

GIAO TIẾP CỦA BÁC SĨ TRONG TƯ VẤN KHÁM BỆNH BẰNG TIẾNG ANH VÀ TIẾNG VIỆT: MỘT SO SÁNH LIÊN NHÂN TIẾP CẬN TỪ GÓC ĐỘ SỬ DỤNG CHỦ NGỮ

Nguyễn Thanh Nga*

Học viện Quân y, 160 Phùng Hưng, Phúc La, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

Nhận bài ngày 23 tháng 03 năm 2018

Chỉnh sửa ngày 23 tháng 05 năm 2018; Chấp nhận đăng ngày 25 tháng 05 năm 2018

Tóm tắt: Bài báo này phân tích chi tiết về cách sử dụng chủ ngữ khi bác sĩ nói tiếng Anh và tiếng Việt giao tiếp với người bệnh tại phòng khám tư vấn. Mục tiêu của nghiên cứu là dựa vào việc sử dụng chủ ngữ của các bác sĩ để so sánh và luận bàn về tính liên nhân ẩn trong lời thoại của hai ngôn ngữ khám tư vấn. Khung lý thuyết nghiên cứu này chấp nhận sử dụng là hệ thống thức (system of mood) của ngôn ngữ học chức năng hệ thống (SFL) bao gồm bốn loại hình chủ ngữ chính: (1) chủ ngữ hiện, (2) chủ ngữ ẩn, (3) chủ ngữ tương tác, và (4) chủ ngữ không tương tác (Halliday và Matthiessen, 2004; Hoàng Văn Vân, 2017). Số liệu của bài báo được thu thập từ việc ghi âm và ghi chép lại 120 đoạn thoại, 60 đoạn bằng tiếng Anh (được tải xuống từ Youtube) và 60 đoạn bằng tiếng Việt (được ghi âm trực tiếp tại các phòng khám) giữa bác sĩ và người bệnh. Mục đích của nghiên cứu không chỉ dừng lại ở việc tìm ra sự giống và khác biệt của tính liên nhân ẩn sau nguồn tài nguyên từ vựng ngữ-pháp trong các kênh chủ ngữ được so sánh mà còn khẳng định sự cần thiết trong việc thay đổi diễn ngôn khi sử dụng chủ ngữ nhằm khuyến khích phương thức khám tư vấn lấy người bệnh làm trung tâm.

Từ khóa: khám tư vấn, giao tiếp bác sĩ-bệnh nhân, tính liên nhân, chủ ngữ, ngôn ngữ học chức năng hệ thống (SFL)

1. Dẫn nhập

Theo Ong *et al* (1995: 903), khái niệm liên nhân trong mối quan hệ bác sĩ và bệnh nhân là một trong những khái niệm phức tạp nhất vì nó được đặt trong một mối quan hệ xã hội không cân bằng. Đồng quan điểm với Ong *et al* (Ibid), Irwin (1989) đã khẳng định rằng, giao tiếp liên nhân trong khám tư vấn là một vấn đề mang đậm ý nghĩa tình cảm (emotional laden issue) nên được xây dựng trong mối quan hệ giữa bác sĩ và người bệnh. Roter và Hall (1992: 35-37) còn coi tính liên nhân trong giao tiếp y tế là một thành phần ‘gia vị’ không thể thiếu trong chăm sóc y tế, là một công cụ chính để mối quan hệ gắn bó giữa bác sĩ và người bệnh được

tạo dựng và từ đó mọi mục tiêu điều trị cũng đạt được kết quả tốt.

Xuất phát từ tính cấp thiết của việc xây dựng tính liên nhân trong giao tiếp của bác sĩ với người bệnh, nhiều nghiên cứu trên thế giới đã đưa ra những báo cáo, lời khuyên cho bác sĩ khám tư vấn được nhìn từ các góc độ ngôn ngữ khác nhau như ngôn ngữ học xã hội học (sociolinguistics), hội thoại (conversational analysis), ngôn ngữ học phê phán (critical discourse analysis), dụng học (pragmatics)... Đặc biệt, song hành với các nhà nghiên cứu theo đường hướng lý thuyết ngôn ngữ nêu trên, các nhà nghiên cứu quan tâm đến ngôn ngữ của bác sĩ theo đường hướng lý thuyết của SFL đã có những đóng góp vô cùng quý báu trong việc xây dựng hệ thống ngôn ngữ giao tiếp mang tính liên nhân trong ngành y

* ĐT.: 84-982204246

Email: nganguyen102005@yahoo.com

(Adam, 2014; Adegbite & Odebunmi, 2006; Luo, 2015). Mặc dù việc sử dụng khung SFL để nghiên cứu về lời thoại của bác sĩ được tiếp cận ở những nước khác nhau, có nền văn hóa khác nhau, các nghiên cứu này đều có chung một công cụ phân tích là dựa vào bằng chứng sử dụng đơn vị từ vựng và ngữ pháp của bác sĩ và người bệnh để luận bàn về tính liên nhân ẩn sâu trong ngữ nghĩa của lời thoại. Điều tất yếu là tính liên nhân trong lời thoại của bác sĩ có thể được phân tích dựa vào các đơn vị từ vựng ngữ pháp khác trong khung lý thuyết SFL. Bài báo này chỉ dừng lại ở việc trả lời một câu hỏi lớn: các đặc tính liên nhân thể hiện như thế nào thông qua các kênh chủ ngữ được sử dụng trong ngôn từ của bác sĩ khi khám tư vấn cho người bệnh? Từ đó, bài báo sẽ đưa ra một vài nhận định cho câu hỏi liệu sự lựa chọn chủ ngữ này có nhằm khẳng định cái tôi, quyền lực, hay vai trò của người bác sĩ? Bài báo này khảo sát 120 đoạn thoại các bác sĩ bản ngữ nói tiếng Anh và tiếng Việt khi giao tiếp với người bệnh tại phòng khám tư vấn. Trong quá trình phân tích chúng tôi xin được gọi tắt bác sĩ-bệnh nhân nói tiếng Anh và tiếng Việt lần lượt là bác sĩ-bệnh nhân Anh và bác sĩ-bệnh nhân Việt. Mục đích của bài báo là dựa vào việc sử dụng chủ ngữ trong lời thoại của bác sĩ, phân tích các đặc tính ngữ pháp-từ vựng, từ đó so sánh tính liên nhân được thể hiện một cách khác biệt giữa hai ngôn ngữ khám tư vấn.

Khung lý thuyết mà nghiên cứu này sử dụng là Ngôn ngữ học chức năng hệ thống – Systemic Functional Linguistics (SFL) - một mô hình nổi tiếng trên thế giới dùng để mô tả các nghiên cứu về ngôn ngữ (xem Halliday, 1985/1994; Halliday & Matthiessen, 2004). Trong khuôn khổ của bài viết, các đặc tính từ vựng ngữ pháp, các loại chủ ngữ nằm trong hệ thống thức mà Halliday (Ibid.) đã đưa ra sẽ được khai thác trong diễn ngôn của bác sĩ và người bệnh, từ đó tìm hiểu các đặc tính ngữ vực kiến tạo nên nét chung và riêng biệt của tính

liên nhân được thể hiện trong hai ngôn ngữ tư vấn – Anh và Việt. Đặc biệt, nghiên cứu này sẽ dựa vào bốn loại chủ ngữ mà Hoàng Văn Vân (2017) sơ lược lại của Halliday khi phân tích sách *Sinh học 8* bao gồm: (1) chủ ngữ hiện, (2) chủ ngữ ẩn, (3) chủ ngữ tương tác, và (4) chủ ngữ không tương tác.

Nghiên cứu này được chia làm năm phần chính. Phần 1: Dẫn nhập, Phần 2 giới hạn khung lý thuyết của SFL mà nghiên cứu này sử dụng, đặc biệt chú trọng đến bốn khái niệm phân tích chủ ngữ chủ chốt đã nêu trên ở cấp độ từ vựng và ngữ pháp mà nghiên cứu này thực hiện. Phần 3 đưa ra phương pháp nghiên cứu, tập trung giải thích quá trình lấy số liệu và phân tích số liệu. Phần 4 công bố kết quả tìm được và thảo luận trên kết quả phân tích. Phần 5 dựa vào kết quả nghiên cứu trên bốn loại chủ ngữ và đặc tính ngữ pháp nổi bật kiến tạo nên đặc trưng liên nhân trong lời thoại của bác sĩ nói tiếng Anh và tiếng Việt, giải thích và nêu một số kết luận rút ra từ các kết quả thu được. Phần này cũng nêu lên hạn chế của nghiên cứu và đưa ra những gợi ý cho các nghiên cứu sau.

2. Khung phân tích liên quan đến nghiên cứu

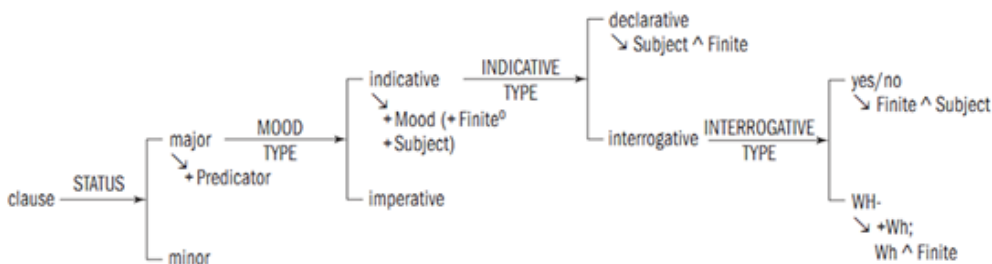
Trong nhiều năm qua, có rất nhiều học giả ngôn ngữ coi khung lý thuyết SFL như kim chỉ nam hay một công cụ phân tích vô cùng hữu ích trong nghiên cứu ngôn bản. Sở dĩ mô hình ngôn ngữ này luôn thu hút được sự quan tâm đặc biệt của các nhà nghiên cứu ngôn ngữ là vì nó có thể giúp mô tả nhiều nét nghĩa của ngôn ngữ theo các siêu chức năng khác nhau. Trên thế giới đã có sẵn nhiều công trình nghiên cứu dày công mô tả khung lý thuyết này nhằm phục vụ cho các mục đích nghiên cứu khác nhau. Trong khuôn khổ của nghiên cứu này, tác giả chọn hệ thống Thức của khung lý thuyết SFL làm khung phân tích. Chính vì vậy, mục 2.1 và 2.2 dưới đây sẽ lần lượt trình bày vấn đề về hệ thống và nêu các đặc điểm khung phân tích Thức được chấp

nhận sử dụng phân tích tính liên nhân thông qua các kênh sử dụng chủ ngữ của bác sĩ.

2.1. Hệ thống Thức

Siêu chức năng liên nhân chỉ ra vai trò của những người tham gia trong quá trình tương tác xã hội (Halliday, 2002). Đặc biệt, siêu chức năng này xem cú như một sự trao đổi và có liên quan nhiều nhất đến các hệ thống Thức. Trong mỗi quan hệ này, Thức xem vai trò của người nói trong vai người tìm kiếm thông tin và vai trò của người nghe trong vai người cung cấp thông tin được yêu cầu (Halliday & Matthiessen, 2004: 106). Halliday (1964,

1978, 1994) gọi loại ‘tương tác’ này là ‘vai tham thể như là một sự trao đổi’ và đặt tên nó là *cho* và *yêu cầu*. Hệ thống Thức, điển hình được hiện thực hoá bằng hệ thống từ, được điều chỉnh trong nghiên cứu này để mô tả các quá trình trao đổi cụ thể giữa các bác sĩ và người bệnh trong quá trình khám bệnh. Việc phân tích và mô tả của chúng tôi được tiếp cận bằng ngữ pháp chức năng hệ thống Thức nhằm giải thích các mẫu thức ngữ nghĩa liên nhân xuất hiện trong tương tác giữa bác sĩ-người bệnh. Việc triển khai các lựa chọn thức dựa trên mạng hệ thống Thức có thể được minh họa trong Hình 1 sau đây.



Hình 1. Hệ thống Thức (Halliday & Matthiessen, 2004: 23)

2.2. Khung phân tích

Hệ thống ngữ pháp cơ bản của Thức trong SFL bao gồm hai thành phần chính là thức (mood) và tình thái (modality). Hai thành phần này kiến tạo nên siêu chức năng liên nhân (Halliday 1985/1994, 2012, Hoàng Văn Vân dịch; Matthiessen, 1995; Halliday & Matthiessen, 2004)¹. Thành phần thức trong hệ

thống Thức đóng chức năng liên nhân đã được Hoàng Văn Vân (2017) liệt kê và ứng dụng chung trong cả hệ thống tiếng Việt bao gồm:

+ Chủ ngữ ^ + Vị ngữ ^ ±Bổ ngữ ^ ± Phụ ngữ
(Hoàng Văn Vân, 2017: 33)

Trong đó, Chủ ngữ (được biểu thị bằng dấu +) được Hoàng Văn Vân (Ibid: 34) giải thích là thành phần cố hữu và phân biệt chủ ngữ với thành phần bắt buộc. Một thành phần được cho là bắt buộc khi nó phải có mặt trong cú. Trong khi đó, thành phần cố hữu cũng là thành phần bắt buộc nhưng không nhất thiết phải có mặt trong cú. Tác giả lấy dẫn chứng trong nhiều câu cầu khiến không bắt buộc phải xuất hiện chủ ngữ, nhưng rõ ràng chủ ngữ trong câu cầu khiến không đánh dấu chỉ người là thành phần cố hữu. Chủ ngữ được coi như một ‘mấu neo’ (anchor)

¹ Hệ thống thức bao gồm thức và tình thái. ‘khác với ngôn ngữ học truyền thống, ngôn ngữ học chức năng hệ thống xem thức và tình thái là hai hệ thống của ngữ pháp tương tác (interactive grammar)’ (Hoàng Văn Vân, 2017: 33). Tuy nhiên, do sự giới hạn của một bài báo nghiên cứu khoa học, nghiên cứu này chỉ tập trung vào cách sử dụng chủ ngữ trong các cú của thức. Phần tình thái trong lời thoại của bác sĩ khi giao tiếp với người bệnh độc giả có thể xem thêm trong Nguyễn Thanh Nga (2017, 2018)

cho cả mệnh đề phán đoán (proposition) hay khiến nghị (proposals) (Chinwe, 2013:53). Chủ ngữ là thành phần chịu trách nhiệm cho mệnh đề có thể là chấp nhận hay từ chối, khẳng định hay phủ định, mong muốn hay không mong muốn. Sự thành công hay thất bại của một mệnh đề được đặt vào (vested on) chủ ngữ (Chinwe, Ibid.). Nghiên cứu này sẽ chỉ ra các hiện tượng chủ ngữ được hiện thực hóa điển hình bằng danh từ, cụm danh từ và hô ngữ xuất hiện trong lời thoại của bác sĩ khi giao tiếp với người bệnh. Nghiên cứu sẽ áp dụng bốn loại chủ ngữ mà Hoàng Văn Vân (2017: 45) đã thống kê lại các kênh chủ ngữ mà Halliday đã đề cập đến trong thức: (1) chủ ngữ hiện, (2) chủ ngữ ẩn, (3) chủ ngữ tương tác, và (4) chủ ngữ không tương tác. Trong đó, chủ ngữ hiện là các chủ ngữ xuất hiện trong ngôn bản; Chủ ngữ ẩn là chủ ngữ cố hữu nhưng không xuất hiện trong ngôn bản (trường hợp thường gặp là trong các câu cầu khiến không có đánh dấu chỉ người); Chủ ngữ tương tác là tham thể tham gia vào đoạn thoại khám tư vấn (cụ thể chủ ngữ tương tác ở đây là bác sĩ và người bệnh); Chủ ngữ không tương tác là tham thể được tái hiện lại nhằm giải thích thành phần chủ ngữ đã được nhắc tới trước đó.

Các tiểu thành phần còn lại cũng liên quan đến nghiên cứu này là thành phần cố hữu thứ hai trong cú là Vị ngữ (cũng được biểu thị bằng dấu +). Thành phần vị ngữ được hiện thực hóa bằng các cụm động từ và các từ tình thái (modal operators) hay tác tử chỉ thời gian (temporal operators). Thành phần này cũng đóng chức năng hữu định (finite) trong thành phần Thức và là thành phần có thể 'khẳng định hay phủ định' về Chủ ngữ (Wilkes, 2002: 1207). Vị ngữ có thể là không hữu định hay còn được gọi là vô định (non-finite). Cụ thể, có những cú vô định chứa một vị ngữ nhưng lại không có thành phần hữu định (xem thêm Halliday 1994; Halliday, 2012, Hoàng Văn Vân dịch; Halliday & Matthiessen, 2004). Thành phần thứ ba của

thức là Bỏ ngữ, nằm trong phần Dư (Residue), có tiềm năng là Chủ ngữ nhưng không phải là Chủ ngữ (được biểu thị bằng dấu ±). Bỏ ngữ được hiện thực hóa bằng các cụm danh từ. Thành phần cuối cùng của thức là thành phần Phụ ngữ, không có tiềm năng trở thành Chủ ngữ (được biểu thị bằng dấu ±). Phụ ngữ được hiện thực hóa bởi các cụm trạng từ hay giới từ. Có rất nhiều các kiểu phụ ngữ khác nhau như Phụ ngữ chu cảnh (circumstantial Adjunct) nằm trong phần dư của siêu chức năng kinh nghiệm (experiential metafunction), Phụ ngữ tình thái (modal Adjunct) nằm trong Thức của siêu chức năng liên nhân (interpersonal metafunction) và Phụ ngữ liên hợp (conjunctive Adjunct) không có trong cấu trúc Thức của siêu chức năng ngôn bản (textual metafunction).

Các tiểu thành phần của thức cho chúng ta hiểu rõ chức năng lời nói trong giao tiếp, trong khi chủ ngữ cung cấp cho chúng ta một sự phán đoán, đó là một cái gì đó mà qua quy chiếu của nó, nhận định có thể được khẳng định hay phủ nhận; ví dụ, chủ ngữ của thức hình thành nên các cặp phân vai (người nói/người nghe hay người viết/người đọc) trong một ngôn cảnh nào đó. Chính sự phân vai diễn này cho ta hiểu được nguyên tắc trách nhiệm của tham thể trong khiến nghị. Chủ ngữ đóng vai trò hiện thực hóa ý nghĩa một đề nghị (offer) hay yêu cầu (command). Vậy, nghiên cứu về chủ ngữ trong đoạn thoại giữa bác sĩ và người bệnh cho ta hiểu rõ ý nghĩa của chủ thể chịu trách nhiệm với sự kiện giao tiếp khám tư vấn. Cùng với ý nghĩa của sự phân tích chủ ngữ, các tiểu thành phần trong thức cũng góp vai trò quan trọng vì nó có chức năng giới hạn một nhận định khi đưa nhận định trở lại thực tế bằng cách quy chiếu nó theo thời gian và không gian. Trong khi quy chiếu về thời gian là quy chiếu thời điểm nói (quy xét theo thì của động từ) thì quy chiếu về không gian là quy chiếu theo đánh giá của người nói (quy xét theo động từ tình thái). Ý nghĩa của thức không chỉ dừng lại ở sự đánh giá về chủ ngữ trong bài báo này,

hơn thế nữa, cấu trúc của thức còn cho ta hiểu rõ chức năng lời nói của một cú là thức tuyên bố (declarative mood) (đưa ra nhận định của người nói/viết bằng cách khẳng định với người nghe/đọc về một vấn đề nào đó), thức nghi vấn (interrogative mood) (đưa ra câu hỏi của người nói/viết bằng cách yêu cầu người nghe/đọc cung cấp thông tin về một vấn đề nào đó) hay thức cầu khiến (imperative mood) (đưa ra cầu khiến của người nói/viết bằng cách yêu cầu người nghe/đọc thực hiện một vấn đề nào đó) (xem thêm Halliday, 1994; Matthiessen, 1995; Hoàng Văn Vân, 2005).

Tóm lại, do sự giới hạn về dung lượng của một bài báo khoa học, nghiên cứu này dựa vào khung lý thuyết của SFL và chọn lọc những cấu trúc lý thuyết có liên quan trực tiếp đến việc phân tích bốn loại chủ ngữ trong ngôn từ của bác sĩ tại thời điểm khám tư vấn, từ đó, đưa ra những so sánh và nhận định về tính liên nhân ẩn sau ngôn ngữ khám tư vấn trong tiếng Anh và tiếng Việt.

3. Phạm vi, tiến trình và các khía cạnh phân tích số liệu

3.1. Phạm vi thu thập số liệu

Số liệu của bài báo được lấy từ 120 đoạn thoại khám tư vấn của bác sĩ với người bệnh tại phòng khám tư vấn ở sáu Khoa bệnh khác nhau: Tim mạch, Nội tiết, Thần kinh, Tiêu hóa, Ung thư và Tai mũi họng. Ngôn ngữ tiếng Anh và tiếng Việt được bác sĩ và người bệnh sử dụng trong phòng khám tư vấn là đều ngôn ngữ tiếng mẹ đẻ. Số liệu tiếng Việt được ghi âm trực tiếp từ 60 đoạn thoại ở các phòng khám tại một số bệnh viện phía Nam và phía Bắc của Việt Nam. Tuy nhiên, việc lấy số liệu trực tiếp từ phòng khám tư vấn của bác sĩ nói tiếng Anh là ngôn ngữ thứ nhất tại Việt Nam gây rất nhiều trở ngại cho tác giả về mặt pháp lý, đặc biệt là nguyên tắc bảo mật thông tin trong nghiên cứu². Chính vì vậy, số liệu bằng tiếng Anh đã

được thu thập từ 60 đoạn thoại ở các trang trên Youtube tái hiện lại các trường hợp tư vấn giữa bác sĩ và người bệnh. Tuy nhiên, để khắc phục tính không đồng nhất trong hai nguồn dữ liệu, đảm bảo tương thích khi so sánh, tác giả đã cho các bác sĩ người Việt xem một vài phân đoạn bằng tiếng Anh trên Youtube của bác sĩ người Anh và giải thích nguồn dữ liệu tiếng Anh đã được sân khấu hóa để nhằm phục vụ cho công tác giáo dục. Mục đích của việc cho các bác sĩ Việt xem các đoạn thoại này nhằm làm giảm đi phần nào tính tự nhiên của các đoạn thoại tương tác giữa bác sĩ và bệnh nhân Việt và tăng cường khả năng diễn ngôn lấy người bệnh làm trung tâm khi khám tư vấn của các bác sĩ người Việt. Tác giả chú ý kéo hai nguồn dữ liệu tiếng Anh và tiếng Việt có tính sân khấu hóa tương đồng nhằm làm tăng cao độ tin cậy trong so sánh.

3.2. Tiến trình phân tích số liệu

Để đảm bảo tính chính xác và giá trị của nghiên cứu, trước khi bắt đầu ghi âm (số liệu tiếng Việt), người nghiên cứu nói rõ mục đích yêu cầu của đoạn thoại cần diễn ra phải đảm bảo độ dài cũng như tiến trình tư vấn (mở đầu, tư vấn và kết thúc) như một buổi khám tư vấn mà các bác sĩ đã xem bằng tiếng Anh. Số liệu sau đó được phiên âm lại dựa trên các ký hiệu phiên âm theo nghiên cứu của Eggins & Slade (1997). Tuy nhiên, tác giả loại bỏ đi những ký

nước ngoài dùng tiếng Anh như ngôn ngữ mẹ đẻ để khám tư vấn; đó là Bệnh viện Việt-Pháp (France-Vietnam Hospital) và Phòng khám Gia đình (Family Medical Practice). Tuy nhiên, khi đi khảo sát thực địa cả ở trong Nam và ngoài Bắc, tác giả nhận thấy việc lấy số liệu bằng tiếng Anh trực tiếp tại phòng khám sẽ làm ảnh hưởng đến giá trị và độ tin cậy của nghiên cứu vì các lý do sau: (1) các buổi khám tư vấn sử dụng tiếng Anh như ngôn ngữ thứ nhất rất ít vì hầu hết cả bác sĩ và người bệnh sử dụng tiếng Anh như ngôn ngữ thứ hai hoặc như một ngoại ngữ chiếm số đông. Thậm chí, đa phần các buổi khám tư vấn cho người nước ngoài đòi hỏi phải có thông dịch viên; (2) các ca bệnh tư vấn nhạy cảm như da liễu, phụ khoa, ung thư hay các bệnh truyền nhiễm đều bị người bệnh từ chối không cho ghi âm.

² Ở Việt Nam, có hai bệnh viện lớn có các bác sĩ người

hiệu phiên âm không cần thiết và chỉ dùng một số các ký hiệu phục vụ cho nghiên cứu như dấu câu, các ký hiệu không phiên âm được, các ký hiệu phán đoán nội dung nghe được hay các từ đệm. Các ký hiệu phiên âm ngữ pháp được dựa vào ký hiệu sử dụng trong Hoàng Văn Vân (2006). Sau đó số liệu được đưa vào tính máy mã hóa các tần số xuất hiện các kênh chủ ngữ cũng như đặc tính từ vựng ngữ pháp trong lời thoại của bác sĩ và người bệnh.

3.3. Các khía cạnh phân tích

Để tìm ra tính liên nhân thông qua đặc điểm từ vựng-ngữ pháp của việc sử dụng chủ ngữ trong ngôn từ của bác sĩ, nghiên cứu này tiến hành những phân tích kết hợp định tính, định lượng và so sánh như sau:

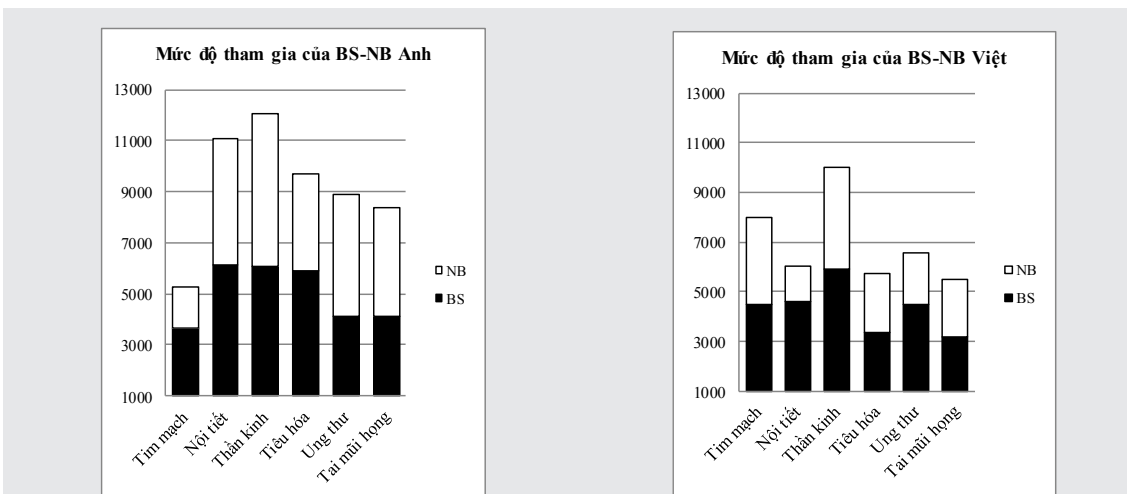
1. Phân tích định lượng tổng quát để có những số liệu cơ sở và đưa ra những kết luận chung cũng như đặt nền móng cho những bước phân tích tiếp sau đó;
2. Phân tích tỉ lệ phần trăm và đặc điểm của bốn loại chủ ngữ xuất hiện trong nguồn ngữ liệu ở mỗi ngôn ngữ;
3. So sánh tỉ lệ phần trăm và đặc điểm của bốn loại chủ ngữ xuất hiện trong hai nguồn ngữ liệu.

4. Kết quả và thảo luận

4.1. Phân tích định lượng tổng quát

Phân tích định lượng tổng quát bao gồm việc đưa ra con số thống kê từ số khối liệu nhằm so sánh tổng quan các đơn vị so sánh giữa bác sĩ và người bệnh trong hai ngôn ngữ. Quy trình phân tích để đưa ra con số thống kê được thao tác bằng hai bước cơ bản. Thứ nhất, các đơn vị so sánh được mã hóa trong bản Word; Thứ hai, bằng thao tác đơn giản ctrl + F trong chương trình Microsoft Word, tần số của đơn vị so sánh sẽ được tính và tất cả các tần số được mã hóa sẽ hiện lên. Phân tích định lượng tổng quát được minh họa trong Biểu đồ 1: tóm tắt lượng ngôn từ của bác sĩ và bệnh nhân Anh và Việt (đo bằng đơn vị nghìn) trong suốt 120 buổi khám tư vấn cả Anh và Việt.

Có thể thấy số lượng từ mà bác sĩ Anh nói ra khá tương đồng với người bệnh của mình. Trong khi đó, bác sĩ Việt chiếm ưu thế về lượng từ so với người bệnh ở tất cả các hạng mục bệnh được so sánh. Dựa vào số lượng từ để đo mức độ tham gia buổi khám tư vấn, có thể kết luận sơ bộ rằng, bác sĩ Anh nghiêng theo xu hướng lấy người bệnh làm trung tâm hơn là bác sĩ Việt.



Biểu đồ 1. Mức độ tham gia vào buổi khám tư vấn của BS-NB Anh và Việt*

* BS: bác sĩ; NB: người bệnh

Cụ thể, có một đặc điểm chung dễ nhận thấy là các ca tư vấn các bệnh về thần kinh ở cả hai ngôn ngữ đều có xu hướng lấy người bệnh làm trung tâm khi cả bác sĩ Anh và Việt đều tạo điều kiện cho người bệnh tham gia nói nhiều nhất. Tuy nhiên, kết quả cũng đưa ra một phát hiện trái ngược đối với các buổi khám tư vấn ung thư; đó là bác sĩ Anh tham gia nói ít hơn người bệnh, còn bác sĩ Việt lại ít tạo điều kiện cho người bệnh của mình tham gia vào cuộc thoại. Tỷ lệ tham gia vào cuộc thoại của các bệnh nhân Việt có vấn đề về nội tiết còn đặc biệt thấp nhất đã là một minh chứng khá rõ trong việc bác sĩ tham gia nói nhiều hơn người bệnh ở số liệu tiếng Việt. Tuy nhiên, trong sáu nhóm bệnh được đưa vào so sánh, duy nhất chỉ có các buổi tư vấn về tim mạch, bác sĩ-người bệnh Việt có tỉ lệ lượng từ tham gia nhiều hơn bác sĩ-người bệnh Anh, và tỉ lệ người bệnh Việt ở nhóm bệnh này cũng tham gia vào buổi khám tư vấn nhiều hơn người bệnh Anh. Hai nhóm bệnh còn lại là tiêu hóa và tai mũi họng có tỉ lệ nói được chia sẻ giữa bác sĩ và người bệnh là khá đồng đều ở cả hai ngôn ngữ mặc dù bác sĩ-người bệnh Anh có số lượng từ nói ra nhiều hơn.

Nhìn chung, nếu căn cứ vào thông tin của khối ngữ liệu tổng quát về mức độ tham gia vào các buổi khám tư vấn, có thể đưa ra một kết luận khái quát rằng tần số tham gia vào cuộc thoại của bác sĩ-người bệnh Anh là tích cực hơn và đồng đều hơn bác sĩ-người bệnh Việt. Tất nhiên ở mức độ này, vẫn chưa thể có những kết quả phân tích về sự khác biệt của tính liên nhân được thể hiện qua hai ngôn ngữ khám tư vấn. Tuy nhiên, trong một chừng mực nào đó, phần phân tích định lượng tổng quát này cũng phản ánh một bức tranh sơ bộ về mức độ tích cực tham gia vào buổi khám của bác sĩ-người bệnh. Mặc dù nghiên cứu này chỉ so sánh tính liên nhân được thể hiện qua ngôn từ của bác sĩ với người bệnh dựa vào kênh chủ ngữ, tuy nhiên những thông tin cơ bản của người bệnh mà bác sĩ trực tiếp tư vấn tại phòng khám cũng không bị bỏ qua. Mục đích của nghiên cứu là muốn đặt ngôn ngữ của bác sĩ vào bối cảnh giao tiếp với người bệnh để phản ánh lý do và sự ảnh hưởng từ phía người bệnh đã kiến tạo lên tính liên nhân trong lời thoại của bác sĩ. Bảng 1, số liệu định lượng tổng quát sau đây sẽ tóm tắt thêm thông tin sâu hơn về lượng từ trên cú của bác sĩ Anh và Việt được phân bố trên sáu nhóm bệnh so sánh.

Bảng 1. Số liệu định lượng tổng quát*

Nhóm bệnh	Tim mạch		Nội tiết		Thần kinh		Tiêu hóa		Ung thư		Tai mũi họng		Tổng
	BS Anh	BS Việt	BS Anh	BS Việt	BS Anh	BS Việt	BS Anh	BS Việt	BS Anh	BS Việt	BS Anh	BS Việt	
SLT – BS Anh	3648		6110		6064		5891		4136		4142		29991
SLC – BS Anh	658		1142		1149		1085		685		709		5428
SLT trung bình/ cú – BS Anh	5.5		5.4		5.3		5.7		6.0		5.8		5.5
SLT – BS Việt		4457		4576		5873		3368		4452		3183	25909
SLC – BS Việt		699		616		732		486		540		476	3549
SLT trung bình/ cú – BS Việt		6.4		7.4		8.0		6.9		8.2		6.7	7.3
SLT – BS Anh & Việt	8105		10686		11937		9259		8588		7325		55900
SLC – BS Anh & Việt	1357		1758		1881		1571		1225		1185		8977
SLT trung bình/ cú – BS Anh & Việt	6.0		6.1		6.3		5.9		7.0		6.2		6.3

* BS: bác sĩ; SLT: số lượng từ; SLC: số lượng cú

Bảng thống kê định lượng tổng quát cho thấy khối ngữ liệu có tổng số từ là 55900 từ. Trong đó, mặc dù số lượng từ bác sĩ Anh nói ra có nhiều hơn bác sĩ Việt nhưng tỉ lệ không đáng kể, nhìn chung là tương đối đồng đều. Tổng số số lượng từ trung bình trên cú là 6.3. Tuy nhiên, số lượng từ trung bình trên cú của bác sĩ Anh nhỏ hơn bác sĩ Việt đáng kể, xấp xỉ 1.0³ do tỉ lệ các cú phụ (minor clauses) chiếm số lượng khá lớn.

4.2. Phân tích chủ ngữ

Trong phần này, trước khi tiến hành so sánh chủ ngữ để đưa ra kết luận về tính liên

nhân được hiện thực hóa trong lời thoại của bác sĩ Anh và Việt như thế nào, phân tích chủ ngữ trong lời thoại của bác sĩ - người bệnh Anh và Việt sẽ lần lượt được khảo sát.

4.2.1. Sự phân bố chủ ngữ trong các cuộc tư vấn của bác sĩ - người bệnh Anh

Sự phân bố của bốn loại chủ ngữ: (1) chủ ngữ hiện, (2) chủ ngữ ẩn, (3) chủ ngữ tương tác, và (4) chủ ngữ không tương tác, trong lời thoại tư vấn của bác sĩ - người bệnh Anh trên sáu nhóm bệnh được liệt kê ở Bảng 2 dưới đây:

Bảng 2. Sự phân bố chủ ngữ của bác sĩ - người bệnh Anh*

Loại CN	Tim mạch		Nội tiết		Thần kinh		Tiêu hóa		Ung thư		Tai mũi họng		Tổng số tiểu hạng mục CN		Tổng số & %
	BS	NB	BS	NB	BS	NB	BS	NB	BS	NB	BS	NB	BS	NB	
CN. hiện	61	31	177	56	154	44	153	68	129	42	119	57	793	298	1091
CN. ẩn	36	3	49	10	58	14	95	11	35	6	49	6	322	50	372
CN. tương tác	295	137	476	207	514	211	456	225	311	143	344	239	2396	1162	3558
CN. không tương tác	57	30	134	42	111	85	113	94	92	44	73	82	580	377	957
Tổng số & %	449 8%	201	836 14%	315	837 14%	354	817 13%	398	567 9.5%	235	585 9.8%	384	4091 68%	1887 32%	
Tổng loại CN cả BS-NB sử dụng	650 (11%)		1151 (19%)		1191 (20%)		1215 (20.5%)		802 (13.5%)		969 (16%)		5978 (100%)		

* CN: chủ ngữ; BS: bác sĩ; NB: người bệnh

Bảng 2 đưa ra một thông tin tổng quát về tỉ lệ sử dụng bốn loại chủ ngữ trong lời thoại của bác sĩ - người bệnh Anh. Có thể thấy, bác sĩ sử dụng cả bốn loại chủ ngữ trong ngôn thoại của mình nhiều hơn người bệnh, chiếm 68% và đạt tỉ lệ tổng gấp đôi so với người bệnh (32%). Tần suất sử dụng chủ ngữ của các bác sĩ tư vấn tim mạch chỉ bằng một nửa so với bác sĩ nội tiết, thần kinh và tiêu hóa. Bên cạnh đó, tỉ lệ chủ ngữ được sử dụng trong ngôn thoại của

các bác sĩ điều trị các bệnh liên quan đến ung thư, tai mũi họng cũng tương đối thấp, khoảng 10% trên tổng số.

Đối với loại hình CN hiện và CN ẩn, khoảng cách về tỉ lệ sử dụng giữa bác sĩ và người bệnh là khá lớn. Cụ thể, so với người bệnh, tỉ lệ CN hiện chiếm 80% trong ngôn từ của bác sĩ và tỉ lệ CN ẩn gấp 6 lần so với lần xuất hiện trong ngôn từ của người bệnh. Đối với loại hình CN tương tác và không tương tác, mặc dù cả hai loại chủ ngữ này vẫn xuất hiện trong ngôn từ của bác sĩ Anh nhiều hơn, tỉ lệ sử dụng CN tương tác trong lời thoại của bệnh nhân Anh là cũng rất lớn. Nhìn chung, tần suất xuất hiện CN tương tác cao chứng tỏ cả bác sĩ và người bệnh Anh đều có chiều hướng tham gia tích cực vào cuộc tư vấn.

³ Tổng số lượng cú = tổng cú chính (major clauses) + tổng cú phụ (minor clauses). Trong tiếng Anh, cú phụ (ví dụ như *OK, alright, well-done, v.v.*) xuất hiện rất nhiều trong ngôn từ của bác sĩ. Hầu hết các cú phụ dùng để chỉ phản ứng phân cực của bác sĩ khi tư vấn cho người bệnh. Phân tích cú chính và cú phụ trong lời thoại của bác sĩ, xin xem Nguyễn Thanh Nga (2017, 2018).

4.2.2. Sự phân bố của chủ ngữ trong các cuộc tư vấn của bác sĩ - người bệnh nói tiếng Việt

Tương tự, sự phân bố của bốn loại chủ

ngữ trong lời thoại tư vấn của bác sĩ - người bệnh Việt trên sáu nhóm bệnh được tóm tắt ở Bảng 3 sau đây:

Bảng 3. Sự phân bố chủ ngữ của bác sĩ - người bệnh Việt*

Loại CN	Tim mạch		Nội tiết		Thần kinh		Tiêu hóa		Ung thư		Tai mũi họng		Tổng số tiêu hạng mục CN		Tổng số & %
	BS	NB	BS	NB	BS	NB	BS	NB	BS	NB	BS	NB	BS	NB	
CN. <i>hiện</i>	50	60	68	76	161	154	77	153	130	76	47	81	533 10%	600 11%	1133 22%
CN. <i>ẩn</i>	320	140	86	144	146	7	82	90	57	105	175	213	866 17%	699 14%	1565 31%
CN. <i>tương tác</i>	184	121	238	53	239	265	202	88	302	122	194	96	1359 26%	745 15%	2104 41%
CN. <i>không tương tác</i>	32	12	32	14	14	56	8	83	9	29	9	42	104 2%	236 5%	340 7%
Tổng số & %	586 11.4%	333	424 8.3%	287	560 11%	482	369 7.2%	414	498 10%	332	425 8.3%	432	2862 56%	2280 44%	
Tổng loại CN cả BS-NB sử dụng	919 (18%)		711 (14%)		1042 (20%)		783 (15%)		830 (16%)		857 (17%)		5142 (100%)		

Bảng 3 đưa ra thông tin tổng quát về tỉ lệ sử dụng bốn loại chủ ngữ trong lời thoại của bác sĩ - người bệnh Việt. Có thể thấy, trong tổng 5142 trường hợp chủ ngữ được sử dụng ở các đoạn tư vấn của bác sĩ-người bệnh Việt, khoảng cách tỉ lệ sử dụng chủ ngữ của hai tham thể là khá nhỏ. Tỉ lệ sử dụng của bác sĩ là 56% (2862 trường hợp) và của người bệnh là 44% (2280 trường hợp). Bên cạnh đó, CN *tương tác* và CN *ẩn* được sử dụng nhiều hơn so với hai loại chủ ngữ còn lại, lần lượt chiếm hơn 41% và 31%. Trong khi tỉ lệ chủ ngữ xuất hiện trong ngôn thoại của bác sĩ tiêu hóa chỉ bằng một nửa so với tỉ lệ của các bác sĩ tim mạch và thần kinh (11%), ba nhóm bác sĩ còn lại có tỉ lệ sử dụng chủ ngữ đồng đều là 9%.

Đối với loại hình CN *hiện* và CN *ẩn*, khoảng cách về tỉ lệ sử dụng giữa bác sĩ và người bệnh là rất thấp. Cụ thể, so với người bệnh, tỉ lệ CN *hiện* trong ngôn thoại của bác sĩ và người bệnh là tương đồng, khoảng 10% và tỉ lệ CN *ẩn* chỉ hơn 3% so với tỉ lệ sử dụng trong ngôn thoại của người bệnh. Đối

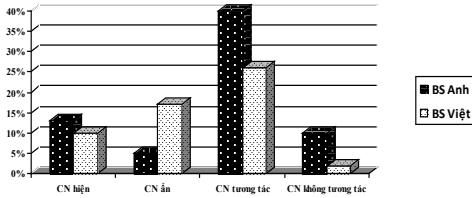
* CN: chủ ngữ; BS: bác sĩ; NB: người bệnh với loại hình CN *tương tác* và *không tương tác*, xảy ra hiện tượng tỉ lệ nghịch trong phân bố cách sử dụng chủ ngữ giữa bác sĩ và người bệnh. Cụ thể, trong khi CN *tương tác* xuất hiện trong ngôn thoại của bác sĩ gấp hai lần so với người bệnh, chiếm 25% tổng tỉ lệ bốn loại chủ ngữ được sử dụng của cả bác sĩ-người bệnh, CN *không tương tác* lại được người bệnh sử dụng nhiều hơn gấp hai lần. Tỉ lệ vượt trội về CN *tương tác* trong lời thoại của bác sĩ so với người bệnh cho thấy trong bác sĩ luôn nhấn mạnh sự phân vai của bản thân và người bệnh trong buổi khám tư vấn, nhưng người bệnh lại không có thói quen này khi khám tư vấn.

4.2.3. So sánh việc sử dụng chủ ngữ trong lời thoại của bác sĩ Anh và Việt

Việc so sánh về cách sử dụng chủ ngữ của bác sĩ Anh và Việt sẽ được minh họa bằng tỉ lệ phần trăm rút ra ở Bảng 2 & 3 và được lấy dẫn chứng bằng từ vựng-ngữ pháp mà các loại chủ ngữ xuất hiện trong các cú của thức.

4.2.3.1. So sánh về tỉ lệ sử dụng chủ ngữ

Trước khi thực hiện bước so sánh về mặt từ vựng-ngữ pháp, so sánh về tỉ lệ phân bố chủ ngữ trong hai ngôn ngữ sẽ được sơ lược lại bằng Biểu đồ 2 dưới đây.



Biểu đồ 2. Phân bố chủ ngữ trong lời thoại của bác sĩ Anh và Việt

Có thể thấy rằng số lượng CN tương tác được sử dụng nhiều nhất ở cả hai ngôn ngữ khám tư vấn của bác sĩ Anh và Việt. Sử dụng CN tương tác là dấu hiệu tham gia của tham thể khi muốn nắm giữ vai trò nói của mình trong hoạt động giao tiếp (Chiwe, 2013: 8). Trong nghiên cứu này, cả bác sĩ Anh và Việt đều muốn nhấn mạnh đến vai trò của bản thân và của người bệnh trong hoạt động tư vấn. Tuy nhiên, Biểu đồ 2 cũng cho thấy sự khác biệt khá lớn tỉ lệ sử dụng chủ ngữ trong ngôn ngữ khám tư vấn của bác sĩ Anh và Việt. Thứ

nhất, ngoại trừ CN ẩn xuất hiện với tần suất lớn hơn trong ngôn ngữ của bác sĩ nói tiếng Việt, ba loại chủ ngữ còn lại đều chiếm tỉ lệ cao hơn trong lời khám tư vấn của bác sĩ nói tiếng Anh. CN ẩn xuất hiện hầu hết trong các cú cầu khiến của tiếng Việt khi bác sĩ yêu cầu người bệnh thực hiện một hành động nào đó. Thứ hai, mặc dù CN tương tác được sử dụng nhiều trong cả tiếng Anh và tiếng Việt, số lượng loại chủ ngữ này nhiều gấp hai lần trong ngôn ngữ tư vấn tiếng Anh.

4.2.3.2. So sánh về từ vựng ngữ pháp

So sánh về từ vựng và ngữ pháp của chủ ngữ xuất hiện trong ngôn ngữ của bác sĩ Anh và Việt sẽ được tóm tắt lại trong Bảng 4 dưới đây. Chủ ngữ của trong các cú được in đậm; CN ẩn không xuất hiện trong cú được đặt trong ngoặc đơn, ví dụ (you); CN không tương tác được phục hồi lại được đặt trong ngoặc vuông [...]. Cú đơn được ký hiệu bằng hai dấu sọc đứng ||; cú phức bằng ba dấu sọc đứng |||. Các bác sĩ được ký hiệu theo chuyên ngành và số (ví dụ: Tim mạch, BS.03 được hiểu là bác sĩ số 3, chuyên ngành tim mạch)

Bảng 4. Sự hiện thực hóa từ vựng và ngữ pháp của chủ ngữ trong ngôn ngữ của bác sĩ Anh và Việt

Thể loại	Chức năng		Hiện thực hóa CN trong ngôn ngữ BS Anh	Chức năng		Hiện thực hóa CN trong ngôn ngữ BS Việt
	NP	TV		NP	TV	
CN hiện	Danh từ	<i>Diabetes, the blood, your blood</i>	Okay and so diabetes is a condition where the blood doesn't appear to handle sugar very well and so your blood gets a bit stickier and a bit more syrupy and there's more sugar hanging around in it. (Endocrinology, Dr.02) (Được rồi và.. thì bệnh tiểu đường là khi mà lượng đường trong cơ thể có vẻ không kiểm soát được tốt và lúc đó đường huyết của anh sẽ bị kết dính và chứa nhiều đường hơn vì có các tinh thể đường bám xung quanh nó. Nội tiết, BS.02)	Danh từ	<i>Các bác sĩ</i>	Các bác sĩ sẽ cho làm tiếp những xét nghiệm và điều trị nhé. (Tim mạch, BS.03)

(CN án)	Đại từ	(you)	<p> (you) just tell me a little bit about what's happened! (Endocrinology, Dr.05)</p> <p>((((anh) chỉ cần nói tôi biết một chút về điều gì đã xảy ra! Nội tiết, BS.05)</p>	Đại từ	(chị)	<p> Bây giờ thì chị không có thiếu máu nhiều, nhưng (chị) cũng còn thiếu máu chút xíu thôi. (Nội tiết, BS.01)</p>
CN	Đại từ	I, you, we	<p> so just tell me a little bit about what symptoms you 've been having them!</p> <p> But we do have a scan result here today and there are some things to discuss on it, right. I just like to make sure that I know what's been happening to you first of all and then we 'll go into a detail it. (Oncology, Dr.08)</p> <p>(((hãy nói cho tôi biết các triệu chứng anh đang cảm thấy! Nhưng chúng ta sẽ có kết quả chụp cắt lớp ngày hôm nay và chúng ra sẽ hội ý với nhau về kết quả, được không. Tôi chỉ muốn khẳng định lại rằng Tôi biết điều gì đang xảy ra với anh còn thì sau đó chúng ta sẽ đi vào chi tiết để xử lý nó. Ung thư, BS.08)</p>	Đại từ	con, cô, bà, bạn, mình, em, tui em, chị	<p>- Đưa con coi thử xem! cô ăn uống được không? (Nội tiết, BS.02)</p> <p>- Bà chóng mặt dữ không? Bà thờ con coi nhé. Không đau bụng gì hết hả? (Nội tiết, BS.03)</p> <p>- Chủ yếu là ăn uống, bồi bổ, tăng cường sức khỏe! Ăn thêm hoa quả nhé! Thực ra bạn cũng không nên quá lo lắng nhé! (Thần kinh, BS.024)</p> <p>- Từ sáng giờ mình cũng chưa có uống hà em? Bên đó họ có cho em cấy nước tiểu không? (Thần kinh, BS.01)</p> <p>- Tui em cần những cái người mà tuân thủ quá trình điều trị. Chị biết cái tình trạng bệnh ngay từ đầu đó. Như là tui em cho chị Trang biết đó. (Nội tiết, BS.01)</p>
CN tương tác	Hô ngữ	Jane Smith, Mr. Young	<p>- Hi, Jane Smith It's nice to meet you my name is Dr. Guda (Endocrinology, Dr.01)</p> <p>(Chào ngài, Jane Smith Rất hân hạnh được gặp ngài, tên tôi là bác sĩ Guda, Nội tiết, BS.01)</p> <p>- On lungs exam, take some deep breaths for me, Mr. Young! (Cardiology, Dr.06)</p> <p>(((đối với bài kiểm tra phổi, hít thở sâu cho tôi nhé, ngài Young! Tim mạch, BS.06).</p>	Hô ngữ	thủ trưởng, ông ơi, Kiên à	<p>- Á, hôm nay thủ trưởng đi khám định kỳ ạ? (Cardiology, Dr.06)</p> <p>- Ông ơi, đợt này ông bị sao mà vào viện hà ông? (Tim mạch, BS.03)</p> <p>- Kiên à, e đang uống thuốc tuyến giáp này mấy viên một ngày nhi? (Ung thư, BS.01)</p>
	Đề + tân ngữ	let's, let me	<p>- So, let's go ahead and get a urinalysis and a cat scan of the lumbar area no contrast! (Neurology, Dr.01)</p> <p>(Nào, giờ chúng ta hãy cùng tiếp tục xem phân tích nước tiểu và chụp cắt lớp ở vùng thắt lưng, kết quả hoàn toàn không bị vênh nhau! Thần kinh, BS.01)</p> <p>- Let me have a look at a couple of nerves on your face! (Neurology, Dr.06)</p> <p>(Để tôi xem một vài dây thần kinh trên khuôn mặt của bà! Neurology, BS.06)</p>	Đề + tân ngữ	Để tôi	<p>. Để tôi làm hết cái cao huyết áp, nhồi máu cơ tim, tiểu đường cho anh nhé! (Tim mạch, BS.02)</p> <p>- Thôi, bà cứ ở đây để chúng cháu kiểm tra mọi thứ cho nó kỹ càng cơ đã, ôn định thì mới về, nhớ, bởi vì bà tuổi già, mỗi lần ra ra vào vào viện thì cũng ngại nữa nên là ở đây kiểm tra cho kỹ đã bà nhé. (Tiêu hóa, BS.06)</p>

[CN không tương tác.]	Đại từ, quan hệ từ	that, it	<p> you're taking insulin [that] can bring your blood sugar down quickly alright and [it] can bring its lower level than [it]'s supposed to be thought. (Endocrinology, Dr.03).</p> <p>(anh đang tiêm insulin [loại thuốc] có thể làm giảm đường huyết của anh khá nhanh và [nó] có thể làm giảm ở ngưỡng thấp hơn là [nó] được hy vọng. Nội tiết, BS.03)</p>	Đại từ, quan hệ từ	<p>- ... ví dụ như là BR-rôn hoặc là Tacrlimut hoặc là các kiểu. Đấy, [những cái đấy] thì [nó] sẽ làm ... không đảo thai nhưng [nó] sẽ có một số cái tác dụng phụ như là nó làm cho mình suy giảm miễn dịch, ví dụ [nó] làm giảm cái sức miễn dịch của mình xuống để không đảo thai qua thân đấy ra. (Nội tiết, BS.08)</p>
--------------------------------	--------------------------	----------	--	--------------------------	---

*CN: chủ ngữ; NP: ngữ pháp; TV: từ vựng; BS: bác sĩ

Có thể thấy các chức năng ngữ pháp trong việc sử dụng chủ ngữ ở hai ngôn ngữ là khá tương đồng. Cụ thể, CN *hiện* đều là các cụm danh từ; CN *ẩn* không xuất hiện trong cú nhưng đóng vai trò chức năng ngữ pháp giống như cụm danh từ đã được nhắc tới ở phía trước của đoạn thoại; CN *tương tác* minh họa cho sự tham gia của tham thể trực tiếp là bác sĩ và người bệnh; CN *không tương tác* có chức năng ngữ pháp là đại từ hay đại từ + đại từ quan hệ được phục hồi lại từ một cụm danh từ đã được ngụ ý trước đó trong đoạn thoại. Tuy nhiên, trong từng kênh chủ ngữ, từ vựng dùng để mô tả chủ ngữ được thể hiện trong hai ngôn ngữ mang những đặc thù khác biệt.

Về CN *hiện*, tỉ lệ chủ ngữ này xuất hiện trong lời thoại của bác sĩ Anh là khá lớn. Trong số liệu thực tế, bác sĩ Anh dùng loại

chủ ngữ này khi không muốn gói gọn lời đàm thoại trong khuôn khổ chỉ có bác sĩ và người bệnh. Ngược lại, CN *hiện* được sử dụng với mục đích mở rộng phạm vi vấn đề chính bằng cách kết nối các bằng chứng, các vấn đề có liên quan, tạo sức thuyết phục trong ngôn thoại tư vấn của bác sĩ. Chủ ngữ này xuất hiện khá nhiều trong khối ngữ liệu tư vấn tiếng Anh. Điều này chứng tỏ, bác sĩ Anh dành khá nhiều thời gian cho việc giải thích, thuyết phục, động viên người bệnh hiểu và tuân theo quy trình của buổi khám tư vấn. Hay nói cách khác tần số xuất hiện cao của CN *hiện* có thể minh chứng phần nào bác sĩ Anh luôn hướng tới việc lấy người bệnh làm trung tâm trong buổi khám tư vấn, kiên trì giúp người bệnh hiểu thấu đáo lời tư vấn của mình, ví dụ:

(1) ||Okay ||and so **diabetes** is a condition ||where **the blood** doesn't appear to handle sugar very well ||and so **your blood** gets a bit stickier and a bit more syrupy and ||there's more **sugar** hanging around in it. (Endocrinology, Dr.02)

||Được rồi || và.. thì **bệnh tiểu đường** là khi mà **lượng đường** trong cơ thể có vẻ không kiểm soát được tốt ||và lúc đó **đường huyết** của anh sẽ bị kết dính và chứa nhiều đường hơn vì || có các tinh thể đường bám xung quanh nó (Nội tiết, BS.02)

- Về CN *ẩn*, mặc dù loại chủ ngữ này không xuất hiện trong diễn ngôn của tham thể, chúng đóng chức năng chỉ định vào tham thể nào phải thực hiện hành động mà chủ thể của lời nói đưa ra. CN *ẩn* được sử dụng không nhiều trong tiếng Anh, loại chủ ngữ này lại xuất hiện rất nhiều trong khối ngữ liệu tiếng

Việt. Chúng bị gián lược đi trong câu hỏi không đánh dấu chỉ người và thức câu khiến. Điều này đã tạo ra một kiểu ngôn ngữ trung tính, không thân thiện, ‘xa lánh’ với người tiếp nhận thông tin (Hoàng Văn Vân, 2017: 49), cụ thể ở đây là người bệnh. Theo quan sát cá nhân, chúng tôi nhận thấy việc gián lược CN

tương tác trong lời thoại khám tư vấn có thể giúp cho bác sĩ tiết kiệm thời gian và không bị lặp lại ngôn từ, tuy nhiên phần nào lại tạo một khoảng cách không thân mật giữa bác sĩ và người bệnh. Tất nhiên, kết luận này về cách xưng hô này cũng chỉ là sơ khởi, chứ không phải là kết luận đóng khung (framed) mang tính khuôn mẫu (stereotypical) theo như Nguyễn Quang (2018: 16) nhận xét khi nghiên cứu khách quan tính về quan hệ xưng

hô Việt và Anh. Trong các cuộc tư vấn của bác sĩ - người bệnh bằng tiếng Việt, bác sĩ sử dụng CN *ẩn* trong thức nghi vấn không đánh dấu chỉ người (unmarked for person) khi muốn khai thác thông tin và thức cầu khiến liệt kê các hoạt động mà bác sĩ muốn người bệnh thực hiện. Hai ví dụ sau đây lần lượt minh họa cho tần số xuất hiện cao của CN *ẩn* trong thức nghi vấn và cầu khiến. Vì CN *ẩn* không xuất hiện trong cú, chúng được đặt trong ngoặc đơn (...).

(2)

- BS: ||*Anh Ba bị đau sao anh Ba?*
 NB: ||*Cao huyết áp nó gây đau*
 BS: ||(anh) *Cao huyết áp lâu chưa?*
 NB: ||*Lâu rồi còn bị tai biến nữa*
 BS: ||(anh) *Tai biến à?* ||(anh) *Tai biến lâu chưa?*
 NB: ||*Lần nhất rồi lại lần sau*
 BS: ||(anh) *Tai biến cách đây bao lâu?*
 NB: ||*Khoảng 2 năm hay 3 năm*
 BS: ||(anh) *Cao huyết áp bao nhiêu năm?*
 NB: ||*Khoảng hai năm nay rồi.*
 BS: ||(anh) *Cao huyết áp hai năm nay* ||(anh) *có uống thuốc gì hông?*
 NB: ||*Uống thuốc tây đó*
 BS: ||*Thuốc gì?* ||(anh) *Có đem theo hông?* ||(anh) *Có đem toa theo hông?*
 NB: ||*Có đem theo*
 BS: ||(anh) *Có nhức cổ buổi sáng không?* ||(anh) *Có đau dưới này không?*
 NB: ||*Nó môi hoài*
 BS: ||*Tôi nó ngủ nó môi.* ||(anh) *Uống cái thuốc gì biết không?* ||(anh) *Có đem theo không?*
 NB: ||*Sáng nay đi vội hông có đem.*

(Tim mạch, BS.01)

* BS: bác sĩ; NB: người bệnh

Có thể thấy, ngoại trừ lượt lời đầu tiên bác sĩ sử dụng CN *tương tác* - '*anh Ba*' để chỉ định người bệnh, toàn bộ các lượt lời còn lại trong lời thoại của bác sĩ đều sử dụng CN *ẩn* không đánh dấu chỉ người. Tương tự như vậy, trong thức cầu khiến, tần số CN *ẩn* được sử dụng rất nhiều trong lời thoại của bác sĩ Việt.

(3) BS: ||*Còn bây giờ thì, thứ nhất là đang trong cái giai đoạn viêm cấp thể này* ||*thì em đi lại hạn chế!* ||(em) *Còn có thể mua thêm băng chun để quấn cái khớp gối vào nhé!* ||(em) *Cuốn cái khớp gối vào để cho nó đỡ sưng!* ||(em) *Đi lại vận động nhiều*

để nó đỡ sưng! ||*Sang tuần thì (em) làm thêm cái xét nghiệm nó gọi là cái kháng thể kháng lao trong máu, xem trong cơ thể mình có cái yếu tố kháng lao không!* (Thần kinh, BS.04)

Ví dụ 3 lại cho ta thấy chỉ có cú đầu tiên trong lời thoại bác sĩ dùng CN *tương tác* là '*em*' (*you*) để chỉ người bệnh. Các cú cầu khiến còn lại, CN *ẩn* đã bị giảm lược. Điều này cũng chứng tỏ một thực tế rằng bác sĩ Việt dùng CN *ẩn* nhiều để tránh bị nói lặp và tiết kiệm thời gian khám tư vấn được nhiều hơn.

- Về CN *tương tác*, đặc thù về mặt từ vựng đã cho thấy sự hiện thực hóa từ vựng của CN *tương tác* trong ngôn thoại khám tư vấn tiếng Việt đa dạng hơn tiếng Anh.

Trong ngôn thoại của bác sĩ Anh, CN *tương tác* được hoán đổi giữa bác sĩ và người bệnh bằng các đại từ *I (tôi), you (bạn)* và *we (chúng ta)*. Trong tiếng Việt, chúng tôi tìm thấy rất nhiều bằng chứng chứng tỏ bác sĩ sử dụng chủ ngữ tương tác để khẳng định vai trò cũng như ‘quyền lực’ của mình. Ví dụ, bác sĩ Việt khá linh hoạt trong việc lựa chọn cách gọi bệnh nhân tùy theo tuổi, địa vị xã hội hay mối quan hệ xã hội. Ngôn từ của bác sĩ Việt xuất hiện các đại từ xưng hô (addressing relationships) dùng cho CN *tương tác* rất đa dạng như *con, cô, bà, bạn, mình, em, tui em, chị, chú, cháu, anh, ông, tôi, chúng tôi, chúng cháu, v.v*. Cụ thể, bác sĩ Việt dựa vào tuổi, giới tính, vị trí xã hội, quan hệ xã hội, v.v để linh hoạt trong việc chọn lựa CN *tương tác* cho phù hợp. Ví dụ, đối với cấp trên, bác sĩ gọi người bệnh là ‘*thủ trưởng*’:

(4) ||*Á, ||hôm nay **thủ trưởng** đi khám định kỳ à? (Tim mạch, BS.06)*

Nghiên cứu còn tìm thấy sự xuất hiện của CN *tương tác* ‘*tôi*’ - chỉ phân vai bác sĩ, dùng rất nhiều trong ngôn thoại của bác sĩ Việt, thậm chí dùng cả trong các đoạn thoại bác sĩ kém hay hơn tuổi người bệnh (ví dụ: *tôi-chú; tôi-em*). Trong thực tế, số liệu cho thấy bác sĩ xưng ‘*tôi*’ và gọi bệnh nhân bằng các đại từ chỉ thứ bậc tuổi cao hơn như *chú, bác, cô* cũng biểu thị sự tôn trọng nhưng thể hiện tính phi biểu thái, mục đích là muốn giữ khoảng cách với người nghe (xem thêm Nguyễn Quang, Ibid: 27)

Hơn thế, bác sĩ Việt còn linh hoạt chuyển đổi CN *tương tác* để chỉ định cùng một người bệnh, ví dụ:

(5) *Thảo bị bao lâu rồi mới đi khám bệnh đây? ||Đưa đưa đơn đây! ||Thảo ơi ||đây khám bệnh! ||Trước giờ **cháu** bị bệnh gì vậy? ||trước giờ **con** bị bệnh gì vậy? (Tai mũi họng, BS.02).*

Chính việc chủ động thay đổi cách xưng hô này tạo khoảng cách giữa bác sĩ và người bệnh cũng thay đổi. Trong thực tế, tần suất xưng ‘*tôi*’ trong lời thoại của bác sĩ Việt được sử dụng khá nhiều khi giao tiếp với người bệnh nhỏ và lớn tuổi hơn mình. Nguyễn Quang (Ibid: 27) cho rằng, ‘*tôi*’ trong quan hệ xưng hô cũng biểu thị sự tôn trọng nhưng thể hiện tính phi biểu thái, mục đích là muốn giữ khoảng cách với người nghe. Ở đây, bác sĩ muốn đặt ra một ranh giới với người bệnh trong khi thực hiện trách nhiệm khám tư vấn của mình.

Một sự khác biệt về hiện thực hóa từ vựng của CN *tương tác* là cách sử dụng hô ngữ. Tính liên nhân ngụy trang dưới cách thể hiện ‘quyền lực’ trong hai ngôn ngữ khám tư vấn cũng khác nhau. Bằng chứng về cách sử dụng hô ngữ đã chứng minh rằng trong khi bác sĩ Anh sử dụng hô ngữ thay cho các ‘tín hiệu lịch sự’ (polite markers) ví dụ như để chào hỏi người bệnh trước khi bắt đầu buổi khám hay để giảm nhẹ tính bắt buộc trong cú cầu khiến, bác sĩ Việt sử dụng hô ngữ phục vụ chủ yếu muốn tập trung sự chú ý của người bệnh trong câu hỏi đầu tiên của cuộc tư vấn. Mặc dù mỗi khối ngữ liệu tiếng Anh và tiếng Việt đều báo cáo gần 100 trường hợp sử dụng hô ngữ tìm thấy trong cả lời thoại bác sĩ-người bệnh, bác sĩ Việt sử dụng hô ngữ ít hơn bác sĩ Anh gần một nửa. Các trường hợp sử dụng hô ngữ của bác sĩ Việt đều dùng ở trong cú nghi vấn khởi đầu của buổi khám , ví dụ:

(6) ***Kiên à**, ||e đang uống thuốc tuyến giáp này mấy viên một ngày nhỉ? (Ung thư, BS.01)*

(7) ||**Ông ơi**, đợt này ông bị sao mà vào viện hả ông? (Tim mạch, BS.03)

Trong khi đó, bác sĩ Anh lại sử dụng hô ngữ để chào hỏi người bệnh khi bắt đầu vào buổi khám tư vấn, ví dụ:

(8) <i>Hi, Jon Smith It's nice to meet you my name is Dr. Guda</i> (Endocrinology, Dr.01)	Chào ngài, Jon Smith Rất hân hạnh được gặp ngài, tên tôi là bác sĩ Guda (Nội tiết, BS.01)
--	---

hoặc trước khi đưa ra một cú cầu khiến, ví dụ:

(9) <i> On lungs exam, take some deep breaths for me, Mr. Young!</i> (Cardiology, Dr.06).	<i> đối với bài kiểm tra phổi, hít thở sâu cho tôi nhé, ngài Young!</i> (Tim mạch, BS.06).
---	--

Rõ ràng, hô ngữ được sử dụng với mục đích khác nhau trong lời thoại của bác sĩ Anh và Việt, thành phần ngữ pháp này đóng vai trò chức năng liên nhân khác nhau trong mỗi ngôn ngữ thoại tư vấn. Chính vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy, bác sĩ Anh không chỉ đơn thuần tư vấn cho người bệnh mà còn thể hiện sự quan tâm bằng những tín hiệu lịch sự, tạo cảm giác gần gũi hơn cho người bệnh.

Một sự khác biệt khá lớn trong cách sử dụng CN *tương tác* mà nghiên cứu này tìm

(10) <i>So, let's go ahead and get a urinalysis and a cat scan of the lumbar area no contrast!</i> (Neurology, Dr.01)	<i>Nào, giờ chúng ta hãy cùng tiếp tục xem phân tích nước tiểu và chụp cắt lớp ở vùng thắt lưng, kết quả hoàn toàn không bị vênh nhau!</i> (Thần kinh, BS.01)
--	---

(11) *||**Để tôi** làm hết cái cao huyết áp, nhờ máu cơ tim, tiểu đường cho anh nhé!*
(Tim mạch, BS.02)

Số liệu thực tế cho thấy, cũng có một số

(12) <i>Let me have a look at a couple of nerves on your face!</i> (Neurology, Dr.06)	(12) <i>Để tôi xem một vài dây thần kinh trên khuôn mặt của bà!</i> (Thần kinh, BS.06)
(13) <i> Let me just make you a bit more comfortable by spreading this drape on you!</i> (Otorhinolaryngology, Dr.03)	(13) <i>Để tôi đắp tấm ga này lên người cho anh thấy dễ chịu hơn nhé!</i> (Tai mũi họng, BS.03)

Sự khác biệt trong cách sử dụng cấu trúc *let + me/us* cho thấy, trong khi bác sĩ Anh muốn người bệnh tham gia chia sẻ trách nhiệm, đóng góp ý kiến nhiều hơn cho buổi khám tư vấn, bác sĩ Việt lại thể hiện tính độc lập khá cao trong việc quyết định trách nhiệm và vai trò của mình.

- Về CN *không tương tác*, loại hình chủ

thấy đó là cách khai thác cấu trúc *let + me/us* (*để + tôi/chúng ta hãy*) trong ngôn ngữ thoại của bác sĩ. Trong lời thoại của bác sĩ Anh, chúng tôi phát hiện một lượng lớn cụm từ *let us* (*chúng ta hãy*) bao hàm cả vai trò của bác sĩ và người bệnh trong việc chia sẻ trách nhiệm và nghĩa vụ của công tác điều trị bệnh. Trong khi đó, ngôn ngữ thoại của bác sĩ Việt lại xuất hiện nhiều cấu trúc *let me* (*để tôi*), nhấn mạnh trách nhiệm và vai trò của bác sĩ khi độc lập đưa ra những quyết định điều trị.

lượng đáng kể cấu trúc *let me* được tìm thấy trong ngôn ngữ thoại của bác sĩ Anh, nhưng đa phần đều được dùng với mục đích đưa ra lời thông điệp xin phép người bệnh trước khi thực hiện thao tác khám tay, ví dụ:

ngữ này được sử dụng khá hiệu quả trong ngôn ngữ thoại của bác sĩ Anh mục đích là để mở rộng và làm ngôn ngữ tư vấn có tính kết nối cao trong diễn ngôn. Tuy nhiên, loại chủ ngữ này không xuất hiện nhiều trong lời tư vấn của bác sĩ Việt. Chủ ngữ này dùng để phục hồi lại một chủ ngữ đã được nhắc đến phía trước của cuộc thoại, ví dụ được đặt trong ngoặc vuông [...].

(14) ||*you're taking insulin* ||*[that] can bring your blood sugar down quickly alright* ||*and [it] can bring its lower level* ||*than [it]'s supposed to be thought.* ||*anh đang tiêm insulin* ||*[loại thuốc] có thể làm giảm đường huyết của anh khá nhanh* ||*và [nó] có thể làm giảm ở ngưỡng thấp hơn là* ||*[nó] được hy vọng.*

(Endocrinology, Dr.03).

(Nội tiết, BS.03).

Điều này chứng minh rằng, ngôn thoại của bác sĩ Anh xuất hiện nhiều cú phức để mở rộng sự giải thích hay thuyết phục người bệnh trong suốt buổi khám tư vấn. Nói cách khác, các chiến lược liên cú (interclauses) bao hàm mối quan hệ phụ thuộc lẫn nhau (types of interdependency) và quan hệ logic-ngữ nghĩa (logico-semantic relations) xuất hiện lời nói của bác sĩ Anh khá nhiều (xem thêm chi tiết trong Nguyễn Thanh Nga, 2017: 29-32). Mục đích là để kết nối và củng cố thông điệp đã được nhắc tới trước đó, cung cấp cho người bệnh thông tin có tính bổ cục chặt chẽ hơn. Ngược lại, tỉ lệ phần trăm của loại hình chủ ngữ này xuất hiện trong ngôn thoại của bác sĩ Việt ít hơn 5 lần so với bác sĩ Anh vì số liệu thực tế phản ánh bác sĩ Việt sử dụng khối lượng câu đơn rất lớn. Xét trong mối quan hệ phụ thuộc lẫn nhau thì phần nhiều câu phức trong lời thoại của bác sĩ Việt là quan hệ đẳng lập (paratactic relations)⁴ được bác sĩ dùng để hướng dẫn người bệnh các bước điều trị như sử dụng thuốc, tự tập luyện ở nhà, v.v. Điều này chứng tỏ khi ngôn thoại của bác sĩ Anh chú trọng đến việc giải thích và thuyết phục người bệnh ngay tại buổi khám tư vấn, ngôn thoại của bác sĩ Việt khá ‘thẳng’ và ‘trực tiếp’ (direct and straightforward), luôn nhấn mạnh vào việc yêu cầu người bệnh phải nhớ lời dặn dò của bác sĩ.

Tuy nhiên, CN *không tương tác* trong ngôn thoại của bác sĩ Anh ít đa dạng hơn trong tiếng Việt. Các trường hợp sử dụng loại chủ

ngữ này được bác sĩ Anh sử dụng với các đại từ thay thế như *it (nó), they (chúng nó, họ), he (anh ấy), she (cô ấy)* và các đại từ liên hệ như *which (cái đó), who (người mà), whom (người mà), when (khi mà), where (nơi mà), that (cái mà)*, v.v. Ngược lại, trong tiếng Việt, các đại từ được đa dạng hóa tùy thuộc sự phân ngôi của chủ ngữ được nhắc tới trước đó;

(15) *Các bác sĩ trực phòng bên sẽ kiểm tra lại cho em nhé. [Các em] trực đây đến chiều rồi mới đổi ca cơ.* (Tim mạch, BS.08)

(16) *Bác sĩ Hùng khám cho anh hôm qua đúng không? [Bạn] trẻ trẻ í?* (Ung thư, BS.04)

(17) ||*Có thể anh tham khảo với những bệnh nhân ghép trước,* ||*[người ta] là phải uống thêm những thuốc chống thải ghép ...* (Nội tiết, BS.08)

và nhóm danh từ + các đại từ quan hệ *đó, ấy, í, mà, đấy.*

(18)...||*ví dụ như là BR- rôn hoặc là Tacirimit* ||*hoặc là các kiểu. Đấy, [những cái đấy] thì [nó] sẽ làm ... không đào thải* ||*nhưng [nó] sẽ có một số cái tác dụng phụ như là nó làm cho mình suy giảm miễn dịch,* ||*ví dụ [nó] làm giảm cái sức miễn dịch của mình xuống để không đào thải quả thận đấy ra.* (Nội tiết, BS.08)

5. Kết luận

Nghiên cứu này khảo sát sự xuất hiện và các đặc tính từ vựng ngữ pháp của chủ ngữ ở các cú của thức trong khung lý thuyết của SFL để chứng minh tính liên nhân được hiện thực hóa trong lời thoại của bác sĩ nói tiếng Anh và tiếng Việt. Tất nhiên, có rất nhiều kênh thông tin về từ vựng và ngữ pháp có thể dùng làm bằng chứng cho các đặc tính liên nhân xuất hiện trong ngôn ngữ khám tư vấn. Tuy nhiên,

⁴ Vì dung lượng của bài báo khoa học có giới hạn, nghiên cứu này chỉ có thể giải thích tóm tắt lý do hình thức CN *không tương tác* được sử dụng phần lớn trong cú đẳng lập chứ không phải là phụ thuộc. Lý thuyết về các chiến lược liên cú trong tiếng Anh và tiếng Việt xin xem thêm trong Halliday, 1994; Matthiessen, 1995; Halliday, 2012, Hoàng Văn Vân dịch.

vì sự giới hạn không gian của một bài báo khoa học, nghiên cứu này chỉ dừng lại ở việc đưa ra những minh chứng về tần số sử dụng và một số đặc điểm ngữ pháp - từ vựng của chủ ngữ gắn trong các cú của thức kiến tạo nên nét chung và riêng được thể hiện trong tính liên nhân của ngôn thoại khám tư vấn. Từ kết quả của nghiên cứu, bài báo đưa ra một số kết luận như sau:

Thứ nhất, tính liên nhân ẩn sau lời nói của bác sĩ tại phòng khám là sự thể hiện ‘quyền lực’, khẳng định vai trò và trách nhiệm của bác sĩ khi giao tiếp với người bệnh. Tuy vậy, cách thức thể hiện quyền lực trong hai ngôn ngữ khám tư vấn có những nét tương đồng và dị biệt. Nét tương đồng thể hiện ở tỉ lệ sử dụng CN *tuong tác* lớn nhất so với ba loại hình chủ ngữ còn lại. Điều này phản ánh rất sát với thực tế khi công tác khám tư vấn xảy ra trực tiếp (face-to-face) giữa bác sĩ và người bệnh. Chính vì vậy, hai tham thể này đương nhiên phải được đề cập đến nhiều nhất. Tuy nhiên, những phân tích chi tiết về ý nghĩa sử dụng từ vựng thông qua bốn kênh chủ ngữ so sánh đã cho thấy nét dị biệt khá lớn trong hai ngôn ngữ. Đối với ngôn thoại tư vấn của bác sĩ Anh, chúng tôi đã tìm thấy nhiều bằng chứng chứng minh cho sự dịch chuyển diễn ngôn theo đường hướng lấy người bệnh làm trung tâm trong tư vấn khám chữa bệnh. Kết quả này tiếp tục khẳng định những phát hiện trước đây của chúng tôi (Nguyễn Thanh Nga, 2017, 2018). Cụ thể, việc phân tích tỉ lệ các đặc tính từ vựng-ngữ pháp của bốn loại chủ ngữ cho thấy bác sĩ Anh đã khai thác rất hiệu quả nguồn tài nguyên ngữ pháp trong ngôn thoại của mình để không những nâng cao được tính độc lập, tự chủ cho người bệnh mà còn thể hiện tính quyền lực lịch sự khi luôn hướng tới người bệnh, lấy người bệnh làm trung tâm. Nói một cách khác, để làm tròn trách nhiệm của mình, ẩn sau ngôn từ của bác sĩ Anh là một phương châm giao tiếp lịch sự, gần gũi và thân thiện. Đối với ngôn thoại tư vấn của bác sĩ Việt, chúng tôi cũng tìm thấy các bằng chứng chứng minh bác sĩ hướng tới người

bệnh, nhưng lấy kết quả điều trị của người bệnh làm trung tâm. Dựa vào nguồn tài nguyên ngữ pháp về chủ ngữ trong ngôn từ cho thấy bác sĩ Việt có xu hướng thể hiện quyền lực khá trực tiếp trước người bệnh. Khoảng cách trong mối quan hệ của bác sĩ Việt với người bệnh vẫn còn tương đối lớn.

Thứ hai, cũng giống như các nghiên cứu trước, chúng tôi một lần nữa khẳng định rằng các nguồn tài nguyên về ngữ pháp có đóng góp rất lớn trong việc nâng cao chất lượng lời nói của bác sĩ khi giao tiếp với người bệnh đặc biệt là việc sử dụng hiệu quả các kênh chủ ngữ trong ngôn từ.

Thứ ba, vì ngôn ngữ của bác sĩ nằm trong một hệ thống ngôn ngữ của xã hội mà nó thuộc về. Cụ thể, ngôn ngữ của các bác sĩ trong nghiên cứu đương nhiên chịu ảnh hưởng trực tiếp của hệ thống ngôn ngữ tiếng Anh và tiếng Việt. Trong nghiên cứu này, chúng tôi xin phép nhắc lại là không đưa ra những kết luận ‘đóng khung’ như Nguyễn Quang (2018: 16). Tuy nhiên, những kết luận có bằng chứng khách quan tính trong nghiên cứu này cho thấy bác sĩ Việt nên hướng tới sự chuyển dịch diễn ngôn lấy người bệnh làm trung tâm hơn nữa nhằm tạo khoảng cách gần gũi và thân thiện với người bệnh trong công tác khám chữa bệnh tư vấn trực tiếp.

Nghiên cứu này chỉ khảo sát trên phạm vi hẹp về cách sử dụng chủ ngữ ở các cú của thức trong khung lý thuyết của SFL nhưng đây cũng là một sự khẳng định về tính hiệu quả và giá trị nhân văn trong việc trau dồi kỹ năng giao tiếp lấy người bệnh làm trung tâm. Nghiên cứu cũng đồng tình với những gì mà Aarons (2005: 18) đã kêu gọi, đó là việc xác định hai yếu tố ‘điều trị’ và ‘quan tâm’ (‘cure’ and ‘care’) là không thể tách rời trong công tác khám tư vấn. Trong đó, yếu tố ‘quan tâm’ được tác giả này đánh giá là các kỹ năng liên nhân (interpersonal skills) mà bác sĩ sử dụng trong khi giao tiếp cùng người bệnh. Thay đổi trong diễn ngôn của bác sĩ nên hướng tới tính lịch sự, ân cần, hay nói như Hall et al (1994: 31), ‘patients need for both cure

and care when visiting their doctors (the need to know and understand [cure], and the need to feel known and understood [care]) (Tạm dịch là: người bệnh cần nhận được cả sự điều trị và quan tâm khi được bác sĩ khám bệnh. Nhu cầu biết và hiểu [điều trị], và nhu cầu được biết và được hiểu [quan tâm]). Cũng giống như những nghiên cứu trước, bài báo này hy vọng đóng góp thêm một phần nhỏ vào lĩnh vực nghiên cứu ngôn ngữ ngành y và là nguồn tài liệu tham khảo hữu ích cho các sinh viên y khoa đang còn ngồi trên ghế nhà trường và đội ngũ nhân viên y tế đang trực tiếp phục vụ người bệnh đạt hiệu quả cao.

Hạn chế của nghiên cứu này là không khai thác được nguồn ‘dữ liệu thô’ (primary data) trong tiếng Anh vì vậy việc so sánh với nguồn dữ liệu tự nhiên trong tiếng Việt sẽ làm độ tin cậy của nghiên cứu bị ảnh hưởng. Tuy nhiên, nghiên cứu đã khắc phục bằng cách lựa chọn những nguồn ngữ liệu tiếng Anh được tái hiện lại ít tính sản khẩu hóa nhất để hai nguồn ngữ liệu Anh - Việt mang tính tương đồng cao trong so sánh. Hơn nữa, nghiên cứu chỉ tập trung vào phát hiện và so sánh các đặc tính từ vựng và ngữ pháp trong ngôn từ của bác sĩ mà không đi xa nghiên cứu các yếu tố văn hóa hay thành tố giao tiếp nào đã tác động đến việc lựa chọn từ vựng - ngữ pháp đó. Nếu có thể tìm được hai nguồn ngữ liệu thô tương đồng, nghiên cứu sẽ đi xa hơn để tìm hiểu về các tầng ẩn văn hóa ảnh hưởng đến việc lựa chọn từ vựng ngữ pháp, kiến tạo nên ngôn từ của bác sĩ tại phòng khám tư vấn.

Để có sự so sánh toàn diện và đánh giá chi tiết về tính quyền lực được ẩn sâu trong giao tiếp liên nhân của bác sĩ Anh và Việt, cần phải có thêm các bằng chứng được hiện thực hóa trong ý nghĩa của ngôn từ của bác sĩ. Cụ thể, trong hệ thống Thức nói riêng, tìm hiểu thêm về ngữ pháp và từ vựng của thức và tình thái (mood and modality) cũng có tiềm năng đưa ra nhiều bằng chứng về tính liên nhân trong giao tiếp bác sĩ - người bệnh. Ngoài ra, các yếu tố giao tiếp khác như lượt lời (turns), cặp thoại (pairs), chỉnh sửa lời (repairs)

ứng dụng trong phân tích hội thoại, hệ tư tưởng (ideology) trong ngôn ngữ học phê phán, hành vi ngôn ngữ (speech act) trong dụng học đều là những nguồn tài nguyên lý thuyết hữu ích giúp khám phá thêm tính liên nhân tàng ẩn trong ngôn từ tư vấn của bác sĩ với người bệnh tại phòng khám tư vấn. Nghiên cứu này cũng mới chỉ dừng lại ở việc đặt ngôn ngữ của người bác sĩ vào bối cảnh giao tiếp với người bệnh để tìm hiểu tính liên nhân trong ngôn từ của bác sĩ. Nếu có thể đi xa hơn, các nghiên cứu tiếp theo nên tìm hiểu tính liên nhân được kiến tạo trong ngôn từ của cả bác sĩ và người bệnh. Điều này sẽ mô tả được bức tranh giao tiếp bác sĩ - người bệnh tại phòng khám tư vấn một cách toàn diện và sâu sắc hơn.

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

- Halliday, M. A. K. (2012). *Dẫn luận ngữ pháp chức năng* (2nd ed). Hoàng Văn Vân dịch. Hà Nội: Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội.
- Nguyễn Thanh Nga (2018). Giao tiếp của bác sĩ và bệnh nhân tại phòng khám tư vấn – một nghiên cứu trường hợp tại Australia. *Nghiên cứu Nước ngoài*, 34(1), 154-177.
- Nguyễn Quang (2018). Chủ quan tính và khách quan tính trong hệ thống xung hô Việt và Anh. *Nghiên cứu Nước ngoài*, 34(1), 17-34.
- Hoàng Văn Vân (2005). *Ngữ pháp kinh nghiệm của cú tiếng Việt: Mô tả theo quan điểm chức năng hệ thống*. In lần thứ hai. Hà Nội: Nxb Khoa học Xã hội.
- Hoàng Văn Vân (2017). Ngôn ngữ của sách giáo khoa phổ thông: Khảo sát đặc điểm ngữ pháp-từ vựng của 7 bài học (ngôn bản) trong *Sinh học 8* từ bình diện liên nhân. *Ngôn ngữ*, 9(340), 28-54.

Tiếng Anh

- Aarons, D. (2005). *Doctor-patient communication in government hospital in Jamaica: Empiric and ethical dimensions of a socio-cultural phenomenon*. PhD thesis, University of McGill, Pécs, Montreal.
- Adam, Q. A. (2014). Study of power relations in doctor-patient interactions in selected hospital in Lagos State, Nigeria. *Advances in Language and Literary Studies*, 5(2), pp. 177-184.
- Adegbite, W. & Odeunmi, A. (2006). “Discourse tact in doctor-patient interactions in English: An analysis of diagnosis in medical communication in Nigeria.” *Nordic Journal of African Studies*, 15(4), pp. 499-519.
- Chinwe, R. E. (2013). Critical discourse analysis of interpersonal meaning and power relations in

- selected inaugural political speeches in Nigeria. *Unizik Journal of Arts and Humanities*, pp. 46-65.
- Eggs, S & Slade, D. (1997). *Analyzing Casual Conversation*. London: Continuum.
- Hall, J. A., Irish, J. T., Roter, D.L., Ehrlich, C.M., Miller, L.M. (1994). Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care*, 32 (12), pp. 12-31.
- Halliday, M. A. K. (1978). *Language as Social Semiotic: The Interpretation of Language and Meaning*. London: Edward Arnold.
- Halliday, M. A. K. (1985). *Spoken and Written Language*. Geelong, Vic: Deakin University Press.
- Halliday, M. A. K. (1994). *An Introduction to Functional Grammar* (2nd ed). London: Edward Arnold.
- Halliday, M. A. K. (2002). *On Language and Linguistics*. London: Continuum.
- Halliday, M. A. K., McIntosh, A & Stevens, P. (1964). *The Linguistic Sciences and Language Teaching*. London: Longman.
- Halliday, M. A. K & Matthiessen, C. M. I. M. (2004). *An Introduction to Functional Grammar* (3rd ed). London: Edward Arnold.
- Irwin W. G., McClelland, R. and Love, A. H. G. (1989). Communication skills training for medical students: an integrated approach. *Med. Educ*, 23, pp. 387-391.
- Luo, X. (2015). Patients' Interrogative Choices in Chinese Doctor-Patient Conversations. *Studies in Sociology of Science*, 6 (4), pp. 65-69.
- Matthiessen, C. (1995). *Lexicogrammatical Cartography: English Systems*. Tokyo: Tokyo International language Science Publishers.
- Nguyễn Thanh Nga (2017). Doctor-patient power relation: a systemic functional analysis of a doctor-patient consultation. *VNU Journal of Foreign Studies*, 33(3), pp. 24-43.
- Ong L. M., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M. & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40, pp. 903-918.
- Roter, D. L & Hall, J. A. (1992). *Doctor talking with patients/Patients talking with doctors*. London: Auburn House.
- Wilkes, G. A. (2002). *The Collins English Dictionary: Australian Edition*. Sydney/Auckland/Glasgow, Collin.

DOCTOR TALK AT CONSULTANCY IN ENGLISH AND VIETNAMESE: AN INTERPERSONAL COMPARISON APPROACHED FROM THE PERSPECTIVE OF SUBJECT USES

Nguyen Thanh Nga

Vietnam Military Medical University, 160 Phung Hung, Phuc La, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

Abstract: This paper includes a detailed analysis of subject deployments realized in English and Vietnamese doctor talks at consultations with patients. The focus is to base on doctor's uses of subject to compare interpersonal meanings hidden behind doctors' consultation of the two selected languages. The theoretical framework used in the current study is the mood system of SFL (systemic functional linguistics) which includes four main types of subject: (1) subject explicit, (2) subject implicit, (3) subject interactant, and (4) subject non-interactant (Halliday & Matthiessen, 2004; Hoang Van Van, 2017). The data was collected by note taking and recording of 120 conversations (60 English conversations downloaded from Youtube; and 60 Vietnamese conversation recorded from real sites of consultation). This study not only finds out the similarities and differences of interpersonal meanings hidden behind doctors' uses of subject but also confirms the necessity of change of subject deployments in medical discourse that lead to the movement of patient-centeredness mood.

Keywords: consultation, doctor-patient consultation, interpersonal meanings, Systemic Functional Linguistics (SFL)