此在患者又反复发烧时, 护士脱口而出表示厌烦的语气词“啧”和不友好的表达“又发病。”但护士及时控制住自己的情绪, 对自己的措辞进行修正, “您又发烧了”是对“又发病”的同义反复修正控制接下来的会话发展。

护理要求是指护士根据患者的情况对患者起居、饮食、生活等各个方面作出的注意事项和建议。护理要求修正就是护士在向患者提出这些护理要求时所做的修正。

如: N: 殷婆婆, 我有些建议, 是针对老年人吃饭方面。饮食必须注意一下。

P: 哦:::

N: 饮食宜清淡一点, 少吃或不吃油腻和油炸食品。辛辣的冰的也不要碰。多喝开水。

P: 好。晓得了。

该例中, 护士对患者饮食方面进行建议, 同时提出具体的要求, 不要吃辣的冰的油腻的食物。这就是护士在护理要求方面的从总体要求到具体要求的修正。

3.3.1.2 患者自我引导自我修正

患者自我引导自我修正, 是指患者在会话过程中意识到自己的失误从而自我进行修正的过程。患者的自我引导自我修正与护士的自我引导自我修正的含义一样, 只是主体不一样, 因此把患者作为发话参照者的话, 这是患者的自我引导自我修正, 而把护士作为参照者的话, 则是护士的他人引导他人修正。根据所取的语料, 患者自我引导自我修正主要是在患者向护士提供自己的身体状况的情况下发生, 因此可以将患者自我引导自我修正的类型分为症状修正、饮食修正、病史修正。

表 6 患者自我引导自我修正情况分类

患者自我引导自我修正类型	出现次数	%
症状修正	9	60%



饮食修正	3	20%
病史修正	3	20%
合计	15	100%

症状修正主要指患者在进行症状表述时，患者对自身出现失误的话语进行自我修正的情况。主要是在患者回应护士的提问陈述自己症状或身体状况的情况。

如：N：李大爷，昨晚睡的好吗？身体感觉怎么样？

P：→感觉还好，昨晚十点（.）十一点多才睡。

N：睡得有点晚啊，李大爷这两天调整好作息准备手术额。

P：昨晚有点失眠，有点紧张=

N：=李大爷不用紧张，平常心，吃好睡好就好。

P：嗯。

该例中，患者在回答护士的日常询问身体状况时，表述自己休息时间时，一开始出现了失误。患者在出现该阻碍源之后出现了短暂的停顿（.）。这种短暂的停顿属于非词汇言语手段来进行自我引导，并将其作为修正引导标记，患者随即对阻碍源进行自我修正。

患者的饮食修正与护理要求修正中的饮食方面的修正略有不同，护士要求的饮食修正是护士对患者饮食方面要求的修正，而这里的饮食修正是患者在自述自己饮食方面的特征来有助于护士进行症状判断时出现的修正。

如：N：李阿姨你今天上大号了吗？

P：嗯

N：通畅吗？大便干散吗？

P：→还（.）可以，我早上起来喝了一杯水，（：）一大杯水。

该例中，护士向患者询问身体排泄状况，患者回应时，将“一杯水”修正成“一大杯水”。表面看只是增加了一个量词，实际上看出患者在回应护士的询问时会对自己的话语进行监控和修正。

病史修正是指患者在回应护士的询问或陈述自己的症状时对涉及到自身病史方面的自我引导自我修正。这里的病史包括时间病史、用药病史等。患者即使对自己的病史进行修正有利于护士准确判断患者的症状状况作为接下来的护理依据。

如：N：会对什么药过敏吗？

P：嗯（：）欸，以前好像对【红霉素】（.）不是，是【青霉素】过敏。容



易起红疹。

该例中，护士询问患者的过敏情况，患者一开始给了否定回答，等护士进一步确认时，患者对自己的病史进行了修正，把自己的过敏情况由红霉素修正为青霉素过敏来进行修正。

3.3.1.3 患者引导护士修正

患者引导护士修正就是指在护患会话中，患者由于表达遇到阻碍或误解，从而发出修正引导，护士根据患者的表达对患者的话语进行修正的过程。依据患者引导护士修正的特征可以看出，在这种情况下的修正通常发生在不同的话轮。在所截取的语料中，患者引导护士修正的情况主要发生在护士询问患者症状的过程中，因此根据所取语料，将患者引导护士修正的类型分为症状修正、护理要求修正。

表 7 患者引导护士修正情况分类

患者引导护士修正类型	出现次数	%
症状修正	6	40%
护理要求修正	9	60%
合计	15	100%

患者引导护士修正的症状修正主要是指在护患会话中，护士就患者的症状提出建议或者结论，但是这个建议或结论却成为这次患者理解的阻碍源，需要患者进行诱导，从而再让护士进行修正。

如：N: 7 床刘阿姨准备量血压。

P: 好

N: 血压还可以。

P: 血压正常吗？

N: 这次血压正常，但是刘阿姨你还是要注意一下饮食啊，最近很不稳定。

P: 哦，好哦。

该例中，是护士对患者进行常规检查的会话过程。进行量血压后，护士给出结论是“血压还可以”，但是这种结论听起来比较模糊，让患者理解不了具体的情况，成为阻碍会话进行的阻碍源，因此患者进行自我的理解企图对护士进行诱导。护士在下一话轮中对阻碍源进行修正，使患者能够准确的理解护士的意思。



护理要求修正是指在会话过程中，护士对患者提出关于饮食起居等生活方面的要求，所提的要求成为会话的阻碍源，遭到患者的不理解或者需要患者进行二次确认，这时患者会提出疑问来诱导护士确认具体的护理要求，护士根据患者的诱导对护理要求进行修正。

如：N：王老师出院以后必须要忌口，很多以前能吃的东西手术以后都不能碰了，什么生冷食物啊都不能碰了。

P：冰淇淋也不能吃了？

N：→对，冰淇淋啊，冰糕啊都不能碰了。

该例中护士对患者进行护理要求的建议，提出生冷食物不能吃，但是患者对生冷的食物的概念产生偏差，因此生冷食物成为阻碍会话发展的阻碍源，患者提出对生冷食物的理解询问冰淇淋能不能吃作为诱导，医生对患者的诱导作出修正，对生冷食物的概念进行具体化。

3.3.1.4 护士引导患者修正

护士引导患者修正是指患者表述的信息成为会话继续的阻碍源，护士不能理解或者理解容易偏差，这时护士为了会话的继续进行进行引导使得患者意识到自己表述的问题从而对所表述的信息进行修正。护士引导患者修正与患者引导患者修正的明显差别在于患者引导自我修正中患者自身意识到自己话语的偏差会成为阻碍源，而护士引导患者修正在于患者要通过护士的诱导才意识到需要对自己的话语进行修正。根据所采用的语料，护士引导患者修正的修正类型可以分为症状修正、病史修正和饮食修正。

表 8 护士引导患者修正情况分类

护士引导患者修正类型	出现次数	%
症状修正	7	58%
病史修正	4	33%
饮食修正	1	9%
合计	12	100%

症状修正是指在护患会话中，在护士询问患者或患者自我陈述身体状况和症状信息时，护士需要更具体更清楚的了解情况，因此护士发出修正引导使患者进行信息修正。

如：N：李阿姨，你昨天输了三瓶(液)感觉怎么样，有没有有什么不良反应？

P：头没这么昏了，就是有点恶心。



N: 有点恶心想吐的感觉?

P: → 嗯, 想吐, 吃不下东西。

N: 好, 我跟医生反映一下, 你今天就不输【挫米西】了。

该例中, 在患者回应护士关于症状情况时, 患者在肯定自己一部分症状好转的同时也提出自己不良的感受, 护士为了获得更准确的信息通过对患者症状叙述的重复加上疑问的方式来进行引导修正。患者在下一话轮对自己的信息进行补充修正, 以满足护士对患者症状信息的需要。

病史修正是指在护患会话中, 在护士询问患者或患者自我陈述病史信息时, 护士对患者所提供的信息要求确认或提出疑问, 这使得患者对自己所提供的信息重新进行思考并提出修正。在所取的语料中, 出现的 4 起病史修正都是关于病史时间的修正。这主要是因为病史时间相对于其他病史信息来说是容易忽视的细节信息, 因此患者容易将其记错, 当护士要求对患者提供的信息进行确认时, 患者对其信息进行重新考量并修正给出一个相对更确定和准确的病史时间。

如: N: 王大爷, 听你女儿说你有糖尿病啊?

P: 嗯:: 医生开药了, 我也坚持吃了。

N: 你得糖尿病多久了?

P: (2s) 一年半吧。

N: 一年半啊? 你的报告里面=

P: =噢:: 差不多有两年了。

该例中护士对患者的病史情况进行了解, 但是患者所提供的患病时间作为阻碍源与护士了解的情况不一致, 当护士进行询问并试图进行引导时, 患者重新思考并直接对所提供的信息进行修正。

饮食修正是指在护患会话中, 在护士询问患者或患者自身陈述自己的饮食习惯等方面的信息时, 在护士的诱导下进行修正。

如: N: 您吃得比平时多吗?

P: 昨晚吃的有点多, 女儿送的菜很合胃口。好久没吃糖醋排骨了。

N: 啊? 糖醋排骨?

P: → 就吃了两块, 没吃多, 不敢吃(。)

N: 你有糖尿病的迹象, 最好不要碰糖了=

P: =护士这不会有什么大影响吧。

该例中, 患者在护士询问其饮食方面的信息时, 提供了吃了糖醋排骨的信息, 但是这应该是患者需要注意或者不能接触的食物。因此护士通过疑问和重复的形式



对这个阻碍源表示疑惑和震惊，这迫使患者对其所表述的信息进行准确性的补充修正。

3.3.2 护患会话修正策略分类

会话修正策略是指在会话过程中修正执行者对交际过程中遇到的听、说、理解等方面的问题进行修正的手段和方法。以汉语会话为语料的会话修正研究中将汉语会话修正策略分为：重复、完成、替换、增加、重述、放弃。在前人的基础上，根据所选取的存在于护患会话的修正语料进行分类，将汉语护患会话的修正策略分为替换、解释、重复三种类型。

表 9 护患会话修正策略分类

修正策略类型	出现次数	%
替换	38	73%
解释	6	12%
重复	8	15%
合计	52	100%

3.3.2.1 替换

替换是指在会话修正的过程中，会话执行者用新词句对阻碍源进行替换的过程。替换修正策略由于其本身简单易使用的特性使得其出现频率很高。在所收集的修正语料中，通过替换来进行修正的情况最多。其包括错误性替换和适当性替换。错误性替换是指需要修正的话语出现了语音或词汇方面的错误，修正执行者将其修正成正确的形式；恰当性替换是指阻碍源没有出现错误，但是让听话人不能准确理解或容易产生误解，此时修正执行人通过同义词句或听话人同意理解的新词句进行替换。

如：

N: 血压还可以。

P: 血压正常吗？

N: 这次血压正常，但是刘阿姨你还是要注意一下饮食啊，最近很不稳定。

又如：

P: 小李啊，这个卵肿这个病我还要住多久的院？

N: 你这个病叫卵巢囊肿，手术以后住院检查两周没有复发趋势就可以出院了。

上两例中，第一例是恰当性替换。“血压还可以”替换修正为“血压正常”。这是由于患者不理解护士所说的“还可以”到底是属于什么范畴，患者对自身情况的



敏感性使患者对模糊性回答不满意,迫切希望获得一个准确的答复,护士在患者的修正诱导后,也根据患者心理要求替换修正为患者理解的形式。第二例是典型的错误性替换。将“卵肿”这个错误性词语替换修正为正确的形式即“卵巢囊肿”。患者因为知识水平的差异对复杂的医学名称不能准确的记住。护士通过替换修正告诉患者正确的名称。

3.3.2.2 解释性修正

解释性修正是指通过解释说明或者提供背景知识等方式对护患会话中所出现的阻碍源进行修正。说话者通过解释的方式对出现阻碍会话交际的词句进行修正,使听话者能够更轻松的理解说话人的意图,消除交际障碍,达到护患交际的目的。护患会话中解释修正主要出现在护士向患者解释修正一些较难理解的医学名词。在所选取的护患会话修正语料中,解释修正所占的比例不高,这是因为护士虽然作为医疗工作者在护理过程中与患者的交流不免会有医学名词的使用,但护士的主要职责在于护理患者身心健康,在我国护理领域中,护士为了更好的与患者交流,所以尽可能的减少晦涩难懂的医学名称的使用。这已经成为护士的职业素养,所以我们能够看到解释修正在护患会话中比重不高。但是在进行解释修正时,我们通常会通过“就是”、“就是说”等标记语来进行提示。

如:

N: 以后睡觉尽量保持左侧位(。)就是头和身体朝左边睡。

P: 嗯。

再如:

N: 下午3点有个脑部核磁检查在三楼。

P: 要打针吗。

N: 不用,就是你睡在一张床上用仪器检查。

上一例中护士在向患者提供护理建议时提到“左侧位”,并及时通过具体解释左侧位的含义的策略自我引导自我修正。下一例中护士告知患者具体的检查安排,患者就如何检查向护士提出疑问。护士通过更为简单、明了的形式进行阐述什么是脑部核磁检查方式,使患者能够短时间理解护士的话语,消除术语带来的理解障碍。

3.3.2.3 重复修正

重复修正策略就是指在护患会话交际中,由于环境噪音和精力分散或者是因为理解不了话语内容,使得听话者没有听懂或者没有听清楚说话者的话语成为阻碍源阻碍了会话的进一步进行,为了使会话能够继续下去,说话者通过重复原来的话语,



对阻碍源进行重复的方式进行修正。

如: N: 你好, 非常感谢你的配合, 你感觉肛门排气了吗?

P: 啊?

N: 肛门排气了吗? (.) 饿了没?

P: 哦, 排了。肚子里咕噜咕噜地在叫, 很饿, 想吃东西。

又如: N: 今天还有三瓶吊针要挂。

P: 啊?

N: 还有三瓶吊针要挂。

前一例中, 护士对患者的术后情况进行护理询问, 患者可能是没有听清楚护士的询问, 也可能是没有听懂护士的意思, 于是护士的问句成为了阻碍源。患者在下一话轮通过“啊?”这一疑问语气词来引导护士修正。护士在第三个话轮的修正除了部分重复了“肛门排气了吗”的问句以外, 还增加了新信息“饿了吗”, 使得患者理解阻碍源。下一例中护士告知患者今天的注射安排, 阻碍源和修正都是“还有三瓶吊针要挂”, 这里的重复修正就是对阻碍源一字不差的全盘重复。

3.3.3 会话修正对护患关系的影响

孙绍邦《医患沟通概念》中表示: 在医患纠纷中 65% 是由于医护人员说话不当造成的。护患间的会话修正现象主要是说话者自身察觉到表达中有错误或不得体的地方时, 在错误发生后一段很短的时间内通过多种等手段来对已有信息进行加工、补充或替换。期望通过这些方式能够修正不适当的表述或消除误会。因此, 会话修正能够解决潜在的医患纠纷, 会话及时的修正有利于护患双方短时间内建立的一种相互信任、共同协作的人际关系。

护患会话中及时的修正对护患关系具有积极的影响。患者及时的修正话语信息能够提供给护士准确的病理信息, 从而减少护理过程的弯路, 减轻护士的负担。护士及时的修正话语信息能够安抚患者的情绪, 减少相互的摩擦。在护理过程中, 由于护士护理工作量大, 工作紧张, 当遇到求医心切患者时会有某些冲动性言语和行动, 或是护士本身性格特征属于易激动者而未及时调整自己的情绪时, 护士及时的进行会话的修正能够及时熄灭双方的怒火, 避免事态的扩大化, 造成护患纠纷。同时护士对医疗专业知识的及时修正能够获得患者的信任和尊重, 患者会认为护士具有扎实的医学理论基础、丰富的边缘学科知识、精湛的护理操作技能。这有利于护患之间关系的培养, 从而推动护患关系的和谐化。



四、结 语

4.1 小结

通过对收集到的护患会话语料的分析研究,我们发现,护患会话作为医疗会话的一部分,区别于医患会话医患角色关系不对称和权势不对称,护患会话中的权势关系相对差异小,护患会话的权势关系也是影响护患互动的重要因素。

就护患会话的微观结构而言,护患会话的话轮形式分为门诊挂号或取药形式与临床护理形式,单句和句群是构成话轮的主要方式,护患会话具有其自身的潜在的整体结构,能够体现出护患会话的独特特征。同时在整体结构中,护患会话的每个阶段都有其自己独特的特征,所在的位置不同,承担的会话任务不同,其所起的作用也不同。护患会话的不同阶段护患会话相邻对的类型都会有不同的特征。如开头阶段的相邻对因为护士人文关怀的性质通常采用日常会话中“问候——问候”类型的社交用语;术前阶段的相邻对以“询问——回答”为主要类型的序列结构。形式多为毗邻双部式结构;术后护理建议阶段主要以“陈述——回应”类型的毗邻双部式结构为主。

就护患会话的宏观言语特征而言,护患之间的交际过程既有合作表现也有潜在冲突,双方的话语权势在相互进行博弈,护患之间存在各种会话现象需要通过理性分析来探讨其背后的现实意义。护患会话的打断现象既有合作性打断也有侵入性打断,由于护患之间的权势差异,其打断的效果也不同,护患会话的打断对护患交流既有积极影响也有消极影响;护患会话的回述现象主要是通过解释举例等方式对话语特征进行重新描述,回述现象主要分为自我回述和他人回述,“归纳要旨”类回述和“做出结论”类回述。适当的回述现象对护患交流具有积极影响;护患会话的修正现象主要是对会话过程中所出现的失误进行修复,修正现象分为护士自我引导自我修正、护士引导患者修正、患者自我引导自我修正、患者引导医生修正四种类型。修正行为对护患交流具有积极影响。

护患沟通的建议而言,护理工作是人类健康服务系统中不可缺少的一部分,它是连接医患工作的桥梁,它是打开患者心灵之锁的钥匙。护士队伍中有的说话不规范、不科学、不谨慎引起护患纠纷;有的护士说话不善于区别患者的身份、职业、文化素质,千人一腔,造成沟通困难;有些护士说话语义不清、表意不明、缺乏逻辑,这些问题都需要护患沟通来解决。护士与患者应建立和谐的人际沟通渠道,护理人员只有掌握了合乎规范的职业语言,洞悉患者的各种需求并科学地给以满足,



才能有效地与患者进行工作、情感方面的沟通，从而实现真正医院上的整体护理，实现“以病人为中心”的新型护患关系。社会结构得以构建。通过语言，使我们和患者交流思想，磨合情感，好言一句三冬暖，美好的语言能够调动患者的积极性，使患者主动配合治疗，我们应当学会运用语言的艺术，良好的沟通，适时引导，有针对性的做好交流。护患之间应重视相互的互动交流，特别是护士必须掌握不同阶段的交际技巧，在护患交流中能够控制会话方向，引导患者进行心平气和有效的交流，让护士和患者之间的关系在更高层次上达到和谐。

4.2 不足

就论文的局限性来看，本文从会话分析的角度对护患会话进行研究，虽然有一定的新颖性，但是也暴露了很多问题。一方面对会话分析的理论研究不够深入和透彻，在进行运用这个理论进行语料解释时会出现矛盾和迷茫的情况，理论深度还不够高。并且只着重对护患结构作了初步工作，缺乏从其他角度进行护患会话分析。另一方面在护患语料的采集过程中由于调查时间，精力的限制，水平的不足等现实因素的影响导致语料还有很多问题，所采集的语料适用的普遍性不强。在运用语料充实文章时出现过多的描写而不足的解释，过多的归纳而不足的演绎。文章还有很多问题亟待进一步解决，文章价值有待下一步继续挖掘。



参考文献

一、期刊论文类

- [1]崔国鑫.会话分析的语用研究[J].外语学刊,2009(3).
- [2]董博宇,李娜.护患英语会话结构研究——以门诊挂号为例[J].安徽文学,2012(9).
- [3]冯小玮.批评语言学视角下的医患、护患会话对比研究[J].南京医科大学学报,2016,(2).
- [4]高杰,陈旭红,徐纠纷.话语分析面面观评介[J].当代语言学,2011,13,(3).
- [5]高丽.社会语言学视角下的医患关系[J].中国高等医学教育,2010,(11).
- [6]顾曰国.礼貌、语用与文化[J].外语教学与研究,1992,(4).
- [7]关敬英,韦汉.附加疑问句在医患门诊沟通中的语用功能探究[J].伊犁师范学院学报,2007,(4).
- [8]郭松,田海龙.语境研究:从社会语言学到批评话语分析[J].外语学刊,2011,(6).
- [9]黄国文.语篇分析与话语分析[J].外语与外语教学,2006,(10).
- [10]廖美珍.目的原则和言语行为互动研究[J].外语学刊,2012,(5).
- [11]廖益清.批评话语分析综述[J].集美大学学报,2000,(1).
- [12]林裕文.谈疑问句[J].中国语文,1985,(2).
- [13]刘兴兵,刘琴,邵艳,廖美珍.构建医患会话的合作原则[J].医学与哲学,2007,(3).
- [14]刘兴兵,刘琴,邵艳.中国当代医患会话研究综述[J].中国社会医学杂志,2008,(1).
- [15]刘兴兵,刘琴.中国当代医疗语言学研究综述[J].医学与哲学,2014,(11).
- [16]刘兴兵.医患门诊互动中的目的与权势[J].外语学刊,2009,(4).
- [17]刘运同.交际中的序列结构评介[J].现代外语,2012,(1).
- [18]卢星辰,卢海威.医患对话的话语结构特征分析[J].中国校外教育,2011,(8).
- [19]罗耀华,周晨嘉,裴亚军.无领导小组讨论中的打断研究[J].语言文字应用,2012,(1).
- [20]吕叔湘.疑问.否定.肯定[J].中国语文,1985,(4).
- [21]王昌米.话语分析的三个新视角[J].吉林省教育学院学报,2010,(4).
- [22]王凤才.哈贝马斯交往行为理论述评[J].理论学刊,2003,(5).
- [23]王晋军.国外机构语篇研究回顾[J].山东外语教学,2007.
- [24]王晓军.会话行为——互动、身份与机构评介[J].现代外语,2011,(4).
- [25]裘卫东,吴雪燕.英汉会话语篇中话轮沉默的认知解读[J].外语与外语教学,2003,(12).



- [26]项成东.言语行为理论在会话分析中的运用及存在的问题[J].外语与外语教学,2006,(3).
- [27]杨莉萍.心理学中话语分析的立场与方法[J].心理科学进展,2007,(3).
- [28]杨峥,高月琴,蒋兰.从社会语言学角度分析护患对话[J].语文学刊(外语教育教学),2010,(7).
- [29]姚双云.话语中的立场表达:主观性、评价与互动评介[J].外语教学与研究,2011,(1).
- [30]于国栋.机构性谈话的会话分析研究[J].科学技术哲学研究,2010,(2).
- [31]于国栋.医患交际中回述的会话分析研究[J].外语教学,2009,(3).
- [32]于国栋.支持性言语反馈的会话分析[J].外国语,2003,(5).
- [33]袁毓林.正反问句及相关的类型学参项[J].中国语文,1993, (2).
- [34]张庭国.话轮及话轮转换的交际技巧[J]外语教学,2003,(4).
- [35]郑远汉.问对结构[J].语言文字应用,2003,(3).

二、专著&硕博论文类

- [1]陈安媛.门诊交际中敏感话题的会话分析[D].山西大学硕士学位论文,2010.
- [2]陈迎.医护英语[M].北京:外语教学与研究出版社,2009.
- [3]洪群飞.礼貌视角下关于医患会话打断、否定以及重复的研究[D].华中师范大学硕士学位论文,2016.
- [4]胡壮麟.语篇的衔接与连贯[M].上海:上海外语教育出版社,1994.
- [5]姜学林.医疗语言学初论[M].北京:中国医药科技出版社,1998.
- [6]金燕.中国医患关系研究:从话语角度分析医患对话的言语特征[D].浙江大学硕士学位论文,2006.
- [7]李惠平.儿科医患会话研究[D].吉林大学硕士学位论文,2013.
- [8]李治平.汉语会话结构及转换机制研究[D].四川师范大学硕士学位论文,2005.
- [9]刘虹.会话结构分析[M].北京大学出版社,2004.
- [10]刘兴兵.中国医患门诊会话的语用研究[D].华中师范大学博士学位论文,2008.
- [11]刘运同.话语分析概要[M].上海:学林出版社,2007.
- [12]卢星辰.医患对话的会话分析[D].山东师范大学硕士学位论文,2009.
- [13]皮亚杰著,倪连生,王琳译.结构主义[M].北京:商务印书馆,2010.
- [14]邵敬敏.现代汉语疑问句研究[M].上海:华东师范大学出版社,1996.
- [15]史磊.医患会话特征研究[D].吉林大学硕士学位论文,2007.
- [16]史瑞芬.护理人际学[M].人民军医出版社,2003.
- [17]孙晓帆.医疗人员和病人之间的话语语篇分析[D].大连海事大学硕士学位论文



文,2011.

[18]谢刚.医患对话中的模糊语言语用功能研究[D].吉林大学硕士学位论文,2007.

[19]杨石乔.基于语料库的汉语医患会话修正研究[D].上海外国语大学博士学位论文,2010.

[20]杨晓梅.会话的社会语言学分析[D].曲阜师范大学硕士学位论文,2000.

[21]杨永林.社会语言学研究[M].上海外语教育出版社,2004.

[22]袁继红.医患门诊会话中礼貌的语用研究[D].西南大学硕士学位论文,2011.

[23]朱媛媛.医患会话中医生提问的人际功能研究[D].西南大学硕士学位论文,2011.

三、英文文献:

[1] Aled Jones.Nurses talking to patients:exploring conversation analysis as a means of researching nurse-patient communication [J].International Journal of Nursing Studies,2003,40(6):609-618.

[2] Debora A. Paterniti, Tonya L. Fancher et al. 2010 Getting to "No" Strategies Primary Care Physicians Use to Deny Patient Requests[J].American Medical Association 170(4),381-388.

[3] Gu,Yueguo.five ways of handing a bedpan:A tripartite approach to workplace discourse[J].Text,1997,7(4):457-475.

[4] Heath, Christian 1992 The delivery and reception of diagnosis and assessment in the practice In Paul Drew and John Heritage(eds.), Talk at Work[M].Cambridge: Cambridge University Press, 235-267.

[5] Mike Guest and Miyuki Nambu. Framing Nursing Discourse for English for Specific Purposes Materials' Development:How do nurses actually manage English discourse? [J].The Journal of Medical English Education,2011,10(3).

[6]SCHEGLOFF E A.Sequence organization in Interaction:A Primer in Conversation Analysis I[M].New York:Cambridge University Press, 2007:2-97.



致 谢

转眼间又是一年毕业季，领略了华师冬来春去的风光后，终究又到了分别的时候。不同于年少的本科毕业时的懵懵懂懂，跨入二十岁中半期的我在面临研究生毕业时的心情有些复杂。三年前父母陪我来桂子山的情景还历历在目，随着樱花纷落，我将要背起行囊离开承载我三年光阴的母校。华师在我心中一直是殿堂般的存在，所以考研时几乎没有犹豫就填报了华师。在华师三年期间感受到浓厚的人文气息，见到了以前一直在心中默默崇拜奉为大神的邢福义老师，体验了各式生活方式和学习方式，我觉得对于我人生来说这是一段不可磨灭的记忆，是一段充满意义的人生旅程。

首先，我要感谢我的导师刘云老师。刘云老师在学院繁忙的事务中仍然不停歇的督促我们论文的开稿，当我们在论文期间出现困难和困境时，刘老师也给予了充分的理解和支持，耐心的帮助我们解决困惑。刘老师作为学院的院长，每天有着庞杂的事务要处理，但是我们每次去刘老师办公室进行导师谈话时，都能看到刘老师办公室的电脑里打开着论文，看着专业的前沿知识。刘老师经常教导我们，一定要多看书多看论文，并以身作则地传递给我们这个思想。所以三年间从刘老师身上学到的不仅是如何学习专业知识，还有对待专业的态度和超一流的专业精神。我在此感谢刘老师三年的照顾。

其次我要感谢我的专业伙伴们，感谢三年里的风雨同舟，我们一起上课，一起讨论，一起自习，一起为课程论文努力的日子。我也不会忘记我们一起聚餐一起谈天说地的日子，谢谢你们让我的研究生生活不再孤单。

最后我要感谢我的室友们。室友们的好脾气和好性格使得我们的寝室生活非常融洽。寝室是我们外地孩子的家，融洽的寝室关系让我觉得这个武汉的“家”异常温馨，我们互相包容互相体谅对方的生活习惯，让这三年过得更加的舒心。

研究生毕业代表着一段人生旅程的休憩，但是我的人生没有终点，我将会一直努力下去。