

# 会话分析视角下癌症坏消息告知研究

廖晨欢

西北师范大学外国语学院, 甘肃 兰州

收稿日期: 2024年5月6日; 录用日期: 2024年6月17日; 发布日期: 2024年6月29日

---

## 摘要

基于会话分析的理论框架, 本研究以我国医疗人文纪录片《生生》中的医患对话为语料, 就医生癌症坏消息传递的话语策略展开分析, 并探讨医患坏消息告知的沟通技巧。研究发现, 医生在坏消息告知中主要采用直接和间接两种策略, 而其中直率策略占据主导地位。医生在解释坏消息时既有西方相似的准备策略, 也有符合我国国情的使用比喻等特色。此外, 研究还发现, 我国医生在传递坏消息时往往以积极的方式进行, 甚至将好消息融入其中。因此, 未来医生在进行坏消息告知时应全面考虑患者及家属的情况, 设计适合中国国情的坏消息传递模式, 以促进良好的医患关系的构建。

---

## 关键词

坏消息传递, 医患沟通, 会话分析, 话语策略

---

# A Study of Cancer Bad News Delivery from the Perspective of Conversation Analysis

Chenhuan Liao

School of Foreign Languages, Northwest Normal University, Lanzhou Gansu

Received: May 6<sup>th</sup>, 2024; accepted: Jun. 17<sup>th</sup>, 2024; published: Jun. 29<sup>th</sup>, 2024

---

## Abstract

Based on the theoretical framework of conversation analysis, this study takes the doctor-patient interactions in the Chinese medical humanities documentary "Sheng Sheng" as the corpus, analyzes the discourse strategies used by doctors in delivering bad news about cancer, and explores the communication techniques of delivering bad news to cancer patients. The study found that doctors mainly use direct and indirect strategies in delivering bad news, with the direct strategy being dominant. Furthermore, when explaining bad news, doctors employ both preparation strategies similar to those in the West and Chinese-specific features such as the use of metaphors. Addi-

tionally, the research also revealed that Chinese doctors often convey bad news in a positive manner, even incorporating good news into the conversation. Therefore, in the future, doctors should comprehensively consider the circumstances of both patients and their families when delivering bad news, and design a bad news delivery model that is suitable for the Chinese context, in order to promote the establishment of a good doctor-patient relationship.

## Keywords

**Bad News Delivery, Doctor-Patient Interaction, Conversation Analysis, Discourse Strategies**

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

作为语言会话形式之一，医患会话在机构话语具有自身的人际功能，而且同日常会话一样，在其产生过程中也会出现一些沟通不畅的情况。任何对个人现在和未来的预期产生负面影响的信息都可被视为坏消息[1]。此外，Maynard 认为，影响消息好坏的因素还包括患者及家属的主观判断、特定事件的性质和特征，以及对话中对话者的行为和反应等[2]。不仅如此，Ptacek, J. T. 和 Eberhardt, T. L. 发现例如患者年龄及其在家庭中的角色所发挥的作用等个人因素都会影响其被诊断出的疾病是否能被称作“坏消息”[3]。Baile, WFR 等人的研究表明坏消息告知是医务人员在临床工作中遇到的最具挑战性的沟通情境之一[4]。在对坏消息告知研究中，肿瘤门诊中的会话分析显得更加科学和严谨，因为有关患者病情的变量更容易得到控制。除此之外，由于肿瘤疾病的严重性，患者通常选择由直系亲属或近亲陪伴，且共同参与和医生的沟通，这一情形在其他科室也是比较少见的[5]。

西方学者们已经就医生在传递坏消息时使用的语言策略展开了广泛讨论。一些学者从社会学和互动社会语言学的角度出发，运用会话分析方法对包含坏消息告知的实际对话进行了微观分析和研究，总结出了消息告知的基本步骤和模式(如 Jefferson, 1981; Sacks, 1992)。Maynard (1991)和他的团队在美国的发育性残疾门诊、肿瘤门诊、内科门诊以及艾滋病咨询检测门诊等展开研究。Maynard 和他的团队采用会话分析方法，收集了医患会话的音视频数据，然后按照严格的规范将其转写成会话文本，接着对其中的坏消息告知的话轮组织和序列结构进行了详细分析和探讨，最终提出了“观点显示序列”(Perspective Display Series, 简称 PDS) [6]和“消息告知序列”(News Delivery Sequence, 简称 NDS)等[7]。Friedrichsen 提出了若干医生解释坏消息时使用的策略，如解释和说服策略、弱化消极影响并给出模糊建议策略、适应策略等[8]。Sparks 提出了两种医生告知坏消息的形式：直接策略与间接策略[9]。Shaw 等人讨论了医生进行坏消息告知的 3 种方式，即率直策略、预告策略与拖延策略[10]，同时还总结了坏消息传递的若干原则，包括完全披露、同理心和诚实[10]。国内学者在研究坏消息告知行为方面更多地采用了宏观视角，而较少有学者从微观视角下的会话分析研究坏消息告知。刘慧琴运用会话分析和语用学相结合的方法，对 80 份真实的医患录音进行了转写，分析了不同性质诊断结果的告知序列结构，以及医生和患者分别采取的不同策略[11]。在《医患交际的会话分析研究》一书中，于国栋系统阐述了“医患交际中诊疗结果给出序列的会话分析研究”，其中采用了 Maynard 的消息告知序列模式，基于真实的门诊会话录音，对好消息和坏消息告知序列、医生的告知和患者的回应模式进行了分析[12]。宋晓琳等通过临床工作调研、观察与访谈，阐释了医务人员在中晚期癌症患者坏消息告知中所面临的困境，包括家属转告、医学局限性、

病情隐瞒以及跨文化方面的挑战[13]。陈其佳等回顾了从会话分析视角出发的医患坏消息告知研究，并对该领域已发表的论文进行了综合分析，旨在为医护工作者提供临床实践指南和参考[14]。

鉴于此，本文将从会话分析角度出发，以纪录片《生生》中坏消息传递的话语自建语料库作为语料，分析肿瘤科医生在传递坏消息时的语言特点，从语言层面找到一定的应对策略，来协助医患双方达到互信互助，最终找到适合中国国情本土化癌症坏消息告知模式的目的。本文旨在解决两个问题：1) 我国肿瘤科医生在告知坏消息时使用的话语策略是什么？2) 医生在告知坏消息时所使用的话语策略反映了我国文化的什么特点？

## 2. 研究方法

### 2.1. 语料库

本文的对话数据来自我国内地一部大型医疗人文纪录片《生生》(2020)，该纪录片含七集共记录了16名癌症患者，以纪实的方式展现了癌症患者与癌症的斗争。在当前中国的医患关系传播议题中，“医”不只是指医务人员，还指整个医疗生态系统，而“患”也仅仅指患者，还包括他们的家属。纪录片通常拍摄医务人员与病人，但在呈现医患关系时，观众通常看到的是整个医患关系场景。纪录片《生生》从多个角度呈现了抗癌议题，在引发人们对癌症理性思考以及探索对生命意义与价值的道路上发挥了一定的作用。该纪录片中有丰富的医患会话语料，且大都为医生与患者本人或其家属对癌症治疗产生的对话，其病例都是真实的，语言也都产生于医疗环境下，可以为我国的医务人员在今后坏消息告知上提供借鉴。

本文以纪录片《生生》中所有的医患坏消息告知为研究对象，基于自建肿瘤科医生坏消息告知语料库，结合会话分析方法，详细分析肿瘤科医生坏消息告知的策略，尝试对适合我国本土化坏消息告知模式提供意见。

### 2.2. 理论框架

为了研究医生在传递坏消息时所采用的语言策略，本研究采用了交际理论框架下的会话分析方法。Sidnell, J. 和 Stivers, T. 认为会话分析侧重于微观层面，即日常生活中自然发生的对话，专注于分析对话的顺序组织，这不同于传统社会学的研究方法[15]。换句话说，会话分析专注于分析对话参与者在不同轮次中的交流，并且关注他们在对话轮次中如何相互通应。

由于医患对话是自然发生的对话[16]，因此使用会话分析方法研究医患会话是适用的。本研究根据 Maynard 提出的有关医生进行坏消息传递的“消息传递顺序(news delivery sequence)”[7]，主要关注坏消息传递的医患对话中的4个话语轮次，分别是告知(announcement)、告知响应(announcement response)、详细说明(elaboration)和评价(assessment)。

## 3. 癌症坏消息传递的语言策略

### 3.1. 坏消息传递原则

医生在传递坏消息时，应该遵循三个原则：完全披露、同理心和诚实。完全披露意味着医生需要对患者的疾病进行全面、彻底的解释；同理心意味着医生在传递不好的消息时应该表现出同理心，换位思考，并综合考虑患者及其家属的实际情况，以提供最合适的治疗建议；诚实意味着医生对患者或家属必须坦诚相待，不能隐瞒任何信息。

(1) 医生：她刚才那个表现我们疑似是有造影剂过敏，这种情况发生率其实挺高的，但是发生像她这种情况的很少，叫过敏性休克。最重的就是影响到心肺功能了，就是呼吸上不来气儿，就肿的，就是整个气管都堵死了。然后

呢，这个心脏就不跳了，她是发生的这个，刚才就发生的这个，其实很凶险。

(2) 医生：就是我想听听你的担心。

病人：没有，就是。。。

医生：你会觉得不吃东西很着急。

病人：就是，我就觉得一不吃东西可能就得要打点滴了，又这个了，又那个了。但是无所谓，反正(能)吃几口，吃几口。(我)不管。

医生：(大笑)我很愿意听到你说的这个。

家属：今天早上就说呢吃稀饭，(我说)妈妈你要不要再吃一口，不要了，那我也不要了。

医生：咱们在这要学习的就是怎么去感受自己的身体的那个感觉，然后跟着身体的感觉走，这是我们特别不擅长的东西，但是要慢慢地去学习。

病人：没错。

医生：就是怎么舒服怎么来，我们中国人习惯听从命令(大笑)，活在那个规则里头，现在慢慢的。。。

病人：老以自己(想)别人那种感觉去要求别人。

医生：对。所以我们会尽最大的力量保证您不会陷入到那种状态里。

(3) 医生：交班说周末陈奶奶有两次爆发痛是吧。

家属：对。她的疼痛就是。。。

医生：哦，睁着眼睛。

家属：对，实际上周末就是这样。她原来吧前两天她就这个胸口不是疼吗，一阵一阵的疼一会儿呢，就摸摸，她也就好了。

医生：陈老师，闺女说得对吗？

病人：对。

医生：是吗？肚子胀吗？肚子胀。我这么摸着疼吗？疼是吗？碰着都疼吗？碰着都疼。我一下子忘了，你是不是要拿四川话跟你聊呢？是不是哦？我说我就跟你商量一下，你是愿意把那个现在止痛的那个贴那个剂量往上调一调呢(还是)，如果多贴一贴的话可能就那个疼的那个次数可能会减少，但它不好的地方可能就会就老睡觉，就没有这样子聊天的时间了。还是说你觉得这样子挺好？就是每天还是有醒来的时候，我们就可以聊一下啊，就摆个龙门阵。然后，万一痛的时候，我们再打针。所以你愿意选择哪种方式呢？

(4) 病人：肺也查出来有问题，然后脑袋里也有东西。

医生：肺癌脑转移吗？

病人：还没确诊，抽(摘)了两次了。

医生：都抽摘了两次。脑袋是只有考虑脑转移的问题还是有别的问题。

病人：我带了片子。

医生：这都在的，肺上的应该跑不掉了。你这种情况就现在在 306 住着院吧，你应该就在那稳定病情，同时做检查，检查看完了到我们这会诊，看我们这的门诊。你这个检查不是一天两天的事。

病人：大夫，它现在都已经有四五天了。

医生：是这样。我这，如果你要把病人送过来急救没有问题，就在这输液室坐着，没有床位，床位解决不了问题。但是你现在已经是一家三甲医院呆着了，我认为肺癌脑转移对一个三甲医院非常常见的疾病，明白这意思。但是不适合神经外科，也许你应该从那个神经外科转科出来去别的科室，同时继续查你的肺是什么类型的癌，该怎么治疗，明白这意思。脑袋的这种转移灶首选不是神经外科做手术，首先要去查肺上是第一个是不是癌，第二个是哪种类型的癌，才能说下一步治疗呢，所以你主要的科室可能在呼吸内科或者肿瘤科去。明白这意思吗？你先稳定然后同时查病情，如果查清楚了可以把片子带到我们的门诊会诊。如果说内科想治疗，看内科的门诊号，好不好？

在例(1)中，医生全面诚实地向家属告知患者病情，医生并没有向家属隐瞒患者病情，而是开诚布公地阐释“过敏性休克”、“凶险”等，遵守了完全披露和诚实地原则。同样，在例(4)中，医生向患者详细地描述病情，告诉患者下一步的应对措施，如“你先稳定然后同时查病情，如果查清楚了可以把片子带到我们的门诊会诊”，医生有耐心有条理的和患者沟通，可以缓解患者紧张不安的情绪。而例(2)~(3)中，医生面对临终的患者，将心比心，站在患者的角度考虑，如例(2)医生在第1话轮说“就是我想听听你的担心。”以及在第9话轮对患者说“就是怎么舒服怎么来”。表达了医生对患者的关怀和理解。例(3)中，在患者病痛的时候，医生在第7话轮和患者沟通商量，让患者选择让自己最舒服的方式减缓疼痛，而不是单纯地按自己的判断选择治疗方式。在这些例子中，医生都遵守了坏消息传递时应遵循的完全披露、同理心和诚实这三个原则。

### 3.2. 直接策略与间接策略

根据 Sparks 提出的两种医生告知坏消息的形式：直接策略与间接策略[9]。直接策略指医生应如实、坦率地向患者本人阐述其对疾病的诊断。而医生通过使用间接策略来传递坏消息，即不直接告知患者他被确诊为严重疾病，而是将相关情况告知患者家属。

(5) 医生：有可能比想象的困难要大，咱们相对于这个瘤子的位置也是靠近大血管。对吧。我最怕的是进去以后内脏血管也有问题。有时候可能是预见到的。第一个，肝脏里面是小血管，外面是大血管，肝脏手术容易出血。我们做这个手术，我们肯定会阻断门静脉，阻断第一肝门，第二肝门，第三肝门。在阻断过程中，大动脉啊，止血啊，跟预期的(是否一样)，是吧，我们努力把它做好。那个签字的时候，你妈妈也不在，我把签字单留给你们，你们家里人看一眼，一会儿再说。

家属：好。

(6) 医生：康梦帆爸爸你好，专门做盆腔肿瘤的专家，他们的意见就是说这个病灶太大了，已经影响到神经了，治疗以后她的下肢的功能是不可逆的，恢复不了的。

(7) 医生：你现在是这样，如果它是一个肿瘤性的东西，理论上说它不会消掉，那么有可能它是个炎性的东西所以它就消掉了。

病人：它小了是吗？

医生：就是核磁上就看不太清楚东西了。但是你这个按道理说一般的炎症不会引起那么重的黄疸。所以就是权衡一下，我们现在就是盲目地给你开(刀)进去，可能对你只有坏处没有好处。那么咱们采取的方案就是折中一点，再加上你家这个事儿，你这个儿媳妇，刚做完手术，第二天转天你又做手术，有这么大个手术，我都担心你家里人能不能撑得住。一个是人力上，精神上，时间上，金钱上，好多问题。所以，但是你这个儿子还很坚定，一定要救老爸，一定要救媳妇。但是目前的情况看，我的意见歇俩月。这管呢，你可以带着，带到一定程度那个黄疸可能就退了，退了医患就闭起来了。咱们说一个半月到两个月，你回来我们再做一次核磁，根据那个时候的情况咱们再做决定。

病人：好。

(8) 医生：你现在感觉怎么样？

病人：现在感觉这不吃了两口饭又胀起来了，胀的不行。

医生：可是我要告诉您不能吃东西了。

病人：不能吃东西了。

医生：刚才 CT 结果出来了，您现在腹腔有弥漫的感染，那个肠子现在就完全在里面就像气球似的撑得特别大。

病人：哦。

医生：所以现在不能吃东西了。

病人：禁食是吧，先禁食。

医生：做完手术之后有可能那些尿就漏到了周围的组织里面，然后就变成弥漫性感染了。

病人：那就不吃不喝，消炎。

医生：对。

病人：然后能缓过来。

医生：不知道，要试。

运用会话分析探究医生进行坏消息告知方式时，主要应该关注对话的“告知(announcement)”轮次。例(5)~(6)中，医生在传递坏消息时均使用间接策略，即先通知患者家属，与家属沟通商量。例(5)的第1话轮中，医生对患者家属们进行术前谈话，并指出“那个签字的时候，你妈妈也不在，我把签字单留给你们，你们家里人看一眼，一会儿再说”。例(6)在第1话轮中，医生直接告诉患者当前盆腔肿瘤情况不妙，即医生使用率直策略告知患者这个坏消息。医生对坏消息没有铺垫、不加修饰，以“不可逆的”、“恢复不了的”这样的消极表达描述患者的下肢情况。医生使用间接策略也是考虑到患者目前的状况，接受程度后做出的选择。例(7)~(8)中，医生通过使用直接策略直截了当的对患者本人进行坏消息的告知。告知病人的过程中安抚病人的情绪，详细的阐释病情以及下一步计划。例(8)第1、2话轮中，医生在说出坏消息之前，先说到“你现在感觉怎么样”“可是我要告诉您不能吃东西了”，进而告知“腹腔有弥漫的感染”，这是医生使用预告策略告知患者不好的消息，即医生会在通知患者或家属“有不好的消息”之后立即传递具体的不好的消息，而不提供任何上下文解释。因此，对于较轻微的疾病，医生通常会直接告知患者，而对于较严重的疾病，医生会综合考虑患者当前状况，并首先与家属进行沟通，再让家属与患者共同面对。

### 3.3. 准备策略与解释策略

在纪录片《生生》中，医生在对坏消息进行解释时用到了准备策略，“准备策略 (preparation strategy)”是指医生应该具备充足的专业基础知识和实践经验，为患者的诊断和治疗建议做出全面、有根据的准备。“解释策略”即用患者和家属都通俗易懂的方式来解释坏消息。

(9) 医生：其实死亡是一个过程。生命会依据它自己就是在它整个维持这个系统稳定的这个过程当中，依据它的重要程度与否的话，会把越不重要的功能就越先关闭。恰好呢消化系统是相对来说不是(那么)特别重要的，所以消化系统是排在比较前头的。你就会看到这个人的食欲越来越差一开始，后开逐渐不能进食固体食物，最后连液体的也不行，到最后，走前几天连吞咽都不行了，连水都喝不了了。这就是一个自然过程。就说，身体其实是用这样的一个语言给出我们一个信息告诉你，对不起，我现在没有能力干活了，我现在关闭了，所以在我们的安宁领域里面，我们有一个特别明确的一个倡议，就是我们会告诉所有的病人和家属，我们不劝食。我们所有在安宁的领域里，我们所有的策略，我们都是跟着病人走的。病人觉得怎么舒服怎么来。

(10) 医生：对。就相当于这个东西已经完全被杀灭了，肿瘤细胞。然后它就像一个尸体在那个地方。就肯定不做手术什么的排不出体外了。

(11) 医生：刚才 CT 结果出来了，您现在腹腔有弥漫的感染，那个肠子现在就完全在里面就像气球似的撑得特别大。

(12) 医生：陈奶奶，现在很痛是吗？就在这一边儿是吗？

病人：这一边儿。

医生：你可以把手从旁边拿走了，我看一下。是像绞着疼？还是像针扎的一样？

病人：抽着疼。

医生：抽着疼。是您之前说的那种刀刺的那种疼吗？

病人：不是。

医生：又疼了。是一阵一阵的。

在坏消息传递过程中，医生向患者本人或家属告知坏消息后，通常会收到患者的“告知响应”。这种响应可能是患者对消息的肯定回答或提出的进一步问题，例如在例(4)中患者表示“还没确诊，抽(搐)了两次了”。此外，还可能是非语言反馈，如表情和情绪的变化，比如在例(12)中，患者对医生关于疼痛的询问做出痛苦的表情并表现情绪低落。医生在“详细说明(elaboration)”阶段对坏消息进行进一步的解释和阐述，这是坏消息传递过程中一个重要组成部分。

在坏消息传递过程中，当医生对病患本人或家属进行坏消息的“告知(announcement)”后，医生通常会收到患者们的“告知响应”(announcement response)，告知响应既有可能是例(4)中患者给出的“消息”，即“还没确诊，抽(搐)了两次了”。也就是得知消息后的肯定回答或针对消息的进一步提问；也有可能是非语言反馈，如表情与情绪上的变化等，比如例(12)中患者对医生对疼痛的提问，做出了痛苦的表情以及情绪低落的回应。坏消息传递的重要组成部分是医生在“详细说明(elaboration)”轮次中对坏消息的进一步阐述和解释。

例(9)中，患者出现了食欲不振，吞咽不下东西的症状，医生用自己的专业知识以及自身对疾病的理解生动地向患者阐释了出现该状况的原因，先是解释“消化系统”功能消退的原因，接着说到“我们所有的策略，我们都是跟着病人走的。病人觉得怎么舒服怎么来。”这样说既解释了家属的疑虑，又让家属放心把病人交给医生治疗。

其次，中国的医生在解释坏消息时具有独特的语言特色，常使用比喻的方法。例如，在例(10)中，医生用“它就像一个尸体在那个地方”“尸体”比喻脑瘤细胞，生动形象地向患者家属说明肿瘤的位置和风险。在例(11)中，医生用“那个肠子现在就完全在里面就像气球似的撑得特别大”比喻“肠子”，描述病情的严重性。在例(12)中，医生在第3和第5轮对疼痛进行比喻：“像绞着疼？还是像针扎的一样？”以及“是您之前说的那种刀刺的那种疼吗？”这些比喻帮助患者描述自己的病痛程度。吴会娟和龙艺认为，医生通过使用比喻的方式，使用人们日常生活中熟悉的术语来解释复杂陌生的医学术语，有助于使解释更容易被理解，缩小医患间在医学专业知识上的认知差距[17]。

### 3.4. 坏消息中的好消息

尽管患者们渴望了解他们疾病的真实情况，但更希望医生能以更积极的方式向他们传递不好的消息。特别是在肿瘤科，患者治愈的可能性很低。对于被诊断患有癌症的患者来说，他们更希望得到关于治愈机会等积极信息，而不是听到医生告知自己时日不多等不好的消息。《生生》也体现了医生以积极的方式告知不好的消息。

(13) 医生：做了那么多次化疗，然后手术成功地实施了，第一步算是成功了呗。对吧？

家属：我嫂子今天已经下床走了一下。

医生：行，多走走好。我们开始担心你们家这事儿。你这边刚做完隔一天你父亲又做手术，这个确实是有点儿，但是俩人还都是挺急的。因为那黄疸，病人，它要不退，他也是很着急地要做，不做他将来就出问题了。你这个同样也是这样一个情况，但是后来昨天又做了一个核磁，就稳一稳再说吧。把你这个情况先弄好。是吧，一步一步来，初步结局还挺好。

例(13)在第3话轮中，医生通过患者病情的铺垫进一步告诉家属“初步结局还挺好”，从而让患者悬着的心先放下，虽然最终治疗还没结束，但是当前情况稳定下来就是好事情，这也是医生在用一种积极

的方式来向患者及家属传递消息。医生在坏消息中加入好消息可以很大程度上缓解病人及家属情绪，给予自己和对方信心。

#### 4. 结语

基于分析，我国医生传递坏消息时的话语多于患者和家属；而 Friedrichsen, M. 和 Strang, P. 发现西方医生在交流中会留出更多时间和空间，鼓励病人和家属表达他们的需求和疑虑，通过减少自己的讲话，确保病人和家属能充分理解消息和后续治疗内容[8]。西方患者更偏向直率式和预测式的告知方式，更直接地完成告知，东方患者对恶性病情的接受程度较低，更偏向停顿式和循序渐进式的告知方式[18]。中国医生在进行坏消息告知时主要使用直接策略和间接策略，在解释坏消息时使用了准备策略，并且使用了符合我国特色的策略，如比喻的手法。我国医生大多以乐观积极的方式向患者和家属告知坏消息。对此，未来中国医生在向患者传递不好的消息时，医生需要确认患者和家属是否理解了消息，并鼓励他们表达对疾病的疑问、看法和需求。同时，在尊重患者文化背景及宗教信仰的前提下进行告知，医生还应根据具体情况对消息进行妥善处理，并掌握传递不好消息的技巧。在未来的研究中，可以通过收集癌症患者医患会话的语料进一步分析医生在向患者或患者家属告知坏消息时使用的告知策略是否存在差异。

#### 参考文献

- [1] Buckman, R. (1984) Breaking Bad News: Why Is It Still So Difficult? *British Medical Journal*, **288**, 1597-1599. <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6430.1597>
- [2] Maynard, D.W. (1997) The News Delivery Sequence: Bad News and Good News in Conversational Interaction. *Research on Language & Social Interaction*, **30**, 93-130. [https://doi.org/10.1207/s15327973rlsi3002\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327973rlsi3002_1)
- [3] Ptacek, J.T. and Eberhardt, T.L. (1996) Breaking Bad News. A Review of the Literature. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, **276**, 496-502. <https://doi.org/10.1001/jama.276.6.496>
- [4] Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A. and Kudelka, A.P. (2000) SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, **5**, 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- [5] Maynard, D.W., Cortez, D. and Campbell, T.C. (2016) 'End of Life' Conversations, Appreciation Sequences, and the Interaction Order in Cancer Clinics. *Patient Education and Counseling*, **99**, 92-100. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.015>
- [6] Maynard, D.W. (1992) On Clinicians Co-Implicating Recipients' Perspective in the Delivery of Diagnostic News. In: Drew, P. and Heritage, J., Eds., *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings*, Cambridge University Press, 331-358.
- [7] Maynard, D.W. (1997) The News Delivery Sequence: Bad News and Good News in Conversational Interaction. *Research on Language & Social Interaction*, **30**, 93-130. [https://doi.org/10.1207/s15327973rlsi3002\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327973rlsi3002_1)
- [8] Friedrichsen, M.J. and Strang, P.M. (2003) Doctors' Strategies When Breaking Bad News to Terminally Ill Patients. *Journal of Palliative Medicine*, **6**, 565-574. <https://doi.org/10.1089/109662103768253678>
- [9] Sparks, L., Villagran, M.M., Parker-Raley, J. and Cunningham, C.B. (2007) A Patient-Centered Approach to Breaking Bad News: Communication Guidelines for Health Care Providers. *Journal of Applied Communication Research*, **35**, 177-196. <https://doi.org/10.1080/00909880701262997>
- [10] Shaw, J., Dunn, S. and Heinrich, P. (2012) Managing the Delivery of Bad News: An In-Depth Analysis of Doctors' Delivery Style. *Patient Education and Counseling*, **87**, 186-192. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.08.005>
- [11] 刘慧琴. 医患交际中诊断消息的告知与回应[D]: [硕士学位论文]. 太原: 山西大学, 2009.
- [12] 于国栋. 医患交际的会话分析研究[M]. 北京: 外语教学与研究出版社, 2011.
- [13] 宋晓琳, 尹梅, 金琳雅. 中晚期癌症治疗中坏消息告知问题研究[J]. 中国医学伦理学, 2019, 32(12): 1571-1574, 1585.
- [14] 陈其佳, 孔悦, 李芳. 会话分析视角下的医患坏消息告知研究[J]. 叙事医学, 2023, 6(1): 18-24+51.
- [15] Sidnell, J. and Stivers, T. (2013) *The Handbook of Conversation Analysis*. Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118325001>

- [16] Maynard, D.W. and Heritage, J. (2005) Conversation Analysis, Doctor-Patient Interaction and Medical Communication. *Medical Education*, **39**, 428-435. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x>
- [17] 吴会娟, 龙艺. 医患沟通中的协商策略探析[J]. 医学与哲学, 2018, 39(9): 36-40.
- [18] 乔纳森·西尔弗曼, 苏珊·库尔茨, 朱丽叶·德雷珀. 医患沟通技巧[M]. 北京: 化学工业出版社, 2009.