



โครงสร้างการสนทนาในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก

Conversational Discourse Structure between Psychiatrists and Out-Patients in Primary Psychiatric Consultation

ศกาวเดือน ชาธรรม (Sakowduen Sathum)^{1*} ดร.เทพี จรัสจรุงเกียรติ (Dr.Tepee Jaratjarungkiat)**

(Received: January 11, 2018; Revised: April 30, 2018; Accepted: May 3, 2018)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์ในการศึกษาโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นซึ่งพบ 2 ลักษณะ คือ การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยใหม่ และการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่า การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยใหม่ปรากฏ 10 ขั้นตอน ดังนี้ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การวินิจฉัยแยกโรค การวางแผนการรักษาและการใช้ยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา ส่วนการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่าแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่าที่อาการดีขึ้น และการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่าที่อาการไม่ดีขึ้น การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่าที่อาการดีขึ้นปรากฏ 9 ขั้นตอน คือ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา การทบทวนวิธีการรักษา และการปรับยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา ส่วนการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นปรากฏ 9 ขั้นตอน ขั้นตอนที่แตกต่างกันจากการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่าที่อาการดีขึ้น คือ การถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น และการถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผู้ป่วยเก่าบางรายมีสิทธิในเปิดและปิดการสนทนาแสดงถึงการยอมรับในอำนาจนั้นของจิตแพทย์

ABSTRACT

This research aims to study the conversational discourse between psychiatrists and out-patients in primary psychiatric consultation. The results showed that primary psychiatric consultation two kinds of discourse between psychiatrists and new patients, and between psychiatrists and old patients. The conversational discourse between psychiatrists and new patients consist of ten steps included, start the conversation, asking for purpose, inquire to symptoms and medical records, inquire to related information on symptoms or metal checking, inquire to factors of

¹Correspondent author: Tepee.J@chula.ac.th

*นิสิต หลักสูตรอักษรศาสตรบัณฑิต ภาควิชาภาษาไทย คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**อาจารย์ประจำ ภาควิชาภาษาไทย คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

cause disease, disease diagnosis, treatment and medicine planning, let a patient make an inquiry, appointment making, and end the conversation. For the conversational discourse between psychiatrists and old patients consists of two situations: 1) the conversational discourse between psychiatrists and old patients(better), and 2) the conversational discourse between psychiatrists and old patients(non-better). The conversational discourse between psychiatrists and old patients(better) shown nine steps included start the conversation, mention to the purpose, inquire to symptoms and medical records, inquire to major symptoms related information or mental checking, patient make a self-evaluation and inquire to medicine side-effect, treatment review and medicine adjustment, let a patient make an inquiry, appointment making, and end the conversation. However, the conversational discourse between psychiatrists and old patients(non-better) shown nine steps that differences from the conversational discourse between psychiatrists and old patients(better) is inquire to the cause of the non-better symptom, and inquire to daily life of patients. Some old patients started and ended in some context, indicate the power of the out-patient and accepted.

คำสำคัญ: การสนทนาวิเคราะห์ ปริจเฉท การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น

Keywords: Conversation analysis, Discourse, Primary psychiatric consultation

บทนำ

การศึกษายทสนทนาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยได้เริ่มต้นขึ้นในช่วงปี ค.ศ.1974 [1] เป็นการวิเคราะห์บทสนทนาทางโทรศัพท์ที่ติดต่อกันยังศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายในเมืองลอสแอนเจลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า การสนทนาที่เกิดขึ้นมีลักษณะที่เรียกว่าผลัดการพูด (turn-taking) และมีโครงสร้างที่เป็นแบบแผน เช่น การแลกเปลี่ยนผลัดการพูด (turn exchange) การผลัดกันพูด (turn-taking) การพูดซ้อนเหลื่อม (overlapping talk) สิทธิการสนทนา (floor) ระบบการจัดการแบบเฉพาะที่ (local management system) การปรับแก้(repair) การเริ่มต้นและการสิ้นสุดหัวข้อการสนทนา (initiation and closing topic) เป็นต้น นักวิจัยด้านภาษารุ่นหลังจึงได้ประยุกต์แนวทางการศึกษายทสนทนาเพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของบทสนทนาในการตรวจรักษาโรคให้ละเอียดมากขึ้น กรอบแนวคิดที่เด่นชัด คือ งานวิจัยของไบรน์และลอง [2] ศึกษาปริจเฉทหรือ โครงสร้างและองค์ประกอบในการตรวจรักษาโรค พบว่า โครงสร้างการสนทนาเรียงเป็นลำดับขั้นตอน คือ 1) การเปิดการสนทนา (opening) 2) การรวบรวมข้อมูล (data gathering) ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติ (taking the history) และการตรวจร่างกาย (physical examination) 3) การวินิจฉัยโรค (diagnosis) 4) การให้คำแนะนำในการรักษา (recommendation for treatment) และ 5) การปิดการสนทนา (closing) จึงนับเป็นงานวิจัยที่น่ากรอบแนวคิดทั้งปริจเฉทวิเคราะห์และสนทนาวิเคราะห์มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษายทสนทนามากขึ้น

ในระยะหลังมีนักวิจัยชาวไทยจำนวนหนึ่งนำแนวคิดที่เกี่ยวเนื่องกับการสนทนาภาษายทสนทนาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในบริบทต่าง ๆ เช่น การใช้ภาษาในการตรวจรักษาโรคของอายุรแพทย์ [3] วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ [4] การสนทนาระหว่างกุมารแพทย์กับผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรค [5] และ กระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง [6] งานวิจัยกลุ่มนี้เป็นการวิเคราะห์การสนทนาของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่มีผลกระทบจากโรคร่างกายหรือโรคอาชญากรรม



ในขณะที่การศึกษาทสนทนาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ด้านจิตเวชและผู้ป่วยด้วยกรอบแนวคิดปริศนาวิเคราะห์หรือสนทนาวิเคราะห์ในประเทศไทยพบ 1 เรื่อง คือ กลไกการสนทนาที่ใช้ในการบำบัดของพยาบาลจิตเวช [7] ซึ่งเป็นงานวิจัยที่วิเคราะห์การสนทนาบำบัดระหว่างผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายในโรงพยาบาลจิตเวชกับพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น จากข้อมูลงานวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นว่ายังมีประเด็นให้ผู้ที่สนใจวิเคราะห์บทสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชอีกมาก เพราะยังไม่มีนักวิจัยผู้ใดใช้กรอบสนทนาวิเคราะห์ศึกษาประเด็นดังกล่าวในประเทศไทย

การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องมีการสนทนาระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ การใช้ถ้อยคำหรือบทสนทนาของผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญทำให้เกิดกระบวนการตรวจรักษาโรค ความหมายที่ผู้ป่วยสื่อสาร (voice of patients) มายังจิตแพทย์เป็น ถ้อยคำที่มีความหมายหรือความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ องค์ประกอบสำคัญที่จิตแพทย์ต้องดำเนินการในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชตามตำราหลักจิตเวชศาสตร์ [8-11] ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) การเริ่มต้นสัมภาษณ์ 2) การซักประวัติและการสอบถามอาการสำคัญ 3) การตรวจสภาพจิต 4) การตรวจร่างกาย 5) การตรวจพิเศษ 6) การวินิจฉัยแยกโรคและการวินิจฉัย 7) การวางแผนการรักษา 8) การพยากรณ์โรค 9) การแจ้งผลการตรวจ และแผนการรักษาต่อผู้ป่วยและญาติ และสรุปการสัมภาษณ์ แต่การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในสถานการณ์จริงจะแตกต่างจากขั้นตอนตามตำราทางแพทย์ เนื่องจากมีบริบทและปัจจัยในการสื่อสารซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความประหม่าไม่มั่นใจ เพราะผู้ป่วยมักจะมีกังวลใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตใจของตน ต้องการให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดเป็นทุนเดิม และเป็นสถานการณ์ที่ต้องเผชิญหน้ากับจิตแพทย์ซึ่งเป็นฝ่ายที่มีสถานภาพทางสังคมสูงกว่าที่สนิทสนมคุ้นเคยกัน จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดหรืออาจส่งผลให้โครงสร้างหรือขั้นตอนการสนทนามีความแตกต่างจากการสนทนาในสถานการณ์ทางการแพทย์แขนงอื่นๆ ทั่วไป จิตแพทย์ต้องกำหนดโครงสร้างการสนทนาและใช้กลวิธีต่างๆ ในการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยเพื่อให้การสนทนานั้นสามารถนำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องซึ่งแตกต่างจากการสนทนาทางการแพทย์ทั่วไป โดยจำเป็นต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจ พฤติกรรม และสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเวชเป็นสำคัญ

จากความสำคัญของการสื่อสารระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกข้างต้น ประกอบกับยังไม่พบงานวิจัยใดที่ศึกษาโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในแง่มุมทางภาษาศาสตร์ จึงทำให้ผู้วิจัยให้ความสนใจวิเคราะห์สถานการณ์นี้อย่างละเอียดด้วยกรอบแนวคิดปริศนาและสนทนาวิเคราะห์ โดยมีสมมติฐานว่า ปริศนาการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นมีโครงสร้างหลักที่สมบูรณ์ ได้แก่ การเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา โดยน่าจะมีลักษณะเด่นคือทั้งจิตแพทย์และผู้ป่วยต่างมีส่วนร่วมในการครอบครองผลัดการสนทนาที่เท่ากัน และจิตแพทย์เป็นฝ่ายเปิดและปิดการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นเสมอ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาโครงสร้างในปริศนาการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นตามแนวคิดสนทนาวิเคราะห์

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบพรรณนาวิเคราะห์โดยใช้กรอบแนวคิดสนทนาวิเคราะห์และปริศนาวิเคราะห์ศึกษาการสนทนาในสถานการณ์จริงในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในโรงพยาบาลที่ตรวจรักษาโรคทางจิตเวชโดยที่ผู้วิจัยได้พิจารณาสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชจากสถิติที่คนไทยเข้ารับการรักษามากที่สุด

5 อันดับแรก ประกอบด้วย โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคลมชัก และอาการที่มีผลจากการติดสารเสพติด [12] และการสอบถามจากโรงพยาบาลพบว่า โรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในการตรวจรักษาและสามารถอนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ คือ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และภาวะเครียด โดยเก็บข้อมูลการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชของจิตแพทย์จำนวน 10 คน (ชาย 6 คน หญิง 4 คน) เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มข้อมูลจิตแพทย์ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ สำหรับกลุ่มข้อมูลผู้ป่วยนอกและญาติมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ การใช้แบบสอบถามอาการป่วยเบื้องต้นของผู้ป่วยและญาติด้วยความสมัครใจที่ระบุอาการ ดังต่อไปนี้ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และภาวะเครียด อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปจนถึง 60 ปี ไม่จำกัดเพศหรือสถานภาพ ส่วนเกณฑ์การคัดออกจะดำเนินการเมื่อผู้ป่วยนอกหรือญาติไม่สมัครใจในระหว่างการให้ข้อมูล หรือเป็นกรณีที่จิตแพทย์วินิจฉัยระบุว่าไม่มีอาการตามเกณฑ์การคัดเลือก เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยจึงส่งหนังสือราชการขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยไปยังโรงพยาบาลที่ได้ติดต่อไว้ในเบื้องต้นประกอบด้วย โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลลำานธิ(จังหวัดลพบุรี) โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (จังหวัดสุราษฎร์ธานี) เพื่อเสนอโครงการต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนประจำโรงพยาบาล เมื่อได้รับการอนุญาตอย่างเป็นทางการจึงได้เก็บข้อมูลสถานการณ์ตามที่กำหนดไว้ คือ สถานการณ์การตรวจรักษาที่ไม่มีญาติผู้ป่วยร่วมด้วยไม่น้อยกว่า 30 สถานการณ์ และการตรวจรักษาที่มีญาติผู้ป่วยร่วมด้วยไม่น้อยกว่า 30 สถานการณ์ รวมทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 60 สถานการณ์ ผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 84 สถานการณ์ โดยสมมติชื่อ-สกุล และวันเวลาทุกข้อมูล กำหนดอักษรย่อ พ. ย่อมาจาก จิตแพทย์ ผ. ย่อมาจากผู้ป่วยนอก และ ฉ. ย่อมาจาก ญาติผู้ป่วย รวมทั้งได้กำหนดสัญลักษณ์ในการถอดเสียงบทสนทนาตามแนวคิดสนทนาวิเคราะห์ ดังนี้

Z	หมายถึง	การพูดต่อเนื่องกัน โดยไม่เว้นจังหวะ
[หมายถึง	การพูดแทรกของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง
[]	หมายถึง	การพูดซ้อนของกลุ่มสนทนา
<i>ตัวหนาเอียง</i>	หมายถึง	ช่วงของถ้อยคำที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ในประเด็นที่ตั้งไว้
(อักษปีกิริยา)	หมายถึง	กิริยาอาการที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งแสดงท่าทางในระหว่างการสนทนา

สรุปผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้ศึกษาโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชทั่วไป ใน 3 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 การศึกษาบริบทในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น โดยใช้แนวคิดชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสาร (SPEAKING) [13] ประเด็นที่ 2 โครงสร้างการสนทนาอันประกอบด้วย การเปิด การดำเนินการปิดการสนทนา และประเด็นสุดท้ายคือองค์ประกอบการสนทนา ตามลำดับดังนี้

1. บริบทในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นโดยใช้แนวคิดชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสาร (SPEAKING)

จากการวิเคราะห์บริบทการสื่อสารตามแนวคิดพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสารเป็นรายโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ทำให้ผู้วิจัยมองเห็นภาพรวมของการสื่อสารในบริบทเฉพาะระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช ดังนี้



จุดร่วมของบริบทการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นตามแนวชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสารในโรงพยาบาลทุกแห่ง ได้แก่ จุดมุ่งหมาย (Ends) การลำดับวignกรรม (Act sequence) บรรทัดฐานของการตีความและการปฏิสัมพันธ์ (Norm of Interaction & Interpretation) และประเภทของการสื่อสาร (Genre)

จุดมุ่งหมายในการสนทนาในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชดำเนินไปเพื่อสอบถามและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นำไปสู่การรักษาโรคอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ จุดมุ่งหมายนี้เป็นวัตถุประสงค์ในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในทุกโรงพยาบาลมีเป้าหมายไปในทิศทางเดียวกัน

ลำดับวignกรรมการตรวจรักษาของจิตแพทย์ในโรงพยาบาลทุกแห่งจะปรากฏเรียกกันอยู่ภายในโครงสร้างของสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวช 2 สถานการณ์ คือ สถานการณ์ที่หนึ่งเป็นการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยใหม่ และสถานการณ์ที่สองคือการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยเก่า วignกรรมที่เกิดขึ้นในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกเริ่มต้นด้วยวignกรรมการทักทาย การถาม การอธิบาย การตอบรับ การปฏิเสธ การสั่ง การขอร้อง การแนะนำ และการอำลา โดยจิตแพทย์จะใช้วignกรรมเหล่านี้เพื่อสร้างความสัมพันธ์ รวบรวมข้อมูล และนำมาวินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง ส่วนผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยจะสนทนาตอบด้วยคำอวยคำในวignกรรมที่สอดคล้องกับวignกรรมที่จิตแพทย์เลือกใช้ในการสนทนาตั้งแต่วignกรรมการตอบรับการทักทาย การตอบคำถาม การตอบรับคำอธิบาย การถาม การตอบรับคำสั่ง การตอบรับการขอร้อง การตอบรับคำแนะนำ และการตอบรับคำอำลา ผู้ป่วยหรือญาติเลือกใช้วignกรรมเหล่านี้เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วย แจ้งผลจากการใช้ยา ร่วมมือในการสร้างความสัมพันธ์ และให้เกิดความชัดเจนในการดูแลรักษาต่อไป ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยสามารถเป็นฝ่ายเริ่มวignกรรมการถามหรือวignกรรมอื่นๆ เพื่อให้จิตแพทย์แสดงวignกรรมการตอบหรืออธิบายข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาได้ตลอดระยะเวลาในการตรวจรักษา

บรรทัดฐานของการตีความและการปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์การสื่อสารลักษณะนี้ผู้วิจัยพบว่า จิตแพทย์และผู้ป่วยทราบและรับรู้ร่วมกันว่าการสื่อสารในสถานการณ์นี้จะมีความแตกต่างกับการสื่อสารในชีวิตประจำวัน ลักษณะอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตเวชจะมีอาการผิดปกติทางจิตใจหรือสมอง ซึ่งอาจทำให้การสื่อสารระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยไม่ราบรื่น จิตแพทย์แต่ละคนต่างมีสิทธิที่จะถามผู้ป่วยหรือญาติได้ทุกเรื่องที่มีความเห็นว่าเกี่ยวข้องกับอาการป่วย โดยผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องตอบทุกคำถามอย่างละเอียด ยิ่งไปกว่านั้นในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้หรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จิตแพทย์จะสามารถสอบถามกับญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยแทนได้ทันที

ประเภทของการสื่อสารเป็นสถานการณ์ที่ต่างฝ่ายต่างเข้าใจดีว่าเป็นการสนทนาที่ต้องเผชิญหน้าระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นบริบทที่ทุกฝ่ายต่างเข้าใจตรงกันและยินดีที่จะร่วมสนทนาในบริบทดังกล่าว

บริบทของการสื่อสารที่นำเสนอไปในส่วนที่ผ่านมานั้นเป็นลักษณะที่มีร่วมกันของสถานการณ์การสื่อสารในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นจากโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง แต่ผู้วิจัยยังพบลักษณะของบริบทที่แตกต่างกันตามแต่สถานที่ที่เก็บข้อมูลการวิจัย ได้แก่ ฉากหรือกาลเทศะ (Settings/Scene) ผู้ร่วมเหตุการณ์ (Participants) กุญแจหรือน้ำเสียงหรือท่วงทำนองในการสื่อสาร (Key) และเครื่องมือหรือวิธีการในการสื่อสาร (Instrumentalities)

ฉากหรือกาลเทศะในโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน ทั้งๆ ที่บริเวณหน้าห้องตรวจหรือแม้แต่วเวลาในการตรวจรักษาใกล้เคียงกัน แต่เมื่อผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลในพื้นที่แต่ละภูมิภาคกลับพบว่า สถานที่ตั้งโรงพยาบาลในจังหวัดต่างๆ มีผลต่อการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชอย่างเห็นได้ชัด สถานที่ตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในส่วนกลางตั้งอยู่ในหน่วยงานราชการของกระทรวงสาธารณสุขบริเวณจังหวัดนนทบุรี เป็นโรงพยาบาลทางจิตเวชที่รองรับผู้ป่วยจากกรุงเทพฯ และปริมณฑล แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางมายังโรงพยาบาลศรีธัญญาเพียงแห่งเดียว

เนื่องจากภายในเขตกรุงเทพฯ ยังมีสถานพยาบาลทางจิตเวชอีกหลายแห่ง อาทิ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ สถาบันราชานุกูล โรงพยาบาลยูวประสาท วัฒโยปถัมภ์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ว่าจะสะดวกเดินทางไปรักษาที่ใด แต่โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในต่างจังหวัดมีค่อนข้างน้อย ภาคเหนือ 2 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 5 แห่ง ภาคตะวันออก 1 แห่ง และภาคใต้ 2 แห่ง ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มารักษาในเขตต่างจังหวัดมีถึง 300-500 คนต่อวัน เพราะผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาในสถานพยาบาลที่ไกลจากภูมิลำเนาได้ เนื่องจากปัญหาจากภาระด้านค่าใช้จ่าย เวลา และการเดินทาง อาจส่งผลกระทบต่อ การรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่โรคทางจิตเวชเป็นโรคที่จำเป็นต้องรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน หลายโรงพยาบาลในต่างจังหวัดจึงได้มีนโยบายเชิงรุก คือ การเดินทางไปตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในพื้นที่ห่างไกล เช่น โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี นำทีมจิตแพทย์และเจ้าหน้าที่เดินทางไปตรวจรักษาที่เกาะต่างๆ ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดใกล้เคียง หรือ โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลอายุรกรรมประจำอำเภอได้เชิญจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากกรมสุขภาพจิตมาเปิดให้มีการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในวันและเวลาที่สะดวก เพราะนอกจากการออกตรวจรักษาในพื้นที่ห่างไกลจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลหลักและยังทำให้ลดปัญหาการขาดการรักษาต่อเนื่องไปได้ค่อนข้างเห็นได้ชัด

ผู้ร่วมเหตุการณ์เป็นบริบทการสนทนาที่แตกต่างอีกประเด็นหนึ่งในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชตามแนวชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสาร เนื่องจากผู้ร่วมเหตุการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในโรงพยาบาลต่างจังหวัดประกอบด้วย จิตแพทย์ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย และผู้วิจัย ส่วนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในส่วนกลางจะพบนักศึกษาแพทย์เข้าร่วมสังเกตการณ์ด้วย จิตแพทย์ส่วนกลางจะทำหน้าที่เป็นอาจารย์ผู้ให้ความรู้กับนักศึกษาแพทย์ไปพร้อมๆ กับการตรวจรักษาผู้ป่วย จำนวนของจิตแพทย์ประจำสถานพยาบาลในส่วนกลางจะมีอัตราเฉลี่ยมากกว่าในต่างจังหวัด ทำให้ค่าเฉลี่ยของจำนวนจิตแพทย์ต่อจำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลในส่วนกลางและต่างจังหวัดแตกต่างกันมาก จากการเก็บข้อมูลวิจัยพบทั้งชายและหญิงอายุตั้งแต่ 28-60+ ปี มีประสบการณ์ตามอายุงานของแต่ละคน ๆ ต่างมีเทคนิคและลักษณะเฉพาะในการตรวจรักษาที่ต่างกันไป ส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยต่อเนื่องที่ตนเคยรักษาไว้และมีผู้ป่วยใหม่บ้าง ผู้ป่วยส่วนกลางที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะเป็นบุคคลที่พักอาศัยในบริเวณใกล้เคียงหรือสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้อย่างสะดวก แต่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชต่างจังหวัดมักจะมีที่พักอาศัยห่างจากโรงพยาบาลค่อนข้างมาก การเดินทางจึงต้องวางแผนให้เป็นวันเวลาที่แน่นอน เพราะจะต้องรอลำดับการเรียกที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน เมื่อตรวจรักษาเรียบร้อยแล้วต้องเดินทางกลับภูมิลำเนาทันทีเพราะระยะทางค่อนข้างไกลและต้องใช้ระยะเวลาานกว่าผู้ป่วยในกรุงเทพฯ หรือปริมณฑลซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจมารักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาล

กฎเกณฑ์หรือน้ำเสียงเป็นท่วงทำนองในการสื่อสารที่จิตแพทย์ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งใช้แตกต่างกัน จิตแพทย์ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดมักจะใช้ภาษาระดับคุ้นเคยเป็นกันเองหรือระดับสนทนา แสดงให้เห็นว่าระหว่างคู่สนทนามีความสนิทสนมกันมากพอสมควร ส่วนใหญ่จิตแพทย์เป็นคนในพื้นที่และจะใช้ภาษาถิ่นในการสื่อสารก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกสนิทสนมคุ้นเคย เช่นเดียวกันหากเป็นผู้ป่วยเก่าหรือญาติที่เคยมาพบแพทย์หลายครั้ง จะใช้ท่วงทำนองในการสื่อสารที่สนิทสนมคุ้นเคย ผู้ป่วยสามารถถามไถ่ถึงสุขภาพและความเป็นไปของจิตแพทย์ได้ และจิตแพทย์ยินดีที่จะตอบคำถามนั้นด้วยความเป็นกันเอง จิตแพทย์ได้ใช้การพูดศัพท์เพหะ (การพูดศัพท์เพหะ หมายถึง Small talk) [14] กับผู้ป่วยและญาติหลายครั้ง การใช้คำสรรพนามเรียกตนเองของจิตแพทย์จะใช้คำว่า “หมอ” และใช้คำเรียกญาติ เช่น “ตา” “ยาย” “ลุง” “ป้า” “น้า” “พี่” “น้อง” กับผู้ป่วยมากกว่าคำว่า “คุณ” จิตแพทย์ใช้คำเรียกผู้ป่วยว่า “คุณ” ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุใกล้เคียงกับจิตแพทย์เท่านั้น ส่วนการใช้สรรพนามของผู้ป่วยและญาติจะเรียกจิตแพทย์ว่า “หมอ”



หรือ “คุณหมอ” และจะเลือกใช้สรรพนามแทนตนเองตามคำเรียกญาติว่า “ตา” “ยาย” “ลุง” “ป้า” “น้า” “พี่” หรือหากไม่ใช่คำเรียกญาติกลุ่มนี้ เพศชายจะใช้คำว่า “ผม” เพศหญิงจะใช้คำว่า “หนู” ส่วนคำแทนตัวว่า “ฉัน” พบน้อยมาก เนื่องจากผู้ป่วยน่าจะต้องการให้เกิดความสนิทสนมระหว่างตนเองกับจิตแพทย์จึงเลือกใช้สรรพนามระบุเครือญาติมากกว่าคำแทนตนเองว่า “ฉัน” ลักษณะพิเศษอีกประการหนึ่งของการใช้สรรพนามแทนตนเอง คือ ผู้ป่วยหญิงใช้คำว่า “หนู” ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยมีอายุมากกว่าจิตแพทย์ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยให้ความนับถือและยกย่องจิตแพทย์โดยไม่คำนึงถึงความอาวุโสของตน ผู้ป่วยต่างจังหวัดส่วนใหญ่รู้สึกไว้วางใจจิตแพทย์มาก หลายสถานการณ์ที่ผู้ป่วยสารภาพกับจิตแพทย์ว่า เรื่องราวที่เล่าให้จิตแพทย์ฟังเป็นเรื่องที่ไม่สามารถเล่าให้ครอบครัวหรือเพื่อนฟังได้ เนื่องจากจิตแพทย์มักจะมกลวิธีหรือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดหรืออธิบายสิ่งที่อยู่ในใจจนเกิดความสนิทสนมระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยินดีเข้าพบแพทย์อย่าง ส่วนทั่วทำงานองการสื่อสารของจิตแพทย์ในโรงพยาบาลส่วนกลางมักจะใช้ภาษาระดับสนทนาหรือกึ่งทางการ เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติไม่มีความสนิทสนมคุ้นเคยกันมากนัก การใช้คำสรรพนามบุรุษที่หนึ่งใช้คำว่า “หมอ” การใช้สรรพนามบุรุษที่สองเรียกผู้ป่วยหรือญาติจะใช้คำว่า “คุณ” ทุกครั้ง และไม่ปรากฏการใช้คำเรียกญาติอื่นๆ ขณะที่ฝ่ายผู้ป่วยหรือญาติจะใช้คำสรรพนามบุรุษที่หนึ่งแทนตัวว่า “หนู” หากเป็นหญิง และใช้คำว่า “ผม” หากเป็นชาย ไม่ว่าจะอายุมากกว่าหรือน้อยกว่าจิตแพทย์ก็ตาม และสรรพนามบุรุษที่สองใช้คำเรียกจิตแพทย์ว่า “คุณหมอ” เสมอ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าทั่วทำงานองในการสื่อสารของจิตแพทย์และผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติในโรงพยาบาลส่วนกลางจะมีความห่างเหินกันมากกว่าโรงพยาบาลในต่างจังหวัด

บริบทในหัวข้อวิธีการในการสื่อสารของจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติในโรงพยาบาลทางจิตเวช มีความแตกต่างกันบ้าง จิตแพทย์เพศหญิงจะใช้คำลงท้ายว่า “ค่ะ” หรือ “นะคะ” และจิตแพทย์ชายจะใช้คำลงท้ายว่า “ครับ” หรือ “ค่ะ” เสมอ แต่จะพบคำลงท้ายว่า “จ๊ะ” หรือ “จ๋า” หรือ “นะจ๊ะ” เฉพาะจิตแพทย์ที่ตรวจรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดเท่านั้น หลายสถานการณ์จิตแพทย์ชายเป็นผู้ใช้คำลงท้ายว่า “จ๊ะ” หรือ “จ๋า” กับผู้ป่วยโดยเฉพาะกับผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงเพื่อสร้างความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ป่วยใหม่ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง [5] ให้ความเห็นว่าแพทย์จะใช้คำลงท้าย “จ๊ะ” กับผู้ป่วยเพื่อแสดงความสนิทสนม และส่งเสริมความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเท่าที่hyินดีมาพบแพทย์ตามกำหนดนัดหมายครั้งต่อไปเป็นที่น่าสังเกตว่าหากจิตแพทย์ใช้ภาษาลีลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นภาษาลีลาอีสานหรือภาษาลีลาใต้ ผู้ป่วยจะให้ความสนิทสนมกับจิตแพทย์มากเป็นพิเศษ ส่วนหนึ่งเห็นได้จากผู้ป่วยเลือกที่จะสนทนาพูดคุยในเรื่องสัพเพเหระ เช่น ดินฟ้าอากาศ การท่องเที่ยว ครอบครัว และการใช้คำลงท้ายว่า “จ๊ะ” หรือ “จ๋า” ซึ่งเป็นคำลงท้ายที่คนส่วนใหญ่มักใช้กับคนในครอบครัวหรือคนที่สนิทสนมกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังใช้นี้เสียงแสดงความรู้สึกด้วยการขึ้นเสียงสูงในบางคำ เช่น “ว้าย” “โห” “ไม่” เพื่อแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกที่มีต่อเรื่องนั้นจริงๆ จึงแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยนอกโรคทางจิตเวชต่างจังหวัดมีวิถีในการสื่อสารกับจิตแพทย์แตกต่างจากผู้ป่วยในส่วนกลาง และยังคงแสดงถึงความสนิทสนมระหว่างคู่สนทนาได้เป็นอย่างดี

2. โครงสร้างการสนทนาในปริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก

โครงสร้างหลักในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยรายใหม่และการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยรายเก่า ปรากฏโครงสร้างหลักทั้ง 3 โครงสร้าง อันประกอบด้วย การเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในรายละเอียดพบว่าสามารถแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่ การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่าที่อาการดีขึ้น และการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่าที่อาการไม่ดีขึ้น สถานการณ์การสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยใหม่ประกอบด้วย การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การ

ถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การวินิจฉัยแยกโรค การวางแผนการรักษาและการใช้ยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา ส่วนการตรวจรักษาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่าที่อาการดีขึ้นจะปรากฏโครงสร้างการสนทนา ดังนี้ การเปิดการสนทนา การนำเข้าวัตถุประสงค์ การถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา ในสถานการณ์สุดท้ายเป็นการตรวจรักษาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นจะปรากฏการเรียงลำดับของโครงสร้างการสนทนา คือ การเปิดการสนทนา การนำเข้าวัตถุประสงค์ การถามอาการสำคัญ การถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น การถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา เมื่อเปรียบเทียบโครงสร้างจากทั้ง 3 สถานการณ์พบว่าโครงสร้างในการสนทนาที่แตกต่างกันได้ปรากฏขึ้นหลังจากผ่านการถามอาการสำคัญไปแล้ว และจะยังคงแตกต่างกันไปถึงขั้นตอนการทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา เห็นได้ชัดเจนจากการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยใหม่จะปรากฏลักษณะเด่นคือขั้นตอนการถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และการวินิจฉัยแยกโรค ซึ่งสามขั้นตอนนี้จะไม่พบในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยเก่า ส่วนขั้นตอนการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยาในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่าที่อาการดีขึ้น จะไม่พบในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยใหม่ สำหรับขั้นตอนการถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น และการถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจะพบได้ในสถานการณ์การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกที่อาการไม่ดีขึ้นเท่านั้น ขั้นตอนในการสนทนาเหล่านี้จะมีการเรียงลำดับชัดเจนตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย แต่บางขั้นตอนอาจจะปรากฏสลับสับเปลี่ยนกันได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถามอาการสำคัญ การถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง การถามสาเหตุ เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่มีเนื้อหาและข้อมูลใกล้เคียงกัน จิตแพทย์จึงอาจสลับสับเปลี่ยนคำถามได้ตามความเหมาะสม

ขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างผู้ป่วยนอกรายเก่ากับผู้ป่วยนอกรายใหม่จะมีความแตกต่างอย่างชัดเจน ขั้นตอนที่ปรากฏแตกต่างกันนั้นคือขั้นตอนการถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง การแจ้งการวินิจฉัยโรค การอธิบายขั้นตอนการรักษาและการใช้ยา หากเป็นผู้ป่วยรายเก่าจิตแพทย์จะดำเนินการขั้นตอนนี้ในระยะเวลาค่อนข้างสั้น เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีข้อมูลการรักษาในระบบจัดเก็บข้อมูลแล้ว และหลายครั้งจะไม่พบขั้นตอนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเก่าซักถาม เนื่องจากผู้ป่วยเก่าจะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับการนัดหมายครั้งก่อนและหากผู้ป่วยเก่ามีข้อสงสัยจะสอบถามขึ้นมาทันทีโดยไม่ต้องรอให้จิตแพทย์เปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้ป่วยสามารถพูดแทรกผลัดขึ้นมาในขณะที่ดำเนินการตรวจรักษาได้ตลอดเวลา ลักษณะเด่นอีกประการหนึ่งที่พบในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก คือ การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยรายเก่า ในบางสถานการณ์ผู้ป่วยรายเก่าจะเป็นฝ่ายเริ่มเปิดหรือเริ่มปิดการสนทนาแทนจิตแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยรายเก่ามักจะทราบขั้นตอนในการตรวจรักษาจนกระทั่งสามารถคาดการณ์ในลำดับต่อไปว่าจะเกิดกระบวนการใด และหลายครั้งที่ผู้ป่วยรายเก่าไม่จำเป็นต้องรอให้จิตแพทย์เป็นฝ่ายถามอาการสำคัญ กลับเป็นฝ่ายที่ระบุรายละเอียดที่จำเป็นได้ทันทีที่พบจิตแพทย์ และผู้ป่วยเก่าบางรายยังเป็นฝ่ายส่งสัญญาณเพื่อปิดการสนทนาด้วยการตั้งคำถามว่า “เรียบร้อยแล้วใช่ไหมครับ/ค่ะ” ซึ่งจะไม่พบลักษณะเช่นนี้ในการตรวจรักษาผู้ป่วยรายใหม่ เช่น (ตัวอย่างที่ 1 การเปิดการสนทนาโดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า)

ผ. สวัสดิ์ค๊ะ (ภาษาไทยมาตรฐาน)

พ. Z ครับ ครับผม มาคนเดียวนะครับ (ภาษาถิ่นใต้)

ผ. มากับพี่เขยค๊ะ(ภาษากลาง)



- พ. Z เอ้า มากับพี่เขยนะ แล้วตอนนี้จิตใจ ทานยา จิตใจสบายดีมัย (ภาษาถิ่นใต้)
- ผ. ก็ปกคิละ
- พ. เรื่องเศร้าๆ ตอนนี้เป็นไงบ้างครับ
- ผ. ตอนนี้ก็ไม่มีกะ
- (ตัวอย่างที่ 2 การปิดการสนทนาโดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า)
- พ. ครับ หมอนัดสองเดือนครับ
- ผ. จะ สองเดือน ถ้านัดแล้วตรงกับที่ศิริราช ป้ามอบอกหมอไม่ได้
- พ. ขอเลื่อนนัดได้ครับ โทรมอบอก
- ผ. แต่ต้องตรงกับวันพฤหัสบดี
- พ. [อ้อ ไม่ ก็หมอบอกออกพุธ พฤหัส จันทร์เช้า
- ผ. อ้อ โอเคๆ กะ ขอบคุณกะ
- พ. ครับ

จากตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยรายเก่าโรคซึมเศร้าได้เปิดการสนทนาโดยไม่ต้องรอให้จิตแพทย์เป็นฝ่ายเปิดซึ่งทำให้จิตแพทย์สามารถนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ได้อย่างรวดเร็ว ส่วนในตัวอย่างที่ 2 ผู้ป่วยรายเก่าโรคซึมเศร้าเป็นฝ่ายปิดการสนทนาแสดงว่า ผู้ป่วยไม่มีประเด็นสงสัยเกี่ยวกับการตรวจรักษาอีกจึงเป็นฝ่ายปิดการสนทนาโดยไม่ต้องรอให้จิตแพทย์เป็นฝ่ายปิดตามปกติ และดูเหมือนว่าจิตแพทย์ทั้งสองคนยินยอมให้ผู้ป่วยเปิดและปิดการสนทนาได้หากไม่กระทบต่อกระบวนการในการตรวจรักษา อย่างไรก็ตามจากทั้งหมด 84 สถานการณ์ ผู้วิจัยพบการเปิดและการปิดการสนทนาโดยผู้ป่วยเพียง 5 สถานการณ์เท่านั้น และไม่พบการเปิดหรือการปิดการสนทนาจากผู้ป่วยนอกชายใหม่แม้เพียงครั้งเดียว จึงอาจจะสรุปจากการเก็บข้อมูลได้ว่า ผู้ป่วยนอกชายเก่ามีอำนาจในการสนทนามากกว่าผู้ป่วยนอกชายใหม่ และในบางสถานการณ์จิตแพทย์ยังยินยอมให้ผู้ป่วยนอกชายเก่ามีอำนาจในการสนทนามากกว่าฝ่ายจิตแพทย์ เนื่องจากจิตแพทย์เห็นว่าการแสดงบทบาทเปิดหรือปิดการสนทนานั้น สามารถดำเนินไปได้อย่างรวดเร็วและไม่ทำให้ประสิทธิภาพในกระบวนการตรวจรักษาลดลง

3. องค์ประกอบของปริจเฉทการสนทนาในการตรวจรักษาทางจิตเวชเบื้องต้น

ผู้วิจัยมุ่งวิเคราะห์องค์ประกอบของปริจเฉทการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในประเด็นต่างๆ ได้แก่ คู่ถ้อยคำ การปรับแก้ การพูดแทรก การพูดซ้อน และการครอบครองผลัดการสนทนา [15] พบคู่ถ้อยคำ 7 รูปแบบ คือ การทักทาย-การทักทาย การถาม-การตอบ การอธิบาย-การตอบรับ การแนะนำ-การตอบรับ การสั่ง-การตอบรับ การเจรจาต่อรอง-การตอบรับ/ปฏิเสธ และการกล่าวลา-การอำลา โดยพบคู่ถ้อยคำการถาม-การตอบมากที่สุด เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่จิตแพทย์ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค ซึ่งต้องใช้การถามและผู้ป่วยต้องตอบข้อมูลเหล่านั้น รวมทั้งผู้ป่วยต้องการสอบถามข้อมูลจากจิตแพทย์ และจิตแพทย์เป็นฝ่ายตอบคำถามเช่นกัน แต่ลักษณะเด่นของคู่ถ้อยคำที่ผู้วิจัยไม่คาดคิดว่าจะพบในบริบทนี้คือ คู่ถ้อยคำการเจรจาต่อรอง-การตอบรับ/ปฏิเสธ [16] ซึ่งเป็นคู่ถ้อยคำที่เกิดขึ้นกับทั้งสองฝ่ายไม่ใช่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง คู่ถ้อยคำลักษณะนี้จะประสบความสำเร็จก็ต่อเมื่อจิตแพทย์ได้พิจารณาแล้วว่าการเจรจาต่อรองนั้นไม่กระทบหรือเป็นปัญหาต่อกระบวนการรักษาต่อไป ดังตัวอย่าง

(ตัวอย่างที่ 3 คู่ถ้อยคำการเจรจาต่อรอง-ตอบรับการเจรจาต่อรองในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า)

- พ. ขึ้นแสดงว่าลมชักหมอบให้กินยาเหมือนเดิมนะ นะครับ หมอนัด 3 สัปดาห์นะครับ มาได้นะครับ
- ผ. ขอเป็นวันพฤหัสบดีได้มั๊ยคะ

- พ. Z อ้อ ต้องตรงกับกับวันพฤหัสบดีนะ
- ผ. ค่ะ ก็พอดี ถ้ายังงี้ก็ ถ้าตรงกับวันพฤหัสบดีได้ก็ดี เพราะแฟนเค้าวันหยุด(หัวเราะ)
- พ. ได้ๆ งั้นวันพฤหัสบดีครับ แล้วก็ถ้ากินยาแล้วมีปัญหา ยังงี้ก็ให้มาหาก่อนก็ได้ นะครับ เนาะ
- ผ. ตัวนี้เรากินต่อ
- พ. Z อะ ใช่มั้ย

ตัวอย่างที่ 3 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยสามารถตรวจโรคจิตแพทย์ได้และจิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ เนื่องจากผลจากการเจรจาต่อรองนั้นไม่ทำให้ประสิทธิภาพในการตรวจรักษาโรคด้อยลงไป และการต่อรองขอเลื่อนวันนัดหมายยังอยู่ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ตามระบบของการรักษาต่อเนื่อง จึงมีผลให้การเจรจาต่อรองในตัวอย่างที่ 3 ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ยังพบว่าบางสถานการณ์การปรับแก้ พวดแทรก และการพูดซ้อนสามารถปรากฏขึ้นได้ในสถานการณ์เดียวกัน เช่น

(ตัวอย่างที่ 4 การพูดแทรกและพูดซ้อนในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า)

- พ. ถือว่าเป็นช่วงพักผ่อนนะคุณลุงเนาะ
- ผ. ครับ
- พ. Z แล้วก็ดูแลเรื่องของจิตใจ นะครับนะ
- ผ. [มีลูกสาวคุณแล้ว]
- พ. งั้นเดี๋ยวรอบนี้ หมอจะ
- ผ. [แล้วผมต้องมา]
- ญ. [แต่ กลัวว่าพอกลับแล้วแจะนั่นอีก เอายาเดิม ถ้าตัวไหนที่ลดได้ค่อยลด
- พ. [งั้นเดี๋ยวหมอจะ

เอาตัวเดิมนั้นแหละครับ

จากตัวอย่างที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยพูดปรับแก้ในจังหวะเดียวกันกับการพูดซ้อนจิตแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่าจิตแพทย์ให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง แต่ผู้ป่วยปรับแก้ให้ชัดเจนว่ามีลูกบุตรสาวคุณแล้ว และในผลัดต่อมาผู้ป่วยได้พูดซ้อนอีกครั้งเพื่อสอบถามข้อมูลที่ต้องการทราบ การพูดซ้อนลักษณะนี้ของผู้ป่วยปรากฏจำนวนมากถึง 23 ครั้ง จิตแพทย์พบเพียง 8 ครั้ง ถือเป็นลักษณะเด่นของปริจเฉทการสนทนาที่ สอดคล้องกับจำนวนในการปรับแก้ที่เกิดขึ้นพร้อมกับการปรับแก้ของผู้ป่วยซึ่งมากกว่าจิตแพทย์ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเข้าใจว่าข้อมูลเหล่านั้นเป็นรายละเอียดของอาการที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่และบุคคลที่จะให้ข้อมูลได้ดีที่สุดจึงน่าจะเป็นตัวผู้ป่วยเอง ส่วนการพูดแทรกในตัวอย่างที่ 4 ในบรรทัดสุดท้ายเกิดขึ้นจากจิตแพทย์เพื่อให้ญาติทราบที่จิตแพทย์จะให้ยาตามที่เห็นสมควร ในการพูดแทรกพบว่า จิตแพทย์เป็นฝ่ายที่มีการพูดแทรกมากที่สุด 72 ครั้ง และผู้ป่วยพบ 69 ครั้ง การพูดแทรกของทั้งสองฝ่ายเกิดขึ้นเพื่อคัดค้านว่าสิ่งที่อีกฝ่ายหนึ่งกำลังสังเกตหรือตั้งสมมติฐานนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจริง ทำให้เห็นว่าทั้งสองฝ่ายต่างมีสิทธิในการพูดแทรกได้เกือบเท่าๆ กัน ซึ่งไม่น่าจะปรากฏในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคที่จิตแพทย์มีอำนาจในการสนทนาเหนือกว่าผู้ป่วย อาจจะเนื่องมาจากจิตแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญในการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้อธิบายอาการหรือรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง หากจิตแพทย์ตัดบทหรือไม่เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดแทรกอาจทำให้ข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องถูกมองข้ามไปซึ่งอาจทำให้ผลการวินิจฉัยไม่ตรงกับอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็น



นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์คำถ้อยคำ การปรับแก้ การพูดแทรก และการพูดซ้อนในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นแล้ว ข้อมูลเชิงปริมาณของสถานการณ์การสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์ผู้ป่วยนอก ได้ปรากฏจำนวนผลัดการสนทนาทั้งสามฝ่ายรวมทั้งสิ้น 4,281 ผลัด แบ่งเป็นผลัดของจิตแพทย์ 2,105 ผลัด ผลัดของผู้ป่วย 1,812 ผลัด และผลัดของญาติ 364 ผลัด แสดงให้เห็นว่าจิตแพทย์เป็นฝ่ายครอบครองการสนทนาในมิติการควบคุม การมีส่วนร่วม และมีปริมาณในการสนทนามากที่สุด เนื่องจากจิตแพทย์เป็นฝ่ายกำหนดโครงสร้างบทสนทนาให้ดำเนินสอดคล้องกับหลักวิชาการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช และหากผู้ป่วยหรือญาติเริ่มให้ข้อมูลที่ไม่ตรงประเด็น จิตแพทย์ก็สามารถใช้องค์ประกอบในการปรับแก้ การพูดแทรก หรือการพูดซ้อนบทสนทนาของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยได้ทันที

อภิปรายผล

การวิเคราะห์โครงสร้างการสนทนาในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยได้เริ่มต้นวิเคราะห์บริบทตามแนวคิดพื้นฐานวรรณนาแห่งการสื่อสาร ทำให้เห็นภาพรวมของการสื่อสารระหว่างบุคคลสองฝ่ายหรือบางกรณีเป็นสามฝ่ายอันประกอบด้วยจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก และญาติผู้ป่วย พบว่าบริบทของบริบทการสนทนา ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในแต่ละโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะบริบทของโรงพยาบาลในส่วนกลางกับ โรงพยาบาลต่างจังหวัด โรงพยาบาลจิตเวชในต่างจังหวัดจะพยายามเข้าถึงผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด เห็นได้จากการออกตรวจนอกสถานที่และการจัดตั้งแผนกจิตเวชพิเศษรับตรวจทุกวันเสาร์ซึ่งจะมีจิตแพทย์จากส่วนกลางเดินทางไปให้บริการผู้ป่วยเป็นประจำ ทำให้บุคลากรโรงพยาบาลและผู้ป่วยมีความสนิทสนมกันมากกว่าโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในส่วนกลาง จุดเด่นที่ปรากฏให้สังเกตได้ชัดเจนอีกประการหนึ่งคือความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลต่างจังหวัดจะมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากกว่าโรงพยาบาลในปริมณฑล สังเกตได้จากจิตแพทย์มีการใช้คำลงท้ายว่า “จ๊ะ” หรือ “จ๋า” และการใช้คำสรรพนามเรียกญาติกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างจังหวัด แต่ในโรงพยาบาลส่วนกลางจะใช้สรรพนามเรียกผู้ป่วยที่ไม่ระบุความสัมพันธ์ว่า “คุณ” เท่านั้น ในการใช้คำสรรพนามของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างจังหวัดจะพบการใช้สรรพนามเรียกตนเองเป็นการเรียกญาติว่า “ป้า” “ลุง” “แม่” “พี่” “หนู” นอกจากนี้ในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชต่างจังหวัดมีสิทธิ์ในการสอบถามเรื่องส่วนตัวของจิตแพทย์และสนทนากันในระดับสนิทสนมได้ตามสมควรซึ่งความสัมพันธ์เช่นนี้ผู้วิจัยไม่พบในโรงพยาบาลส่วนกลางจากการเก็บข้อมูล

ดังนั้นจากสมมติฐานว่าบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นมีโครงสร้างหลักที่สมบูรณ์ ได้แก่ การเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา ผู้วิจัยพบโครงสร้างหลักที่สมบูรณ์ทั้งหมดตามที่ตั้งสมมติฐานไว้คือการเปิด การดำเนินการ และ การปิดการสนทนา แต่ขั้นตอนในโครงสร้างจะแตกต่างกันตามแต่สถานการณ์ หากเป็นสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยใหม่จะพบ 10 ขั้นตอน แตกต่างจากสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่าที่พบ 9 ขั้นตอน ดังรายละเอียดที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ส่วนสมมติฐานในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบการสนทนาประกอบด้วย คำถ้อยคำ การปรับแก้ การพูดแทรก และการพูดซ้อน

โดยระบุว่ามีลักษณะเด่นที่น่าสนใจคือทั้งจิตแพทย์และผู้ป่วยต่างมีส่วนในการครอบครองผลัดการสนทนาที่เท่ากัน ผู้วิจัยพบว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐานนั้น เนื่องจากการเก็บข้อมูลเชิงสถิติปรากฏว่าจิตแพทย์มีจำนวนผลัดการสนทนา 2,105 ผลัด และผู้ป่วย 1,812 ผลัด ญาติ 364 ผลัด จิตแพทย์มีผลัดการสนทนามากกว่าผู้ป่วย 293 ผลัด จึงไม่เป็น

ตามสมมติฐานเรื่องผลการสนทนาที่ตั้งไว้ น่าจะเป็นเพราะจิตแพทย์ยังคงบทบาทเป็นผู้ร่วมการสนทนาหลักที่สามารถปรับเปลี่ยนการสนทนาไปตามหลักวิชาการและความเหมาะสม แต่หากพิจารณานำผลการสนทนาของผู้ป่วยและผลการสนทนาของญาติผู้ป่วยรวมกันจะปรากฏ 2,176 ผลัด ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับผลการสนทนาของจิตแพทย์ อาจทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า จิตแพทย์ยินยอมที่จะให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีการครอบครองผลการสนทนาใกล้เคียงกับจิตแพทย์เนื่องจากการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้อธิบายข้อมูลหรือรายละเอียดที่สำคัญเกี่ยวกับอาการป่วยให้มากที่สุด เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการรักษาโรคต่อไป

การศึกษาโครงสร้างการสนทนาในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกด้วยกรอบแนวคิดปริศนาวิเคราะห์และสนทนาวิเคราะห์ครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่บูรณาการระหว่างกรอบแนวคิดทางภาษาศาสตร์และกรอบแนวคิดทางจิตเวชศาสตร์ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ ประเภทเดียวกันเพราะเป็นการเปิดมุมมองความสัมพันธ์ในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกหรือญาติผู้ป่วยได้ลึกซึ้งและกว้างขวางยิ่งขึ้น และผู้วิจัยเชื่อว่าผลการวิจัยนี้น่าจะเป็นส่วนหนึ่งในการทำความเข้าใจวิถีปฏิบัติของจิตแพทย์ การสื่อความหมายที่ผู้ป่วยต้องการ [17] จะส่งสาร ไปถึงจิตแพทย์ ญาติ หรือบุคคลที่ใกล้ชิด และอาจจะยังผลไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดความเข้าใจผิดระหว่างจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก และญาติผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Sacks H, Schegloff E, Jefferson G. A simplest systematic for the organization of Turn-taking for conversation. *Language* Vol.50; No.4. 1974.
2. Byrne P, Long L. Doctors talking to patients. HMSO: London. 1976.
3. Thepkanjana K. Language in Use of Physicians Diagnosis Research. Faculty of Arts. Bangkok. Chulalongkorn University; 2008. Thai.
4. Sudsainetra C. Methods of interpersonal communication to relieve anxieties about death among AIDS patients [MA thesis]. Bangkok. Chulalongkorn University; 1996. Thai.
5. Chiengchaovai S. Pediatric-Patient clinical interview [MA thesis]. Bangkok. Chulalongkorn University; 1996. Thai.
6. Boonyasartphun C. Communication process between doctors and patients [MA thesis]. Bangkok. Thammasat University; 2003. Thai.
7. Tripetsriurai N. The Therapeutic communication technique and conversational devices used by psychiatric nurses [MA thesis]. Bangkok. Thammasat University; 1999. Thai.
8. Nilchaikovit T. Counseling technique. Mor Chow Baan Press. Bangkok. 1994. Thai.
9. Lawtrakul M. Interview and Mental Status Examination. Holistic publishing. Bangkok. 1995. Thai.
10. Lawtrakul M. Ramathibodi Hospital Psychiatry. Department of Psychiatry. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Bangkok. 2007. Thai.
11. The Psychiatric Association of Thailand. Psychiatry Textbook of The Psychiatric Association of Thailand. Dejativong S, editor et al. Bangkok. 1977. Thai



12. Department of Mental health. Statistics Report of Psychiatric Disease Out-patients of Thailand 2012. Ministry of Public health. Thailand. 2012. Thai.
13. Hymes D. Models of the Interaction of Language and Social Life. In Gumperz J. Hymes D.(eds), Directions in Sociolinguistics: The Ethnography of Communication. New York, 35-71. 1972.
14. Intachakra S. Fundamental Concepts of Pragmatics. Thammasat University Press. Bangkok. 2003.
15. Schegloff E. Sacks H. Opening up closing. Semiotica 8: p 289-327. 1973.
16. Coupland J. Robinson J.D. Coupland N. "Frame negotiation in doctor-elderly patient consultations." Discourse & society Vol. 5(1): 89-124. 1994.
17. Hamilton H.E. Patient's voices in the medical world : An exploration of accounts of noncompliance. Language and the real world : discourse and beyond. Edit by Tannen D. et al. Grogertown University Press. Washington D.C. 2003.