
從醫病溝通到疾病敘事：醫學、醫療社會學與傳播學的理论對話

羅彥傑*、羅彥宇**

摘要

本文旨在從知識論探討不同學門研究醫病溝通，理論預設有何差異？達成理論預設的脈絡為何？泛醫學學門預設醫病溝通乃病情資訊交換，取決醫師個人溝通技巧。醫療社會學文獻多採權力／知識預設，著重病患主體性與能動性。傳播學的人際／口語傳播近似泛醫學採資訊交換典範，主要分析個人語言機制或策略；健康傳播的理論預設最多元，脈絡亦從個人涵蓋至社會。疾病敘事重視醫病互動共構文本，本文主張或可做為研究醫病溝通的另類取徑。

關鍵詞：醫病溝通、溝通技巧、敘事、疾病敘事

*羅彥傑為中國文化大學新聞學系副教授。聯絡方式：inging@ms15.hinet.net

**羅彥宇為花蓮慈濟醫院神經科主治醫師、慈濟大學醫學系副教授。

壹、前言

醫病溝通是生活中常見且不可或缺的一種人際溝通活動。醫病溝通品質的良窳關係個人健康，也涉及其對疾病的定義。尤其在尚未確定罹病的當下，人們就先陷入是否就醫、聽從醫囑、選擇採取何種療法等各種攸關自身健康之決定的兩難處境。有鑑於醫病溝通的重要，並為求達到以病患為中心的目標，美國醫界自 1982 年起推動「醫病共享決策」，讓病患在符合自身期待下獲得更佳的醫療結果，我國衛生福利部國民健康署也從 2016 年推動此一概念（衛生福利部，2019 年 4 月 22 日）。儘管如此，我國的醫病糾紛案件仍層出不窮，平均每年調處案約 6 百多件（馮靖惠，2019 年 8 月 25 日）。

目前為止，醫學、醫療社會學與傳播學均研究過「醫病溝通」的主題，累積了豐富的學術知識與理論概念。這些知識與理論概念背後的預設均不相同，達成這些預設的方式或所處的脈絡亦互異，但彼此之間缺乏對話，以致無法互補短長。同時，這些學門在醫病溝通研究上的限制，也似乎需要從其他學門或領域找到突圍之道。

醫學探究醫病溝通主題由來已久，且累積的文獻數量汗牛充棟。臨床醫學研究（Mazur, 2003; Stewart & Roter, 1989; Tumulty, 1970／鄭清榮譯，2006）指出，病患在醫病溝通過程中遠比醫師注意任何有關疾病狀態的陳述。病患不僅期待醫師具備卓越醫術，更盼望醫師能體認其痛苦。因此醫學領域向來重視醫師的口語溝通技巧，並認為由此可改善醫病溝通。

1960 年代醫療化與醫病糾紛問題受到西方社會重視，促使社會學門開始關心醫病關係，並認為光改善醫病溝通技巧不足以強化醫病關係，因為所有的醫療活動都是發生在社會文化脈絡底下，深受社會建制與文化影響，由此逐步發展出醫療社會學。法國思想家 M. Foucault 與晚近的醫療社會學在討論醫病溝通或更大範圍的醫病關係時，是從醫病間權力關係或資訊不對稱的情境，或醫院做為一種社會建制對病患及其家屬的龐大影響力做為研究起點（Turner, 1997; Weiss & Lonquist, 2012）。

傳播學的人際／口語傳播向來著重溝通技巧的研究，醫病溝通也一直是其中一項研究主題，但多著重在傳播模式（如 SMCR）的訊息（message）

層面（葉蓉慧、連吉時，2011）。至於健康傳播則多強調醫病兩端外的其他關係人及社會文化與組織等結構面向，提出更多社會建構論觀點（曾凡慈，2017；Korsch & Negrete, 2010）。然值得一提的是，人際／口語傳播與健康傳播在醫病溝通的研究上常互有重疊以致難以明確區分（Mosley, 1988），如健康傳播學者亦常研究人際傳播對健康資訊尋求行為的影響、醫病雙方的詞彙選擇使用，並認可生物醫學修辭的重要性（曾凡慈，2017；魏米秀、洪文綺，2010；Jucks & Bromme, 2007）。

這些學門儘管是從不同角度切入醫病溝通的研究，但至少泛醫學和人際／口語傳播的共同點是視醫病溝通為醫師與病患之間針對病情資訊進行管理，僅醫療社會學和部分受其影響的健康傳播學者依循權力／知識的理論預設。隨著敘事學及這些學門中的敘事學派開始主張用敘事觀點看待醫病溝通，使得疾病敘事（illness narratives）研究開始興起，更以恢復病患主體性與協助其建立對自身的認同為研究目標（李宇宙，2007；Fahy & Smith, 1999; Hartman, 2004）。

本文旨在運用哲學理論中的知識論，探討醫學、醫療社會學與傳播學等不同學門對於醫病溝通相關研究的既有知識本質、來源與限制。知識論的主要用意在於提供哲學上的反思，檢討我們既有的知識，反省我們獲取知識的能力和方式（何志青，2018，頁1）。以醫病溝通為例，我們關心此一學術知識的理論預設為何？又是在什麼脈絡下建構的？

透過耙梳相關文獻，作者主張疾病敘事可汲取這些學門領域的理論貢獻，並呼籲以疾病敘事的故事共享觀點做為研究醫病溝通的另類取徑。研究敘事方法論、敘事醫學（narrative medicine）與疾病敘事的人文社會學者與醫學家（李宇宙，2007；Fahy & Smith, 1999; Hartman, 2004; Killick & Allan, 2001）也認為，敘事有助於詮釋「自我」與重拾「認同」，使病患有機會從生病角色恢復到主體位置。有別於醫病溝通研究的資訊交換典範過度偏重培養醫師等健康照護提供者的溝通技巧，或者醫療社會學所凸顯的醫病權力施展與反抗，疾病敘事重視病患生命故事的親身經驗，又能同時觀照醫病互動與共構文本，更有機會達成醫病間相互理解。

貳、醫學的醫病溝通研究

在古希臘希波克拉底時代，臨床醫學被視為一門重視醫師直覺與主觀詮釋的「藝術」，故關注醫病間的互動且帶有強烈的人文主義色彩，這是因為醫病溝通是醫療照顧的核心，且當時醫師多數時候並無法真正提供治療，只能安撫病患情緒（Lloyd & Bor, 2009）。19 世紀疾病理論興起，取代對病患及其症狀的關注。20 世紀醫學在器官檢驗與解剖、生理學、生化及檢測技術等方面進步神速。「醫學科學」不僅被視為是可測量的客觀知識，更成為醫師的權力工具，但也讓醫師輕忽病患的個別需求、關切甚至苦痛，汲汲於追求維持病患的器官功能，進而導致後續一連串的醫療糾紛危機與消費者運動。而醫病溝通研究也自 1960 年代起展開，其內涵隨著此一互動的參與者、複雜度與多樣性持續增加而日益豐富（Eckler, Worsowicz, & Downey, 2009, p. 283）。

早年的醫學教育體制預設醫病溝通只是單純的人際關係「技巧」，質疑「這類的態度能否傳授」而且該由誰來教導？其假定醫學院學生只能透過生活經驗與個案培養溝通技巧，故不將醫病溝通視為臨床行醫上的關鍵變項。但後來研究發現，人際與溝通技巧（如提供資訊或問問題的方式隱含一套價值系統，可能對病患產生重大衝擊）是可以被傳授教導與訓練的，不僅影響病患的醫療滿意度，且有利於病患配合醫囑及其病情。這使得醫病溝通技巧長期以來被納入醫學院的課程內容設計，目的是使先前被質疑過於主觀的醫師診斷與詮釋「客觀化」（李錦虹、邱浩彰、陳亭君，2019；謝茉莉，2019；Cassell, 1989; Haigh, Appleford, & Pond, 1995; Kee, Khoo, Lim, & Koh, 2017; Kenny, Veldhuijzen, Weijden, LeBlanc, Lockyer, Légaré, & Campbell, 2010; Korsch, 1989, p. 250; Kurtz, 1989; O' Toole, 2008; Stewart, 1995; Stainsby, 2007; Street, Makoul, Arora, & Epstein, 2009; van Weert, Jansen, Spreuwenberg, van Dulmen, & Bensing, 2011），如被醫學系學生奉為圭臬的「Calgary-Cambridge 醫療訪談指南」就是許多醫學院傳授溝通技巧的教科書（Kurtz, Silverman, & Draper, 1998），或認為「如何說」比「說什麼」更重要（Zaidi & Nasir, 2015, p. 96）。

為了提高病患滿意度與使其遵守醫囑，並讓醫師診斷「客觀化」，從

臨床醫學、醫學教育、公共衛生、衛生教育到護理等學門，多傾向視醫（護）病溝通為病患病情資訊的交換，而溝通技巧則是取得病情資訊的手段或工具。此一預設也影響到整個醫學界的醫病溝通或醫病關係研究。這類研究的共同點是援引傳播學中的古典傳播模式，如 Berlo 的 SMCR（source, message, channel, and receiver）模式，視傳播流動為簡單、機械式的資訊傳輸過程，透過特定媒介管道，就能將訊息從來源傳遞至接收者（蔡慈儀、蔡憶文、郭耿南，2010；蕭淑貞、李明濱，1998；Kale & Kumar, 2012；Thomas & Cohn, 2006）。

如 Stewart 與 Roter（1989, pp. 20-23）根據對醫師與病患各自對病情資訊交換控制程度的高低，區分醫病關係為四類型。最常見與最傳統的是醫師控制程度高、病患控制程度低的醫師父權型，指醫師以自認最符合病患福祉的方式做出醫療決定，病患的責任是配合醫囑。其優點是病患可從醫師「父權」角色中獲得安慰與支持，甚至帶來神奇療效，但也可能造成醫病權力嚴重失衡，使病患因只能被動而權益受損，故通常是較高齡與低教育程度者接受此一類型的醫病關係。相形之下，較年輕、高教育程度者與抱持懷疑態度者傾向自有定見，盼掌控更多資訊，而若醫師反過來願意配合，就形成消費主義的模式，亦即視醫療接觸為市場交易，但醫病間也因此缺乏互信，醫師專業受到忽視。最理想的醫病關係則是第三種的互信模式，依然重視病患對資訊的控制權，但方式是讓病患參與更多決定。最糟糕的醫病關係則是第四種的棄權模式，病患與醫師對於資訊交換各有不同期待，也無力做出關係上的改變，病患可能因不符預期而放棄治療，對醫師失去信心，而醫師也未注意到失去病患的原因。

荷蘭醫學心理學家 Ong, Haes, Hoos 與 Lammes（1995）透過檢閱醫病溝通相關文獻，歸納出醫病溝通有三種目的：創造良好的人際關係、交換資訊、做成治療相關決定，並嘗試建立醫病溝通的理論架構。此架構含括三種變數，分別是背景變數（如文化差異、醫病關係、醫病類型、疾病特色）、程序變數（如工具型行為或情感型行為）與結果變數（短中期如滿意度、配合醫師的治療建議、回憶與理解資訊，長期如健康狀態、精神疾患）。

Mazur (2003/鄭清榮譯, 2006, 頁 20) 也認為, 成功的醫病溝通是指幫助病患瞭解其所需的資訊, 醫療訪談或醫病溝通品質的關鍵在於有效的資訊交換, 過程中存在的語言使用細微差異, 譬如使用的是專業行話或一般詞彙, 涉及對疾病的態度、社會距離等跨文化差異或論述結構等面對面互動下的語言組織原則, 這些隱而未顯之處皆可能構成「資訊有效交換」的阻礙。

Lloyd 與 Bor (2009, p. 10) 進一步將影響醫病溝通的因素分三大類：(1) 與病患有關的因素, 如身體症狀、焦慮、之前或目前的醫療經驗等；其他還包括病患對健康與疾病的想法、病患想與醫師討論的問題、病患對醫師接下來做法的預期、病患如何看待醫師的角色等。(2) 與醫師有關的因素, 如溝通技巧的訓練、對自身溝通能力的自信、個性、身體因素如疲勞、心理因素如焦慮。(3) 醫療訪談的背景, 如隱私、環境是否舒適、座位安排是否適當等。

不過, 醫學教育、公衛與衛教等學門內部也出現反思聲音, 認為醫病溝通不應只是教科書傳授的溝通技巧, 而是為了讓病患扮演更多角色以培養良好醫病關係。如擁有應用語言學背景的英國伯明罕大學醫學院「互動研究智庫」(Interactive Studies Unit) 主任 J. Skelton (2008, pp. 1-5, 156) 認為, 醫病溝通雖重要, 但其本質絕非只是「技巧」, 畢竟醫病溝通所使用的語言充滿不確定性、須視脈絡而定且非常主觀, 僅將溝通視為諸如眼神接觸、向病患提出開放式問題等一套技巧, 是嚴重扭曲相關學科的發展。他指出, 語言具有模糊本質, 是對聽者採取的溝通行動絕不等同於對病患投藥的效果, 所謂的「溝通不良」也絕不可能在臨床情境中被客觀或輕易地辨識出來, 以致最後醫學院所傳授的溝通技巧只是完成一套抽象的目標卻無法解決任何問題。在兩階段的診斷過程中, 傳統臨床醫學教育都教導學生用由上而下的演繹法, 亦即教授一開始先提出大原則(如「某病症的主要症狀是…」), 然後邀請學生在後續臨床練習中觀察特定病患的特定症狀(如「看看某位病患的情況, 就會發現是這樣…」)。他建議應改由下而上的歸納法, 亦即邀請學生從檢視一連串特定例子中做出推論, 由於醫療過程本身就是從個案到個案, 在此歸納基礎上, 病患便能在醫病溝

通過程中提出更多問題與扮演更多角色。

荷蘭衛教學者 Paternotte, van Dulmen, der Lee, Scherpbier 與 Scheele (2015) 也指出，醫病溝通由於語言、文化與社會差異以及醫師的預設而存在跨文化傳播的挑戰，而這些機制正可和溝通技巧相輔相成或轉化為溝通技巧訓練的要點，符合以病患為中心的醫病溝通模式。

相較於早期純粹從醫護人員角度出發來談溝通技巧，近年已開始有少數臨床醫學研究直接從病患端需求角度來看待醫病溝通，如以較弱勢的老人為研究對象。具急診臨床背景的 Vieder, Krafchick, Kovach 與 Galluzzi (2002) 發現，老人偏好直接、互動式的口語溝通更勝過諸如角色扮演活動或使用視覺輔助工具的另類溝通，且性別與族裔也是影響醫病溝通成功與否的關鍵因素。其中，老年男性比老年女性更鍾情於花更多時間和醫護人員相處，而老年女性則比較想聽取關於疾病過程的完整解釋。老年男性（尤其是非洲裔美籍）相對於女性更常仰賴好友提供醫療建議，而女性則比較會聽家人的意見。

公衛學者 Härter 與 Simon (2011) 的醫病溝通研究也顯示，病患對於參與自身醫療決定的偏好非一成不變，而是隨著年齡、性別、教育程度、疾病與醫療經驗、健康狀況、決定類型、對決定的態度、醫病關係與對病情資訊的偏好而有所變化，堪稱是一個發展性的過程。病患往往擔心自己缺乏做決定所需要的專業知識與臨床經驗，找出自身偏好的支持工具。此外，病患參與決定不代表他們會做最後的定奪，多數病患期盼的是參與和瞭解更多的資訊，但由醫師找出解決辦法。

van Weert, Jansen, Spreeuwenberg, van Dulmen 與 Bensing (2011) 在針對老年癌症病患溝通技巧的研究中指出，有鑑於老人處理資訊較慢、組織與儲存資訊的難度較慢，以及受限於聽力與視力功能退化而較難記住醫療資訊與治療建議，護理人員提供的諮商最好能結構化或有一定流程、為老年病患提供量身訂作的資訊、鼓勵老年病患發問等。

Gáspárik, Ábrám, Ceana, Sebesi, Fărcaș 與 Gáspárik (2014) 發現，儘管醫師的手勢與言詞行動等溝通技巧可能令病患感到自在或不自在，但重點在於病患解讀這些手勢，之後更以既有的認知「再處理」這些資訊，因此

常見病患未適當地獲取相關資訊；即便有，後來也可能忘記泰半。故該研究主張應著重在教導病患如何進行有效溝通，並提出結構化的病患教育方案。

這些研究代表泛醫學學門開始自省過去醫師在達成治療決定上過於獨斷，並提出「醫病共決」（shared decision making, SDM）與「賦權病患」（empowering patients）的觀點來取代醫師的傳統父權意識形態，而醫病溝通的目的就是為了讓病患能真正參與且自主決定治療。其認為若欲達成醫病共決，醫師除必須將複雜的資訊以病患聽得懂的方式解釋清楚外，同時還得顧慮病患在得知這些消息時的預期與情緒（Rifkin & Lazris, 2015; Ubel, 2012／張瓊懿譯，2013，頁 80-120）。

整體來說，泛醫學學門的醫病溝通研究早期聚焦在醫師溝通與諮商技巧上，後期轉為重視以病患為中心、強調病患自主權的臨床訪談取向。但不論是哪一種取向，仍預設醫病溝通為病情資訊交換。

參、醫療社會學的醫病溝通研究

醫療社會學（medical sociology）是預設健康照顧被制度化的社會學次領域，主張運用社會學觀點、概念、理論與方法論來處理與人類健康或疾病有關的現象。它包含將健康與疾病置於社會、文化與行為脈絡下檢視的整套知識，其中一個面向為釐清醫病關係並指出哪些因素影響醫病關係（Conrad, 2009, p. 1; Weiss & Lonquist, 2012, pp. 1, 272）。

美國社會學家 T. Parsons 最早提出醫病關係模式，1951 年率先點出健康照顧的社會文化基礎，並視醫病關係為更大社會體系下的次體系，而此一次體系反映了社會的重要價值，為醫師與病患共享。Parsons 的病患角色理論透過結合佛洛伊德（S. Freud）心理學內化理論與社會學理論，有效整合了自願行動模式下的微觀與鉅觀分析，更創立結構功能論的典範（Gerhardt, 1989, pp. 1-4, 23-25）。

之後陸續有人批評 Parsons 模式（如忽略醫病關係的衝突面向），嘗試建立醫病關係的其他可能模式，並開始注意到醫病間也需要有效與有意義的溝通。在醫療社會學視角下，醫病溝通的阻礙包括（1）醫病接觸的背景

是醫師辦公室或醫院內，易使病患不自在；（2）看診時間過短不易發展成實質溝通；（3）病患心理不適使其無法充分溝通；（4）醫病期待有落差；（5）語言障礙；（6）醫師不當的溝通風格，如高高在上、打斷病患說話、冷漠、僅陳述事實及對病患所述表現出興趣缺缺的態度等（Fahy & Smith, 1999, pp. 71-72; Weiss & Lonquist, 2012, pp. 272-283）。

此時的醫療社會學尚僅是社會學理論與概念的應用，旨在幫助一般內科與社區醫學促成病患配合治療。但 Foucault 的《瘋癲與文明》一書英文版於 1965 年問世後，其「權力／知識」觀點全面衝擊到醫療社會學各種研究主題與觀點，形成醫療社會學的理論預設，並擴張到為範圍更大的「醫學知識社會學」或「健康與疾病社會學」（Conrad, 2009; White, 2009）。

Foucault 對醫療社會學的影響在當代幾無其他思想家能出其右。他運用權力／知識一體兩面的概念，分析 19 世紀臨床醫院誕生過程與當時的醫病關係和權力關係。其論點是權力不只是施展，也引起抵抗（Foucault, 1978/1986, pp. 95-96），迥異於傳統視權力為壓抑或壓迫的觀點（李尚仁，1997；林淑芬，2004）。他也強調研究權力應著重於日常生活的抗爭（Foucault, 1980, p. 116），在意人們如何透過自我關注而成為主體，影響到後來學者重視主體流動性，以及從權力關係中追求賦權的可能性（吳豐維，2007，頁 5）。後續醫病關係研究也多延續 Foucault 的路徑，挑戰醫學與公衛學門以病患滿意度和遵從醫囑做為醫病溝通的理論預設，並延伸至性別議題、女性主義及病患團體行動，以病患主體性或能動性為研究脈絡（成令方，2002；林文源，2010；Davis, 1993；Fisher & Todd, 1993b；Silverman, 1993；Todd, 1993）。

至於健康／疾病社會學與傳統醫療社會學主要歧異在於前者更傾向採批判的認識論，預設疾病分類就是對個人與群體的道德或社會控制手段之一（Turner, 1997, p. ix）。健康／疾病社會學也探討疾病的社會意義，如失能、慢性疼痛、慢性病給個人從回應初步症狀到尋找主流或替代療法帶來哪些經驗，而個人又如何和改變的身體和自我形象達成妥協（Weitz, 2007, p. 123），並由此延伸至特定慢性病及照護的醫病溝通經驗如癌症（Brédart, Bouleuc, & Dolbeault, 2005; Quirt, Mackillop, Ginsburg, Sheldon, Brundage,

Dixon, & Ginsburg, 1997)。

另外，醫療社會學的醫病關係研究也深受醫學人類學啟發。醫學人類學預設疾病與醫療並非狹隘的生物現象，人們為何、如何生病及生病意義實是受到社會文化因素作用，亦即強調健康與醫療行為鑲嵌在人類整體文化行為中（張珣，2018）。該領域代表人物包括身兼精神科醫師的哈佛大學醫學人類學家凱博文（A. Kleinman）。他自 1960 年代末期起在台灣蒐集因精神問題求醫的醫病關係資料（成令方，2002，頁 13），並在 1980 年出書坦言其致力於凸顯社會科學（尤其是人類學與跨文化研究）在臨床醫學扮演關鍵角色。儘管凱博文的醫病關係研究觸及公衛，但主要從跨文化觀點出發，不同於主流的公衛和衛教實證傳統，而後者也自 1980 年代中期以後愈來愈關心醫病關係，儘管雙方的議題與路徑大異其趣（成令方，2002，頁 13；Kleinman, 1980）。

肆、傳播學的醫病溝通研究

傳播學的人際／口語傳播與健康傳播等次領域都對醫病溝通有所著墨。人際／口語傳播相對於大眾傳播，關心的是「互動」或「關係動力學」（relational dynamics），而醫病溝通只是健康脈絡下的人際傳播之一環，其他還包括健康照護提供者彼此之間的互動（如醫護互動）、親密關係下針對健康議題的溝通，以及污名、隱私管理與自我揭露過程等如何影響健康溝通的能力，宗旨是為醫病互動或各種類型的健康溝通發展出溝通介入策略（Duggan, 2006, pp. 102-103; Goldsmith & Brashers, 2009, pp. 1-2）。人際／口語傳播理論的重要內涵舉凡語言與非語言行為、傾聽技巧、溝通氣氛、眼神交流、肢體動作，都是常見用來切入醫病溝通的研究面向。其溝通目的有三，分別為創造好的人際關係、資訊交換、做成治療決定（馬成龍，2009；張皓傑，2009）

在此一領域下的醫病溝通研究多採語言學途徑，如研究語言詞彙的使用，包括醫療專業用語和日常生活語言的不同溝通效果，將醫病溝通視作醫病兩個世界的對話，亦即醫病雙方在思維邏輯互異的情況下進行協商的過程（葉蓉慧、連吉時，2011；Mishler, 1984）；或是禮貌策略對醫病溝通

內容趨於精確或模糊的影響 (Aronsson & Sätterlund-Larson, 1987)，或是言談修復機制在醫病溝通過程中的分布情況以及醫師以何種言談修復機制回應病患 (洪玉芳, 2012)。亦有研究 (Roberts, 2006) 質疑 20 世紀晚期醫學教科書「以病患為中心」的普遍預設，卻未考量個別角色、權力關係與身分等因素，建議應從跨文化傳播與互動社會語言學去理解多語言脈絡下的醫病溝通，如國際大都會中不同族裔背景的家庭醫師如何學習配合不擅長英語的病患之溝通風格，進而發展出同理心的醫病關係。

也由於這類研究已涉及個人、特別是病患的心理反應與情緒，常見有心理學背景的學者跨入人際／口語傳播或健康傳播研究，或發表在傳播學期刊。如德國心理學家 Jucks 與 Brommel (2007) 有鑑於愈來愈多的醫病溝通是透過線上方式進行，遂採取口語傳播途徑，從衛生檔案網路資料庫中搜尋醫病問答內容，並比較醫療專家與病患在使用醫學術語、高雅語言與個人化用語的差異，結果發現病患使用醫學術語時，也會影響到醫療專家在回答時的構句，亦即病患使用愈多的醫學用語提問時，醫療專家的用字遣詞也會變得更艱澀。因此他們建議病患除非真的充分理解醫學術語，否則應避用。

身兼人際傳播與健康傳播兩者之長的美國學者 D. J. Goldsmith 與 D. E. Brashers 曾主編一書《Communicating to Manage Health and Illness》談醫病溝通。Goldsmith 與 Brashers (2009, p. 1) 在該書前言寫道，傳播過程乃是個人、社會、文化與制度等要素與健康／疾病各要素之間的連結，傳播不僅建構與維持網絡，也是尋求與提供資訊、協助與情感支持的主要工具之一。而人際傳播透過明確的訓令與社會化以及日常交談，讓文化信念被運用在諸如特定健康／疾病經驗上，形成管控健康／疾病的效果。

該書另收錄心理學家 Haskard, Williams 與 DiMatteo (2009) 一篇論文指出，醫師說話語氣及言詞內容可預測病患對照護過程的滿意度。醫師若採用負面語氣搭配正面的言詞內容，最能獲得病患最高的滿意度，而這或許是因為病患覺得醫師的語氣充滿焦慮代表其關心病患。當醫師在醫病溝通過程中表現出愈焦慮與愈生氣時，病患愈願意複診或配合醫師的治療建議。若醫師低估病患對醫學的瞭解程度或不斷使用醫學術語，則不利於病

患健康。

不過，若干人際傳播研究預設語言與非語言的醫病溝通情境為真空，實際分析有時會忽略社會與文化脈絡下的權力運作或影響（Sobo & Loustaunau, 2010）。後起者則從社會結構與權力等概念著手分析醫病溝通，檢視權力在醫病互動過程中如何被運用與遭到抵抗，或社會結構如何被牽連進來並發生變革（Fisher & Todd, 1993a）。

和醫學、醫療社會學乃至和人際／口語傳播相比，屬於跨領域的健康傳播學門發展相對較晚。1975 年以前，健康傳播在傳播學門的研究零星分散，偶爾見於社會科學或是醫護公衛領域刊物。「國際傳播協會」（International Communication Association, ICA）在 1975 年成立健康傳播組。1985 年，「美國口語傳播學會」（Speech Communication Association, SCA）成立健康傳播委員會。1989 年，Lawrence Erlbaum Associates 出版社發行第一本健康傳播的學術期刊《Health Communication》。1996 年創立的《Journal of Health Communication》則強調國際性並結合理論與實務（徐美苓，2004，頁 488，491-492；陳憶寧，2011，頁 20）。

或許正因發展較晚，健康傳播學門的醫病溝通研究光譜涵蓋範圍極廣（Sparks, 2014），不僅運用諸如 Berlo 的 SMCR 等古典傳播模式，同時融入與涵蓋人際／口語傳播在這方面的研究成果，如 Miller 的口語傳播理論或 Katz 與 Lazarsfeld 的兩級傳播模式（Cross, Davis & O'Neil, 2017, pp. 85-86; Duggan, 2006; Mosley, 1988; Parrott, 2004），形成了 Northhouse 與 Northhouse（1985; 1998）的發展型健康傳播模式。該模式強調在醫療組織的溝通過程中有三項重要因素：（1）參與者；（2）醫療交易過程；（3）脈絡情境。本模式不限於醫病兩端間的溝通，而擴及醫病兩端之外的其他關係人（如護理師、社工師等其他健康照護提供者），還特別指出在醫療溝通中第三者（病患家屬或重要關係人）與病患、醫療人員之間互動的重要性。

近期的健康傳播更強調社會文化與組織等結構面向，為醫病溝通研究注入更多社會建構論、意識形態與權力結構的觀點（Cross, Davis, O'Neil, 2017; Kline, 2003; Korsch & Negrete, 2010）。如 Cordella（2004）認為醫病

溝通是一種組織溝通的動態諮商，她用傳播學常見的論述分析與社會語言學研究醫病溝通，分析權力分配、層級制度、對重要位置與資訊的系統化接近使用／排除。其預設組織有自身的價值體系與敘事，尤其體現在特定領域所獨有的意識形態上。

Heritage 與 Robinson (2006) 批評醫學的醫病溝通觀點，認為醫病溝通不應只是醫師與病患間的溝通，或醫師如何控制其與病患的互動，而是健康照護提供者（包含非醫師之醫護人員）與病患及其家屬的溝通，但過去以醫師為中心或以疾病為中心的研究，焦點僅集中在醫師如何以肯定自信口吻來控制與病患的溝通、如何在問診時簡短且精準地描述病情、提出有效率的問題、令病患服從、運用笑容和壓力、告知噩耗等。

國內健康傳播學者如徐美苓 (2004, 頁 482) 亦指出，早期的健康傳播研究著重病患對健康資訊的需求，包括自身、人際、小團體、組織、公眾與大眾等不同階段的健康傳播過程，而人際階段尤其強調「關係」，如醫病溝通的權力關係、面談技巧、滿意與服從程度。

陳憶寧 (2011, 頁 26) 認為，「整合醫病關係的互動」是健康傳播的重大研究議題，包括醫病間對等資訊交換與關係建立、幫助病患為其生活品質進行重大決定、醫病間如何培養信任感、營造足以使病人進行自我管理的資訊環境、病患如何處理不確定感，以及病患與家屬從診斷到病患臨終各階段的情緒問題。由此可知，健康傳播的醫病溝通研究儘管主題範圍非常多元，但在某種程度上仍很難擺脫主流醫學或公衛思維，即以病情資訊交換做為理論預設。

新加坡健康傳播學者 Lee, Teo 與 Kanesvaran (2018) 進一步以新加坡的癌症臨床諮商為場景，檢視醫師—病患—陪伴者溝通的複雜性。由於癌症臨床診療不可避免地包含對於診斷結果、治療選項與預後的討論，故有效的醫病溝通至為重要，但研究發現，病患與陪伴者對於病情資訊的偏好常不一致，前者較重視自身病況資訊，而後者較關心治療選項。儘管如此，這篇研究仍以病情資訊與醫師的溝通技巧為切入點。

另外，健康傳播也關心公衛新變化與傳播科技對醫病互動的影響。如美國健康傳播學者 Eckler, Worsowicz 與 Downey (2009, pp. 284-285) 研究

發現儘管醫療訪談仍是醫病溝通的主要途徑，但慢性病盛行率愈來愈高及門診病患人數超越住院病患的趨勢，使得醫病溝通的時間分配有所改變。而且透過電子郵件、遠距醫療與各種線上健康資訊諮詢系統，醫病間的交流與互動可能早在其真正接觸前就已開始，而且在醫療訪談結束後仍得以繼續。但奧地利公衛學者 Haluza, Naszay, Stockinger 與 Jungwirth (2017, pp. 5-6) 刊登於健康傳播期刊的本土研究卻顯示，三分之二的受訪者從未利用網路和醫師溝通，而且超過半數認為線上健康資訊可信度低，三分之二的人認為醫病間交換電子版健康資訊不合理，甚至數位原住民世代比年長者更懷疑線上健康資訊的可信度與資料交換的合理性。儘管傳播科技對醫病互動的影響隨國情有別，但這類健康傳播研究仍是以「資訊交換」做為研究焦點。

整體而言，健康傳播的醫病溝通研究不僅涵蓋人際／口語傳播的取向，在相關重要期刊如《Health Communication》有時也會見到醫療社會學或公衛學者的身影（如 Haluza, Naszay, Stockinger, & Jungwirth, 2017; Heritage & Robinson, 2006）。若暫撇除公衛實證途徑不論，其主要依賴兩個途徑：醫療社會學途徑及語言學途徑。前者以組織或制度文化結構為導向，後者則著眼於醫病溝通的微結構（文本）面向，如探討弱勢的病患形象及疾病的再現、污名。但無論如何，在健康傳播學門中一直很少見到同時統合這些途徑的研究（Cordella, 2004）。健康傳播因涵蓋多元觀點與預設（徐美苓，2004，頁 481；Sparks, 2014），較難直接定調其理論脈絡的位置。儘管如此，其與臨床醫學仍有若干共同點，如用「提供者與接受者」去定位醫師與病患，且常採資訊典範（如病情資訊交換或管理）的視角看待醫病溝通（Cegala & Broz, 2003; Ray, 2005; Street, Makoul, Arora, & Epstein, 2009; Wright, Sparks, & O' Hair, 2008, p. 32）。

伍、疾病敘事與醫病溝通

敘事是自我經驗的敘說，可用來探究敘說者如何再現過去事件與「自我揭露」（胡紹嘉，2008，頁 2；Riessman, 1993／王勇智、鄧明宇譯，2003，頁 19-40；Tomonari, 2008）。分析敘事便能揭露敘說者在回顧過去事件發

生的當下是如何理解自身與建構主體性，故敘事分析也常和「身分分析」劃上等號（Bamberg, 2004, p. 221; Bamberg & Georgakopoulou, 2008, p. 378; Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber, 1998/吳芝儀, 2008, 頁 9-11; Riessman, 1993/王勇智、鄧明宇譯, 2003, 頁 11）。其原初的認識論與方法論源自文學批評及語言學，1980 年代受認知心理學影響後，從原本固守文本或語言形式分析逐步拓展到敘事者的「自我意識」與「記憶」如何與文本結合，並開始與心理學、社會學、人類學、老年學、質化研究、心理諮商與傳播學等不同領域結合，甚至被視為具有能挑戰主流典範的潛力（臧國仁、蔡琰, 2017, 頁 19, 31-55; Bruner, 1987; Bruner, 1991, p. 5; Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber, 1998/吳芝儀, 2008, 頁 6-7），或至少意謂人文學科邁入到「敘事轉折」（narrative turn）階段（Riessman, 1993/王勇智、鄧明宇譯, 2003; Riessman, 2008）。

敘事研究的跨領域本質，使其和健康、疾病或醫病溝通都有某種程度的關連。如語言學敘事研究先前都偏重非會話的文類，包括民間傳說故事或社會語言學訪談所引的故事，至於日常生活各方交談的會話故事則相對不受重視，直到近年相關研究才受到矚目。會話敘事的關鍵定義就是「共構」（co-construction），亦即敘說者與接收者如何共構說話的順序（Rühlemann, 2013）。依此視之，醫病溝通應屬敘事共構的一種實踐形式。

心理學的敘事研究認為人們主要用敘事形式去組織對事件的經驗與記憶（Bruner, 1991, p. 4）。敘事研究途徑常被用在創傷與記憶等主題上，透過分析不同年齡團體的敘事結構，探究其如何詮釋人生歷程及其變化（Brown, Crawford, & Carter, 2006, p. 64; Kemper, Rash, Kynette, & Norman, 1990）。創傷與記憶也離不開醫療行為。

社會學與人類學敘事研究則強調人類共享真實（如身分）是透過社會過程所建構，因此主張用敘事呈現社會某些特定群體的特性或生活風格，而這些群體通常是遭受歧視的少數（Brown, Crawford, & Carter, 2006, p. 64; Bamberg, 2004, p. 221; Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber, 1998/吳芝儀, 2008, 頁 6）。儘管個別敘說者用看似稀鬆平常的話語來描述，但敘事研究者可分析這些話語如何受文化與歷史的鉅觀影響（Riessman, 1993/王勇智、

鄧明宇譯，2003，頁 12）。若將病患視為上述特定群體之一，似乎也無違和感，而且與醫療社會學的權力／知識觀點可互相參照。

至於提倡人文醫學的醫界先驅，雖未直接提及敘事研究或疾病敘事，但相關觀點已有敘事或故事的影子。如譽滿杏林的美國約翰霍普金斯大學醫學系名譽教授與創立該校附設醫院內科的首屆主任醫師 P. A. Tumulty，被公認是最傑出的診斷專家。他早在 1970 年就批評臨床醫學過度偏重科學化，直言臨床醫師最重要的功能不是診斷或治療疾病，而是花時間與病患及其家人溝通，包括聆聽病患所言與講給病患聽，他稱此過程為「對病患的管理」，目的是盡量有效緩和疾病對病患帶來的衝擊。Tumulty (1970, p. 22) 說：「言詞之於臨床醫師，一如手術刀之於外科醫師。」

隨著疾病敘事研究在 1990 年代興起，醫學界也開始沿用此名詞。如哥倫比亞大學臨床醫學與英文系教授 R. Charon (2001) 認為，舉凡醫學診斷與解釋、病患所述病史均可被視為是社會建構的疾病敘事，可做為理解與提升臨床醫病關係本身的工具或手段。但實驗室醫學與科技醫學興起後，醫病間的敘事性對話能力迅速消失，病歷紀錄也淪為科學化表述。

哈佛大學醫學院教授兼神經科醫師 L. R. Caplan 於《美國醫學協會神經學期刊》(JAMA Neurology) 的一篇評論中，以中風為例，指出許多病患在發現自己疑似出現復發的症狀後，常依照指示送醫治療，進行昂貴的腦血管造影，結果卻一切正常。他認為，神經學家或臨床神經科醫師在為中風病患進行診斷時，區辨病患究竟是首次腦中風與前次中風復發的關鍵，不是透過證據導向的科學儀器，而是病人的病史，也就是病人述說的故事。譬如可從同樣出現中風復發卻未送醫的病患身上，找出臨床醫師在問診時該提問的問題。唯有多花時間和心思與個別病患互動，才是醫師存在的本質 (Caplan, 2017.08.07)。

醫療訪談至今已公認為是一種敘事文類 (Labov, 1997, p. 396)，敘事也常被用來解決醫學難題與學習障礙 (Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber, 1998 / 吳芝儀, 2008, 頁 6)。而用敘事觀點研究病患、照顧者與醫療從業人員和疾病交手的經驗，常統稱為「疾病敘事」，且研究者來自各領域 (Biswas & Martin, 2011; Bury, 2001; Charon, 2006; Jurecic, 2012; Kleinman,

1988; Marini, 2016; Mehl-Madrona, 2007; Rudnytsky & Charon, 2008) , 所以其研究內涵本具有跨領域的特色。在疾病敘事底下, 疾病被視為某種「人生的干擾」或「社會的某種譬喻」, 對個人構成各種挑戰, 使之重新思考、重新故事化、重新述說自己的生命敘事。研究疾病敘事能揭露疾病如何融入至人們的生活中, 各種心理因素又是如何滲透至此過程。相較於用量性方式測量健康行為如何受認知與態度因素影響, 偏好敘事觀點的學者認為, 敘事等質性途徑維持生命故事完整性之特性, 避免讓病患說法脫離其社會與時間脈絡, 才能讓研究成果更呼應病患的真實生活世界¹ (Brown, Crawford, & Carter, 2006, pp. 63-65; Herzlich & Pierret, 1987, pp. xi-xvi; Lupton, 2003, pp. 95-96) 。

哈佛醫學院醫學人類學家 B. J. Good (1994, p. 136) 從人類學觀點詮釋醫病互動, 認為敘事在疾病構成與疾病經驗的構成上皆扮演再現的角色。人類學的民族誌訪談本由故事所組成, 但這些故事除了病患與照顧者訴說生病經驗與尋求治療的努力外, 也涵蓋了他們和醫師及其他健康照護專業人員的互動。分析這些故事 (潛藏在這些敘事底下的特定奇聞軼事, 以及個人與家庭生活中的完整疾病故事) 讓研究者得以一窺疾病經驗的敘事建構。

耶魯大學解構主義大師 G. Hartman 則從文學角度看待「疾病敘事」。Hartman (2004) 認為, 不論是虛構或紀實文本, 所再現的敘事形式均能讓作者與讀者同感安慰, 敘事也同時兼顧病患各種表達及臨床醫師專業的科學與認知面向。但若疾病敘事僅化約為以被動順從的方式描繪當事人苦難, 充其量僅是提供歌頌忍耐的道德範例, 這也是吾人在疾病敘事場景中不乏見到英雄主義題材的原因。因此他鼓勵醫師追蹤延續病患的敘事線, 從更廣義的敘事中找到出路, 亦即從非敘事內容中挖掘材料, 如看似微不足道或感情澎湃的時刻; 敘說者的心情起伏, 如說話中斷、突然做出的比喻、轉換話題、跳接及不同敘事風格的混搭等。

由此得知, 疾病敘事的理論預設實為醫病故事與意義共享, 和泛醫學、

¹除「疾病敘事」外, 另有一類似名詞為「敘事醫學」。兩者雖有重疊, 但「敘事醫學」較偏向從醫療從業人員的角度出發, 而「疾病敘事」則多以病患為主角。(Brown, Crawford & Carter, 2006, pp. 63-65; Herzlich & Pierret, 1987, pp. xi-xvi; Lupton, 2003, pp. 102-105) 。

醫療社會學、人際／口語傳播乃至主流健康傳播等學門皆大相逕庭。事實上，所有敘事文類背後的研究脈絡都是從個人延伸至社會（Riessman, 2008, pp. 54-55），或謂同時兼顧文本與社會的面向（Riessman, 1993／王勇智、鄧明宇譯，2003，頁 46-47），而這一點可能也是醫療社會學醫病溝通研究所不及之處。也就是在這些脈絡底下，疾病敘事傳遞出無限的意義與理解，而且還能啟動認知重組（意義製造）過程，重新修補與儲存意義，儘管這些敘事多少受到語言規則與社會規範的理解（Bury, 2001, p. 124）。

再者，敘事研究幾乎採建構論途徑，將敘事觀點應用在醫病互動等健康脈絡，不但反映述說者的世界觀，也提供事件為何如此發生的個人化解釋如動機、原因與理由（Bruner, 1991, p. 221; Sharf & Vanderfold, 2003）。敘事（重新）建構是為「修復身體、自我與世界之間的斷裂」（William, 1984, p. 197），有時甚至能透過書寫情緒變動的故事來改善身心健康（Ramírez-Esparza & Pennebaker, 2006, p. 218）。相關學者除出版專書外，常刊登論文在《Literature and Medicine》或《Journal of Medical Humanities》等人文醫學期刊，或《Sociology of Health and Illness》等健康／疾病社會學期刊，亦散見於《Journal of Aging Studies》與《Culture, Medicine and Psychiatry》等跨領域期刊。這類古典或傳統的疾病敘事常透過倖存的病患第一人稱口述方式，娓娓道來自身的染病經驗。

常見的疾病敘事主題多為如癌症的慢性病（Docherty & McColl, 2003; Mathieson & Stam, 1995; Williams, 1984），晚近則出現盛行率隨老化而升高的失智症（Beards & Fox, 2008; Hydén & Örvuly, 2009; Zimmermann, 2013; Zimmermann, 2017a）。失智症敘事研究數量至今仍屬零星，且多聚焦照顧者的說法，²不像其他疾病敘事常以病患觀點為主。失智症病患敘說或理解故事能力嚴重受損，是明顯忽略病患觀點的主因。儘管失智症病患說法可

²失智症敘事研究多為照顧者觀點或從照顧者角度切入。如 Hinton 與 Levkoff（1999）對美籍少數族群家庭照顧者進行無結構式質性訪談，勾勒三種不同故事類型，而每一類型又有各自獨特的疾病意義與中心主題；如華裔照顧者更重視家人如何管理混亂與失能，並將這些變化理解為對衰老的預期。Hayes、Boylstein 與 Zimmerman（2009）則透過深度訪談配偶型照顧者發現，配偶因罹病導致的原有身分消失或改變深刻影響親密關係，丈夫照顧者比妻子照顧者更熱中性愛，儘管妻子病患出現顯著認知缺損。妻子照顧者則對於和舉止如孩童、呆若木雞或前後判若兩人的丈夫病患行房深感厭惡。這顯示女性角色被「他者化」，妻子地位不因失智症而受到動搖，而丈夫只要自身身分不受威脅即能持續親密關係，以致照顧與親密關係對男女方而言是非常不同的經驗。

能缺乏時間的一致性或可覺察的因果關係，但失智症敘事研究者認為，有鑑於敘事的共享本質，若適當運用照顧者的外來輔助(如提點或補充資訊)，這種針對共享記憶所做的「協作敘事」更能反映病患是如何體驗生活 (Hydén, 2011, p. 340; Zimmermann, 2017a)。此外，敘事研究不一定只能以生命故事、自傳等長篇口述或書寫為研究對象，小故事、臨床訪談或會話式文本等非典型短篇敘事同樣能進行分析 (Bamberg & Georgakopoulou, 2008)。

其他失智症敘事研究也已指出，病患針對失智症實際生活經驗所做的敘事，或促使這些聲音被外界聽見，便是其重新爭取或恢復社會互動與個人身分的工具 (Crisp, 1995; Hubble & Tew, 2013, p.199; Hydén & Örvy, 2009; Ramanatha, 2014, p. 246; Ryan, Bannister, & Anas, 2009)。連失智症這類認知障礙疾病都發展出疾病敘事的研究，可見疾病敘事的研究範圍可涵蓋面更廣，不僅可做為醫病溝通研究的素材與取徑，也更有可能令病患享有更大主體性與能動性。

必須說明的是，本文僅是嘗試透過文獻檢閱指出醫病溝通的一個未來研究方向，上述所列研究雖凸顯疾病敘事有潛力發展為醫病溝通的研究取徑，但其原初焦點多非醫病溝通。若欲實際應用疾病敘事在醫病溝通研究上，或可依循 Riessman (1993/王勇智、鄧明宇譯，2003，頁 68-69) 的敘事分析模式，探究病患求醫過程與醫護人員、醫院組織或診療規定互動的文本(包含口述與書寫對話)，找出敘說的轉折點，並凸顯理想與現實之間、文化與相反敘說之間的斷裂。尤其聚焦在敘說者如何「清理」(clean up)原本不流暢的部分，使之通順，因為這可能反映其經驗的底層思維。

從以上分析可得知，泛醫學、醫療社會學、人際/口語傳播、健康傳播與疾病敘事針對醫病溝通的理論預設不盡相同，建構此一理論預設的脈絡也互異。泛醫學預設醫病溝通為病情資訊交換，源自於著重醫師個人溝通技巧，偏廢病患的主體性與能動性。醫療社會學多採 Foucault 的權力/知識預設，始於關懷病患主體性，卻忽略溝通文本實乃醫病甚至加上照顧者所共同建構。人際/口語傳播近似泛醫學採資訊交換典範，蓋因聚焦在語言機制和策略的脈絡上，對病患主體性視而不見。健康傳播的理論預設

最多元，脈絡亦因涵蓋各學門之長而兼具個人微觀至社會鉅觀的面向，這也因此導致其欠缺核心預設。至於疾病敘事則預設醫病溝通為醫病故事共享，此乃基於深信敘事能反映從個人至社會（或謂兼顧文本與社會）的脈絡，但其限制則為目前仍停留紙上討論階段，尚未實際運用於以醫病溝通為主題的研究上。各學門醫病溝通研究的比較，請見表 1。

表 1：各學門研究醫病溝通的理論對話

相關學門	理論預設	研究脈絡	主要限制
泛醫學	資訊交換	醫師溝通技巧	缺病患主體性
醫療社會學	權力／知識	病患主體性	缺共構文本
人際／口語傳播	資訊交換	語言機制策略	缺病患主體性
健康傳播	多元	從個人至社會	缺核心預設
疾病敘事	故事共享	從個人至社會	尚未落實研究

資料來源：本研究整理

陸、結論：以疾病敘事做為醫病溝通的另類取徑

醫病溝通是泛醫學、醫療社會學與傳播學的人際／口語傳播或健康傳播的共同研究主題，並已累積豐富的學術文獻與知識。健康傳播、人際／口語傳播、醫療社會學、及晚近的泛醫學學門在研究醫病溝通時，均同意包括醫護、病患與照顧者等相關當事人「互動」或「關係」是分析重點。然而，這些學門在分析這種互動或關係時的理論預設以及達成這種理論預設的脈絡均有所不同，並且各自存在若干研究限制。

醫學的早期醫病溝通文獻認為醫病互動是一種人文藝術，醫病間的對話屬於廣義的文本，醫病溝通取決於醫師個人先天的溝通技巧與能力，無法經由後天教育傳授。之後因醫學人文教育反思過度醫療化的問題，開始將溝通技巧納入醫學教育課程的設計中，並在臨床實務上納入醫學倫理範疇，認為由此可促進醫病共決與病患的賦權。然而，包括公衛、衛教、護理等的泛醫學醫病溝通研究始終難以跳脫以醫師或其他健康照護專業人員為主體的限制，且少見反思其臨床知識來源實非來自於醫學教科書，而更

多是來自於病患提供的疾病故事。病患主體性在醫學醫病溝通研究中幾乎付諸闕如。

醫療社會學的最早醫病溝通文獻主要在運用諸如結構功能論等社會學理論來探究醫療行為與醫病關係模式，檢視健康照顧的社會文化基礎，並定義醫病關係為更大社會體系下的次體系，所以醫病溝通行為只是醫病關係模式下的一環而非主軸。後來學者納入 Foucault 的權力／知識觀點做為理論預設，著重社會關係的權力不對等造成醫病雙方的知識不對等，更擴大醫療社會學為意義更豐富的健康與疾病社會學，採批判的認識論並探討病患主體性與疾病的社會意義。換言之，醫療社會學的研究脈絡正好回應了泛醫學的研究限制，但可惜多聚焦「關係」而對醫病互動「文本」著墨不深。

傳播學的人際傳播與健康傳播等次學門均涉獵醫病溝通主題，然而兩者路徑頗有差異。前者從語言學角度切入醫病溝通研究，探討醫師與病患的語言機制或策略，其對醫病溝通的理論預設近似泛醫學學門。後者主要依賴公衛、醫療社會學與語言學這三種路徑出發，尤其是後兩者，但少見統合這些不同面向的醫病溝通研究。也因此，雖然健康傳播學門內部的醫病溝通研究如百家爭鳴，研究脈絡小至個人、大至整個社會，卻也不易看出其核心理論預設。

整體來說，過去的醫病溝通研究不論是放在泛醫學、人際／口語傳播或健康傳播學門下討論，大抵皆是從資訊交換典範出發，傾向假定妥善管理病患的病情資訊乃是醫病溝通的關鍵或關鍵之一，並可藉此達到提高病患參與自身醫療決定與賦權的理想。儘管這些文獻不乏論及病患的情感需求，但基本上仍將病患述說的內容或病史當成是冷冰冰的「病情資訊」，而非具有社會文化脈絡的活生生「故事」。

透過檢閱與分析這些文獻背後的理論預設與研究脈絡，並介紹疾病敘事和醫病溝通的關連，作者主張疾病敘事恰恰與這些學門的研究成果互補，並巧妙解決各自在醫病溝通研究的限制，或可做為醫病溝通的另類研究取徑。敘事典範主張故事共享原本即是人類溝通、互相理解與產製意義的工具，可兼顧社會權力結構與文本的互動而做到見樹又見林、賦予病患更多

的主體性與能動性、重視完整的社會文化脈絡、病患及其照顧者對疾病的主觀詮釋，又能涵蓋臨床訪談以外的各種敘事文本。對於那些至今仍深深依賴病患描述各種細節與意義來做診斷的醫院科別（如神經內科）而言，傾聽、觀察與時間就是最佳的診斷工具（O'Sullivan, 2018 / 方淑惠譯, 2019）。

而即便是醫療社會學或健康與疾病社會學所常援引的 Foucault 權力 / 知識觀點，也能同樣為敘事研究進行分析時所用。但敘事研究者在運用此一概念時，更傾向強調權力的規訓角色，亦即權力是一個過程，透過不同權力 / 抵抗迴路或管道流竄，並與能動者（agent）所建構的論述場域互為犄角（Clegg, 1993）。敘事研究重視說者與聽者角色轉換及會話敘事的共構特色，既能避免泛醫學學門獨尊健康照護專業人員溝通技巧、偏廢病患主體性之缺憾，又能擴大人際 / 口語傳播既有的語言學成果，讓醫病互動過程是從社會脈絡而非僅僅只是個人健康的脈絡被檢視。

疾病敘事的研究者尚未直接以「醫病溝通」為主題進行分析，但疾病敘事內涵與醫病溝通中常見的文本，如病患口述病史或醫病對話內容頗有異曲同工之妙，其理論預設與研究脈絡更有機會為醫病溝通研究帶來更多的能量與視角，也平衡兼顧到相關各方所累積的研究成果。儘管疾病敘事現階段也尚難直接運用於醫病溝通的臨床實務上，但至少可能在特定疾病上啟發醫師等健康照護專業人員，如阿茲海默症或其他類型失智症。當我們運用疾病敘事從事醫病溝通研究，甚至在臨床實務上鼓勵健康照護專業人員與病患皆運用敘事於醫病互動過程時，醫病溝通或許就不再只是關於病患病情資訊的管理，而是生命故事與醫學知識的融合、交織與再述。以病患為中心的照護、賦權病患的理想，方可能真正實現。

參考文獻

- 方淑惠譯（2019）。《腦內風暴：頂尖神經科醫師剖析離奇症狀，一窺大腦異常放電對人體的影響》。台北市：商周出版。（原書 O'Sullivan, S. [2018]. *Brainstorm : Detective stories from the world of neurology*. London, UK: Chatto & Windus.）
- 王勇智、鄧明宇譯（2003）。《敘說分析》。台北市：五南。（原書 Riessman, C. K. [1993]. *Narrative analysis*. Newbury Park, CA: Sage.）
- 成令方（2002）。〈醫「用」關係的知識與權力〉，《台灣社會學》，3：11-71。
- 何志青（2018）。《知識論的轉折》。台北市：台大出版中心。
- 吳豐維（2007）。〈何謂主體性？一個實踐哲學的考察〉，《思想》，4：63-78。
- 吳芝儀譯（2008）。《敘事研究：閱讀、分析與詮釋》。嘉義市：濤石文化。（原書 Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. [1998]. *Narrative research: Reading, analysis and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage.）
- 李宇宙（2007）。〈疾病的敘事與書寫〉，蔡篤堅編著《人文、醫學與疾病敘事》，頁 1-23。台北市：記憶工程。
- 李尚仁（1997）。〈傅柯的醫學考古學與醫學史：評《臨床醫學的誕生》中譯本〉，《台灣社會研究季刊》，28：209-234。
- 李錦虹、邱浩彰、陳亭君（2019）。〈戲劇技巧於臨床溝通訓練之應用〉，《台灣醫學》，23（3）：310-320。
- 林文源（2010）。〈轉變病患行動能力佈署：以台灣透析病患團體行動為例〉，《台灣社會學》，20：39-99。
- 林淑芬（2004）。〈傅柯論權力與主體〉，《人文及社會科學集刊》，16（1）：117-150。
- 洪玉芳（2012）。《醫病溝通中以病人誘發、醫師自我修復為主之言談修復機制：以台灣某教學醫院為例》。成功大學外國語文學系碩士論文。
- 胡紹嘉（2008）。《敘事、自我與認同：從文本考察到課程探究》。台北

市：秀威資訊科技。

- 徐美苓 (2004)。〈健康傳播研究的回顧與展望：從國外到台灣〉，翁秀琪編《台灣傳播學的想像》(下冊)，頁 479-542。台北市：巨流。
- 馬成龍 (2009)。〈傳播學與醫病溝通〉，馬成龍編《醫病溝通知多少》，頁 1-12。香港：零蘭閣。
- 張珣 (2018)。〈疾病與文化：李亦園先生對臺灣醫學人類學發展的貢獻〉，《臺灣人類學刊》，16 (2)：7-46。
- 張瓊懿譯 (2013)。《生命的關鍵決定：從醫生決定到病人決定的時代》。台北市：行人文化實驗室。(原書 Ubel, P. A. [2012]. *Critical decisions: How you and your doctor can make the right medical choices together*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.)
- 張皓傑 (2009)。〈醫病，醫人，醫病人：從人際溝通看醫病關係〉，馬成龍編《醫病溝通知多少》，頁 117-134。香港：零蘭閣。
- 陳憶寧 (2011)。〈健康傳播與公共衛生〉，《傳播與社會學刊》，17：19-30。
- 曾凡慈 (2017)。〈健康、疾病與風險：社會建構論的研究取徑〉，《傳播文化》，16：42-65。
- 馮靖惠 (2019 年 8 月 25 日)。〈台灣每年 600 件醫療糾紛 北醫開課讓律師學醫〉，《聯合報》。取自 <https://udn.com/news/story/7266/4008981>
- 葉蓉慧、連吉時 (2011)。〈由台灣民眾的就醫經驗探討病患如何減低不確定感〉，《傳播與社會學刊》，17：61-85。
- 臧國仁、蔡琰 (2017)。《敘事傳播》。台北市：五南。
- 蔡慈儀、蔡憶文、郭耿南 (2010)。〈醫療照顧體系中的健康溝通〉。《台灣醫學》，14 (6)：607-614。
- 衛生福利部 (2019 年 4 月 22 日)。〈我有權利參與決定！落實醫病溝通選擇不後悔〉【公告】。台北市：衛生福利部。取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-47343-1.html>
- 鄭清榮譯 (2006)。《新醫病對話》。台北市：原水文化。(原書 Mazur, D. J. [2003]. *The new medical conversation: Media, patients, doctors and*

- the ethics of scientific communication*. New York, NY: HarperOne.)
- 蕭淑貞、李明濱 (1998)。《健康體系：溝通理論與技巧》。台北市：國立台灣大學醫學院。
- 謝茉莉(2019)〈鷹架理論應用於醫病溝通的課程設計與成效評估研究〉，《人文社會與醫療學刊》，6：27-46。
- 魏米秀、洪文綺 (2010)。〈都市與偏遠社區成人的健康資訊尋求經驗：焦點團體訪談結果〉，《健康促進與衛生教育學報》，34：93-114。
- Aronsson, K., & Sätterlund-Larson, U. (1987). Politeness strategies and doctor-patient communication on the social choreography of collaborative thinking. *Journal of Language and Social Psychology*, 6(1), 1-27.
- Bamberg, M. (2004). Narrative discourse and identities. In J. C. Meister, T. Kindt, & W. Schernus (Eds.), *Narratology beyond literary criticism: Mediality, disciplinarity* (pp. 213-237). New York, NY: Walter de Gruyter.
- Bamberg, M., & Georgakopoulou, A. (2008). Small stories as a new perspective in narrative and identity analysis. *Text & Talk*, 28(3), 377-396.
- Beards, R. L., & Fox, P. J. (2008). Resisting social disenfranchisement: Negotiating collective identities and everyday life with memory loss. *Social Science & Medicine*, 66(7), 1509-1520.
- Biswas, R., & Martin, C. M. (Eds.) (2011). *User-driven healthcare and narrative medicine: Utilizing collaborative social networks and technologies*. Hershey, PA: Medical Information Science Reference.
- Brédart, A., Bouleuc, C., Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion on Oncology*, 17(4), 351-354.
- Brown, B., Crawford, P., & Carter, R. (2006). *Evidence-based health communication*. New York, NY: Open University Press.
- Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*, 18(1), 1-21.

- Bury, M. (2001). Illness narratives: Fact or fiction? *Sociology of Health & Illness*, 23(3), 263-285.
- Bruner, J. (1987). Life as narrative. *Social Research*, 54(1), 11-32.
- Caplan, L. R. (2017.08.07). Patient care is all about stories. *JAMA Neurology*, 74(9), 1042-1043. doi: 10.1001/jamaneurol.2017.1472.
- Cassell, E. J. (1989). Foreword: Making the subjective objective. In M. Stewart & D. Roter (Eds.), *Communicating with medical patients* (pp. 13-15). Newbury Park, CA: Sage.
- Cegala, D. J., & Broz, S. L. (2003). Provider and patient communication skills training. In T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 95-119). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286(15), 1897-1902.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. New York, NY: Oxford University Press.
- Clegg, S. R. (1993). Narrative, power, and social theory. In D. K. Mumby (Ed.), *Narrative and social control: Critical perspective* (pp. 15-45). Newbury Park, CA: Sage.
- Conrad, P. (2009). General introduction. In P. Conrad (Ed.), *The sociology of health and illness: Critical perspectives* (8th ed.) (pp. 1-4). New York, NY: Worth Publishers.
- Cordella, M. (2004). *The dynamic consultation: A discourse analytic study of doctor-patient communication*. Amsterdam, NL: John Benjamins Publishing Co.
- Crisp, J. (1995). Making sense of the stories that people with Alzheimer's tell: A journey with my mother. *Nursing Inquiry*, 2(3), 133-140.
- Cross, R., Davis, S., O'Neil, I. (2017). *Health communication: Theoretical and critical perspectives*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Davis, K. (1993). Nice doctors and invisible patients: The Problem of power in

- feminist common sense. In A. D. Todd & S. Fisher (Eds.), *The social organization of doctor-patient communication* (2nd ed.) (pp. 243-265). Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Docherty, D., & McColl, M. A. (2003). Illness stories: Themes emerging through narrative. *Social Work in Health Care*, 37(1), 19-39.
- Duggan, A. (2006). Understanding interpersonal communication processes across health contexts: Advances in the last decade and challenge for the next decade. *Journal of Health Communication*, 11, 93-108.
- Eckler, P., Worsowicz, G. M., & Downey, K. (2009). Improving physician-patient communication. In J. C. Parker & E. Thorson (Eds.), *Health communication in the new media landscape* (pp. 283-302). New York, NY: Springer.
- Fahy, K., & Smith, P. (1999). From the sick role to subject positions: A new approach to the medical encounter. *Health*, 3(1), 71-93.
- Fisher, S., & Todd, A. D. (1993a). Introduction: Communication and social context—Toward broader definitions. In A. D. Todd & S. Fisher (Eds.), *The social organization of doctor-patient communication* (pp. 1-14). Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Fisher, S., & Todd, A. D. (1993b). Preface to the second edition: Power and resistance. In A. D. Todd & S. Fisher (Eds.), *The social organization of doctor-patient communication* (2nd ed.) (pp. v-vii). Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Foucault, M. (1978/1986). *The history of sexuality. VI. An introduction*. (R. Hurley, Trans.). New York, NY: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977*. New York, NY: Harvester Wheatsheaf.
- Gáspárik, A. I., Ábrám, Z., Ceana, D., Sebesi, S., Fărcaș, D., & Gáspárik, A. C. (2014). Shortages of doctor-patient communication. Teaching patients to communicate effectively. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 142(14), 376-379.

- Gerhardt, U. (1989). *Ideas about illness: An intellectual and political history of medical sociology*. London, UK: Macmillan.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Goldsmith, D. J., & Brashers, D. E. (2009). Introduction: Communicating to manage health and illness. In D. E. Brashers & D. J. Goldsmith (Eds.), *Communicating to manage health and illness* (pp. 1-13). New York, NY: Routledge.
- Haight, R., Appleford, J., & Pond, A. (1995). The inhumanity of medicine. *British Medical Journal*, 310(6978), 527-528.
- Haluza, D., Naszay, M., Stockinger, A., & Jungwirth, D. (2017). Digital natives versus digital immigrants: Influence of online health information seeking on the doctor-patient relationship. *Health Communication*, 32(11), 1342-1349.
- Härter, M., & Simon, D. (2011). Do patients want shared decision making and how is this measured? In G. Gigerenzer & J. A. M. Gray (Eds.), *Better doctors, better patients, better decisions: Envisioning health care 2020*. (pp. 51-58). Cambridge, MA: The MIT Press
- Hartman, G. (2004). Narrative and beyond. *Literature and Medicine*, 23(2), 334-345.
- Haskard, K. B., Williams, S. L., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician-patient communication: Psychosocial care, emotional well-being, and health outcomes. In D. E. Brashers & D. J. Goldsmith (Eds.), *Communicating to manage health and illness* (pp. 15-40). New York, NY: Routledge.
- Hayes, J., Boylstein, C., & Zimmerman, M. K. (2009). Living and loving with dementia: Negotiating spousal and caregiver identity through narrative. *Journal of Aging Studies*, 23(1), 48-59.
- Heritage, J., & Robinson, J. D. (2006). The structure of patients' presenting concern: Physicians' opening questions. *Health Communication*, 19, 89-102.
- Herzlich, C., & Pierret, J. (1987). *Illness and self in society*. (E. Forster, Trans.).

Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

- Hinton, W. L., & Levkoff, S. (1999). Constructing Alzheimer's: Narratives of lost identities, confusion and loneliness in old age. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23(4), 453-475.
- Hubble, N., & Tew, P. (2013). *Ageing, narrative and identity: New qualitative social research*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Hydén, L. C. (2011). Narrative collaboration and scaffolding in dementia. *Journal of Aging Studies*, 25(4), 339-347.
- Hydén, L. C., & Örvulv, L. (2009). Narrative and identity in Alzheimer's disease: A case study. *Journal of Aging Studies*, 23(4), 205-214.
- Jucks, R., & Brommel, R. (2007). Choice of words in doctor-patient communication: An analysis of health-related Internet sites. *Health Communication*, 21(3), 267-277.
- Jurecic, A. (2012). *Illness as narrative*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Kale, E., & Kumar, B. N. (2012). Challenges in healthcare in multi-ethnic societies: Communication as a barrier to achieving health equity. In J. Maddock (Ed.), *Public health-social and behavioral health* (pp. 295-350). Rijeka, HR: InTech.
- Kee, J. W. Y., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. H. (2017). Communication skills in patient-doctor interactions: Learning from patient complaints. *Health Professions Education*. Retrieved April 21, 2020, from <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>
- Kemper, S., Rash, S., Kynette, D., & Norman, S. (1990). Telling stories: The structure of adults' narratives. *European Journal of Cognitive Psychology*, 2(3), 205-228.
- Kenny, D. A., Veldhuijzen, W., Weijden, T. van der, LeBlanc, A., Lockyer, J., Légaré, F., & Campbell, C. (2010). Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine*, 70(5), 763-768.

- Killick, J., & Allan, K. (2001). *Communication and the care of people with dementia*. Buckingham, UK: Open University.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An elaboration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York, NY: Basic Books.
- Korsch, B. M., & Negrete, V. F. (2010). Doctor-patient communication. In G. L. Kreps (Ed.), *Health communication Vol. 1: Health communication in the delivery of health care*. Los Angeles, CA: Sage.
- Korsch, B. M. (1989). The past and the future of research in doctor-patient relations. In M. Stewart & D. Roter (Eds.), *Communicating with medical patients* (pp. 246-251). Newbury Park, CA: Sage.
- Kurtz, S. M. (1989). Curriculum structuring to enhance communication skills development. In M. Stewart & D. Roter (Eds.), *Communicating with medical patients* (pp. 153-166). Newbury Park, CA: Sage.
- Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J. (1998). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press.
- Labov, W. (1997). Some further steps in narrative analysis. *Journal of Narrative & Life History*, 7(1-4), 395-415.
- Lee, G. L., Teo, I., & Kanesvaran, R. (2018). The complexities of doctor-patient-family communication in an Asian oncology setting: Concordance and discordance among patient preferences, family preferences, and perceived and actual communication. *Health Communication*, 33(2), 95-101.
- Lloyd, M., & Bor, R. (2009). *Communication skills for medicine* (3rd ed.). New York, NY: Churchill Livingstone.
- Lupton, D. (2003). *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies* (2nd ed.). London, UK: Sage.

- Marini, M. G. (2016). *Narrative medicine: Bridging the gap between evidence-based care and medical humanities*. Cham, CH: Springer.
- Mathieson, C. M., & Stam, H. J. (1995). Renegotiating identity: Cancer narratives. *Sociology of Health and Illness*, 17(3), 283-306.
- Mehl-Madrona, L. (2007). *Narrative medicine: The use of history and story in the healing process*. Rochester, VT: Bear & Co.
- Mishler, E. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Ablex.
- Mosley, P. (1988). Communicating and the education of health professionals: A disciplinary overview. *Medical Teacher*, 10(3/4), 323-332.
- Northhouse, L. L., & Northhouse, P. G. (1985). *Health communication: A handbook for health professionals*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Northhouse, L. L., & Northhouse, P. G. (1998). *Health communication: Strategies for health professionals*. (3rd ed.). London, UK: Pearson Education.
- O'Toole, G. (2008). *Communication: Core interpersonal skills for health professionals*. Sydney, AU: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918.
- Parrott, R. (2004). Emphasizing "communication" in health communication. *Journal of Communication*, 54(4), 751-787.
- Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpbier, A. J. J. A., & Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realist review. *Patient Education and Counseling*, 98(4), 420-445.
- Quirt, C. F., Mackillop, W. J., Ginsburg, A. D., Sheldon, L., Brundage, M., Dixon, P., & Ginsburg, L. (1997). Do doctors know when their patients don't? A Survey of doctor-patient communication in lung cancer. *Lung Cancer*, 18(1), 1-20.

- Ramanathan, V. (2014). Alzheimer pathographies: Glimpse into how people with AD and their caregivers text themselves. In R. W. Schrauf & N. Müller (Eds.), *Dialogue and dementia: Cognitive and communicative resources for engagement* (pp. 245-261). New York, NY: Psychology Press.
- Ramírez-Esparza, N., & Pennebaker, J. W. (2006). Do good stories produce good health? Exploring words, language, and culture. *Narrative Inquiry*, 16(1): 211-219.
- Ray, E. B. (2005)(Ed.). *Health communication in practice: A case study approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Los Angeles, CA: Sage.
- Rifkin, E., & Lazris, A. (2015). *Interpreting health benefits and risks: A practical guide to facilitate doctor-patient communication*. New York, NY: Springer.
- Roberts, C. (2006). Continuities and discontinuities in doctor-patient consultations in a multilingual society. In M. Gotti & F. Salager-Meyer (eds.), *Advances in medical discourse analysis: Oral and written contexts* (pp. 177-195). Bern, CH: Peter Lang.
- Rudnytsky, P. L., & Charon, R. (Eds.) (2008). *Psychoanalysis and narrative medicine*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Rühlemann, C. (2013). *Narrative in English conversation: A corpus analysis of storytelling*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Ryan, E. B., Bannister, K. A., & Anas, A. P. (2009). The dementia narrative: Writing to reclaim social identity. *Journal of Aging Studies*, 23(3), 145-157.
- Sharf, B. F., & Vanderfold, M. L. (2003). Illness narrative and the social construction of health. In D. L. Thompson, A. Dorsey, R. Parrott, & K. Miller (Eds.), *The Routledge handbook of health communication* (pp. 9-34). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Silverman, D. (1993). Policing the lying patient: Surveillance and self-regulation in consultations with adolescent diabetics. In A. D. Todd & S. Fisher (Eds.),

- The Social organization of doctor-patient communication* (2nd ed.) (pp. 213-241). Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Skelton, J. (2008). *Language and clinical communication: This bright Babylon*. New York, NY: Radcliffe Publishing.
- Sobo, E. J., & Loustaunau, M. O. (2010). *The cultural context of health, illness, and medicine*. (2nd ed.) Santa Barbara, CA: Praeger.
- Sparks, L. (2014). Health communication and caregiving research, policy, and practice. In R. C. Talley & S. S. Travis, (Eds.), *Multidisciplinary coordinated caregiving* (pp. 131-175). New York: Springer.
- Stainsby, K. (2007). *Develop your interpersonal and self-management skills: A practical resource for health care administrative and clerical staff*. Oxford, UK: Radcliffe.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.
- Stewart, M., & Roter, D. (1989). Introduction. In M. Stewart & D. Roter (Eds.), *Communicating with medical patients* (pp. 17-23). Newbury Park, CA: Sage.
- Street, Jr., R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301.
- Thomas, V. J., & Cohn, T. (2006). Communication skills and cultural awareness courses for healthcare professionals who care for patients with sickle cell disease. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 480-488.
- Todd, A. D. (1993). Exploring women's experiences: Power and resistance in medical discourse. In A. D. Todd & S. Fisher (Eds.), *The social organization of doctor-patient communication* (2nd ed.) (pp. 267-285). Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Tomonari, N. (2008). *Constructing subjectivities: Autobiographies in modern Japan*. Lanham, MD: Lexington Books.

- Tumulty, P. A. (1970). What is a clinician and what does he do? *The New England Journal of Medicine*, 283(1), 20-24.
- Turner, B. S. (1997). Foreword: From governmentality to risk, some reflections on Foucault's contribution to medical sociology. In A. Petersen & R. Bunton (Eds.), *Foucault, health and medicine* (pp. ix-xxii). New York, NY: Routledge.
- van Weert, J. C. M., Jansen, J., Spreeuwenberg, P. M. M., van Dulmen, S., & Bensing, J. M. (2011). Effects of communication skills training and a question prompt sheet to improve communication with older patients: A randomized controlled trial. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 80(1), 145-159.
- Vieder, J. N., Krafchick, M. A., Kovach, A. C., & Galluzzi, K. E. (2002). Physician-patient interaction: What do elders want? *The Journal of the American Osteopathic Association*, 102(2), 73-78.
- Weiss, G. L., & Lonnquist, L. E. (2012). *The sociology of health, healing, and illness* (7th ed.). Boston, MA: Prentice Hall/Pearson.
- Weitz, R. (2007). *The sociology of health, illness, and health care: A critical approach*. (4th ed.). Belmont, CA: Thomson/Wadsworth.
- White, K. (2009). *An introduction to the sociology of health and illness*. Los Angeles, CA: Sage.
- William, G. (1984). The genesis of chronic illness: Narrative re-construction. *Sociology of Health and Illness*, 6(2), 175-200.
- Wright, K. B., Sparks, L., & O'Hair, H. D. (2008). *Health communication in the 21st century*. Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd.
- Zaidi, S., & Nasir, M. (2015). *Teaching and learning methods in medicine*. New York, NY: Springer.
- Zimmermann, M. (2013). 'Journeys' in the life-writing of adult-child dementia caregivers. *Journal of Medical Humanities*, 34, 385-397.

- Zimmermann, M. (2017a). *The poetics and politics of Alzheimer's disease life-writing*. Cham, CH: Springer International Publishing.
- Zimmermann, M. (2017b). Alzheimer's disease metaphors as mirror and lens to the stigma of dementia. *Literature and Medicine*, 35(1), 71-97.
- Zoller, H. M., & Kline, K. N. (2008). Theoretical contributions of interpretive and critical research in health communication. In C. S. Beck (Ed.), *Communication Yearbook 32* (pp. 89-135). New York, NY: Routledge.

From Doctor-Patient Communication to Illness Narratives: Theoretical Dialogue between Medicine, Medical Sociology, and Communication Studies

Yen-Chieh Lo & Raymond Y. Lo

Abstract

This paper is aimed to discuss what differences are there when relevant fields explored doctor-patient communication, including theoretical assumptions and research contexts. The medicine and other healthcare disciplines assume that doctor-patient communication is based on information exchange, depending upon the communication skills by doctors. Medical sociology mainly adopts the perspective of power/knowledge, focusing on the subjectivity and agency of patients. Interpersonal/speech communication prefers to analyze personal linguistic mechanisms and strategies, something like the medicine. Health communication has the most diverse assumptions with contexts from personal to social. As illness narrative stresses the co-construction of doctor-patient conversation, the paper argues that it may be used as an alternative approach toward doctor-patient communication.

keywords: doctor-patient communication, communication skills, narrative, illness
narrative