

台灣南部醫療人員台語使用與能力 之社會語言學調查*

蔡美慧、李歡芳
國立成功大學

本研究透過問卷，以南部三個醫療單位的醫師與護理人員為對象，探討影響其自評台語能力以及和父母講台語頻率的相關因素為何？主要發現與論點如下：（1）年齡是決定台語能力與和父母講台語頻率的關鍵因素，而性別又強過職類；（2）職類與醫療層級二因素實乃反應年齡、性別、與家庭社經背景；（3）基層女護可能因為工作與場域屬性引發的「台語相對不道地感」而有低估自身台語能力之傾向，女醫則可能因為崇附當代新興價值（關注本土、實踐多元文化與病人為主的精神）而有高估台語能力之趨勢。不論低估或高估，此兩種語言不安全感現象皆反映了女護與女醫對醫用台語於南台灣顯性價值之認同。最後，我們認為，南部青世代醫療人員因身處年長者慣用台語的環境而提升台語能力，此意味各種高齡友善場域，例如長照，是促進青世代台語人口成長的契機。

關鍵詞：自評語言使用、醫用台語能力、高估與低估語言能力、語言不安全感指數

* 銘謝：本研究為科技部贊助之專題研究計畫（MOST-103-2410-H-006-107 MY3）。作者由衷感謝《台灣語文研究》編委會與匿名審查人細心閱讀並提供中肯建議，使本文論證更加完善。本文若仍有任何疏漏之處，悉由作者負責。

1. 引言

近幾十年來，台灣因為推行華語政策，使得各族群母語人口嚴重流失，雖然本土語言流失是推行官方語言之典型結果（黃宣範 1993：128），但勢必影響跨世代溝通，甚至單語人口之相關人權，例如與健康生命息息相關的就醫權。¹台灣不諳華語的人口在 1990 年—2010 年間，大致為 350 萬人至 135 萬人（黃宣範 1993：438，蔡美慧 2015：38）。鑑於高齡人口為醫療服務主體，而「病人為主」（patient-centeredness）（McWhinney 1989）為近代醫療推崇之專業精神，因此，台灣十二所醫學院有八所開設醫用台語課程（67%，蔡美慧 2015：46），可見醫療人員台語能力，於醫病溝通扮演重要角色。然而，關於醫療人員之台語能力卻無相關之研究。台灣各族群語言流失情形，已引發中外語言學家的多方關切，致力於探討影響族語流失或使用的相關社會因素（例如族群、年齡、性別、教育背景、成長地等），然而尚未有針對醫療人員的台語能力與使用情形探討，例如男女醫師、或醫師與護理人員的台語能力是否有差異？

雖然在過去，族群背景是個人族語能力的重要指標，閩南人講台語、客家人講客語，然而現今因通婚盛行、教育普及、語言政策實施等影響，官方語逐漸取代族語於家庭場域的親密語言地位（黃宣範 1993）。²因此，我們認為在探討醫療人員台語能力時，應顧及更本質的「語言能力形塑的起點」——在家和父母講台語的情形。和父母之間的語言使用是人類社會化過程的起點，對大部分人而言，這個語言通常成為他的「第一語言」（first language）或是最流暢的溝通語言。文獻探討語言能力時，也常預設語言使用頻率和語

¹ 雖然過去學界多以「方言」（dialect）指涉台語，基於台語、客語、華語之間乃為不同的語言種類（language），而非隸屬同一語言的方言關係，本文（含文獻回顧）以「本土語言」而非「方言」指涉台語。

² 關於以「閩南人」、「福佬人」或「台語人」指稱「台語使用者」，學者有不同見解或做法，例如 Chiun (2015: 56) 與葉高華 (2017: 64) 不使用「閩南人」，前者認為「閩」字有貶損意涵，後者認為閩南語人不限閩南地區，也包括廣東潮汕地區。本文沿用台灣官方與大部分語言學界的做法，採用「閩南人」來指稱「閩南人」、「福佬人」或「台語人」。

言能力的正相關性（例如 Chan 1994: 104），從小和父母很少講台語者，我們可合理預測其台語能力會比和父母常講台語者相對較弱。因此，探討當今醫療人員之台語能力時，也須考量其家庭中台語使用情形。本研究的議題如下：與南部醫師與護理人員自評的台語能力、自評和父母講台語的頻率，相關的因素有哪些？透過問卷填寫，我們調查了台灣南部某三個醫療層級單位（醫學中心、區域醫院、基層衛生所）之醫師與護理人員，探討的因素包括了醫療層級、年齡、性別及職類。

2. 文獻回顧

以下我們從兩個角度，回顧台語使用現況與相關社會因素。

2.1 台語使用現況

雖然閩南人在過去為台灣最大的族群（73.3%，黃宣範 1993：21），台語曾為家庭領域的主要語言，然而自 1946 年開始的國語運動與近兩個世代的禁用台語（1950 年至 1987 年學校禁止台語），使得台語從公私場域逐漸消音，年輕一代的台語能力退化（黃宣範 1993: 99-110）。

例如，黃宣範（1993: 128）透過受訪者填寫問卷的調查發現，母語為台語者，有 34.04% 自評以華語為家中和兄弟姊妹交談時的最常用語言。不論受訪者母語背景為何，兄弟姊妹間以華語為最常使用語言共達 47.10%（154 人）。³陳淑嬌 2007 年的問卷調查也發現，不論在何種公私場域，受訪者自評台語使用頻率皆低於華語。即便在家庭場域，自評經常使用華語者高達 78.22%，經常使用台語者下降為 45.7%（陳淑嬌 2007: 34）。亦即，華語已經取代台語成為新生代的母語。

Van den Berg (1986) 與陳淑娟（2009）分別觀察記錄台語於公共場域的交易活動中的使用情形，這兩個跨時研究主要結果顯示：此三十年間台北傳統菜市場、百貨公司、銀行的語言轉移情形，華語趨向穩定，台語大幅萎

³ 黃宣範（1993）實際問卷調查時間為 1987 年。

縮。⁴例如，三十年前台北市傳統市場最主要叫賣吆喝的語言是台語（67%），三十年後台語僅佔 24%；顧客之間以台語交談的比例從三十年前的 65% 降為 10%，交易時以台語進行者從 72% 萎縮為 32%。台北百貨公司與銀行在三十年後，不論是顧客之間或顧客店員的交易活動，使用華語比例都分別超過八成與九成。Chan (1994: 139-140) 針對全省 2,755 位閩南族群的自評問卷調查也顯示台語於公共場域的萎縮，老年組（50 歲以上）在大多數的場域使用台語多於華語，但青年世代（31 歲以下）除了在家中或宗教場域使用台語多於華語外，其他場域皆是華語為主。

閩南族群台語能力退化情形也引起學者的研究關注。學界對台語能力之評估，多採受訪者自評，將「聽講能力」分五級（曹逢甫 1997，陳麗君 2011，Chan 1994，Yeh et al. 2004）：很流利（5 分）、可以和他人溝通（4 分）、勉強可以溝通但有困難（3 分）、聽得懂但不會講（2 分）、完全不懂（1 分）。

Chan (1994) 針對台灣北、東、南三縣市做問卷調查，探討閩南人自評對華語、台語、客語的使用情形與態度，共得 2,755 份有效問卷。曹逢甫 (1997) 與 Yeh et al. (2004) 的問卷調查也探討同樣議題，前者有效問卷 1,443 份，後者 1,580 份。此三個研究結果皆發現一致的使用趨勢：（1）年齡層越低，台語能力越差，華語能力越好；（2）中老年二組自評的台語能力，差異並不顯著，但青年組比中老年二組的台語能力，則顯著衰退，亦即，台語能力衰退主要發生在 30 歲以下年輕人（曹逢甫 1997: 28，Chan 1994: 95，Yeh et al. 2004: 89）。陳麗君 (2011) 的研究對象為台灣北、中、南、東部大學台灣語文系所及中文系、理工科系共計 646 位學生（主要為大二學生，閩南族群 462 人，佔 71.5%），受訪者以問卷自評台語說聽讀寫能力。陳麗君的受訪者與曹逢甫 (1997)、Chan (1994)、Yeh et al. (2004) 研究對象的青年組比較之下（表一）：青年組自評的台語能力從 1994 年的 4.61 分、退化到 2011 年的 3.69 分（介於「4=可以和他人溝通」至「3=勉強可以溝通但有困難」之間）。

⁴ Van den Berg (1986) 實際調查時間為 1978 年，陳淑娟 (2009) 實際調查時間為 2008 年，此兩份調查相隔 30 年。

表一 閩南族群的台語聽講能力與相關因素

		Chan (1994)		曹逢甫 (1997)		Yeh et al. (2004)		陳麗君 (2011)	
調查人數		2,755 人		1,443 人		1,580 人		462 人	
語言能力 相關因素		華語	台語	華語	台語	華語	台語	華語	台語
	整體	4.41	4.79	4.63	4.66	4.42	4.61	4.58	3.69
年齡	≤30 歲	4.74	4.61	4.73	4.35	4.81	4.43	4.58	3.69
	31-50 歲	4.58	4.86	4.46	4.87	4.61	4.80		
	≥51 歲	3.50	4.87	4.28	4.85	3.24	4.87		
性別	男	4.41	4.80	4.54	4.68		4.76		
	女	4.42	4.76	4.73	4.63		4.65		
教育程度	高	4.78	4.77	4.75	4.66	4.75	4.68		
	中	4.24	4.80						
	低	3.42	4.77	4.22	4.66	3.76	4.74		
區域	北	4.69	4.79	4.71	4.64				
	南	4.35	4.81	4.56	4.62				
	東	4.25	4.76	4.64	4.85				

2.2 台語能力與使用之相關社會因素

上述文獻可看出，與自評台語能力最主要的因素為年齡：台語能力與年齡層成正相關，年齡越小者，自評越少使用台語，自評台語能力也越弱，華語則相反（曹逢甫 1997: 27，Huang 1988: 322-323，Yeh et al. 2004: 100）。當我們探討「台語能力」時，必須將「使用台語頻率」與「使用華語頻率」列入考量。一般會假設，說話者經常使用的語言，該語言的能力相對較佳（例如 Chan 1994: 104）。因此，個人的台語能力，可能因為使用場域萎縮而退化，而台語（非官方語言）使用場域萎縮，反映華語（官方語）場域擴張。以下我們針對語言或語體使用（官方語／非官方語／方言、標準語體／非標準語體）的其他相關因素做文獻回顧：社會階級、教育、性別、區域。

2.2.1 社會階級、教育程度

一般而言社會階層越高者越偏向使用官方語或標準語（Guy 1988，Labov 1972，Petyt 1985，Trudgill 1974）。Labov (2006) 調查美國紐約不同社會階

層的三家百貨公司在一般與正式情境下，某些語音的使用情形，例如人們在無意識與極謹慎兩個情境下，母音後/r/的發音。Labov 將三家百貨公司依其座落地段、標價、時尚度、空間擺設、登報廣告量等分為三個社會階層，Labov 的主要發現為，社會階層越高的百貨公司，其員工越傾向和顧客使用標準語體，而且中間階級的中年族群或女性有明顯的「過度矯正」(hypercorrection) (Labov 1972: 122-132, 141)——他們在自然情境下講的並非標準發音，但在謹慎情境時，他們比起其他階層或同階層男性更常使用上層階級的標準發音，Labov (1972: 52) 認為在這二種情境不一致、不穩定的語言表現是「語言不安感」(linguistic insecurity) 的指數，亦即當人們意識到或認為自己的發音有別於標準音時，會希望自己可達到此標準。Trudgill (1974) 依照 Labov 的研究架構，檢視英國 Norwich 五個社會階層/ŋ/發音，也發現高中低三階的勞工偏好將/ŋ/發為[n]，兩組中產階級則是發為[ŋ]，而且居中的高階勞工階級 (upper working class) 也有類似 Labov 所觀察的游離不定的語言表現——隸屬社會階層邊陲者 (borderline)，更容易在越正式或謹慎情境時，趨向使用象徵中產階級的標準音。

雖然在台灣的社会語言學研究，較少探討社會階級這個因素，但一般認為，教育程度可以是社經地位的關鍵指標，尤其在早期台灣社會，文憑是社會地位的保證 (曹逢甫 1997: 20, Chan 1994: 82-83)。許多針對台灣情境的研究也發現：教育程度愈高者自評和家人間使用華語的頻率也愈高，自評華語能力也愈強 (參考表一以及曹逢甫 1997: 27-18, 蔡淑鈴 2001: 91, Chan 1994: 97, Huang 1988: 322-323, Van den Berg 1986: 103, Yeh et al. 2004: 90)。

2.2.2 性別因素

一般而言，女性比男性偏好標準語 (Labov 2006, Trudgill 1972, 1974, 1983)。在西方文獻，除了前述 Labov 觀察到女性的偏好標準語與過度矯正現象，Trudgill (1972, 1974, 1983) 針對 Norwich 五個社會階層的觀察則有進一步的發現。不論在哪個階層女性都比男性偏好標準發音，而且女性傾向於高估 (over-report) 自身標準發音使用情形，男性則是低估 (under-report)

(Trudgill 1972: 186-187)，亦即有些女性自評有在使用標準語（事實上為甚少或並未使用），男性則是自評不常使用標準語（而實際上有在使用）。此性別差異現象，在游離的中間階級尤為明顯，Trudgill (1983) 發現中間階級的性別差異最大，女性對標準語的堅持，甚至不亞於上層階級女性。Trudgill 進一步說明，因為女性在大部分的社會地位較男性低或不穩，因此女性的地位意識感(*status conscious*)較強，會致力於遵循顯性社會價值(*overt prestige*)，例如標準發音。相反的，男性偏好或認同非標準發音，反映男性追求隱性價值(*covert prestige*)——陽剛粗獷、豪邁強悍，甚至是「反權威」(Trudgill 1972: 181-182)。

上述西方社會所觀察到的女性偏好標準語或官方語而男性反之，於台灣的語言調查也有同樣情形。Chan (1994: 100-102) 的研究顯示男性自評的台語能力顯著優於女性（男：4.80、女：4.76）。曹逢甫（1997）也發現女性比男性更偏愛強勢語言（華語），而且男性自評的母語能力（例如台語）顯著比華語能力好得多。Huang (1988: 322) 也指出性別是影響自評華語選用的顯著因素，而且女性和各每世代的家人間使用較多華語，和父母輩或兄弟姊妹講華語的機率顯著比男性更高。Yeh et al. (2004: 87) 的研究進一步發現，本土語言的性別差異在閩南族群尤為顯著，雖然男性或女性的閩南人、客家人、或原住民，在自評的華語能力並無顯著的性別差異，前兩個族群自評的母語能力也無性別差異，但閩南男性自評的台語能力（平均值為 4.76）則顯著優於同族群女性（平均值為 4.65）。上述結果支持了 Trudgill 的論點：男性的非官方語（台語）優於女性，反映了非官方語（台語）對男性是一種隱性威權象徵，而女性的華語優於男性，則反映了標準語或官方語（華語）是女性嚮往的顯性價值。

2.2.3 區域因素

在台灣，地區也是影響語言使用的因素。Huang (1988: 322) 針對404位台北市居民的調查顯示，在台北出生長大者或居住在北部越久者，自評和父母兄弟姊妹講華語的機率顯著比較高。Chan (1994: 107) 的結果顯示台北人

自評的華語能力顯著比台南人與宜蘭人高，而後二者自評的台語能力顯著比前者高。曹逢甫（1997: 27-28）的研究也發現，華語的使用呈北高南低的情形（大台北地區 vs. 高雄台南），但台語的使用北部和南部則無差別，而東部是四個區域中台語能力自評最高者。Chan (1994: 105) 認為台北為都會之首與政治經濟中心，因此官方語使用率高。

Van den Berg (1986) 觀察台灣北中南幾個場域各種互動中語言使用情形，他發現，華語在交易情境中使用頻率由高至低為：銀行、市中心商店、百貨公司，最低是市場（僅有15%），很顯然的在1970年代，「菜市場」是本土語言的主場域。Van den Berg 認為華語使用與「商業或奢侈購物」有重要關連性，此外，若以城市而言，華語使用比例由高至低依序為台北、高雄、台中、台南。Van den Berg 的主要結論為：「地理空間」是影響本土語言與華語選用的重要因素（Van den Berg 1986）。陳淑娟於三十年後延續 Van den Berg 的研究，針對北部五行政區域傳統市場的語言使用也發現：傳統市場的屬性、客源（當地人或外地人）、所在地外省族群人口比例等因素也會影響語言選用（陳淑娟 2009: 181-184）。例如他所觀察的四個市場中，台語比例以南門市場為最低，西寧市場最高，因為前者為示範市場、規模大、經常吸引外國觀光客，所屬的大安區與中正區的外省族群比例高，後者規模小、客源主要為當地人，賣主與顧客互動頻繁、所在的萬華區外省人口較少。最後，讀者應注意的是，上述關於華語使用呈現北高南低的趨勢，其中「北部」更明確而言是指「大台北地區」，因為其北部收案的均以台北地區為主，亦即不含基隆、桃園、新竹等地。

2.2.4 醫學生社經背景

前述社會階層是影響語言使用因素之一，因此本節討論醫學生之社經背景。季瑋珠、楊志良（1985）以問卷調查分析台大與高醫醫學系學生的社會化過程。其結果顯示，醫學生的背景以男性（88.4%）及本地生為主（70.0%），而且多來自「地位優越家庭」，例如，出生於省轄市或都市之醫學生占 44.4%，家庭社經地位在五級制的最高級與第二級者，各占 19.0% 及 28.0%（合計

47%)，而且有醫師家族聚集傾向(家族中有醫師者占 46.7%)。台灣於 91 學年起大學採用多元入學，此制度更有利於高社經背景者進入醫學院(田芳華、傅祖壇 2009: 214，林大森 2010: 110)，例如張家納(2006: 68)以問卷調查 2002 年東部某醫學系學生，結果顯示醫學生來自最高社經地位家庭者的比例為 57.8%，比 1985 年的 47%(季瑋珠、楊志良 1985)又更高，而且來自醫師家族的比例也比 1985 年的 46.7% 又更明顯。林其和(2017)針對全國 11 個醫學系，105 學年度的一年級學生的問卷調查(有效問卷 930 份)也顯示，不論透過繁星、申請或指考管道，仍有高達 81.3%、79.2%、78.2% 的醫學生來自高社經家庭。其他國家的醫學生也有相同背景，他們大多來自高階層的家庭或來自醫師家族、在進入醫學院之前大都為高學業成就(Dhalla et al. 2002，Gough and Hall 1977，Monk and Thomas 1973，Steven et al. 2016)。

2.2.5 男醫師 vs. 女醫師

女醫師來自高社經家庭的趨勢又較男醫師顯著，此為國內外共同之趨勢(Fruen et al. 1974，Gough and Hall 1977，Hutchins et al. 1967，Kutner and Brogan 1980)。例如，Hutchins et al. (1967: 811) 針對美國加州大學醫學院學生的長期調查顯示，母親屬於專業人士者(professional)的女醫學生是男醫學生的三倍、而且前者母親的教育程度平均高於後者的母親。Fruen et al. (1974: 141) 發現女醫學生父母的教育程度都比男醫學生父母高，前者父親的職業也比後者父親高。劉慧俐等(1992)針對國內 159 位女醫師與 206 位男醫師的問卷調查顯示，女醫師於以下四個社經指標皆顯著高於男醫師：57.7% 女醫師來自醫師家族(男醫師 43.7%)、19.5% 的女醫師自評出生之家庭社經地位為高階層(男醫師 4.8%)、女醫師父親與母親之教育為大專後以上者分別佔 51.5% 與 8.1% (男醫師為 27.6% 與 4.3%)，女醫師父親或母親為醫師為 25.1% 或 4.4% (男醫師 15.5% 與 0.4%)，因此，父母親之高社經背景或醫師背景，是女醫師習醫重要推力與榜樣。劉慧俐等(1992: 57)

認為，在傳統重男輕女的氛圍下與進入醫學系高門檻壓力（學費與學業表現），保守之低社經家庭栽培女兒習醫意願相對較低。

2.2.6 醫師 vs. 護理

此外，近代女性雖然因為教育而享有經濟上的獨立自主，但性別刻板印象仍然普遍存在，尤其在職場。在醫療場域因為性別分工趨勢明顯（男性為醫師主體，護理為女性），形成護理人員於東西方醫療體制中只能扮演從屬角色（劉仲冬 1998, 2006, Devine 1978, Liu 2010, Wilson 2012）。整體而言，台灣醫師地位如天高，而護理卻盡受鄙視（Liu 2010: 121）。

我國傳統的概念「照顧」與「服侍」沒有區隔（劉仲冬 1998），因為照顧者需具耐心、愛心、耐操等特質，女性被期待是自然的照顧者，因而護理人員都以女性為主（劉仲冬 2006: 6, Littlewood 2004），然而父權為主的醫療體系中，護理人員僅被視為醫師「助手」（Liu 2010），不具職場專業與自主，形成與醫師極大的位階差距。Liu (2010: 120-121) 透過線上問卷，調查台灣護理人員對於自身角色的觀點，在開放式問句的回應中，所呈現的核心主題之一為「卑微地位」。他們普遍認為現今醫療體系形成「醫師為主、病人為客、護理為僕」的差距。雖然護理人數佔醫療服務主體，醫療資源與決策權以及醫療主管受醫師掌控，前線接觸病人的護理人員因與日俱增的工作量、壓力、無薪超時工作而出走，被期待任勞任怨卻得不到認同尊敬。

相反的，醫師因為崇高的救人職志、高入門檻與高收入，一般被視為社經地位高。蔡淑玲和瞿海源（1992）針對台灣七所大學 1,422 位學生所做的問卷調查，測量 82 種職業的聲望、收入、教育背景，結果以醫師的社經地位為最高（第 1 名），醫護工作人員排行第 22 名。醫師的高聲望在世界各地也有同樣情形（Lin and Xie 1988）。

2.2.7 小結

上述與台語使用與能力相關的眾多因素可歸為三類：（1）年齡層高低與台語使用頻率與能力成正比，越年輕輩越少使用台語、台語能力越差，此反映多語社會推行官方語的常見現象，即本土語言的萎縮；（2）低社經地

位與台語使用頻率與能力成反比，高教育程度、都會型區域、高職業聲望、高消費場域、使用台語頻率相對少；（3）性別與推崇之價值觀，女性偏好大眾公認具顯性價值之華語、男性推崇可展現豪邁權威等隱性價值之台語。

在過去教育不普及的時代，華語能力主要取決於教育程度，在母語流失時代，影響醫療人員台語能力、使用台語頻率的因素又為何？在高齡化社會提倡友善高齡社區與病人為主的專業素養要求下，在醫療這個高階場域，面對高齡病人，意味著醫療人員的台語能力更好、還是相反？上述台語使用情形是否因醫師與護理工作屬性、社會地位、與性別因素而有差異？台灣情境是否也有西方社會所觀察到的「女性高估」「男性低估」自身官方語言能力的情況？這些是本文所要探討的。

3. 研究方法

本研究於 2015 年 12 月至 2016 年 5 月之間，以台灣南部某直轄市的三種層級的醫療單位之醫師與護理人員為研究對象（以下簡稱「三層級」），透過紙本問卷調查受訪者對上述議題的回應。研究對象包括醫學中心醫師共 214 位（男 162、女 52），護理人員 520 位（男 14、女 506）；區域醫院醫師 50 位（男 36、女 14），護理人員 174 位（男 3、女 171）；該直轄市內的衛生局醫師 26 位（男 26、女 0），護理人員 165 位（男 0、女 165）。醫師所屬的科別不含新生兒／小兒科、婦產科、急診。共計有效問卷 1,149 份（見表二）。

表二 受訪者基本資料

人數 百分比				人數 百分比			
醫療單位	基層衛生所	191	16.62%	年齡層	青年(≤30 歲)	489	42.86%
	區域醫院	224	19.49%		中年(31-50 歲)	563	49.34%
	醫學中心	734	63.88%		老年(≥51 歲)	89	7.80%
	遺失	0	0%		遺失	8	0.70%
	合計	1,149	100%		合計	1,141	100%
職類	護理	859	74.76	性別	男	241	20.97%
	醫師	290	25.24		女	908	79.03%
	遺失	0	0%		遺失	0	0%
	合計	1,149	100%		合計	1,149	100%
主要成長地	北	40	3.48%	層級性別職類	男	女	
	中	132	11.49%		基層醫師	26	0
	南	945	82.25%		基層護理	0	165
	東	11	0.09%		區域醫院醫師	36	14
	遺失	21	1.83%		區域醫院護理	3	171
	合計	1,149	100%		醫學中心醫師	162	52
基層衛生所	青醫	0	0		醫學中心護理	14	506
	中醫	9	34.62%		青護	7	4.24%
	老醫	16	61.54%		中護	148	89.70%
	遺失	1	3.85%		老護	10	6.06%
	合計	26	100%		遺失	0	
區域醫院	青醫	3	6%		合計	165	100%
	中醫	33	66%		青護	68	39.08%
	老醫	14	28%		中護	99	56.90%
	遺失	0			老護	4	2.30%
	合計	50	100%		遺失	3	1.72%
醫學中心	青醫	61	28.51%		合計	174	100%
	中醫	119	55.61%		青護	350	67.31%
	老醫	33	15.42%		中護	155	29.81%
	遺失	1	0.47%		老護	12	2.31%
	合計	214	100%		遺失	3	0.19%
					合計	520	100%

本文針對醫療人員自評台語的使用情形與相關態度的問卷設計，主要參考前人針對台灣的社會語言學調查（曹逢甫 1997，Chan 1994，Yeh et al. 2004），與筆者於 2015 年針對台灣醫療專業人士（醫師、護理、醫學相關學系教師）的質性訪談。問卷內容包括四部份。（一）基本資料：包括服務年資、接觸病人量、與服務對象類型；（二）個人與職場語言：包括自評個人台語能力，於家庭與醫療職場使用台語情形；（三）醫用台語內容需求：十種醫療情境台語的需求程度；（四）醫用台語相關態度。其中，第三、四部份非屬本文討論主題（請見【附錄】）。第二部份請受訪者自評與父母互動時使用台語、華語、其他語言的頻率（問題 10、11），自評台語能力（問題 12、13）則沿用文獻的五分制（1 完全不懂、2 聽得懂但不會講、3 勉強可以溝通但有困難、4 可以和他人溝通、5 很流利）。如同大部分文獻的做法，本研究要探討的「台語使用頻率」與「台語能力」也是採用「受訪者自評」，原因有二：（1）利於本研究結果與文獻比較；（2）針對職場語言使用之量化研究，尤其是醫療人員，要能做到系統性的觀察或邀請配合語言評量，有相當之困難。此外，問題 12、13 設計目的，不在於比較受訪者「一般台語能力」與「醫用台語能力」之異同，而在於取得其「整體台語能力」。受訪者於問題 12、13 兩題回應之平均值，即為其「自評台語能力」。此設計主要動機如下：對某些人而言，「生活台語能力」與「醫用台語能力」是兩種不同程度的能力，例如，筆者於 2015 年之訪談發現，有些非台語母語者（例如僑生留在台灣執醫），於進入醫療場域始習得台語，其能力侷限於特定或例行情境之醫用台語辭彙（例如抽血、打針、安排檢查），但一般生活中則甚少或無法以台語和他人互動，因此要了解受訪者之整體台語水平必須同時考量一般台語與醫用台語的能力。最後，除了問卷之外，我們也於統計結果後，訪談三醫療單位之主管針對統計結果提供其詮釋想法。本研究執行內容已通過國立成功大學人為科學研究審查委員會之審查。

探討影響醫療人員自評的台語能力與和父母講台語頻率的元素時，我們檢視以下四項：

- (1) 性別：男、女
- (2) 職類：醫師、護理人員（簡稱「護理」）
- (3) 醫療層級：基層（亦即衛生所）、區域醫院（簡稱「區域」）、醫學中心（簡稱「醫中」）
- (4) 年齡：老年組（ ≥ 51 歲）、中年組（31-50 歲）、青年組（ ≤ 30 歲）

為釐清上述因素的交互作用，我們(1)以年齡為主軸，加上性別與職類分為十個「年齡次分組」，例如老年男醫、中年女醫。⁵(2)以醫療單位為主軸、加上性別與職類將受訪者分為九個「醫療單位次分組」，例如基層男醫、區域醫院女醫（簡稱為區域女醫）、醫學中心女護（簡稱為醫中女護）。

統計檢定方面，我們以 SPSS 軟體執行（17.0 版），以皮爾生相關係數（Pearson's correlation coefficient）檢定連續性變數之間的相關性（例如年齡大小、自評和父母講台語頻率、自評台語能力）。以 T test 檢定兩個類組之間差異程度（例如男女），三個以上項目或類組之間的差異程度則以單因子變異數分析（One-Way ANOVA），並以「LSD 事後檢定」檢測組別間的差異程度。

4. 結果

為方便與第五節的討論連結，我們將結果編碼如下：

- 1：自評和父母講台語頻率
- 2：自評台語能力
- A：年齡／Age
- G：性別／Gender
- P：職類／Profession Category
- L：醫療層級／Level of Unit

⁵ 於 SPSS 的 ANOVA 比較時，組別個案少於 5 者，無法列入比較：這些組別包括了基層男護理（1 位）、基層女醫（1 位）、區域男護（3 位），中年男護（1 位）、老年男護（0 位）。

- 1A：年齡次分十組的自評和父母講台語頻率
 2A：年齡次分十組的自評台語能力
 1L：醫療層級次分九組的自評和父母講台語頻率
 2L：醫療層級次分九組的自評台語能力
 FN：女護理／Female Nurses
 FD：女醫師／Female Doctors
 MD：男醫師／Male Doctors

4.1 整體性別、職類、年齡、醫療層級

- 1G. 性別：整體而言，男性自評和父母講台語頻率顯著高於女性（表三， 59.11 ± 34.96 vs. 52.46 ± 31.29 ， $p=0.009$ ）；
 2G. 性別：男性自評台語能力也顯著高於女性（表三， 4.34 ± 0.62 vs. 4.08 ± 0.63 ， $p<0.001$ ）。
 1P. 職類：整體而言，醫師與護理人員自評和父母講台語頻率無顯著差異（表三， 53.86 ± 36.36 vs. 53.93 ± 30.72 ， $p=0.976$ ）；
 2P. 職類：相較於 1P，在自評台語能力方面，則醫師顯著高於護理（表三， 4.30 ± 0.63 vs. 4.08 ± 0.63 ， $p<0.001$ ）。

表三 性別與職類（平均值與 T test）

和父母講台語頻率					
	人數	平均值	標準誤差		顯著值（雙尾）
女 醫師 護理	231	59.11	34.96	男>女**	0.009
	880	52.46	31.29		
	276	53.86	36.36	醫師>護理	0.976
	837	53.93	30.72		
台語能力					
	人數	平均值	標準誤差		顯著值（雙尾）
男	238	4.34	0.62	男>女**	<0.001
女	908	4.08	0.63		
醫師	290	4.30	0.63	醫師>護理**	<0.001
護理	859	4.08	0.63		

- 1A. 年齡：三年齡層醫療人員自評和父母講台語頻率呈現顯著的「老年＞中年＞青年」模式，亦即，老年組（ ≥ 51 歲）顯著高於中年組（31-50 歲）與青年組（ ≤ 30 歲），而且中年組又比青年組高（表四，三年齡層依序為 74.19 ± 30.96 、 63.36 ± 30.19 、 39.37 ± 28.48 ，表六， $p < 0.001$ ， $p = 0.002$ ）；
- 2A. 年齡：三年齡層自評台語能力也呈現顯著的「老年＞中年＞青年」模式（表四，三年齡層依序為 4.75 ± 0.50 、 4.17 ± 0.65 、 3.99 ± 0.57 ，表六， $p < 0.001$ ）。

表四 年齡層與年齡次分十組平均值

		左：和父母講台語頻率			右：台語能力			
		人數	平均值	標準誤差	人數	平均值	標準誤差	
年 齡 層	青年	474	39.37	28.48	青年	489	3.99	0.57
	中年	551	63.36	30.19	中年	563	4.17	0.65
	老年	82	74.19	30.96	老年	89	4.75	0.50
	合計	1,107	53.89	32.18	合計	1,141	4.14	0.64
年 齡 次 分 十 組	青年男醫	93	41.68	33.38	青年男醫	95	3.99	0.61
	青年女醫	40	20.41	21.64	青年女醫	44	3.98	0.53
	青年男護	17	53.24	28.49	青年男護	17	4.18	0.39
	青年女護	522	45.52	29.14	青年女護	535	4.01	0.59
	中年男醫	67	73.74	27.52	中年男醫	68	4.50	0.50
	中年女醫	16	51.94	35.63	中年女醫	17	4.21	0.47
	中年女護	268	68.14	28.04	中年女護	274	4.18	0.68
	老年男醫	52	71.99	34.64	老年男醫	56	4.78	0.48
	老年女醫	5	77.30	29.73	老年女醫	5	4.80	0.45
	老年女護	24	77.65	22.90	老年女護	26	4.67	0.58
合計		1,104	53.79	32.17	合計	1,137	4.14	0.64

- 1L. 醫療層級：整體而言，三層級醫療人員自評和父母講台語頻率，由基層衛生所至醫學中心呈現顯著的「基層>區域>醫中」模式。基層和父母講台語頻率最高，醫學中心最低。（表五， 69.28 ± 29.15 、 57.44 ± 30.38 、 48.87 ± 32.12 ，表六， $p < 0.001$ ）；
- 2L. 醫療層級：相較於 1L，在自評台語能力方面，基層人員卻是最低，顯著低於醫中人員（表五， 4.01 ± 0.80 vs. 4.17 ± 0.58 ，表六， $p = 0.002$ ）。

表五 醫療層級與層級次分九組平均值

左：和父母講台語頻率					右：台語能力				
		人數	平均值	標準誤差			人數	平均值	標準誤差
醫療 層級	基層	184	69.28	29.15	基層	191	4.01	0.80	
	區域	216	57.44	30.38	區域	224	4.13	0.63	
	醫中	713	48.87	32.12	醫中	734	4.17	0.58	
	合計	1,113	53.91	32.20	合計	1,149	4.14	0.64	
醫療 層級 次分 九組	基層男醫	23	75.04	32.93	基層男醫	24	4.56	0.65	
	基層女護	160	68.39	28.67	基層女護	164	3.94	0.80	
	區域男醫	33	73.58	27.57	區域男醫	36	4.46	0.45	
	區域女醫	13	44.81	35.28	區域女醫	14	4.21	0.58	
	區域女護	167	54.95	29.60	區域女護	171	4.04	0.64	
	醫中男醫	157	54.11	35.90	醫中男醫	160	4.30	0.66	
	醫中女醫	48	30.24	31.15	醫中女醫	52	4.09	0.56	
	醫中男護	14	50.36	30.21	醫中男護	14	4.14	0.36	
	醫中女護	492	48.81	30.32	醫中女護	506	4.14	0.56	
合計		1,107	53.77	32.20	合計	1,141	4.14	0.64	

表六 三年齡層與三醫療層級—變異數分析檢定 (ANOVA)

左：和父母講台語頻率					右：台語能力			
平均值差異 LSD					平均值差異 LSD			
年齡層	中年	青年	23.99*	<0.001	中年	青年	0.18*	<0.001
	老年	青年	34.82*	<0.001	老年	青年	0.76*	<0.001
	老年	中年	10.83*	0.002	老年	中年	0.58*	<0.001
醫療層級	基層	區域	11.84*	<0.001				
	基層	醫中	20.41*	<0.001	基層	醫中	0.16*	0.002
	區域	醫中	8.57*	<0.001				

4.2 年齡次分十組

- 1AG. 性別：中年男醫自評和父母講台語頻率顯著高於中年女醫，青年男醫顯著高於青年女醫（表四， 73.74 ± 27.52 vs. 51.94 ± 35.63 ，表七列 9， $p=0.007$ ；表四， 41.68 ± 33.38 vs. 20.41 ± 21.64 ，表七列 2， $p<0.001$ ）；
- 2AG. 性別：相較於 1AG，同年齡層同職類的男性與女性自評的台語能力，並無顯著差異，亦即，中年男醫和青年男醫之台語能力並未顯著高於同年齡層之女醫（表四， 4.50 ± 0.50 vs. 4.21 ± 0.47 ， 3.99 ± 0.61 vs. 3.98 ± 0.53 ）。
- 1AP. 職類：中年女護自評和父母講台語頻率皆顯著高於中年女醫，青年女護顯著高於青年女醫（表七列 16， $p=0.031$ ；表四， 68.14 ± 28.04 vs. 51.94 ± 35.63 ；表四， 45.52 ± 29.14 vs. 20.41 ± 21.64 ，表七列 4， $p<0.001$ ）；
- 2AP. 職類：相較於 1AP，同年齡層同性別的醫師與護理人員之自評台語能力，並無任何顯著差異，亦即中年女護和青年女護之台語能力並未顯著高於同年齡層之女醫（表四， 4.18 ± 0.68 vs. 4.21 ± 0.47 ， 4.01 ± 0.59 vs. 3.98 ± 0.53 ）。

- 2A-FN. 中年女護：大部分的較高年齡層（不論職類或性別）自評的台語能力都顯著比較低年齡層佳，而且同年齡層內的次分組，亦即不論男女（2AG）或職類之間（2AP）台語能力均無顯著差異，唯一例外為「中年女護」台語能力顯著低於「中年男醫」（表四， 4.18 ± 0.68 vs. 4.50 ± 0.50 ，表七列 10， $p < 0.001$ ），雖然二者和父母講台語的頻率並無顯著差異（表四， 68.14 ± 28.04 vs. 73.74 ± 27.52 ）。
- 1A-FD. 青年女醫：青年女醫為年齡次分十組中，自評和父母講台語比例最低者（ 20.41 ± 21.64 ），顯著低於其他九組，也顯著低於同年齡層的男醫、男護、女護（表四，依序為 41.68 ± 33.38 、 53.24 ± 28.49 、 45.52 ± 29.14 ，表七列 2-4，三者皆為 $p < 0.001$ ）；
- 2A-FD. 青年女醫：相較於 1A-FD，青年女醫自評台語能力與同年齡層的男醫、男護、女護並無顯著差異（表四，依序為 3.98 ± 0.53 、 3.99 ± 0.61 、 4.18 ± 0.39 、 4.01 ± 0.59 ）。

表七 年齡次分十組—變異數分析檢定 (ANOVA)

列號	左：和父母講台語頻率				右：台語能力			
1	平均值差異 LSD				平均值差異 LSD			
2	青年男醫	青年女醫	21.27*	<0.001				
3	青年男護	青年女醫	32.82*	<0.001				
4	青年女護	青年女醫	25.11*	<0.001				
5	中年男醫	青年男醫	32.06*	<0.001	中年男醫	青年男醫	0.51*	<0.001
6		青年女醫	53.33*	<0.001		青年女醫	0.52*	<0.001
7		青年男護	20.51*	0.010		青年男護	0.32*	0.047
8		青年女護	28.22*	<0.001		青年女護	0.49*	<0.001
9		中年女醫	21.80*	0.007				
10						中年女護	0.32*	<0.001
11	中年女醫	青年女醫	31.53*	<0.001				
12	中年女護	青年男醫	26.46*	<0.001	中年女護	青年男醫	0.19*	0.009
13		青年女醫	47.73*	<0.001		青年女醫	0.20*	0.043
14		青年男護	14.91*	0.041				
15		青年女護	22.62*	<0.001		青年女護	0.17*	<0.001
16		中年女醫	16.20*	0.031				
17	老年男醫	青年男醫	30.31*	<0.001	老年男醫	青年男醫	0.79*	<0.001
18		青年女醫	51.57*	<0.001		青年女醫	0.80*	<0.001
19		青年男護	18.75*	0.022		青年男護	0.60*	<0.001
20		青年女護	26.47*	<0.001		青年女護	0.77*	<0.001
21						中年男醫	0.28*	0.011
22		中年女醫	20.05*	0.016		中年女醫	0.57*	0.001
23						中年女護	0.60*	<0.001
24	老年女醫	青年男醫	35.62*	0.008	老年女醫	青年男醫	0.81*	0.003
25		青年女醫	56.89*	<0.001		青年女醫	0.82*	0.004
26						青年男護	0.62*	0.041
27		青年女護	31.78*	0.016		青年女護	0.79*	0.003
28						中年女護	0.62*	0.021
29	老年女護	青年男醫	35.97*	<0.001	老年女護	青年男醫	0.68*	<0.001
30		青年女醫	57.24*	<0.001		青年女醫	0.70*	<0.001
31		青年男護	24.41*	0.008		青年男護	0.50*	0.008
32		青年女護	32.13*	<0.001		青年女護	0.67*	<0.001
33		中年女醫	25.71*	0.006		中年女醫	0.47*	0.013
34						中年女護	0.50*	<0.001

4.3 醫療層級次分九組

- 1LG. 性別：同醫療層級醫師中，男醫自評和父母講台語頻率都顯著比女醫高，例如醫中男醫比醫中女醫高，區域男醫比區域女醫高（表五， 54.11 ± 35.90 vs. 30.24 ± 31.15 ，表八列 24-26， $p < 0.001$ ；表五， 73.58 ± 27.57 vs. 44.81 ± 35.28 ，表八列 16、26， $p = 0.005$ ， $p < 0.001$ ）。
- 2LG. 性別：同醫療層級醫療人員中，男醫自評台語能力大都顯著高於女醫或女護（表八列 2、17、26-27）。醫療層級次分九組中，基層男醫台語能力是三層級男醫中最高，其次為區域男醫、醫中男醫（表五，依序為 4.56 ± 0.65 、 4.46 ± 0.45 、 4.30 ± 0.66 ）。此三男醫組別的台語能力顯著高於大多數層級的女醫或女護組別（表八列 2-8、15-21、24-27，唯一例外為區域女醫）。
- 1LP. 職類：同醫療層級同性別的醫師與護理之間，自評和父母講台語頻率無顯著差別，唯一例外為醫中女護和父母講台語顯著高於醫中女醫（表五， 48.81 ± 30.32 vs. 30.24 ± 31.15 ，表八列 29， $p < 0.001$ ）。
- 2LP. 職類：同醫療層級同性別的醫師與護理之間，自評台語能力也無顯著差異，亦即醫中女護雖然顯著比醫中女醫更常於家中講台語，但其自評台語能力並未顯著高於後者（表八列 29）。
- 1L-MD. 基層男醫：醫療層級次分九組中，基層男醫自評和父母講台語頻率，是所有組別中最高（表五， 75.04 ± 32.93 ），而且顯著高於其他二醫療層級的六組，亦即高於醫中的醫護四組與區域的女性二組。
- 2L-MD. 基層男醫：基層男醫自評台語能力，也是所有組別中最高（表五， 4.56 ± 0.65 ），而且顯著高於所有醫療層級男女護理人員與醫中女醫（表八列 2、4、6-8）。

- 1L-FN. 基層女護：醫療層級次分九組中，基層女護自評和父母講台語頻率，是所有女性中最高（表五， 68.39 ± 28.67 ），而且顯著高於其他二醫療單位的六組——所有女性組別與醫中所有男性（表八列 9-14， $p=0.037$ ， $p=0.008$ ， $p<0.001$ ）。
- 2L-FN. 基層女護：基層女護自評的台語能力卻是九次組中最低（表五， 3.94 ± 0.80 ），顯著低於所有男醫與醫中女護（表八列 2、15、24、30， $p<0.001$ ）。
- 1L-FD. 女醫：醫中女醫與區域女醫自評和父母講台語頻率，是九組中排行最低的二組（表五， 30.24 ± 31.15 、 44.81 ± 35.28 ），各自顯著低於其他七組（含同醫療層級男醫、男護、女護，表五，依序為 54.11 ± 35.90 、 50.36 ± 30.21 、 48.81 ± 30.32 ）、三組（含同層級男醫，表五， 73.58 ± 27.57 ）；
- 2L-FD. 女醫：相較於 1L-FD，醫中女醫自評的台語能力，並未顯著低於同醫療層級的女護、男護，區域女醫也未顯著低於同層級男醫，表五，依序為 4.09 ± 0.56 、 4.14 ± 0.56 、 4.14 ± 0.36 、 4.21 ± 0.58 、 4.46 ± 0.45 ）。

表八 醫療層級次分九組——變異數分析檢定 (ANOVA)

列號	左：和父母講台語頻率				右：台語能力			
1	平均值差異 LSD				平均值差異 LSD			
2	基層男醫				基層男醫	基層女護	0.63*	<0.001
3		區域女醫	30.24*	0.005				
4		區域女護	20.09*	0.004		區域女護	0.52*	<0.001
5		醫中男醫	20.93*	0.002				
6		醫中女醫	44.80*	<0.001		醫中女醫	0.48*	0.002
7		醫中男護	24.69*	0.019		醫中男護	0.42*	0.046
8		醫中女護	26.24*	<0.001		醫中女護	0.42*	0.001
9	基層女護	區域女醫	23.58*	0.008				
10		區域女護	13.43*	<0.001				
11		醫中男醫	14.27*	<0.001				
12		醫中女醫	38.15*	<0.001				
13		醫中男護	18.03*	0.037				
14		醫中女護	19.58*	<0.001				
15	區域男醫				區域男醫	基層女護	0.52*	<0.001
16		區域女醫	28.77*	0.005				
17		區域女護	18.63*	0.002		區域女護	0.42*	<0.001
18		醫中男醫	19.47*	0.001				
19		醫中女醫	43.34*	<0.001		醫中女醫	0.37*	0.006
20		醫中男護	23.22*	0.019				
21		醫中女護	24.77*	<0.001		醫中女護	0.32*	0.003
22	區域女護	醫中女醫	24.71*	<0.001				
23		醫中女護	6.15*	0.027				
24	醫中男醫				醫中男醫	基層女護	0.36*	<0.001
25						區域女護	0.26*	<0.001
26		醫中女醫	23.87*	<0.001		醫中女醫	0.21*	0.035
27						醫中女護	0.15*	0.006
28	醫中男護	醫中女醫	20.12*	0.032				
29	醫中女護	醫中女醫	18.57*	<0.001				
30					醫中女護	基層女護	0.21*	<0.001

5. 討論

本節進一步探討上述結果與其反映的現象。主要發現與論點如下：

- (1) 年齡是決定語言能力與和父母講台語頻率的關鍵因素，而性別因素又強過職類因素。
- (2) 醫療場域特有的因素，例如職類與醫療層級，實乃反映年齡、性別、與家庭社經背景。
- (3) 對於自評台語能力，女護（尤其是基層女護）可能因為工作與場域屬性特徵引發的「台語相對不道地感」（relative sense of Taiwanese non-authenticity）而有低估之傾向，女醫則可能因為崇附當代台語新興的意涵（關注本土、推崇多元文化、實踐「病人為主」的專業素養）而有高估台語能力之趨勢。

我們認為，不論是低估或高估，此二種語言不安全感現象均反映了，女護與女醫對醫用台語於南台灣的顯性價值之認同。本節討論過程引述研究結果時，括號後面的編碼代表該結果對應第四節的內容。

5.1 自評台語使用與能力：年齡是關鍵性因素

我們的結果顯示年齡層與和自評父母講台語的頻率（1A）與自評台語能力（2A）均呈現顯著的正相關。我們把此三項連續變數進一步以皮爾生相關係數檢定（見表九），結果如下：（1）年齡和和父母講台語頻率二者相關係數為 0.417**，亦即中程度正相關；（2）年齡與台語能力也是中程度正相關（0.341**）；（3）和父母講台語頻率與台語能力二者相關係數，也是中程度正相關（0.487**）；此模式呼應先前文獻的觀察（曹逢甫 1997: 27，Huang 1988: 322-323，Yeh et al 2004: 100），也反映了「時間」於語言使用變遷過程（language shift）三代傳承的消長情形：年齡越大者，和父母講台語頻率越頻繁者，台語能力也越佳。

表九 年齡、和父母講台語、台語能力相關性
(皮爾生相關係數檢定)

	年齡	和父母講台語	台語能力
年齡	1		
和父母講台語	0.417**	1	
台語能力	0.341**	0.487**	1

年齡因素也可解釋，為何本研究醫療單位層級和自評父母講台語頻率的負向關係模式——醫療層級越高者和父母講台語頻率越低（1L，「基層＞區域＞醫中」）。以下我們就此三層級醫療單位的屬性、人力特徵、與問卷採樣，說明此模式實乃反映年齡因素。

首先，現行台灣醫療單位共分四種層級：醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所。⁶本研究的醫學中心同時也是教學醫院，除了一般門診與住院病人，更要處理急症、重症、難症、罕見疾病病患，而且擔負醫師與其他醫療人員的教育訓練（醫療法第 96 條），包括已取得醫師執照的住院醫師之專科訓練，因此醫師與護理人力是四層級中最多，年輕醫療人員也相對較多。此外，在醫學中心位階分明氛圍及行政服務研究的多重壓力下，可配合問卷者以青年組最多。⁷

相反的，本研究的基層醫療人員（衛生所醫師與護理人員）均為較年長或資深，原因如下：醫學生取得行醫執照後，除了公費生必須於執業前幾年投入基層醫療外，大多偏好都會大型醫院，較少選擇開業或基層醫療（陳慶餘、李龍騰 1993），因此部份衛生所醫師來自醫院退休（洪秀勳 2013）或開業醫轉任，因此，年齡或年資相對較醫學中心高。基層護理年齡也較高則是因為，衛生所護理多屬穩定公職而非臨時約聘，不需輪值夜班，也少有大醫院醫療糾紛壓力，是許多護理人員追求的理想公職。此外，其工作內容除了醫療保健也涵蓋公務行政，因此約有一半名額保留給來自公家醫療機構的

⁶ http://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=9E7392780F830646&topn=0B69A546F5DF84DC
擷取日期 2017 年 8 月 6 日。

⁷ 青年組醫師佔醫學中心所有醫師的 28.51%，是三個醫療單位青年醫師比例最高者（見表二，區域醫院青年醫師佔 6%、基層醫療青年醫師則佔 0%）。

護理人員。⁸因此，基層護理人員之年齡與年資也比區域或醫中護理人員高（林碧莉等 2005: 136，Lee and Wang 2002）。

本研究針對醫療層級次分九組的ANOVA分析顯示，三層級受訪者年齡亦呈現顯著的「基層>區域>醫中」模式——基層顯著較區域年齡高、區域又顯著比醫學中心年長（表十， $p<0.01$ ，平均年齡分別為 41.61 ± 8.24 、 35.94 ± 9.58 、 32.58 ± 9.82 ）。而且，基層男醫是九次組中平均年齡最高（表十， 54 ± 8.17 ）顯著高於其他八組（表十，列21-28， $p<0.01$ ）、基層女護平均年齡為第四高（表十，列6， 39.86 ± 6.58 ），顯著高於其他層級護理人員（表十，列29-32， $p<0.01$ ）。

此外，在年齡次分十組中，不論是性別或職類，同年齡層醫療人員之自評台語能力，均無顯著差異（2AG、2AP），例如青年組次分四組中任二組之間的台語能力並無差異（青年男醫 vs. 青年女醫、青年女醫 vs. 青年女護）。亦即，當自評台語能力經過年齡層區隔後，性別與職類難再形塑差異。換句話說，對自評台語能力的影響因素中，「年齡」的影響強過性別與職類。

表十 醫療人員年齡——平均值、ANOVA 分析、LSD 事後檢定

列號			人數	平均值（歲）	標準誤差
1.	醫療單位層級	基層	190	41.61	8.24
2.		區域	221	35.94	9.58
3.		醫中	730	32.35	9.32
4.		Total	1,141	34.58	9.82
5.			人數	平均值（歲）	標準誤差
6.	層級次分九組	基層男醫	24	54.00	8.17
7.		基層女護	164	39.86	6.58
8.		區域男醫	36	42.53	11.60
9.		區域女醫	14	45.93	12.66
10.		區域女護	168	33.71	7.50
11.		醫中男醫	160	39.11	9.92
12.		醫中女醫	52	32.85	5.88
13.		醫中男護	14	26.36	2.50
14.		醫中女護	503	30.28	8.43
15.		合計	1,135	34.57	9.82

⁸ 資訊來自訪談本研究對象衛生所所屬衛生局之人事主管（訪談時間 2016 年 11 月 18 日）。

表十（續）醫療人員年齡——平均值、ANOVA 分析、LSD 事後檢定

16.	三個醫療層級		平均值差異	LSD
17.	基層	區域	5.66*	<0.001
18.		醫中	9.26*	<0.001
19.	區域	醫中	3.60*	<0.001
20.	層級次分九組		平均值差異	LSD
21.	基層男醫	基層女護	14.14*	<0.001
22.		區域男醫	11.47*	<0.001
23.		區域女醫	8.07*	0.004
24.		區域女護	20.29*	<0.001
25.		醫中男醫	14.89*	<0.001
26.		醫中女醫	21.15*	<0.001
27.		醫中男護	27.64*	<0.001
28.		醫中女護	23.72*	<0.001
29.	基層女護	區域女護	6.15*	<0.001
30.		醫中女醫	7.01*	<0.001
31.		醫中男護	13.50*	<0.001
32.		醫中女護	9.58*	<0.001
33.	區域男醫	區域女護	8.82*	<0.001
34.		醫中男醫	3.42*	0.026
35.		醫中女醫	9.68*	<0.001
36.		醫中男護	16.17*	<0.001
37.		醫中女護	12.25*	<0.001
38.	區域女醫	基層女護	6.07*	0.009
39.		區域女護	12.22*	<0.001
40.		醫中男醫	6.82*	0.003
41.		醫中女醫	13.08*	<0.001
42.		醫中男護	19.57*	<0.001
43.		醫中女護	15.65*	<0.001
44.	區域女護	醫中男護	7.35*	0.002
45.		醫中女護	3.43*	<0.001
46.	醫中男醫	區域女護	5.40*	<0.001
47.		醫中女醫	6.27*	<0.001
48.		醫中男護	12.76*	<0.001
49.		醫中女護	8.84*	<0.001
50.	醫中女醫	醫中男護	6.49*	0.010
51.		醫中女護	2.57*	0.034

5.2 自評台語能力：性別強過職類

與自評台語能力相關的因素，除了年齡還有性別。就整體樣本的性別而言，男性不論在自評和父母講台語頻率或台語能力皆顯著高於女性（1G、2G）。同醫療層級醫師中，男醫和父母講台語頻率與台語能力，大都顯著高於女醫或女護，例如基層男醫自評台語能力高於基層女護、區域男醫高於區域女護、醫中男醫高於醫中女醫與醫中女護，而且層級次分九組中，基層男醫、區域男醫、醫中男醫包辦自評台語能力的前三強（2LG）。就整體職類因素而言，醫師自評台語能力顯著高於護理（2P）但同層級同性別的醫師與護理之間台語能力則無顯著差異（2LP），例如醫中男醫和男護台語能力無差異、醫中女醫與女護也如此。因此，我們可以說「性別」與「職類」對於自評台語能力的影響性，「性別」強過「職類」。大致而言，上述自評台語能力的性別差異（2G、2LG）也可從文獻觀察得到間接支持（曹逢甫 1997，Chan 1994，Huang 1988，Labov 2006，Trudgill 1972，Yeh et al. 2004: 87），因為方言或本土語言所隱含的「隱性價值」（粗獷直率）引發男性對本土語言的偏好，自評更常和父母講台語，其自評台語能力也較高。

5.3 自評和父母講台語：性別與職類反映家庭社經背景

雖然性別與職類兩因素對同年齡層醫療人員自評之台語能力不產生影響（2AG、2AP），此二因素卻對「女性醫師」自評和父母講台語頻率有以下顯著影響：她們的頻率不但偏低，而且顯著低於同年齡層或同層級的醫師或護理（1A-FD、1AG、1AP、1LP），尤其是青年與中年女醫（表四， 20.41 ± 21.64 、 51.94 ± 35.63 ），青年女醫甚至是年齡次分十組中，和父母講台語比例最低者，顯著低於其他九組（表七，左列 2-4、6、11、13、18、25、30）。

青年女醫 < 青年男醫（1AG，性別差異）

青年女醫 < 青年女護（1AP，職類差異）

中年女醫 < 中年男醫（1AG，性別差異）

中年女醫 < 中年女護（1AP，職類差異）

醫中女醫 < 醫中男醫 (1LG, 性別差異)

醫中女醫 < 醫中男護 (性別與職類差異)

醫中女醫 < 醫中女護 (1LP, 職類差異)

區域女醫 < 區域男醫 (1LG, 性別差異)

雖然我們可以「女性偏好官方語」的性別差異，說明女醫和父母講台語的頻率顯著低於男醫，但性別無法解釋為何女醫也顯著低於女護。我們認為女醫在自評和父母講台語頻率所表現的性別差異與職類差異，實乃反映「家庭社經背景」的影響——相較於男醫與女護，更多女醫來自高社經家庭，因而偏好以官方語為家庭語言，說明如下。

一般而言，社會階層或社經地位較高者，偏好官方語言或標準語體 (Guy 1988, Labov 1972, Petyt 1985, Trudgill 1974)。我們於第二節也討論過，台灣醫療人員的家庭社經背景呈現以下模式：「女醫 > 男醫 > 女護」，原因簡述如下：(1) 在大部分東西方社會「醫師」的職業聲望比其他專業高 (Gough and Hall 1977, Lin and Xie 1988, Monk and Thomas 1973)，但台灣的護理人員卻普遍受鄙卑 (劉仲冬 1998, Liu 2010: 121)，蔡淑玲與瞿海源研究中 (1992: 508)，台灣 82 種職業聲望中，醫師排行第 1 名，護理第 22 名；(2) 當今惡化的醫病關係造成「醫師為主、病人為客、護理為僕」的文化；(3) 許多國內外研究也顯示，醫學生在進入醫學院之前，大多屬於高學業成就者、也多半來自高階層家庭，甚至是醫師家族，而且有越趨明顯之勢 (季緯珠、楊志良 1985, 紀駿輝 1984, 張家納 2006, Dhalla et al. 2002, Gough and Hall 1977, Monk and Thomas 1973, Steven et al. 2016)；(4) 九十一學年起台灣採多元入學制度，更利於高社經背景者進入好學校 (田芳華、傅祖壇 2009: 214, 林大森 2010: 110, 林其和 2017)。因此，我們可預期，此社經背景差距於新生代會更明顯；(5) 國內外研究均指出女醫師之家庭社經背景，又比男醫師高 (Fruen et al. 1974, Gough and Hall 1977, Hutchins et al. 1967, Kutner and Brogan 1980)，尤其在傳統重男輕女社會，進入醫學系高門檻壓力下 (學費與學業表現)，通常只有高社經父母始有額外能力栽培女兒習醫 (劉慧俐等 1992: 51)。

因此我們認為，（1）女醫於自評和父母講台語頻率顯著低於同年齡層和層級男醫、男護，是性別與社經家庭雙重影響之故（女性偏好官方語、高社經家庭偏好官方語）；（2）社經因素更可說明，為何女醫和父母講台語頻率也顯著低於女護；（3）此外，上述分析也可看出性別與社經兩因素的交互影響於新生代與中生代較明顯，對老一輩而言（50 歲或以上），台語在大部分的閩南家庭尚保有「家庭親密語言」或是「母語」地位（老年女醫與老年男醫，自評和父母講台語頻率的差異並不顯著），但在青年與中年世代，官方語入侵家庭地盤，使得性別與社經因素有了發揮空間（女醫顯著低於男醫、男護、女護）；（4）最後，上述自評和父母講台語的性別與社經背景差異，於醫學中心的青年世代最顯著，但於基層醫療並無顯著差異，部份原因在於取得的樣本數限制（本次收案的基層醫療女醫師男護理各僅一位，男醫師 24 位、女護理 164 位），它間接反應了基層醫療母體的性別與年齡分布差異：整體醫師人口，本就男多於女，而女醫師大多偏好進入醫療機關，而非開業（劉慧俐等 1992: 57-58），衛生所醫師與護理人員年齡也偏高（參考 5.1 討論），而且基層護理職務是早期護理人員爭相角逐的理想職務，男護理要進入此系統門檻較高，因而形成基層護理「女性」獨占鰲頭的現象，而且其年齡顯著高於區域與醫中女護（參考 5.1 討論，表八， $p<0.01$ ）。

至此，我們的討論顯示了：「年齡」是影響自評台語使用與能力的首要因素（年齡越大和父母講台語頻率較高，台語能力也越佳），其次為「性別」（男性和父母講台語較女性頻繁，台語也比女醫女護佳）。第三個因素「家庭社經背景」主要是影響自評和父母講台語頻率（社經背景越高者，和父母講台語頻率越低），而此因素也常與性別產生雙重作用或隱身於職類因素，形成「女護>男醫>女醫」之模式。

5.4 穩定的正向關係：自評台語能力最佳的基層男醫

上述的結論：（1）年齡越大者，自評和父母講台語頻率越頻繁，自評台語能力也越佳，（2）年齡是自評台語使用與能力的關鍵因素，性別次之。

這兩點可充分說明為何基層男醫台語能力是三醫療層級次分九組中，平均自評台語能力最佳，而且顯著高於所有層級男女護理人員與醫中女醫（2L-MD），原因如下：（1）男性比女性偏好台語（2G）；（2）基層男醫是醫療層級次分九次組中平均年齡最高，而且顯著高於其他八組（表十，列 21-28， $p<0.01$ ， 54 ± 8.17 ）；（3）他們同時也是自評和父母講台語頻率最高，而且顯著高於其他兩個醫療單位的六組（1L-MD）。

年齡較高者、和父母講台語較頻繁者，其自評台語能力也較佳，反之則較弱。依照此因果關係，以下討論本研究結果中違背此因果關係的兩個現象：（基層）女護低估自身台語能力、（青年）女醫高估自身台語能力。

5.5 不安定的搖擺之一：女護低估自身台語能力

我們的資料顯示：基層醫療人員在年齡以及和自評和父母講台語頻率，不論是男醫或女護皆顯著高於大多數次分組（1L、1L-MD、1L-FN），當基層男醫的自評台語能力是所有組別最高，顯著高於其他六組（2L-MD），基層女護的台語卻是九次組中最低（ 3.94 ± 0.80 ），顯著低於三組男醫與醫中女護（2L-FN）。也就是說基層女護傾向於「低估」自身台語能力——年齡偏高、自評和父母講台語也頻繁，但卻自評台語能力不佳。

基層女護低估自身台語能力的現象可解釋之前提到的三個結果：（1）就整體職類而言，和父母講台語的頻率，醫師與護理人之間並無差異，但護理人員台語能力卻顯著低於醫師（1P、2P）；（2）當台語能力經過年齡層區隔後，性別與職類難再形塑差異（亦即同年齡層內的次分組，不論男女或職類之別，台語能力均無顯著差異，2AG、2AP），唯一例外為「中年女護」，其自評台語能力顯著低於「中年男醫」，雖然二者於和父母講台語的頻率並無顯著差異（2A-FN）；造成（1）與（2）的職類與性別的差異，除了可能因為男性偏好非官方語言（本研究男性受訪者 92.4% 為醫師，僅 7.4% 為護理人員），部份原因極可能是（中年）護理人員低估自身台語能力（表二，基層護理有 89.70% 為中年護理，基層護理又佔所有中年護理的 36.82%）；

(3) 因為基層女護低估台語能力的傾向，當「醫療層級」與「和父母講台語」成負相關時（基層和父母講台語頻率顯著最高），與「台語能力」卻成正相關（基層台語能力顯著最低），因為基層女護受訪者佔基層人數 87.23%（女護 164 人、男醫 24 人），即便基層男醫台語能力是九組最高，因為人數遠高於男醫人數的女護有低估自身台語能力傾向，因而拖垮整體基層台語能力平均值。

5.6 不安定的搖擺之二：女醫高估自身台語能力

根據文獻，女醫師來自高社經家庭的比例比男醫師高，因而形成「女醫 > 男醫 > 女護」之背景差異，我們也推論這個趨勢於青年組更明顯，因為多元入學管道更有利於高社經背景進入較好的學校或科系（參考第二節之文獻回顧）。先前，我們以家庭社經背景差異以說明為何（1）醫中女醫與區域女醫自評和父母講台語頻率為醫療層級次分九組中排行最低，而且醫中女醫顯著低於同層級的男醫、男護、女護，區域女醫也顯著低於同層級的男醫（1L-FD）；（2）青年女醫為年齡次分十組中，自評和父母講台語比例最低者，顯著低於其他九組（含同年齡層的男醫、男護、女護，1A-FD）；（3）中年女醫自評和父母講台語頻率也顯著低於中年女護（1AP）。

然而，在自評台語能力方面，（1）醫中女醫並未顯著低於同層級的女護男護、區域女醫也未顯著低於同層級男醫（2L-FD）；（2）青年女醫與同年齡層其他三組也無顯著差異（2AG、2AP、2A-FD）；（3）中年女醫自評台語能力之平均值，甚至比中年女護還高（雖未達顯著）。據此，我們結論女醫有「高估」自身台語能力的傾向，而女醫與女護和父母講台語的顯著差距，因為女醫的「高估台語能力」與女護的「低估台語能力」而消弭了。

5.7 語言不安全感投射於對醫用台語顯性價值之認同

Labov (1984, 2006) 從兩個角度描述語言不安全感的現象：（1）語言使用者在正式與非正式情境所選用語體的差異程度，差異度越大語言不安全感

指數越強，例如，中產階級者可能在非正式情境甚少使用捲舌音[r]，但在正式情境卻積極使用，低社經或高社經於此兩個情境則都不捲舌（前者）或都捲舌（後者）。中產階級於此二情境的極端轉換或游離不定的語言行為（*extreme style shifting*）是語言不安全感的表現（*Index of Linguistic Insecurity*）（Labov 1984: 53）；（2）「一個使用者他所認知與採用的正確與否的標準，並不是從自己本身的語言社區發展而來的話，而是來自其他語言社區，此使用者必然會展現語言不安全感的行為」。⁹語言不安全感現象，可能會發展出過度矯正（Labov 2006: 318）、過度高估或低估自身標準發音的使用情形（Trudgill 1972: 186-187）。Trudgill 進一步認為語言不安全感，可能因為女性在大部分的社會地位較男性不穩固，因而致力於遵從顯性社會價值以確保其地位。

本研究所觀察到女護理與女醫師在自評台語使用頻率和自評台語能力的差距或不一致——常和父母講台語者卻自認台語能力不佳，或甚少和父母講台語者卻自認台語能力還可以。如果南台灣醫療職場慣用台語的環境促成了女醫的台語提升，那為何女護台語卻下降？我們認為這兩個搖擺不定的自評，可能反映某些程度的語言不安全感，亦即透過低估或高估台語能力，以展現她們對南台灣醫療職場中醫用台語的顯性價值之認同，以下我們從三個面項說明：台語於當代台灣之新興價值、台語於南台灣醫療職場之顯性價值、女醫與女護之職別與層級特質差異。

首先，自 1956 年至 1987 年戒嚴法解除之前的全面「說國語運動」，台語硬被烙上「沒知識、沒水準」的負面標籤；而 1993 年教育部宣佈將鄉土語言列入中小學教育，2001 年正式實施，2003 年與 2005 年客家電視台與原住民族電視台開播，以及全球對於弱勢語言消失的呼籲與關注（McWhorter 2015，UNESCO 2019），喚醒大眾的母語或本土語言意識，「講台語」逐

⁹ 原文如下：“In general, we may say that those who adopt a standard of correctness which is imposed from without, and from beyond the group which helped form their native speech pattern, are bound to show signs of linguistic insecurity.”

漸形塑一股新興的正面意涵——對本土語言的關注、對多元文化素養的崇尚（multiculturalism）。例如，常可聞公眾人物或政府官員於各種公開場合以「華語」論述著「本土語言流失很可惜、台語應該被保存、我們應該教導下一代講台語」。雖然此新興的顯性價值，尚未能促成大眾力行「講台語」（也就是 Hsu 觀察到的「態度積極，行動消極」（active-attitude, passive-performance）（Hsu 2018: 79），而多數人骨子裡也還蠢動著傳統的烙印（例如如媒體人物於搞笑或展現黑道、鄉土、老舊等意象時轉換至台語），但至少於當代的台灣社會，台語的新興價值仍享有「檯面上的適切宣稱」（politically correct）。這種新舊意涵的衝突，多少造成民眾台語態度與行為之間的矛盾宣稱。例如許多台語流利的華台雙聲帶，寔稱自己的台語「未輪轉」，有些只會粗淺的應對進退台語，卻宣稱自己會講台語；有些高學歷者自身不常說台語，卻寄望下一代力挽流失狂瀾；自我認同為「中國人」越強烈者和子女講台語的意願越低，但自我認同為「台灣人」越強烈者卻不見得越會和子女講台語（葉高華 2017: 83、98）。

其次，於年輕世代醫療人員的專業化與社會化過程，此股新興的顯性價值恰可成為展現「病人為主」專業素養的手段。台灣西醫發展承襲西方社會，醫病關係也從過去只看病不看人的「生物醫學模式」（biomedical model），演變為身心兼顧的「生物心理社會模式」（Biopsychosocial Model）（Engel 1977: 132），¹⁰最後發展為「病人為主」的臨床模式（Ho et al. 2008, McWhinney 1989, Weston 2005）。更甚者，隨著醫療服務市場化與商品化（commodification of medicine）（陳美霞 2012, Moynihan 1998）與消費者意識抬頭（consumerism）徹底翻轉傳統的「醫師在上病人在下」的醫病關係。台灣同步跟進，病人為主成為醫學教育極力推廣的專業精神，醫療現場可見「病人為主、病人知的權利、病人自主權、高齡友善」等斗大標語，醫學教育學者也疾呼「以病人慣用語言為病人服務」（賴其萬 2006, 鄭詩宗 2016）。這些專業精神在肩負教學使命的醫學中心，不但是教育宗旨亦是醫

¹⁰ 台灣醫界也稱為「全人醫療模式」（張榮哲、林耀盛 2012, 詹其峰、陳慶餘 2003）。

療評鑑的核心。¹¹此外，雖然醫學知識學習之媒介以強勢語為主（指定教科書為英語原文書，課堂投影片也為英語，老師講課、學生共筆皆以華語），然而從畢業前三年的臨床見習與實習等，醫學生在醫療現場和台語有了交集——耳濡目染資深醫療人員對年長病人講台語，自己也開始硬著頭皮講台語。¹²最後，有鑑於醫療現場中，年長病人對台語的偏好，與年輕世代台語能力的不足，直至 2013 年止，全台十二所醫學院中八所（67%）有開設醫用台語相關課程（蔡美慧 2015: 28），至 2019 年增加為十所。¹³上述專業化與社會化過程，醫學或護理學生體認了醫用台語於當代醫病溝通傳遞的顯性價值，透過講病人的話，展現以病人為主的專業素養。

如第 2.6 節文獻回顧前所言，女護的家庭背景或社經地位低於女醫（女醫 > 男醫 > 女護），而當今惡化的醫病關係又造就「醫師為主、病人為客、護理為僕」的文化。此外女護接觸病人或社區民眾的頻率遠多於女醫，醫院護理人員工作時間都以照顧病人為主，但醫師和病人接觸多限於看診或病房巡診（本研究無基層女醫）。女醫社會地位與家庭背景高於女護（因此家中較少講台語），和病人互動又不如女護頻繁，如何導致女醫自評台語良好（不輸女護）？

最後，我們從上述女醫與女護所處的職別差異說明女醫所展現的語言不安全感。首先，如文獻回顧所言，女性傾向於追求認同顯性社會價值（Labov

¹¹ 關於醫療人員應具有病人慣用語言的能力，可從蔡美慧（2015: 65）引述台灣醫學院評鑑委員會針對成大醫學院與中山醫學院的評鑑報告的以下內容看出——醫學教育應針對不具台灣本土語言能力者，例如外籍生或僑生，應提供相關訓練：「外國學生建議校方對國際學生的語言能力能提供更好的訓練，例如安排小老師教導中文，增開醫學台語等課程，以改善學習、考試、同學間語言隔閡及未來臨床醫病溝通等問題」（針對成大）；「學校設有台語醫學課程，用意良好，當可改進醫病溝通，但對於少數僑生或外國背景的學生也應提供非學分的台語與華語的輔導課程，不只幫忙他們的生活適應，也有助於他們與病人及家屬的溝通。」（針對中山）。

¹² 台灣的醫學系學制為七年制（1949-2012），於 2013 年改為六年制。舊制學生於第五至第七年開始臨床見習與實習，新制的臨床見實習縮短為二年。本研究的醫師都屬舊制。

¹³ 2013 年止，未開設醫用台語相關課程者為台大、陽明、慈濟、輔仁四所醫學院，而根據各校最新課程資訊顯示（2019 年 04 月 21 日查詢）陽明與慈濟已有相關課程，台大自始至今仍維持以學生社團形式開辦醫用台語班，而非醫學系之正式課程。

1972, Trudgill 1972, 1974)，例如，就整體台灣社會而言，華語被推崇為「官方語」，因此即便於家庭場域，女性也偏好官方語，我們原可預期社會地位高如女醫者較不可能委就於台語所擺脫不了的傳統標籤——粗俗；然而，前述近二三十年「鄉土語言教育」、「多語與多元文化素養」、與「病人為主」的專業精神之崛起，賦予台語於當代南台灣醫療職場的新興顯性價值，而女醫的執業意向又多以醫院為主，而非開業或基層醫療（劉慧俐等 1992: 57-58）。台語新興的檯面上價值與女醫對醫院的偏好，無形中形塑家中較少講台語的女醫為風險較高的「弱勢者」（the vulnerable group）或「易受苛求者」（subject to critical scrutiny），因而促發女醫，透過宣稱或高估自身台語能力以展現她們對醫用台語的認同，亦即展現對新興主流價值的重視，以符合較高的社會期待，鞏固她們於競爭激烈的醫學中心之地位。

相較於女護，女醫多來自高社經家庭、經歷激烈競爭進入醫學系，而至人人稱羨的醫師，這些「優越」足以抵銷台語的粗俗觀感，同時也激發女醫在多語能力與人際互動的相對自信心，轉而投射於台語能力。再者，「醫師為主、病人為客、護理為僕」的職場文化中，由下而上的語言遷就機率多於由上而下，亦即女護遷就病人的台語，而病人遷就女醫的華語（「沒關係，你講狗蟻，偶欸口以」）。再者，醫師和每個老年病人有限的互動量（相較於住院部門的護理人員），可能表示醫師較低的台語量與醫用台語詞彙需求量，雖不佳但足矣，使得女醫自評台語不輸於女護。

關於（基層）女護的自評台語能力，我們的資料顯示：高達 89.7% 的基層女護為中年（148 人），平均年齡為所有護理最高（39.86 歲），再加上家庭社經背景較醫師低，在家和父母講台語頻率顯著高於大多數次分組，然而基層女護的台語自評卻是九次組中最低（ 3.94 ± 0.80 ），顯著低於三組男醫與醫中女護（2L-FN）。以下我們從基層女護的工作與場域屬性，解釋上述的語言不安全感現象。根據筆者於問卷後針對本收案縣市衛生局行政主管的訪談，我們認為基層女護之低估自身台語能力，部份原因與其服務對象之「相對台語能力」有關（Tsai et al. 2019）。衛生所的醫療服務，預防多於治療（more preventive than curative care），亦即醫護人員走入社區宣導衛教，在

成效壓力下，順應社區民眾慣用語言，展現里民為主的精神，是建立關係的基本。而本研究中的基層醫療（衛生所）隸屬於南部某直轄市的 37 個行政單位，除了四所接近市中心，其餘 33 所位於郊區或偏鄉。和位於市中心的區域醫院或醫學中心相較之下，基層服務對象有更高比例為慣用台語之年長者（亦即「道地／正港」台語使用者），因而使得原本台語能力應該不錯的基層護理人員產生「台語相對不道地感」，此油然而生的「不夠道地」除了反映她們對於台語於基層醫療服務重要性的認同，也是語言轉移（*language shift*）或語言復振（*language revival*）過程中常見的現象（Jaffe 1999: 8），亦即慣用華語者講台語時，會自覺台語生疏或是腔調明顯受到華語影響，而講出華語式的台語或不夠道地的台語，這與 Hsu (2018: 78) 所說的「華語式台語」（*Mandarin-coloured Taigi*）及「道地台語主義者」（*Taigi purism*）類似。

上述討論也顯示了，女護或女醫自評台語能力的優劣或道地感並非基於個人台語實力，而是他者或個人所處的外在大環境影響下，所自我建構的台語能力。¹⁴

6. 結論

本文以南部醫療人員為對象透過問卷以了解，影響他們在自評和父母講台語頻率與台語能力的因素為何？我們調查的因素包括了：年齡、性別、醫療單位層級、職類。我們的主要發現與論點如下：

- (1) 影響醫療人員「自評和父母講台語的頻率」與「自評台語能力」的關鍵因素為年齡。年齡層越高和父母講台語頻率越多，台語能力也越佳。
- (2) 整體而言，性別對於醫療人員「自評台語能力」影響強過職類。亦即男性台語能力顯著比女性佳，但醫師與護理之台語能力則無顯著差別。

¹⁴ 可參考劉育成、曹家榮（2013: 52-53）關於「對道地的想像」（*imagination of authenticity*）的相關討論。

- (3) 雖然性別與職類對同年齡層醫療人員之自評台語能力不產生影響，但此二因素卻顯著影響他們自評和父母講台語的頻率，並反映「女醫>男醫>女護」的家庭社經背景差異。
- (4) 醫療層級次分九組中，基層男醫因為平均年齡最高、自評和父母使用台語頻率也最高，因而自評台語能力最佳，亦即年齡、台語使用頻率、與台語能力的正向關係。
- (5) 相反的，女護與女醫卻展現搖擺不定的差異性，自評和父母講台語較頻繁的女護，卻自覺台語能力不佳（亦即低估），自評較少和父母講台語的女醫，卻不認為台語能力不佳（亦即高估）。女護與女醫搖擺不定的自評，反映了他們對醫用台語在南台灣醫療職場的顯性價值的認同。

本研究貢獻如下：過去關於台語使用現況的社會語言學調查，乃針對一般大眾探討語言變遷與母語流失情形，本研究則聚焦於台灣南部的醫療場域，與醫療人員自評台語能力與家庭場域講台語的相關因素。我們並根據年齡、醫療單位層級、職類、性別，進一步分為年齡次分十組、醫療層級次分九組，期能對上述議題有更周全的討論。本研究的結果與論點，除了呼應國內外文獻所指出的「年齡」、「性別」與「社經地位」對本土語言能力與使用的影響模式，也提出以下三個新見解：（1）年齡是決定自評語言能力與自評和父母講台語頻率的關鍵因素，而性別因素又強過職類因素。（2）醫療場域特有的因素，例如職類與醫療層級，實乃反應年齡、性別、與家庭社經背景。（3）女性護理與女性醫師對自身台語能力的低估與高估，反映她們對於當代南台灣醫療職場賦予醫用台語價值之認同。

本調查之方法侷限有三：關於醫療人員的社經地位，乃透過引述文獻，將來相關研究應將家庭社經地位納入問卷，更能反映研究樣本的社經背景。此外，受訪者台語使用頻率與台語能力均採「自評」，未必可忠實反映真實情況。第三本研究中的醫師樣本中，77% 為男性，護理人員 98% 為女性，因而針對「職類」因素的探討有限。

此外，青年女醫對自身台語能力的高估現象也是值得深究的議題，她們與父母講台語頻率為年齡次分十組中最低，但其自評台語能力不輸於同年齡

層的男醫、男護、女護。青年女醫台語能力的養成為何？影響其高估台語能力是否有其他因素？浸淫於南部台語的大環境，彌補了家庭場域聽講台語的不足？抑或職場效應，也就是說身處於高齡人口慣用台語居多的職場，女醫要發揮其專長，因而有了提升台語能力機會？或是透過高估台語能力展現對醫院公認價值的認同？這些議題有待質性研究補強。最後，本文所呈現的青世代醫療人員（2016 年為 30 歲或以下）的台語能力比陳麗君（2011）受訪的閩南族群大學生的自評台語能力還佳（3.99 vs. 3.69，參考表一、表四），此對照暗示了，在學生時代自評台語能力較弱的同世代（3.69，2011 年為 25 歲以下之世代），尤其是來自家庭社經背景較高因而家中較少講台語的醫學生族群、於就業後浸淫於台語仍佔有一席之地之南部醫療職場下，得以提升台語能力（3.99，2016 年為 30 歲或以下），亦即職場需求造就台語人口成長（黃宣範 1993: 438），這是否意味因應高齡社會而起的各種「高齡友善環境」或「長期照護」場域，可能是促進台語人口成長的契機？這些是值得醫學教育與本土語言復振後續研究的重要議題。

引用文獻

- Chan, Hui-chen. 1994. *Language Shift in Taiwan: Social and Political Determinants*. Washington D.C.: Georgetown University dissertation.
- Chiun, Ūi-Bûn. 2015. Taiwanese or southern Min? On the controversy of ethnolinguistic names in Taiwan. *Journal of Taiwanese Vernacular* 7: 54-87.
- Devine, Barbara A. 1978. Nurse-physician interaction: status and social structure within two hospital wards. *Journal of Advanced Nursing* 3: 287-295.

- Dhalla, Irfan A., Jeff C. Kwong, David L. Streiner, Ralph E. Baddour, Andrea E. Waddell, and Ian L. Johnson. 2002. Characteristics of first-year students in Canadian medical schools. *Canadian Medical Association Journal* 166: 1029-1035.
- Engel, Georg L. 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196: 129-136.
- Fruen, Mary A., Arthur I. Rothman, and Jan W. Steiner. 1974. Comparison of characteristics of male and female medical school applicants. *Journal of Medical Education* 49: 137-145.
- Gough, Harrison G. and Wallace B. Hall. 1977. A comparison of medical students from medical and nonmedical families. *Academic Medicine* 52: 541-547.
- Guy, Gregory R. 1988. Language and social class. In Frederick J. Newmeyer (ed.), *Linguistics: The Cambridge Survey*, 37-63. New York: Cambridge University Press.
- Ho, Ming-Jung, Grace Yao, Keng-Lin Lee, Mary Catherine Beach, and Alexander R. Green. 2008. Cross-cultural medical education: Can patient-centered cultural competency training be effective in non-Western countries? *Medical Teacher* 30: 719-721.
- Hsu, Hui-ju. 2018. The entanglement of emotion and reality: an investigation of the Taiwanese people's attitudes towards Taigi. *Journal of Multilingual and Multicultural Development* 39: 76-91.
- Huang, Shuanfan. 1988. A sociolinguistic profile of Taipei. In Robert L. Cheng and Shuanfan Huang (eds.), *The Structure of Taiwanese: A Modern Synthesis*, 301-335. Taipei: Crane Publisher.
- Hutchins, Edwin B., Judith B. Reitman, and Dorothy Klaub. 1967. Minorities, manpower, and medicine. *Academic Medicine* 52: 541-547.

- Jaffe, Alexandra. 1999. *Ideologies in Action: Language Politics on Corsica*. Berlin: De Gruyter Mouton.
- Kutner, Nancy C. and Donna R. Brogan. 1980. The decision to enter medicine: motivations, social support, and discouragements for women. *Psychology of Women Quarterly* 52: 341-357.
- Labov, William. 1972. *Sociolinguistic Patterns Philadelphia*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- _____. 1984. Intensity. In Deborah. Schiffrin (ed.), *Meaning, Form, and Use in Context-Linguistic Applications: GURT'84 (Georgetown University Round Table on Languages & Linguistics)*, 43-70. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- _____. 2006. *The Social Stratification of English in New York City*. 2nd edition. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lee, Lichuan and Hsiuhung Wang. 2002. Perceived occupational stress and related factors in public health nurses. *The Journal of Nursing Research* 10: 253-260.
- Lin, Nan and Wen Xie. 1988. Occupational prestige in urban China. *American Journal of Sociology* 93: 793-832.
- Littlewood, Barbara. 2004. *Feminist Perspectives on Sociology UPPER SADDLE RIVER*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Liu, Yi. 2010. Nurses' work role in the context of gender and Chinese culture: An online forum study. *The Journal of Nursing Research* 18: 117-125.
- McWhinney, Ian. 1989. The need for a transformed clinical method. In Moria Stewart and Debra Roter (eds.), *Communicating with Medical Patients*, 25-40. Newbury Park, California: Sage Publications.

- McWhorter, John H. 2015. What the world will speak in 2115: A century from now, expect fewer but simpler languages on every continent. *The Wall Street Journal*. Accessed 2019/4/28 <https://www.wsj.com/articles/what-the-world-will-speak-in-2115-1420234648>.
- Monk, Mary A. and Caroline B. Thomas. 1973. The personal and social factors related to medical specialty practice. *Johns Hopkins Medical Journal* 133: 19-29.
- Moynihan, Daniel P. 1998. On the commodification of medicine. *Academic Medicine* 73: 453-459.
- Petyt, Keith M. 1985. *Dialects and Accent in Industrial West Yorkshire Amsterdam*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Steven, Kathryn, Jon Dowell, Cathy Jackson, and Bruce Guthrie. 2016. Fair access to medicine? Retrospective analysis of UK medical schools application data 2009-2012 using three measures of socioeconomic status. *BMC Medical Education* 16: 1-10.
- Trudgill, Peter. 1972. Sex, covert prestige and linguistic change in the urban British English of Norwich. *Language in Society* 1: 179-195.
- _____. 1974. *Sociolinguistics: An Introduction*. Harmondsworth: Penguin.
- _____. 1983. *On Dialect*. Oxford: Blackwell.
- Tsai, Mei-Hui, Huan-Fang Lee, Shuen-Lin Jeng, Sheng-Che Lin, Li-Wei Hsieh, Jen-Pin Chuang, and Elizabeth A. Jacobs. 2019. Perceptions of the need for minority languages by nurses in Southern Taiwan. *Communication & Medicine* 15: 90-104.
- UNESCO. 2019. UNESCO Atlas of the world's languages in danger. Accessed 2019/4/28 <http://www.unesco.org/new/en/culture/themes/endangered-languages/atlas-of-languages-in-danger/>

- Van den Berg, Marinus E. 1986. Language planning and language use in Taiwan: Social identity, language accommodation, and language choice behavior. *International Journal of the Sociology of Language* 59: 97-115.
- Weston, Wayne W. 2005. Patient-centered medicine: A guide to the biopsychosocial model. *Families Systems and Health* 23: 387.
- Wilson, Nathan W. 2012. Chaos in western medicine: How issues of social-professional status are undermining our health. *Global Journal of Health Science* 4: 1-16.
- Yeh, Hsi-nan, Hui-chen Chan, and Yuh-show Cheng. 2004. Language use in Taiwan: language proficiency and domain analysis. *Journal of Taiwan Normal University: Humanities & Social Sciences* 49: 75-108.
- 田芳華、傅祖壇. 2009.〈大學多元入學制度：學生家庭社經背景與學業成就之比較〉。《教育科學研究期刊》54: 209-233。
- 季瑋珠、楊志良. 1985.〈醫學生社會化影響因素之探討〉。《中華民國公共衛生學會雜誌》5: 3-23。
- 林大森. 2010.〈學生選擇多元入學管道因素之探討：以四技為例〉。《教育科學研究期刊》55: 89-122。
- 林其和 2017.〈台灣醫學系多元入制度與生習成效之探討〉。發表於「106年科技部醫學教育門計畫成果討論」。台北，2016年11月26日。
- 林碧莉、何美瑤、曾麗琦、呂桂雲. 2005.〈衛生所護理人員工作壓力與專業承諾之研究〉。《實證護理》1: 132-139。
- 洪秀勳. 2013.〈醫師生涯的另一個選擇——衛生所主任〉。《台灣醫界》56: 610-611。
- 紀駿輝. 1984.〈醫學生對未來執業的態度——中國醫藥學院醫學生之調查研究〉。《公共衛生》13: 273-285。
- 張家納. 2006.《醫學生習醫動機與影響動機強弱因素之探討》。花蓮：慈濟大學醫學研究所碩士論文。

- 張榮哲、林耀盛. 2012.〈家庭醫學中的醫病關係與人性關懷〉。《臺灣醫學》16: 660-666。
- 曹逢甫. 1997.《族群語言政策：海峽兩岸的比較》。臺北市：文鶴出版社。
- 陳美霞. 2012.〈公共衛生體系醫療化與市場化的共生關係：一個歷史的考察〉，蔡甫昌、江宜樺、潘憶文編《疫病與社會：台灣歷經SARS風暴之醫學與人文反省》，128-154。台北：國立臺灣大學醫學院。
- 陳淑娟. 2009.〈臺北市公共地區三十年來語言使用的變遷——比較分析1978及2008的語言調查〉。《臺灣文學研究集刊》6: 171-205。
- 陳淑嬌. 2007.〈台灣語言活力研究〉，鄭錦全、何大安、蕭素英、江敏華、張永利編《語言政策的多元文化思考》，19-39。臺北市：中央研究院語言學研究所。
- 陳慶餘、李龍騰. 1993.〈住院醫師從事基層醫療意願及其影響因素之調查〉。《中華民國家庭醫學雜誌》3: 145-153。
- 陳麗君. 2011.〈台灣大學生的語言意識〉。《台語研究》3: 4-25。
- 黃宜範. 1993.《語言、社會與族群意識——台灣社會語言學研究》。台北：文鶴出版社。
- 葉高華. 2017.〈臺灣民衆的家庭語言選擇〉。《臺灣社會學刊》62: 59-111。
- 詹其峰、陳慶餘. 2003.〈家庭醫師全人照護制度〉。《醫學教育》7: 207-209。
- 劉仲冬. 1998.《女性醫療社會學》。臺北市：女書文化出版社。
- _____. 2006.〈我國的護理發展史〉。《護理雜誌》52: 5-20。
- 劉育成、曹家榮. 2013.〈從「道地」到「對道地的想像」：媒介社會中一種社會自我觀察的可能起點〉。《政治與社會哲學評論》46: 37-79。
- 劉慧俐、藍忠孚、藍采風. 1992.〈台灣地區男女醫師專業生涯之比較——醫學社會面的探討〉。《中華民國公共衛生學會雜誌》11: 49-59。
- 蔡美慧. 2015.〈一兼三顧，腹肚、佛祖、父母攏有顧：「醫用台語課程史」對台灣專業語言課程規劃的啟發〉。《台語研究》7: 4-29。
- 蔡淑鈴. 2001.〈語言使用與職業階層化的關係：比較台灣男性的族群差異〉。《台灣社會學》1: 65-111。

- 蔡淑鈴、瞿海源. 1992.〈主客觀職業階層結構研究：初步探討〉，伊慶春、朱瑞玲編《台灣社會現象的分析》，477-516。台北市：中央研究院。
- 鄭詩宗. 2016.〈用我ê話語，看我ê病痛——多語國家ê醫學語言教育〉。發表於「大數據時代的語言學研究論壇暨台灣語言學學會第九屆第二次會員大會」。台北，2016年11月26日。
- 賴其萬. 2006.《話語、雙手與藥：醫者的人性關懷》。台北市：張老師文化事業股份有限公司。

蔡美慧

國立成功大學外國語言文學系

tsaim@mail.ncku.edu.tw

【附錄】醫用台語需求與經驗調查

第一部份：基本資料（醫師部份）

1.	您目前是？ 1__主治醫師；2__住院醫師第__年
2.	出生年：民國____年；
3.	性別：____男 ____女
4.	主要成長地（小學~國中期間，若有二地請擇一）：____縣市____區/鄉鎮市
5.	您取得醫學系學士學位之學校為_____
6.	您取得醫師執照之時間為民國____年
7.	您在 XX 醫院主要服務的是_____科別/部門的病人
8.	<p>您目前的工作內容，以下項目比例大致為多少？（合計 100%）</p> <p>1____% 診療</p> <p>2____% 教學（指導醫學生或實習生等）</p> <p>3____% 研究</p> <p>4____% 行政</p>
9.	<p>您目前服務的病人或民眾類型，以下項目比例大致為多少？（合計 100%）</p> <p>1____% 門診病人</p> <p>2____% 住院病人</p> <p>3____% 社區民眾</p> <p>4____% 其他</p>

第一部份：基本資料（護理人員）

1.	出生年：民國____年；
2.	性別：____男 ____女
3.	主要成長地（小學~國中期間，若有二地請擇一）：____縣市____區/鄉鎮市
4.	教育程度： <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 專科或大學 <input type="checkbox"/> 碩士、博士

5.	您從事護理年資約為_____年_____月
6.	您目前服務於成大醫院的最主要科別/部門是_____（＝您最常接觸病人的科別）
7.	您目前的職務名稱_____
8.	<p>您目前的工作內容，以下項目比例大致為多少？（合計 100%）</p> <p>1_____ % 服務病人或民眾</p> <p>2_____ % 行政</p> <p>3_____ % 研究</p> <p>4_____ % 教學（指導護理學生或實習生等）</p> <p>5_____ % 其他</p>
9.	<p>您目前服務的病人或民眾類型，以下項目比例大致為多少？（合計 100%）</p> <p>1_____ % 門診病人</p> <p>2_____ % 住院病人</p> <p>3_____ % 社區民眾</p> <p>4_____ % 其他</p>

第二部份：個人與職場語言

10.	<p>您平時或以前和父親互動時，常用的語言與比例（三者合計 100%）</p> <p>主要的語言是：_____、使用比例：_____</p> <p>次要的語言是：_____、使用比例：_____</p> <p>第三個語言是：_____、使用比例：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 無法作答</p>
11.	<p>您平時或以前和母親互動時，常用的語言與比例（三者合計 100%）</p> <p>主要的語言是：_____、使用比例：_____</p> <p>次要的語言是：_____、使用比例：_____</p> <p>第三個語言是：_____、使用比例：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 無法作答</p>

12.	您自評自己以台語和他人進行一般生活對話的能力如何？ <input type="checkbox"/> 完全不懂 <input type="checkbox"/> 聽得懂但不會講 <input type="checkbox"/> 勉強可以溝通但有困難 <input type="checkbox"/> 可以和他人溝通 <input type="checkbox"/> 很流利
13.	您自評自己以台語為病人服務的能力如何？ <input type="checkbox"/> 完全不懂 <input type="checkbox"/> 聽得懂但不會講 <input type="checkbox"/> 勉強可以溝通但有困難 <input type="checkbox"/> 可以和他人溝通 <input type="checkbox"/> 很流利
14.	您在成大醫院服務（不含分院），所觀察到病人習慣的語言比例如何？（合計 100%）。 1. 大約____% 為習慣講國語的病人 2. 大約____% 為習慣講台語的病人 3. 大約____% 為習慣講其他語言的病人
15.	您在成大醫院（不含分院）為病人服務時，您使用台語與國語的比例大概是？ <input type="checkbox"/> 幾乎都用台語 <input type="checkbox"/> 主要台語偶爾國語 <input type="checkbox"/> 台語國語各半 <input type="checkbox"/> 主要國語偶爾台語 <input type="checkbox"/> 幾乎都用國語

A Sociolinguistic Study on Medical Professionals' Use of Taiwanese in Southern Taiwan

Mei-Hui TSAI, Huan-Fang LEE
National Cheng Kung University

With questionnaires, this study investigated factors affecting medical professionals' self-report of their Taiwanese proficiency and its use with their parents. Three main findings were shown based on responses by 1,149 physicians and nurses from three healthcare units in Southern Taiwan. Age is the most important factor for Taiwanese proficiency and frequency of use with parents, and gender a more important one than profession category. Profession category and the level of healthcare units are reflective of age, gender, and socioeconomic factors. Female nurses in healthcare stations tend to underestimate their Taiwanese proficiency while female physicians tend to overestimate. The former is related to nurses' "relative sense of Taiwanese non-authenticity" from their working environment, and the latter to physicians' acknowledgement of the rising value of "speaking Taiwanese as being advocates of multilingualism and patient-centeredness." This linguistic insecurity observed in the two female groups reflects their alignment with the value of Taiwanese in Southern Taiwan. These findings suggest that language demand in geriatric long-term care might be the solution to reboot Taiwanese vitality.

Key words: Self-report of language use, Medical Taiwanese proficiency, overestimation and underestimation, linguistic insecurity index

