

การศึกษาปริชเนตการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก  
ในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น



นางสาวสกวเดือน ชารธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาอักษรศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
สาขาวิชาภาษาไทย ภาควิชาภาษาไทย  
คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2560  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF CONVERSATIONAL DISCOURSE BETWEEN PSYCHIATRISTS AND  
OUT-PATIENTS IN PRIMARY PSYCHIATRIC CONSULTATION

Miss Sakowduen Sathum



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Thai  
Department of Thai  
Faculty of Arts  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2017  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การศึกษาปริเฉทการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกใน การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น
โดย	นางสาวสกวเดือน ชารธรรม
สาขาวิชา	ภาษาไทย
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.เทพี จรัสจรวงเกียรติ

---

คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต

..... คณบดีคณะอักษรศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กิงกาญจน์ เทพกาญจนา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐพร พานโพธิ์ทอง)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(อาจารย์ ดร.เทพี จรัสจรวงเกียรติ)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรภรณ์ รติธรรมกุล)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร ภัคดีผาสุข)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ปณินดา เลอเลิศยุติธรรม)

สาวเดือน ชารธรรม : การศึกษาปริเฉทการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น (A STUDY OF CONVERSATIONAL DISCOURSE BETWEEN PSYCHIATRISTS AND OUT-PATIENTS IN PRIMARY PSYCHIATRIC CONSULTATION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.เทพี จรัสรุ่งเกียรติ, 362 หน้า.

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริเฉทการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น โดยมีจุดประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษา 1) โครงสร้างและองค์ประกอบในปริเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นตามแนวคิดสนทนาวิเคราะห์ 2) กลวิธีทางภาษาในปริเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก และญาติผู้ป่วย 3) ปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในปริเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาเก็บข้อมูลการบันทึกเสียงและถอดเสียงเป็นตัวอักษรตามแนวคิดสนทนาวิเคราะห์ในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชของจิตแพทย์ 10 คน จากโรงพยาบาลทางจิตเวช 5 แห่งในประเทศไทย ได้ขออนุญาตบันทึกเสียงกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เกณฑ์การคัดเลือกทางจิตแพทย์ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ กลุ่มข้อมูลผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยมีเกณฑ์การคัดเลือกด้วยความสมัครใจเช่นกันโดยจิตแพทย์ระบุอาการของโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และภาวะเครียด อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปจนถึง 60 ปี ไม่จำกัดเพศหรือสถานภาพ โดยสมมติชื่อ-สกุล สถานที่ วันเวลา รวมทั้งสิ้น 84 สถานการณ์

ผลการวิจัยพบว่า โครงสร้างหลักในการสนทนาประกอบด้วย การเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา ขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในผู้ป่วยนอกรายใหม่จะประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การแจ้งการวินิจฉัยแยกโรค การวางแผนการรักษาและการให้ยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย การปิดการสนทนา จุดเด่นอยู่ที่การแจ้งผลการวินิจฉัยแยกโรคเพราะจะพบในโครงสร้างการสนทนากับผู้ป่วยรายใหม่เท่านั้น ขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการดีขึ้นจะประกอบด้วย 9 ขั้นตอน คือ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การให้ผู้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการให้ยา การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา ขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นจะประกอบด้วย 9 ขั้นตอน คล้ายกับผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นแต่มีความแตกต่างที่ขั้นตอนการสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้นและการสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โครงสร้างในการสนทนากับผู้ป่วยรายเก่าจะรวดเร็วกว่าผู้ป่วยรายใหม่ บางสถานการณ์ผู้ป่วยรายเก่าเป็นฝ่ายที่สามารถเปิดและปิดการสนทนาได้ คู่วิจัยกรณีในการสนทนาพบ 7 รูปแบบ คือ การทักทาย-การตอบรับคำทักทาย การถาม-การตอบ การอธิบาย-การตอบรับการอธิบาย การแนะนำ-การตอบรับการแนะนำ การสั่ง-การตอบรับคำสั่ง การเจรจาต่อรอง-การตอบรับ/ปฏิเสธการเจรจาต่อรอง และการกล่าวลา-การตอบรับการกล่าวลา โดยพบคู่วิจัยกรณีการถาม-การตอบมากที่สุด จุดเด่นคือคู่วิจัยกรณีการตอบรับ-การตอบรับการตอบรับ

วัตถุประสงค์ในการใช้กลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ประกอบด้วย กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติ ให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติตาม ให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวล สร้างความเป็นกันเองกับผู้ป่วยหรือญาติ จุดเด่นของกลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ คือ การกล่าวซ้ำ การย้ำคำถามเดิม วัตถุประสงค์ในการใช้กลวิธีทางภาษาของผู้ป่วยประกอบด้วย กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลประเด็นหลัก ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ปิดบังข้อมูล ปองกันตนเอง สร้างความเป็นกันเอง โน้มน้าวใจให้จิตแพทย์ยินยอม จุดเด่นของกลวิธีทางภาษาของผู้ป่วย คือ กลวิธีการขยายความ การใช้เรื่องเล่า และการกล่าวซ้ำ วัตถุประสงค์ในการใช้กลวิธีทางภาษาของญาติประกอบด้วย กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลประเด็นหลัก สอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ปิดบังข้อมูล ปองกันตนเอง สร้างความเป็นกันเอง โน้มน้าวใจให้จิตแพทย์ยินยอม ดำเนินการสนทนาให้ต่อเนื่อง และต้องการให้ผู้ร่วมการสนทนาปฏิบัติตาม จุดเด่นของกลวิธีทางภาษาของญาติ คือ การขยายความและการใช้เรื่องเล่า

ปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในปริเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นสรุปว่า พบทั้งหมด 4 ปัจจัย คือ อาการของโรค อายุ สถานภาพ และเพศ ปัจจัยสำคัญประการแรกที่จิตแพทย์คำนึงถึงคืออาการของโรคเพราะมีผลต่อการตรวจรักษาและการวินิจฉัยผู้ป่วย

ภาควิชา ภาษาไทย

ลายมือชื่อนิสิต .....

สาขาวิชา ภาษาไทย

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ปีการศึกษา 2560

# # 5580515922 : MAJOR THAI

KEYWORDS: CONVERSATIONAL DISCOURSE / PRIMARY PSYCHIATRIC CONSULTATION

SAKOWDUEN SATHUM: A STUDY OF CONVERSATIONAL DISCOURSE BETWEEN PSYCHIATRISTS AND OUT-PATIENTS IN PRIMARY PSYCHIATRIC CONSULTATION. ADVISOR: DEBI JARATJARUNGKIAT, Ph.D., 362 pp.

This research aims to study the conversational discourse between psychiatrists and out-patients in primary psychiatric consultation. The research proposes were to study 1) structure and elements of conversational discourse on primary psychiatric consultation based on conversation analysis(CA), 2) language strategy in conversational discourse in primary psychiatric consultation of psychiatrists, out-patients, and patients relatives, 3) factors that considered by psychiatrists in the interaction with out-patients and patients' relatives in primary psychiatric consultation.

Research data was collected from voice records and transcribed based on CA in 84 situations of 10 psychiatrists from 5 psychiatric hospitals in Thailand, the criteria for psychiatrist admission depends on volunteering. The voice recording was permitted by related persons by written notice and was approved by ethics committee in human research. For out-patients and relatives were selected by volunteering with anxiety disorder, depression, and stress disorder identified, their age from 20 years up to 60 years with no specified gender or marital status. All of the participants' name, family name, place, date, and time were made up.

The research result found out that the core structure of conversation included conversation starting, proceeding, and closing. The primary psychiatric consultation for new out-patients consisted of 10 steps included starting conversation, asking for purpose of visiting, inquiring on symptoms and medical records, inquiring on related information on symptoms or metal checking, inquiring on causes or factors of disease, disease diagnosis, treatment and medicine planning, let a patient make an inquiry, appointment making, and farewell or conversation ending. The prominent point was a step of disease diagnosis because it will be found in conversation structure with new out-patients only. For the primary psychiatric consultation for old out-patients who have improved symptoms consisted of 9 steps included starting conversation, purpose of visiting mentioning, inquiring on symptoms and medical records, inquiring on major symptoms related information or metal checking, making a self-evaluation and inquiring on medicine side-effect by patient, treatment reviewing and medicine adjustment, let a patient make an inquiry, appointment making, and farewell or conversation ending. The primary psychiatric consultation for old out-patients who has no improved symptoms also consisted of 9 steps almost similar to improved patients but the difference was inquiring upon causes of unimproved symptoms and daily life of patients. The conversation structure of old patients will be proceeded faster than new patients. Moreover, conversation between psychiatrists and patients could be started by old patients. The research had found 7 of adjacency pairs included greeting and responding, asking and answering, explanation and responding, advising and responding, ordering and responding, negotiation and accepting / declination, and farewell and responding. The research found that highest amount adjacency pair was greeting and responding and the dominant adjacency pair was negotiation and accepting.

The language strategies of psychiatrists on purposely meeting were used for correct information inquiring and confirming, information providing for patients or relatives to make them follow or relief and being friendly with patients or relatives. The prominent of psychiatrists' language strategies included repetition, return questioning and questions repeating. For the language strategies of patients on meeting were used for main idea providing, correct information confirming, information minimizing, self-protection, being friendly and psychiatrists convincing for a permission. The prominent of patients' language strategies included information expansion, storytelling and repetition. The language strategies of patients' relatives on meeting were used for main idea providing, correct information inquiring and confirming, information minimizing, self-protection, being friendly and psychiatrists convincing for a permission, conversation continuity, and needed conversation participants to follow. The prominent of patients' relatives' language strategies included information expanding and storytelling.

Factors which perceived by psychiatrists for interaction with out-patients and relatives consisted 4 variables included symptoms, age, status and gender, the key factor that psychiatrists had to consider first was symptoms because this could affect on patients' diagnosis and treatment.

Department: Thai  
Field of Study: Thai  
Academic Year: 2017

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.เทพี จรัสรุ่งเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาเมตตาควบคุมการทำวิทยานิพนธ์จนแล้วเสร็จ ครูคอยประสิทธิ์ประสาทวิชาการ วิชาการ วิชาคน ทำให้ผู้วิจัยเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับคนมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังคอยตักเตือนเวลาที่ผู้วิจัยไม่รู้ความ รวมทั้งคอยให้กำลังใจในวันที่คิดว่าไม่มีคนเข้าใจ การปกป้องคุ้มครองของครูเป็นเสมือนผู้ชี้ทางสว่างให้แก่ศิษย์เสมอ

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐพร พานโพธิ์ทอง ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ครูคอยใส่ใจและรับฟังศิษย์ทุกครั้งที่มีโอกาส ครูเป็นแบบอย่างที่ตั้งงามในใจผู้วิจัย กราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร ภักดีผาสุข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ครูเข้าใจ คอยให้กำลังใจ และชี้ทางออกในวันที่ผู้วิจัยงุนงงสับสน เมื่อใดที่มีคำถามในใจครูจะมีคำตอบให้ผู้วิจัยเสมอ กราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรภรณ์ รัตธรรมกุล อาจารย์ ดร.ปิ่นดา เลอเลิศยุติธรรม คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องพร้อมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยให้มีคุณภาพ และขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาภาษาไทย คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ประสาทสรรพวิชาและความเมตตาอย่างไม่มีประมาณให้เกิดความเข้มแข็งในเชิงวิชาการและการใช้ชีวิต

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ จิตแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชนครินทร์ จังหวัดนครสวรรค์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ที่กรุณาอำนวยความสะดวกให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้ใช้เวลาราชการเพื่อพัฒนาตนเองให้มีคุณวุฒิที่สูงขึ้น และขอขอบคุณคณาจารย์สาขาวิชาการสอนภาษาไทย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้ดูแลนักศึกษาในสาขาวิชาตลอดเวลาที่ผู้วิจัยลาศึกษาต่อ

ขอขอบพระคุณสมาคมศิษย์เก่ามหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาให้ทุนการศึกษาต่อระดับดุษฎีบัณฑิต ระหว่างปี 2555-2557 ให้ผู้วิจัยได้ใช้ในการศึกษา

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนร่วมบ่มเพาะวิชาความรู้ที่ยังคงให้ความหวังใยติดตามความเป็นไปในชีวิตพร้อมทั้งหยิบนั่งกำลังใจให้ผู้วิจัยอยู่เสมอ

ขอขอบคุณพี่น้องผองเพื่อนทั้งหลายโดยเฉพาะสุนทรและจันทร์สุดาที่กอดคอร่วมกันมาจนถึงหกปี ตลอดจนศิษย์ที่มีส่วนร่วมอำนวยความสะดวกและกำลังใจส่งผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง

ขอขอบพระคุณแม่ผู้ที่ยอมรับในทุกสิ่งที่ผู้วิจัยตัดสินใจ ขอขอบคุณน้องชาย และญาติ ๆ ทุกคนที่คอยให้ความหวังใยและส่งกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดมา

ขอบคุณใครคนหนึ่งที่ทำไกลและเคยให้กำลังใจกัน ถึงแม้ว่าจะไม่ได้พบกันอีก แต่ความทรงจำที่ดีเหล่านั้นจะอยู่กับผู้วิจัยตลอดไป

กว่าสิบปีที่ผ่านมาผู้วิจัยคิดว่าพอจะเห็นสิ่งที่ผู้วิจัยกำลังทำตามที่ท่านเคยหวังไว้ และไม่ว่าพอจะอยู่ที่แห่งใดผู้วิจัยเชื่อว่าท่านจะมองมาด้วยความภูมิใจเสมอ

สารบัญ

หน้า



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	14
1.3 สมมติฐานในการวิจัย.....	15
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	15
1.5 วิธีดำเนินการวิจัย.....	16
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	19
1.7 นิยามศัพท์.....	20
1.8 อักษรย่อและเครื่องหมายที่ใช้.....	21
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม.....	23
2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปริจเฉทวิเคราะห์.....	23
2.2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวกับโครงสร้างและองค์ประกอบของบทสนทนา.....	31
2.3 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลวิธีการสนทนา กลวิธีการสนทนาของบุคลากร ทางการแพทย์และผู้ป่วย และกลวิธีทางภาษาในการสื่อสารเชิงสถาบัน.....	46
2.4 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช.....	63
2.5 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ในการสนทนา.....	73
บทที่ 3 โครงสร้างการสนทนาในปริจเฉทการตรวจรักษาทางจิตเวชเบื้องต้น ระหว่างจิตแพทย์ และผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล.....	96



3.1 บริบทในการตรวจรักษาทางจิตเวชโดยใช้แนวคิด SPEAKING .....	98
3.1.1 Setting หรือ Scene(ฉากหรือกาลเทศะ) .....	98
3.1.2 Participants(ผู้ร่วมเหตุการณ์) .....	106
3.1.3 Ends (จุดมุ่งหมาย).....	110
3.1.4 Act sequence(การลำดับวัจนกรรม).....	111
3.1.5 Key(กุญแจหรือน้ำเสียงหรือท่วงทำนองในการสื่อสาร) .....	112
3.1.6 Instrumentalities(เครื่องมือหรือวิธีการในการสื่อสาร).....	114
3.1.7 Norm of Interaction & Interpretation(บรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์และ การตีความ).....	115
3.1.8 Genre(ประเภทการสื่อสาร).....	117
3.2 โครงสร้างการสนทนาในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์ และผู้ป่วยนอก.....	125
3.2.1 โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่ .....	130
1. การเปิดการสนทนา .....	130
2. การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์.....	133
3. การสอบถามอาการสำคัญและซักประวัติ .....	134
4. การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต .....	136
5. การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค .....	139
6. การแจ้งการวินิจฉัยแยกโรค .....	141
7. การวางแผนการรักษาและการใช้ยา .....	143
8. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม.....	144
9. การนัดหมาย.....	147
10. การปิดการสนทนา .....	148
3.2.2 โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่า .....	152

3.2.2.1	โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกชายเก่า .....	152
	ที่มีอาการดีขึ้น.....	152
	1. การเปิดการสนทนา.....	153
	2. การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ .....	155
	3. การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ .....	156
	4. การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการ ตรวจสภาพจิต .....	158
	5. การให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจาก การใช้ยา.....	161
	6. การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา .....	163
	7. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม .....	165
	8. การนัดหมาย.....	167
	9. การปิดการสนทนา.....	168
3.2.2.2	โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกชายเก่า ที่มี อาการไม่ดีขึ้น .....	171
	1. การเปิดการสนทนา.....	171
	2. การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ .....	173
	3. การสอบถามอาการสำคัญ.....	174
	4. การสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น.....	176
	5. การสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย .....	179
	6. การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา .....	181
	7. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม .....	184
	8. การนัดหมาย.....	186
	9. การปิดการสนทนา.....	187

3.3 องค์ประกอบของปริจเฉทการสนทนาในการตรวจรักษาทางจิตเวชเบื้องต้น .....	192
3.3.1 คู่วจนกรรมหรือคู่ถ้อยคำ(Adjacency pair).....	193
3.3.1.1 คู่วจนกรรมการทักทาย-การตอบรับคำทักทาย .....	194
3.3.1.2 คู่วจนกรรมคำถาม-การตอบ.....	197
3.3.1.3 คู่วจนกรรมการอธิบาย-การตอบรับการอธิบาย.....	199
3.3.1.4 คู่วจนกรรมการแนะนำ-การตอบรับการแนะนำ.....	203
3.3.1.5 คู่วจนกรรมคำสั่ง-การตอบรับคำสั่ง.....	205
3.3.1.6 คู่วจนกรรมการเจรจาต่อรอง-การตอบรับการเจรจาต่อรอง.....	207
3.3.1.7 คู่วจนกรรมการกล่าวลา-การตอบรับการกล่าวลา .....	211
3.3.2 การกล่าวแก้ไขข้อมูล (Correct) .....	213
3.3.3 การพูดแทรก (Interruption) .....	216
3.3.4 การพูดซ้อน (Overlapping).....	219
3.3.5 การครอบครองผลัดการสนทนา (Dominance in turn-taking) .....	223
บทที่ 4 กลวิธีทางภาษาในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ของจิตแพทย์ ผู้ป่วย นอก และญาติผู้ป่วย.....	231
4.1 กลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ .....	231
4.1.1 กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล .....	233
4.1.1.1 การกล่าวซ้ำ .....	233
4.1.1.2 การถามคำถามต่อเนื่อง.....	236
4.1.1.3 การย้ำคำถามเดิม.....	238
4.1.1.4 การเปลี่ยนคำถาม .....	239
4.1.1.5 การสรุปความ.....	240
4.1.1.6 การถามนำ .....	242

4.1.1.7 การเว้นจังหวะให้ตอบ .....	243
4.1.2 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติ.....	244
4.1.2.1 การกล่าวอธิบายหรือขยายความ .....	244
4.1.2.2 การกล่าวแย้ง .....	246
4.1.2.3 การใช้ความเปรียบ .....	248
4.1.3 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติตาม .....	249
4.1.3.1 การให้คำแนะนำ .....	249
4.1.3.2 การใช้คำสั่ง .....	251
4.1.3.3 การดำหนิ .....	252
4.1.3.4 การตักเตือน .....	253
4.1.4 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวลและสร้างความเป็นกันเอง .....	254
4.1.4.1 การหยอกเย้า .....	255
4.1.4.2 การชมเชย.....	256
4.1.4.3 การปลอบใจ.....	257
4.1.4.4 การพูดสัพเพเหระ .....	258
4.1.4.5 การใช้ภาษาถิ่น.....	260
4.1.4.6 การใช้สรรพนามแสดงความใกล้ชิด .....	261
4.2 กลวิธีทางภาษาของผู้ป่วยนอก .....	264
4.2.1 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลประเด็นหลักกับจิตแพทย์.....	266
4.2.1.1 การอธิบายหรือขยายความ.....	266
4.2.1.2 การกล่าวแย้งหรือปฏิเสธ.....	268
4.2.1.3 การใช้เรื่องเล่า.....	269
4.2.1.4 การใช้ความเปรียบ .....	270

4.2.2	กลวิธีที่ใช้เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล .....	271
4.2.2.1	การกล่าวซ้ำ .....	272
4.2.2.2	การกล่าวยืนยัน .....	273
4.2.3	กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล.....	274
4.2.3.1	การใช้ความเงียบ.....	274
4.2.3.2	การเปลี่ยนประเด็น .....	276
4.2.3.3	การหัวเราะ .....	277
4.2.4	กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตนเอง.....	278
4.2.4.1	การปฏิเสธ .....	279
4.2.4.2	การอ้างเหตุผล .....	280
4.2.4.3	การอ้างบุคคลอื่น.....	281
4.2.4.4	การขอโทษ.....	282
4.2.4.5	การตอบไม่ตรงคำถาม.....	284
4.2.5	กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเองกับจิตแพทย์.....	285
4.2.6	กลวิธีที่ใช้เพื่อโน้มน้าวให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ .....	286
4.3	กลวิธีทางภาษาของญาติผู้ป่วย .....	290
4.3.1	กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูล .....	291
4.3.1.1	การอธิบายหรือขยายความ.....	291
4.3.1.2	การกล่าวแย้งหรือปฏิเสธ.....	294
4.3.1.3	การใช้เรื่องเล่า.....	295
4.3.1.4	การใช้ความเปรียบ .....	297
4.3.2	กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล .....	297
4.3.2.1	การกล่าวซ้ำ .....	298

4.3.2.2 การสรุปความ.....	299
4.3.3 กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล.....	300
4.3.4 กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตัวเอง.....	302
4.3.4.1 การอ้างเหตุผล.....	302
4.3.4.2 การอ้างบุคคลอื่น.....	303
4.3.4.3 การอ้างผู้ป่วย.....	304
4.3.5 กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเอง.....	306
4.3.6 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ.....	307
4.3.7 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้การสนทนาดำเนินต่อเนื่องไป.....	308
4.3.8 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม.....	309
บทที่ 5 ปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยนอก.....	316
5.1 อาการของโรค.....	318
5.2 อายุ.....	323
5.3 สถานภาพ.....	329
5.4 เพศ.....	332
บทที่ 6 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	339
6.1 สรุปผลการวิจัย.....	339
6.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	350
6.3 ข้อเสนอแนะ.....	356
รายการอ้างอิง.....	357
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	362

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 โครงสร้างการสนทนาในการตรวจรักษาโรคตามแนวคิดของ Boyd and Heritage(2006).....	37
ตารางที่ 2 ลำดับการตรวจผู้ป่วยจิตเวชของจิตแพทย์ตามแนวคิดของมาโนช หล่อตระกูล(2538)....	66
ตารางที่ 3 การสรุปเปรียบเทียบระหว่างการตรวจรักษาโรคทางอายุรกรรมและโรคทางจิตเวช.....	127
ตารางที่ 4 ตารางแสดงความถี่ขององค์ประกอบการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น.....	223
ตารางที่ 5 ตารางสรุปความถี่ของคู่วัจฉกรรมในตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น.....	228
ตารางที่ 6 ตารางสรุปกลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์.....	263
ตารางที่ 7 ตารางสรุปกลวิธีทางภาษาของผู้ป่วยนอก.....	289
ตารางที่ 8 ตารางสรุปกลวิธีทางภาษาของญาติผู้ป่วย .....	311
ตารางที่ 9 ตารางสรุปจำนวนกลวิธีที่พบของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก และญาติผู้ป่วย .....	312

## สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่ 1 โครงสร้างและองค์ประกอบในการตรวจรักษาโรคตามแนวคิดของ Byrne and Long(1976).....	34
แผนภาพที่ 2 ภาพห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งที่ 1 .....	99
แผนภาพที่ 3 ภาพห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งที่ 2 .....	101
แผนภาพที่ 4 ภาพห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งที่ 3 .....	102
แผนภาพที่ 5 ภาพห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งที่ 4 .....	104
แผนภาพที่ 6 ภาพห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งที่ 5 .....	105
แผนภาพที่ 7 โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่.....	150
แผนภาพที่ 8 โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการดีขึ้น .....	170
แผนภาพที่ 9 โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้น .....	189



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพผิดปกติเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องเผชิญในชีวิตประจำวัน สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย การประสบอุบัติเหตุ หรือแม้แต่การดำเนินชีวิตที่ไม่สอดคล้องกับธรรมชาติล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยได้ทั้งสิ้น อาการเจ็บป่วยจึงเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้สุขภาพของมนุษย์สูญเสียไป จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีตามสัดส่วนของประชากรที่เพิ่มขึ้น จากสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2555 ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาพในประเทศไทย โดยแยกเพศพบว่า โรคที่ทำให้ประชากรเพศชายสูญเสียสุขภาพมากที่สุด เรียงตามลำดับโรคได้แก่ 1) เอดส์ 2) อุบัติเหตุจราจร 3) หลอดเลือดสมอง 4) มะเร็งตับ 5) เบาหวาน 6) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 7) ฤงลมโป่งพอง 8) ถูกฆาตกรรมทำร้าย 9) ฆ่าตัวตายทำร้ายตนเอง 10) ยาเสพติด 11) ติดสุราเรื้อรัง 12) ตับแข็ง 13) มะเร็งปอด 14) จมน้ำตาย 15) ซึมเศร้า ส่วนโรคที่ทำให้ประชากรหญิงสูญเสียสุขภาพมากที่สุด เรียงตามลำดับโรคได้แก่ 1) เอดส์ 2) หลอดเลือดสมอง เบาหวาน 3) ซึมเศร้า 4) มะเร็งตับ 5) ข้อเข่าเสื่อม 6) อุบัติเหตุจราจร 7) โลหิตจาง 8) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 9) ต้อกระจก 10) ฤงลมโป่งพอง 11) หูหนวก 12) ปอดบวม 13) ทารกคลอดน้ำหนักน้อย 14) สมองเสื่อม 15) วิตกกังวล 16) จิตเภท สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้สรุปว่า ในปัจจุบันมีโรคร้ายแรงที่เป็นเหตุให้ประชากรสูญเสียสุขภาพเพิ่มมากขึ้นทั้งโรคทางร่างกายและโรคทางจิตใจซึ่งโรคเหล่านั้นส่งผลทำให้จำนวนรวมของผู้ป่วยในประเทศไทยสูงขึ้นทุกปี

ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยจึงเกิดขึ้น การปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์นี้เกิดขึ้นระหว่างฝ่ายผู้ให้การรักษา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับฝ่ายผู้เข้ารับการรักษาซึ่งทั้งสองฝ่ายมีจุดประสงค์หรือเป้าหมายเดียวกัน คือ ต้องการให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายไปซึ่งน่าจะเป็นเหตุให้การสื่อสารสามารถดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย แต่การสื่อสารใน

สถานการณ์จริงกลับพบว่า ทั้งแพทย์และผู้ป่วยต่างมีการสื่อสารที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน บางสถานการณ์เกิดความขัดแย้ง หรือบางครั้งการตั้งคำถามและการได้รับคำตอบดำเนินไปในทิศทางตรงกันข้าม โดยเฉพาะการตรวจรักษาโรคของแพทย์มักจะมุ่งไปสู่การวินิจฉัยและการดูแลรักษาอาการป่วย แต่ผู้ป่วยกลับต้องเผชิญหน้ากับความกลัว ความกังวลใจ และอาการเจ็บป่วยของตน ทำให้การสื่อสารในการตรวจรักษาโรคไม่ประสบความสำเร็จตามที่ได้ตั้งใจไว้(Mishler, 1984) หลายสถานการณ์ที่ผู้ป่วยตอบเลียงประเด็นไม่ตรงกับคำถาม ไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการตรวจรักษา หรือการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เนื่องจากสภาพจิตใจ การศึกษา วัฒนธรรม ทักษะคิด ภาษาที่แพทย์ใช้ ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การสื่อสารในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคไม่ประสบความสำเร็จ แพทย์จึงควรให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทั้งหมดของผู้ป่วย มิใช่เพียงจะมุ่งตรวจรักษาโรคและกำจัดอาการไม่พึงประสงค์เพียงอย่างเดียว(กิงกาญจน์ เทพกาญจนา, 2535)

จากสภาพปัญหาในการสื่อสารดังกล่าว จึงทำให้มีนักวิจัยจำนวนหนึ่งสนใจศึกษาประเด็นที่เกี่ยวกับการสนทนาในสถานการณ์การตรวจรักษาโรค เพื่อนำมาสู่หนทางในการแก้ไขปัญหาในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย การศึกษาบทสนทนาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยจึงได้เริ่มต้นศึกษาขึ้นอย่างจริงจังในต่างประเทศช่วงปี ค.ศ. 1974 โดยแซคส์และคณะ (Harvey Sacks, Emmanuel Schegloff, and Gail Jefferson, 1974) เป็นการวิเคราะห์บทสนทนาทางโทรศัพท์ที่ติดต่อมายังศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายในเมืองลอสแอนเจลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา จากการศึกษาพบว่า 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 นักวิจัยรุ่นหลังจึงได้ประยุกต์แนวทางการศึกษาบทสนทนาด้วยการใช้กรอบแนวคิดปริจเฉทวิเคราะห์เพื่อพิจารณาโครงสร้างของบทสนทนาให้ละเอียดมากขึ้น งานวิจัยที่นำกรอบแนวคิดปริจเฉทวิเคราะห์มาศึกษาในช่วงเวลานั้น คือ งานวิจัยของไบร์นและลอง(Byrne and Long, 1976) ซึ่งได้ดำเนินการวิจัยหลังจากปรากฏแนวคิดของแซคส์และคณะเพียง 2 ปี ได้ศึกษาปริจเฉทหรือโครงสร้างและองค์ประกอบในการตรวจรักษาโรคพบว่า โครงสร้างการสนทนาเรียงเป็นลำดับขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) การเปิดการสนทนา(opening) ขั้นตอนที่ 2) การรวบรวมข้อมูล(data

gathering) ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติ(taking the history) และการตรวจร่างกาย(physical examination) ขั้นตอนที่ 3) การวินิจฉัยโรค(diagnosis) ขั้นตอนที่ 4) การให้คำแนะนำในการรักษา (recommendation for treatment) และขั้นตอนที่ 5) การปิดการสนทนา(closing) งานวิจัยนี้จึงเป็นการนำกรอบแนวคิดทั้งปริเฉทวิเคราะห์ และสนทนาวิเคราะห์มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา มากขึ้น

การวิเคราะห์บทสนทนาทางการแพทย์ในระยะหลัง(Paul Drew, John Chatwin, and Sarah Collins, 2001) เป็นวิธีวิเคราะห์การปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรค โดยเฉพาะถ้อยคำที่ใช้ในการสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์ซึ่งแสดงถึงการ จัดลำดับชั้นทางสังคมของผู้ร่วมสนทนา ทำให้เห็นความหมายของถ้อยคำหรือพฤติกรรมที่แสดงออก สิ่งสำคัญที่นักสนทนาวิเคราะห์ต้องตระหนักในการวิเคราะห์บทสนทนาในการตรวจรักษาโรค คือ ถ้อยคำที่ใช้สื่อสารทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา การเชื่อมโยงระหว่างถ้อยคำกับเหตุการณ์ในการ สนทนา และการคาดการณ์ผลของการปฏิสัมพันธ์ในอนาคต ดังนั้น การศึกษาบทสนทนาในการตรวจ รักษาโรคจึงเป็นสถานการณ์ที่นักวิจัยสามารถนำแนวคิดการสนทนาวิเคราะห์(conversation analysis)ไปใช้ในการวิเคราะห์ได้เป็นอย่างดี

จากจุดเริ่มต้นของการศึกษาบทสนทนายาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยใน ต่างประเทศ ได้มีนักวิจัยชาวไทยจำนวนหนึ่งนำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาบทสนทนายาระหว่างบุคลากร ทางการแพทย์และผู้ป่วยในบริบทต่างๆ เช่น กิ่งกาญจน์ เทพกาญจนา(2535) ศึกษาการใช้ภาษาใน การตรวจรักษาโรคของอายุรแพทย์ชาคริต สุตสายเนตร(2539) ศึกษาวิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อ ผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ สิริมา เชียงเซาว์ไว(2543) ศึกษาการ สนทนายาระหว่างกุมารแพทย์กับผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรค และ ชัชฎา บุญญศาสตร์พันธุ์(2546) ศึกษากระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโรคมะเร็งงานวิจัยกลุ่มนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์การ สนทนาของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่มีผลกระทบจากโรคทางร่างกายหรือโรคอายุรกรรม ทั้งสิ้น

ในขณะที่การศึกษายบทสนทนายาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ด้านจิตเวชและผู้ป่วยด้วย กรอบแนวคิดปริเฉทวิเคราะห์และสนทนาวิเคราะห์ในประเทศไทยพบ 1 หัวข้อ คือ กลไกการ

สนทนาที่ใช้ในการบำบัดของพยาบาลจิตเวช โดย นฤมล ตรีเพชรศรีโร(2542) เป็นงานวิจัยที่วิเคราะห์การสนทนาบำบัดระหว่างผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายในโรงพยาบาลด้านจิตเวชกับพยาบาลวิชาชีพ เป็นงานวิจัยเพียงหัวข้อเดียวที่ใช้แนวคิดด้านภาษาศาสตร์ศึกษาข้อมูลกลุ่มนี้ จึงทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทสนทนาการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในประเทศไทยยังคงมีมุมมองอีกมากที่สามารถนำมาศึกษาได้อย่างหลากหลายโดยเฉพาะโรคทางจิตเวชเบื้องต้น อาทิ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง ซึ่งเป็นหนึ่งในหลายโรคที่ทำให้ประชากรสูญเสียสุขภาพะดั่งที่กล่าวมาแล้วช่วงต้น นอกจากนี้จำนวนรวมของผู้ป่วยทางจิตเวชได้มีสถิติเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อพิจารณาข้อมูลสถิติ 5 ปีย้อนหลัง พบว่า ผู้ป่วยทางจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในระบบทั้งประเทศกว่าหนึ่งล้านคน คิดเป็นร้อยละ 1.5 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ(รายงานสถิติของผู้ป่วยนอกรวมทั่วประเทศ: กรมสุขภาพจิต, 2555) มีอาการโรคทางจิตเวชที่คนไทยเข้ารับการรักษามากที่สุด 5 อันดับแรกประกอบด้วย โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคลมชัก และอาการที่มีผลจากการติดสารเสพติด นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดให้การรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรครวมอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติถึง 10 ชนิด โดยรวมกับบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้รักษาโรคทางอายุรกรรม เพื่อให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียมตามโครงการประกันสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าโรคทางจิตเวชเบื้องต้นเป็นความผิดปกติทางจิตใจที่สำคัญเทียบเท่ากับความผิดปกติทางร่างกายซึ่งเป็นอาการป่วยที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน บุคคลทั่วไป คนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว อาจเป็นหนึ่งในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น เห็นได้จากสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ. 2555 พบว่า มีผู้ป่วยทางจิตที่เข้ารับการรักษาถึงกว่า 1,076,155 คน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศไทยประมาณ 65.4 ล้านคน ซึ่งนับได้ว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยทางจิตเวชอยู่เป็นจำนวนมาก

การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องมีการสนทนาเพื่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การใช้ถ้อยคำหรือบทสนทนาของผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญทำให้เกิดกระบวนการตรวจรักษาโรค ความหมายที่ผู้ป่วยสื่อสาร(voice of patients)มายังจิตแพทย์เป็นถ้อยคำที่มีความหมายหรือความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง หลายครั้งที่ผู้ป่วยไม่กล้าตรงไปตรงมา แต่กลับใช้กลวิธีที่หลากหลายในการสนทนากับจิตแพทย์ ดังนั้น วิธีที่จะทำให้จิตแพทย์ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยอย่างชัดเจน คือ จิตแพทย์ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดหรืออธิบายข้อมูลอย่างละเอียดมากกว่าการสนทนาในตรวจ

รักษาโรคทางอายุรกรรมทั่วไป โครงสร้างการสนทนาในการตรวจรักษาโรคอายุรกรรมและโรคทางจิตเวชจึงมีลักษณะเฉพาะ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของกิงกาญจน์ เทพกาญจนา(2535) ได้อธิบายถึงหน่วยหน้าที่หลักซึ่งจะเกิดขึ้นทุกๆ สถานการณ์การตรวจรักษาโรคอายุรกรรมทั่วไป เนื่องจากมีผลต่อการวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1) การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วย การสัมภาษณ์อาการสำคัญ การสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน การสัมภาษณ์ประวัติอดีต การสัมภาษณ์ติดตามอาการ และการสัมภาษณ์ประวัติการดูแลรักษาตนเอง ส่วนที่ 2) การแจ้งข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย การแจ้งผลการสืบค้นร่างกายแบบปกติ การแจ้งผลการวินิจฉัยโรค และการแจ้งให้ยา ส่วนที่ 3) การชี้แนะผู้ป่วย ประกอบด้วย การสอนการรับประทานยา และการแนะนำวิธีรักษาตนเอง ในขณะที่องค์ประกอบสำคัญที่จิตแพทย์ต้องดำเนินการในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช(ธนา นิลชัยโกวิท, 2537) ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) การเริ่มต้นสัมภาษณ์ 2) การซักประวัติและการสอบถามอาการสำคัญ 3) การตรวจสภาพจิต 4) การตรวจร่างกาย 5) การตรวจพิเศษ 6) การวินิจฉัยแยกโรคและการวินิจฉัย 7) การวางแผนการรักษา 8) การพยากรณ์โรค 9) การแจ้งผลการตรวจ และแผนการรักษาต่อผู้ป่วยและญาติ และสรุปการสัมภาษณ์เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบขั้นตอนดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ในการตรวจรักษาโรคอายุรกรรมและโรคจิตเวชทั่วไปมีขั้นตอนในการตรวจรักษาที่แตกต่างกันหลายประการ

การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชมีจุดประสงค์เพื่อดำเนินการตรวจรักษาให้ผู้ป่วยหายจากอาการป่วยทางจิตใจ การสนทนาในสถานการณ์นี้ประกอบด้วยหลายขั้นตอน แตกต่างจากการตรวจรักษาโรคทางกายที่ผู้ป่วยค่อนข้างคุ้นเคยเป็นอย่างดีอยู่แล้ว ในแต่ละขั้นตอนของการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชอาจทำให้ผู้ป่วยรายใหม่เกิดความประหม่าไม่มั่นใจ เพราะผู้ป่วยมักจะมี ความกังวลใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตใจของตน ต้องการให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยคิด นอกจากนี้สถานการณ์ที่ต้องเผชิญหน้ากับจิตแพทย์ซึ่งเป็นฝ่ายที่มีสถานภาพทางสังคมสูงกว่า และไม่ใช่คนในครอบครัวหรือคนที่สนิทสนมคุ้นเคยกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ส่งผลให้โครงสร้างหรือขั้นตอนการสนทนาในการตรวจรักษาโรคจิตเวชเบื้องต้น มีความโดดเด่นหรือลักษณะเฉพาะของปริเฉทแตกต่างการสนทนาในสถานการณ์อื่นๆ ทั่วไป จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาโครงสร้างหรือองค์ประกอบในปริเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในสถานการณ์จริง ว่ามีความคล้ายคลึงหรือแตกต่างจากหลักการดังที่กล่าวมาแล้วอย่างไร

เหตุการณ์การสื่อสารระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์ที่มีความน่าสนใจ ทั้งด้านองค์ประกอบของบทสนทนาและกลวิธีทางภาษา ทั้งสองฝ่ายต่างมีจุดประสงค์สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาและการรักษาที่ดีที่สุดและให้เกิดความเข้าใจที่สอดคล้องกันเพื่อนำไปสู่การการตรวจรักษาที่ประสบความสำเร็จ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของนายแพทย์มานอช หล่อตระกูล(2538) ที่ได้กล่าวถึงความสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วยไว้ว่า

“ทักษะในการสัมภาษณ์เป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการตรวจทางจิตเวช ผู้ที่มีทักษะในการสัมภาษณ์ที่ดีจะได้ข้อมูลที่มีความเที่ยงตรง น่าเชื่อถือ อันนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ในขณะที่เดียวกัน ตัวผู้ป่วยเองก็มีความรู้สึกสบายใจขึ้น จากการได้พูดถึงสิ่งที่ทำให้ตนทุกข์ใจหรือได้ระบายความคับข้องใจต่างๆ

สำหรับผู้ป่วยนอกนั้น การสัมภาษณ์ขณะพบผู้ป่วยครั้งแรกมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากหากเราไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเชื่อถือในตัวเรา รวมทั้งเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันได้แล้ว ก็จะเป็นปัญหาในการวินิจฉัย รวมถึงการรักษาในระยะต่อมา

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในครั้งแรกมีแรงจูงใจในการรักษาแตกต่างกันออกไป แต่การที่แรงจูงใจนี้จะคงอยู่ต่อไปมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับว่าผู้ตรวจสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกในทางที่ดีได้เท่าไร ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกในด้านลบอาจยังคงมาพบแพทย์ต่อไปหากเขามีแรงจูงใจในการรักษาสูง ในขณะที่ความรู้สึกในทางบวกที่มีต่อผู้รักษาอาจชักนำให้ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจต่ำยังคงมาติดตามการรักษา”

จากข้อความดังกล่าวสรุปได้ว่า จิตแพทย์ต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่จะสนทนาด้วยซึ่งจะนำไปสู่การรักษาอย่างถูกต้องรวมทั้งหายจากอาการผิดปกติ ดังนั้นจิตแพทย์จึงจำเป็นต้องมีวิธีการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาต่อไป

ส่วนมุมมองของผู้ป่วยนอก การสนทนาได้ตอบหรือตอบคำถามจิตแพทย์ในการตรวจรักษาทางจิตเวช ถือเป็นโอกาสอันดีที่ผู้ป่วยจะสามารถอธิบายรายละเอียดของอาการป่วยด้วยถ้อยคำของตนเอง จิตแพทย์จะเป็นฝ่ายเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยด้วยคำถามเกริ่นนำ และยินยอมให้ผู้ป่วยครอบครอง

ผลการสนทนาไปจนกว่าจะได้ประเด็นสำคัญที่ต้องการ หรือจนกว่าผู้ป่วยจะหยุดการอธิบาย การนำเสนอปัญหาของผู้ป่วยจึงมีวิธีในการอธิบายที่หลากหลาย เพราะผู้ป่วยจะมีกรอบความคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึ่งซ่อนอยู่ภายใต้ความกังวลในใจ จึงอาจใช้วิธีการเล่าเรื่องหรือวิธีการอื่นๆ เพื่อนำไปสู่การเชื่อมโยงกับการขอความช่วยเหลือจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เช่น

ตัวอย่างที่ (1)

- |  |          |   |
|--|----------|---|
| 1  | จิตแพทย์ | ชื่ออะไรครับ  |
| 2  | ผู้ป่วย  | แก้วคะ  |
| 3  | จิตแพทย์ | คุณแก้วเป็นยังไงบ้าง  |
| 4  | ผู้ป่วย  | รู้สึกปวดหัว ปวดท้ายทอย   |
| 5  | จิตแพทย์ | เป็นมานานหรือยัง  |
| 6  | ผู้ป่วย  | เป็นๆ หายๆ ค่ะ  |
| 7  | จิตแพทย์ | เป็นแบบนี้มาได้นานแค่ไหนแล้วครับ  |
| 8  | ผู้ป่วย  | - เป็นเดือนสองเดือนแล้ว   |
| 9  | จิตแพทย์ | เดือนสองเดือนแล้ว - ก่อนหน้านั้นไม่เคยเป็นอย่างนี้เลย - แล้วสองเดือนนี้ |
| 10   |          | เกิดอะไรขึ้น  |
| 11   | ผู้ป่วย  | - มันจะเป็นผวา ตกใจ   |
| 12   | จิตแพทย์ | ผวา ตกใจง่าย  |
| 13   | ผู้ป่วย  | บางทีก็กลัว   |
| 14   | จิตแพทย์ | - กลัว กลัวว่า  |
| 15   | ผู้ป่วย  | - กลัว กลัวทุกอย่างเลย  |
| 16   | จิตแพทย์ | กลัวว่าจะเป็นอย่างอะไร  |
| 17   | ผู้ป่วย  | กลัว กลัวตัวเองก็กลัว บางทีก็ (เสียงเครือ) -                            |
| 18   | จิตแพทย์ | กลัวว่าจะเกิดอะไรขึ้น   |
| 19   | ผู้ป่วย  | ไม่รู้ ไม่รู้ว่า มันเป็นอย่างนี้ (เสียงเครือ)                           |
| .....(การสนทนาดำเนินไปจนถึงช่วงสุดท้ายของการตรวจรักษา) |          |   |
| 48   | จิตแพทย์ | - มีอะไรอยากถามมั้ย - หรือสงสัยมั้ย หรือเห็นด้วยหรืออาจจะไม่เห็นด้วย    |
| 49   |          | ว่าไม่เห็นจะเป็นเหมือนโรคซึมเศร้าเลย                                    |

- 50    ญาติ            โรคที่เวลานี้ ยังหาสาเหตุไม่เจอใช่ไหม
- 51    จิตแพทย์         อะไรนะ
- 52    ญาติ            มันเสี่ยงกับโรคซึมเศร้า
- 53    จิตแพทย์         ตอนนี้เป็นโรคซึมเศร้า เป็นแล้ว แล้วก็ แต่ไม่เป็นไรค่อยๆ คุยกันไป หมอจะ
- 54                    ค่อยๆ คุยให้ชนะ ช่วงนี้ก็พยายามอย่าอยู่คนเดียว ถึงแม้ว่าเราจะอยากอยู่
- 55                    คนเดียวก็ตาม พยายามหาอะไรทำ ไม่ให้อยู่เฉยๆ
- 56    ผู้ป่วย            ไม่มีอะไรให้ทำ
- 57    จิตแพทย์         ไปเที่ยวบ้าง ไปเดินเล่นบ้างไม่ให้หมกตัวอยู่ในบ้านอย่างเดียวครับ ยิ่งอยู่
- 58                    เฉยๆ ยิ่งฟุ้งซ่านนะ ยิ่งคิดมากก็คิดวนแต่เรื่องเดิมๆ นั่นแหละ - - หมอให้ยา
- 59                    ไว้หนึ่งเดือน ถ้ากินยาแล้วสองสัปดาห์อาการไม่ดีขึ้น หรืออาการแย่ลง
- 60                    กว่าเดิมให้รีบมาโรงพยาบาลก่อนนัด - ยากินแล้วห้ามขับรถ หรือทำอะไรที่เป็น
- 61                    อันตรายเพราะว่าจะมีน (ประกาศ) - - ไม่ถามอะไรนะ
- 62    ญาติ            - - ให้ออกเดินเล่นนะครับคุณหมอ
- 63    จิตแพทย์         ไปเที่ยวบ้าง ไปพักผ่อนบ้าง - - แล้วก็ยังมีอีกตัวนึง เวลาที่เรารู้สึกตกใจ
- 64                    มากๆ รู้สึกกลัวมากๆ เอามากินได้ แต่ตัวนี้ไม่ให้กินบ่อยนะ อะ เรียบร้อย
- 65                    เดี๋ยวอันนี้ไปยื่นที่โต๊ะเบอร์หกนะครับ ครับสวัสดิ์ครับ

จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (1) จิตแพทย์สนทนากับผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าผู้วิจัยพบว่า จิตแพทย์เป็นผู้ควบคุมการสนทนาในการตรวจรักษาโรคอย่างชัดเจน ทั้งการเปิดการสนทนาด้วยการถามชื่อผู้ป่วย การดำเนินการสนทนาด้วยการถามถึงโรคหรือลักษณะอาการที่สามารถสังเกตเห็นได้ จิตแพทย์สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยจนกระทั่งสามารถวินิจฉัยโรคตามอาการที่ผู้ป่วยอธิบายได้ และเมื่อถึงช่วงที่จะนำไปสู่ขั้นตอนการปิดการสนทนา จิตแพทย์ส่งสัญญาณด้วยการตั้งคำถามว่า “มีอะไรอยากถามมั๊ย....” เป็นการสื่อสารให้ผู้ร่วมสนทนารู้ว่า ได้เข้ามาสู่ช่วงสุดท้ายของการตรวจรักษา นอกจากนี้ จิตแพทย์ยังเป็นฝ่ายที่ใช้สิทธิ์ในการปิดการสนทนาด้วยตนเอง ด้วยการกล่าวคำแนะนำและกล่าวคำอำลา แสดงให้เห็นว่าจิตแพทย์เป็นฝ่ายควบคุมการสนทนาทั้งหมดเพียงฝ่ายเดียว และสามารถดำเนินการสนทนาตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดได้ตามปกติ



นอกจากสถานการณ์การสื่อสารที่จิตแพทย์สามารถเปิดการสนทนา ดำเนินการสนทนา และ ปิดการสนทนาในการตรวจรักษาโรคจิตเวชเบื้องต้นได้ตามปกติแล้ว หลายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในห้อง ตรวจรักษาโรคจิตเวชเบื้องต้น อาจไม่สามารถดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยทุกครั้ง เพราะจิตแพทย์ และผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกันได้เช่นเดียวกับสถานการณ์ตามปกติ และยังพบว่าโครงสร้างหรือกลวิธี ในการสนทนาในบริบทนี้ มีลักษณะเฉพาะและมีความแตกต่างจากสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน จิตแพทย์ต้องกำหนดโครงสร้างการสนทนาและใช้กลวิธีต่างๆ ที่จะสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง โดยจำเป็นต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจ พฤติกรรม และสภาวะ ทางอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญดังนั้น หากเกิดสถานการณ์เช่นนี้ จิตแพทย์จำเป็นต้องปรับโครงสร้าง การสนทนาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งแตกต่างจากโครงสร้างการสนทนาในการตรวจรักษาโรค อายุกรรมหรือการสนทนาปกติทั่วไป

ในสถานการณ์การปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกเป็นการสนทนาที่มีบริบท เกี่ยวกับอำนาจเชิงสถาบันและมีความแตกต่างทางสถานภาพอย่างชัดเจน จิตแพทย์จะมีสถานภาพ ทางสังคมสูงกว่าผู้ป่วย มีอำนาจในการเริ่มต้นการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการสิ้นสุดการ สนทนาในทุกสถานการณ์ ผู้ป่วยจะตระหนักถึงความแตกต่างนี้ เห็นได้จากการยอมรับสิทธิ์ของ จิตแพทย์ในการเริ่มต้นการสนทนา การเปลี่ยนประเด็นในระหว่างการสนทนา หรือแม้แต่การสิ้นสุด การสนทนา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นฝ่ายตอบคำถาม คล้อยตามและยอมรับการดำเนินการเหล่านั้น แต่ เมื่อผู้วิจัยได้พิจารณาข้อมูลในการดำเนินการวิจัยนักร้อง ผู้วิจัยพบว่า ได้ปรากฏสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมี สิทธิในการสนทนาเหมาะสมสมควร ทั้งการพูดแทรก การพูดซ้อน การตั้งคำถาม หรือแม้แต่การเปลี่ยน ประเด็น หลายเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยสามารถเจรจาต่อรองเกี่ยวกับวิธีการรักษา และจิตแพทย์ยังได้ ยินยอมตามความคิดเห็นของผู้ป่วยโดยไม่ได้แย้ง เช่น

#### ตัวอย่างที่ (2)

- |   |          |   |
|---|----------|---|
| 1 | จิตแพทย์ | - ลองดู - ก็ มันก็ต้องปรับตามอาการนะครับ ถ้าอาการมันไม่ดี |
| 2 | ผู้ป่วย  | ปกติที่ก็จะเป็นอย่างนี้อยู่แล้วละ                         |
| 3 | จิตแพทย์ | - ไม่ได้ ควบคุมชีวิตมาก                                   |
| 4 | ผู้ป่วย  | อ้อ ค่ะๆ - นอกจากจะช่วงที่แบบหายใจไม่ออกช่วงเป็นแรกๆ นะ   |
| 5 | จิตแพทย์ | แต่อาการดีขึ้นแล้ว  |

- 6 ผู้ป่วย ค่ะ ดีขึ้น **แต่มันก็ต้องกินยานานขนาดไหน เห็นคุณหมอบอกว่ามันต้องกิน**
- 7 **ต่อเนื่อง ถ้าเป็นยาสองตัวเนี่ย**
- 8 จิตแพทย์ ครับ
- 9 ผู้ป่วย มันต้อง มันต้อง ปกติมันต้องกินนานขนาด
- 10 จิตแพทย์ จริงๆ ยาก่อนนอน ถ้าเราไม่รู้สึกรู้สีกว่า การนอนหลับแบบนี้มันเป็นปัญหา
- 11 ผู้ป่วย อ้อเราก็ตัดได้
- 12 จิตแพทย์ ก็ลดได้
- 13 ผู้ป่วย อ้อ ลดได้ แต่ แต่ตัวเม็ดเขียวนี้ต้องกินไข่ม้อยะ
- 14 จิตแพทย์ ต้องกิน เม็ดเขียวตอนเช้าต้องกิน
- 15 ผู้ป่วย จำเป็นนะ
- 16 จิตแพทย์ อันนี้แหละเป็นตัวที่ใช้รักษาอาการ
- 17 ผู้ป่วย เอ่อ มันต้องนานขนาดไหนคุณหมอ
- 18 จิตแพทย์ แล้วแต่ คนส่วนใหญ่กินหกเดือนแล้วค่อยๆ ลดยา
- 19 ผู้ป่วย **อ้อ ค่ะ งั้นคุณหมอก็ไม่ต้องเพิ่มก็ได้มั้ง เม็ด เม็ดเดียวก็ได้ เพราะอยู่ อยู่**
- 20 จิตแพทย์ อยู่นะ
- 21 ผู้ป่วย **ค่ะ**
- 22 จิตแพทย์ - ไม้ได้รับกวนมากนะ
- 23 ผู้ป่วย **ค่ะ ค่ะ ค่ะ คุณหมอ**
- 24 จิตแพทย์ **งั้นก็เม็ดเดียว**
- 25 ผู้ป่วย **เพราะพี่อยากพยายามจะงดคง งด ลงไปเรื่อยๆ อย่างนี้ - แสดงว่าช่วง**
- 26 **เย็นนี้ ถ้าไม่มีอาการมาก หรือนอนหลับปกติก็ไม่ต้องกิน**
- 27 จิตแพทย์ ใช่
- 28 ผู้ป่วย เริ่ม เริ่ม ถ้า คือไม่ต้องกินแบบก่อนนอนก็ได้ไข่ม้อย ถ้าเรายังหลับเหมือนเดิม
- 29 จิตแพทย์ ใช่ครับ
- 30 ผู้ป่วย อ้อ โอเคแต่ช่วงเช้านี้ต้องตลอดเลยมัยคะ
- 31 จิตแพทย์ ตลอดครับ
- 32 ผู้ป่วย ค่ะ ค่ะ เข้าใจแล้ว

จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (2) ผู้ป่วยหญิงโรควิตกกังวล(Panic) เจรจาต่อรองการใช้ยากับจิตแพทย์ต่างๆ ที่จิตแพทย์มีสถานภาพทางสังคมสูงกว่า มีอำนาจในการขอให้ผู้ป่วยดำเนินการรักษาตามความเห็นของจิตแพทย์ แต่ผู้ป่วยในสถานการณ์นี้สามารถเปลี่ยนประเด็นการสนทนาได้อย่างแนบเนียนด้วยถ้อยคำว่า “แต่มันก็ต้องกินยานานขนาดไหน เห็นคุณหมอบอกว่ามันต้องกินต่อเนื่อง ถ้าเป็นยาสองตัวเนี่ย” รวมทั้งสามารถปฏิเสธแนวทางเดิมที่จิตแพทย์ให้ยาด้วยถ้อยคำว่า “อ้อ ค่ะ ฉันคุณหมอไม่ต้องเพิ่มก็ได้มั้ง เม็ด เม็ดเดียวก็ได้ เพราะอยู่ อยู่” และจิตแพทย์ยินยอมตามการเปลี่ยนประเด็นและการต่อรอนั้น สถานการณ์ดังกล่าวสามารถพบเห็นได้เป็นประจำในการตรวจรักษาโรคจิตเวช ผู้ป่วยนอกหลายคนตอบคำถามด้วยความกำกวม การไม่ตอบคำถาม หรือการเจรจาต่อรองในกระบวนการรักษาของจิตแพทย์ แสดงให้เห็นถึงสิทธิในการสนทนาของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมากกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป เช่น

ตัวอย่างที่ (3)

- |    |          |   |
|----|----------|---|
| 1  | จิตแพทย์ | แล้วรู้สึกอย่างนี้มานานแล้ว หรือว่าเพิ่งมาเป็นช่วงนี้             |
| 2  | ผู้ป่วย  | เพิ่งมาเป็นช่วงนี้แหละ  |
| 3  | จิตแพทย์ | เป็นเพราะอะไร เมื่อก่อนไม่เคยคิดแบบนี้ แล้วเพราะอะไรช่วงนี้มันถึง |
| 4  |          | ความคิดถึงเปลี่ยนไป   |
| 5  | ผู้ป่วย  | <b>ไม่รู้ มีคนอื่นมั้ง(หัวเราะ)</b>                               |
| 6  | จิตแพทย์ | มีคนอื่น หมายถึง –  |
| 7  | ผู้ป่วย  | (หัวเราะ) มีก๊มมั้งหมอ  |
| 8  | จิตแพทย์ | หมายถึงคุณอ้อมใจมีก๊  |
| 9  | ผู้ป่วย  | (หัวเราะ) <b>ประมาณนั้น</b>                                       |
| 10 | จิตแพทย์ | คิดว่าเพราะสาเหตุนี้หรือเปล่าครับ ที่ทำให้ความคิดเราเปลี่ยนไป     |
| 11 | ผู้ป่วย  | <b>อาจจะใช่</b> (หัวเราะ)   |
| 12 | จิตแพทย์ | แฟนรู้หรือเปล่าว่าเรามีก๊   |
| 13 | ผู้ป่วย  | <b>ไม่รู้ ไม่บอก(หัวเราะ)จะบอกทำไม</b>                            |
| 14 | จิตแพทย์ | อ้อม  |
| 15 | ผู้ป่วย  | <b>ก็ยาเดิมก็ตีอยู่แล้วหมอ</b>                                    |
| 16 | จิตแพทย์ | ครับ ใจสั้นอะไรมัย  |

- 17 ผู้ป่วย *ก็เหมือนจะสั้นแต่ก็ไม่ได้กิน*
- 18 จิตแพทย์ *ไม่ได้กินยาแก้ใจสั้น*
- 19 ผู้ป่วย *ใช่*
- 20 จิตแพทย์ *แต่ยาตัวอื่น*
- 21 ผู้ป่วย *ยาตัวอื่นก็กินธรรมดา ปกติก็ดี กินข้าวได้ร่อย*
- 22 จิตแพทย์ *อารมณ์ดีขึ้น*
- 23 ผู้ป่วย *ก็อารมณ์ดี*
- 24 จิตแพทย์ *ทำงานได้*
- 25 ผู้ป่วย *ได้*
- 26 จิตแพทย์ *นอนหลับดีมั๊ยครับ*
- 27 ผู้ป่วย *นอนหลับดี - หมอถ้าเกิดเราย้ายไปโรงพยาบาลประจำอำเภอที่บ้าน อย่างนี้*
- 28 *ได้ไหมหรือยัง*
- 29 จิตแพทย์ *ได้*
- 30 ผู้ป่วย *มันมียามั้ยที่นั่น*
- 31 จิตแพทย์ *อืม*
- 32 ผู้ป่วย *มีอยู่หรือ*
- 33 จิตแพทย์ *อืม*
- 34 ผู้ป่วย *อ้อ หนูไม่ย้ายออก หนูจะบอกว่า หนูมาเอายาที่นี่เหมือนเดิมนั่นแหละ*
- 35 จิตแพทย์ *ก็แล้วแต่ อยากเอาที่นี่หรือว่าจะไปเอาที่นู่นครับ*
- 36 ผู้ป่วย *- อยากสะดวกมาที่นี่ มาที่นั่นแหละ ไม่อยากไปเอาที่นู่น หนูก็จะบอกเค้า*
- 37 *ว่า หมออย่าไม่ให้มา(หัวเราะ)*
- 38 จิตแพทย์ *ก็ไม่ แล้วแต่คุณอ้อมใจนะ*
- 39 ผู้ป่วย *จ๊ะ*
- 40 จิตแพทย์ *เอาสะดวกที่ไหนก็ไป ไปรับที่บ้าน ถ้าสะดวกที่นู่นก็ไปรับที่นู่นก็ได้*
- 41 *เพราะว่ายากก็เหมือนกัน ที่นู่นก็มี*
- 42 ผู้ป่วย *หรือ*
- 43 จิตแพทย์ *ใช่ - ว่าไงดีครับ*

44 ผู้ป่วย - ก็เอานี้แหละ อยากรู้อะไร

จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (3) ผู้ป่วยนอกเพศหญิงเป็นโรควิตกกังวล(Panic) มีสิทธิ์ในการปฏิเสธและสามารถเปิดประเด็นการสนทนาในหัวข้อใหม่ด้วยถ้อยคำว่า “ไม่ มีคนอื่นมั้ง” ทำให้แพทย์ต้องสอบถามประเด็นใหม่ที่ผู้ป่วยกล่าวถึงในทันที นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเจรจาต่อรองกับจิตแพทย์ เรื่องการเปลี่ยนโรงพยาบาลใกล้ที่พักอาศัยเพื่อความสะดวกในการรับยา แต่ในช่วงสุดท้ายจึงตัดสินใจไม่เปลี่ยนโรงพยาบาล และจิตแพทย์ก็ยอมรับการเจรจาต่อรองนั้น เห็นได้จากถ้อยคำของผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายว่า “อยากสะดวกมาที่นี่ มาที่นี่แหละ ไม่อยากไปเอาที่นู่น หนูก็จะบอกเค้าว่า หมออย่าไม่ให้มา”

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชที่มีผู้ร่วมการสนทนาสามฝ่าย ประกอบด้วย จิตแพทย์ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากสถานการณ์การสนทนาที่มีเพียงจิตแพทย์และผู้ป่วย เช่น สถานการณ์ตัวอย่างที่ (1) ญาติผู้ป่วยมีสถานภาพเป็นสามีของผู้ป่วย มีบทบาทเป็นผู้เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยนอกและจิตแพทย์ เป็นผู้ที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคที่ผู้ป่วยในฐานะผู้ดูแลใกล้ชิด และยังเป็นบุคคลที่จิตแพทย์ไว้วางใจมอบหมายหน้าที่ในการให้ยากับผู้ป่วยต่อไปในอนาคต ญาติผู้ป่วยจึงมีบทบาทและความสำคัญกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชมากพอสมควร กลวิธีการสนทนาและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมสนทนาทั้งจิตแพทย์ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยจึงเป็นวิธีการสื่อสารที่น่าสนใจและยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญซึ่งจะทำให้สถานการณ์การตรวจรักษาโรคจิตเวชเบื้องต้นสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ตามที่ต้องการ

ลักษณะของบทสนทนาตามตัวอย่างในสถานการณ์ตัวอย่างที่ (1) – (3) ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แสดงให้เห็นโครงสร้าง องค์ประกอบ และกลวิธีทางภาษาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะโดดเด่นและแตกต่างจากการสนทนาประเภทอื่นๆ เห็นได้จากจิตแพทย์จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยอธิบายอาการของโรคอย่างละเอียด ผู้ป่วยจึงสามารถครอบครองผลัดการสนทนาได้เป็นระยะเวลาสั้นๆ และเมื่อทั้งสองฝ่ายสนทนาต่อเนื่องไปช่วงระยะเวลาหนึ่งจะพบว่าผู้ป่วยสามารถพูดแทรก พูดซ้อนรวมทั้งกล่าวแย้งจิตแพทย์ได้ตามที่ผู้ป่วยต้องการซึ่งโดยปกติแล้วจะไม่พบองค์ประกอบการสนทนาเหล่านี้ในการสนทนายาระหว่างแพทย์และผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมทั่วไป ทำให้ผู้วิจัยเกิดคำถามว่า เพราะเหตุใดปริจเฉทการสนทนายาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช

เบื้องต้นจึงมีลักษณะเฉพาะที่โดดเด่นและแตกต่างจากการสนทนาในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางอายุรกรรม

จากความเป็นมาของปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาโครงสร้างหรือองค์ประกอบการสนทนาการใช้ภาษาของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก และญาติผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงได้นำหลายแนวคิดมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยนำแนวคิดปริจเฉทวิเคราะห์ศึกษาร่วมกับหลักปฏิบัติของจิตแพทย์ในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช เพื่อศึกษาวิเคราะห์โครงสร้างและองค์ประกอบของปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น นำแนวคิดวัฒนธรรม การสนทนาวิเคราะห์ และวิธีการสื่อสารของจิตแพทย์ประยุกต์รวมกัน เพื่อศึกษาวิเคราะห์กลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก และญาติผู้ป่วย นำแนวคิดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การจัดการความสัมพันธ์และภาษาศาสตร์สังคมประยุกต์รวมกัน เพื่อศึกษาปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วย การศึกษาวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดทั้งสามด้านนี้เป็นการศึกษาในองค์รวม เพื่อทำความเข้าใจปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และเพื่อเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจวิถีปฏิบัติของจิตแพทย์ รวมทั้งการสื่อความหมายที่ผู้ป่วยนอกต้องการจะส่งสารไปสู่จิตแพทย์หรือบุคคลที่ใกล้ชิด และอาจจะยังผลไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดความเข้าใจผิดระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกหรือญาติผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

## 1.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษา

1. โครงสร้างและองค์ประกอบในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นตามแนวคิดสนทนาวิเคราะห์
2. กลวิธีทางภาษาในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก และญาติผู้ป่วย
3. ปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น

### 1.3 สมมติฐานในการวิจัย

1. ปริเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นมีโครงสร้างหลักที่สมบูรณ์ ได้แก่ การเปิด การสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา ส่วนองค์ประกอบการสนทนา ประกอบด้วย คู่ถ้อยคำ การปรับแก้ การพูดแทรก และการพูดซ้อน โดยมีลักษณะเด่นที่น่าสนใจคือทั้ง จิตแพทย์และผู้ป่วยต่างมีส่วนในการครอบครองผลัดการสนทนาที่เท่ากัน

2. จิตแพทย์มีการใช้กลวิธีทางภาษาในปริเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่หลากหลาย เช่น การซ้ำคำหรือซ้ำความ การสรุปความ การเสนอทางเลือก การใช้สรรพนาม การกล่าวแย้ง การขยายความ การถามคำถามต่อเนื่อง การใช้ภาษาต่างประเทศ การใช้ภาษาถิ่น การใช้ คำสั่ง และการเปลี่ยนคำถาม เพื่อให้ได้รับข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยโรคต่อไป

3. ผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยมีการใช้กลวิธีทางภาษาในปริเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่หลากหลาย เช่น การตอบรับด้วยถ้อยคำสั้นๆ การขยายความ การใช้เรื่องเล่า การอ้างว่าไม่รู้ การเจรจาต่อรอง การหัวเราะ การใช้ความเงียบ การใช้คำเรียกญาติ การกล่าวแย้ง การเปลี่ยน ประเด็น และการอ้างถึงบุคคลอื่น เพื่อให้จิตแพทย์ได้รับรายละเอียดของอาการป่วยตามที่คุณป่วยและ ญาติผู้ป่วยต้องการ

4. ปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในปริเฉทการ ตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ได้แก่ อายุ สถานภาพ เพศ และอาการของโรค

### 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยนอกของจิตแพทย์จำนวนไม่น้อยกว่า 10 คน (จิตแพทย์ เพศชายไม่น้อยกว่า 5 คน จิตแพทย์เพศหญิงไม่น้อยกว่า 5 คน) โรงพยาบาลละ 2-4 คน เกณฑ์การ คัดเข้าของกลุ่มข้อมูลจิตแพทย์ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ สำหรับกลุ่มข้อมูลผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยมี เกณฑ์การคัดเลือก คือ การใช้แบบสอบถามอาการป่วยเบื้องต้นของผู้ป่วยและญาติด้วยความสมัครใจที่ ระบุอาการ ดังต่อไปนี้ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และภาวะเครียด อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จนถึง 60 ปี ไม่จำกัดเพศหรือสถานภาพการสมรส ส่วนเกณฑ์การคัดออกจะดำเนินการเมื่อผู้ป่วยนอก หรือญาติผู้ป่วยไม่สมัครใจในระหว่างการให้ข้อมูลต่อไป หรือเป็นกรณีที่จิตแพทย์วินิจฉัยระบุว่ามี อาการตามเกณฑ์การคัดเลือก

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยนอกของจิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลจิตเวชในจังหวัดต่างๆ ที่มีโรงพยาบาลทางจิตเวชประจำภูมิภาค 5 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลลำสนธิ(จังหวัดลพบุรี) โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์(จังหวัดสุราษฎร์ธานี)

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลสถานการณ์การตรวจรักษาที่ไม่มีญาติผู้ป่วยร่วมด้วยไม่น้อยกว่า 30 สถานการณ์ และการตรวจรักษาที่มีญาติผู้ป่วยร่วมด้วยไม่น้อยกว่า 30 สถานการณ์ รวมทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 60 สถานการณ์หรือจนกว่าจะมีข้อมูลเพียงพอต่อการวิเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลโรงพยาบาลละ 10-15 สถานการณ์ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลแต่ละแห่งนับตั้งแต่การเริ่มเก็บข้อมูลในวันแรกประมาณ 1-2 สัปดาห์ โดยใช้ชื่อ-สกุล สถานที่ วันเวลาในงานวิจัยให้เป็นเหตุการณ์สมมติทั้งสิ้น

4. ผู้วิจัยศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากสถานการณ์จริงโดยมีประเด็นการศึกษา 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ โครงสร้างและองค์ประกอบในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น กลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก หรือญาติผู้ป่วย และปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นข้อมูลจากการจดบันทึกหรือบันทึกเสียงจึงจำกัดขอบเขตของการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะวัจนภาษาเท่านั้น เนื่องจากป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับกฎหมายละเมิดสิทธิมนุษยชน และเป็นการป้องกันการรบกวนสถานการณ์การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกหรือญาติผู้ป่วย

## 1.5 วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. สํารวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปริจเฉทวิเคราะห์

1.2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างและองค์ประกอบของบทสนทนาในการตรวจรักษาโรค

1.3 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลวิธีการสนทนาทั่วไป และกลวิธีการสนทนาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรค

1.4 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช

1.5 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ในการสนทนา



## 2. เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 นำเสนอเค้าโครงงานวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดยใช้ระยะเวลาในการพิจารณาประมาณ 3 เดือน และส่งผลการพิจารณาไปที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคของประเทศไทย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แต่ละแห่งใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 1-3 เดือน

2.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของจิตแพทย์จำนวนไม่น้อยกว่า 10 คน (จิตแพทย์เพศชายไม่น้อยกว่า 5 คน จิตแพทย์หญิงไม่น้อยกว่า 5 คน) ทั้งหมดไม่น้อยกว่า 60 สถานการณ์ ในสถานการณ์ที่เป็นผู้ป่วยนอกเดินทางมาตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในโรงพยาบาลจิตเวช โดยการจดบันทึกหรือการบันทึกเสียงการตรวจรักษาของจิตแพทย์คนละประมาณ 10-30 นาที ต่อผู้ป่วย 1 คน และไม่กำหนดเพศของผู้ป่วย หรืออาจมีญาติผู้ป่วยหรือไม่ก็ตาม สำหรับการคัดเลือกของกลุ่มข้อมูลจิตแพทย์ ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อโดยตรงเป็นการส่วนตัวด้วยความสมัครใจ เมื่อผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลจริงสามารถเก็บข้อมูลสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นพบสถานการณ์ที่มีญาติผู้ป่วย 58 สถานการณ์ สถานการณ์ที่ไม่มีญาติผู้ป่วย 26 สถานการณ์ได้ รวมทั้ง 84 สถานการณ์ ได้รับความอนุเคราะห์จากจิตแพทย์ชายให้เก็บข้อมูล 6 คน จิตแพทย์หญิง 4 คน และผู้ป่วย 84 คน

2.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยด้วยแบบสอบถาม และสัมภาษณ์จิตแพทย์ด้วยการบันทึกเสียงและแบบบันทึกการสัมภาษณ์ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์การปฏิสัมพันธ์ในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น โดยมีประเด็นคำถามในแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

- ในขณะที่กำลังตรวจรักษาโรคทางจิตเวช จิตแพทย์คำนึงถึงปัจจัยใดบ้าง เพราะเหตุใด
- อาการของโรค เพศ อายุ สถานภาพของผู้ป่วย ปัจจัยใดที่มีผลต่อการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช
- มีปัจจัยอื่นหรือไม่ที่จิตแพทย์คาดว่าจะจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช

เมื่อติดต่อกับจิตแพทย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการติดต่อเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจโดยตรงด้วยตนเองตามขั้นตอน เพื่อคัดเข้าของกลุ่มข้อมูลผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่องต่อไป ผู้วิจัยเก็บข้อมูลสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นด้วยการบันทึกเสียง การตรวจรักษาของจิตแพทย์คนละประมาณ 10-30 นาที ต่อผู้ป่วย 1 คน นอกจากนี้ข้อมูลที่ผู้วิจัยบันทึกเสียงไว้จะได้รับการเก็บรักษาไว้ในคลังข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ส่วนตัว และมีรหัสผ่านป้องกันการรั่วไหลทั้งในระดับเครื่องและระดับไฟล์ข้อมูลซึ่งปลอดภัย บุคคลอื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้

2.4 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากสถานการณ์จริงโดยมีประเด็นในการศึกษาใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ โครงสร้างและองค์ประกอบในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น กลวิธีทางภาษา และปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วย โดยสมมติชื่อ-สกุล สถานที่ วันเวลาทุกสถานการณ์ ก่อนการเก็บข้อมูลวิจัยผู้ป่วยจะต้องอ่านเอกสารและลงนามอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยให้เรียบร้อย และก่อนการบันทึกเสียงจิตแพทย์จะขออนุญาตผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง หากผู้ป่วยไม่ยินยอมลงนามเอกสารหรือไม่อนุญาตให้บันทึกเสียง ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลทันที หรือหากผู้ป่วยยินยอมให้เก็บข้อมูลแต่ไม่ยินยอมให้บันทึกเสียง ผู้วิจัยจะยุติการบันทึกเสียงและเปลี่ยนวิธีการเป็นการจดบันทึกทันที

2.5 การคัดเข้าของกลุ่มข้อมูลของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ผู้วิจัยได้จำกัดขอบเขตของโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่คนไทยเข้ารับการรักษาามากที่สุด ประกอบด้วย โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล และภาวะเครียด(รายงานสถิติของผู้ป่วยนอกทั่วประเทศ: กรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2555 ซึ่งไม่รวมอาการที่มีผลจากการใช้สารเสพติด เนื่องจากอาจทำให้มีตัวแปรอื่นๆ แตกต่างจากอาการป่วยทางจิตเวชทั่วไปโดยไม่รวมกลุ่มผู้ป่วยที่อาจมีปัญญาในกระบวนการคิดและการสื่อสารหรือกลุ่มผู้ป่วยโรคทางสมองและประสาท) วิธีการเข้าถึงผู้ป่วยที่คัดกรองแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวและแสดงบัตรประจำตัว รวมทั้งอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอย่างชัดเจน และการเก็บข้อมูลวิจัยนี้ไม่มีความเกี่ยวข้องกับใดๆ กับกระบวนการรักษาตามปกติของผู้ป่วย หากผู้ป่วยท่านใดไม่สนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะยุติการเข้าถึงทันทีเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกังวลใจต่อไป และหากเมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลแล้วมีความจำเป็นต้องคัดออก เนื่องจากไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยจะแจ้งผู้ป่วยให้เข้าใจและมอบของที่ระลึกให้ผู้ป่วยด้วย

2.6 ผู้วิจัยขออนุญาตอยู่ในห้องตรวจมีสถานภาพเป็นผู้สังเกตการณ์ภายในห้องตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นแบบไม่มีส่วนร่วมและโดยไม่มี การสนทนารบกวนในทุกสถานการณ์

2.7 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเริ่มต้นหลังจากได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยเริ่มต้นจากเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2558-มิถุนายน พ.ศ.2559 รวมระยะเวลาประมาณ 8 เดือน จากโรงพยาบาล 5 แห่ง ขึ้นอยู่กับการอนุญาตของฝ่ายวิจัยในโรงพยาบาลจิตเวชในการเก็บข้อมูล

### 3. วิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

3.1 โครงสร้างและองค์ประกอบในปริเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นด้วยกรอบแนวคิดปริเฉทวิเคราะห์และสนทนาวิเคราะห์

3.2 กลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอกจิตเวช และญาติผู้ป่วย ด้วยกรอบแนวคิดวัจนกรรม

3.3 ปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยด้วยกรอบแนวคิดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสาร

4. นำเสนอรายงานการวิจัยด้วยการพรรณนาวิเคราะห์

5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

### 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบโครงสร้าง องค์ประกอบ กลวิธีทางภาษา และปัจจัยในการปฏิสัมพันธ์ในปริเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น

2. เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำให้ข้อมูลในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นมีความสมบูรณ์ขึ้น และนำเสนอเป็นโครงสร้างต้นแบบในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกเพื่อนำไปประกอบการตรวจรักษาต่อไป

3. เป็นแนวทางในการทำวิจัยร่วมกับสาขาวิชาอื่นๆ เพื่อการร่วมมือกันทางวิชาการต่อไปในอนาคต

4. เป็นแนวทางในการพัฒนาการออกแบบบทสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นต่อไป

## 1.7 นิยามศัพท์

### ก) การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก

การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก (Conversational discourse between psychiatrists and out-patients) หมายถึง รูปแบบของการปฏิสัมพันธ์ในการพูดคุยแลกเปลี่ยนหรือแสดงความคิดเห็นระหว่างบุคคลตั้งแต่สองฝ่ายขึ้นไป ซึ่งในงานวิจัยนี้เป็นการศึกษารูปแบบการปฏิสัมพันธ์ในการพูดคุยแลกเปลี่ยนหรือแสดงความคิดเห็นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกด้านโครงสร้าง องค์ประกอบ การจัดเรียงองค์ประกอบ หน้าที่ขององค์ประกอบ กลวิธีทางภาษา และปัจจัยในการปฏิสัมพันธ์ของผู้ร่วมสนทนาโดยพิจารณาจากบริบทการใช้ภาษาเพื่อให้เห็นวิถีที่ผู้พูดใช้รูปภาษาสื่อความหมายให้บรรลุวัตถุประสงค์บางประการ

### ข) กลวิธีทางภาษา

กลวิธีทางภาษา (Linguistics strategies) หมายถึง วิธีการหรือรูปแบบทางภาษาต่าง ๆ ใด ๆ ก็ตามที่จิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก หรือญาติผู้ป่วยเลือกใช้ในการสื่อสาร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตนเองต้องการและนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องต่อไป

### ค) ผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยนอก (Out-patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชโดยที่ไม่ต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องด้วยโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และภาวะเครียด

### ง) จิตแพทย์

จิตแพทย์ (Psychiatrists) หมายถึง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับวุฒิบัตรรับรองในด้านจิตเวชศาสตร์สามารถรักษาผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทางจิตใจในแผนกจิตเวชหรือโรงพยาบาลจิตเวช

### จ) โรคจิตเวชเบื้องต้น

โรคจิตเวชเบื้องต้น (Primary psychiatric) หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตใจพื้นฐานที่ผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการตรวจรักษาในฐานะผู้ป่วยนอก ในงานวิจัยนี้จำกัดโรคจิตเวชเบื้องต้นในการเก็บข้อมูล ดังนี้ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และภาวะเครียดหรือปวดศีรษะรุนแรง

### ฉ) การครอบครองผลัดการสนทนา

การครอบครองผลัดการสนทนา (Conversational dominance) หมายถึง การที่ผู้ร่วมสนทนาที่เป็นฝ่ายพูดสามารถควบคุมการสนทนาของคู่สนทนาอีกฝ่ายหนึ่งได้และสามารถใช้ช่วงในการพูดนั้นได้อย่างต่อเนื่อง

### ช) ปัจจัยในการปฏิสัมพันธ์

ปัจจัยในการปฏิสัมพันธ์ (Factors of interaction) ในงานวิจัยนี้หมายถึง เหตุผลที่จิตแพทย์ให้ความสำคัญในการสนทนาเพื่อตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วย

### 1.8 อักษรย่อและเครื่องหมายที่ใช้

อักษรย่อในวิทยานิพนธ์นี้เป็นการแสดงถึงตัวบุคคลโดยใช้อักษรย่อประกอบกับเครื่องหมายมหัพภาค ได้แก่

ผ.	หมายถึง	ผู้ป่วย
พ.	หมายถึง	จิตแพทย์
ญ.	หมายถึง	ญาติผู้ป่วย

เครื่องหมายที่ใช้ในวิทยานิพนธ์นี้เป็นเครื่องหมายพิเศษของปริจเฉทการสนทนา ซึ่งเป็นตัวอักษรที่ได้จากการบันทึกเสียงในเครื่องบันทึกเสียงประกอบกับเครื่องหมายพิเศษ ได้แก่

~	เว้นวรรคห่าง	แสดงการหยุดตามจังหวะการหายใจ
-	ยัติภังค์	แสดงการหยุดเว้นระยะของผู้พูดเป็นเวลาไม่เกิน 3 วินาที
--	ยัติภังค์คู่	แสดงการหยุดเว้นระยะของผู้พูดเป็นเวลามากกว่า 3 วินาที
=	เสมอภาค	แสดงการพูดต่อเนื่องกันของผู้พูดคนเดียว
(1.0)	ตัวเลขในวงเล็บ	แสดงการเงียบเป็นวินาที
(???)	ปรศนีในวงเล็บ	แสดงข้อความซึ่งได้ยินไม่ชัดเจน ไม่สามารถถอดเสียงได้
:	ทวิภาค	แสดงถึงพยางค์ที่ออกเสียงยาว
คำ	ตัวหนา	แสดงถึงคำที่ผู้พูดเปล่งเสียงดังเป็นพิเศษ
คำ	เส้นใต้คำ	แสดงถึงคำที่ผู้พูดเน้นเสียงหนักเป็นพิเศษ

- ( ) วงเล็บ ข้อความในวงเล็บแสดงถึงกริยาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมีเสียงอื่นใดเกิดขึ้น
- [ ] วงเล็บเหลี่ยม แสดงการพูดซ้อนของคู่สนทนา
- Z แสดงการพูดต่อกันของคู่สนทนาโดยไม่มีกรหยุดเว้นระยะ
- ... จุดไข่ปลา แสดงการพูดไม่จบข้อความแต่หยุดเพื่อให้ผู้ฟังพูดข้อความต่อ

**คำ** ตัวหนา เอียงและขีดเส้นใต้ แสดงถึงถ้อยคำที่มีการวิเคราะห์ข้อมูล

}

วงเล็บปีกกา แสดงช่วงของถ้อยคำที่ใช้วิเคราะห์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบว่าหัวข้อที่สนใจศึกษามีแนวคิดทฤษฎีที่สามารถใช้ในการวิเคราะห์บทสนทนาอันประกอบด้วย แนวคิดปริจเฉทวิเคราะห์ แนวคิดสนทนาวิเคราะห์ แนวคิดวัจนกรรม แนวคิดการปฏิสัมพันธ์เชิงสถาบัน และการจัดการความสัมพันธ์ซึ่งเป็นการรอบแนวคิดที่มีความเป็นสากล เนื่องจากสามารถนำแนวคิดดังกล่าวไปวิเคราะห์การใช้ภาษาในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างหลากหลาย ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีมาใช้ในการวิเคราะห์บทสนทนาในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ดังจะเห็นได้จากเอกสารและงานวิจัยดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปริจเฉทวิเคราะห์
- 2.2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวกับโครงสร้างและองค์ประกอบของบทสนทนาในการตรวจรักษาโรค
- 2.3 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลวิธีการสนทนาทั่วไป และกลวิธีการสนทนาของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรค
- 2.4 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช
- 2.5 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ในการสนทนา

#### 2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปริจเฉทวิเคราะห์

การศึกษาปริจเฉทวิเคราะห์(Discourse Analysis) เป็นการศึกษาภาษาที่ใช้จริงในสังคม เป็นเครื่องมือที่ทำให้เราเข้าใจว่าทำไมมนุษย์จึงบอกเล่าเรื่องราวต่างๆ ทำไมมนุษย์จึงได้สนทนาพูดคุยกัน หรือแม้แต่มนุษย์มีการปรับเปลี่ยนภาษาในสถานการณ์ที่แตกต่างกันอย่างไร ปริจเฉทวิเคราะห์จะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เราสามารถตอบคำถามเหล่านี้ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น(Barbara Johnstone, 2002)

แฮร์ริส(Harris, 1951 อ้างถึงใน จันทิมา อังคพณิชกิจ, 2557) ได้กล่าวว่า ปริจเฉท คือข้อความต่อเนื่อง ซึ่งมีลักษณะดังนี้

“A connected speech or writing

....connected discourse occurs within a particular situation – whether of a person speaking, or of a conversation, or of someone sitting down occasionally over the period of months to write a particular kind of book in a particular literary or scientific tradition.”

ถ้อยคำหรือข้อเขียนต่อเนื่อง ข้อความที่ต่อเนื่องกันปรากฏภายในสถานการณ์เฉพาะ ไม่ว่าจะเป็นการพูดของบุคคลหรือการสนทนา หรือภายในสถานการณ์ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งนั่งอยู่ท่ามกลางโอกาสต่างๆ ในระยะเวลาเป็นเดือนๆ ที่จะเขียนหนังสือเล่มหนึ่งด้วยขอบเฉพาะทางไม่ว่าจะด้านวรรณกรรมหรือวิทยาศาสตร์

สตับส์(Stubbs, 1983 อ้างถึงใน ญัฐพร พานโพธิ์ทอง, 2556) เป็นอีกบุคคลหนึ่งที่ได้ให้ความหมายของปริจเฉทวิเคราะห์ว่า

“Discourse is: language above the sentence or above the clause” ปริจเฉทหมายถึง โครงสร้างของภาษาที่อยู่เหนือกว่าประโยคหรืออนุพากย์ ซึ่งเป็นความหมายของปริจเฉทในมุมมองของกลุ่มโครงสร้างนิยม

ส่วนบราวน์และยูล(Brown and Yule, 1983 อ้างถึงใน ญัฐพร พานโพธิ์ทอง, 2556) ได้กล่าวเกี่ยวกับการศึกษาปริจเฉทว่า ภาษาเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม และหน้าที่ทางสังคมของภาษามีส่วนกำหนดระบบภายในภาษา การศึกษาภาษาจึงต้องพิจารณาหน้าที่ทางสังคมรวมถึงบริบทการใช้เป็นสำคัญด้วย การวิเคราะห์ปริจเฉทจากภาษาที่ใช้จริงไม่สามารถกำหนดรูปแบบที่ตายตัวในการวิเคราะห์ในแต่ละชนิดได้ จำเป็นต้องอาศัยจุดประสงค์หรือหน้าที่ของปริจเฉทเหล่านั้น เนื่องจากรูปแบบหรือโครงสร้างเหล่านั้นถูกออกแบบมาเพื่อนำเสนอเรื่องราวของมนุษย์ที่มีจุดประสงค์ในการสื่อสารแตกต่างกัน การวิเคราะห์ปริจเฉทจะต้องพิจารณากระบวนการผลิตและกระบวนการตีความหรือทำความเข้าใจปริจเฉทว่า ใครเป็นผู้เขียนหรือผู้พูด ใครเป็นผู้รับสาร ผู้พูดหรือผู้เขียนต้องการสื่อเจตนาใด ปัจจัยใดมีผลให้ผู้พูดหรือผู้เขียนผลิตปริจเฉทที่มีโครงสร้างนั้น กล่าวโดยสรุป ปริจเฉทในแนวคิดของบราวน์และยูล หมายถึง รูปแบบของภาษาหรือภาษาในบริบทการใช้ หรือภาษาที่ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งมีจุดประสงค์หรือหน้าที่ในการสื่อสารแตกต่างกัน



สำหรับนักภาษาศาสตร์ชาวไทยที่ได้ให้ความหมายปริจเฉทไว้คือ เพียรศิริ วงศ์วิภานนท์ (2534) ได้สรุปว่า ปริจเฉทเป็นโครงสร้างภาษาที่ซับซ้อน มีลักษณะเป็นหน่วยภาษาทางด้านความหมายมากกว่าเป็นหน่วยภาษาทางวากยสัมพันธ์ แนวคิดที่จะอธิบายปริจเฉทได้ดีที่สุด คือ การมองว่าปริจเฉทเป็นหน่วยภาษาที่มีองค์ประกอบเป็นหน่วยข้อความ(information units) และแนวคิดที่ดีที่สุดในการอธิบายปริจเฉทคือไวยากรณ์หน้าที่(functional grammar) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มองว่า รูปภาษาในแต่ละภาษานั้นเป็นไปเพื่อสนองวัตถุประสงค์ในการสื่อความ(communicative function)

นักวิชาการไทยอีกผู้หนึ่งที่กล่าวถึงลักษณะของปริจเฉทไว้ คือ สมทรง บุรุษพัฒน์(2533) ว่า ปริจเฉทจะมีใจความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และมีการเชื่อมโยงของข้อความที่เป็นส่วนประกอบของปริจเฉท นอกจากนี้ยังหมายถึงการพูดระหว่างสองคนขึ้นไป(dialogue discourse) เช่น การสนทนา หรือเป็นการพูดคนเดียวก็ได้(monologue discourse) เช่น เรื่องเล่า หรือการอธิบาย เป็นต้น

นอกจากนี้ จันทิมา อังคพณิชกิจ(2557) กล่าวถึง ข้อความ(discourse) ว่าหมายถึง หน่วยหรือข้อมูลภาษาที่ใช้อยู่ในบริบททางการสื่อสารอย่างใดอย่างหนึ่งของผู้ใช้ภาษาในสังคม อาจเป็นถ้อยคำภาษาพูด(spoken) หรือถ้อยคำภาษาเขียน(written) อาจเป็นภาษามิรูถ้อยคำ(verbal) หรือไร้อถ้อยคำ(non-verbal) ก็ได้ มักจะมีรูปแบบ โครงสร้าง และความสัมพันธ์เชื่อมโยงที่แสดงความเป็นเอกภาพภายในเนื้อหาเดียวกัน

นักปริจเฉทวิเคราะห์ส่วนใหญ่ได้จัดกลุ่มแนวคิดในการศึกษาปริจเฉทออกเป็น 2 แนวทาง คือ แนวโครงสร้างนิยม และแนวหน้าที่นิยม จึงอาจนำมาสู่การสรุปนิยามของปริจเฉทตามแนวโครงสร้างนิยมได้ว่า ปริจเฉทคือหน่วยภาษาที่เหนือกว่าประโยคหรืออนุพากย์ จะต้องมีการจัดเรียงองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กัน คือมีสารัตถภาพ เอกภาพ และสัมพันธ์ภาพ ในการศึกษาปริจเฉทจึงจะต้องพิจารณา 3 ประเด็นหลัก คือ องค์ประกอบของหน่วยภาษา การจัดเรียงองค์ประกอบ และหน้าที่ขององค์ประกอบ(หน้าที่ทางโครงสร้าง) ส่วนความหมายของปริจเฉทตามแนวหน้าที่นิยม หมายถึง ภาษาที่ใช้ในสถานการณ์จริง ภาษาในบริบทการใช้ หรือภาษาที่ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งมีจุดประสงค์หรือหน้าที่ในการสื่อสารแตกต่างกัน

นักภาษาศาสตร์คนสำคัญคนหนึ่ง คือ ชิฟฟริน(Deborah Schiffrin, 1987) จำแนกความหมายของปริจเฉทออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่มองว่าปริจเฉทเป็นหน่วยในภาษาที่

เหนือกว่าประโยค 2) ปริจเฉทคือการใช้ภาษาในสถานการณ์จริง และ 3) ปริจเฉทคือวิถีปฏิบัติทางสังคม นอกจากนี้ชัฟฟรินยังได้อธิบายคุณสมบัติของปริจเฉท(Properties of discourse) ไว้ 3 ประการ คือ 1) ปริจเฉทมีโครงสร้างที่หลากหลาย(Discourse forms structure) 2) ปริจเฉทมีการสื่อความหมาย(Convey meaning) และ 3) ปริจเฉทเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์(Accomplish action) จากคุณสมบัติดังกล่าวชัฟฟรินจึงมีความเห็นว่า การศึกษาปริจเฉทในระยะเริ่มต้นจะเป็นการศึกษาหน่วยภาษาที่เล็ก เช่น ประโยค ประพจน์ หรือถ้อยคำซึ่งเป็นการศึกษาโดยพิจารณาคุณสมบัติข้อที่ 1 และ 2 ส่วนการศึกษาคุณสมบัติข้อที่ 3 เป็นการให้ความสนใจภาษาที่ใช้จริงในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมทั้งบริบทของผู้พูดหรือผู้ฟังซึ่งไม่ใช่แค่เพียงหน่วยย่อยของภาษาเท่านั้น

#### 1) ปริจเฉทมีโครงสร้างที่หลากหลาย

ในช่วงแรกของการศึกษาปริจเฉท แฮร์ริส(1952 cited in Schiffrin, 1987)ได้พยายามนำวิธีการศึกษาภาษาในแนวทางของภาษาศาสตร์โครงสร้างหรือแนวคิดไวยากรณ์ปริวรรตเพิ่มพูนมาวิเคราะห์ปริจเฉทการเขียน แต่ก็ไม่สามารถตีความประโยคหรือข้อความงานเขียนได้ทั้งหมดเนื่องจากมีบริบทอื่นๆ ที่ไม่ได้ปรากฏอยู่ในงานเขียนนั้นเลย แต่กลับเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาตีความ จึงจะสามารถเข้าใจงานเขียนเหล่านั้นได้อย่างแท้จริง นักปริจเฉทวิเคราะห์หลายคนจึงให้ความเห็นว่า โครงสร้างของปริจเฉทเกิดขึ้นหลังจากผู้เขียนได้ร่างข้อมูลหรือเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว นอกจากนี้ การศึกษาปริจเฉทไม่ได้จำกัดข้อมูลที่ใช้ศึกษาแค่เพียงแค่งานเขียนเท่านั้น แต่ยังรวมการพูดคนเดียว(monologue) เช่น การกล่าวสุนทรพจน์ การอ่านข่าว หรืออื่นๆ นอกจากนี้ยังครอบคลุมการสนทนาโต้ตอบกัน(dialogue) จึงมีการนำระเบียบวิธีวิจัยอื่นมาใช้ในการวิเคราะห์โครงสร้างของปริจเฉท เช่น แนวคิดเรื่องคู่วิจันกรรม หรือการลำดับเหตุการณ์ในการสนทนา เนื่องจากปริจเฉทการสนทนามีลักษณะเป็นพิธีกรรม(ritual)ในการปฏิสัมพันธ์ซึ่งประกอบด้วยการทักทาย การดำเนินการสนทนา และการกล่าวคำอำลา ล้วนเป็นลำดับเหตุการณ์ที่ดูเหมือนพิธีกรรมในการสนทนา ทำให้สถานการณ์การสื่อสารด้วยการสนทนามีโครงสร้างและรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนการวิเคราะห์โครงสร้างหรือรูปแบบในปริจเฉทอื่นๆ ยังสามารถนำแนวคิดด้านภาษาศาสตร์ดั้งเดิมมาวิเคราะห์ส่วนประกอบของโครงสร้างในการเรียงลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น(action) การบังคับการปรากฏ(constrained) หรือการเปลี่ยนแปลงแก้ไข(modified) ต่อไปได้

## 2) ปริจเฉทมีการสื่อความหมาย

ฮัลลidayและฮัสซัน(Halliday and Hasan, 1976 cited in Schiffrin, 1987) ได้แสดงความเห็นว่า มีวิธีการในการวิเคราะห์ปริจเฉทงานเขียนได้หลายวิธี ไวยากรณ์โครงสร้างเป็นหนึ่งในวิธีเหล่านั้น เราสามารถนำแนวคิดในการวิเคราะห์ภาษาระดับที่สูงกว่าประโยคมาศึกษาความสัมพันธ์ทางอรรถศาสตร์ เพื่อให้เกิดการตีความหมายเชื่อมโยงระหว่างรูปคำ ประโยค ถ้อยคำหรือวลี และความหมายที่ผู้ส่งสารต้องการจะสื่อสารออกไป หากเป็นการวิเคราะห์การเชื่อมโยงความในปริจเฉทการสนทนา ความสมบูรณ์ของถ้อยคำที่ใช้เชื่อมโยงความหมายจะปรากฏขึ้นก็ต่อเมื่อผู้พูดและผู้ตอบได้สนทนาให้ข้อมูลกันจนเสร็จสิ้นไปแล้ว

## 3) ปริจเฉทเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์

คุณสมบัติข้อที่ 3 ของปริจเฉท คือ ปริจเฉทมีการดำเนินการที่เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ (accomplish actions) หรือมีการทำหน้าที่ในการจัดเรียงลำดับขั้นตอนอย่างสมบูรณ์ หมายถึง การเกิดลักษณะการจัดเรียงของหน่วยทางภาษา ความหมาย องค์ประกอบหรือโครงสร้าง จุดมุ่งหมายในการสื่อสาร และวิธีที่ผู้ใช้ภาษาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับจุดมุ่งหมาย ทุกสิ่งที่กล่าวมานี้จะต้องเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ เพื่อให้นักปริจเฉทวิเคราะห์สามารถวิเคราะห์หน้าที่ของปริจเฉทได้อย่างชัดเจน ชิฟฟรินได้อธิบายแนวคิดในการศึกษาที่จะนำไปสู่การอธิบาย action ของปริจเฉท สามารถวิเคราะห์ได้ 4 แนวคิด คือ การวิเคราะห์ด้วยแนวคิดหน้าที่ของปริจเฉท(functions) การวิเคราะห์ด้วยแนวคิดวัจนกรรม(speech act) การวิเคราะห์ด้วยแนวคิดสนทนาวิเคราะห์(conversation analysis) และการวิเคราะห์ด้วยแนวคิดชาติพันธุ์วรรณนาแห่งการสื่อสาร(ethnography of communication)

การวิเคราะห์การดำเนินการที่สมบูรณ์ของปริจเฉทเป็นแนวทางที่จะตอบคำถามว่าขั้นตอนเหล่านั้นมีหน้าที่ในปริจเฉทอย่างไร นักภาษาศาสตร์ค้นพบว่าสามารถแบ่งเป็น 3 หน้าที่ คือ หน้าที่ในการอ้างอิง(referential function) หน้าที่ทางสังคม(social function) และหน้าที่ของถ้อยคำ(expressive function) แต่เจคอบ(Jacob, 1960 cited in Schiffrin, 1987) ได้เสนอว่า หน้าที่ของปริจเฉทที่ทำให้เกิดบางสิ่งบางอย่างมีทั้งหมด 6 หน้าที่ ได้แก่ หน้าที่ในการโต้แย้ง(arguing) หน้าที่ด้านอารมณ์ความรู้สึก(emotive) หน้าที่ด้านปริชาน(conative) หน้าที่ในการสร้างความสัมพันธ์(phatic communion) หน้าที่ในการเชื่อมโยงภาษากับวัฒนธรรม(meta-linguistic) หน้าที่ด้านกวีนิพนธ์หรือความสละสลวยของถ้อยคำ(poetic) และหน้าที่ในการอ้างอิง(referential)

การพิจารณาโครงสร้างของปริจเฉทสามารถวิเคราะห์ได้ 2 ระดับ คือ ระดับมหภาค(Macro) คือ การวิเคราะห์ประเด็น ความคิด หรือเนื้อหาหลักของปริจเฉทซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม ปริจเฉทในลักษณะนี้มองประกอบของแต่ละปริจเฉทแตกต่างกันตามจุดประสงค์ โดยจะใช้ตัวอักษรตัว D ใหญ่ในคำว่า Discourse ส่วนระดับจุลภาค(Micro) เป็นมุมมองที่แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในสังคมมีการปฏิสัมพันธ์กันด้วยการใช้ภาษา ทั้งการประชุม การนำเสนอสารคดี การพูดสัพเพเหระ การเล่าเรื่อง การพูดเรื่องตลก หรืออื่นๆ ซึ่งจะใช้ตัวอักษรตัว d เล็กในคำว่า discourse แต่ทั้งสองระดับสามารถที่จะเชื่อมโยงถึงกันได้ หากมีการทำความเข้าใจกรอบแนวคิดของปริจเฉทที่เกี่ยวข้องกับบริบท องค์ประกอบของพฤติกรรม และความหมายที่ต้องการสื่อสาร (Mumby and Mease, 2011)

พาน ไค้ก(Teun A. van Dijk, 2011) เป็นอีกคนหนึ่งที่ได้สรุปลักษณะของปริจเฉทไว้ที่น่าสนใจว่า 1) ปริจเฉทเป็นการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้มนุษย์มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทั้งการพูด การเขียน หรือการใช้สัญลักษณ์ ภาษาที่ใช้สื่อสารเป็นพฤติกรรมของสังคม อาจแสดงให้เห็นลำดับชั้นในสังคมเห็นได้จากการศึกษาทางวจนปฏิบัติศาสตร์หรือสนทนาวิเคราะห์ 2) ปริจเฉทเป็นการแสดงพลัง อำนาจ และลำดับชั้นทางสังคม การสื่อสารผ่านปริจเฉทจะนำไปสู่อำนาจที่สามารถควบคุมหรืออำนาจเหนือบางสิ่งบางอย่าง ไม่ว่าจะเป็นเพศ ชนชั้น ทัศนคติ อุดมการณ์ บรรทัดฐาน คุณค่า หรืออื่นๆ 3) ปริจเฉทเป็นการสื่อสารของผู้ใช้ภาษาเพื่อให้อีกฝ่ายหนึ่งได้รับรู้ถึงความรู้ ความตั้งใจ จุดประสงค์ ความคิดเห็น หรืออารมณ์ เป็นการแบ่งปันเรื่องราวต่างๆ ของคนในสังคมซึ่งไม่ใช่เพียงการพบปะพูดคุยกันเท่านั้น แต่ยังเป็นการแลกเปลี่ยนสื่อสารสิ่งที่อยู่ในระบบความคิดระหว่างกัน 4) ปริจเฉทเป็นสถานการณ์ที่มีบริบทเป็นส่วนสำคัญ หมายถึง ปริจเฉทมีการปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของคนทั่วไป ซึ่งต้องอาศัยเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ เช่น กาลเทศะ อัตลักษณ์ หรือความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสถานการณ์ เป้าหมาย พฤติกรรมในปัจจุบัน และความรู้ เหล่านี้ล้วนเป็นบริบทสำคัญที่จะทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างบุคคล 5) ปริจเฉทเป็นระบบสัญลักษณ์ที่ไม่จำกัดเพียงแค่ภาษาที่ใช้พูดหรือเขียนเท่านั้น ยังรวมถึงน้ำเสียง สิ่งที่มีมองเห็น ลักษณะท่าทางหรืออื่นๆ ที่มีความหมายต่อกิจกรรมในสังคม 6) ปริจเฉทเป็นภาษาที่ใช้จริงตามธรรมชาติของมนุษย์ 7) ปริจเฉทคือความซับซ้อนและมีโครงสร้างเป็นลำดับชั้น พิจารณาจากลำดับชั้นของการศึกษาปริจเฉทเริ่มต้นจากศึกษาในระดับเสียง สัญลักษณ์ วากยสัมพันธ์ คำ ประโยค

ความหมาย แผนผังหรือแผนภาพ วจน-ปฏิบัติศาสตร์ และการปฏิสัมพันธ์(phonological, semiotic, syntactic, lexical, semantic, schematic, pragmatic and interactional theories) หรือการวิเคราะห์ปริจเฉทในระดับชั้นหรือรูปแบบอื่นๆ ตามแต่ละกรอบแนวคิด 8) ปริจเฉทมีการวิเคราะห์ที่ไปตามลำดับชั้น(Sequences and hierarchies) อันประกอบด้วย ไวยากรณ์ของปริจเฉท (discourse grammar) การวิเคราะห์บทสนทนา(conversation analysis) และการศึกษาเรื่องเล่าหรือเรื่องโต้แย้งกัน(narrative/argumentation studies) 9) ปริจเฉทจะมีโครงสร้างเป็นนามธรรม(abstract structures) และกลวิธีในการนำเสนอที่เป็นพลวัตอยู่เสมอ(dynamic strategies) หมายความว่า ในแต่ละปริจเฉทจะมีกลวิธีการสื่อสารที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมหรือสถานการณ์ โดยเฉพาะการสื่อสารด้วยการสนทนา และ 10) ปริจเฉทมีหลากหลายประเภทเนื่องจากปริจเฉทเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในแต่ละประเภทจะมีโครงสร้างเฉพาะตนไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกันได้

จันทิมา อังคณชกิจ(2557) ได้อธิบายถึงการจัดแบ่งประเภทของปริจเฉทหรือภาษาระดับข้อความซึ่งสอดคล้องกับคำอธิบายของ ฟาน ไค้ เนื่องจากจันทิมาได้กล่าวว่า การจัดประเภท (Genre) นั้นมักใช้มุมมองในเรื่องระบบและโครงสร้างเป็นเกณฑ์พื้นฐาน พิจารณาจากสิ่งที่มีระบบและโครงสร้างที่เหมือนกัน คล้ายกัน หรือมีลักษณะร่วมกันบางอย่าง คำศัพท์ที่ใช้เรียกสำหรับการจัดกลุ่มที่เกี่ยวข้องกันมีหลายคำ แต่คำที่มีความหมายครอบคลุมมากที่สุดคือคำว่า ประเภท(Genre) การจัดประเภทอาจพิจารณาที่รูปแบบ(form) เนื้อหา(content) หน้าที่(function) หรือบริบททางการสื่อสาร(context) หากจัดตามรูปแบบโดยพิจารณาจากลักษณะภาษาที่ปรากฏร่วมกันแบบคล้ายคลึงกันจากการใช้ภาษาของกลุ่มบุคคลที่แปรไปตามสถานการณ์ เรียกว่า วจนลีลา(Style) ถ้าอาศัยกฎของการใช้ภาษาที่เป็นไปตามหน้าที่วัตถุประสงค์หรือตามวิถีปฏิบัติของกลุ่มสมาชิกในสังคมกลุ่มหนึ่งๆ ที่แตกต่างจากกลุ่มสมาชิกของสังคมกลุ่มอื่นๆ เรียกว่า ทำเนียบภาษาหรือภาษาวงการ(Register) ถ้าจัดตามโครงสร้างโดยพิจารณาที่องค์ประกอบและการจัดเรียงองค์ประกอบ เรียกว่า ชนิดหรือรูปแบบของภาษาระดับข้อความ(Discourse Types) จันทิมาจึงได้สรุปการแบ่งประเภทของภาษาระดับข้อความไว้ดังต่อไปนี้

การแบ่งประเภทตามช่องทางการสื่อสารหรือสื่อ(mode or medium) จัดแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ ภาษาระดับข้อความประเภทการพูด(spoken discourse) และภาษาระดับข้อความประเภทการเขียน(written discourse) ปัจจุบันได้แยกย่อยตามเครื่องมือสื่อสารที่มีสื่อ

อิเล็กทรอนิกส์ จึงเกิดเป็นภาษาระดับข้อความสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือออนไลน์(online discourse) ซึ่งบางครั้งอาจผสมผสานการพูดและการเขียนเข้าไว้ด้วยกัน

การแบ่งประเภทตามองค์ประกอบการสื่อสาร(elements of communication) รูปแบบของการนำเสนอสาระในการสื่อสารอาจมีได้หลายรูปแบบ เช่น จดหมาย หนังสือพิมพ์ ป้ายประกาศ บทละคร ฯลฯ แต่เมื่อพิจารณาองค์ประกอบสำคัญเกี่ยวกับการสื่อเนื้อหาของสาระของข้อความแล้ว โดยทั่วไปแบ่งกว้างๆ ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ภาษาระดับข้อความประเภทเรื่องเล่า(narrative discourse) ซึ่งมีองค์ประกอบหลักสำคัญว่าจะต้องเป็นเรื่องราว(story) หรือเหตุการณ์(events) ที่มีเวลา(time) และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์(actor) และภาษาระดับข้อความประเภทสนทนา(conversation discourse) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญคือมีคู่สนทนา(interlocutors) และคู่ถ้อยคำ(adjacency pairs) หรือนักภาษาศาสตร์บางกลุ่มอาจเน้นข้อความประเภทเรื่องเล่าก็อาจแบ่งประเภทที่เรียกว่า ข้อความประเภทเรื่องเล่า(narrative discourse) และข้อความประเภทที่ไม่ใช่เรื่องเล่า(non-narrative discourse)

การแบ่งประเภทตามเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร การแบ่งประเภทลักษณะนี้เน้นเนื้อหาของข้อความที่ต้องการสื่อสารเป็นสำคัญ และเนื้อหา มักจะแฝงหรือสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของผู้ผลิตข้อความที่ต้องการสื่อไปสู่ผู้รับข้อความ ข้อความประเภทนี้จะมีความหลากหลายมาก เพราะแปรไปตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์ที่ต้องการสื่อ เช่น ข้อความประเภทโฆษณา ประเภทการเมือง ประเภทการแพทย์ ประเภทวิชาการ ฯลฯ

การแบ่งประเภทตามโครงสร้างของข้อความ มักนิยมในช่วงที่มีการศึกษาวิเคราะห์ข้อความในยุคต้น ซึ่งพยายามหากฎเกณฑ์ที่จะใช้แบ่งประเภทของข้อมูลที่มีขนาดใหญ่กว่าประโยคและมีปริมาณมากออกให้ชัดเจน เพื่อค้นหาโครงสร้างภายในข้อความแต่ละประเภท เกณฑ์การแบ่งประเภทลักษณะนี้ที่มีการกล่าวถึงไว้มากที่สุดเป็นการแบ่งประเภทตามแนวของลองเอเคอร์(Longacre, 1983) โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ข้อความประเภทนิทาน(narrative discourse) ประเภทการปฏิบัติ(procedural discourse) ประเภทพรรณนา(expository discourse) และประเภทโน้มน้าว(hortatory discourse)

จากการให้ความหมายและคำอธิบายเกี่ยวกับปริจเฉทวิเคราะห์ของนักภาษาศาสตร์ข้างต้น อาจสรุปได้ว่า ปริจเฉทวิเคราะห์ หมายถึง การศึกษาภาษาในระดับที่สูงกว่าประโยคหรืออนุภาคซึ่งมีองค์ประกอบ การจัดเรียงองค์ประกอบ และหน้าที่ขององค์ประกอบ ปริจเฉทไม่สามารถกำหนด

รูปแบบหรือโครงสร้างตายตัวเนื่องจากปริจเฉทแต่ละประเภทถูกออกแบบมาเพื่อจุดประสงค์ในการสื่อสารที่แตกต่างกัน การวิเคราะห์ปริจเฉทแต่ละประเภทจำเป็นต้องพิจารณาปริบทให้ละเอียดถี่ถ้วน เพราะจะทำให้ผู้วิเคราะห์เข้าใจจุดประสงค์ในการสื่อสารของปริจเฉทได้อย่างชัดเจน หากพิจารณาจากบริบทการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารของปริจเฉทจะทำให้เห็นกระบวนการหรือวิถีปฏิบัติที่ผู้พูดหรือผู้เขียนใช้รูปภาษาสื่อความหมายให้บรรลุวัตถุประสงค์บางประการ จากนิยามที่ได้กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นจะนำไปสู่แนวทางการวิเคราะห์ปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกของผู้วิจัยได้ชัดเจนขึ้น

## 2.2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวกับโครงสร้างและองค์ประกอบของบทสนทนา

การศึกษาสนทนาวิเคราะห์ของแซคส์และคณะ(Sacks, Schegloff, & Jefferson, 1974 อ้างถึงใน กฤษดาวรรณ หงส์ลดารมภ์และธีรนุช โชคสุวณิช, 2551) ซึ่งเป็นนักสังคมวิทยาแนวชาติพันธุ์วิธี (ethnomethodologist) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับระบบการเปลี่ยนผลัดการพูด(Turn-taking) คู่ถ้อยคำ(Adjacency pairs) การเกริ่นนำหรือการเปิดเรื่อง(Pre-sequences) การพูดซ้อนเหลื่อม(Overlapping talk) สิทธิการสนทนา(Floor) การแทรกถ้อยคำที่ไม่เกี่ยวข้องกับหัวข้อการสนทนา(Insertion sequences) การปรับแก้(Repair) การกล่าวถ้อยคำที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์(Preference/dispreference) การเริ่มและการจบหัวข้อ(Initiation and closing topic) เพื่อศึกษาบทสนทนาที่เป็นธรรมชาติ โดยการถ่ายเสียงเป็นตัวอักษรและสัญลักษณ์ที่ใกล้เคียงกับภาษาที่ใช้จริงมากที่สุด

ระบบการเปลี่ยนผลัดการพูด(Turn-taking) เป็นลักษณะเฉพาะของจุดที่มีการเปลี่ยนตัวผู้พูด(Transition relevance place-TRP) มีกฎดังนี้

1. ถ้าผู้พูดคนปัจจุบันเลือกผู้พูดคนต่อไปในผลัดของตน ผู้พูดคนปัจจุบันจะต้องหยุดพูดและให้ผู้พูดคนต่อไปเป็นคนพูด
2. ถ้าผู้พูดคนปัจจุบันไม่ได้เลือกผู้พูดคนต่อไปด้วยการพูดหรือให้สัญญาณอื่นๆ ผู้ร่วมสนทนาคนอื่นมีสิทธิเลือกตนเองเป็นผู้พูดคนต่อไป คนที่พูดก่อนจะได้สิทธิก่อน
3. ถ้าไม่มีใครเลือกตนเองหลังจากที่ผู้พูดคนปัจจุบันหยุดพูด ผู้พูดปัจจุบันสามารถพูดต่อไปได้อีก

จากกฎดังกล่าว แซคส์และคณะเชื่อว่าสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ ดังนี้

1. จะมีผู้พูดคนเดียวในแต่ละครั้ง
2. ถ้ามีการแย่งกันพูดเกิดขึ้น เราสามารถคาดการณ์ได้ว่า การแย่งกันพูดจะเกิดขึ้นในส่วนตัวของการสนทนา
3. ถ้ามีความเงียบเกิดขึ้น อาจเป็นไปได้ในลักษณะต่างๆ คือ
  - ก. ช่วงเวลาสั้นๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้พูด เรียกว่า gap
  - ข. ช่วงความเงียบที่เกิดขึ้นที่ไม่ใช่จุดที่มีการเปลี่ยนตัวผู้พูด เรียกว่า lapses
  - ค. ช่วงความเงียบซึ่งเกิดขึ้นหลังจากฝ่ายที่ถูกเลือกไม่ยอมพูด ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่มีเรื่องพูด เжинอายุ หรือไม่พอใจและต้องการแสดงออกด้วยการไม่พูด เรียกว่า silence

คู่ถ้อยคำ(Adjacency pairs) หมายถึง ถ้อยคำที่มีลักษณะเป็นคู่ เช่น ถาม-ตอบ ทักทาย-ทักทาย ขอร้อง-ตอบรับ/ปฏิเสธ ขอโทษ-รับการขอโทษ เป็นต้น เชกคอฟและแซคส์(Schegloff & Sacks, 1973) กำหนดลักษณะถ้อยคำประเภทนี้ ดังนี้

- ก. อยู่ใกล้ชิดกัน
- ข. ผู้พูดคนละคนกัน
- ค. มีลำดับขึ้นเป็นส่วนแรกและส่วนที่สอง
- ง. เป็นคู่กัน เช่น ทักทาย-ทักทาย เชิญชวน-ตอบรับ/ปฏิเสธ

ลักษณะของคู่ถ้อยคำของเชกคอฟและแซคส์มักถูกแย้งว่า คู่ถ้อยคำไม่จำเป็นต้องอยู่ใกล้ชิดกัน เพราะอาจมีคำถามคั่นกลาง และไม่จำเป็นต้องเป็นคู่กันเสมอไป

การเกริ่นนำหรือการเปิดเรื่อง(Pre-sequences) มักจะอยู่ในรูปของคู่ถ้อยคำ เช่น การชื่นชมว่า “แหม วันนี้แม่แต่งตัวสวยจัง” ก่อนที่จะไปสู่เนื้อหาที่เป็นหัวใจของการสนทนานั้นๆ ถ้อยคำที่ใช้เปิดเรื่องหรือเปิดประเด็นเรียกว่า attention getters เช่น “นี่” “รู้มั๊ยโทษนะคะ” “คือว่า” “เออ” “นี่” รวมทั้งการกล่าวข้อความอะไรบางอย่างก่อนที่เราจะขอร้อง เพื่อลดน้ำหนักของวัจนกรรมคุกคามหน้า การเกริ่นนำจะใช้เวลานานเท่าใดขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมและความสนิทสนม

การพูดซ้อนเหลื่อม(Overlapping talk) หมายถึง พฤติกรรมในช่วงเวลาที่จุดผลิตเปลี่ยนที่เหมาะสมเกิดขึ้น แต่มีการหยุดพูดนานๆ จนทำให้คู่สนทนา รู้สึกอึดอัดที่มีความเงียบมากเกินไป ต่างฝ่ายต่างพยายามเริ่มบทสนทนาต่อ ทำให้เกิดช่วงที่พูดขึ้นมาเกือบพร้อมๆ กัน



การแทรกถ้อยคำที่ไม่เกี่ยวข้องกับหัวข้อการสนทนา(Insertion sequences) เป็นส่วนที่ไม่มี ความเกี่ยวข้องกับการสนทนา แต่มีความจำเป็นต้องแทรกขึ้นมา เช่น การได้ยินเสียงกริ่งโทรศัพท์ ขณะที่กำลังสนทนา และต้องรับสายโทรศัพท์เสียก่อน

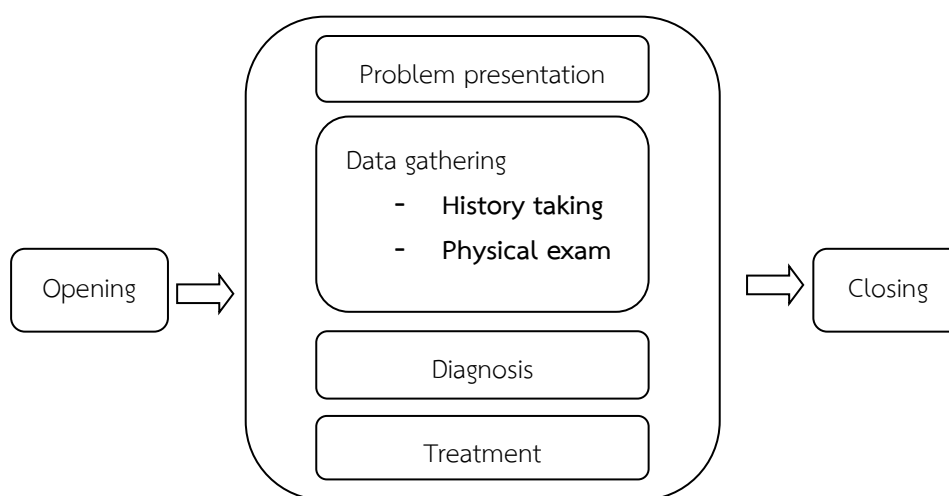
การปรับแก้(Repair) เป็นการกล่าวคำพูดที่ผู้พูดต้องการแก้ไขคำพูดของตนเอง เมื่อรู้สึกรู้ว่า ถ้อยคำที่พูดออกไปไม่ชัดเจน มี 2 ลักษณะ คือ self-initiated repair คือ ผู้พูดเป็นผู้เริ่มการแก้ไข ถ้อยคำของตนเอง โดยเปลี่ยนรูปประโยคหรือคำศัพท์เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น และ other-initiated repair คือ ผู้ฟังเป็นผู้แทรกข้อความเข้ามาในขณะที่ผู้พูดพูดอยู่ เพื่อตรวจสอบว่าเข้าใจสิ่งที่ผู้พูดพูด หรือไม่ หรือเพื่อซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจ ในประเด็นการปรับแก้ นี้ เมย์(Mey, 1993) ได้กล่าวไว้ว่า การแก้ไขคำพูดเป็นกลวิธีการสื่อสารอย่างหนึ่ง ทำให้เรามีเวลาคิดเพิ่มขึ้นและเป็นการป้องกันไม่ ให้ผู้อื่นพูดแทรกขึ้นมา บางครั้งการแก้ไขเป็นเพียงการขอข้อมูลเพิ่มเติมเท่านั้น

การกล่าวถ้อยคำที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์(Preference/dispreference) การตอบ คำถามอย่างตรงประเด็นเรียกว่าถ้อยคำที่พึงประสงค์(Preference utterances) แต่การหลีกเลี่ยง หรือการพูดอะไรที่ต่างไปจากการตอบที่ผู้พูดคาดหวังจากผู้ฟัง เรียกว่า ถ้อยคำไม่พึงประสงค์หรือ ถ้อยคำที่มีลักษณะพิเศษ(dispreferenced/marked utterances) ลักษณะของถ้อยคำที่ไม่พึง ประสงค์ เช่น การหยุดเว้นระยะบ่อย การพูดผิด การพูดซ้ำ การใช้คำเยิ่นเย้อ หรือแม้แต่การมีสีหน้า กังวลใจ

การเริ่มและการจบการสนทนา(Conversation opening and Conversation closing) การเปิดและการปิดการสนทนาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทุกครั้งที่ในการสนทนา ผู้ร่วมสนทนามักจะใช้การเรียก หา(summons) ซึ่งประกอบด้วยการอุทาน(exclamation) การทักทาย(greeting) การเรียกขาน (address) และการเรียกความสนใจ(attention getter) เพื่อแสดงความประสงค์ที่จะเริ่มสนทนากับ ผู้อื่น และมีแนวโน้มที่ผู้พูดและผู้ฟังจะใช้เวลาพูดคุยกันในรายละเอียดต่อไป ส่วนการปิดการสนทนา เป็นขั้นตอนที่สื่อให้ผู้อื่นทราบว่า ผู้พูดประสงค์จะให้การปฏิสัมพันธ์สิ้นสุดลง สามารถแบ่งการปิดการ สนทนาออกเป็น 3 ลักษณะ คือ การปิดแบบห้วน(abrupt closing) คือ การปิดการสนทนาโดยไม่ ใช้วัจนกรรมที่เกี่ยวข้องกับการอำลา การปิดแบบเรียบง่าย(simple closing) คือ การที่ผู้พูดและผู้ฟัง กล่าวคำอำลาสลับกันคนละ 1-2 ผลัด การปิดแบบพิถีพิถัน(elaborated closing) คือ ผู้พูดและผู้ฟัง ใช้กลวิธีอื่นควบคู่ไปกับการกล่าวอำลา แซคส์และเชกโลฟได้ตั้งข้อสังเกตว่าก่อนการจบการสนทนา คู่ สนทนาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมักใช้ถ้อยคำที่เรียกว่า ส่วนก่อนปิดการสนทนา(pre-closing) ซึ่งทำหน้าที่

ชี้แจงเหตุผลของการจบการสนทนา เพื่อให้คู่สนทนาอีกฝ่ายรับทราบว่า หากไม่มีเรื่องใดที่จะพูดคุยต่อ ผู้พูดจะได้กล่าวคำอำลา

หลังจากแซคส์และคณะได้เสนอโครงสร้างปริจเฉทดังกล่าวไบร์นีย์และลอง(Byrne and Long, 1976) จึงได้ศึกษาปริจเฉทหรือโครงสร้างและองค์ประกอบในการตรวจรักษาโรค สรุปรูปโครงสร้างและองค์ประกอบไว้ตามแผนภาพ ดังนี้



แผนภาพที่ 1 โครงสร้างและองค์ประกอบในการตรวจรักษาโรคตามแนวคิดของ Byrne and Long(1976)

โครงสร้างดังกล่าวนำมาสู่การให้ความหมายการวิเคราะห์บทสนทนาทางการแพทย์(Paul Drew, John Chatwin, and Sarah Collins, 2001) ว่าหมายถึง วิธีวิเคราะห์การปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรค โดยเฉพาะถ้อยคำที่ใช้ในการสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์ซึ่งแสดงถึงการจัดลำดับชั้นทางสังคมของผู้ร่วมสนทนา ทำให้เห็นความหมายที่ถ้อยคำหรือพฤติกรรมนั้นแสดงออก ประเด็นสำคัญที่ต้องตระหนักในการวิเคราะห์บทสนทนาในการตรวจรักษาโรค 3 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 ถ้อยคำที่ใช้สื่อสารทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา เพราะถ้อยคำหรืออากัปกริยาทั้งหมดเป็นการแสดงให้เห็นพฤติกรรมทางสังคมที่หลากหลาย (social actions) ประเด็นที่ 2 ถ้อยคำหรือการกระทำที่เชื่อมโยงกับลำดับของพฤติกรรม(sequences of actions) ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงพลวัตของการสนทนา และประเด็นที่ 3 การปรากฏของรูปแบบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถทำนายเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในลำดับต่อไป และผู้ร่วมสนทนายังสามารถคาดการณ์ผลของการปฏิสัมพันธ์ได้

จากแนวคิดของนักวิจัยที่สำคัญหลายคนดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้นำมาสู่กรอบแนวคิดพื้นฐานสำคัญในการศึกษาบทสนทนาในการตรวจรักษาโรคตามแนวคิดปริจเฉทวิเคราะห์ เห็นได้จากงานวิจัยต่อไปนี้

แฮมิลตัน(Heidi E. Hamilton, 2003) วิจัยเรื่อง “Patient’s voices in the medical world : An exploration of accounts of noncompliance” เป็นงานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดสหวิทยาการเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์กับแนวคิดด้านภาษาศาสตร์ ได้รับแรงบันดาลใจมาจากการศึกษาการสนทนาในสถานการณ์การรักษาโรคอัลไซเมอร์ในช่วงปี 1980s ที่สูญเสียความสามารถในการพูดจากผลกระทบด้านสมอง จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการรักษาทั้งการให้คำปรึกษา การสื่อสารของแพทย์และพยาบาล และการช่วยเหลือจากกลุ่มสนทนาทางอินเทอร์เน็ต ต่อมาในปี 1999 แฮมิลตันได้นำกรอบแนวคิดนั้นมาศึกษาการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยต่อเนื่องโรคอายุรกรรม ในฐานะนักภาษาศาสตร์ผู้ให้คำแนะนำในโครงการศึกษาด้านการดูแลรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลบริเวณภาคตะวันออกเฉียงเหนือของสหรัฐอเมริกา แฮมิลตันพบว่า มีผู้ป่วยต่อเนื่องที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อยู่จำนวนหนึ่ง จึงนำสถานการณ์ดังกล่าวมาวิเคราะห์ด้วยกรอบโครงสร้างปริจเฉทการรักษาโรค และการแสดงทัศนคติส่วนบุคคลในเอกสารบันทึกการรักษา นอกจากนี้ยังพบบันทึกการรักษามีข้อมูลเกี่ยวกับมุมมองของผู้ป่วย(patients’ lifeworld) ในการปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรที่มีมุมมองทางการแพทย์(Medical world) ซึ่งมีลักษณะขัดตรงข้าม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่แพทย์พยายามให้คำแนะนำ และการเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้แก่ผู้ป่วย

แฮมิลตันได้สรุปโครงสร้างการสนทนาของผู้ป่วยออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

Pattern 1 give in and go get

1. Knowledge
2. Motivation <-> Roadblock tension
3. Action 1 (procurement) by patient
4. Action 2 (consumption) by patient

เช่น “Even though I stay sway from them pretty much, I crave the sweets. And every once in a while I go get something to eat like candy of something like that. But

then I know for the next couple of days I've got to really watch it and stuff like that.”

#### Pattern 2 see and succumb

1. Knowledge
2. Action 1 (procurement) by other
3. Motivation <-> Roadblock tension
4. Action 2 (consumption) by patient

เช่น “Let’s see, the other night was what. It was Sunday night. The kids came home with big shopping bags full of I’m an old Reese’s Peanut Butter Cup freak. I used to...and all my kids, I have three of them. Before I had diabetes, My two oldest ones, I’d take them out .....He’s ready to win. He’s like “here, Dad”

แอมิลตันได้อ้างถึงความสอดคล้องกับงานวิจัยของมิชเลอร์(Mishler, 1984)ที่เสนอว่าในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจะเกิดกรอบความคิดขึ้น 2 ลักษณะ เรียกว่า ภาษาของผู้ป่วยหรือภาษาในโลกของความเป็นจริง(voice of the lifeworld) และภาษาทางการแพทย์(voice of medicine) กรอบความคิด 2 กรอบนี้จะปะทะกันทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร เช่น แพทย์จะใช้คำศัพท์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่สื่อความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเรียนมาในการสนทนากับผู้ป่วย และยังแสดงถึงอำนาจในการสื่อสารของแพทย์ ส่วนผู้ป่วยจะใช้คำศัพท์หรือถ้อยคำที่สื่อสารในชีวิตประจำวัน จึงดูเหมือนว่าทั้งสองฝ่ายต่างใช้ถ้อยคำในการสื่อสารแตกต่างกัน ดังนั้น แพทย์จึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยอธิบายอาการของโรคด้วยถ้อยคำที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวัน และทำความเข้าใจกับอาการเหล่านั้นอย่างลึกซึ้ง

งานวิจัยของแอมิลตันเป็นการศึกษาปริเฉทการตรวจรักษาผู้ป่วยอายุรกรรมที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ด้วยการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค โดยแบ่งลักษณะผู้ป่วยออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เพราะตนเอง และผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เพราะมีบุคคลอื่นกระตุ้น แสดงให้เห็นว่าโลกของผู้ป่วยกับโลกของแพทย์มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยจะเรียกร้องให้แพทย์เข้าใจเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการตามคำแนะนำของ

แพทย์ได้ ในขณะที่แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด งานวิจัยนี้ทำให้ผู้วิจัยได้เห็นมุมมองของผู้ป่วยและกรอบความคิดของแพทย์ผู้ทำการรักษามากยิ่งขึ้น

**บอยด์และเฮอริเทจ(Elizabeth Boyd and John Heritage, 2006)** ได้วิจัยหัวข้อ “Taking the history: questioning during comprehensive history-taking” มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาโครงสร้างการสนทนาในการตรวจรักษาโรคของแพทย์และผู้ป่วยประจำ ทั้งสองฝ่ายต่างมีโครงสร้างการสนทนาดังนี้

Doctor questions(การตั้งคำถามของแพทย์)	Patient responses(การตอบคำถามของผู้ป่วย)
1. Set agendas(ประเด็นการถาม) -Topical agendas ประเด็นหลัก -Action agendas ประเด็นพฤติกรรมหรือเหตุการณ์	1. Engage/Decline to engage(ประเด็นการตอบ) - Topical agendas ตอบประเด็นหลัก - Action agendas ตอบประเด็นพฤติกรรมหรือเหตุการณ์
2. Embody presuppositions (สมมติฐาน)	2. Confirm/disconfirm Presuppositions (ยืนยันหรือไม่ยืนยันสมมติฐาน)
3. Incorporate preferences (การสร้างความพึงพอใจให้ตอบคำถาม)	3. Align/Disalign with preferences (การให้ความร่วมมือ/การไม่ให้ความร่วมมือ)

ตารางที่ 1 โครงสร้างการสนทนาในการตรวจรักษาโรคตามแนวคิดของ Boyd and Heritage(2006)

จากโครงสร้างการตรวจรักษาดังกล่าว ทำให้บอยด์และเฮอริเทจเห็นว่า แพทย์เป็นฝ่ายที่สามารถเลือกใช้ข้อมูลได้หลากหลายในการเริ่มประเด็นหลัก สมมติฐาน และการสร้างความพึงพอใจในการตอบคำถาม เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรค ในการตั้งประเด็นคำถามของแพทย์จะต้องมีองค์ประกอบสำคัญ คือ 1) เป็นคำถามที่มีประเด็นหลักในการถามชัดเจน(topic agenda) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจคำถามและตอบได้ทันที เช่น “Are you married?” “You’re divorced?” “You smoke?” ซึ่งเป็นคำถามที่มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยตอบว่า “ใช่”(Yes) หรือ “ไม่ใช่”(No) อย่างใดอย่างหนึ่งให้ชัดเจน และ 2) เป็นคำถามที่ให้ผู้ป่วยอธิบาย

พฤติกรรมหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น “How old was he when he died?” “What did he die from. Hh” เป็นคำถามที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยอธิบายเหตุการณ์หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นรายละเอียดสำคัญ เพราะจะทำให้สามารถเชื่อมโยงไปยังพฤติกรรมของผู้ป่วยได้

คำถามที่ปรากฏในโครงสร้างการถามประเด็นหลัก(topic agenda) และประเด็นพฤติกรรมหรือเหตุการณ์(action agenda) จะมีแนวโน้มถึงสมมติฐานเกี่ยวกับบริบทชีวิต สุขภาพ ความกังวล และความรู้ทางการแพทย์ของผู้ป่วย ส่วนคำถามในโครงสร้างการสนทนา Incorporate preferences ของแพทย์จะเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจหรือไม่สบายใจในการตอบคำถาม หรืออาจจะส่งผลให้เกิดความสอดคล้องหรือขัดแย้งได้ จะพบอย่างชัดเจนใน yes/no question เนื่องจากจะต้องผสมผสานระหว่างโครงสร้างไวยากรณ์และการใช้ถ้อยคำเพื่อให้เกิดคำตอบที่เหมาะสม เพราะหน้าที่ของ yes/no question คือการพยายามโน้มน้าวใจผู้ป่วยให้เห็นด้วยกับข้อมูลที่ถาม หากผู้ป่วยสามารถตอบคำถามด้วยความสบายใจและให้ความร่วมมือกับ yes/no question ส่วนใหญ่จะตอบ yes ซึ่งเป็นคำตอบในแง่บวก แต่หากไม่สบายใจอาจตอบเป็น no ซึ่งเป็นแง่ลบ ดังนั้น แพทย์จำเป็นต้องคำนึงถึงหลักสำคัญ 2 ประการในการตั้งคำถาม คือ The principle of optimization(หลักความเหมาะสม,การมองในแง่ดี) เช่น การตั้งคำถามว่า “Is your father alive?” หรือ “Is your father alive or dead?” แทนคำถามว่า “Is your father dead?” และ The principle of recipient design(หลักการออกแบบคำตอบ) คือ ในสถานการณ์ที่แพทย์สามารถคาดเดาคำตอบเกี่ยวกับอาการป่วย เนื่องจากมีข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนั้นอยู่พอสมควรแล้ว

งานวิจัยนี้ได้วิเคราะห์ให้เห็นโครงสร้างการสนทนาว่าทั้งฝ่ายแพทย์และผู้ป่วยมีระบบการสนทนาที่สอดคล้องกันอย่างชัดเจน เริ่มต้นจากแพทย์ได้ตั้งประเด็นหลักในการสนทนากับผู้ป่วย ต่อเนื่องด้วยการสอบถามรายละเอียดและการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับโรค และนำไปสู่การสร้างความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อผู้ป่วย ส่วนฝ่ายผู้ป่วยเริ่มต้นด้วยการตอบคำถามในประเด็นหลักและรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงยืนยันหรือปฏิเสธสมมติฐานของแพทย์ และนำไปสู่ความคล้อยตามหรือไม่คล้อยตามสิ่งที่แพทย์ให้ข้อมูล ประเด็นสำคัญในงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แพทย์มีบทบาทสำคัญที่จะสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หากการสนทนาเป็นไปในทางบวกการสนทนาจะสามารถดำเนินไปได้ อย่างราบรื่น แต่หากผู้ป่วยไม่พึงพอใจก็อาจทำให้เกิดอุปสรรคในการตรวจรักษาโรคในขั้นตอนต่อไป

งานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดปริจเฉทวิเคราะห์ในการศึกษาบทสนทนาอีกหนึ่งงานวิจัย คือ งานของเวสต์(Candace West, 2006) ที่ศึกษาหัวข้อ “Coordination closings in primary care visit: producing continuity of care” สรุปผลการวิจัยว่า การปิดการสนทนา หมายถึง การที่ผู้ผู้รับรองการสิ้นสุดการสนทนาว่าจะไม่มีเรื่องอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง หรือจะไม่มีทางเริ่มเรื่องใหม่ในการสนทนาอีก เพราะหากเริ่มเรื่องอีกครั้งก็จะกลับไปสู่ขั้น preclosing เช่นเดิม จึงจำเป็นต้องมีการประกาศอย่างชัดเจนถึงการปิดการสนทนา และทำให้ตีความหมายได้ว่า ผู้พูดกำลังจะไปหรือแนะนำว่าติดธุระอื่นต้องไปดำเนินการ โดยมีขั้นตอนในการปิดการสนทนาสรุปได้ดังนี้

[Topic closure] ⇨ Okay (Preclosing) ⇨ Goodbye( Closing) ⇨ [End of conversation]

โดยทั่วไปการยุติการสนทนาจะเกิดขึ้นเมื่อเริ่ม preclosing โดยที่ preclosing จะต้องสมบูรณ์เสียก่อนจะเกิดขึ้นตอน closing บางสถานการณ์ผู้พูดจะใช้กลวิธีการระงับเรื่องอื่นๆ ไว้หรือการทำให้หยุดการเริ่มเรื่องใหม่(Building blocks) เพื่อนำเข้าสู่การปิดการสนทนาที่รวดเร็วขึ้น แต่หากปรากฏกลวิธีการขยายความ การอธิบายให้เห็นภาพ หรือการกลับเข้าสู่ประเด็นใหม่ จะเป็นเหตุให้การสนทนานั้นต่อเนื่องออกไปอีก การสิ้นสุดการสนทนาในการตรวจรักษาโรคเป็นการแลกเปลี่ยนทางออกระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การกล่าวลา เช่น “OK.” “See you.” “Thank you.” หรือ “You’re welcome.” โดยพบการใช้รูปประโยค “Thank you” มากกว่ารูปประโยค “Bye bye” และฝ่ายที่มักจะเป็นผู้เริ่มต้นกล่าวปิดการสนทนาคือแพทย์ เพราะแพทย์มีสถานภาพเป็นผู้เชี่ยวชาญซึ่งจะเป็นฝ่ายกล่าวถึงเหตุผลในการตรวจ และทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยดีขึ้น ขั้นตอนก่อนการปิดการสนทนา(preclosing) จะปรากฏในช่วงท้ายของการสนทนา โดยจะมีการนัดหมายตามแนวทางที่แพทย์วางแผนไว้ด้วยวิธีที่หลากหลาย ทั้งการระบุวันและเวลาที่เหมาะสม การระบุวัน สัปดาห์ เดือน หรือตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยแจ้งช่วงเวลาที่เหมาะสม

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแพทย์เป็นเพียงฝ่ายเดียวที่เริ่มปิดการสนทนา และมีโอกาสน้อยมากที่ผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายเริ่มปิดการสนทนา และหากแพทย์ใช้คำถาม “anything else?” หลังจากพบว่าผู้ป่วยมีความกังวลใจบางประการ จะทำให้ไม่สามารถปิดการสนทนาได้ตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของผู้ป่วยที่มักจะสอบถามถึงความกังวลใจของตนเองในช่วงเวลาใกล้จะปิดการสนทนา เพื่อไม่ให้มีความกังวลใจเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองหลงเหลืออยู่ต่อไป แพทย์จึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามจนสิ้นสุดความสงสัยนั้น จึงจะสามารถปิดการสนทนาได้อย่างน่าพึงพอใจ

กิลและเมย์นาร์ด(Virginia Teas Gill and Douglas W.Maynard, 2006)(Heritage and Maynard 2006) ได้วิจัยหัวข้อ “Explaining illness: patients’ proposals and physicians’ responses” แสดงให้เห็นโครงสร้างการอธิบายปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่เปิดเผยชัดเจน และรูปแบบที่เป็นนัย รูปแบบที่เปิดเผยชัดเจนประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) complaint 2) attributive linkage proposal และ 3) causal factor ผู้ป่วยมักจะใช้ถ้อยคำ ว่า “because” เพื่อบอกประเด็นที่อาจจะป็นสาเหตุให้เกิดโรค คำว่า “is” หรือ “was” และ “brought on” เพื่อเชื่อมโยงและเสนอแนะปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ส่วนรูปแบบการอธิบายแบบเป็นนัย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) complaint 2) non-attributive linkage proposal และ 3) reported circumstance ผู้ป่วยมักจะใช้คำว่า “but” หรือ “and” เพื่อปิดบังข้อมูลบางประการ นอกจากนี้ยังได้อธิบายโครงสร้างเกี่ยวกับผลัดการสนทนา Explanation-Assessment sequence เป็นคู่ถ้อยคำประเภทเดียวกันกับ question-answer ซึ่งพบถึง 3 รูปแบบ ดังนี้

<u>Pattern 1</u>	turn 1 :	Patient’s explanation	
	turn 2 :	Doctor’s confirming/disconfirming assessment	
<u>Pattern 2</u>	turn 1 :	Patient’s explanation	
	turn 2 :	Doctor’s query	
	turn 3 :	Patient’s reply to query	
<u>Pattern 3</u>	turn 1 :	Patient’s explanation	←
	turn 2 :	Doctor’s query	
	turn 3 :	Patient’s reply to query	
		....	
		....	
		+	
	turn n :	Doctor’s confirming or disconfirming assessment of explanation	→

งานวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ที่ให้ความสำคัญกับการอธิบายอาการของผู้ป่วย ทำให้มองเห็นโครงสร้าง ลักษณะและกลวิธีการอธิบายอาการต่างๆ ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญต่อการตรวจ



รักษาโรค และแพทย์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะตัดสินว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยพยายามแจ้งนั้นมีความสำคัญหรือไม่ นักวิจัยพยายามชี้แนะแพทย์ให้เห็นความสำคัญเกี่ยวกับการบอกเล่าอาการของผู้ป่วยให้มากขึ้น เนื่องจากการเล่าเรื่องของผู้ป่วยจะนำไปสู่ข้อมูลอาการผิดปกติเกี่ยวกับร่างกายที่ผู้ป่วยรู้สึก เพื่อเป็นองค์ประกอบสำคัญให้แพทย์วินิจฉัยอาการของโรคต่อไป จึงเป็นงานวิจัยที่สามารถนำแนวคิดปริจเฉทวิเคราะห์และสนทนาวิเคราะห์มาผสมผสานเพื่อใช้ในการศึกษาบทสนทนา และนำผลการวิจัยมาเป็นข้อเสนอแนะให้แพทย์ตระหนักถึงความสำคัญในการเล่าเรื่องของผู้ป่วย

เฮอริเทจและเคลย์แมน(John Heritage and Steven Clayman, 2010) ดำเนินการวิจัยหัวข้อ “Patients’ presentations of medical issues: The patient’s problem” ซึ่งเป็นอีกหนึ่งงานวิจัยที่พยายามวิเคราะห์เนื้อหาและประเภทของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรค เนื่องจากการนำเสนอปัญหาของผู้ป่วยมีวิธีในการอธิบายที่หลากหลาย ผู้ป่วยจะมีแนวคิดหรือทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุของโรคในการอธิบายภายใต้ความกังวลใจ ซึ่งอาจใช้การเล่าเรื่องเพื่อนำไปสู่การเชื่อมโยงในการขอความช่วยเหลือจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในบางสถานการณ์ผู้ป่วยพยายามอธิบายอาการของโรค แต่ไม่สามารถระบุชื่อโรคหรืออาการที่เป็นปัจจุบันได้ชัดเจน ทำให้แพทย์ต้องพยายามวิเคราะห์ถ้อยคำที่บอกเป็นนัยของผู้ป่วย ลักษณะนี้ทำให้เกิดกระบวนการบางอย่างในการอธิบายปัญหาของผู้ป่วย เมื่อเฮอริเทจและเคลย์แมนวิเคราะห์ความกังวลใจของผู้ป่วยจะพบสาเหตุหลัก 2 ประการ คือ การรู้และการไม่รู้ปัญหาเกี่ยวกับโรค การรู้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยประจำ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปจนสามารถระบุชื่อโรคได้อย่างชัดเจน เช่น หัวใจ ไข้ เจ็บคอ และกลุ่มที่ 2) กลุ่มผู้ป่วยเดิม ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่กลับมารักษาตัวอีกครั้ง และเชื่อว่าอาการป่วยนั้นเป็นปัญหาเดิมที่กลับมาเกิดอาการ ส่วนกลุ่มที่ไม่รู้ปัญหามักจะไม่สามารถอธิบายคำศัพท์เกี่ยวกับโรคที่เป็นได้

กลุ่มผู้ป่วยที่รู้ปัญหาและเป็นผู้ป่วยประจำ(“Known” problems: Routine illnesses) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถบอกชื่อโรคและอธิบายอาการป่วยได้ชัดเจน นอกจากนี้ยังสามารถยกตัวอย่างอาการป่วยที่เกิดขึ้นเป็นประจำได้ ผู้ป่วยจะใช้วิธีอธิบายอาการป่วยเพียงวิธีเดียวหรืออาจใช้วิธีเสนอแนวทางการวินิจฉัยร่วมด้วย บางครั้งผู้ป่วยอาจเสนอแนวทางการวินิจฉัยด้วยการอ้างความคิดเห็นจากบุคคลอื่น การประเมินตนเองมีนัยที่อ้างถึงข้อมูลทางการแพทย์เพื่อดูน่าเชื่อถือมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังใช้วิธีการอธิบายปัญหาของโรคในรูปแบบที่เจฟเฟอร์สัน(Jefferson,1988) เรียกว่า

การแสดงความอดทนต่อความเจ็บป่วย( troubles resistance) เพื่อแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความอดทนต่ออาการเจ็บป่วยจนถึงที่สุดก่อนที่จะมาพบแพทย์

กลุ่มผู้ป่วยที่รู้ปัญหาและกลับมาอีกครั้ง(“Known” problems: Recurrent illness) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเชื่อว่าอาการป่วยที่เคยเป็นกลับมามีอาการอีกครั้ง การวินิจฉัยของแพทย์ก่อนหน้านี้จะเป็นข้อมูลภูมิหลังที่ทำให้มีเหตุผลเหมาะสมที่จะมาพบแพทย์เพื่อตรวจอาการอีกครั้ง ผู้ป่วยใช้วิธีการอ้างถึงกระบวนการรักษาที่ผ่านมาในอดีต หรือใช้การแสดงเหตุผลในการเดินทางมาตรวจรักษา และมีคำอธิบายเหตุผลนั้นเชื่อมโยงเหตุการณ์ในอดีตจนมาถึงปัจจุบัน

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่รู้ปัญหา(“Unknown” Problems) ผู้ป่วยใหม่ที่ไม่รู้ปัญหาเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองจะมีลักษณะการนำเสนอปัญหาที่ซับซ้อน การไม่รู้ปัญหาอาจใช้วิธีการบอกเป็นนัยต่อแพทย์ เพราะผู้ป่วยจะนำเสนออาการเจ็บป่วยด้วยความยากลำบาก ทั้งจากการไม่รู้ชื่อโรคและไม่รู้ว่าจะอธิบายอาการของโรคอย่างไร เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการป่วย นอกจากนี้ยังใช้วิธีการเปรียบเทียบ การอ้างถึงเหตุผลที่เป็นจุดเปลี่ยนให้ตัดสินใจมาพบแพทย์ และความพยายามในการเยียวยารักษาตนเองในเบื้องต้น

โครงสร้างการสนทนาหรือการตอบของผู้ป่วยในงานวิจัยนี้พบว่า หลายครั้งที่เริ่มต้นด้วย “I got what I thought.....”(ฉันคิดว่าฉันเป็น.....) เป็นการเชื่อมโยงระหว่างความคิดของตนเองกับปัญหาที่คาดไว้ไม่ถูกต้อง เพราะดูเหมือนว่าปัญหาจะซับซ้อนมากกว่าที่คาดไว้ เป็นลักษณะของการเจรจาต่อรองและการพยายามครอบงำความคิดของแพทย์อีกรูปแบบหนึ่ง นอกจากนี้ยังพบการใช้คำว่า “Well.....” เพื่อเกริ่นนำในการตอบคำถามและแนะนำการให้ข้อมูลที่ต่อจากคำว่า well อาจไม่ใช่การตอบแบบตรงไปตรงมา เฮอริเทจและเคลย์แมนสรุปว่า หากผู้ป่วยนำเสนอปัญหาด้วยวิธีการตรงไปตรงมา จะทำให้ข้อมูลที่ได้มีรายละเอียดครอบคลุมและสามารถระบุจุดที่สำคัญเกี่ยวกับอาการของโรคได้อย่างรวดเร็ว แพทย์จึงควรสังเกตลักษณะการสนทนาของผู้ป่วย เพื่อดำเนินการสนทนาให้เข้าสู่ประเด็นหลัก และในบางครั้งผู้ป่วยก็อาจเป็นฝ่ายสรุปเรื่องราวแทนแพทย์ก็ได้ เช่น “So that’s why I came in today” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการสนทนาไม่น้อยไปกว่าอายุรแพทย์

นิลเซน(Soren Beck Nielsen, 2012) เสนองานวิจัยหัวข้อ “Patient initiated presentations of additional concerns”(ขั้นตอนการนำเสนอความกังวลใจเพิ่มเติมจากผู้ป่วย)

นิลเช่นมองว่าในบางครั้งผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาไม่ได้มีความกังวลใจเพียงเรื่องเดียว งานวิจัยนี้จึงพยายามค้นหาช่วงที่ผู้ป่วยกล่าวถึงความกังวลใจเพิ่มเติมนั้น และมีวิธีการกล่าวขึ้นมาในบทสนทนาอย่างไร ด้วยการใช้กรอบแนวคิดปริจเฉทวิเคราะห์ ศึกษาบทสนทนาในการตรวจรักษาโรคในโรงพยาบาลประเทศเดนมาร์ก เนื่องจากผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยชาวเดนมาร์กมักจะนำเสนอความกังวลใจเพิ่มเติมจากบทสนทนาตามปกติ เพื่อยืดระยะเวลาในการตรวจรักษาโรคออกไป ซึ่งจะเกิดขึ้นในช่วงที่แพทย์เริ่มเข้าสู่ช่วงก่อนการปิดการสนทนา(pre-closing) หรือเมื่อแพทย์กล่าว “by the way” นิลเช่นได้สรุปลักษณะเด่นของการแสดงความกังวลใจเพิ่มเติมไว้ว่า 1) การแสดงความกังวลใจเพิ่มเติมของผู้ป่วยจะไม่ปรากฏในช่วงแรกของการสนทนา 2) การแสดงความกังวลใจเพิ่มเติมมีบทบาททำให้ช่วงการสรุปผลการตรวจรักษาขยายระยะเวลาออกมากกว่าเดิม 3) มีเพียงไม่กี่ครั้งที่การแสดงความกังวลใจเพิ่มเติมจะเกิดขึ้นจากฝ่ายแพทย์ เพราะส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยมีประเด็นสงสัยเกี่ยวกับอาการของโรคเพิ่มเติม 4) ผู้ป่วยจะรอจังหวะการสนทนาในช่วงขั้นตอนก่อนการปิดการสนทนา(pre-closing) 5) การแสดงความกังวลใจเพิ่มเติมจะมีถ้อยคำซึ่งประกอบด้วย การยืนยันผลการวินิจฉัยจากทางแพทย์ การเริ่มให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความกังวลใจเพิ่มเติมจากผู้ป่วย และแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกล่าวถึงรายละเอียดของความกังวลใจนั้น

นิลเช่นได้อภิปรายเพิ่มเติมว่า ช่วงการแสดงความกังวลใจเพิ่มเติมจะมีความแตกต่างกันตามบริบทของวัฒนธรรม ช่วงเวลานี้เกิดขึ้นหลังจากแพทย์ให้คำวินิจฉัยโรค และเป็นช่วงเวลาก่อนที่จะนำไปสู่การคำแนะนำในการรักษา ขั้นตอนนี้จะทำให้แพทย์สามารถเตรียมตัวกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดโดยไม่ได้คาดคิดไว้หลังจากได้กล่าว “by the way” กับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การปิดการสนทนา และยังทำให้แพทย์เตรียมพร้อมไว้สำหรับช่วงที่ผู้ป่วยอาจกล่าวถึงความกังวลใจเพิ่มเติมได้ในเวลาต่อมา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างการตอบการสนทนาในการตรวจรักษาโรคในต่างประเทศ ดังที่กล่าวมาแล้ว มีจำนวนหนึ่งเป็นการศึกษาโครงสร้างของปริจเฉทการสนทนายาระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในภาพรวม และอีกส่วนหนึ่งเป็นการศึกษาโครงสร้างการสนทนาเฉพาะฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นฝ่ายแพทย์หรือผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความสนใจของผู้วิจัย การศึกษาทั้งสองแนวทางต่างมุ่งตอบจุดประสงค์เพื่อให้สามารถอธิบายการนำเข้าสู่ขั้นตอนการตรวจรักษา การดำเนินการตรวจรักษา และการสิ้นสุดการรักษาโรคอย่างไร รวมทั้งพยายามค้นหาลักษณะการตอบคำถามที่สอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับคำถาม ข้อมูลสำคัญที่ทุกงานวิจัยเสนอคือ ถึงแพทย์จะเป็นฝ่ายกำหนดโครงสร้างการ

สนทนาในภาพรวม แต่ผู้ป่วยก็มีสิทธิ์กำหนดโครงสร้างย่อย เพราะผู้ป่วยไม่ใช่เพียงผู้ตามหรือผู้ตอบคำถามเท่านั้น แต่ยังเป็นผู้ร่วมสนทนาที่สามารถแทรก แอ้ง หรือสอบถามข้อมูลที่ตนสงสัยได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะประเด็นหลักหรือรายละเอียด งานวิจัยกลุ่มนี้แสดงให้เห็นว่า หากแพทย์ได้รับความร่วมมือในการสนทนาจากผู้ป่วยเป็นอย่างดี ก็จะทำให้การตรวจรักษาโรคสามารถดำเนินไปได้ อย่างราบรื่น หรืออาจดำเนินไปด้วยความขัดข้องหากผู้ป่วยมีการแสดงความคิดเห็น แทรก หรือไม่เห็นด้วยกับการวินิจฉัย ดังนั้น ข้อเสนอจากงานวิจัยกลุ่มนี้จึงเป็นการนำเสนอให้แพทย์ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสในการสนทนาให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นให้มากขึ้นซึ่งจะเป็นผลดีต่อกระบวนการตรวจรักษาโรค

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาข้อมูลทางการแพทย์ในประเทศไทย เช่น กิ่งกาญจน์ เทพกาญจนา(2535) ได้ศึกษาการใช้ภาษาในการตรวจรักษาโรคของอายุรแพทย์ พบว่าโครงสร้างของภาษาแพทย์จำแนกได้เป็นหน่วยหน้าที่หลักและหน่วยหน้าที่เสริม หน่วยหน้าที่หลักมี 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วย การสัมภาษณ์อาการสำคัญ การสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน การสัมภาษณ์ประวัติอดีต การสัมภาษณ์ติดตามอาการ และการสัมภาษณ์ประวัติการดูแลรักษาตนเอง ส่วนที่ 2 การแจ้งข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย การแจ้งผลการสืบค้นร่างกายแบบปกติ การแจ้งผลการวินิจฉัยโรค และการแจ้งให้ยา ส่วนที่ 3 การชี้แนะผู้ป่วย ประกอบด้วย การสอนการรับประทานยา และการแนะนำวิธีรักษาตนเอง

สำหรับหน่วยหน้าที่เสริมมี 8 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 การกล่าวต้อนรับผู้ป่วย ส่วนที่ 2 การคุยแบบส่วนตัวกับผู้ป่วย ประกอบด้วย การพูดเล่นและหยอกล้อผู้ป่วย การทักทายผู้ป่วยแบบส่วนตัว และการคุยเรื่องส่วนตัว ส่วนที่ 3 การแนะนำทางจิตใจ ประกอบด้วย การให้กำลังใจ การปลอบใจ และการแนะนำให้ทำใจ ส่วนที่ 4 การแสดงความไม่พอใจผู้ป่วย ส่วนที่ 5 การชี้แจงข้อมูลเชิงวิชาการ ประกอบด้วย การอธิบายสาเหตุของอาการเจ็บป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของโรคและอาการ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา การบอกผลของโรคต่อร่างกาย การแจ้งเหตุผลของการสั่งให้ผู้ป่วยทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด การบอกผลต่อร่างกายของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และการแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้ป่วย ส่วนที่ 6 การแสดงความห่วงใยผู้ป่วย ประกอบด้วย การถามเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว การคะยั้นคะยอให้ผู้ป่วยมารักษาตัว การถามเรื่องความสะดวกของผู้ป่วยในการมารักษาตัว การเสนอเขียนจดหมายแจ้งอาการป่วย การขอให้ผู้ป่วยมาส่งข่าวเรื่องอาการเจ็บป่วย การแสดงความเต็มใจที่

ผู้ป่วยจะมาพบ การถามเรื่องการกินอยู่ของผู้ป่วย และการให้ความรู้เรื่องยา ส่วนที่ 7 การนัด และ ส่วนที่ 8 การจบบทสนทนา

ภาษาของแพทย์แต่ละคนมีลักษณะร่วมกัน คือ การใช้เสียงพูด การตกอยู่ภายใต้สถานการณ์เดียวกัน และผู้ใช้ภาษามีวัตถุประสงค์เดียวกัน นอกจากนี้ภาษาของแพทย์จัดเป็นวัจนลีลาแบบปรึกษาหารือ และเป็นภาษาอาชีพเนื่องจากเป็นภาษาที่ใช้โดยบุคคลที่มีอาชีพเป็นแพทย์

แนวโน้มของแพทย์ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยพิจารณาจากหน่วยหน้าที่ย่อย พบว่า การใช้คำสุภาพของแพทย์ด้วยการใช้คำสรรพนาม “คุณ” เป็นการแสดงความสุภาพ เป็นทางการและห่างเหินมากกว่าสรรพนามอื่นๆ คำสรรพนาม “เรา” แสดงว่าผู้พูดค่อนข้างเป็นกันเอง แต่ไม่ได้ให้ความเคารพนับถือผู้ฟังเท่าตนเอง คำสรรพนาม “หนู” แสดงว่าผู้พูดให้ความเป็นกันเองและเอ็นดูผู้ฟังที่มีอายุน้อยกว่า ส่วนการใช้คำลงท้าย “จ๊ะ จ๊ะ” แสดงว่าแพทย์มีแนวโน้มในการปฏิบัติกับผู้ป่วยในฐานะด้อยกว่าแต่เป็นความสุภาพมากกว่าไม่ใช้คำลงท้ายใดๆ เลย คำลงท้าย “ครับ ค่ะ คะ ฮะ ฮะ” แสดงความสุภาพค่อนข้างเป็นทางการ และไม่ได้วางผู้ป่วยไว้ต่ำกว่าตนเอง

**สิริมา เชียงขาวไว(2543)** ได้ศึกษาการสนทนาระหว่างกุมารแพทย์กับผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรค พบว่า บทสนทนามีองค์ประกอบ 6 ส่วน ได้แก่ การกล่าวทักทายและต้อนรับ การรวบรวมข้อมูลและตรวจวินิจฉัย การชี้แจงข้อวินิจฉัย การอธิบายวิธีการรักษา การกล่าวก่อนคำอำลา และการกล่าวอำลา โดยแต่ละองค์ประกอบมีลำดับ ดังนี้ องค์ประกอบที่หนึ่งปรากฏเป็นองค์ประกอบแรก เนื่องจากการเริ่มต้นบทสนทนา จากนั้นจึงเป็นองค์ประกอบที่สองซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้องค์ประกอบอื่นตามมา ในขณะที่องค์ประกอบที่ห้าและหกเกิดขึ้นเป็นลำดับสุดท้ายเสมอเพราะเป็นการปิดการสนทนา ส่วนองค์ประกอบที่สามและสี่จะปรากฏไม่เรียงลำดับกัน สำหรับวิธีการสื่อสารของแพทย์พบทั้งหมด 10 วิธี ได้แก่ การใช้คำลงท้ายแปรไปตามเพศผู้ป่วย การใช้คำเรียกญาติ การใช้ภาษาเด็ก การใช้คำเลียนเสียง การใช้คำถามแบบให้เลือกตอบ การขอร้องแทนการออกคำสั่ง การกล่าววยกย่องชมเชย การตั้งเงื่อนไข การยกตัวอย่าง และการชี้แจงเหตุผล กลวิธีทั้งหมดนี้กุมารแพทย์จะใช้ในองค์ประกอบที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การตรวจรักษาโรค ทำให้เห็นลักษณะเด่นในการใช้ภาษาของกุมารแพทย์คือ กุมารแพทย์มีการปรับภาษาที่ใช้สนทนากับผู้ปกครองมาเป็นภาษาเด็กเมื่อสนทนากับผู้ป่วย การอธิบายข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองของผู้ป่วย แพทย์จะ

อธิบายอย่างละเอียดและเป็นลำดับขั้นตอนเพื่อให้ผู้ฟังเข้าใจอย่างชัดเจน ส่วนวิธีการสื่อสารของผู้ปกครองพบทั้งหมด 4 วิธี ได้แก่ การให้ข้อมูลไม่ตรงกับคำถามของแพทย์ การให้ข้อมูลเพื่อแสดงให้เห็นว่ามีอาการรุนแรง การใช้รูปประโยคคำถามเพื่อแสดงความสุภาพ และการเกริ่นก่อนคำถาม ผู้ปกครองใช้วิธีการสื่อสารทั้งสี่วิธีในทุกองค์ประกอบการสนทนา ยกเว้นองค์ประกอบการกล่าวทักทายและต้อนรับ และองค์ประกอบการกล่าวอำลา นอกจากนี้ปัญหาที่พบในการสื่อสารคือ ผู้ปกครองตอบคำถามไม่ชัดเจนหรือไม่ตอบคำถามของแพทย์ ผู้ปกครองปฏิบัติเกินหน้าที่ในบริบทการสนทนา และผู้ปกครองอาจไม่ได้รับข้อมูลครบถ้วนเนื่องจากการถามแทรกผลัดของแพทย์

งานวิจัยการใช้ภาษาของอายุรแพทย์ของกิงกาญจน์ เทพกาญจนา เป็นการศึกษาภาษาเฉพาะกิจเพื่อวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง ในสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นงานวิจัยรุ่นแรกๆ ที่ศึกษาบุกเบิกเรื่องเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ในสถานการณ์จริงในสังคมไทย ทำให้เป็นพื้นฐานในการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างการสนทนาอย่างชัดเจนมากขึ้น ทั้งหน้าที่หลัก หน้าที่เสริม วัจนลีลาหรือการใช้ภาษาสุภาพของแพทย์เพื่อเป็นกลวิธีในการสื่อสารให้ประสบความสำเร็จ ส่วนงานวิจัยการใช้ภาษาของกุมารแพทย์ของสิริมา เขียงเขาวัว เป็นการศึกษาภาษาของแพทย์ต่อเนื่องจากงานวิจัยของกิงกาญจน์ เทพกาญจนา ซึ่งเป็นต้นแบบของการศึกษาภาษาในวงการแพทย์ งานวิจัยทั้งสองได้แสดงให้เห็นโครงสร้าง องค์ประกอบ กลวิธีการสื่อสารและปัญหาที่เกิดขึ้นในการสื่อสารของการสนทนาจริงในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความเข้าใจปริจเฉทการสื่อสารอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งมีลักษณะเฉพาะ และสิ่งที่ทำให้งานวิจัยมีผลสรุปที่ชัดเจนคือ การค้นพบปัญหาในการสื่อสารระหว่างกุมารแพทย์และผู้ปกครองของผู้ป่วย โดยเฉพาะการพยายามใช้กลวิธีต่างๆ ที่ต่างฝ่ายต่างมีความเห็นว่าเป็นกลวิธีที่ดีนั้น อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารและไม่บรรลุวัตถุประสงค์เท่าที่ควร ประเด็นดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์โครงสร้าง องค์ประกอบ กลวิธีการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นได้เป็นอย่างดี

### 2.3 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลวิธีการสนทนา กลวิธีการสนทนาของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย และกลวิธีทางภาษาในการสื่อสารเชิงสถาบัน

ผู้วิจัยเริ่มต้นศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับวัจนกรรม และกลวิธีการใช้ภาษา เพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์กลวิธีการสนทนาของผู้ร่วมการสนทนา ซึ่งพบดังต่อไปนี้

ออสติน(John L. Austin,1962 อ้างในณัฐพร พานโพธิ์ทอง, 2553)<sup>1\*</sup> ได้ชี้ให้เห็นว่า ในการกล่าวถ้อยคำของเราแต่ละครั้ง จะมีการกระทำเกิดขึ้น 3 อย่าง ได้แก่

1. การสื่อเนื้อหาหรือความหมายตามรูปภาษา(locutionary act) กล่าวคือ ในการกล่าวถ้อยคำ สิ่งหนึ่งที่เราสื่อไปสู่ผู้ฟังคือความหมายตามรูปภาษาและการอ้างอิง(sense and reference)
2. การสื่อเจตนาหรือวจนกรรม(illocutionary act) นอกเหนือจากการสื่อความหมายตามรูปภาษาแล้ว ผู้พูดยังสื่อเจตนาของตนไปสู่ผู้ฟังด้วย เช่น การขออนุญาต การขอร้อง การขบ่น การชม การตำหนิ การปลอบใจ ฯลฯ การสื่อเจตนาถือเป็นเรื่องหลักของทฤษฎีวจนกรรม
3. การสื่อผลของถ้อยคำหรือวจนผล(perlocutionary act) การกล่าวถ้อยคำแต่ละครั้งจะมีผลบางอย่างเกิดขึ้นแก่ผู้ฟังด้วย

จากแนวคิดของออสตินได้มีศิษย์ผู้สานต่อคือ เซอร์ล(John R. Searle,1965,1969) ได้เสนอแนวคิดที่เกี่ยวกับทฤษฎีวจนกรรม ซึ่งสรุปเป็นแนวคิดได้ดังนี้<sup>2\*</sup>

1. วจนกรรมมีส่วนประกอบ 2 ส่วน

เซอร์ลเสนอว่า วจนกรรมมีส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนเนื้อหาความ(propositional content) และส่วนเจตนา(illocutionary act) แต่อย่างไรก็ตาม วจนกรรมบางวจนกรรมอาจไม่ปรากฏเนื้อหาความก็ได้ เช่น

- Hurrah!
- Ouch!

ถ้อยคำตามตัวอย่างทั้งสองถ้อยคำไม่จัดเป็นส่วนเนื้อหาความ เพราะไม่มีความหมายตามรูปภาษาแต่มีส่วนเจตนา เนื่องจากสื่อให้เห็นถึงความรู้สึกของผู้พูดที่ต้องการสื่อออกมา

2. การกล่าวถ้อยคำเพื่อแสดงวจนกรรมเป็นพฤติกรรมที่มีกฎกำกับ

<sup>1\*</sup> ณัฐพร พานโพธิ์ทอง. เอกสารประกอบการศึกษาวิชาการวิเคราะห์ภาษาไทยตามแนววจนปฏิบัติศาสตร์. ภาควิชาภาษาไทย คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.

<sup>2\*</sup> ณัฐพร พานโพธิ์ทอง. เอกสารประกอบการศึกษาวิชาการวิเคราะห์: ทฤษฎีวจนกรรม. ภาควิชาภาษาไทย คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2546.

เซอร์ลได้แบ่งกฎกำกับพฤติกรรมเป็น 2 ลักษณะ คือ regulative rule ทำหน้าที่กำกับพฤติกรรม แต่ไม่มีส่วนทำให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรมนั้น และ constitutive rule เป็นกฎที่ไม่เพียงแต่กำกับเท่านั้น แต่ทำให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรมนั้นๆ ด้วย

จากกฎทั้ง 2 ลักษณะ เซอร์ลได้อธิบายเกี่ยวกับการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารนั้น ผู้พูดไม่ได้เพียงแค่สื่อความของคำหรือข้อความเท่านั้น หากแต่การสื่อสารครั้งหนึ่งๆ มีการกระทำในการสื่อสารเจตนา เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายหนึ่งๆ ด้วย และยังเสนอว่าการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารวัจนกรรมนั้นประกอบไปด้วยการกระทำ 3 ประการ คือ

1) การกล่าวถ้อย(Utterance act) คือ การกล่าวถ้อยคำนับตั้งแต่การเปล่งเสียงออกมาครั้งหนึ่งๆ มีผลของการกระทำนั้นๆ เป็นคำหรือประโยค ซึ่งอาจารย์รวมเรียกได้ว่าถ้อยคำ(Utterance)

2) การนำเสนอความ(Propositional act) คือ การนำเสนอความซึ่งประกอบไปด้วยความที่กล่าวอ้างถึงสรรพสิ่ง(reference)และลักษณะอาการต่างๆ(predicates)

3) การแสดงเจตนา(Illocutionary act) คือ การใช้คำพูดที่แฝงไปด้วยเจตนาต่างๆ เช่น การถาม การสั่ง การขอร้อง เป็นต้น

ทฤษฎีของเซอร์ลนั้นเป็นการเน้นที่เจตนา จึงให้ความสำคัญกับการแสดงเจตนาในข้อ 3 มากที่สุด และได้ใช้การแสดงเจตนาเป็นหลักในการสร้างกรอบการวิเคราะห์ข้อความและบริบทที่แวดล้อม เพราะการแสดงเจตนาเป็นเหตุให้วัจนกรรมแสดงออกมาต่างๆ กัน โดยนำไปใช้ในการตีความประโยคที่แสดงเจตนาต่างๆ ตั้งเงื่อนไขไว้ 4 ข้อ เรียกว่าเงื่อนไขความเหมาะสม(felicity conditions) เนื่องจากเงื่อนไขแต่ละข้อเมื่อประกอบเข้าด้วยกันจะทำให้เกิดวัจนกรรมประเภทต่างๆ ขึ้น ได้แก่

1. เงื่อนไขบอกเนื้อความ(Propositional content rule) คือ เงื่อนไขที่เกี่ยวกับลักษณะของเนื้อความ โดยต้องมีส่วนที่อ้างถึงและภาคแสดง เช่น ในการสัญญา ผู้พูดจะต้องกระทำบางสิ่งบางอย่างในอนาคต
2. เงื่อนไขบอกปัจจัยพื้นฐานหรือเบื้องต้น(Preparatory rule) คือ เงื่อนไขที่เป็นความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้พูดและผู้ฟังการกระทำนั้นๆ เช่น ในการสัญญา ผู้ฟังจะต้องเชื่อว่าผู้พูดจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ผู้ฟัง
3. เงื่อนไขบอกความจริงใจ(Sincerity rule) คือ เงื่อนไขที่แสดงความรู้สึกละเจตนาแท้จริงของผู้พูด



4. เงื่อนไขบอกสาระสำคัญหรือเงื่อนไขจำเป็น(Essential rule)คือ เงื่อนไขที่บอกถึงสาระสำคัญของถ้อยคำนั้นๆ

หากกล่าวโดยสรุป คือ เงื่อนไขบอกเนื้อความมุ่งประเด็นไปที่ตัวข้อความหรือเนื้อความ เงื่อนไขบอกปัจจัยพื้นฐานมุ่งประเด็นไปที่สิ่งแวดล้อมพื้นฐาน เงื่อนไขบอกความจริงใจเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับอารมณ์และความคิด ส่วนเงื่อนไขบอกสาระสำคัญเป็นเงื่อนไขเกี่ยวกับเจตนาที่ต้องการจะสื่อจากถ้อยคำนั้นๆ

ต่อมาในปี ค.ศ.1967 เซอร์ลได้จัดกลุ่มวัจนกรรมเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มวัจนกรรมบอกกล่าว(Representatives) คือ วัจนกรรมที่ผู้พูดผูกมัดตนเองกับความ เป็นจริงของถ้อยคำที่กล่าว เช่น การบอกเล่า การสรุป การรายงาน การดำหนิ การบริภาษ ฯลฯ
2. กลุ่มวัจนกรรมชี้แนะ(Directives) คือ วัจนกรรมที่ผู้พูดพยายามให้ผู้ฟังทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การสั่ง การแนะนำ การขอร้อง การถาม ฯลฯ
3. กลุ่มวัจนกรรมผูกมัด(Commissives) คือ วัจนกรรมที่ผู้พูดผูกมัดตนเองว่าจะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งในอนาคต เช่น การสัญญา การขู่ การเสนอให้ การปฏิญาณตน ฯลฯ
4. กลุ่มวัจนกรรมแสดงความรู้สึก(Expressives) คือ วัจนกรรมที่ผู้พูดแสดงภาวะเกี่ยวกับจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก เช่น การขอขอบคุณ การขอโทษ การแสดงความยินดี การทักทาย ฯลฯ
5. กลุ่มวัจนกรรมประกาศ(Declarations) คือ วัจนกรรมที่เมื่อประกาศไปแล้วจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทันที มักจะเกี่ยวกับกับสถาบันในสังคม และอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นทางการ เช่น การประกาศสงคราม การประกาศสมรส การโปรดศีลล้างบาป การไล่ออก ฯลฯ

แนวคิดเรื่องเงื่อนไขวัจนกรรมของเซอร์ลแสดงให้เห็นว่าถ้อยคำต่างๆ ที่กล่าวออกมา มีความสำคัญมากเกินกว่าการกล่าวถ้อยคำธรรมดา เป็นการนำแนวคิดของออสตินที่แบ่งถ้อยคำเป็นการกระทำออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ถ้อยคำบังการกระทำอย่างชัดเจน(primary/explicit performative) และถ้อยคำบังการกระทำอย่างไม่ชัดเจน(secondary/implicit performative) มาสานต่อเป็นแนวคิดวัจนกรรมอ้อม(indirect speech act, 1979) เซอร์ลเห็นว่าถ้อยคำต่างๆ ที่เราใช้

กันอยู่ในชีวิตประจำวันส่วนมากไม่ได้อยู่ในรูปถ้อยคำที่ใช้ในพิธีต่างๆ เท่านั้น แต่ถ้อยคำเหล่านั้นมักจะแสดงการกระทำที่ไม่ชัดเจนซึ่งอยู่ในรูปภาษาของวัจนกรรมอ้อม ดังนั้น ผู้พูดและผู้ฟังต้องมีความรู้ร่วมกัน ปฏิบัติตามกฎการสนทนา เข้าใจการสื่อวัจนกรรมโดยทั่วไป และสามารถอนุมานได้ ผู้ใช้ภาษาอาจทราบได้ทันทีว่าถ้อยคำที่อยู่ในรูปของวัจนกรรมอ้อมนั้นสื่อความหมายใด แม้ว่าผู้พูดจะไม่ได้พูดอย่างตรงไปตรงมา ทั้งนี้เป็นเพราะรูปภาษาที่ใช้เป็นรูปภาษาแบบ “อ้อมแต่เป็นที่รู้จักโดยทั่วไป” (conventionally indirect) เช่น ในภาษาอังกฤษเราพบถ้อยคำที่มี “could you.....” ขึ้นต้นประโยค เรามักจะทราบว่าผู้พูดกำลังแสดงวัจนกรรมขอร้องไม่ใช่การถาม หรือในคำถามภาษาไทยที่มีคำว่า “ทำไม” มักแสดงการตำหนิหรือการบ่น ไม่ใช่แค่ถามเหตุผล<sup>3\*</sup>

ส่วนไกรซ์(H.P. Grice, 1975)<sup>4\*</sup> ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์บทสนทนาในบทความเรื่อง Logic and conversation ไว้ว่า สิ่งที่ผู้พูดต้องการสื่อไม่ใช่เฉพาะสิ่งที่ผู้พูดกล่าว(what is said) หรือความหมายตามรูปเท่านั้น แต่คือสิ่งที่ผู้พูดแนะ(what is implicated)ด้วย โดยในการสนทนาจะมีการแนะความหมายแบบที่ผู้ฟังทราบจากคำบางคำที่ผู้พูดแนะได้ คู่สนทนาต่างร่วมมือกันทำให้การสนทนาดำเนินไปได้อย่างราบรื่น เพราะทุกคนเคารพหลักการความร่วมมือในการสนทนา 4 ข้อ ดังนี้

1. กฎปริมาณ คือ การให้ข้อมูลครบตามสิ่งที่ต้องการในบริบทและไม่ให้ข้อมูลเกินกว่าที่ต้องการ
2. กฎคุณภาพ คือ การให้ข้อมูลที่เป็นจริง ไม่พูดสิ่งที่คิดว่าเป็นเท็จหรือสิ่งที่ขาดหลักฐานสนับสนุน
3. กฎสัมพัทธ์ คือ การพูดแต่เรื่องที่เกี่ยวข้อง
4. กฎคุณลักษณะ คือ การหลีกเลี่ยงถ้อยคำที่ไม่ชัดเจน กำกวม พูดให้กระชับและเป็นลำดับ

หากคู่สนทนามีการละเมิดหลักการร่วมมือในการสนทนาและการแนะความหมายแบบที่ผู้ฟังต้อง “อนุมาน” สิ่งที่ผู้พูดแนะจากบริบทการสนทนา ไกรซ์ได้ชี้ให้เห็นว่าการที่ผู้ร่วมสนทนาไม่ทำตามหลักการความร่วมมือในการสนทนามีอยู่หลายลักษณะ ได้แก่

<sup>3\*</sup> ฤกษ์ดาวรรณ หงส์ดารมภ์ และธีรณัฐ โชคสุวณิช. วัจนปฏิบัติศาสตร์. โครงการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2551.

<sup>4\*</sup> ณัฐพร พานโพธิ์ทอง. เอกสารประกอบการศึกษาวิชาอรรถวาทศาสตร์ : ทฤษฎีของไกรซ์ หลักการความร่วมมือการสนทนา. ภาควิชาภาษาไทย คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2546.

1. การละเมิดกฎ(violating a maxim) ได้แก่ การที่ผู้ร่วมสนทนาตั้งใจละเมิดกฎ เช่น ตั้งใจโกหกหรือตั้งใจให้คู่สนทนาเข้าใจผิด
2. การไม่ให้ความร่วมมือ(opting out) ได้แก่ การที่ผู้พูดกล่าวหรือแสดงว่าไม่สามารถให้ความร่วมมือในการสนทนาได้ เช่น ไม่สามารถให้ข้อมูลได้เพราะเป็นความลับ หรือกลัวจะเป็นความผิด
3. การละเมิดกฎข้อหนึ่งเพื่อเคารพกฎอีกข้อหนึ่ง(being faced by a clash) เช่น ผู้พูดอาจเลือกละเมิดกฎปริมาณ กล่าวคือให้ข้อมูลแก่คู่สนทนาไม่เพียงพอ เพราะต้องการเคารพกฎคุณภาพ คือไม่ให้ข้อมูลที่ตนไม่แน่ใจว่าเป็นจริงหรือไม่หรือไม่มีหลักฐานสนับสนุน
4. การละเมิดกฎเพื่อแฉความหมายบางอย่าง(flouting a maxim)หรือที่ไกรซ์เรียกว่าเป็นการที่ผู้พูดแบบ “exploit a maxim” กล่าวคือ ผู้พูดดูเหมือนจะละเมิดหลักการความร่วมมือในการสนทนาเมื่อพิจารณาเฉพาะความหมายตามรูป แต่เมื่อพิจารณาความหมายที่ผู้พูดแฉแล้ว ก็จะเห็นว่าที่จริงผู้พูดให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

การอนุมาน(calculate)ความหมายที่ผู้พูดแฉ ไกรซ์ได้เสนอแนวคิดในการตีความไว้ว่า หากพิจารณาความหมายตามรูปในหลายบริบท เราเห็นว่าคู่สนทนาไม่เคารพหลักการความร่วมมือในการสนทนา หรือมีการละเมิดหลักการความร่วมมือในการสนทนา เราก็อาจจะตีความหมายที่ต้องการจะสื่อได้เมื่อมีการพิจารณาความหมายของบางถ้อยคำที่เราต้องการแฉ สิ่งที่จะช่วยในการอนุมาน คือ ความหมายตามรูปของถ้อยคำ สิ่งที่ถ้อยคำอ้างถึง หลักการความร่วมมือในการสนทนา และบริบทในการสนทนา

ไกรซ์ได้กล่าวถึงการแฉความหมายของการสนทนาโดยอาศัยบริบท(conversational implicature)มีลักษณะคือ ผู้ฟังสามารถอนุมานหรือตีความโดยอาศัยบริบทและสมมติฐานว่าคู่สนทนาเคารพหลักการความร่วมมือในการสนทนา ความหมายที่แฉยกเลิกได้เมื่อบริบทได้เปลี่ยนไป เนื่องจากการแฉความหมายไม่ได้ขึ้นอยู่กับคำใดคำหนึ่ง ดังนั้น ความหมายที่แฉจะไม่ถูกยกเลิกหากเรานำคำในคำหนึ่งออกไปและนำคำพ้องความหมายมาใช้แทน และในความหมายที่แฉไม่ใช่ส่วนหนึ่งของความหมายตามรูปคำ นอกจากนี้ในบางสถานการณ์เราไม่สามารถระบุความหมายที่แฉได้เลย

นอกจากนักวิชาการชาวต่างประเทศแล้ว ยังมีนักวิชาการไทยที่ได้ศึกษาภาษาไทยเกี่ยวกับรูปประโยคในการสื่อสารและเจตนาที่แท้จริงของผู้พูด ดังนี้

**นววรรณ พันธุมธธา(2527)** ได้ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับการใช้ประโยคในภาษาไทยตามเจตนาของผู้พูดโดยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ ประโยคแจ้งให้ทราบ ประโยคถามให้ตอบ และประโยคบอกให้ทำ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ประโยคแจ้งให้ทราบ หมายถึง ประโยคบอกเล่าที่มีเนื้อความรับรอง และเป็นการแจ้งข้อความบางอย่างให้ผู้ฟัง ซึ่งจะปรากฏทั้งประโยคบอกเล่าที่มีเนื้อความรับรองทุกๆ ไป และประโยคบอกเล่าที่มีเนื้อความปฏิเสธ มีหลายชนิด เช่น ประโยคบอกเล่า ประโยคอธิบาย ประโยคเตือน ตัวอย่างเช่น

- คุณแม่ชอบทำกับข้าว
- ฉันไปโรงเรียนนะ
- หนูก็เป็นลูกเหมือนกันนะ

2. ประโยคถามให้ตอบ หมายถึง ประโยคที่ผู้พูดใช้ถามข้อความบางประการจากผู้ฟัง จะมีคำไม่ชี้เฉพาะ เช่น หรือ ใช่ไหม ใคร อะไร ไหน เท่าไร ทำไม เหตุใด เมื่อไร ก็ หรืออื่นๆ อยู่ในตำแหน่งของคำหรือกลุ่มคำที่ถามถึง สามารถแบ่งประโยคคำถามให้ตอบออกเป็น 3 ชนิด คือ

2.1 ประโยคถามเนื้อความ คือ ประโยคที่ผู้พูดใช้ถามเรื่องราวบางประการจากผู้ฟัง จะมีคำไม่ชี้เฉพาะปรากฏอยู่ ได้แก่ “ใคร” “อะไร” “ไหน” “เท่าไร” “ทำไม” “เหตุใด” “เมื่อไร” “ก็” อยู่ในตำแหน่งของคำที่ถามถึง เช่น

- คุณเห็นอะไรบ้าง
- ทำไมคุณอยู่บ้านคนเดียว

2.2 ประโยคถามให้ตอบรับหรือปฏิเสธ คือ ประโยคที่ผู้พูดใช้ถามผู้ฟังเพื่อให้ผู้ฟังตอบรับหรือปฏิเสธสิ่งที่ผู้พูดได้ถาม โดยจะมีคำบอกการถาม “หรือ” กับ “ไหม” อยู่ท้ายประโยค เช่น

- คุณรู้จักกวินดาหรือ
- คุณรู้จักกวินดาไหม

2.3 ประโยคถามให้เลือกเอา คือ ประโยคที่ผู้พูดใช้ถามผู้ฟังเพื่อให้เลือกตอบรับอย่างใดอย่างหนึ่ง จะมีคำเชื่อม “หรือ” อยู่ระหว่างหน่วยกริยา 2 หน่วย เช่น

- ลูกจะเอาเสื้อตัวนี้หรือตัวโน้น
- คุณจะอยู่บ้านหรือไปกับฉัน

3. ประโยคบอกให้ทำ หมายถึง ประโยคที่ผู้พูดใช้เพื่อให้ผู้ฟังกระทำการบางอย่างตามความต้องการของผู้พูด ซึ่งมีหลายชนิด เช่น ประโยคสั่ง ประโยคชักชวน ประโยคอนุญาต เช่น

- อย่าบอกเขานะ
- พักกันเถอะนะ
- คุณนั่งลงเถอะ

ในประเด็นของประโยคถามให้ตอบ นววรรณ พันธุมธา ได้อธิบายเกี่ยวกับการใช้รูปคำถามในประโยคถามเนื้อความ และประโยคถามให้ตอบรับหรือปฏิเสธ ไว้ดังนี้

- ประโยคถามเนื้อความ ปราบกฎรูปคำถาม ดังนี้
  - “ใคร” มีความหมายเกี่ยวกับบุคคล
  - “อะไร” มีความหมายเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ
  - “ที่ไหน” มีความหมายเกี่ยวกับสถานที่
  - “เมื่อไร” มีความหมายเกี่ยวกับเวลา
  - “ทำไม” มีความหมายเกี่ยวกับเหตุผล
  - “อย่างไร” มีความหมายเกี่ยวกับวิธีการ
  - “เท่าไร” และ “กี่” มีความหมายเกี่ยวกับจำนวน
- ประโยคถามให้ตอบรับหรือปฏิเสธ ปราบกฎรูปคำถาม ดังนี้

“หรือ” ใช้เมื่อผู้ถามได้ทราบเรื่องราวมาบ้างแล้ว อาจเป็นเพราะมีผู้บอกเล่าหรือผู้ถามได้เห็นด้วยตนเอง และต้องการถามเพื่อความแน่ใจ หรือในบางกรณีก็ถามตามมารยาทสังคม ผู้ถามคาดว่าผู้ตอบจะตอบรับหรือบางทีก็ไม่ต้องถามคำตอบ

“ไหม” ใช้เมื่อผู้ถามไม่ได้ทราบเรื่องราวมาก่อน เป็นการถามเพราะต้องการคำตอบ ผู้ถามไม่ได้คาดหวังหรือคาดคะเนเกี่ยวกับคำตอบจากผู้ตอบ และรูปคำถามนี้ยังใช้กับเหตุการณ์ที่ยังมาไม่ถึงมากกว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปแล้วและที่กำลังดำเนินอยู่

คำว่า “หรือ” และ “ไหม” อาจประสมกับคำอื่นๆ เป็นคำว่า “ไม่ใช่หรือ” “หรือเปล่า” “หรือยัง” “ใช่ไหม” ซึ่งมีลักษณะการใช้รูปคำถาม ดังนี้

“ไม่ใช่หรือ” มักจะใช้ในตำแหน่งท้ายประโยคเพื่อแย้งหรือเตือนอีกฝ่ายหนึ่งแสดงถึงการคาดหวังว่า ผู้ตอบจะต้องตอบรับเนื่องจากผู้ถามมีความมั่นใจในข้อเท็จจริงที่มีอยู่

“หรือเปล่า” จะใช้เมื่อผู้พูดทราบเรื่องราวแล้วหรือไม่ก็ได้ มีความหมาย เทียบเท่ากับรูปคำว่า “ไหม” และจะใช้กับประโยคที่ไม่แสดงการคาดคะเนคำตอบ

“หรือยัง” มักจะใช้กับประโยคที่มีความหมายว่ากริยานั้นยังไม่เกิดขึ้น แต่บางกรณีก็ยังสามารถใช้กับประโยคที่แสดงว่าอาการหรือสภาพที่แสดงโดยกริยานั้นได้เสร็จสิ้นไปแล้ว

“ใช่ไหม” มักจะใช้ในตำแหน่งท้ายประโยคเพื่อถามว่าถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากผู้ถามพอจะทราบเรื่องราวมาบ้างและค่อนข้างแน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับมานั้นถูกต้อง แต่ต้องการให้ผู้ตอบ ยืนยันอีกครั้ง

แนวคิดเกี่ยวกับวัจนกรรมและการใช้ประโยคแสดงเจตนาต่างๆ จะทำให้สามารถวิเคราะห์เจตนาในการกล่าวถ้อยคำต่างๆ ของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก และญาติผู้ป่วย เพื่อให้เห็นกลวิธีการสนทนา จุดประสงค์ในการแสดงพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย นำไปสู่การทำความเข้าใจบทสนทนาในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นต่อไป

กลุ่มงานวิจัยในประเด็นต่อไปคืองานวิจัยที่ศึกษากลวิธีการสนทนายาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยซึ่งพบจำนวนไม่มากนัก โดยหนึ่งในงานวิจัยเหล่านั้นคืองานวิจัยเรื่อง “Communicating and responding to diagnosis” โดยเพอราคิลลา(Anssi Perakyla, 2006) ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารและการสนทนาโต้ตอบระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในขั้นตอนการวินิจฉัยโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาช่องว่างระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในการตรวจวินิจฉัยโรค และปัจจัยหรือองค์ประกอบที่ทำให้เกิดอำนาจในการปฏิสัมพันธ์ เพอราคิลลาเก็บข้อมูลทั้งหมด 100 สถานการณ์ จากสถานพยาบาล 4 แห่ง แพทย์ทั้งหมด 14 คน ผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันตามบริบทของโรค การเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่ได้ใช้วิธีในการคัดเข้าผู้ป่วยด้วยวิธีใดๆ ทั้งสิ้น ทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างรวดเร็วตามลำดับก่อนหลังในการเข้าตรวจรักษา

เพอราคิลลาสรุปว่า หลังจากแพทย์วินิจฉัยอาการเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจะมีวิธีตอบ 3 ลักษณะ คือ การเงียบ การตอบรับด้วยถ้อยคำสั้น ๆ และการพูดหรือการอธิบายขยายความ แต่บางครั้งการเงียบและการตอบรับด้วยถ้อยคำสั้น ๆ อาจปรากฏต่อเนื่องกัน เพราะผู้ป่วยต้องอาศัยเวลาในการไตร่ตรองข้อมูลก่อนที่จะเริ่มบทสนทนาต่อไป วิธีการตอบรับด้วยถ้อยคำสั้น ๆ เป็นการแสดงถึงการยอมรับผลการวินิจฉัยนั้น ส่วนวิธีการพูดหรืออธิบายขยายความ น่าจะเป็นการแสดง

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยทราบมาก่อนแล้ว ซึ่งอาจมีความหมายแฝงว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยโรคของแพทย์

การแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยเป็นการตอบที่มีความสอดคล้องกับคำวินิจฉัยของแพทย์ ส่วนกลวิธีที่ผู้ป่วยใช้แสดงความเห็นแย้งคือการพูดแทรกและการยืนยันอาการเดิมที่ผู้ป่วยมั่นใจ เมื่อผู้ป่วยได้อธิบายยืนยันอาการเดิมที่มีเหตุผลประกอบอันสมควร ก็อาจจะทำให้แพทย์เปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถใช้กลวิธีการตั้งคำถามแทนการปฏิเสธ เนื่องจากเป็นกลวิธีหนึ่งในการรักษาหน้าของแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์ตอบคำถามเกี่ยวกับประเด็นที่ผู้ป่วยยังมีข้อสงสัยอยู่ และหากการตอบคำถามนั้นมีความรู้ใหม่หรือมีเหตุผลอันเหมาะสม จะทำให้การสนทนาสามารถดำเนินต่อเนื่องด้วยความเรียบร้อยต่อไป

เพอลาคิลลาได้วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคในสถานพยาบาลในประเทศอังกฤษระหว่างปี 1980 และ 1990 พบว่า ในปี 1990 ผู้ป่วยมีการสนทนาโต้ตอบกับแพทย์มากกว่าปี 1980 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในสถานภาพของผู้รับข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผู้ส่งข้อมูลให้แพทย์และยังถือเป็นความก้าวหน้าในการตรวจรักษาโรค ผู้ป่วยมีสิทธิ์ในการสนทนาโต้ตอบกับแพทย์ เพื่อแสดงความเห็นด้วยหรือขัดแย้งในการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาเนื่องจาก 1) ในการตรวจรักษาโรคควรมีแนวคิดที่ว่า ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการตรวจรักษา ด้วยการตั้งสมมติฐานว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์และมีความเท่าเทียมกับแพทย์ หากแพทย์พยายามลดอำนาจในสถานภาพของตนให้น้อยลง จะทำให้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมีแนวโน้มที่ดีขึ้น และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยน่าจะเป็นการผสมผสานกันระหว่างอำนาจหน้าที่ของแพทย์กับความรู้อันชาญฉลาดของผู้ป่วย และควรรักษาความเข้าใจอันดีของทั้งสองฝ่ายเอาไว้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายที่สนทนาโต้ตอบมากขึ้นก็ตาม สิ่งที่แพทย์ควรให้ความสำคัญน่าจะเป็นความสามารถในการทำความเข้าใจ และหลักฐานในการตรวจรักษามากกว่าจะคิดว่าการโต้ตอบจากผู้ป่วยเป็นการท้าทายอำนาจของแพทย์ เพราะความเข้าใจและหลักฐานจะเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดการยอมรับจากทั้งสองฝ่าย

งานวิจัยเรื่องที่สองคือ “Realizing the illness: patients’ narratives of symptom discovery” โดยฮอลค์วอว์สกี (Timothy Halkowski, 2006) เกี่ยวกับเรื่องเล่าอาการป่วยของผู้ป่วยได้สรุปว่า ปัญหาสุขภาพในการตรวจรักษาโรคของผู้ป่วยมีลักษณะคล้ายคลึงกับการเล่าเรื่อง (narrative) เนื่องจากมีโครงสร้างและรายละเอียดคล้ายในหลายประเด็น เช่น การนำเข้าสู่ปัญหา การเริ่มให้ข้อมูล

เกี่ยวกับอาการของโรค การกระตุ้นให้คู่สนทนาเข้าใจปัญหา และระยะเวลาที่มีอาการเจ็บป่วย โดยที่ฮอลโคว์สกีเรียกประเภทการเล่าเรื่องเกี่ยวกับอาการของโรคนี้ว่า เรื่องเล่าปัญหาของผู้ป่วย (the patients' problem narrative) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย แพทย์ไม่ควรตั้งคำถามที่มีความหมายกำกวมและควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูลให้มากที่สุด รวมทั้งในขณะเดียวกันก็สามารถประเมินข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วย และผู้ป่วยก็ควรอธิบายข้อมูลเกี่ยวข้องกับอาการป่วยให้ชัดเจนและมีเหตุผลประกอบที่น่าเชื่อถือ

ฮอลโคว์สกีเสนอว่าในเรื่องเล่าของผู้ป่วยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ประเด็นสำคัญ และ 2) รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง ทั้งสองส่วนนี้สามารถสรุปโครงสร้างได้ดังนี้ การเริ่มต้นเล่าเรื่อง การย้อนความเชื่อมโยงกับอดีต การค้นพบปัญหา การแจ้งระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดปัญหา นอกจากนี้ยังพบว่ามีข้อมูลที่เป็นการเชื่อมโยงไปถึงสาเหตุของโรค ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สะดวกที่จะเล่าเรื่องทั้งหมดอย่างชัดเจนในทันที แต่ใช้วิธีเกริ่นนำเกี่ยวกับอาการป่วยและกระตุ้นให้น่าสนใจมากขึ้น จากนั้นจึงค่อยๆ เข้าสู่ประเด็นหลัก บทบาทของแพทย์ควรใช้การผกผันหรือพยักหน้าเพื่อเป็นการแสดงการรับรู้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องให้มากที่สุด และพยายามจับประเด็นสำคัญเกี่ยวกับถ้อยคำที่ผู้ป่วยแสดงความกังวลใจหรือเน้นเป็นพิเศษ

ฮอลโคว์สกีพบว่าในการเล่าเรื่องของผู้ป่วยประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วน คือ 1) “ตอนแรกฉันคิดว่าเป็น.....” (at first I thought X) และ 2) “ต่อมาฉันสังเกตว่า.....” (sequence of noticing) ส่วนแรกเป็นการเล่าเรื่องที่ผู้ป่วยพยายามใช้วิธีการเล่าเรื่องเป็นเครื่องมือสื่อถึงข้อสันนิษฐานแรกของอาการป่วย หรือสิ่งผิดปกติด้วยการใช้เหตุผลอธิบายซึ่งจะได้ผลดีมากกว่าการแสดงอารมณ์ความรู้สึกเป็นอย่างมาก (dramatic) และดีกว่าการอธิบายด้วยถ้อยคำที่รุนแรง (outrageous explanation) ข้อมูลที่ได้รับจากโครงสร้างลักษณะนี้เป็นการวินิจฉัยตนเองของผู้ป่วยซึ่งอาจมีมากกว่า 1 ข้อ เช่น

Patient : at first I thought it was some uh-h-h cramps from  
My period. Because that was coming in like three  
Days, and I had to go home and – and lay down  
Because it and I usually don't get cramps.  
And then when it lasted thru next weekend it was  
over and I'm still getting these cramps y(h)ou know



an I thought this isn't period cramps.

ส่วนที่ 2 คือ “ต่อมาฉันสังเกตเห็นว่า....”(sequence of noticing) จะเริ่มต้นด้วยถ้อยคำว่า “ฉันสังเกตเห็นว่า....”( I noticed....) โดยที่ยังไม่ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสันนิษฐานของผู้ป่วย แต่เป็นการรายงานข้อสังเกตของอาการที่เป็นอยู่ ระดับความรุนแรง และสรุปที่การเดินทางมาพบแพทย์ ลักษณะสำคัญของโครงสร้างนี้คือ ผู้ป่วยอาจนำเสนอสาเหตุบางส่วนของโรค เช่น

Patient : I noticed I would have this pressured feeling in the bottom of my stomach.

Doc : mm hmm

Patient : and then one day I went to the bathroom and it just literally set me on fire to use the bathroom like I had bathed myself in antiseptic or something

Doc : mm hmm,

Patient : cause it was burning just that bad. an it did that one day and then it didn't do it again the thuh next thing I notice I go to thuh bathroom to use thuh bathroom to urinate and I'm spotting blood.

จากตัวอย่างนี้พบว่า ผู้ป่วยเริ่มต้นเล่าเรื่องราวต้องการมาพบแพทย์ แล้วจึงเน้นข้อสังเกตสำคัญด้วยการใช้คำว่า “notice” เพื่อสื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นข้อเท็จจริงและเกิดขึ้นโดยบังเอิญ ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยพบมากกว่าความรู้สึกหรือความคิดเห็นส่วนตัว

บทบาทที่เหมาะสมของแพทย์จะเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยของตน แพทย์อาจใช้ถ้อยคำตอบรับหรืออากัปกิริยาที่แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่ากำลังตั้งใจฟังหรือให้ความสำคัญกับผู้ป่วย เพราะเรื่องเล่านี้จะทำให้แพทย์สามารถเข้าถึงปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยเป็น นอกจากนี้การรับฟังเรื่องเล่าของผู้ป่วยยังเป็นการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาได้อีกด้วย เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการป่วยของตนเป็นเรื่องธรรมดาหรือเล็กน้อย แพทย์ก็กลับสามารถประเมินหรือตีความได้และยังให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยว่า อาการเหล่านั้นเป็นสิ่งที่แพทย์ให้ความสำคัญ ไม่ได้ละเลยเห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยตามที่ผู้ป่วยเข้าใจซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น

ฮอล์โคว์สกีได้สรุปว่า กลวิธีการเล่าเรื่องเป็นสิ่งที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้นำเสนอปัญหาที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์และปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย โดยแสดงเหตุผลประกอบการนำเสนอทั้ง 2 ด้าน ด้านแรกคืออาการเจ็บป่วยของตน และด้านที่ 2 การเตรียมให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมด้านสุขภาพให้แก่แพทย์ผู้ทำการรักษา นอกจากนี้ยังสื่อให้เห็นถึงการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ผู้ป่วยอาจต้องระวังคำตอบหรือคำถามที่เกิดขึ้น เพราะอาจจะทำให้ความกังวลใจเพิ่มมากขึ้น เช่น “ถ้าหากว่าแพทย์ยืนยันว่าฉันสบายดีแล้วตกลงฉันเป็นอะไร” “ฉันป่วยหรือไม่” เป็นต้น การใช้การเล่าเรื่องจึงเป็นหนทางหนึ่งที่จะเปิดโอกาสให้ทั้งแพทย์และผู้ป่วยได้เสนอแนวทางอื่นๆ หากไม่ใช่สาเหตุที่ผู้ป่วยได้คาดคิดไว้ตั้งแต่แรก สำหรับรูปแบบการอธิบายอาการของผู้ป่วยจะมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับประเด็น ดังนี้ สาเหตุของโรค การเริ่มต้นของอาการป่วย ลักษณะของอาการ ความรุนแรงของอาการ และการบำบัดรักษาโรค ทั้งหมดนี้จะปรากฏอยู่ในการเล่าเรื่องของผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญบางคนได้เสนอว่า แพทย์ควรจะใช้วิธีการหรือถ้อยคำในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายสิ่งที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุด อาจจะใช้วิธีการขอร้องอย่างสุภาพ เช่น “Tell me the story of this illness, please” เพราะนอกเหนือจากประเด็นหลักและสาเหตุของโรคแล้ว ถ้อยคำของผู้ป่วยยังสื่อถึงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจะพยายามเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมในการอธิบายอาการของโรค เพื่อให้แพทย์เข้าใจเรื่อง que ผู้ป่วยนำเสนอให้มากที่สุด

“Treatment decisions : negotiations between doctor and parents in acute care encounters” โดยสติเวอส์(Tanya Stivers, 2006) ซึ่งเกี่ยวกับการเจรจาต่อรองระหว่างแพทย์และญาติผู้ป่วย เป็นงานวิจัยเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับกลวิธีการสนทนาของผู้ป่วย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาการเจรจาต่อรองระหว่างแพทย์และญาติผู้ป่วยในช่วงของการอธิบายกระบวนการรักษาโรค เนื่องจากสถานการณ์การตรวจรักษาโรค ผู้ป่วยอาจยินยอมรับการรักษาหรืออาจไม่ต้องการการรักษาตามที่แพทย์เสนอให้ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยบางคนที่ไม่ได้สนทนาได้ตอบอาจเป็นการแสดงการยอมรับสิ่งที่แพทย์เสนอ หรือบางคนอาจปฏิเสธการรักษาที่แพทย์แนะนำซึ่งนำมาสู่การแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งระหว่างแพทย์และญาติผู้ป่วยอย่างชัดเจน สติเวอส์จึงต้องการเสนอทางเลือกในการแจ้งกระบวนการรักษา เพื่อให้ลดแรงต่อต้านจากครอบครัวของผู้ป่วยให้น้อยลง

สติเวอส์เก็บข้อมูลการบันทึกภาพและเสียงจากคลินิกทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และกุมารเวช ตั้งแต่ปี 1996-2001 ในสถานการณ์ที่ต้องมีญาติผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการรักษา จากข้อมูลภูมิหลัง

พบว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาที่ออกกฎหมายให้ญาติต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาโรคของผู้ป่วย ด้วยเหตุผลสนับสนุนว่า 1) ผู้ป่วยมีสิทธิ์ให้บุคคลอื่นร่วมรับรู้การตัดสินใจรักษาโรคของตนเอง และ 2) ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะได้ผลลัพธ์ที่ดีหากมีผู้ร่วมตัดสินใจ

โดยปกติแล้วทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยต่างยอมรับความเชี่ยวชาญของแพทย์ นอกจากนี้แพทย์และผู้ป่วยยังให้สิทธิ์ในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาอยู่เสมอ ทั้งๆ ที่เป็นความรับผิดชอบในการรักษาของแพทย์ หากได้รับความยินยอมจากญาติที่สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ ก็จะทำให้การเยียวยารักษาสามารถดำเนินต่อไป บางสถานการณ์แพทย์จำเป็นต้องอธิบายอาการของโรคและแนวทางการรักษาให้ญาติฟัง จนกระทั่งญาติตอบรับว่า “Alright” จึงจะสามารถเริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยได้ ดังนั้น การสนทนาโต้ตอบของผู้ป่วยในการรับฟังคำวินิจฉัยของแพทย์สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

ผู้ป่วยที่ยังไม่ยอมรับการรักษาโดยใช้วิธีการต่อต้านด้วยอาการนิ่งเฉย (Withholding acceptance as passive resistance) โดยปกติแล้วผู้ป่วยหรือญาติจะตอบรับกระบวนการรักษาของแพทย์ แต่จะมีบางสถานการณ์ที่ผู้ป่วยสนทนาตอบด้วยถ้อยคำ “hm kay” “mm hm” เป็นระยะ แพทย์จะพยายามอธิบายอาการของโรคและวิธีการรักษา แต่หากผู้ป่วยแสดงการนิ่งเฉยและต่อต้านด้วยการไม่ยอมรับการรักษาที่แพทย์เสนอนั้น แพทย์ก็จำเป็นต้องให้คำอธิบายต่อไปจนกว่าผู้ป่วยจะตอบรับว่า “Mkay” หรือ “Yeah” ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ได้ยอมรับการรักษาที่แพทย์วินิจฉัยแล้ว หากเป็นผู้ป่วยกลุ่มนี้แพทย์จะต้องใช้ความพยายามอย่างสูงในการอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับการรักษา กลวิธีการใช้ถ้อยคำ “hm kay” “mm hm” ของผู้ป่วยสามารถตีความได้ว่า ผู้ป่วยหรือญาติยังไม่ยอมรับกระบวนการรักษานั้น จึงจำเป็นต้องอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมให้ชัดเจนจนกว่าผู้ป่วยหรือญาติจะตอบรับด้วยถ้อยคำว่า “Okay” หรือ “Yeah” จึงจะสามารถดำเนินการรักษาต่อไปได้

ผู้ป่วยที่แสดงการแย้งอย่างชัดเจน (Active resistance) เป็นกลุ่มผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่แสดงการต่อต้านหรือการแย้งอย่างชัดเจน ทำให้แพทย์ต้องอธิบายเพิ่มเติมให้ตรงประเด็นในผลัดต่อไป โดยพยายามชักจูงใจด้วยการกล่าวถึงข้อมูลทางการแพทย์เพื่อให้ญาติยอมรับการรักษาก่อนที่จะดำเนินการต่อไป หลายครั้งที่ญาติผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นแย้งกับการวินิจฉัยของแพทย์ โดยการเจรจาต่อรองให้ใช้ยาแอนติไบโอติกส์ (antibiotics) รักษาอาการของผู้ป่วย แต่แพทย์ปฏิเสธเนื่องจากคิดว่ามีวิธีการรักษาที่เหมาะสมกว่า นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยยังใช้วิธีกล่าวแย้งและเจรจาต่อรองในเรื่องการนัดหมายเพื่อพบแพทย์ในช่วงวันหยุดของคลินิก หรือแม้แต่เรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ

รักษา ทำให้บทสนทนาในแต่ละสถานการณ์ค่อนข้างยืดยาว และส่วนใหญ่มักจะสิ้นสุดลงด้วยการแสดงเหตุผลที่เหมาะสมจากทั้งสองฝ่าย

การตอบของญาติขึ้นอยู่กับรูปแบบการให้คำแนะนำของแพทย์ว่าใช้รูปแบบ for หรือรูปแบบ against หากใช้รูปแบบ for การโต้ตอบจะเป็นไปในทิศทางบวก แต่หากใช้รูปแบบ against ก็จะเป็นไปในทิศทางลบ เช่น บางสถานการณ์ญาติของผู้ป่วยที่รู้สึกต่อต้านคำแนะนำของแพทย์อธิบายว่า จะไม่ใช่ยาที่ไม่เหมาะสมกับอาการของโรค ญาติมีความกังวลใจเกี่ยวกับวันหยุดของคลินิกหากผู้ป่วยอาการกำเริบในช่วงที่คลินิกปิดทำการ โดยใช้ถ้อยคำว่า “but” อย่างชัดเจน การแก้ไขปัญหาคือการอธิบายหลักฐานทางการแพทย์ให้ชัดเจนจนกระทั่งญาติเข้าใจเป็นอย่างดี

สิ่งที่ทำให้ช่วงของการให้คำแนะนำสามารถดำเนินต่อไปได้มี 2 ประการ คือ 1) แพทย์ควรให้คำแนะนำในเชิงบวกโดยรูปแบบ for เพราะหากใช้รูปแบบ against อาจก่อให้เกิดแรงต่อต้านซึ่งจะส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ต่อไป และ 2) หากเกิดลักษณะแรงต่อต้านจากญาติผู้ป่วย ให้พยายามอธิบายความรู้ทางการแพทย์ให้ญาติเข้าใจ เพื่อให้ญาติเกิดความเชื่อมั่นในการรักษา สตีเวอส์ให้ความเห็นว่า แพทย์อาจมองว่าผู้ป่วยเด็กไม่ได้มีบทบาทในการตัดสินใจ เป็นเพียงหนึ่งในกระบวนการรักษา ส่วนญาติจะมองว่าเด็กมีความสำคัญในการสนทนาซึ่งจะทำให้เด็กรู้สึกในแง่บวกกับญาติมากกว่ากับแพทย์ ในสถานการณ์ดังกล่าว ดังนั้น ในช่วงของการเจรจาต่อรอง แพทย์ควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ บางครั้งญาติอาจรู้สึกกดดันจนตัดสินใจเลือกการรักษาที่ไม่เหมาะสม แพทย์จึงต้องเป็นฝ่ายที่พยายามลดแรงกดดันนั้นด้วยการอธิบายให้ญาติเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์ให้มากที่สุดซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาผู้ป่วยต่อไป

นอกจากนี้ ลจาส-คาลลิโอและรูอูซุวูริ (Taru Ljas-Kallio and Johanna Ruusuvoori, 2010) ได้ศึกษาบริบทการกล่าวแย้งของผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรคหั่วข้อ “Patient resistance towards diagnosis in primary care: Implications for concordance” โดยใช้กรอบแนวคิดสนทนาวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยจะโต้ตอบการวินิจฉัยของแพทย์ด้วยกลวิธี 2 ลักษณะ คือ การยอมรับและการไม่ยอมรับ แต่วิธีที่ลจาส-คาลลิโอและรูอูซุวูริสนใจคือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเริ่มแสดงความคิดเห็นแย้งกับแพทย์ และการอธิบายถึงสาเหตุที่แย้งหรือไม่ยอมรับการวินิจฉัยนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นกลวิธีการอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การอธิบายประสบการณ์เกี่ยวกับอาการป่วยในอดีต การให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้รับจากการตรวจรักษาครั้งล่าสุด และการแสดงความคาดหวัง

ในการตรวจรักษาของแพทย์ วิธีการในการสนทนาจะมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่ต้องการเจรจาต่อรองกับแพทย์ ผลที่เกิดขึ้นจากการแสดงความเห็นแย้งของผู้ป่วย จะกลายเป็นความเห็นที่สอดคล้องกับแพทย์ในช่วงสุดท้าย เพราะในขณะที่กำลังแสดงเหตุผลแย้งนั้น ผู้ป่วยและแพทย์ต่างกำลังพยายามค้นหาวิธีการอันจะนำไปสู่ความเข้าใจ และนำไปสู่การรักษาอาการป่วยที่เหมาะสมที่สุด งานวิจัยนี้พยายามนำเสนอให้เห็นว่า ในการปฏิสัมพันธ์มีกระบวนการและกลวิธีต่างๆ ไม่ใช่แค่เพียงการพูดคุยเพื่อปรึกษาหารือเท่านั้น แต่เป็นการสนทนาที่ผู้ร่วมสนทนาจะต้องค้นหาแนวทางและกลวิธีในการสนทนาเพื่อนำไปสู่ความเห็นที่ตรงกัน ซึ่งการแย้งอาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่ทำให้แพทย์และผู้ป่วยสามารถเข้าใจเหตุผลระหว่างกันได้ดีขึ้น

ส่วนงานวิจัยของไทยที่วิเคราะห์วิธีการบำบัดของพยาบาลจิตเวชด้วยกรอบแนวคิดทางภาษาศาสตร์พบเพียงงานวิจัยของนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร(2542) วิจัยเรื่องกลไกการสนทนาที่ใช้ในการบำบัดของพยาบาลจิตเวช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่า พยาบาลจิตเวชใช้กลไกการสนทนาและเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดอะไรบ้างในการสื่อสารเพื่อการบำบัด และกลไกการสนทนาสัมพันธ์กับเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดอย่างไร กลไกการสนทนาในงานวิจัยนี้หมายถึง หน้าที่ของการสื่อสารซึ่งปรากฏในลักษณะของการใช้ภาษาที่ใช้ถ้อยคำหรือไม่ใช้ถ้อยคำ เพื่อแสดงให้อีกฝ่ายทราบความหมายที่แท้จริงของผู้พูดที่ต้องการสื่อสาร ส่วนความหมายของเทคนิคการสนทนา คือ วิธีการที่พยาบาลใช้ในการสนทนากับผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ความรู้สึกโดยผ่านภาษา ถ้อยคำและไม่ใช้ถ้อยคำ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากบทสนทนา ณ ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา 30 สถานการณ์ โดยความสนใจของพยาบาลและการอนุญาตจากผู้ป่วย ใช้กรอบแนวคิดเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดของซันดีนและคณะ(Sundeen et al., 1981) ประกอบด้วย การฟัง การชี้้นำ การสนทนา การลดระยะห่าง การทวน การสะท้อนความรู้สึกนึกคิด การทำให้กระจ่าง การสรุป พบเทคนิคการสื่อสารด้วยการชี้ นำมากที่สุด และแนวคิดของนอร์ทเฮ้าส์กับนอร์ทเฮ้าส์(Northouse & Northouse, 1992) ประกอบด้วย การถาม การนิ่งเงียบ การทวน การสะท้อนอารมณ์ความรู้สึก การทำให้กระจ่าง การตีความ ส่วนการวิเคราะห์กลไกการสนทนาที่พยาบาลเลือกใช้เพื่อการบำบัดของแทนเนน(Tannen, 1986) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างกลไกทางภาษาที่ใช้ในการสนทนาเพื่อให้คู่สนทนาเข้าใจความหมายที่ผู้พูดต้องการจะสื่อสารกับสิ่งที่ผู้พูดกล่าวหรือแสดงออกมา โดยกล่าวว่าผู้พูดควรแสดงให้เห็นว่าตนกำลังทำอะไรขณะที่สนทนา กลไกการสนทนาที่ช่วยให้เกิด

ความสำเร็จในการสนทนาว่ามี 4 ประเภท คือ 1) กลไกการสนทนาที่ต้องแสดงความรู้สึกให้เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อแสดงว่าผู้พูดสนใจเรื่องที่กำลังสนทนาอยู่ และเพื่อแสดงความเป็นพวกเดียวกัน เรียกว่า การแสดงความรู้สึก(expression reaction) 2) กลไกการสนทนาที่ต้องใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อสร้างความเข้าใจในสารที่ได้รับให้ตรงกับผู้รับสาร 3) กลไกการสนทนาที่ผู้ใช้ต้องการแสดงความใกล้ชิดเป็นกลุ่มเดียวกัน ซึ่งบางครั้งถ้าใช้ไม่เหมาะสม อาจเป็นการทำลายความเชื่อถือว่าไว้วางใจได้ เรียกว่า การบ่นพ้อเป็นพิธี(ritual complaining) และ 4) กลไกการสนทนาที่ใช้เมื่อมีการตีความเนื้อหาของสารไม่ตรงกัน เรียกว่า การขอโทษหรือการออกตัว(apologizing) และแนวคิดของยูล(Yule, 1996) ในการจำแนกวัจนกรรมโดยใช้การบ่งชี้เจตนาของผู้พูด(Illocutionary Force Indicating Device หรือ IFID) ร่วมกับเงื่อนไขที่เหมาะสม(felicity conditions) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาจำแนกเป็นวัจนกรรมเป็น 5 ประเภท คือ 1) วัจนกรรมที่ผู้พูดกล่าวถ้อยคำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เรียกว่า การประกาศ(declarations) 2) วัจนกรรมที่ผู้พูดกล่าวเพื่อให้เกิดความเชื่อถ้อยคำที่กล่าวเป็นการกล่าวความจริง กล่าวอ้างยืนยัน กล่าวสรุปและบรรยาย ซึ่งเรียกรวมกันว่า การกล่าวยืนยัน(representatives) 3) วัจนกรรมที่ผู้พูดกล่าวเพื่อแสดงความไม่พอใจ ความเจ็บปวด ความชอบหรือไม่ชอบ ความสุขสนุกสนานหรือความเสียใจ เรียกว่า การกล่าวแสดงออก(expressive) 4) วัจนกรรมที่ผู้พูดกล่าวเพื่อแสดงความต้องการของผู้พูด หรือเพื่อให้ผู้ฟังกระทำการบางอย่างจากผลของการกล่าวถ้อยคำนั้นโดยอาจเป็นการสั่ง บังคับ การให้ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ การขอร้อง การแนะนำ เรียกรวมกันว่า การกล่าวชี้แนะ(directives) และ 5) วัจนกรรมที่ผู้พูดกล่าวเพื่อแสดงการสัญญาว่าจะทำในอนาคต หรือแสดงความตั้งใจของผู้พูด เช่น การสัญญา การขู่ การปฏิเสธ การรับประกัน หรือการให้คำสัตย์ เรียกว่า การกล่าวผูกพัน(commisives)

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลจิตเวชใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด 7 ประเภท คือ การชี้แนะการสนทนา การทวน การทำให้กระจ่าง การสะท้อนความรู้สึกนึกคิด การสรุป การตีความ และการฟัง ส่วนกลไกการสนทนาที่พยาบาลเลือกใช้เพื่อบำบัดมี 7 ประเภท คือ การถาม การกล่าวยืนยัน การกล่าวชี้แนะ การกล่าวแสดงออก การกล่าวผูกพัน การนิ่งเงียบ และการขอโทษหรือการออกตัว ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างกลไกการสนทนาที่พยาบาลจิตเวชเลือกใช้กับเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดพบว่า กลไกการถามสัมพันธ์กับเทคนิคการทำให้กระจ่างและการชี้แนะการสนทนา ส่วนกลไกการกล่าวยืนยันสัมพันธ์กับเทคนิคการทวน การชี้แนะการสนทนาและการตีความ สำหรับกลไกการกล่าวผูกพันสัมพันธ์กับเทคนิคการสรุปและเทคนิคการชี้แนะการสนทนา กลไกการขอโทษหรือการออกตัว

สัมพันธ์กับเทคนิคการขึ้นากการสนทนา กลไกการนั่งเจ็บสัมพันธ์กับเทคนิคการฟัง เพราะต่างเป็น กลไกการสนทนาและเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดแบบไม่ใช่ถ้อยคำ จากความสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่า ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดนั้น กลไกการสนทนาเป็นสิ่งชี้ให้เห็นหน้าที่ของภาษาในการสื่อสาร ดังนั้น พยาบาลจิตเวชจึงต้องเลือกใช้กลไกการสนทนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อให้การสื่อสารเพื่อการบำบัดนั้นบรรลุเป้าหมาย

งานวิจัยที่ศึกษากลวิธีของผู้ร่วมสนทนาในตรวจรักษาโรค ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ กลวิธีของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นงานวิจัยด้านภาษาของ กิ่งกาญจนา เทพกาญจนา(2535) และ สิริมา เชียงเขาวัว(2543) งานวิจัยด้านสื่อสารมวลชน ชาคกริต สุดสายเนตร(2539) และ ชัชฎา บุญญาศาสตร์พันธุ์(2546) ล้วนมุ่งศึกษาภาษาและกลวิธีการสื่อสารของอายุรแพทย์ แต่งานวิจัยจาก ต่างประเทศมักจะพยายามอธิบายภาษาและกลวิธีการสื่อสารของผู้ป่วย เนื่องจากนักวิจัยชาวต่างชาติ ส่วนใหญ่มีมุมมองว่า ผู้ป่วยเป็นฝ่ายที่มีอำนาจและสถานภาพน้อยกว่าแพทย์ แพทย์จึงมักจะมองข้าม คำอธิบายหรือเหตุผลของผู้ป่วยจนดูเหมือนไม่ให้ความสำคัญ ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยเป็นฝ่ายที่สมควรได้รับ โอกาสในการสนทนา เพื่ออธิบายอาการป่วยของตนเอง มากกว่าเป็นฝ่ายฟังอธิบายเพียงฝ่ายเดียว ผู้วิจัยเห็นว่าการวิเคราะห์กลวิธีการสนทนาของผู้ป่วยมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากลวิธีการสนทนา ของแพทย์ จึงได้นำแนวคิดจากนักวิจัยชาวต่างประเทศมาปรับใช้ในการวิเคราะห์กลวิธีการสื่อสารของ ผู้ร่วมสนทนาทั้งสองฝ่าย

## 2.4 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช

การทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อที่ 2.4 ผู้วิจัยได้สำรวจเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช เพื่อนำมาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำความเข้าใจหลักวิชาจิตเวชศาสตร์เบื้องต้น ดังนี้

แพทย์หญิงศรีธรรม ธนะภูมิ (2535) ได้กล่าวถึงการตรวจวินิจฉัยทางจิตเวชในหนังสือ “ตำราจิตเวชศาสตร์” ไว้ว่า การตรวจวินิจฉัยทางจิตเวช คือ การตรวจและวิเคราะห์หาสาเหตุของโรคหรือปัญหาทางจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความทุกข์ทางใจที่ต้องการความช่วยเหลือขอจัดผ่อนคลาย ความเดือดร้อน จิตแพทย์คือผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้การวินิจฉัยหาสาเหตุของปัญหาและให้การรักษาโดยการสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยจะเปิดเผยสิ่งที่ทำให้เขาไม่สบาย

ใจ หากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์มีความไว้วางใจกัน แพทย์มีหน้าที่รับฟังและซักถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ช่วยให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างแจ่มแจ้ง

ในการตรวจวินิจฉัยโรค จิตแพทย์ควรมีข้อปฏิบัติในการสัมภาษณ์ทางจิตเวช ดังนี้

1. ทราบจุดมุ่งหมายของการสัมภาษณ์ ว่าเป็นการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา การให้คำปรึกษา การตรวจเพื่อประเมินปัญหาที่เรื้อรังหรือเป็นการตรวจสุขภาพจิตเพื่อคัดบุคคลเข้าทำงานหรือเข้าศึกษา
2. แนะนำตนเองให้ผู้ป่วยรู้จัก
3. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงจุดประสงค์และวิธีการสัมภาษณ์ที่แพทย์ใช้ในการตรวจ เวลาที่จะใช้ แพทย์ควรให้ความสนใจและยอมรับความรู้สึกและท่าทีของผู้ป่วยในการมาพบแพทย์ ให้ความกระจ่างต่อข้อสงสัยและช่วยคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย
4. เห็นใจผู้ป่วย จริงใจ และตั้งใจฟังอย่างสนใจ ไม่แสดงปฏิกิริยาโต้ตอบต่อความกังวลหรือท่าทีต่อความก้าวร้าวของผู้ป่วย แสดงท่าทีว่าแพทย์ต้องการช่วยผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ช่วยชี้แจงและปลอบโยนเพื่อลดความไม่พอใจลง
5. ไม่ควรกระทำสิ่งอื่นในขณะที่สัมภาษณ์ ควรมีสมาธิ เชื่อมั่นในสิ่งที่ตนกระทำตามหลักวิชาการ ไม่แสดงว่าตนเหนือกว่าผู้ป่วย ไม่ใช้การขู่หรือบังคับ หากจำเป็นต้องขัดจังหวะ ผู้ป่วยควรขอโทษและบอกเหตุผลว่าเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม
6. สังเกตอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยตลอดเวลา โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในขณะที่เล่าเรื่องสำคัญ
7. ไม่ควรใช้คำถามตรงๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยตอบรับหรือปฏิเสธเท่านั้น ควรใช้คำถามที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องต่างๆ ในชีวิต และแสดงอารมณ์ต่อเรื่องราวต่างๆ
8. ไม่ควรรีบร้อน เมื่อถามผู้ป่วยแล้วควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคิดและตอบคำถาม ไม่ควรใช้คำถามหลายคำถามติดๆ กัน
9. ในการตรวจสุขภาพจิต แพทย์ต้องการตรวจการทำงานของจิตใจของผู้ป่วยบางเรื่อง โดยให้ผู้ป่วยกระทำในสิ่งที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจ แพทย์ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบก่อนว่ากำลังตรวจความจำและสมาธิของผู้ป่วย
10. ระหว่างทำการสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัย ไม่ควรแปลความหมาย ปัญหาหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยในทันที เพราะแพทย์ก็อาจยังไม่เข้าใจผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์



11. ในตอนท้ายของการสัมภาษณ์ แพทย์ควรสรุปสิ่งที่ได้จากผู้ป่วยให้ทราบ ได้แก่ ชนิดของอาการและสาเหตุที่พอจะประเมินได้ แผนการตรวจและรักษาในลำดับต่อไป ควรให้เวลากับผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และแสดงความรู้สึกต่อข้อสรุปของแพทย์

นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล (2538) ได้กล่าวถึงการสื่อสารระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยในหนังสือ “การสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวช” ไว้ว่า การตรวจผู้ป่วยทางการแพทย์ โดยทั่วไปประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการส่งตรวจพิเศษ

การซักประวัติหรือการสัมภาษณ์ผู้ป่วย มีส่วนสำคัญในการช่วงวินิจฉัยอย่างยิ่ง บางโรคหรืออาการอาจมีเพียงประวัติเท่านั้นที่ช่วยในการวินิจฉัย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ บางตำราถึงกับกล่าวว่าร้อยละ 90 ของโรคต่างๆ ไปสามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่ขณะสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์เป็นแนวทางหลักเพื่อให้ได้มาซึ่งการวินิจฉัย เนื่องจากความผิดปกติของผู้ป่วยส่วนใหญ่แล้วเกี่ยวข้องกับเรื่องของจิตใจซึ่งเป็นเรื่องนามธรรม เป็นความคิดความรู้สึก หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เบี่ยงเบนไป เราจะทราบได้ก็โดยอาศัยเครื่องมือเดียว คือ การสัมภาษณ์ เท่านั้น ซึ่งในขณะสัมภาษณ์จะมีกระบวนการตรวจร่วมไปด้วยในเวลาเดียวกัน

กระบวนการตรวจเริ่มตั้งแต่เมื่อเริ่มพบผู้ป่วยไปจนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยจากไป แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

ลำดับการตรวจ	เวลาที่ใช้ (30-50 นาที)	แนวทางการตรวจ
1. ระยะเกริ่นนำ	1-2 นาที	แนะนำตัว มุ่งให้ผู้ป่วยลดความกังวล รู้สึกผ่อนคลาย
2. ระยะเริ่มต้น	5-10 นาที	เสริมให้ผู้ป่วยพูด เพื่อค้นหาเรื่องไหนที่สำคัญหรือ เป็นปัญหาของผู้ป่วย
3. ระยะกลาง	10-15 นาที	ถามเน้นรายละเอียดแต่ละหัวข้อเพิ่มขึ้นได้อย่าง น้อยประมาณ 4-5 หัวข้อที่สำคัญ
	10-15 นาที	หาข้อมูลในหัวข้อที่เหลือที่จะช่วยในการ วางแผนรักษา ถามเพิ่มในหัวข้อที่พบว่า มีความสำคัญกว่าเดิมที่คาดไว้

	3-5 นาที	ถามส่วนที่ยังเหลือ ถามในข้อสังเกตที่ได้เพิ่มเติมจากข้อมูลที่ผู้ป่วยเล่า
4. ระยะเวลา	5-10 นาที	ให้โอกาสผู้ป่วยได้สอบถาม แจ้งการวินิจฉัยและแผนการรักษา

ตารางที่ 2 ลำดับการตรวจผู้ป่วยจิตเวชของจิตแพทย์ตามแนวคิดของมาโนช หล่อตระกูล(2538)

1. ระยะเวลาเกริ่นนำ เป็นการเกริ่นก่อนสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้เวลานั้นๆ เพื่อทำความคุ้นเคยระหว่างบุคคลสองคนที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน ซึ่งอาจใช้การสนทนาเรื่องทั่วไป เช่น มาโรงพยาบาลอย่างไร รอนานไหม ฝนตกหรือเปล่า เพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น

การใช้ภาษาในการสื่อสารทำให้เกียรติผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก ควรใช้สรรพนามเรียกผู้ป่วยว่า “คุณ” หากเป็นผู้ป่วยสูงอายุอาจใช้เป็น คุณลุง คุณป้า ได้ แต่ไม่ควรเรียก “พี่” หรือ “น้อง” เพราะเป็นการสนิทสนมเกินไป และอย่าใช้สรรพนามว่า “เรา” เนื่องจากเป็นสรรพนามที่บ่งบอกว่าคนไข้มีสถานะต่ำกว่า ส่วนทำเรียกแทนตัวอาจใช้ ผม ดิฉัน หรือหมอตตามความเหมาะสม

2. ระยะเวลาเริ่มต้น เป็นช่วงเริ่มการสัมภาษณ์ผู้ป่วย หากยังไม่ทราบข้อมูลส่วนตัวควรเริ่มต้นด้วยการถามชื่อ อายุ ที่อยู่ ภูมิลำเนา อาชีพปัจจุบัน ไม่ควรแสดงการวิพากษ์วิจารณ์ข้อมูลที่ได้ แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะบอกถูกต้องหรือไม่ ควรเก็บไว้ถามระยะหลัง หรืออาจจะใช้คำถามกว้างๆ เช่น “พอจะบอกได้ไหมว่า อะไรทำให้คุณมาในวันนี้”

3. ระยะเวลากลาง เป็นระยะที่แพทย์มีบทบาทในการใช้คำถามมากขึ้นเพื่อลงรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย มักจะเป็นเรื่องประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบันหรืออาการป่วย เมื่อเริ่มเข้าระยะกลางแล้วควรค่อยๆ นำการสนทนาไปยังแนวที่แพทย์วางไว้ เมื่อได้ข้อมูลเพียงพอแล้วจึงเปลี่ยนหัวข้อไปสู่เรื่องต่อไป

4. ระยะเวลาท้าย เป็นการสรุปให้ผู้ผู้ป่วยฟังถึงสิ่งที่ได้สนทนากันไป ผู้ป่วยเป็นอย่างไร ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตลอดจนแผนการรักษาหรือช่วยเหลือคร่าวๆ

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ส่วนใหญ่พร้อมจะเล่าเรื่องราวต่างๆ อยู่แล้ว เพียงถามนำเล็กน้อยก็สามารถตอบหรือเล่าเรื่องราวได้ละเอียด อย่างไรก็ตามยังมีบางเรื่องที่เป็นเรื่องละเอียดอ่อนซึ่งผู้ป่วยลำบากใจที่จะพูด หรืออาจมีเจตคติในทางลบต่อการตรวจ ไม่ต้องการตอบคำถาม ในกรณีเหล่านี้

ทักษะการถามที่ดีมีความสำคัญ โดยจะทำให้ผู้ป่วยตอบหรือเล่าเรื่องต่างๆ ออกมาได้มาก รวมทั้งทำให้ข้อมูลที่ได้รับความน่าเชื่อถือ ทักษะเหล่านี้ได้แก่

1. ถามโดยใช้คำถามเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีอิสระในการตอบ เช่น ภรรยาของคุณรู้สึกอย่างไรในเรื่องนี้
2. เลี่ยงการใช้คำว่า “ทำไม” เนื่องจากเป็นคำถามที่มีนัยของการถูกผิด และกระทบต่อการให้เกียรติหรือการยอมรับของผู้ป่วย เช่น ทำไมถึงเปลี่ยนงานบ่อย เป็น อะไรทำให้คุณเปลี่ยนงานบ่อย
3. เลี่ยงการใช้คำถามนำ เนื่องจากเป็นคำถามที่บ่งบอกว่าแพทย์ต้องการคำตอบอย่างไร เช่น คุณกับภรรยาไม่มีปัญหาอะไรกันใช่ไหม เป็น ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับภรรยาเป็นอย่างไรบ้าง
4. ถามโดยการคาดคะเนเอา เพื่อเลี่ยงการถามตรงๆ เช่น ปกติคุณสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองไหม เป็น ปกติคุณสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองอาทิตย์ละกี่ครั้ง
5. ถามโดยอ้างถึงบุคคลทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นออกมาโดยไม่รู้ตัวเมื่ออ้างถึงคนทั่วไป เช่น ทำไมคนเราถึงติดยาเสพติด
6. ถามถึงเหตุการณ์อย่างเป็นรูปธรรม เป็นการถามความเห็นของผู้ป่วยหรือให้ประเมินตนเอง
7. เริ่มจากเรื่องกว้างๆ ไปสู่เรื่องเฉพาะ เช่น การถามเรื่องทั่วไปก่อนเข้าสู่คำถามเกี่ยวกับผู้ป่วย
8. ถามโดยให้เลือกตอบ เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยตอบข้อมูลที่ชัดเจนและให้ทางเลือกหลายๆ ทางแก่ผู้ป่วย เช่น อาการใจสั่นของคุณเกี่ยวข้องกับการกินอาหารไหม เป็น คุณมักมีอาการใจสั่นก่อนกินอาหารหรือหลังอาหารหรืออาการไม่เกี่ยวข้องกับอาหาร

นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิท (2537) ได้กล่าวถึงการสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวชในหนังสือ “จิตเวชศาสตร์รามธิบดี” ไว้ว่า การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยทางจิตเวชประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิต เช่นเดียวกับการตรวจโรคทั่วไป โดยมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการตรวจวินิจฉัย โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1. ทำความใจและหาข้อมูล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปัญหาของผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้ในการวินิจฉัย และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป
2. สังเกตอาการ รวมถึงการแสดงออกในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจอารมณ์ ความคิด และสภาพจิตด้านต่างๆ ของผู้ป่วย
3. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจในตัวผู้รักษา รู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ทำให้ผู้ป่วยยินดีร่วมมือ ในการสัมภาษณ์และการดำเนินการรักษาต่อไป

การสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชมีหลักการทั่วไปเหมือนกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคทางกายอื่นๆ แต่มีข้อแตกต่างในรายละเอียดอยู่บ้าง เช่น ควรสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดประกอบด้วย เพราะตัวผู้ป่วยเองอาจไม่สามารถให้ข้อมูลได้ทั้งหมด เนื่องจากมีอาการโรคจิตหรือไม่สามารถมองเห็นพฤติกรรมของตนเองและผลกระทบต่อคนอื่นๆ ได้ดีเท่ากับที่บุคคลรอบๆ ตัวผู้ป่วยมองเห็น

ขั้นตอนการสัมภาษณ์และการตรวจวินิจฉัยทางจิตเวช ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. การเริ่มต้นสัมภาษณ์ เป็นการกล่าวทักทาย และชี้แจงจุดประสงค์ในการตรวจรักษา
2. การซักประวัติ เป็นการสอบถามข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย เช่น ชื่อ อายุ ที่อยู่ การศึกษา อาชีพ ฯลฯ การสอบถามอาการสำคัญ ประวัติการป่วยในปัจจุบัน ประวัติการป่วยในอดีต การพบทวนความผิดปกติในระบบต่างๆ ประวัติครอบครัว
3. การตรวจสภาพจิต เป็นการตรวจลักษณะทางกายภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย ลักษณะการพูด อารมณ์ ความคิด การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล สภาวะการณ ความจำ ความใส่ใจ สมาธิ ระดับเซาว์ปัญญา ความรอบรู้ การตัดสินใจ ความรู้สึกตน และแรงจูงใจในการรักษา
4. การตรวจร่างกาย
5. การตรวจพิเศษ
6. การวินิจฉัยแยกโรคและการวินิจฉัย
7. การวางแผนการรักษา
8. การพยากรณ์โรค
9. การแจ้งผลการตรวจ และแผนการรักษาต่อผู้ป่วยและญาติ และสรุปการสัมภาษณ์

รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการสัมภาษณ์เป็นแนวทางในการดำเนินการ แต่ในการปฏิบัติจริงผู้สัมภาษณ์จำเป็นต้องมีทักษะในการสัมภาษณ์ที่ดีประกอบด้วย จึงจะทำให้ดำเนินการสัมภาษณ์ไปได้ตามกระบวนการ และบรรลุเป้าหมายของการสัมภาษณ์ตามที่กำหนดไว้ได้ พื้นฐานที่สำคัญที่สุดของการสัมภาษณ์ที่ดี คือ ความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ป่วย การมุ่งแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทั้งหมดนี้จะเกิดได้จากความจริงใจและเจตนาที่ตั้งใจจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ การพยายามเข้าใจและความเห็นใจในปัญหาของผู้ป่วย เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญมากกว่าทักษะทุกอย่างในการสัมภาษณ์ ซึ่งจะทำให้จิตแพทย์สามารถใช้ทักษะการสัมภาษณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีทักษะดังนี้

1. สนใจความรู้สึกและความสะดวกสบายของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์
2. ทักษะพื้นฐาน เช่น ไม่ควรตั้งคำถาม 2 เรื่องในเวลาเดียวกัน หลีกเลี่ยงการตัดสินถูกผิด ฯลฯ
3. เป็นตัวของตัวเอง
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงหรือเล่าถึงอารมณ์ความรู้สึก
5. ฟังระลึกไว้เสมอว่าขณะสัมภาษณ์ ผู้ป่วยเองมีความวิตกกังวลและรู้สึกกลัวมากกว่าผู้สัมภาษณ์
6. แสดงความเข้าใจและเห็นใจกับความรู้สึกของผู้ป่วย
7. อย่าลืมนั่งที่จะถามเรื่องที่เราเห็นว่าสำคัญและจำเป็นเนื่องจากเกรงว่าจะเป็นเรื่องที่ไม่ควรถาม
8. ใช้การเงียบในบางขณะ
9. สนใจการแสดงออกและภาษาท่าทางของผู้ป่วย
10. เริ่มต้นกว้างๆ แล้วค่อยจับจุดละเอียดลงไปตามลำดับ

นอกจากนี้สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2520) ได้สรุปขั้นตอนในการตรวจรักษาโรคของจิตแพทย์ในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของสมาคมไว้ว่า การตรวจรักษาของจิตแพทย์จะประกอบด้วยขั้นตอนกว้างๆ ดังนี้

1. การถามประวัติ(history taking) ข้อมูลส่วนนี้เรียกว่า อาการ(symptom)

2. การขอข้อมูลการตรวจร่างกาย(physical examination) ข้อมูลส่วนนี้เรียกว่า อาการ (sign)
3. การตรวจพิเศษเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ(laboratory examination) เฉพาะกรณีจำเป็น เช่น การตรวจเลือด การเอ็กซเรย์ การส่องกล้อง การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ และสำหรับจิตแพทย์จะมีเพิ่มเติมคือ การตรวจสุขภาพจิต(mental status examination) ซึ่งเทียบเท่ากับการตรวจโรคทางกาย

อาการทางใจหรือสมองมาในรูปของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม จิตแพทย์อาจใช้การตรวจโรคทางกายจะประเมินจาก

- อารมณ์ : ประเมินจากสีหน้า แววตา น้ำเสียง
- ความคิด : ประเมินจากคำพูด วิธีการพูด เช่น การตอบตรงไปตรงมา พูดวกวน และเนื้อหาในการพูด เช่น มีอาการหลงผิดหรือไม่
- พฤติกรรม : ประเมินจากความสะดวกสบายของร่างกาย เช่น แต่งหน้าจัด หนามัน ผมนมัน ไม่ดูแลตัวเอง จะเห็นได้จากการแสดงออก เช่น คนไข้โรคซึมเศร้ามากๆ บางคนจะเคลื่อนไหวช้าเหมือนตุ๊กตาไหลลานจะหมด หรือคนไข้พูดเรื่องที่ไม่น่าพอใจจะมีสีหน้าขมขื่น น้ำตาคลอ บางคนกล้ำเนื้อใบหน้ากระดูกมีผื่นแดงขึ้นได้คอ หรือไม่ค่อยสบตาแพทย์

ส่วนใหญ่จิตแพทย์จะไม่ค่อยได้ใช้หูฟัง(stethoscopes) แบบอายุรแพทย์ แต่จะใช้หูฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดและใช้ใจรับรู้ความทุกข์ที่ผู้ป่วยมี สิ่งที่ผู้ป่วยควรจะเล่าหรืออธิบายให้จิตแพทย์ฟัง ควรมีประเด็นสำคัญดังนี้

- อาการโดยละเอียดและระยะเวลาที่มีอาการ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิมา 1 เดือน หรือไข้สูง 3 วัน
- ตัวกระตุ้น เช่น เลิกกับแฟน เพิ่งกลับจากป่า
- โรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคลมชัก หรือประวัติการประสบอุบัติเหตุจนศีรษะกระทบกระเทือน
- ยาเสพติด ไม่ว่าจะถูกหรือผิดกฎหมาย เช่น สุรา หรือยาอื่นๆ แม้แต่ยาลดความอ้วน

การรักษาโรคทางจิตเวชด้วยการใช้ยา แพทย์จะให้ยากับอาการที่จัดว่าเกินกว่าปกติ จะใช้ยาควบคู่กับการทำจิตบำบัด โดยจะแบ่งเป็นยาหลักและยาช่วย ยาหลักที่จิตแพทย์ใช้รักษาผู้ป่วย ได้แก่ ยาต้านโรคจิต(antipsychotic) ยาต้านเศร้า(antidepressant) และยาทำให้อารมณ์คงที่(mood stabibizer)

ยาต้านโรคจิตเป็นยาหลักของโรคจิตเภท แต่ก็ใช้กับโรคหลงผิดอื่นๆ เช่น ประสาทหลอน ซึมเศร้าที่อาการรุนแรงมากๆ สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แต่จะใช้จำนวนน้อยกว่าโรคจิตเภทจริงๆ นอกจากนี้ยังใช้กับโรคอารมณ์สองขั้ว(bipolar disorder) อีกด้วย

ยาต้านเศร้าเป็นยาหลักที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้า แต่สามารถนำไปรักษาโรคอื่นด้วย เช่น โรควิตกกังวลทั่วไป(generalized anxiety disorder : GAD) โรคย้ำคิดย้ำทำ(obsessive compulsive disorder : OCD) โรคตื่นตระหนก(panic disorder) เป็นต้น นอกจากนี้ยังใช้กับผู้ป่วยเล็กบุหรี และสามารถใช้ลดอาการปวดบางประเภท

ยาทำให้อารมณ์คงที่เป็นยาหลักของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว(bipolar disorder) บางตัวใช้เป็นยากันชัก(antiepileptic or anticonvulsant)

สรุปการให้ยาของจิตแพทย์ คือ โรคทางจิตเวชโรคหนึ่งอาจมีหลายอาการ อาการบางอย่างเหมือนกันแต่อาจเป็นคนละโรค ยาตัวหนึ่งสามารถรักษาได้หลายอาการและหลายโรค การใช้ยาหลักในโรคหนึ่งอาจเป็นเป็นยาช่วยในโรคอื่น และโรคทางจิตเวชโรคหนึ่งอาจต้องใช้ยาหลายตัว เพราะยาเหล่านี้จะเข้าไปจัดการสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองที่เสียไป ไม่ใช่เข้าไปกดประสาท

สารสื่อประสาท(neurotransmitter) คือ สารเคมีที่เซลล์สมองของเราใช้ในการส่งสัญญาณ มีมากมายหลายชนิด หากเสียสมดุลไปจะเกิดอาการต่างๆ ขึ้นมาได้ ยาจะเข้าไปจัดสมดุลอีกครั้ง สารสื่อประสาทที่สำคัญๆ คือ ซีโรโทนิน(Serotonin) นอร์อิพิเนฟริน(Norepinephrine) โดปามีน(Dopamine)

การรักษาด้วยยาจะมีระยะในการรักษา 2 ช่วง คือ ช่วงต้นและช่วงต่อเนื่อง สืบเนื่องมาจากกลไกการใช้ยา ยาหลักใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์จึงจะเริ่มเห็นผลของการรักษา ในระหว่างนี้จิตแพทย์จะให้ยาช่วยไปด้วย ส่วนใหญ่มักเป็นยากลายกังวลหรือยานอนหลับ หากผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายสามารถนอนได้ปกติก็จะให้แค่ยาหลักเพียงตัวเดียว

ช่วงแรกของการรับประทานยาเรียกว่าการปรับยา จิตแพทย์จะพิจารณาดูว่ายาตัวไหนเข้ากับผู้ป่วยซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 2 เดือน แต่หากยาตัวแรกไม่ตอบสนองอาจใช้เวลานานกว่านั้น หลักจาก

ดีขึ้นจึงจะเข้าสู่ช่วงต่อเนื่อง ผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้ระยะเวลาในการปรับยาไม่เท่ากัน โดยทั่วไปกลุ่มโรคทางอารมณ์หรือโรคจิตกึ่งวงลที่ผู้ป่วยมีอาการครั้งแรก เป็นก่อนที่จะมาพบจิตแพทย์ไม่นาน โดยทั่วไปจิตแพทย์จะให้รับประทานยาต่อเนื่องประมาณ 6 เดือน จากนั้นจะค่อยๆ ลดยาหรือหยุดยา แต่หากเป็นโรคจิตเภทอาจต้องใช้เวลาประมาณ 2 ปี หรือหากผู้ป่วยไม่ได้เป็นครั้งแรกมีปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการง่ายขึ้น จิตแพทย์จะให้รับประทานยาเป็นระยะเวลานานกว่านี้

เมื่ออาการต่างๆ ได้หายไป จนกระทั่งรู้สึกตัวว่ากลับมาเป็นคนเดิมแล้ว ผู้ป่วยมักจะคิดว่าไม่ต้องรับประทานยาอีก ละเล้าใจหยุดยาเอง แต่ในทางการแพทย์มีการเก็บข้อมูลทำการศึกษาระบุชัดเจนว่าควรใช้ยาเป็นระยะเวลานานเพียงใด หากรับประทานยาไม่ครบตามเวลาที่เหมาะสม จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะกลับมาเป็นซ้ำต่อไป ผลข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวช ช่วงแรกส่วนใหญ่จะไม่เป็นอันตราย แต่อาจทำให้ร่างกายผิดปกติไปบ้าง เช่น คลื่นไส้ กระสับกระส่าย เบื่อหรือเจริญอาหาร มึนศีรษะ ง่วง เป็นต้น อาการเหล่านี้จะหายไปเมื่อร่างกายปรับตัวได้ แต่หากยังมีอาการต่อเนื่องไปเป็นระยะเวลานานควรปรึกษาจิตแพทย์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มนี้เป็นงานที่มีผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางการแพทย์ แต่ได้ใช้กรอบแนวคิดทางภาษาศาสตร์ดำเนินการวิจัยหัวข้อ Engagement of patients with psychosis in the consultation conversation analytic study ดำเนินการวิจัยโดยแม็คคาบีและคณะ(Rosemarie McCabe, Christian Heath, Tom Burns and Stefan Priebe, 2002) ศึกษาประเด็นเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการนัดหมายไว้ วิเคราะห์ด้วยการใช้กรอบแนวคิดสนทนาวิเคราะห์(conversation analysis) เก็บข้อมูลจากจิตแพทย์ 7 คน ผู้ป่วย 32 ราย จากทั้งหมด 32 สถานการณ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความพยายามและกระตือรือร้นที่จะสนทนาเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองด้วยกลวิธีที่หลากหลายประกอบด้วย กลวิธีการถามตรงไปตรงมา กลวิธีการถามย้ำหรือถามซ้ำ การสรุปเนื้อความในการตรวจรักษา ส่วนจิตแพทย์มีกลวิธีในการตอบที่โดดเด่นคือ การทวนคำถามหรือการตั้งคำถามใหม่มากกว่าจะให้การตอบคำถาม กลวิธีการยิ้มหรือหัวเราะแทนการตอบคำถาม กลวิธีการชี้แนะเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลใจ

กระบวนการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเริ่มต้นขึ้นเมื่อจิตแพทย์ถามเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก การนอนหลับ ความอยากอาหาร ความต้องการของร่างกาย ความคิด และอาการของโรคในปัจจุบันของผู้ป่วย และต่อเนื่องด้วยคำถามเกี่ยวกับการดูแลรักษาอาการของผู้ป่วยและ



ญาติผู้ป่วย หรือการทบทวนเหตุการณ์การตรวจรักษาครั้งสุดท้ายที่ได้พบกัน ผู้ป่วยที่แม่คคาบีและคณะเก็บข้อมูลวิจัยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายให้มาพบแพทย์ตามระยะเวลาที่กำหนด จึงมีความคุ้นเคยกับจิตแพทย์มาบ้างแล้ว ทำให้สามารถตั้งคำถามที่ตนเองสงสัยได้อย่างชัดเจน หลายครั้งที่ผู้ป่วยพูดแทรกในขณะจิตแพทย์กำลังพูดหรืออธิบาย ทำให้รู้ว่าผู้ป่วยมีความกังวลใจเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองมาก บางสถานการณ์ที่จิตแพทย์ต้องใช้การตั้งคำถาม “Why.....?” แทนการตอบคำถาม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยคิดให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น แต่อีกหลายสถานการณ์จิตแพทย์จะใช้เพียงคำตอบสั้นๆ เช่น “Mmm” “Oh” “OK” “Well” เพื่อแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ที่กำลังฟังและขอให้ผู้ป่วยเล่าต่อไป สถานการณ์ที่น่าสนใจในงานวิจัยนี้คือสถานการณ์ที่จิตแพทย์เงียบเป็นระยะเวลานานก่อนที่จะตอบคำถามผู้ป่วย เช่น คำถามว่า “Why don’t people believe me when I say I’m God.” จิตแพทย์ใช้เวลากับความเงียบนานกว่าปกติก่อนที่จะยิ้มและหัวเราะ แสดงให้เห็นว่าจิตแพทย์เกิดความลังเลบางอย่าง และไม่กล้าที่จะตอบคำถามอย่างชัดเจนกับผู้ป่วย

แม่คคาบีและคณะสรุปในช่วงท้ายว่า ในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยมีทักษะในการสนทนาพอสมควร สามารถมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางในการตรวจรักษา การเพิ่มเติมในการดูแลตนเอง เพื่อให้ตนเองพอใจหรือลดความเครียดจากอาการป่วยของตนเองได้ ความกังวลใจที่แสดงออกด้วยการสอบถามอย่างกระตือรือร้นของผู้ป่วย จะทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสัมภาษณ์ การวินิจฉัย และการใช้ยารักษาโรคทางจิตเวช ทั้งหมดนี้ เป็นข้อมูลสำคัญที่จะทำให้ผู้วิจัยมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับหลักการ ขั้นตอน วิธีปฏิบัติ การใช้ยา หรือแม้แต่ข้อห้ามต่างๆ ในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช รวมทั้งแนวทางการวิจัยการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชที่ใช้กรอบแนวคิดสนทนาวิเคราะห์มาเพื่อศึกษาสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวช เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวิเคราะห์และทำความเข้าใจกับข้อมูลจากสถานการณ์จริง

## 2.5 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ในการสนทนา

นักวิชาการที่ได้กล่าวถึงแนวคิดการปฏิสัมพันธ์และการจัดการความสัมพันธ์ไว้อย่างชัดเจนคือ เฮเลน สเปนเซอร์-โอทีย์(Helen Spencer-Oatey) อธิบายในหนังสือ Culturally Speaking: Managing Rapport through Talk across Cultures(2002) เกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้

กลวิธีการจัดการความสัมพันธ์ ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ของผู้ร่วมสนทนา เนื้อหาที่สนทนา สิทธิหน้าที่หรือพันธะผูกพัน และภาคปฏิบัติในการสื่อสาร

ความสัมพันธ์ของผู้ร่วมสนทนา(Participants Relations) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อกลวิธีการจัดการความสัมพันธ์ซึ่งพิจารณาจากอำนาจ(power) และระยะห่างระหว่างผู้ร่วมสนทนา(distance) อำนาจในการสนทนามีหลายระดับแตกต่างกัน เช่น social power, status, dominance, authority เป็นต้น บราวน์และกิลแมน(Brown and Gilman, 1960/1972) ได้ให้อธิบายลักษณะของอำนาจไว้ว่า คนๆ หนึ่งจะมีอำนาจเหนืออีกคนหนึ่งก็ต่อเมื่อเขาสามารถควบคุมพฤติกรรมของอีกฝ่ายได้ และอำนาจเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 ฝ่าย และอำนาจจะเกิดขึ้นเฉพาะในบริบทของแต่ละสถานการณ์เท่านั้น

ส่วนเฟรนช์และราเวนส์(French and Raven's, 1959) ได้สรุปลักษณะอำนาจเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. อำนาจจากรางวัล(reward power) เป็นอำนาจที่บุคคลหนึ่ง(A) สามารถควบคุมผลลัพธ์ที่น่าพอใจให้กับอีกบุคคลหนึ่ง(B) โดยการใช้ผลประโยชน์ โบนัส หรือการเลื่อนขั้นเงินเดือน ซึ่งกล่าวได้ว่า (A) สามารถให้รางวัลกับ (B) จึงทำให้ (A) มีอำนาจเหนือ (B)
2. อำนาจจากการบังคับ(coercive power) เป็นอำนาจที่บุคคลหนึ่ง(A) สามารถควบคุมผลลัพธ์ที่ไม่น่าพอใจของอีกบุคคลหนึ่ง(B) โดยการลดขั้นเงินเดือน หรือจัดสรรงานที่ไม่สะดวกสบายให้กับ(B) ซึ่งกล่าวได้ว่า (A) ต้องการให้ (B) หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ต้องการด้วยวิธีการบังคับ จึงทำให้ (A) มีอำนาจเหนือ (B)
3. อำนาจจากการเป็นผู้เชี่ยวชาญ(expert power) บุคคลหนึ่ง(A) มีความรู้หรือความเชี่ยวชาญพิเศษกว่าบุคคลทั่วไปหรือมากกว่า(B) และ(B) ต้องการความรู้ความสามารถนั้น จึงทำให้ (A) มีอำนาจจากความรู้และความเชี่ยวชาญเหนือ (B)
4. อำนาจจากกฎหมาย(legitimate power) เป็นอำนาจที่บุคคลหนึ่ง(A) มีสิทธิ์(right) จากบทบาท สถานภาพ หรือสถานการณ์อื่นๆ ด้วยการออกคำสั่งหรือแสดงความคาดหวังกับอีกบุคคลหนึ่ง(B) จึงทำให้ (A) มีอำนาจตามกฎหมายเหนือ (B)

5. อำนาจจากการอ้างถึง(referent power) บุคคลหนึ่ง(B) มีความนับถือเลื่อมใสอีกบุคคลหนึ่ง(A) และ (A) ต้องการให้อีกฝ่ายแสดงความเคารพหรือเอาใจใส่ตน จึงกล่าวได้ว่า(A) มีอำนาจในการอ้างถึงเหนือ (B)

หลายสถานการณ์การสื่อสารที่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจหลายลักษณะ เช่น ครูกับศิษย์ เจ้านายกับลูกจ้าง ผู้ให้บริการกับลูกค้า คนขับแท็กซี่กับผู้โดยสาร ล้วนเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนเกินกว่าหนึ่งลักษณะ ฝ่ายลูกค้าและผู้โดยสารได้รับอำนาจเหนือผู้ให้บริการและคนขับรถแท็กซี่จากรางวัลและการบังคับ เพราะสามารถเลือกที่จะใช้บริการหรือไม่ก็ได้ ส่วนผู้ให้บริการหรือคนขับแท็กซี่ก็มีอำนาจเช่นเดียวกัน แต่เป็นอำนาจที่จะปฏิเสธสิ่งที่ลูกค้าหรือผู้โดยสารต้องการหรือไม่ก็ได้

นอกจากอำนาจของแต่ละฝ่ายแล้ว ระยะห่างระหว่างผู้ร่วมสนทนา(distance) ต่างมีความสำคัญเช่นเดียวกัน ระยะห่างระหว่างผู้ร่วมสนทนาสามารถใช้คำที่มีความหมายใกล้เคียงกัน เช่น ระยะห่างทางสังคม(social distance) ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน(solidarity) ความสนิทสนม(closeness) ความคุ้นเคยกัน(familiarity) และความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดลึกซึ้ง(relational intimacy) ระยะห่างของบุคคลเป็นความเข้าใจเบื้องต้นในการสนทนาหรือสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกัน อาจเป็นความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด แบบสนิทสนม แบบคนแปลกหน้าซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของสถานการณ์ที่เผชิญหน้า แม้แต่ความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างมีหลายระดับ อาจเป็นเพื่อนสมัยเด็ก หรือเป็นเพื่อนสนิท ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ ดังนี้

1. ความคล้ายคลึงหรือความแตกต่างทางสังคม
2. ความสม่ำเสมอในการติดต่อสื่อสารกัน
3. ระยะของความสนิทสนมคุ้นเคย
4. ความชื่นชอบในสิ่งเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน
5. ผลกระทบจากการปฏิสัมพันธ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ

ความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจและระยะห่างระหว่างบุคคลเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในแต่ละสังคมวัฒนธรรม เนื่องจากสถานการณ์ต่างๆ มีอำนาจและระยะห่างที่แตกต่างกัน บางสถานการณ์ในวัฒนธรรมหนึ่งเป็นเรื่องธรรมดาทั่วไป แต่ในอีกวัฒนธรรมหนึ่งกลับ

เป็นการทำให้อีกฝ่ายหนึ่งเสียหาย การคำนึงถึงความแตกต่างของสังคมวัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งที่ผู้ร่วมสนทนาต้องระมัดระวังในการสื่อสาร

เนื้อหาที่สนทนา(message content) เนื้อหาที่สนทนาหรือประเด็นหลักในการสนทนาเป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกใช้กลวิธีการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพราะผู้พูดจำเป็นต้องพิจารณาผลดีผลเสียของผู้ร่วมสนทนา ทั้งการเสียเวลา การเสียโอกาส หรือความเสี่ยงของผู้ฟัง เช่น สถานการณ์การสอบถามการเดินทางกับบุคคลแปลกหน้า การขอให้เพื่อนไปส่งที่สนามบินซึ่งอาจเป็นการทำให้อีกฝ่ายหนึ่งไม่สะดวก มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น หรือเสียโอกาสอื่นๆ จึงต้องมีวิธีในการประคับประคองความสัมพันธ์ให้เกิดความสมดุล เช่น การกล่าวคำขอโทษ การกล่าวสำนึกในความช่วยเหลือ หรือการกล่าวแสดงความเคารพ

สิทธิหน้าที่หรือพันธะผูกพัน(rights and obligations/social or interactional roles) เป็นปัจจัยในการเลือกใช้กลวิธีการจัดการความสัมพันธ์ที่ต้องคำนึงถึงสถานภาพหรือบทบาทของผู้ร่วมสนทนา การสนทนาหรือการปฏิสัมพันธ์จึงจะดำเนินไปได้ด้วยดี เช่น ครูอาจารย์กับศิษย์ เจ้านายกับลูกจ้าง พนักงานขายกับลูกค้า ประธานกับกรรมการ บทบาทเหล่านี้จะถูกกำหนดด้วยอำนาจและระยะห่างระหว่างบุคคล

ภาคปฏิบัติในการสื่อสาร(communicative activity) เป็นปัจจัยสำคัญประการสุดท้ายในการเลือกใช้กลวิธีการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ภาคปฏิบัติในการสื่อสารจะสามารถแยกประเภทในการสื่อสาร(genre) ให้สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่มซึ่งจะช่วยในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนในการสื่อสาร เพราะภาคปฏิบัติในการสื่อสารแต่ละสถานการณ์จะมีผลต่อผู้ร่วมสนทนาและการตีความหมาย เช่น ภาคปฏิบัติในการสื่อสารเพื่อการเรียนการสอน ภาคปฏิบัติในการสื่อสารเพื่อสัมภาษณ์งาน หรือภาคปฏิบัติในการสื่อสารในสถานการณ์การพิจารณาคดี การพิจารณาภาคปฏิบัติในการสื่อสารจะทำให้ผู้ร่วมสนทนาสามารถเลือกใช้กลวิธีการจัดการความสัมพันธ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เช่น กลวิธีการนำเสนอความภาคภูมิใจในตนเองในสถานการณ์การสัมภาษณ์งานไม่ให้เกิดการโอ้อวดจนเกินไป

บริบทเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการใช้ภาษาในการสื่อสารหรือการปฏิสัมพันธ์ ประสบการณ์ที่มีร่วมกัน การรับรู้สิทธิและหน้าที่ของผู้ร่วมสนทนา ผลดีผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับผู้ร่วมสนทนา ภาคปฏิบัติในการสื่อสารหรือแม้กระทั่งหน้าของผู้ร่วมสนทนา ล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้กลวิธีการจัดการความสัมพันธ์ประสบความสำเร็จ

จันทิมา อังคพณิชกิจ(2557) ได้สรุปการศึกษาทฤษฎีบทสนทนาเชิงภาษาศาสตร์สังคมปฏิสัมพันธ์ (Interactional Sociolinguistics)ว่า นักภาษาศาสตร์ที่สนใจวิเคราะห์บทสนทนาที่สำคัญ คือ กัมเปอร์ซ(Gumperz, 1984; 2001) และนักสังคมวิทยาที่เน้นปฏิสัมพันธ์อย่างกอฟฟ์แมน(Goffman, 1996) การวิเคราะห์บทสนทนาในภาษาศาสตร์สังคมปฏิสัมพันธ์เป็นการศึกษาวิเคราะห์บทสนทนา เพื่อศึกษาวิธีที่บุคคลแสดงอัตลักษณ์และกิจกรรมของตนระหว่างที่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยใช้เครื่องมือในการแสดงออก(expressive equipment)ที่มีอยู่ในสังคมนั้น สิ่งทีภาษาศาสตร์สังคมปฏิสัมพันธ์ให้ความสำคัญคือบุคคลที่มีการกระทำทางสังคม ณ ขณะหนึ่งในระหว่างการปฏิสัมพันธ์ต่อหน้า(face-to-face interaction) มีการใช้กลวิธีที่จะสื่อสารผ่านการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อแสดงลักษณะความหมายทางสังคมของบุคคลบางประการ เช่น อัตลักษณ์ (identities) การกำหนดตำแหน่งพื้นฐานทางสังคมของตน (footings) การผสมผสานทัศนคติ (alignments)

การทำความเข้าใจการปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคมตามแนวทางนี้เชื่อว่าเราสามารถกระทำได้จากกรวิเคราะห์บทสนทนา และโดยพื้นฐานความคิดของการวิเคราะห์บทสนทนามักเน้นไปที่บริบทร่วมการสื่อสารและวิธีการที่คนเราใช้ในการแสดงออกต่อหน้าผู้อื่นในการสนทนาซึ่งกัมเปอร์ซเรียกว่า กลวิธีทางวาทกรรม(discourse strategies) สิ่งที่จะทำให้เข้าใจกลวิธีทางวาทกรรมของผู้พูดคือ การศึกษาบริบทของผู้สนทนา ซึ่งวิธีที่นิยมใช้วิเคราะห์คือ วิธีการทางชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสาร (ethnographic method) เนื่องจากต้องศึกษาจากสถานที่จริง สถานการณ์การสื่อสารจริง เพื่อสังเกตกิจกรรมการสื่อสารที่เกิดขึ้นจริง

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่น่าสนใจ ผู้วิจัยพบว่างานวิจัยจากต่างประเทศส่วนใหญ่ศึกษาวิธีการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลตั้งแต่สองฝ่ายขึ้นไป งานวิจัยแรกเป็นของลาโคสต์(Michele Lacoste, 1981) ได้เสนองานวิจัยเรื่อง “The old woman and the doctor : A contribution to the analysis of unequal linguistic exchanges” โดยเก็บข้อมูลจากการบันทึกเสียงในโรงพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกับอายุรแพทย์ในประเทศฝรั่งเศส เพื่อศึกษาในประเด็นหลัก 3 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 เหตุการณ์และขอบเขตของลำดับเหตุการณ์ที่คลุมเครือระหว่างการสนทนาของอายุรแพทย์กับผู้ป่วยหญิงสูงอายุ ประเด็นที่ 2 การเริ่มต้นการสนทนา และ ประเด็นสุดท้ายคือผลกระทบที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ด้วยการใช้กลวิธีการแสดงความรู้สึกมากกว่าปกติ(dramatization competence) การศึกษาทั้งสามประเด็นนี้เป็นการวิเคราะห์จากขั้นตอนการ

ตรวจรักษาของแพทย์ตั้งแต่การตั้งคำถาม การทดสอบ การวินิจฉัยโรคและการอธิบายรายละเอียดของโรค ข้อมูลเหล่านี้จะพิจารณาจากรายละเอียดของวัจนภาษาและอวัจนภาษา นอกจากนี้ยังวิเคราะห์ผู้ร่วมเหตุการณ์และการเรียงลำดับของการสนทนาที่ชัดเจน โดยแพทย์จะเป็นผู้เริ่มตั้งคำถามเพื่อแนะนำความสนใจ และคนไข้เป็นผู้ตอบรับหรือปฏิเสธถ้อยคำนั้น

ลาคอสต์ได้ใช้กรอบแนวคิดจากลาบอฟและฟานเชลล์(Labov and Fanshel, 1977) ในการวิเคราะห์เหตุการณ์การสื่อสารของผู้พูดสองฝ่าย คือ A event, B event, A and B event และ disputable events ผลการวิจัยในประเด็นแรกพบว่า เหตุการณ์และขอบเขตของลำดับเหตุการณ์ระหว่างการสนทนาของอายุรแพทย์กับผู้ป่วยหญิงสูงอายุประกอบด้วย P event(Patient's event) และ D event(Doctor's event) และยังกำหนด E1 คือ examination ซึ่งจะมีผลการตรวจหรือทดสอบร่างกายเป็นข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ในส่วนนี้เป็น D event เพราะแพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลและตัดสินใจวินิจฉัยโรคทั้งหมดและ E2 คือ interview ช่วงของการสนทนาโต้ตอบระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ในช่วงแรกผู้ป่วยจะเป็นผู้มีบทบาทในการสนทนามากกว่าจึงกำหนดให้เป็น P event แต่หลังจากแพทย์เข้าใจและวิเคราะห์อาการของโรคเรียบร้อยแล้ว ผู้ที่มีบทบาทในการสนทนามากกว่าคือ แพทย์ จึงจะเป็น D event และในช่วง D event นี้ แพทย์อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงสัยต่างๆ ขึ้นมา เนื่องจากการใช้ภาษาในการอธิบายอาการและการวินิจฉัยโรคต่างๆ เพื่ออธิบาย Event หรือสถานการณ์ที่แตกต่างกันระหว่างการตรวจร่างกายและการสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยทั่วไปจะตั้งใจฟังแพทย์อธิบายอย่างละเอียด แต่หากผู้ป่วยพยายามตีความหมายถ้อยคำของแพทย์ จะพบข้อสงสัยและนำไปสู่การตั้งคำถามเพื่อทำความเข้าใจ หรือบางครั้งก็อาจจะแสดงความคิดเห็นแย้งเกี่ยวกับอาการของโรค ในการแสดงความคิดเห็นแย้งกับแพทย์ส่วนใหญ่มักเกิดจากความงุนงง รู้สึกว่าการให้ข้อมูลถ้อยคำของแพทย์ไม่ชัดเจน ในช่วงของการสนทนาจะเป็นไปในลักษณะของ P event บ้าง D event บ้าง สลับกันไปตามแต่สถานการณ์

การวิเคราะห์โครงสร้างบทสนทนาการระหว่างแพทย์และผู้ป่วยว่าส่วนใดเป็น P หรือ D event อาจมี marker บ่งบอกอย่างชัดเจน คือ การใช้คำศัพท์ เห็นได้จากแพทย์จะใช้วงคำศัพท์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่คนธรรมดาทั่วไปไม่ใช้กัน(เปรียบเทียบระหว่าง common language and technical language) เช่น คนธรรมดาใช้คำว่า “to have a headache”(P event) แต่แพทย์อาจใช้คำว่า “to have a hypertrophic left ventricle”(D event) แต่มีบางกรณีที่ผู้ป่วยนำวงคำศัพท์ของแพทย์มาใช้บ้างขึ้นอยู่กับการใช้หรือการใช้เพื่อชี้เฉพาะอวัยวะที่ได้รับการเจ็บป่วย นั้นแสดงว่า

ผู้ป่วยแสดงถึงความมั่นใจและไม่ได้คิดไปเอง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า การแสดงความมั่นใจนั้นจะเป็นสิ่งที่ถูกต้องเสมอไป และเมื่อแพทย์ได้อธิบายให้เข้าใจแล้ว ผู้ป่วยจะยอมรับและไม่มีการแย้งใดๆ เกิดขึ้น

ในกรณีของ disputable event (เหตุการณ์ที่สามารถเจรจาโต้แย้งได้) จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยพยายามใช้กลวิธีบางอย่าง เพื่อไม่ให้แพทย์รู้สึกว่าการเจ็บป่วยเหล่านั้นเป็นเรื่องใหญ่หรือร้ายแรง เหมือนการป้องกันตัวผู้ป่วยจากแพทย์ เช่น การใช้คำว่า “a bit” เพื่อให้แพทย์เห็นเป็นเรื่องเล็กน้อยๆ และทันทีที่แพทย์เข้าใจกลวิธีของผู้ป่วย แพทย์ก็จะใช้กลวิธีตามไปเรื่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยค่อยๆ บอกข้อเท็จจริงออกมาเอง จากนั้นจะกลับมาเป็น D event เมื่อผู้ป่วยตอบรับโดยใช้ถ้อยคำสั้นๆ ว่า I’m okay. หรือ I see หรือ yes เหตุการณ์เริ่มเปลี่ยนเมื่อแพทย์ใช้ถ้อยคำว่า “But you know it’s not only the cold, you know.” ทำให้สถานการณ์เริ่มเป็น D event

ประเด็นที่ 2 การเริ่มต้นประเด็นการสนทนา (initiative) ในบทสนทนายาระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจะมีลักษณะเป็นคู่ถ้อยคำ คือ Initiative-Response โดยแพทย์จะเริ่มเปิดประเด็นและผู้ป่วยจะนำเสนอปัญหาถ้อยคำ ดังนี้ “I must to tell you, doctor....” “So I had these headaches....” “Perhaps what I want to tell you is false....” ผู้ป่วยจะพยายามให้ข้อมูลต่างๆ ที่คิดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ส่วนการปฏิเสธการเริ่มต้นประเด็นการสนทนาจะพบหลายรูปแบบ เช่น การใช้ความเงียบ การตอบรับแบบเป็นทางการ การเริ่มตอบแต่ไม่ขยายความจนจบ การตอบรับแต่ไม่ให้ข้อมูลเพิ่มเติม การกล่าวถึงเรื่องอื่น หรือการตั้งคำถามนอกประเด็น เป็นต้น สิ่งที่จะทำให้การเริ่มต้นประเด็นการสนทนาสำเร็จนั้นจะต้องเกิดการสนทนาโต้ตอบจากฝ่ายตรงข้าม และควรเป็นการขอร้องให้อีกฝ่ายอธิบายข้อมูลอย่างชัดเจนดีกว่าการคิดเองหรือการโต้แย้ง ซึ่งจะ ทำให้ทัศนคติของคู่สนทนาเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้น เพราะแพทย์เป็นฝ่ายที่มีอิทธิพลในการสนทนา มากที่สุด และสามารถกำหนดทิศทางการสนทนา ส่วน บทบาทสำคัญที่คนไข้ควรดำเนินการสนทนาควรเป็นการขอให้แพทย์อธิบายข้อมูล (request for giving of information) และอาการของโรคเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ซึ่งจะ ทำให้แพทย์วินิจฉัยตามความเป็นจริงโดยอธิบายข้อมูลให้คนไข้ได้อย่างละเอียด

สถานการณ์ทั่วไปในช่วงการเริ่มต้นประเด็นการสนทนาจะเริ่มด้วยถ้อยคำทักทายในชีวิตประจำวัน เช่น “How are you?” ส่วนอีกฝ่ายจะตอบว่า “Fine // except that I caught a cold” ซึ่งจะ เป็นคำตอบรับที่ไม่พบในเหตุการณ์ปกติ เพราะคนทั่วไปมักจะตอบเพียงว่า “Fine” การตอบคำถาม “How are you?” ด้วยคำตอบ “Fine // except that I caught a cold” จะพบใน

การสนทนาเฉพาะบางสถานการณ์ โดยเฉพาะบทสนทนาในการตรวจรักษาโรค จะมีลักษณะของคู่ถ้อยคำการถามและอธิบายอาการของโรคที่คนไข้เจ็บป่วย แพทย์และคนไข้ต่างใช้กลวิธีต่างๆ เพื่อให้การสนทนาประสบความสำเร็จ ในบางสถานการณ์การเริ่มต้นประเด็นการสนทนาอาจใช้เวลานานกว่าปกติ อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น โรคที่คนไข้เป็นรักษายากมาก หรือปฏิกิริยาของคนไข้เมื่อรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคดีงกล่าว ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการอธิบายอย่างละเอียด แพทย์จึงต้องอาศัยน้ำเสียงเพื่อช่วยในการอธิบายให้เป็นไปได้ด้วยดี

ประเด็นสุดท้ายที่ผู้วิจัยพยายามตอบคือ ผลที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ด้วยการใช้กลวิธีการแสดงความรู้สึกมากกว่าปกติของผู้ป่วย(dramatization competence) มักจะเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่คนไข้ปฏิเสธการรักษา เป็นสิ่งที่แสดงถึงความคิดเห็นขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วย การขจัดความขัดแย้งมีหลายวิธี การแสดงความรู้สึกมากกว่าปกติเป็นวิธีหนึ่งที่ผู้ป่วยนำมาใช้ในการแก้ปัญหา ปัญหาเหล่านี้อาจเกิดขึ้นทั้งใน P event หรือ D event ก็ได้ แต่มักจะพบใน P event โดยเฉพาะผู้ป่วยหญิงสูงอายุ เช่น การแสดงสีหน้า การแสดงความหวาดกลัว การหวาดระแวง การพูดมากกว่าปกติ หรือแม้แต่การแสดงความรู้สึกอื่น นอกจากนี้ยังอาจพบการแสดงปฏิกิริยาที่น่าสงสัยและการปฏิเสธ

ส่วนแพทย์(D event) จะมีกลวิธีที่หลากหลายไว้รับมือกับผู้ป่วยประเภทนี้ เช่น การแสดงความกังวลด้วยการพูดเป็นนัยว่าอาการของโรคอาจมีความร้ายแรงกว่าที่คิด การพิสูจน์ให้ผู้ป่วยเห็นจริงด้วยการอธิบาย การยืนยันลักษณะของเนื้องอกที่ต้องผ่าตัด และการอ้างถึงกฎหมายหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น แต่หากผู้ป่วยยังแสดงให้เห็นว่าไม่ยอมรับข้อมูลของแพทย์มักจะปรากฏกลวิธีการแย้ง ดังนี้ 1) ผู้ป่วยบางรายยืนยันว่าตนเองสบายดี 2) ผู้ป่วยบางรายแนะนำอาการของโรคเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยมาก 3) ผู้ป่วยบางรายแสดงความหวาดกลัว 4) ผู้ป่วยบางรายแสดงให้เห็นว่ามีพฤติกรรมที่รักษาสุขภาพ ละเลียดรอบคอบ ดูแลตนเองดีมากเกินไปและสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้โดยไม่มีอันตรายจากโรคที่เป็น หรือบางครั้งอาจใช้เป็นมุกตลกเพื่อหลีกเลี่ยงการรักษา เช่น

Doctor : Ah well you know exercise isn't against the rules in your case.

Patient : Oh I'm too much of a loafer to walk, you know.

Doctor : Oh okay(laughts).

Patient : I'm always worried about that something will happen to me you know. Okay good-bye, doctor.



กลวิธีเหล่านี้คือฟรแมนและไฮม์ส์(Goffman and Hymes) ให้ชื่อเรียกว่า “competence of dramatization” ซึ่งเกิดขึ้นจากหลากหลายบริบทของคู่สนทนาทั้งสองฝ่าย เพื่อให้การสนทนานั้นบรรลุจุดประสงค์ตามที่ต้องการ

งานวิจัยที่สองเป็นงานของคูลแพลนด์ โรบินสัน และคูลแพลนด์ (Justine Coupland, Jeffrey D. Robinson and Nikolas Coupland, 1994) เสนอบทความวิจัยเรื่อง “Frame negotiation in doctor-elderly patient consultations” เป็นการศึกษาปริจเฉทการปฏิสัมพันธ์เชิงสถาบันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด 85 สถานการณ์ และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกเหนือจากการตรวจรักษา 40 คน ในบริบทการกล่าว “How are you?” ของแพทย์ ผู้วิจัยมองว่าการปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์นี้มีความไม่สมดุล เพราะฝ่ายแพทย์มีอำนาจในการสนทนาเหนือกว่าผู้ป่วย แพทย์จะเป็นผู้นำในการสนทนาและผู้ป่วยเป็นผู้ตามจนถึงการสิ้นสุดการตรวจรักษา แต่ในบริบทที่ต้องตรวจรักษาผู้ป่วยสูงอายุ กลับมีบางสถานการณ์ที่แตกต่างจากความสัมพันธ์ที่ไม่สมดุลนั้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีจุดประสงค์ในการศึกษาคือ การสนทนาระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสูงอายุมีการใช้ถ้อยคำอย่างไร และมีความร่วมมือระหว่างกันเพื่อนำไปสู่การตรวจรักษาโรคอย่างไร โดยพิจารณาทั้งบริบททางสังคมและทางการแพทย์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีวิธีการตอบคำถาม “How are you?” ที่หลากหลาย เช่น การตอบแบบขยายความ การประเมินตนเองในทางบวก การโต้แย้ง การเปิดเผยอาการป่วยของตนเอง การแสดงความกังวลใจ แต่ผู้ป่วยสูงอายุจะมีกลวิธีในการกลบเกลื่อนอาการทางลบ การเริ่มต้นด้วยถ้อยคำ “How are you?” ซึ่งเป็นรูปแบบการทักทายที่ทำให้อีกฝ่ายหนึ่งพึงพอใจ ในขั้นตอนการสอบถามด้วย “How are you?” มีลำดับเหตุการณ์ต่อเนื่อง ดังนี้

Summons/approach

Greetings(welcoming)

Dispositional talk(apologies)

Familiarity sequence(compliments, environmental talk, teases)

Holding sequence

How are you? -type exchange

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า ช่วงของการถาม “How are you?” เป็นเครื่องมือในการสร้างความสัมพันธ์และการแสดงถึงอำนาจที่เหนือกว่าของแพทย์ สามารถตีความได้ 2 ลักษณะ คือ การถามแบบธรรมเนียมปฏิบัติ และการถามเพื่อสร้างความสัมพันธ์ ส่วนผู้ป่วยสูงอายุจะมีวิธีการตอบตามธรรมเนียมปฏิบัติก่อนว่า “Fine.” “Right.” แล้วจึงใช้กลวิธีต่างๆ เพื่ออธิบายอาการที่แท้จริงต่อเนื่องกันไป แสดงให้เห็นว่า แพทย์มีค่านึงถึงธรรมเนียมปฏิบัติเพื่อการปฏิสัมพันธ์ (phatic communion) ก่อนที่จะนำเข้าสู่การสนทนาในการตรวจรักษาโรคต่อไป

งานวิจัยที่สามเป็นงานของเมย์นาร์ดและฮัดดาค (Maynard and Hudak, 2008) ศึกษา งานวิจัยหัวข้อ “Small talk, high stakes: Interactional disattentiveness in the context of prosocial doctor-patient interaction” ได้ให้ความหมายการพูดสัพเพเหระไว้ว่า การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ ไม่มีความสำคัญ และไม่ก่อให้เกิดความเครียด การพูดสัพเพเหระเป็นเสมือนการ เครื่องมืออำนวยความสะดวกในการเชื่อมโยงปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (phatic communion) ผู้วิจัยเก็บ ข้อมูลจากการตรวจรักษาโรคในคลินิกผ่าตัดกระดูกและกล้ามเนื้อ ประเทศอังกฤษ ลักษณะของการ พูดสัพเพเหระในสถานการณ์การตรวจรักษาโรค ดูเหมือนว่าจะไม่ได้เกิดขึ้นจากความตั้งใจของแพทย์ ในระหว่างการตรวจร่างกาย หรือการสอบถามอาการสำคัญระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แต่แท้จริงแล้ว การพูดสัพเพเหระเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนทนา เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของหรือความวิตกกังวล ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของโรค

งานวิจัยนี้สรุปโครงสร้างของการพูดสัพเพเหระ เป็นขั้นตอนในการสื่อสาร (Three phases in order) ว่ามีโครงสร้าง 3 ส่วน คือ opening (การเริ่มต้นการพูดสัพเพเหระ) medial (การ ดำเนินการสนทนาหรือช่วงกลางของการพูดสัพเพเหระ) และ closing (การปิดหรือการสิ้นสุดการพูด สัพเพเหระ) โครงสร้างในช่วงการเริ่มต้นประกอบด้วยคู้้อยคำ 5 คู้ ดังนี้ การกล่าวขอโทษ-การตอบ รับ (apology-acceptance) การกล่าวชม-การตอบรับ (appreciation-acknowledgment) การ กล่าวเรื่องตลก-การตอบรับ/ไม่รับ (in-group ethnic joking-self deprecating receipt) การกล่าว เรื่องตลกต่อเนื่อง-การตอบรับ/ไม่รับ (pursuit of self deprecation as joking compliment-modesty display) และการถาม How are you-การตอบรับ (how are you-reply) ส่วนใหญ่การ พูดสัพเพเหระจะมีบทบาทในช่วงเริ่มต้นการสนทนา เพื่อทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และ ผู้ป่วย ในช่วงการดำเนินการสนทนาจะปรากฏการพูดสัพเพเหระที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการตรวจร่างกาย เป็นกระบวนการเพื่อลดความเครียดในการสัมผัสร่างกายผู้ป่วย การพูดสัพเพเหระจะเป็นสิ่งที่ทำให้ สถานการณ์ดูเป็นปกติ ส่วนการสิ้นสุดการพูดสัพเพเหระมักจะสิ้นสุดลงโดยไม่มีถ้อยคำบอกกล่าว

เนื่องจากเป็นเรื่องที่แทรกขึ้นมาไม่เกี่ยวกับประเด็นหลัก เมื่อสิ้นสุดคู่สนทนาจะกล่าวถึงประเด็นต่อไปทันที การพูดสัพเพเหระในการตรวจรักษาโรคมึหน้าทีสัมพันธ์กับการพูดประเด็นหลัก(work talk) เนื่องจากทั้งการพูดสัพเพเหระ และการพูดประเด็นหลัก ต่างก็ต้องแทนที่และเติมเต็มให้กันและกัน ทั้งสองส่วนจะต้องดำเนินต่อเนื่องควบคู่กันไป ในสถานการณ์สถานการณ์การตรวจรักษาโรคของแพทย์สามารถแทรกการพูดสัพเพเหระได้ทุกขั้นตอน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร ส่งผลให้การสื่อสารนั้นเข้าสู่ประเด็นสำคัญได้อย่างลื่นไหล

ส่วนงานวิจัยของรีส์(Charlotte E. Rees, 2008) ได้เสนอบทความวิจัยเรื่อง “I should be lucky ha ha ha ha ha’ : The construction of power, identity and gender through laughter within medical workplace learning encounters” งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาการหัวเราะในการปฏิสัมพันธ์เชิงสถาบันระหว่างผู้ป่วย นักศึกษาแพทย์ และอาจารย์แพทย์ผู้ตรวจโดยมีบริบทเฉพาะการทดสอบในการตรวจรักษาโรคของนักศึกษาแพทย์ เก็บข้อมูลจากจาก observation และ interview ใน BTE: BTE ย่อมาจาก bedside teaching encounter อยู่ในสถานการณ์การทดสอบการตรวจอาการผู้ป่วยของนักศึกษาแพทย์ เพื่อฝึกให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบเป็นทางการในบริบทเฉพาะสถานการณ์การสื่อสารระหว่างนักศึกษาแพทย์ ผู้ป่วย และแพทย์ในงานวิจัยของรีส์ปรากฏ 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่หนึ่งเป็นการสื่อสารของบุคคลสองฝ่ายประกอบด้วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับนักศึกษาแพทย์ และการสื่อสารระหว่างแพทย์กับนักศึกษาแพทย์ ส่วนลักษณะที่สองเป็นการสื่อสารของบุคคลสามฝ่ายประกอบด้วยผู้ป่วย นักศึกษาแพทย์ และแพทย์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า สถานการณ์ในบริบท BTE นี้เต็มไปด้วยอำนาจและการพยายามต่อสู้กับอำนาจนั้น

อำนาจที่ไม่สมดุลดังกล่าวเกิดจากแพทย์ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจมากที่สุด ในขณะที่นักศึกษาแพทย์และผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีอำนาจน้อยกว่า แต่เมื่อพิจารณาจากข้อมูลก็พบว่า บางสถานการณ์ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนือกว่านักศึกษา และในบางสถานการณ์ก็พบว่านักศึกษามีความรู้สึกเหนือกว่าผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าวิธีการใช้อารมณ์ขันของแพทย์เป็นได้ทั้งการตอกย้ำอำนาจที่เหนือกว่า และบางครั้งอาจทำให้อำนาจที่มีอยู่นั้นลดน้อยลง หลายครั้งที่ผู้ป่วยและนักศึกษาต่างพยายามใช้วิธีการสร้างอารมณ์ขันเพื่อท้าทายอำนาจที่เหนือกว่า ทั้งๆ ที่แพทย์มีสถานภาพสูงกว่าทุกฝ่าย จากการศึกษาลักษณะของการยั่วล้อทำให้รีส์แบ่งชนิดของการยั่วล้อในสถานการณ์นี้เป็น 1) teasing by fallibility (การยั่วล้อเกี่ยวกับการทำความผิด) 2) teasing by frustration (การยั่วล้อเกี่ยวกับความอึดอัดคับข้องใจ) 3) teasing by cynicism (การยั่วล้อแบบเยาะเย้ย) และ 4) teasing by sexual (การยั่วล้อเกี่ยวกับเรื่องเพศ) หน้าที่สำคัญในการยั่วล้อคือเป็นโครงสร้างของความสัมพันธ์เชิงอัตลักษณ์ เพราะ

การล้อแบบ teasing จะสามารถสร้างอัตลักษณ์ของผู้ที่หัวเราะให้เป็นคนฉลาดและมีปฏิภาณไหวพริบ และยังสามารถแสดงถึงเพศสภาพของผู้หัวเราะและผู้ทำให้เกิดการหัวเราะไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชาย และโดยส่วนใหญ่แพทย์ชายและผู้ป่วยชายจะมีอำนาจตามที่สังคมส่วนใหญ่กำหนดให้ และมักจะเป็นฝ่ายยั่วล้อนักศึกษาหญิง นอกจากนี้เพศชายจะเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ในการเปลี่ยนเรื่องได้อย่างแนบเนียน

นักศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นเป้าหมายของการยั่วล้อ แสดงถึงอำนาจที่มีน้อยกว่าและดูเป็นกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยที่สุด นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สรุปว่าการยั่วล้อระหว่างแพทย์และนักศึกษาจะพบค่อนข้างน้อย อาจเป็นเพราะทั้งสองฝ่ายต่างพยายามหลีกเลี่ยงที่จะทำทายอำนาจระหว่างกัน แต่กับผู้ป่วยไม่เป็นเช่นนั้น หลายสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเป็นผู้ทำทายอำนาจของแพทย์และแสดงถึงอำนาจที่เหนือกว่านักศึกษา ส่วนนักศึกษาเองก็อาจได้ตอบการสนทนาที่ตนตกเป็นเป้าหมายด้วยการหัวเราะหรือไม่หัวเราะก็ได้ แต่มีข้อสังเกตคือการเก็บข้อมูลนี้ไม่ได้เก็บจากภาพเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์การยิ้มของทุกฝ่ายได้ และหากนักศึกษาเลือกที่จะไม่หัวเราะก็อาจเป็นเพราะไม่ต้องการเสียงที่จะเสียหายในการสนทนาอีก

ในบางกรณีที่นักศึกษาพยายามจะล้มล้างอำนาจที่ไม่สมดุลระหว่างแพทย์และนักศึกษา ด้วยการตั้งคำถามทำทายแพทย์ แพทย์ได้แสดงอำนาจในการควบคุมการสนทนาเพื่อให้สิ้นสุดสถานการณ์อารมณ์ขัน โดยการหัวเราะและเปลี่ยนเรื่องให้กลับไปสนทนาเรื่องอาการของผู้ป่วย แสดงถึงอำนาจที่เหนือกว่าอย่างชัดเจน

โครงสร้างของการยั่วล้อพบ 3 รูปแบบ คือ

1. ผู้ป่วยยั่วล้อนักศึกษาโดยตรงบ่อยครั้ง
2. นักศึกษาและแพทย์มีการหัวเราะในบางครั้ง และไม่หัวเราะในบางครั้งซึ่งเป็นการแสดงถึง

ความฉลาดในการสนทนา

3. การหัวเราะในกรอบของการเล่นมักจะถูกหยุดด้วยแพทย์เป็นส่วนใหญ่

ส่วนรูปแบบการแสดงอัตลักษณ์และเพศสภาพพบ 3 ลักษณะ คือ

1. ผู้ร่วมเหตุการณ์ที่ต้องการแสดงอำนาจในการสนทนาจะเป็นฝ่ายเปิดประเด็นในการสร้างอารมณ์ขันด้วยวิธีต่างๆ อย่างชัดเจน
2. Teasing ในกรอบของการเล่น ผู้ร่วมเหตุการณ์แต่ละคนจะมีความรู้สึกที่ตลก ความรู้สึกเหนือกว่า และความรู้สึกด้อยกว่าในสถานการณ์ต่างๆ และบางสถานการณ์ก็ยินยอมให้เกิดการทำทายอำนาจและหน้าของตน

3. teasing by sexual จากผู้ป่วยชายสื่อถึงนักศึกษาหญิง และมีการโต้ตอบด้วยการหัวเราะหรือไม่หัวเราะนั้น เป็นการสร้างอัตลักษณ์ความเป็นผู้หญิงของนักศึกษาหญิงซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นการปฏิเสธ teasing by sexual นั้น แต่ไม่ต้องการโต้ตอบด้วยวัจนภาษาเนื่องจากคำนึงถึงอาการของโรคที่ร้ายแรงและอายุของผู้ป่วย

นอกจากนี้เว่ย(Li Wei, 2009) ได้เสนองานวิจัยหัวข้อ “The effects of the social status of the elderly in Libya on the way they institutionally interact and communicate with younger physicians” โดยพิจารณาปัจจัยด้านอายุเป็นสำคัญ งานวิจัยนี้มุ่งวิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับความอาวุโสในสังคมลิเบีย โดยมีจุดประสงค์เพื่อค้นหาผลกระทบของโครงสร้างสังคมของผู้ป่วยสูงอายุในการสื่อสารกับแพทย์หนุ่ม ๆ ว่ามีการจัดการกับปัญหาระหว่างธรรมเนียมปฏิบัติกับสถานภาพทางสังคมอย่างไร รวมทั้งการศึกษาภูมิหลังเชิงประวัติ สังคม วัฒนธรรม และบทบาททางศาสนา และคุณค่าของผู้สูงอายุในประเทศลิเบีย

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์บทสนทนาพบว่า สถานภาพของแพทย์หนุ่มและลูกชายไม่มีความแตกต่างกันในการรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเป็นญาติพี่น้องมากกว่าแพทย์กับผู้ป่วย ที่สำคัญคืออำนาจและสถานภาพของผู้ป่วยสูงอายุมิมากกว่าแพทย์หนุ่ม เห็นได้จากผู้ป่วยใช้คำสรรพนามกับแพทย์ว่า “son” เพื่อให้อีกฝ่ายตระหนักถึงสถานภาพและบทบาท หากอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องกล่าวถึงเรื่องเพศ แพทย์และผู้ป่วยต่างฝ่ายต่างพยายามเลี่ยงคำที่ไม่สุภาพ(ในวัฒนธรรมนี้) รวมทั้งใช้การอุปถัมภ์แทนการกล่าวเรื่องนั้นตรงๆ

เว่ยพบว่าคำถามที่ทำให้ผู้ป่วยตอบอย่างชัดเจนคือการถามที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมและข้อเท็จจริงจากอาการของโรค ไม่ใช่ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยให้ความสำคัญกับภาชิตโบราณ การอ้างถ้อยคำทางศาสนา และยังเป็นฝ่ายให้คำแนะนำการรักษากับแพทย์ หลายครั้งที่ผู้ป่วยตั้งคำถามเพื่อถามแพทย์ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับอาการของโรค แต่เพื่อเชื่อมโยงปฏิสัมพันธ์ทางสังคมว่าแพทย์เป็นลูกหลานของตระกูลใด เผ่าใดหรือนามสกุลใดทำให้แพทย์จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสถานภาพทางสังคมของผู้ป่วย

ในการรับรู้ของแพทย์ สถานภาพทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุในลิเบียมีผลต่อการใช้ธรรมเนียมปฏิบัติในการปฏิสัมพันธ์การตรวจรักษาโรค เนื่องจากวัฒนธรรมของชาวเบดูอินให้ความสำคัญและยึดติดกับการยอมรับ หากใครได้รับการยอมรับจากคนใดคนหนึ่งในเผ่าก็เท่ากับได้รับการยอมรับจากคน

ทั้งเผ่า สังคมและวัฒนธรรมนี้ให้ความสำคัญกับหน้า(face) มากและเกรงกลัวการถูกนินทามากที่สุด ส่งผลให้แพทย์ต้องระวังในการสนทนากับผู้ป่วย เพราะหากเกิดข้อบกพร่องในการรักษา ผู้ป่วยอาจนำเรื่องข้อบกพร่องนี้ไปกระจายข่าวสู่เผ่าอื่นๆ ได้อย่างรวดเร็ว สถานการณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยสูงอายุกับแพทย์หนุ่มแสดงให้เห็นลักษณะสังคมได้อย่างชัดเจนกว่าสถานการณ์สื่อสารอื่น เนื่องจากมีปัจจัยมาจากการให้คุณค่าของสังคมและวัฒนธรรม สถานภาพในการสื่อสาร และการตระหนักรับรู้ถึงความแตกต่างของสังคม รวมทั้งบทบาทเชิงประวัติศาสตร์ของวัฒนธรรม Wei จึงได้สรุปงานวิจัยของตนว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของอิดะ(Ide, 1992) เรื่องมนุษย์จะมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารขึ้นอยู่กับบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพสังคมที่ตนอาศัยอยู่เสมอ

มอคเชอล่า ราแมน และฮอลเดน (Shobha Mocherla, Usha Raman, and Brien Holden, 2011) ได้เสนอบทความวิจัยหัวข้อ “Clinician-Patient communication in a Glaucoma Clinic in India” ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคต้อหินในตา ประเทศอินเดีย ในขั้นแรกผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดปริจเฉทวิเคราะห์ศึกษาขั้นตอนในการตรวจรักษาโรคต้อหิน พบว่าประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) การทักทาย (Salutation) 2) การสอบถามประวัติการรักษา(History taking) 3) การตรวจตา(Eye examination) 4) การตรวจตาอีกครั้งด้วยแพทย์คนอื่น(Repeat eye examination by more clinicians) และ 6) การกล่าวอำลาเพื่อสิ้นสุดการตรวจรักษา(Greetings to end consultation) และโดยใช้กรอบแนวคิดเรื่องอำนาจและความรู้ในแต่ละขั้นตอนในการตรวจรักษาโรคต้อหิน ผู้วิจัยพบว่า ในการตรวจรักษาโรคต้อหินมีการใช้อำนาจอย่างชัดเจน รวมทั้งการยึดถือระเบียบวินัยในการปฏิบัติตัวของทั้งแพทย์และผู้ป่วย แพทย์ใช้อำนาจผ่านการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยยินยอมปฏิบัติตามในทุกขั้นตอนการตรวจ ส่วนผู้ป่วยจะได้รับสิทธิในการสนทนาเฉพาะการตอบคำถามเท่านั้น จากการวิเคราะห์สถานภาพระหว่างทั้งสองฝ่าย แพทย์จัดระดับของผู้ป่วยให้เป็นเพียงผู้ร่วมสถานการณ์หรือคนแปลกหน้า(deviant) เนื่องจากแพทย์ต้องเป็นฝ่ายให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและวิธีดูแลรักษาโรคต้อหิน ในขณะที่ผู้ป่วยจะต้องทำความเข้าใจความรู้ที่แพทย์แนะนำ และผู้วิจัยได้เสนอแนะในสถานการณ์นี้ว่า แพทย์ควรมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยให้เหมาะสม เพราะการปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจะทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้น

บอนนิน (Juan Eduardo Bonnin, 2013) เสนองานวิจัยหัวข้อ “The public, the private and the intimate in doctor-patient communication: Admission interviews at an outpatient mental health care service” มีจุดประสงค์เพื่อวิเคราะห์การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยเฉพาะการสนทนาในแผนกผู้ป่วยนอก นักจิตวิทยาเป็นหนึ่งในกระบวนการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล(Mental Health Care) ประเทศอาเจนตินา เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ 72 ครั้ง และการบันทึกเสียงการตรวจสภาพทางจิตใจระหว่างนักจิตวิทยาและผู้ป่วย ทั้งหมด 41 ครั้ง (579 นาที) ช่วงปี ค.ศ. 2012 ผู้วิจัยได้สังเกตพบระดับในการปฏิสัมพันธ์ 3 ระดับ คือ ระดับสาธารณะหรือทางการ(the public) ระดับส่วนตัว(the private) และระดับใกล้ชิด(the intimate) ระดับสาธารณะเป็นระดับเริ่มต้นในการปฏิสัมพันธ์ เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยถูกเรียกให้สัมภาษณ์ภายในห้องให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นการสื่อสารสองทางต่อกัน การสนทนาดังนี้เปิดโอกาสให้ฝ่ายหนึ่งมีอิทธิพลเหนืออีกฝ่ายหนึ่งมากกว่าระดับอื่น เพราะผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายรักษาของเขตของความเป็นส่วนตัวรวมทั้งระดับการปฏิสัมพันธ์ให้เป็นทางการไว้ตลอดการสนทนานั้น เช่น

(PC : psychologist, A : patient)

PC: Good morning, madam; how are you?

(rises gaze from papers and makes eye contact)

A: fine, thanks

(looks alternatively at the three other participants while sitting)

PC: well, these age colleagues, this is a first orientation interview

(leaning forward, looking to A)

A: yes

(looks at the researcher, who is taking notes)

ความสัมพันธ์ระดับนี้ นักจิตวิทยามีบทบาทหลักในการสนทนา และจะเป็นฝ่ายที่พยายามสร้างความสัมพันธ์ในทุกคำถาม เพื่อรวบรวมรายละเอียดจากถ้อยคำและท่าทางของผู้ป่วยให้มากที่สุด แต่ผู้ป่วยกลับเป็นฝ่ายรักษาระดับความห่างไว้ด้วยการตอบสั้นๆ คำถามส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในการปฏิสัมพันธ์ระดับนี้คือ ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน อายุ เพศ หรืออื่นๆ การสนทนา

ระหว่างนักจิตวิทยาและผู้ป่วยในระดับนี้จะคล้ายกับผู้เชี่ยวชาญพูดคุยกับผู้ร่วมงานที่เป็นฝ่ายปฏิบัติงาน

ระดับที่ 2 คือระดับส่วนตัวเป็นความสัมพันธ์ที่พยายามสร้างให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน โดยนำเรื่องส่วนตัวบางเรื่องมาเป็นประเด็นในการสนทนา ผู้ป่วยจะเปิดโอกาสให้นักจิตวิทยารับรู้ความรู้สึก ความคาดหวัง หรือความกังวลใจ เพราะเชื่อว่าอีกฝ่ายจะสามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ ระดับความสัมพันธ์นี้มีข้อดีที่สามารถรวบรวมข้อมูลสำคัญที่จะช่วยให้การวินิจฉัยชัดเจนขึ้น ประเด็นหลักในการสนทนาระดับนี้พบว่า เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา เพื่อให้ นักจิตวิทยาสามารถวินิจฉัยอาการป่วยได้ในระดับหนึ่ง เช่น

PC: well, tell me your marital status. The real one, right?

A: divorced

(sad smile, makes eye contact with PC)

PC: divorced, then?

A: no, no; the thing is I wanted to divorce my husband but he does not want to leave

จะเห็นได้ว่าการสนทนาระดับนี้ เป็นข้อมูลในเชิงลึกที่จะทำให้นักจิตวิทยาเข้าใจบริบทของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวบางประการที่อยู่ในใจให้อีกฝ่ายหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจเบื้องต้นแล้วว่า การสนทนาในบริบทนี้ เป็นหนึ่งในวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่บางสถานการณ์อาจไม่จำเป็นต้องสร้างระดับความสัมพันธ์ระดับนี้ หากนักจิตวิทยาพบว่าข้อมูลในบันทึกการรักษามีความชัดเจนเพียงพออยู่แล้ว

และระดับที่ 3 คือระดับใกล้ชิด เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดขึ้นยากที่สุด เพราะต้องอาศัยอารมณ์ความรู้สึกซึ่งยากต่อการควบคุม บางครั้งผู้ป่วยอาจร้องไห้หรือมีเสียงโทนต่ำจากความเสียใจ อาจกำลังโกรธอาการป่วยของตนเองและผลการวินิจฉัยโรค นักจิตวิทยาจึงต้องพยายามควบคุมโทนเสียงและจำกัดบริบทของการสื่อสารให้อยู่ในสถานะที่เหมาะสม ซึ่งระดับความสัมพันธ์นี้จะก่อให้เกิดความใกล้ชิดกันระหว่างผู้ป่วยและนักจิตวิทยา มากกว่าความสัมพันธ์อื่นๆ เช่น

PC: did you follow any treatment?



A: no no no (inaudible)

PC: didn't you have this thing you told me?

A: (inaudible)

PC: what did you take since sixteen years old?

A: . marijuana

(crying)

PC: right

A: (inaudible)

PC: (inaudible)

จุดเด่นของข้อมูลจากผู้ป่วยในการปฏิสัมพันธ์ระดับนี้ คือการแสดงอารมณ์ความรู้สึกมากกว่า การปฏิสัมพันธ์ระดับอื่น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะร้องไห้และใช้น้ำเสียงโทนต่ำในการสนทนา บาง สถานการณ์ผู้ป่วยอาจใช้เรื่องเล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต

ข้อมูลที่ได้รับจากการปฏิสัมพันธ์จากความสัมพันธ์ระดับสาธารณสุขเป็นเพียงข้อมูลภายนอก เช่น เพศ สถานภาพการสมรส หรืออื่นๆ ส่วนข้อมูลที่ได้รับจากความสัมพันธ์ระดับส่วนตัว ผู้ป่วยจะ เล่าประวัติและแสดงความคาดหวังว่าข้อมูลที่แจ้งนั้น นักจิตวิทยาจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาของ ตนเองได้ และข้อมูลที่ได้จากระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดมักจะมีอารมณ์ความรู้สึกแทรกอยู่ในขณะที่ ผู้ป่วยกำลังเล่าเรื่อง นักจิตวิทยาจึงต้องพยายามแยกระหว่างข้อมูลหรือข้อเท็จจริงกับความรู้สึกของ ผู้ป่วย จึงจะสามารถดำเนินการวินิจฉัยเบื้องต้นได้

งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ในการสนทนาทั้งหมดนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในสังคมประเทศต่างๆ แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสาร ระหว่างบุคคลขึ้นอยู่กับสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละแห่งเป็นตัวกำหนด หลายสังคมแพทย์มี สถานภาพสูงกว่าผู้ป่วยอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น งานวิจัยสถานการณ์การตรวจรักษาโรคต่อหินใน ประเทศอินเดีย แต่ในอีกสังคมผู้ป่วยกลับมีสถานภาพสูงกว่าแพทย์ เช่น งานวิจัยการปฏิสัมพันธ์ ระหว่างอายุรแพทย์และผู้ป่วยสูงอายุในประเทศลิเบีย หรือการพูดสัพเพเหระได้แสดงให้เห็นถึง ความสำคัญในการปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ งานวิจัยกลุ่มนี้เป็น

แนวทางที่จะทำให้ผู้วิจัยได้พิจารณาวิเคราะห์ปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นให้ชัดเจนต่อไป

จากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ผู้วิจัยมีความสนใจพบว่า นักวิจัยทางภาษาจากทั่วโลกทั้งสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส สวีเดน ฟินแลนด์ เดนมาร์ก นิวซีแลนด์ อินเดีย หรือแม้แต่ประเทศไทย ที่ศึกษาเปรียบเทียบการสนทนาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ได้ใช้กรอบแนวคิดทั้งในด้านปริจเฉทวิเคราะห์เพื่อศึกษาโครงสร้างและองค์ประกอบในภาพรวมของการสนทนา กรอบแนวคิดด้านสนทนาวิเคราะห์ที่เน้นเรื่องจุดประสงค์และหน้าที่ของการสื่อสารเพื่อวิเคราะห์กลวิธีการสนทนา รวมทั้งกรอบแนวคิดด้านอำนาจ สถานภาพ อายุ บริบททางสังคม เพื่อศึกษาการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอย่างหลากหลาย แสดงให้เห็นถึงแนวคิดทฤษฎีที่เป็นสากล ไม่ว่านักวิจัยชาติใดก็สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทสังคมของตนเองได้ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยที่ยกตัวอย่างมาแล้วข้างต้น

ดังนั้น จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า กรอบแนวคิดทฤษฎีที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แนวคิดปริจเฉทวิเคราะห์ของชิฟฟริน(Schiffirin, 1987, 1994) แนวคิดสนทนาวิเคราะห์ของแซคส์ เซคโลฟฟ์ และเจฟเฟอร์สัน(Sacks, Schegloff, and Jefferson, 1974) เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบและโครงสร้างการสนทนา แนวคิดวัจนกรรมของเซอร์ล(Searle, 1975) เพื่อศึกษากลวิธีการสนทนาของจิตแพทย์ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย แนวคิดเรื่องการปฏิสัมพันธ์เชิงสถาบัน การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และแนวคิดการจัดการความสัมพันธ์(Spencer-Oatey, 2002) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก ในประเด็นเรื่องสถานภาพ เพศ อายุ และอาการของผู้ป่วย ทำให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างการสนทนา กลวิธีการสนทนา และปัจจัยในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ซึ่งอาจนำไปสู่การร่วมมือกันระหว่างนักภาษาศาสตร์ จิตแพทย์ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย เพื่อช่วยให้การตรวจวินิจฉัยสามารถดำเนินไปได้อย่างถูกต้องรวดเร็วมากยิ่งขึ้นต่อไป

### บทที่ 3

## โครงสร้างการสนทนาในประเภทการตรวจรักษาทางจิตเวชเบื้องต้น ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล

การศึกษาประเภทการตรวจรักษาทางจิตเวชระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของฮาร์วีย์ แซคส์ เอ็มมานูเอล เชกลอฟฟ์ และเกิล เจฟเฟอร์สัน (Harvey Sack, Emmanuel Schegloff, and Gail Jefferson, 1974 อ้างถึงใน กฤษดาวรรณ หงส์ดารมภ์และธีรานุช โชคสุวณิช, 2551) เกี่ยวกับระบบการเปลี่ยนผลัดการพูด (Turn-taking) คู่ถ้อยคำหรือคู่วัจนกรรม (Adjacency pairs) การเกริ่นนำหรือการเปิดเรื่อง (Pre-sequences) การพูดซ้อนเหลื่อม (Overlapping talk) สิทธิการสนทนา (Floor) การแทรกถ้อยคำที่ไม่เกี่ยวข้องกันกับหัวข้อการสนทนา (Insertion sequences) การปรับแก้ (Repair) การกล่าวถ้อยคำที่พึงประสงค์/ไม่พึงประสงค์ (Preference/dispreference) การเริ่มต้นการสนทนาและการสิ้นสุดการสนทนา (Initiation and closing topic) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อศึกษาบทสนทนาในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในงานวิจัยนี้

ก่อนที่จะวิเคราะห์ประเด็นโครงสร้างการสนทนา ผู้วิจัยได้พิจารณาสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง พบว่า การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเป็นสถานการณ์การสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากสถานการณ์การสื่อสารทั่วไปในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยจึงนำแนวคิด SPEAKING ตามทฤษฎีทางชาติพันธุ์วรรณนาแห่งการสื่อสาร (Dell Hymes, 1962, 1964) มาวิเคราะห์บริบทการสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะนี้ เพื่อให้เข้าใจภาพรวมของสถานการณ์การสื่อสารก่อนจะนำไปสู่การวิเคราะห์โครงสร้างบทสนทนาต่อไป

แนวคิดของไฮม์ (Hymes, 1972 อ้างใน อมรา ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2541:181-184) เป็นกรอบที่ใช้วิเคราะห์บริบทแวดล้อมตามแนวชาติพันธุ์วรรณนาแห่งการสื่อสาร ซึ่งมีกรอบที่เรียงเรียงได้เป็นคำว่า SPEAKING โดยมีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

S ย่อมาจาก Setting หรือ Scene(ฉากหรือกาลเทศะ) หมายถึง สถานที่และเวลาที่เกิดเหตุการณ์การสื่อสารนั้น ถือเป็นปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ ว่าเหตุการณ์การสื่อสารนั้นเกิดขึ้นที่ไหนเมื่อไร

P ย่อมาจาก Participants(ผู้ร่วมเหตุการณ์) หมายถึง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสื่อสารนั้น ซึ่งได้แก่ผู้พูด – ผู้ฟัง ผู้ส่งสาร – ผู้รับสาร ในบางครั้งอาจนับรวมผู้อื่นที่อยู่ในสถานที่ที่เกิดเหตุการณ์การสื่อสารด้วยในกรณีที่บุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อสถานการณ์การสื่อสารที่กำลังดำเนินอยู่ ไม่ว่าจะเป็นโดยทางตรงหรือทางอ้อม

E ย่อมาจาก Ends(จุดมุ่งหมาย) หมายถึง วัตถุประสงค์ที่ผู้ร่วมเหตุการณ์ตั้งไว้ใน การสื่อสารแต่ละครั้ง กล่าวได้ว่าเป็นเป้าหมายประสงค์ของผู้ร่วมเหตุการณ์การสื่อสารในครั้งนั้นๆ ว่าต้องการให้เกิดสิ่งใดขึ้น

A ย่อมาจาก Act sequence(การลำดับวัจนกรรม) หมายถึง การลำดับวัจนกรรมในการสื่อสารว่าใช้วัจนกรรมใดในการขึ้นต้น ดำเนินการสื่อสาร และปิดท้ายการสื่อสารนั้นๆ

K ย่อมาจาก Key(กุญแจ) หมายถึง น้ำเสียงหรือท่วงทำนองในการสื่อสารอันเป็นกุญแจไปสู่ความเข้าใจความหมายที่ชัดเจนยิ่งขึ้นของสารที่ผู้ส่งสารต้องการสื่อ น้ำเสียงหรือท่วงทำนองอาจเป็นไปในลักษณะจริงจัง หรือเป็นแบบเป็นกันเอง ถ้อยทีถ้อยอาศัย มีการหยอกล้อกันอย่างสนิทสนม หรือเป็นการเสียดสี เหน็บแนม เป็นต้น

I ย่อมาจาก Instrumentalities(เครื่องมือ) หมายถึง วิธีการในการสื่อสาร เช่น การพูดปากเปล่า การใช้เครื่องมือสื่อสารแบบต่างๆ เช่น โทรศัพท์ โทรเลข นอกจากนี้ยังรวมถึงลักษณะภาษาที่ใช้ การเลือกใช้ถ้อยคำ การใช้ความเปรียบ การใช้ภาษาถิ่น รวมถึงการสลับภาษา หรือการใช้วัจนภาษาเพื่อสื่อความหมายในลักษณะต่างๆ เช่น อากัปกริยาท่าทาง การหัวเราะ การขยิบตา การแสดงสีหน้า การใช้ระดับเสียงที่ต่างกัน เหล่านี้เป็นต้น

N ย่อมาจาก Norm of Interaction & Interpretation(บรรทัดฐานของปฏิสัมพันธ์และการตีความ) หมายถึง ข้อตกลงอันเป็นที่ทราบและยอมรับกันเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ร่วมเหตุการณ์ระหว่างการสื่อสาร และข้อตกลงเกี่ยวกับการตีความหมายของสารที่สื่อในเหตุการณ์แบบต่างๆ ซึ่งในแต่ละวัจนกรรม หรือเหตุการณ์การสื่อสารอาจแตกต่างกัน

G ย่อมาจาก Genre(ประเภทของการสื่อสาร) หมายถึง ประเภทของปริจเฉท เช่น การสวด การหาเสียง การปลุกกระดม การบรรยาย การแสดงความคิดเห็น หรือการสัมภาษณ์

### 3.1 บริบทในการตรวจรักษาทางจิตเวชโดยใช้แนวคิด SPEAKING

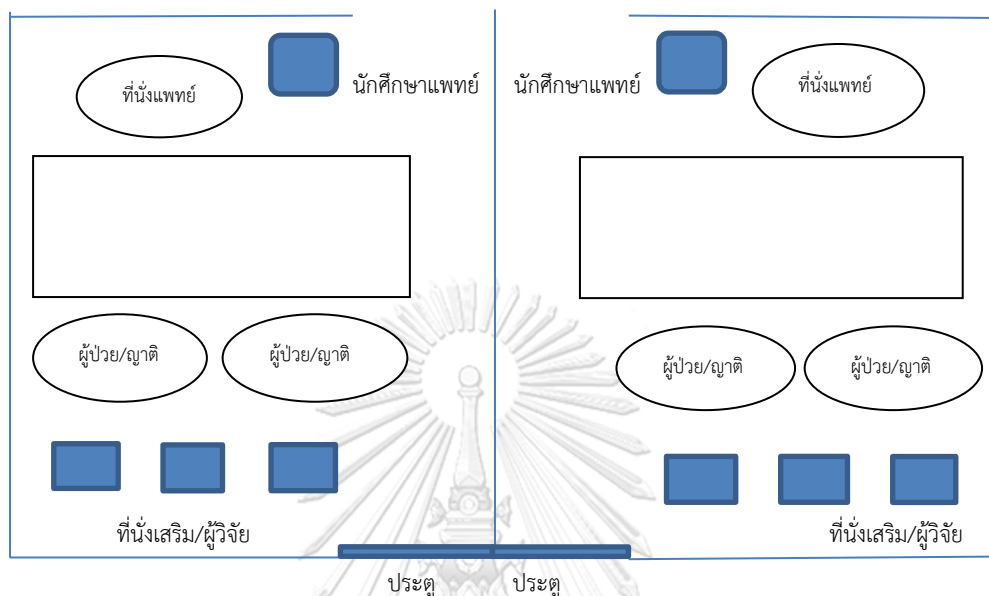
จากการเก็บข้อมูลวิจัยในโรงพยาบาลที่ตรวจรักษาโรคทางจิตเวชทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค รวมทั้งสิ้น 5 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์(จังหวัดสุราษฎร์ธานี) โรงพยาบาลลำสนธิ(จังหวัดลพบุรี) และโรงพยาบาลศรีธัญญา(จังหวัดนนทบุรี) ผู้วิจัยพบว่า สถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นของแต่ละสถานที่มีความแตกต่างกันตามบริบท จึงได้วิเคราะห์บริบทตามแนวคิด SPEAKING ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งโดยวิเคราะห์ไม่เรียงลำดับเวลาในการเก็บข้อมูลหรือสถานที่ใดๆ เพื่อให้มองเห็นความแตกต่างและรายละเอียดสำคัญที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์โครงสร้างการสนทนา ในสถานการณ์นี้ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

#### 3.1.1 Setting หรือ Scene(ฉากหรือกาลเทศะ)

##### โรงพยาบาลแห่งที่ 1

สถานที่เก็บข้อมูลวิจัยและการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในโรงพยาบาลแห่งที่ 1 คือ ด้านหน้าห้องตรวจและภายในห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลออกแบบสถานที่ให้มีห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกประมาณ 30 ห้อง ผู้ป่วยแต่ละคนจะถูกเรียกเข้าไปพบจิตแพทย์ที่ละคนตามลำดับการยื่นบัตรหรือการนัดหมายของจิตแพทย์ ประตูหน้าห้องตรวจจะปิดไว้ตลอดระยะเวลาในการตรวจเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวที่ปิดประตูห้องตรวจรักษาไว้อย่างมิดชิด เนื่องจากจิตแพทย์ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งนี้ต้องการความเป็นส่วนตัวสูง และจะเปิดอีกครั้งเมื่อจิตแพทย์สิ้นสุดการตรวจรักษาในแต่ละครั้งเพื่อเปิดรับผู้ป่วยลำดับต่อไป การปิดประตูไว้ตลอดระยะเวลาในการตรวจรักษาน่าจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยไม่ต้องกังวลว่าบุคคลภายนอกจะรับรู้เรื่องราวของตน ส่วนด้านหลังห้องตรวจเป็นพื้นที่เปิดเชื่อมถึงกันระหว่างห้องตรวจแต่ละห้อง ภายในห้องมีโต๊ะทำงานคั่นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยทำให้เป็นการสื่อสารแบบเผชิญหน้าชัดเจน บนโต๊ะทำงานจะมีอุปกรณ์ แฟ้มประวัติผู้ป่วย เครื่องคอมพิวเตอร์ซึ่งช่วยให้จิตแพทย์มีข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วย และกล่องกระดาษทิชชูซึ่งมีไว้สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยที่ร้องไห้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตแสดงถึงการให้ความสำคัญกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย แก้อ้อสำหรับผู้ป่วย 2 ตัว แก้อ้อสำหรับญาติผู้ป่วย 3 ตัวแสดงถึงตำแหน่งของญาติผู้ป่วยที่มีความสำคัญต่อการสื่อสาร ญาติผู้ป่วยบางรายอาจเข้ามาในห้องตรวจหลายคนเพื่อให้ข้อมูล แก้อ้อ

สำหรับนักศึกษาแพทย์หรือผู้สังเกตการณ์ 1 ตัวแสดงให้เห็นว่านอกจากจิตแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติแล้วยังมีนักศึกษาแพทย์สังเกตการณ์ภายในห้องตรวจอยู่เป็นประจำ การสื่อสารจึงไม่ได้จำเพาะเจาะจงอยู่เพียงจิตแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติเท่านั้น แต่กลับรวมถึงจิตแพทย์และนักศึกษาแพทย์ด้วย



แผนภาพที่ 2 ภาพห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งที่ 1

บรรยากาศหน้าห้องตรวจรักษามีผู้ป่วยรอคิวจำนวนมาก พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำหน้าห้องตรวจแต่ละห้องจะเป็นคนที่เรียงทะเบียนประวัติผู้ป่วยและเรียกผู้ป่วยตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องและนัดหมายล่วงหน้า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลใช้เครื่องขยายเสียงประกาศข้อมูลตลอดเวลาทำให้เสียงประกาศได้ยินทั่วทั้งชั้นล่างบริเวณตึกผู้ป่วยนอกและภายในห้องตรวจ จึงอาจเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ต้องปิดประตูหน้าห้องตรวจรักษาตลอดเวลาเพื่อป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอก แต่สาเหตุที่สำคัญในการปิดประตูห้องตรวจไว้ตลอดเวลา คือ ความพยายามทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนตัวในการตรวจรักษาให้มากที่สุด

ช่วงเวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกตามปกติของโรงพยาบาลจะเริ่มตั้งแต่ 9.00-12.00 น. และ 13.00-16.00 น. ในช่วงเวลา 8.00-9.00 น. จิตแพทย์หลายคนใช้เวลานั้นเพื่อติดตามอาการและตรวจผู้ป่วยในที่รักษาตัวอยู่ภายในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับกับจิตแพทย์ผู้อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลแห่งที่ 1 เริ่มต้นการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกตั้งแต่เวลา 9.00 น. ไปจนถึงผู้ป่วยคนสุดท้ายที่นัดหมายไว้โดยไม่หยุดพักช่วงกลางวัน เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมากและจิตแพทย์จะมีตารางเวรตรวจรักษาเฉพาะวันจันทร์และอังคาร จิตแพทย์จะยุติการรักษาในเวลาประมาณ 14.00-15.00 น.

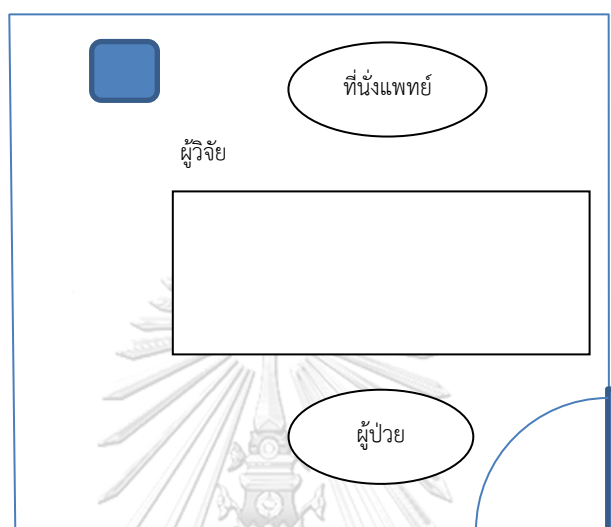
หรือจนกว่าลำดับของผู้ป่วยนอกที่นัดหมายไว้จะสิ้นสุดลง ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตแพทย์จะสับเปลี่ยนตามตารางเวรในแต่ละวัน จิตแพทย์หนึ่งคนจะตรวจรักษาผู้ป่วยประมาณ 5-10 นาทีต่อผู้ป่วยหนึ่งคน แต่อาจจะมีบางสถานการณ์ที่จิตแพทย์ต้องใช้ระยะเวลาในการตรวจรักษามากเกินกว่าเวลาโดยเฉลี่ย เนื่องจากเป็นกรณีฉุกเฉินหรือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องปรับยาหรือปรับเปลี่ยนการรักษาซึ่งจะอยู่ในดุลพินิจของจิตแพทย์

## โรงพยาบาลแห่งที่ 2

โรงพยาบาลแห่งที่ 2 เป็นโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ตั้งอยู่ในต่างจังหวัดห่างจากตัวเมืองประมาณหนึ่งร้อยกิโลเมตร จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลอธิบายว่า เดิมเป็นโรงพยาบาลที่ไม่มีแผนกจิตเวชและเป็นเพียงศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชไปยังส่วนกลาง ต่อมาผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้เล็งเห็นว่า อาณาเขตอำเภอที่ตั้งโรงพยาบาลเป็นพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัด และยังเป็นอำเภอที่ห่างจากอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรีมากกว่าหนึ่งร้อยกิโลเมตร ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในอำเภอและจังหวัดใกล้เคียงประสบความยากลำบากในการเดินทางเข้าไปรักษาในกรุงเทพมหานครหรือในเขตตัวจังหวัด จึงได้จัดตั้งคลินิกจิตเวชขึ้นภายในโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย โดยเชิญจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์จากกรมสุขภาพจิตมาตรวจรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-2 วันทำการ ตั้งแต่เวลา 9.00-12.00 น. ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยจำนวนมากจากต่างอำเภอและจังหวัดใกล้เคียงเดินทางมาเพื่อเข้ารับการรักษา โดยเฉลี่ยครั้งละประมาณ 70-80 ราย การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในโรงพยาบาลแห่งนี้จะดำเนินไปด้วยความรวดเร็วเนื่องจากจิตแพทย์จะมีเวลาในการตรวจรักษาเพียงหนึ่งวันในหนึ่งเดือน ระยะเวลาในการตรวจจึงไม่เกินคนละ 5-10 นาที จึงทำให้จิตแพทย์ต้องจับประเด็นและวินิจฉัยอาการของโรคอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยหรือญาติต้องตอบคำถามให้ชัดเจนและตรงประเด็นเพื่อให้ระยะเวลาในการตรวจรักษาน้อยที่สุดแต่มีประสิทธิภาพสูงสุด

โรงพยาบาลจัดห้องตรวจรักษาโรคทางจิตเวช 1 ห้องเพราะมีจิตแพทย์ในการตรวจรักษาเพียง 1 คน ผู้ป่วยแต่ละคนจะถูกเรียกเข้าไปพบจิตแพทย์ทีละคนตามลำดับการยื่นบัตรหรือการนัดหมาย ภายในห้องตรวจจะเปิดประตูห้องไว้ตลอดระยะเวลาการตรวจ เนื่องจากห้องตรวจมีขนาดค่อนข้างเล็ก หากเปิดปิดห้องบ่อยครั้งจะไม่สะดวกสำหรับผู้ป่วยที่นั่งรอด้านหน้าและภายในห้องตรวจซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่มีความเป็นส่วนตัวเช่นเดียวกับกับโรงพยาบาลแห่งที่ 1 ภายในห้องตรวจมีโต๊ะสำนักงาน คั่นกลางระหว่างผู้ป่วยกับจิตแพทย์ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบเผชิญหน้าชัดเจน เครื่องคอมพิวเตอร์และเก้าอี้ของจิตแพทย์ มีเก้าอี้สำหรับผู้ป่วย 1 ตัว เก้าอี้สำหรับผู้สังเกตการณ์ 1 ตัว ไม่พบเก้าอี้สำหรับ

ญาติแต่ในสถานการณ์ที่มีญาติต้องการเข้าร่วมฟังผลการตรวจรักษา ญาติจะเป็นฝ่ายยืนอยู่ข้างผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าหากจิตแพทย์ไม่เรียกญาติไม่จำเป็นต้องเข้าพบจิตแพทย์ และหากเรียกพบจิตแพทย์จะใช้เวลาในการสื่อสารกับญาติไม่นานนัก เพราะเวลาและจำนวนของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ต้องใช้เวลาในการตรวจรักษาให้น้อยที่สุด



แผนภาพที่ 3 ภาพห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งที่ 2

บรรยากาศหน้าห้องตรวจรักษามีผู้ป่วยรอคิวจำนวนมาก พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำหน้าห้องตรวจจะเป็นคนเรียงทะเบียนประวัติผู้ป่วย และเรียกเข้าห้องตรวจตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประจำหรือผู้ป่วยต่อเนื่องที่ได้รับการนัดหมายล่วงหน้า ในช่วงที่ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลได้มีโอกาสพบผู้ป่วยใหม่เพียง 2-3 รายเท่านั้น

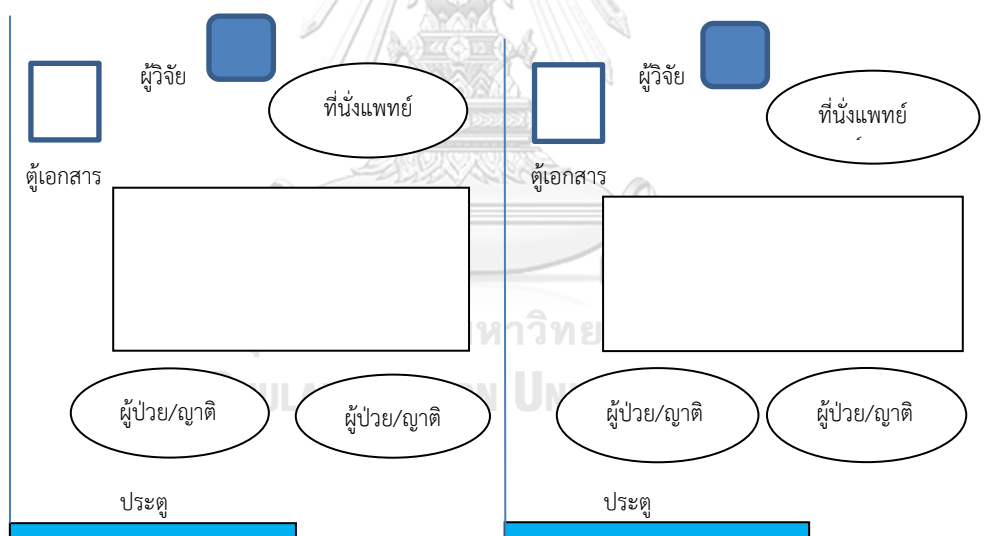
ช่วงเวลาในการตรวจรักษาตามปกติเริ่มตั้งแต่ 9.00 และหยุดพักกลางวันในเวลา 12.00 น. หากยังมีผู้ป่วยรอรับบริการจะเริ่มต้นอีกครั้งในเวลา 13.00 น. การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชจะสิ้นสุดลงหากไม่มีผู้ป่วยเพิ่มเติมหรือคั่งค้างจากช่วงเช้า และจิตแพทย์จะเดินทางกลับ ในกรณีของผู้ป่วยเก่าหรือผู้ป่วยต่อเนื่องที่อาการคงที่ จิตแพทย์จะใช้เวลาตรวจรักษาผู้ป่วยประมาณ 3-5 นาทีต่อผู้ป่วยหนึ่งคนเพื่อสั่งยาเดิม แต่กรณีผู้ป่วยมีอาการไม่ตอบสนองกับยาเดิม จิตแพทย์จะปรับตัวยาให้ใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยทดลองใช้ยาซึ่งผลการตอบสนองกับยาจะใช้เวลานานขึ้น บางสถานการณ์ที่จิตแพทย์ต้องใช้ระยะเวลาในการตรวจรักษามากเกินกว่าเวลาโดยเฉลี่ยส่วนใหญ่เป็นกรณีผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยมีข้อมูลใดๆ อยู่ในระบบ จำเป็นต้องสอบถามรายละเอียดมากกว่าผู้ป่วยเก่าซึ่งการใช้ระยะเวลาการตรวจรักษาจะอยู่ในดุลพินิจของจิตแพทย์ เนื่องจากการตรวจรักษาในคลินิกพิเศษลักษณะนี้ไม่ต้องกังวลถึง



ระยะเวลาตามมาตรฐานที่โรงพยาบาลต้องตรวจประเมินเช่นเดียวกับกับโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ แต่ต้องคำนึงถึงจำนวนผู้ป่วยและเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัดภายใน 1 วัน

### โรงพยาบาลแห่งที่ 3

สถานที่เกิดเหตุการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวช คือ ห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งที่ 3 ซึ่งได้มีการจัดเป็นห้องตรวจ 4-5 ห้องตามจำนวนแพทย์เวรในแต่ละวัน ผู้ป่วยแต่ละรายจะถูกเรียกเข้าไปพบจิตแพทย์ทีละคนตามลำดับการยื่นบัตรหรือการนัดหมายตามตารางเวรของจิตแพทย์ ภายในห้องตรวจจะปิดประตูห้องไว้ตลอดเวลา มีฉากกั้นระหว่างห้องประมาณสองเมตร ด้านหลังเป็นส่วนที่เปิดเชื่อมถึงกันระหว่างห้องตรวจแต่ละห้อง ภายในห้องมีโต๊ะสำนักงาน เครื่องคอมพิวเตอร์และเก้าอี้ของแพทย์ มีเก้าอี้สำนักงานสำหรับผู้ป่วย 2 ตัว โต๊ะทำงานของจิตแพทย์ คั่นกลางระหว่างผู้ป่วยกับจิตแพทย์ ส่วนผู้สังเกตการณ์อยู่บริเวณหลังห้องเยื้องกับจิตแพทย์ไปเล็กน้อย ลักษณะของห้องตรวจรักษาจะคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลแห่งที่ 1



แผนภาพที่ 4 ภาพห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งที่ 3

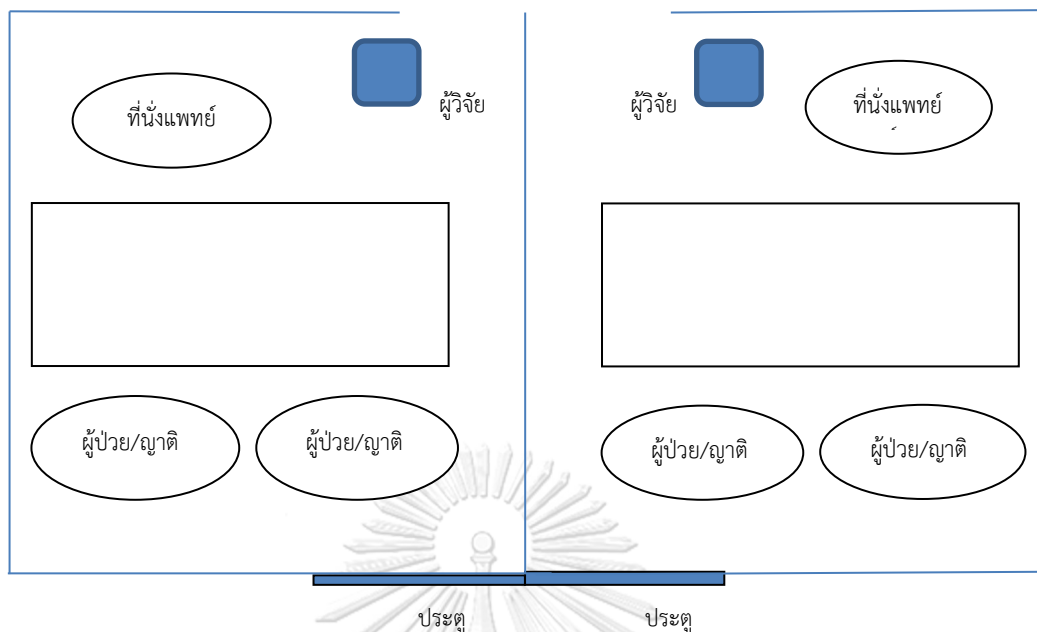
บรรยากาศของการตรวจรักษาค่อนข้างวุ่นวายเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยรอคิวในช่วงเช้าประมาณ 100-200 คน ทำให้บริเวณโถงหน้าห้องตรวจผู้ป่วยนอกค่อนข้างพลุกพล่านและเสียงดังพอสมควร แต่เจ้าหน้าที่ได้พยายามจัดระเบียบให้ผู้ป่วยนั่งตามลำดับก่อนเข้าห้องตรวจด้วยการอธิบายขั้นตอนในการนำเอกสารนำส่งจิตแพทย์ในห้องตรวจ และคาดคะเนลำดับของผู้ป่วยให้ทราบว่

ลำดับใดจะได้รับการเรียกเข้าตรวจในช่วงเวลาประมาณใด จึงทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องตั้งใจฟังคำอธิบายและรอการเรียกชื่อเข้าตรวจ

ช่วงเวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกแบ่งเป็นสองช่วงเวลาเริ่มต้นช่วงเช้าประมาณ 9.00-12.00 น. และเริ่มช่วงบ่ายในเวลา 13.00-16.00 น. ในช่วงบ่ายจิตแพทย์จะมีจำนวนน้อยกว่าช่วงเช้า เนื่องจากผู้ป่วยในช่วงบ่ายมีน้อยกว่าช่วงเช้ามก จิตแพทย์จะใช้เวลาตรวจรักษาผู้ป่วยเก่าหรือต่อเนื่องประมาณ 3-10 นาทีต่อผู้ป่วยหนึ่งคน แต่หากเป็นผู้ป่วยใหม่จะใช้เวลาในการตรวจรักษาประมาณ 10 นาทีหรือมากกว่าขึ้นอยู่กับอาการของโรค และอาจจะมีบางสถานการณ์ที่จิตแพทย์ต้องใช้ระยะเวลาในการตรวจรักษามากเกินเวลาโดยเฉลี่ยไปมากกว่าปกติ นอกจากนี้ภายในห้องตรวจยังมีกริ่งให้สัญญาณเพื่อเรียกเจ้าหน้าที่หน้าห้องเข้าไปในกรณีฉุกเฉินและจิตแพทย์ไม่สามารถออกจากห้องตรวจได้ เพื่อเป็นการสื่อสารในภาวะเร่งด่วนหรือเหตุฉุกเฉินกับเจ้าหน้าที่นอกห้องตรวจ ห้องตรวจรักษาโรคค่อนข้างแคบและผนังกันระหว่างห้องค่อนข้างต่ำทำให้ได้ยินเสียงระหว่างกันได้อย่างชัดเจน ซึ่งอาจเป็นการรบกวนการสื่อสารระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยที่พูดเสียงเบาอาจต้องพูดเสียงดังขึ้น การประกาศประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานทะเบียนประวัติอาจเป็นอุปสรรคทำให้การสื่อสารระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยติดขัดได้ในบางครั้ง

#### โรงพยาบาลแห่งที่ 4

โรงพยาบาลแห่งที่ 4 ได้มีการออกแบบโถงชั้นที่ 1 เป็นห้องตรวจตั้งแต่ห้องตรวจหมายเลขที่ 5 ถึงห้องตรวจหมายเลขที่ 18 รวมทั้งหมด 13 ห้อง ภายในห้องตรวจจะเปิดประตูห้องไว้ตลอดเวลา แตกต่างจากโรงพยาบาลแห่งที่ 1 และแห่งที่ 3 มีฉากผนังกันระหว่างห้องสูงประมาณสองเมตร ด้านหลังเป็นส่วนที่เปิดเชื่อมถึงกันระหว่างห้องตรวจแต่ละห้อง ภายในห้องมีโต๊ะสำนักงานของจิตแพทย์คั่นกลางระหว่างผู้ป่วยกับจิตแพทย์แสดงถึงการสื่อสารแบบเผชิญหน้าเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแห่งอื่น มีเก้าอี้สำนักงานสำหรับผู้ป่วยหรือญาติ 2 ตัว ส่วนผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้สังเกตการณ์นั่งอยู่บริเวณหลังห้องเยื้องกับที่นั่งของจิตแพทย์ไปเล็กน้อย บริบทแวดล้อมห้องตรวจรักษาโรคทางจิตเวชจะมีความคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลแห่งอื่น เนื่องจากเสียงจากเครื่องขยายเสียงของฝ่ายทะเบียนประวัติจะเสียงดัง อาจทำให้การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยติดขัดและได้ยินถ้อยคำของอีกฝ่ายหนึ่งไม่ชัดเจน



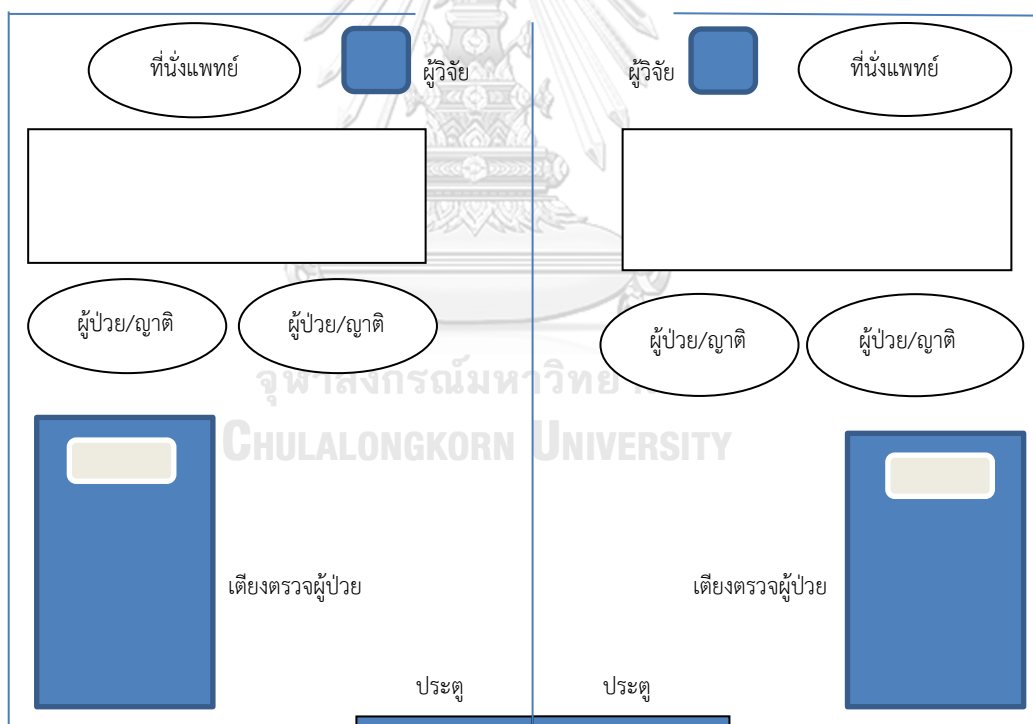
แผนภาพที่ 5 ภาพห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งที่ 4

การเก็บข้อมูลวิจัยในโรงพยาบาลแห่งที่ 4 ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ทุกวันในเวลาทำการของโรงพยาบาลมีบรรยากาศในการตรวจรักษาโรคค่อนข้างวุ่นวาย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยรอคิวในช่วงเช้าประมาณ 300-400 คน และในช่วงบ่ายประมาณ 100 คน พยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลใช้เครื่องขยายเสียงเพื่อประกาศข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคตลอดเวลา ทำให้เสียงประกาศได้ยินทั่วบริเวณชั้นล่างบริเวณตึกผู้ป่วยนอกซึ่งอาจเป็นการรบกวนการสื่อสารระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยภายในห้องตรวจรักษา เนื่องจากการถอดเสียงข้อมูลในบางครั้งผู้วิจัยไม่สามารถจับประเด็นได้ว่า ทั้งสองฝ่ายกำลังสื่อสารเรื่องใดเพราะเสียงของเครื่องขยายเสียงดังกลบเสียงของจิตแพทย์และผู้ป่วยในห้องตรวจ

ช่วงเวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกจะเริ่มต้นประมาณ 9.00-12.00 น และเริ่มช่วงบ่ายในเวลา 13.00-16.00 น. จิตแพทย์จะใช้เวลาตรวจรักษาผู้ป่วยเก่าหรือต่อเนื่องประมาณ 5-10 นาทีต่อผู้ป่วยหนึ่งคน แต่หากเป็นผู้ป่วยใหม่จะใช้เวลาในการตรวจรักษามากกว่า 10 นาทีหรือมากกว่าขึ้นอยู่กับอาการของโรค และหากเป็นกรณีฉุกเฉินหรือผู้ป่วยมีอาการที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จิตแพทย์ต้องใช้เวลาในการตรวจรักษามากเกินเวลาโดยเฉลี่ยไปมากกว่าปกติ นอกจากนี้ภายในห้องตรวจยังมีกริ่งให้สัญญาณเพื่อเรียกเจ้าหน้าที่หน้าห้องเข้าไปในกรณีฉุกเฉินและจิตแพทย์ไม่สามารถออกจากห้องตรวจได้ซึ่งเป็นลักษณะเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแห่งที่ 1 และ 3

## โรงพยาบาลแห่งที่ 5

โรงพยาบาลแห่งที่ 5 ได้มีการจัดเป็นห้องตรวจประมาณ 8 ห้อง แต่ใช้จริงประมาณ 4-5 ห้องต่อวัน ผู้ป่วยแต่ละคนจะถูกเรียกเข้าไปพบจิตแพทย์ทีละคนตามลำดับการยื่นบัตรหรือการนัดหมายตามตารางเวรของจิตแพทย์ ภายในห้องตรวจบางห้องจะเปิดประตูห้องไว้ตลอดเวลา แต่บางห้องจะปิดประตูไว้แล้วค่อยเปิดเมื่อผลัดเปลี่ยนผู้ป่วยเข้าหรือออกจากห้องตรวจขึ้นอยู่กับความต้องการให้เป็นส่วนตัวของผู้ป่วย มีฉากผนังกันระหว่างห้องประมาณสองเมตร ด้านหลังเป็นส่วนที่เปิดเชื่อมถึงกันระหว่างห้องตรวจแต่ละห้อง ภายในห้องมีโต๊ะสำนักงานของจิตแพทย์คั่นกลางระหว่างผู้ป่วยกับจิตแพทย์แสดงให้เห็นถึงการสื่อสารแบบเผชิญหน้า มีเก้าอี้สำนักงานสำหรับผู้ป่วยหรือญาติ 2 ตัว และมีเตียงสำหรับตรวจผู้ป่วย 1 เตียงซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวที่ปรากฏเตียงภายในห้องตรวจเพื่อตรวจร่างกายในกรณีพิเศษซึ่งจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยเอง เนื่องจากผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องย้ายไปตรวจร่างกายที่ห้องอื่นจนทำให้เสียเวลาในการตรวจรักษา



แผนภาพที่ 6 ภาพห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งที่ 5

โรงพยาบาลแห่งที่ 5 มีจำนวนผู้ป่วยรอคิวจำนวนมากประมาณ 300-400 คนต่อวัน พยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลใช้เครื่องขยายเสียงประกาศข้อมูลเรียกชื่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน แต่ไม่ได้รับกวนการสื่อสารภายในห้องตรวจมากเท่ากับโรงพยาบาลอื่นๆ ส่วนช่วงเวลาและระยะเวลาในการ

ตรวจรักษามีลักษณะเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแห่งอื่น หากเป็นกรณีที่ร่างกายตอบสนองกับยาเดิมอยู่ในระดับดี จิตแพทย์จะใช้เวลาในการตรวจน้อยกว่าเวลาเฉลี่ยเนื่องจากการเป็นการสอบถามอาการและรับยาต่อเนื่องเท่านั้น นอกจากนี้สถานที่ตั้งโรงพยาบาลอยู่ต่างอำเภอการเดินทางเพื่อมาตรวจรักษาตามนัดหมายจึงเป็นปัจจัยที่ค่อนข้างคาดเดาได้ยาก ผู้ป่วยบางรายไม่รักษาอาการต่อเนื่องเพราะมีปัญหาเรื่องการเดินทางเห็นได้จากการสนทนาในการตรวจรักษา จิตแพทย์จำเป็นต้องสอบถามระยะทางและวิธีการเดินทางมายังโรงพยาบาลของผู้ป่วย เพื่อจัดสรรเวลานัดหมายให้เกิดความสะดวกกับผู้ป่วย และในเชิงรุกโรงพยาบาลได้พยายามแก้ปัญหาด้วยการออกหน่วยการแพทย์ไปยังจังหวัดที่ไกลจากโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยและญาติมากขึ้น การแก้ปัญหาดังกล่าวถือเป็นผลดีค่อนข้างมากกับการติดตามอาการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยยินดีที่จะรักษาอาการต่อเนื่อง และยังทำให้การสื่อสารระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยดำเนินไปในทิศทางที่ดีมากขึ้น แต่ผู้วิจัยไม่ได้รวบรวมข้อมูลจากการออกหน่วยการแพทย์เคลื่อนที่เนื่องจากไม่ได้อยู่ในขอบเขตของการวิจัย

### 3.1.2 Participants(ผู้ร่วมเหตุการณ์)

#### โรงพยาบาลแห่งที่ 1

จากการเก็บข้อมูลภายในห้องตรวจรักษาในประเด็นผู้ร่วมเหตุการณ์ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สถานการณ์การสื่อสารเป็นสองรูปแบบ คือ ผู้ร่วมเหตุการณ์ในสถานการณ์รูปแบบที่หนึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ ผู้ป่วย นักศึกษาแพทย์ และผู้วิจัย ส่วนในสถานการณ์รูปแบบที่สองประกอบด้วย จิตแพทย์ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย นักศึกษาแพทย์ และผู้วิจัย จิตแพทย์เป็นหญิงอายุประมาณ 55 ปี ใจเย็น มีความอดทน พูดค่อนข้างช้าเพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาในการทำความเข้าใจกับข้อมูลที่จิตแพทย์อธิบาย ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยต่อเนื่องหลายปีสามารถดูแลรักษาพร้อมทั้งรับประทานยาได้ด้วยตนเองมีอาการดีขึ้นจนสามารถเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเองได้ ส่วนผู้ป่วยในสถานการณ์รูปแบบที่สองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ต้องมีญาติดูแลอาการและการรับประทานยาอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งที่ 1 ค่อนข้างมีความเป็นส่วนตัวสูง ส่วนใหญ่จะปฏิเสธการเก็บข้อมูลวิจัยเนื่องจากไม่สบายใจให้ผู้วิจัยบันทึกเสียงหรือเก็บข้อมูลภายในห้องตรวจรักษาและการเผยแพร่ในงานวิชาการ ส่วนนักศึกษาแพทย์และผู้วิจัยเป็นผู้ร่วมเหตุการณ์ที่ไม่มีส่วนร่วมในการสนทนาใดๆ เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลแห่งที่หนึ่งค่อนข้างคุ้นเคยกับสถานการณ์ที่มีนักศึกษาแพทย์หรือผู้วิจัยนั่งสังเกตการณ์ร่วมอยู่ด้วย อาจเป็นเพราะมีนักศึกษาแพทย์

นั่งฟังเคสภายในห้องอยู่เป็นประจำจึงไม่แสดงความตื่นเต้นที่มีบุคคลอื่นปรากฏตัวภายในห้องตรวจรักษา สถานการณ์การสื่อสารที่ปรากฏนักศึกษาแพทย์ร่วมอยู่ในบริบทจะเห็นได้ว่า การสื่อสารไม่ใช่เพียงแค่การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติเท่านั้น แต่กลับเป็นการสนทนาที่จิตแพทย์พยายามสื่อสารกับนักศึกษาแพทย์ร่วมอยู่ด้วย เพราะในกรณีที่มีนักศึกษาแพทย์สังเกตการณ์จิตแพทย์จะพยายามดำเนินการสนทนาอย่างเต็มรูปแบบรวมทั้งใช้กลวิธีที่หลากหลายเพื่อให้นักศึกษาแพทย์ได้สังเกตและเรียนรู้ไปพร้อม ๆ กับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช

## โรงพยาบาลแห่งที่ 2

ผู้ร่วมเหตุการณ์ในโรงพยาบาลแห่งที่ 2 ประกอบด้วย จิตแพทย์ ผู้ป่วย และผู้วิจัย ในบางสถานการณ์ปรากฏญาติผู้ป่วยร่วมด้วย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยต่อเนื่องที่สามารถดูแลรักษารับประทานยาได้ด้วยตนเอง และหลายคนอาการดีขึ้นจนสามารถเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเองได้ ส่วนผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นจำเป็นต้องมีญาติดูแลอาการและการรับประทานยาอย่างใกล้ชิด ญาติจะเป็นฝ่ายอธิบายอาการและผลจากการรับประทานยาให้จิตแพทย์ฟังแทนผู้ป่วย ผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งที่ 2 โดยมากเป็นคนในพื้นที่หรือบริเวณอำเภอใกล้เคียงมีอาชีพเกษตรกร การเดินทางใช้รถประจำทางระหว่างอำเภอ ผู้ป่วยและญาติได้ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาเป็นอย่างดี มีความคุ้นเคยกับจิตแพทย์มากกว่าโรงพยาบาลแห่งอื่น หลายสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกล่าวทักทายจิตแพทย์อย่างสนิทสนมเนื่องจากมาพบตามนัดหมายเป็นประจำ จิตแพทย์เป็นชายอายุ 65 ปี มีตำแหน่งเป็นจิตแพทย์อาวุโสผู้เชี่ยวชาญสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใจเย็น มีประสบการณ์ในการทำงานเกือบ 40 ปี ทำให้สามารถวิเคราะห์อาการของผู้ป่วยและวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว จิตแพทย์จัดบันทึกการรักษาอย่างละเอียดเพื่อเป็นข้อมูลในการตรวจรักษาและการสนทนากับผู้ป่วย เห็นได้จากหากเป็นผู้ป่วยรายเก่าหรือผู้ป่วยต่อเนื่อง จิตแพทย์จะสามารถสอบถามถึงอาชีพ เรื่องส่วนตัว ครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องคล้ายกับการสนทนากับคนที่คุ้นเคยกันซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสนิทสนมกับจิตแพทย์มาก ส่งผลให้การตรวจรักษาสามารถดำเนินไปได้อย่างรวดเร็วและมีปฏิสัมพันธ์กันในเชิงบวกมากกว่าโรงพยาบาลแห่งอื่น

## โรงพยาบาลแห่งที่ 3

ผู้ร่วมเหตุการณ์สถานการณ์ประกอบด้วย จิตแพทย์ ผู้ป่วย และผู้วิจัย และในบางสถานการณ์ปรากฏญาติผู้ป่วยร่วมอยู่ด้วยเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแห่งอื่น จิตแพทย์ที่อนุญาตให้ผู้วิจัย

เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลแห่งที่ 3 นี้เป็นเพศหญิงทั้งหมด 2 คน อายุประมาณ 30 ปีมีประสบการณ์ในการทำงานประมาณห้าปี การดำเนินการสนทนาเป็นไปตามโครงสร้างที่ปรากฏในตำราจิตเวชศาสตร์ ความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติมีความสนิทสนมกันบ้างหากเป็นผู้ป่วยเก่าและรักษากับจิตแพทย์คนเดิม แต่ไม่สามารถพูดคุยได้มากนักเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากรอการตรวจรักษาและจำนวนจิตแพทย์ค่อนข้างน้อย จิตแพทย์ในโรงพยาบาลแห่งนี้จึงต้องตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว หากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้จะมีญาติมาด้วยเสมอ ญาติผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้ข้อมูลการดูแลรักษา รับประทานยา พฤติกรรม และอาการที่ขึ้นหรือแยกลงในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านพักกับญาติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในจังหวัดใกล้เคียงในระยะไม่เกินสองร้อยกิโลเมตร และในบริบทของโรงพยาบาลแห่งที่ 3 บางสถานการณ์ผู้วิจัยพบว่า จิตแพทย์มีบทบาทเป็นคนกลางไกล่เกลี่ยระหว่างผู้ป่วยและญาติในกรณีที่มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน เพราะสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับญาติและใช้กลวิธีทางภาษาให้ผู้ป่วยใจเย็นลงได้

#### โรงพยาบาลแห่งที่ 4

ผู้ร่วมเหตุการณ์ในโรงพยาบาลแห่งที่ 4 ประกอบด้วย จิตแพทย์ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย(ถ้ามี) และผู้วิจัย จิตแพทย์ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งหมด 4 คน เป็นเพศชาย 2 คน อายุ 30 และ 45 ปี เพศหญิง 2 คน อายุ 30 และ 45 ปี จิตแพทย์อนุญาตให้ผู้วิจัยนั่งเก็บข้อมูลอยู่บริเวณข้างที่นั่งเยื้องเก้าอี้จิตแพทย์ไปเล็กน้อยเพื่อไม่ให้เป็นการรบกวนในระหว่างการสนทนากับผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติจะนั่งอยู่ฝั่งตรงกันข้ามกับจิตแพทย์โดยมีโต๊ะทำงานของจิตแพทย์คั่นกลาง จิตแพทย์ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่สามารถใช้ภาษาถิ่นได้เป็นอย่างดีเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยซึ่งใช้ภาษาถิ่นในชีวิตประจำวัน แต่ในกรณีที่มีภูมิลำเนาต่างถิ่นจิตแพทย์คนนั้นจะพยายามใช้คำศัพท์ภาษาถิ่นบางคำที่ไม่ยากเกินไปนักในสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติรู้สึกถึงความเป็นพวกเดียวกันและยินดีให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาดียิ่งขึ้น เป็นที่น่าสังเกตว่าหากจิตแพทย์คนใดเลือกใช้ภาษาถิ่นในการทักทายหรือเริ่มต้นบทสนทนา จะทำให้ผู้ป่วยยิ้มรับและสนทนาตอบโต้เป็นภาษาถิ่นเช่นเดียวกันซึ่งทำให้บรรยากาศในการสนทนาดำเนินไปในทิศทางที่ดี

ในการตรวจรักษาโรคจิตแพทย์ที่มีอายุและประสบการณ์มากจะมีกลวิธีทางภาษาในการสื่อสารที่หลากหลายมากกว่าจิตแพทย์ที่มีอายุหรือประสบการณ์น้อย โดยเฉพาะจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์มากและเป็นเพศหญิงจะมีลีลาในการถามและการดำเนินการสนทนาที่หลากหลาย

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามหรืออธิบายเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีวิธีการในการปลอบใจญาติผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยใหม่ให้คลายความวิตกกังวลได้ดี ส่วนผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยเก่าจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตรวจรักษามาแล้ว ทำให้ทราบว่าเมื่อจิตแพทย์ถามหรืออธิบายข้อมูล ผู้ป่วยจะตอบคำถามหรืออธิบายอาการของโรคอย่างไร การตรวจรักษาผู้ป่วยเก่าจึงคล่องตัวและรวดเร็วกว่าการตรวจรักษาผู้ป่วยใหม่ และหากเป็นกรณีที่ผู้ป่วยเก่าที่มีประสบการณ์ในการตรวจรักษาหลายปีและสนทนาเป็นภาษาถิ่นจะยิ่งทำให้การสนทนาสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั้งสองฝ่ายเข้าใจประเด็นสำคัญในการตรวจรักษาครั้งนั้น ๆ ได้รวดเร็วมากขึ้น

### โรงพยาบาลแห่งที่ 5

ผู้ร่วมเหตุการณ์ในโรงพยาบาลแห่งที่ 5 ประกอบด้วย จิตแพทย์ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย(ถ้ามี) และผู้วิจัยเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแห่งอื่น จิตแพทย์ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นเพศชายทั้งหมด 3 คน อายุประมาณ 30 35 และ 40 ปี บริบทของห้องตรวจในโรงพยาบาลแห่งนี้แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยไปสังเกตการณ์เนื่องจากภายในห้องตรวจปรากฏเตียงตรวจผู้ป่วยเพื่อให้จิตแพทย์สามารถตรวจร่างกายผู้ป่วยได้ทันทีโดยไม่ต้องย้ายไปห้องตรวจอื่นอีกซึ่งเป็นผลดีกับผู้ป่วย หากต้องตรวจร่างกายในขณะที่กำลังตรวจโรคทางจิตเวช จิตแพทย์ทั้งสามคนเป็นคนในพื้นที่และมีบุคลิกเป็นกันเอง สามารถพูดภาษาถิ่นได้ดีและเลือกที่จะเริ่มต้นบทสนทนาด้วยภาษาถิ่นแทบทุกครั้ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้ตอบกลับมาเป็นภาษาถิ่นเช่นเดียวกันและยังเกิดความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นถึงแม้ว่าผู้ป่วยร้อยละ 95 จะเป็นคนในพื้นที่หรือจังหวัดใกล้เคียงแต่จำเป็นต้องนัดหมายวันเวลาให้ชัดเจน เนื่องจากพื้นที่ตั้งโรงพยาบาลแห่งที่ 5อยู่นอกเขตอำเภอเมืองและส่วนใหญ่จังหวัดที่ผู้ป่วยพักอาศัยมักจะอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลค่อนข้างมากจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสื่อสาร จิตแพทย์ต้องใช้กลวิธีทางภาษาที่หลากหลายในการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยและญาติที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ต่างจังหวัดไกลจากที่ตั้งของโรงพยาบาลเห็นถึงความสำคัญในการนัดหมายและตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยต่างจังหวัดที่ไม่หายจากอาการของโรคทางจิตเวชมักจะมีเหตุผลมาจากการไม่ยอมเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ดังนั้น ระยะทางจากที่พักอาศัยกับโรงพยาบาลจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ร่วมเหตุการณ์ทั้งสองฝ่ายต้องพูดคุยกันให้เข้าใจก่อนที่สิ้นสุดการตรวจรักษาโรคในแต่ละครั้ง



### 3.1.3 Ends (จุดมุ่งหมาย)

แพทย์หญิงศรีธรรม ธนะภูมิ (2536) ได้อธิบายจุดมุ่งหมายของการตรวจวินิจฉัยทางจิตเวชไว้ดังต่อไปนี้

- ก. การวินิจฉัย เป็นจุดมุ่งหมายหลัก คือ การสรุปว่าผู้ป่วยมีโรคทางจิตเวชตามการแบ่งชนิดของโรคซึ่งเป็นที่ยอมรับกัน
- ข. ความเข้าใจในเรื่องความเป็นมาของปัญหาของผู้ป่วย การสัมภาษณ์ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน การแก้ปัญหาชีวิตในวัยต่างๆ ของผู้ป่วยและความทุกข์ใจที่นำมาพบแพทย์ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการรักษา การประเมินผลการรักษา และการพยากรณ์โรค
- ค. การวางแผนการรักษา การรักษาขึ้นอยู่กับความต้องการที่จะแก้ปัญหาของผู้ป่วย นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วยที่จะรับและสนองต่อการรักษาชนิดต่างๆ ตามความเหมาะสม การเข้าใจผู้ป่วยโดยละเอียดจะทำให้จิตแพทย์เลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับโรคและลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่ผลการรักษาที่ดี
- ง. ความเข้าใจเรื่องจิตใจของตัวผู้ป่วยเอง การที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยและมีความสัมพันธ์กับแพทย์ผู้ทำการวินิจฉัย ได้ระบายปัญหากับผู้รับฟังและมีความเห็นใจและเข้าใจเขา ทั้งรับทราบข้อสรุปสาเหตุของปัญหา เหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องจิตใจมากขึ้น เข้าใจว่าอาการของเขานั้นมีสาเหตุมาจากทางจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะนำไปสู่ความเข้าใจปัญหาที่แท้จริง (insight) และให้ความร่วมมือในการรักษา
- จ. ความสัมพันธ์เพื่อการรักษา ความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ประกอบด้วย ความเข้าใจและเห็นใจของแพทย์ระหว่างการวินิจฉัย ย่อมทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความสัมพันธ์อันเป็นพื้นฐานของการรักษาผู้ป่วยต่อไป

นอกจากนี้ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) ได้อธิบายจุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวชไว้ 3 ประการ คือ

1. ทำความเข้าใจและหาข้อมูล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปัญหาของผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้ในการวินิจฉัย และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป
2. สังเกตอาการ รวมถึงการแสดงออกในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจอารมณ์ ความคิด และสภาพจิตใจด้านต่างๆ ของผู้ป่วย

3. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจในตัวผู้รักษา รู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยยินดีร่วมมือในการสัมภาษณ์และการดำเนินการรักษาต่อไป

จากจุดประสงค์และแนวทางการสัมภาษณ์จากจิตแพทย์ทั้งสองท่าน สามารถสรุปจุดมุ่งหมายหลักในการสื่อสารในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในโรงพยาบาลทางจิตเวชทั้ง 5 แห่ง คือ เป็นการสนทนาในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเพื่อให้วินิจฉัยอาการของโรคและได้รับการรักษาอย่างถูกต้องอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายรองคือรักษาความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยยินดีที่จะดำเนินการรักษาต่อไป จากตำราทางจิตเวชศาสตร์ที่กล่าวไปนั้นแสดงให้เห็นว่า จิตแพทย์ไม่ได้มุ่งประเด็นไปเพียงแค่การวินิจฉัยและการรักษาโรคทางจิตเวชเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับการรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ดังจะปรากฏชัดเจนจากสถานการณ์การตรวจรักษา จิตแพทย์ได้ใช้กลวิธีที่หลากหลายเพื่อให้การปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือญาติดำเนินไปในทิศทางที่ดีซึ่งจะส่งผลต่อการรักษาต่อเนื่อง

### 3.1.4 Act sequence (การลำดับกิจกรรม)

ลำดับกิจกรรมเป็นการพิจารณาจากโครงสร้างและขั้นตอนในการตรวจรักษาของจิตแพทย์เนืองด้วยผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาที่จิตแพทย์ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง สามารถแบ่งเป็นผู้ป่วยเก่าหรือผู้ป่วยต่อเนื่องและผู้ป่วยใหม่ ลำดับกิจกรรมของผู้ป่วยเก่าหรือผู้ป่วยต่อเนื่องจะปรากฏเป็นลำดับ ดังนี้ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การให้ผู้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา เป็นที่น่าสังเกตว่าขั้นตอนการสอบถามอาการสำคัญจนถึงการทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยาจะเป็นขั้นตอนที่สามารถสลับสับเปลี่ยนกันได้ บางสถานการณ์จิตแพทย์จะย้อนกลับมาถามอาการสำคัญและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องอีกครั้งหลังจากสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา ขั้นตอนเหล่านี้จะมีความแตกต่างจากขั้นตอนในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยใหม่อย่างชัดเจน เนื่องจากสถานการณ์การตรวจรักษาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยใหม่จะประกอบด้วย การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง การสอบถาม

สาเหตุ การวินิจฉัยโรค การอธิบายขั้นตอนการรักษาและการใช้ยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และการปิดการสนทนา

ในแต่ละขั้นตอนดังที่กล่าวมาแล้วจะปรากฏวัจนกรรมที่หลากหลายโดยจิตแพทย์จะเป็นผู้เริ่มต้นการสนทนาด้วยวัจนกรรมการถาม การอธิบาย การตอบรับ การปฏิเสธ การสั่ง การขอร้อง การแนะนำ การตอบรับหรือปฏิเสธการเจรจาต่อรอง การอำลา หรือวัจนกรรมอื่นๆ จิตแพทย์จะใช้วัจนกรรมเหล่านี้เพื่อรวบรวมข้อมูลและนำมาวินิจฉัยอาการโรคให้ถูกต้อง ส่วนผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยจะสนทนาโต้ตอบด้วยวัจนกรรมหรือคำถ้อยคำในวัจนกรรมที่สอดคล้องกับวัจนกรรมที่จิตแพทย์เลือกใช้ ในการสนทนาตั้งแต่วัจนกรรมการตอบคำถาม การตอบรับคำอธิบาย การถาม การตอบรับคำสั่ง การตอบรับการขอร้อง การตอบรับคำแนะนำ การเจรจาต่อรอง การตอบคำอำลา หรือวัจนกรรมอื่น ๆ โดยที่ผู้ป่วยจะใช้วัจนกรรมเหล่านี้เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและแจ้งผลจากการใช้ยาต่อจิตแพทย์ รวมทั้งตั้งประเด็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองเพื่อให้เกิดความชัดเจนหรือแม้แต่การพยายามโน้มน้าวใจจิตแพทย์ให้ยินยอมตามที่ต้องการ เป็นที่น่าสังเกตว่าจิตแพทย์ไม่ใช่ฝ่ายเริ่มต้นวัจนกรรมไปตลอดการสนทนา หากผู้ป่วยหรือญาติมีคำถามหรือต้องการขอร้องบางสิ่งบางอย่างกับจิตแพทย์ จิตแพทย์จำเป็นต้องใช้วัจนกรรมการตอบหรือวัจนกรรมการอนุญาต เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจ และยอมรับการรักษาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

### 3.1.5 Key(กฎ)หรือน้ำเสียงหรือท่วงทำนองในการสื่อสาร)

น้ำเสียงหรือท่วงทำนองในการสื่อสารปริเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นสามารถวิเคราะห์เป็น 2 ลักษณะ คือ น้ำเสียงหรือท่วงทำนองแบบสนทนาถึงทางการ และน้ำเสียงหรือท่วงทำนองแบบสนิทสนมหรือเป็นกันเอง น้ำเสียงหรือท่วงทำนองแบบสนทนาถึงทางการพบในโรงพยาบาลแห่งที่ 1 เท่านั้น โดยจิตแพทย์จะใช้สรรพนามบุรุษที่หนึ่งแทนตนเองว่า “หมอ” เท่านั้น ใช้สรรพนามบุรุษที่สองแทนตัวผู้ป่วยว่า “คุณ” ใช้สรรพนามเรียกญาติผู้ป่วยว่า “ญาติ” และไม่ปรากฏการสนทนาที่แสดงถึงความสนิทสนมระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย จิตแพทย์ค่อนข้างรักษาระยะห่างทางสังคมระหว่างตนกับผู้ป่วยและญาติ ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยมีท่วงทำนองในการสื่อสารเป็นแบบถึงทางการ แต่พยายามที่จะสร้างความใกล้ชิด สังเกตได้จากผู้ป่วยจะใช้สรรพนามบุรุษที่หนึ่งเรียกแทนตัวผู้ป่วยว่า “ฉัน” “ผม” “หนู” ตามเพศของผู้ป่วย ใช้สรรพนามบุรุษที่สองเรียกจิตแพทย์ว่า “คุณหมอ” และหากผู้ป่วยอายุมากกว่าจิตแพทย์จะใช้สรรพนามบุรุษที่หนึ่งแทนตัว

ว่า “พี่” “ป้า” “ยาย” ตามวัยของผู้ป่วย จากการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลแห่งที่ 1 พบว่าบางสถานการณ์ผู้ป่วยหญิงมีอายุมากกว่าจิตแพทย์ประมาณสิบปี แต่กลับเลือกใช้สรรพนามแทนตนเองว่า “หนู” และใช้สรรพนามเรียกจิตแพทย์ว่า “คุณหมอ” ทั้งที่ความอาวุโสในสังคมไทยเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการสนทนาเป็นอย่างมาก แต่ในบริบทนี้ผู้ป่วยน่าจะมองข้ามความอาวุโสและให้ความสำคัญกับสถานภาพของจิตแพทย์แทนปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งทำให้ท่วงทำนองในการสื่อสารระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยในสถานการณ์นี้ดำเนินไปแบบสนทนาถึงทางการที่ไม่เกิดความสนิทสนมคุ้นเคยระหว่างกัน

ส่วนในลักษณะที่สองเป็นน้ำเสียงหรือท่วงทำนองแบบสนิทสนมหรือเป็นกันเอง ส่วนใหญ่ใช้ภาษาระดับคุ้นเคย หากผู้ป่วยหรือญาติที่เข้ามาในห้องตรวจพร้อมผู้ป่วยเป็นเด็กหรือเยาวชนจิตแพทย์จะใช้น้ำเสียงหยอกล้อกับญาติทำให้บรรยากาศในการตรวจรักษาโรคค่อนข้างผ่อนคลาย จิตแพทย์ในโรงพยาบาลแห่งที่ 2 จะมีน้ำเสียงที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือญาติเห็นได้จากการใช้สรรพนามบุรุษที่หนึ่งแทนตัวเองว่า “หมอ” หรือ “ผม” ใช้สรรพนามบุรุษที่สองแทนตัวผู้ป่วยเป็นคำเรียกญาติว่า “ยาย” “ตา” “ป้า” “ลุง” “หนู” “ลูก” และใช้สรรพนามเรียกญาติผู้ป่วยว่า “ญาติ” “คุณแม่” “คุณพ่อ” และใช้ถ้อยคำว่า “หนู” เพื่อใช้เรียกญาติผู้ป่วยที่เป็นเด็กผู้หญิง การใช้คำสรรพนามเหล่านี้เพื่อสร้างความสนิทสนมและความสัมพันธ์อันดีระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยจะใช้สรรพนามบุรุษที่หนึ่งแทนตัวผู้ป่วยว่า “ฉัน” “ผม” “หนู” ตามเพศของผู้ป่วย ใช้สรรพนามบุรุษที่สองเรียกจิตแพทย์ว่า “คุณหมอ” และหากผู้ป่วยอายุมากกว่าจิตแพทย์ จะใช้สรรพนามบุรุษที่หนึ่งแทนตัวเองว่า “พี่” “ป้า” “ยาย” “ฉัน” ตามวัยของผู้ป่วย จิตแพทย์ที่ตรวจรักษาในโรงพยาบาลแห่งที่ 2-5 จะไม่ใช้น้ำเสียงที่ราบเรียบแต่จะใช้น้ำเสียงขึ้นลงตามวัยของผู้ป่วย หากเป็นผู้ป่วยหรือญาติเป็นเด็กจะใช้น้ำเสียงขึ้นลงหยอกล้อกับผู้ป่วยหรือญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกผ่อนคลายจากความเครียดไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยเก่าก็ตาม

จากการเก็บข้อมูลผู้วิจัยพบว่าน้ำเสียงหรือท่วงทำนองในการสื่อสารของจิตแพทย์ในโรงพยาบาลที่ 2-5 ในประเด็นการใช้คำสรรพนาม จิตแพทย์จะใช้คำเรียกผู้ป่วยว่า “คุณ” ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุใกล้เคียงกับจิตแพทย์เท่านั้น ส่วนผู้ป่วยและญาติจะใช้คำสรรพนามบุรุษที่สองเรียกจิตแพทย์ว่า “หมอ” หรือ “คุณหมอ” และจะเลือกใช้สรรพนามบุรุษที่หนึ่งแทนตนเองตามคำเรียกญาติว่า “ตา” “ยาย” “ลุง” “ป้า” “น้ำ” “พี่” หรือหากไม่ใช้คำเรียกญาติกลุ่มนี้ เพศชายจะใช้คำว่า “ผม” เพศหญิงจะใช้คำว่า “หนู” ส่วนคำแทนตัวเองว่า “ฉัน” พบน้อยมาก แสดงให้เห็นว่า ระหว่าง

จิตแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ มีความเป็นกันเองมากพอสมควร ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจจิตแพทย์เหมือนเป็นคนในครอบครัว ส่งผลให้การติดตามผลการรักษาโรคทางจิตเวชมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### 3.1.6 Instrumentalities(เครื่องมือหรือวิธีการในการสื่อสาร)

เครื่องมือหรือวิธีการในการสื่อสารในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในโรงพยาบาลแห่งที่ 1 พบว่า การสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติจัดอยู่ในทำเนียบภาษาเฉพาะกลุ่มทางการแพทย์ จิตแพทย์มีลักษณะภาษาที่ใช้อย่างระมัดระวัง ไม่พยายามใช้ถ้อยคำหรือความเปรียบเนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน ระดับน้ำเสียงของจิตแพทย์ค่อนข้างสม่ำเสมอ ไม่ขึ้นเสียงสูงหรือเสียงต่ำเกินไป เครื่องมือในการสื่อสารจิตแพทย์มีการใช้คำลงท้ายแสดงเพศว่า “ค่ะ” เพื่อแสดงความสุภาพ ส่วนผู้ป่วยจะใช้ “ครับ” หรือ “ค่ะ” ตามเพศของตน หลายครั้งที่ผู้ป่วยนอกมีวิธีการในการสื่อสารโดยใช้คำแสดงความรู้สึก เช่น การขึ้นเสียงสูงในบางคำเพื่อแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกที่มีต่อเรื่องนั้นจริงๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีวิธีสื่อสารด้วยการแสดงอารมณ์ความรู้สึกออกมาอย่างชัดเจน เช่น การร้องไห้ในสถานการณ์ที่กำลังเล่าเรื่องซึ่งกระทบกับความรู้สึกในขณะนั้น ส่วนจิตแพทย์ไม่ได้แสดงความรู้สึกออกมาชัดเจนนัก น้ำเสียงราบเรียบ แต่ใช้สายตามองให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะเข้าใจความรู้สึกเหล่านั้น

ส่วนบริบทในโรงพยาบาลแห่งที่ 2-5 เป็นการสนทนาที่จัดอยู่ในทำเนียบภาษาเฉพาะกลุ่มทางการแพทย์เนื่องจากมีคำศัพท์เฉพาะที่อธิบายอาการและการรักษาโรค แต่มีลีลาที่สนิทสนมคุ้นเคย เครื่องมือหรือวิธีในการสื่อสารของจิตแพทย์โรงพยาบาลแห่งที่ 2-5 พบว่า จิตแพทย์ใช้คำลงท้ายแสดงเพศว่า “ครับ” หรือ “ค่ะ” เพื่อแสดงความสุภาพ ใช้ถ้อยคำว่า “นะจ๊ะ” “จ๊ะ” หรือ “จ้า” เป็นคำตอบรับเพื่อแสดงความคุ้นเคย หรือหากไม่ใช้คำลงท้ายจะใช้การพูดเสียงยาวในคำหรือพยางค์สุดท้ายของประโยคเพื่อไม่ให้ถ้อยคำห้วนเกินไป นอกจากนี้ยังพบการใช้ท่าทางอธิบายความรู้ทางจิตเวช การหัวเราะเรื่องที่ผู้ป่วยเล่าเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดจนเกินไป และการแสดงสีหน้าหากเป็นเรื่องที่เกินความคาดหมาย การใช้วัจนภาษาเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจิตแพทย์เข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยคิด ส่วนผู้ป่วยจะใช้ “ครับ” หรือ “ค่ะ” ตามเพศของตน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังใช้คำแสดงความรู้สึก เช่น การขึ้นเสียงสูงในบางคำเพื่อแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกที่มีต่อเรื่องนั้นจริงๆ ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ความรู้สึกออกมาอย่างชัดเจน เช่น หัวเราะ หรือร้องไห้ หากเรื่องที่เล่ากระตุ้นความรู้สึกในขณะนั้น ส่วนจิตแพทย์จะแสดงความรู้สึกออกมามากเกินไปปกติหากผู้ป่วยหรือญาติเป็นเด็กหรือเยาวชน

น้ำเสียงของจิตแพทย์จะเปลี่ยนเป็นเสียงขึ้นลงเพื่อหยอกล้อกับผู้ป่วยหรือญาติที่มีอายุน้อย หลายครั้งที่จิตแพทย์ใช้ถ้อยคำว่า “หมอเข้าใจ” เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายหากผู้ป่วยค่อนข้างเครียดในช่วงเวลาที่ตรวจรักษาโรคทางจิตเวช นอกจากนี้หากช่วงเริ่มต้นการสนทนาผู้ป่วยหรือญาติใช้ภาษาถิ่นในการทักทายหรือตอบรับการทักทาย จิตแพทย์จะใช้ภาษาถิ่นในการโต้ตอบทันที และหากบางสถานการณ์ที่จะต้องอธิบายข้อมูลวิชาการบางประการ จิตแพทย์จะสลับภาษาระหว่างภาษาไทยมาตรฐานและภาษาถิ่นเพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจข้อมูลให้มากที่สุด

### 3.1.7 Norm of Interaction & Interpretation(บรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์และการตีความ)

บรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์ในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นจากโรงพยาบาลทั้งห้าแห่งดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากบรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์นี้เป็นการยอมรับอำนาจเพราะจิตแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามแนวคิดของเฟรนช์และราเวนส์ (French and Raven's, 1959) จากคำอธิบายสรุปว่าบุคคลหนึ่ง(A) มีความรู้หรือความเชี่ยวชาญพิเศษกว่าบุคคลทั่วไปหรือมากกว่า(B) และ(B) ต้องการความรู้ความสามารถนั้น จึงทำให้ (A) มีอำนาจจากความรู้และความเชี่ยวชาญเหนือ (B) แสดงให้เห็นว่าจิตแพทย์เป็นผู้มีความรู้หรือความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและผู้ป่วยต้องการความรู้ทางจิตเวชศาสตร์เหล่านั้นเพื่อมารักษาให้หายจากอาการป่วย ทำให้จิตแพทย์มีอำนาจจากความรู้และความเชี่ยวชาญเหนือกว่าผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติยอมรับในอำนาจนั้น นอกจากนี้การตัดสินใจเดินทางมาเพื่อตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นจะต้องพบกับจิตแพทย์ซึ่งมีสถานภาพทางสังคมสูงกว่าย่อมต้องระมัดระวังมากกว่าปกติ การสื่อสารระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยใหม่ในระยะแรกจึงค่อนข้างกึ่งทางการ แต่เมื่อเวลาผ่านการตรวจรักษาไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการปฏิสัมพันธ์กับจิตแพทย์ดำเนินไปในทิศทางที่ดีขึ้น เนื่องจากจิตแพทย์ยอมรับรู้ถึงความรู้สึกตื่นเต้นและเกร็งของผู้ป่วยหรือญาติ จึงพยายามลดช่องว่างในการปฏิสัมพันธ์โดยการสร้างความเป็นกันเองด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติได้พูดในสิ่งที่อยู่ในจิตใจหรือแม้กระทั่งการเจรจาต่อรองในบางเรื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความสบายใจในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช เห็นชัดเจนจากกรณีของผู้ป่วยเก่าหรือผู้ป่วยต่อเนื่องที่รักษากับจิตแพทย์คนเดิมจะรับรู้ได้จากสัญญาณว่าไม่จำเป็นต้องระมัดระวังการสนทนากับจิตแพทย์มากเท่ากับแพทย์ที่รักษาโรคประเภทอื่น ๆ และถึงแม้ว่าจะพบกรณีผู้ป่วยอาการรุนแรงที่ใช้ถ้อยคำไม่สุภาพในขณะที่ตรวจรักษา จิตแพทย์

และผู้ร่วมสนทนาคนอื่นๆ จะไม่ถือโทษเนื่องจากมีปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคเป็นตัวกำกับบรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์ไว้ก่อนการปฏิสัมพันธ์ทุกครั้ง แสดงให้เห็นว่าจิตแพทย์เป็นแพทย์เฉพาะทางที่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าและสบายใจในการปฏิสัมพันธ์มากกว่าแพทย์กลุ่มอื่น เพราะจิตแพทย์พยายามลดช่องว่างหรืออำนาจของตนเองเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถกล่าวถ้อยคำอธิบายหรือความคับข้องใจได้อย่างอิสระตามที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องการทราบเท่าที่ยังคงรักษาจุดประสงค์ในการสื่อสารไว้ได้ต่อไป อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในรายละเอียดของโรงพยาบาลแห่งที่ 2 ที่เปิดเป็นคลินิกพิเศษเฉพาะวันเสาร์เดือนละหนึ่งครั้งเท่านั้น บรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์จะแตกต่างจากโรงพยาบาลแห่งอื่น เนื่องจากทั้งจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติจะรับรู้ร่วมกันว่าจะมีการนัดหมายครั้งต่อไปเพียงเดือนละหนึ่งครั้งเท่านั้น จิตแพทย์จะส่งยาและนัดหมายเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยอีกครั้งคืออีกหนึ่งเดือนข้างหน้า ดังนั้น ผู้ป่วยหรือญาติจะไม่สามารถต่อรองให้ลดยาเหลือน้อยกว่าหนึ่งเดือนได้ รวมทั้งไม่สามารถเลื่อนการนัดหมายให้เป็นไปตามที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องการ ทำให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจและยอมรับบรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์เฉพาะในโรงพยาบาลแห่งนี้เท่านั้น นอกจากนี้บริบทของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติในโรงพยาบาลต่างจังหวัดเป็นความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างใกล้ชิดสนิทสนมโดยเฉพาะผู้ป่วยเก่า เนื่องจากผู้ป่วยเก่าจะรู้สึกไว้วางใจและคุ้นเคยกับจิตแพทย์เสมือนญาติจึงสามารถสอบถามทุกข์สุขหรือเรื่องส่วนตัวของจิตแพทย์ได้ตรงกันข้ามกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติในโรงพยาบาลส่วนกลางที่ความสัมพันธ์ค่อนข้างห่างเหิน จิตแพทย์สามารถสอบถามเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยได้ทุกเรื่องแต่ผู้ป่วยไม่สามารถล่วงล้ำความเป็นส่วนตัวของจิตแพทย์ได้ ไม่มีการกล่าวขี้ล้อหรือกระตุ้นให้บทสนทนามีอารมณ์ขันและแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในกรุงเทพฯ ยอมรับอำนาจและความแตกต่างระหว่างสถานภาพของตนกับจิตแพทย์โดยคหุฎี

ส่วนบรรทัดฐานในการตีความของจิตแพทย์และผู้ป่วย ทั้งสองฝ่ายต่างทราบและเข้าใจดีว่าการสื่อสารในสถานการณ์นี้จะมีความแตกต่างกับการสื่อสารลักษณะอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตเวชจะมีอาการผิดปกติทางจิตใจหรือสมอง ซึ่งอาจทำให้การสื่อสารระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยไม่ราบรื่นเช่นการสื่อสารลักษณะอื่นๆ แต่ด้วยบรรทัดฐานของการตีความในสถานการณ์นี้ จิตแพทย์มีสิทธิที่จะถามผู้ป่วยหรือญาติได้ทุกเรื่องที่เห็นว่ามีเกี่ยวข้องกับอาการป่วย โดยผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องตอบทุกคำถามอย่างละเอียด ส่วนในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้หรือให้ข้อมูลไม่ครบ จิตแพทย์สามารถสอบถามกับญาติผู้ป่วยได้ตลอดเวลา บางสถานการณ์จิตแพทย์สามารถสอบถามใน

ประเด็นอื่นๆ เช่น ความชื่นชอบส่วนตัว การใช้ชีวิตคู่ การเดินทางท่องเที่ยว หรือเรื่องอื่นๆ ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยจะเข้าใจและยินยอมตอบหรืออธิบายในทุกๆ ประเด็นที่จิตแพทย์ต้องการข้อมูล เนื่องจากทั้งสองฝ่ายตระหนักว่าข้อมูลที่จิตแพทย์สอบถามอาจช่วยในการเยียวยารักษาอาการให้หายเป็นปกติได้

### 3.1.8 Genre(ประเภทการสื่อสาร)

ประเภทของปริจเฉทการตรวจรักษาโรคจิตเวชเบื้องต้นในโรงพยาบาลทุกแห่ง ผู้วิจัยพบว่าสถานการณ์นี้เป็นการสื่อสารเชิงสถาบันระหว่างผู้เชี่ยวชาญและบุคคลทั่วไปด้วยการใช้ภาษาในการสนทนาที่ปรากฏในชีวิตประจำวัน เนื่องจากจิตแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชสื่อสารด้วยกรอบแนวคิดทางวิชาการกับผู้ป่วยที่เป็นบุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว จิตแพทย์จำเป็นต้องพยายามใช้ถ้อยคำในการสื่อสารเพื่ออธิบายคำศัพท์หรือคำจำกัดความในแวดวงวิชาการโดยใช้ภาษาระดับสนทนาและเลือกใช้ถ้อยคำที่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชให้มากที่สุดซึ่งจะเป็นผลดีต่อการตรวจรักษาต่อไป ทำเนียบภาษาในการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นจึงเป็นการผสมผสานระหว่างภาษาวิชาการทางการแพทย์และภาษาที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวันของบุคคลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ปริบทการสื่อสารตามแนวคิดพื้นฐานวรรณนาแห่งการสื่อสาร ผู้วิจัยวิเคราะห์เป็นรายโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราช-นครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา (โดยไม่เรียงลำดับในการนำเสนอ) ทำให้ผู้วิจัยสรุปเป็นภาพรวมของการสื่อสารในปริบทเฉพาะระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช ดังนี้

จุดร่วมของปริบทการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นตามแนวคิดพื้นฐานวรรณนาแห่งการสื่อสารในโรงพยาบาลทุกแห่ง ได้แก่ จุดมุ่งหมาย (Ends) การลำดับวัจนกรรม (Act sequence) บรรทัดฐานของการตีความและการปฏิสัมพันธ์ (Norm of Interaction & Interpretation) และประเภทของการสื่อสาร (Genre)



จุดมุ่งหมายในการสนทนาในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชดำเนินไปเพื่อสอบถามและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นำไปสู่การรักษาโรคอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ จุดมุ่งหมายนี้เป็นวัตถุประสงค์หลักในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในทุกโรงพยาบาลมีเป้าหมายไปในทิศทางเดียวกันทั้งสิ้น แต่จุดมุ่งหมายรองคือการรักษาความสัมพันธ์อันดีระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติยังคงพบทุกโรงพยาบาลแต่อาจไม่ครบทุกสถานการณ์ เนื่องจากบางสถานการณ์ไม่เอื้ออำนวยให้เกิดความสัมพันธ์อันดีเหล่านั้น อาจเป็นเพราะระยะเวลาที่จำกัดและผู้ป่วยมีจำนวนมาก การตรวจรักษาจึงต้องแข่งขันกับเวลา แต่เท่าที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพบว่ากว่าร้อยละ 85 จิตแพทย์พยายามรักษาความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยหรือญาติไว้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดทัศนคติในแง่บวกในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชซึ่งจะส่งผลให้การนัดหมายและติดตามอาการของผู้ป่วยดำเนินไปได้ด้วยดียิ่งขึ้น

ลำดับวignกรรมในการตรวจรักษาของจิตแพทย์เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่พบในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในโรงพยาบาลทุกแห่ง ลำดับวignกรรมจะเรียงลำดับอยู่ภายในโครงสร้างหรือขั้นตอนการสนทนา สถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชสามารถแบ่งออกเป็น 2 สถานการณ์ คือ สถานการณ์ที่หนึ่งเป็นสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยใหม่ และลักษณะที่สองเป็นสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยเก่าหรือผู้ป่วยต่อเนื่อง สถานการณ์การตรวจรักษาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยใหม่ประกอบด้วย การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง การสอบถามสาเหตุ การวินิจฉัยโรค การอธิบายขั้นตอนการรักษาและการใช้ยา การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา ส่วนสถานการณ์การตรวจรักษาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่าหรือผู้ป่วยต่อเนื่องประกอบด้วย การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง การสอบถามผลข้างเคียงของยา การวินิจฉัยผลการติดตามอาการ การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา ในขั้นตอนการสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องและการสอบถามสาเหตุจะสามารถปรากฏสลับหรือแทรกกับขั้นตอนอื่น ๆ ได้หากจิตแพทย์ยังมีประเด็นสงสัยเกี่ยวกับอาการป่วย

วignกรรมที่เกิดขึ้นในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกเริ่มต้นด้วยวignกรรมการทักทาย การถาม การอธิบาย การตอบรับ การปฏิเสธ การสั่ง การขอร้อง การแนะนำ และการอำลา โดยจิตแพทย์จะใช้วignกรรมเหล่านี้เพื่อสร้างความสัมพันธ์ รวบรวมข้อมูล และนำมาวินิจฉัยโรคให้

ถูกต้อง ส่วนผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยจะสนทนาโต้ตอบด้วยคำย่อคำในวัจนกรรมที่สอดคล้องกับวัจนกรรมที่จิตแพทย์เลือกใช้ในการสนทนาตั้งแต่วัจนกรรมการตอบรับการทักทาย การตอบคำถาม การตอบรับคำอธิบาย การถาม การตอบรับคำสั่ง การตอบรับการขอร้อง การตอบรับคำแนะนำ และการตอบรับคำอำลา ผู้ป่วยหรือญาติเลือกใช้วัจนกรรมเหล่านี้เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วย แจ้งผลจากการใช้ยาต่อจิตแพทย์ และเพื่อให้ความร่วมมือในการสร้างความสัมพันธ์ รวมทั้งการตั้งประเด็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการดูแลรักษาต่อไป ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยสามารถเป็นฝ่ายเริ่มวัจนกรรมการถาม การเจรจาต่อรอง การขอโทษ หรือใช้วัจนกรรมอื่น ๆ เพื่อให้จิตแพทย์แสดงวัจนกรรมการตอบ การอธิบาย การตอบรับ/ปฏิเสธการเจรจาต่อรองหรือวัจนกรรมอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาได้ตลอดระยะเวลาในการตรวจรักษา

บรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์ในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นจากโรงพยาบาลทั้งห้าแห่งดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากจิตแพทย์มีอำนาจและสถานภาพทางสังคมสูงกว่าผู้ป่วย เห็นได้ชัดจากการตรวจรักษากรณีผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วยใหม่มีปฏิสัมพันธ์กับจิตแพทย์ด้วยความระมัดระวังมากกว่าปกติ การสื่อสารระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยใหม่ในระยะแรกจึงค่อนข้างกึ่งทางการ แต่เมื่อผ่านไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการปฏิสัมพันธ์กับจิตแพทย์ดำเนินไปในทิศทางที่ดีขึ้น เนื่องจากจิตแพทย์รับรู้ถึงความรู้สึกตื่นเต้นและเกร็งของผู้ป่วยใหม่หรือญาติ จึงพยายามลดช่องว่างในการปฏิสัมพันธ์โดยการสร้างความเป็นกันเองด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติได้พูดในสิ่งที่อยู่ในจิตใจ หรือเพื่อให้ผู้ป่วยใหม่หรือญาติเกิดความสบายใจในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช ส่วนกรณีของผู้ป่วยเก่าหรือผู้ป่วยต่อเนื่องที่รักษากับจิตแพทย์คนเดิมจะทราบจากประสบการณ์ว่าไม่จำเป็นต้องระมัดระวังการสนทนากับจิตแพทย์มากเท่ากับแพทย์ที่รักษาโรคทางอายุรกรรม และถึงแม้ว่ากรณีผู้ป่วยอาการรุนแรงที่ใช้ถ้อยคำไม่สุภาพในขณะตรวจรักษา จิตแพทย์และผู้ร่วมสนทนาคนอื่น ๆ จะไม่ถือโทษ เนื่องจากมีปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคเป็นตัวกำกับบรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์ไว้ก่อน การปฏิสัมพันธ์แต่ละครั้ง แสดงให้เห็นว่าจิตแพทย์เป็นแพทย์เฉพาะทางที่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสบายใจในการปฏิสัมพันธ์มากกว่าแพทย์กลุ่มอื่น เพราะจิตแพทย์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถกล่าวถ้อยคำอธิบายหรือความคับข้องใจได้อย่างอิสระตามที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องการ บรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติในโรงพยาบาลต่างจังหวัดจะแตกต่างจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ เนื่องจากจิตแพทย์สามารถรับรู้ความประหม่าไม่มั่นใจในการสนทนาของผู้ป่วยหรือญาติ จึงพยายามลดอำนาจของตนและแสดงความคุ้นเคยด้วยวิธีต่างๆ จนทำให้

ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความสนิทสนมมากขึ้น แต่จิตแพทย์โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่ยังคงรักษาอำนาจและสถานภาพนั้นไว้จึงทำให้ไม่สามารถลดช่องว่างระหว่างตนเองกับผู้ป่วยหรือญาติได้

ส่วนบรรทัดฐานในการตีความของจิตแพทย์และผู้ป่วย ทั้งสองฝ่ายต่างทราบและเข้าใจดีว่าการสื่อสารในสถานการณ์นี้มีความแตกต่างกับการสื่อสารลักษณะอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตเวชมีอาการผิดปกติทางจิตใจหรือสมองซึ่งอาจทำให้การสื่อสารระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยไม่ราบรื่นเช่นการสื่อสารลักษณะอื่นๆ แต่ จิตแพทย์มีสิทธิที่จะถามผู้ป่วยหรือญาติได้ทุกเรื่องที่เห็นว่ามีความเกี่ยวข้องกับอาการป่วย โดยผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องตอบทุกคำถามอย่างละเอียด ส่วนในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้หรือให้ข้อมูลไม่ครบ จิตแพทย์สามารถสอบถามกับญาติผู้ป่วยได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ถึงแม้ว่าบางสถานการณ์จิตแพทย์อาจจะสอบถามในประเด็นอื่น ๆ เช่น ความชื่นชอบส่วนตัว ชีวิตแต่งงาน การเดินทางท่องเที่ยว ที่คล้ายกับว่าไม่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยและญาติจะเข้าใจและยินยอมตอบหรืออธิบายในทุกๆ ประเด็นที่จิตแพทย์ต้องการข้อมูล เนื่องจากทั้งสองฝ่ายตระหนักว่าข้อมูลที่จิตแพทย์สอบถามอาจช่วยในการเฝ้าระวังรักษาอาการให้หายเป็นปกติได้ บรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์และการตีความจึงเป็นบริบทที่ค่อนข้างสำคัญในบริบทนี้

ประเภทของปริศนาการตรวจรักษาโรคจิตเวชเบื้องต้นเป็นบริบทร่วมประเด็นสุดท้ายที่โรงพยาบาลทุกแห่งปรากฏเช่นเดียวกัน สถานการณ์นี้เป็นการสื่อสารเชิงสถาบันโดยมีลักษณะการสนทนาในชีวิตประจำวันระหว่างผู้เชี่ยวชาญและบุคคลทั่วไป เนื่องจากจิตแพทย์เป็นตัวแทนของสถาบันทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชสื่อสารในประเด็นทางวิชาการกับผู้ป่วยที่เป็นบุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว จิตแพทย์จึงจำเป็นต้องพยายามใช้ถ้อยคำในการสื่อสารเพื่ออธิบายคำศัพท์หรือคำจำกัดความในแวดวงวิชาการโดยใช้ภาษาระดับสนทนาและเลือกใช้ถ้อยคำที่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชให้มากที่สุดซึ่งจะเป็นผลดีต่อการตรวจรักษาต่อไป

บริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นตามแนวชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสารเป็นจุดร่วมที่มีความสำคัญต่อการสื่อสารในภาพรวมของสถานการณ์การสื่อสารนี้ เนื่องจากเป็นวิถีปฏิบัติที่คู่สนทนาทุกฝ่ายจะต้องดำเนินไปให้ถึงเป้าหมายด้วยขั้นตอนในการตรวจรักษาที่ได้รับการถ่ายทอดจากสถาบันการศึกษาของจิตแพทย์ ในขั้นตอนการสนทนาจะปรากฏเป็นลำดับวัจนกรรมที่จิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติกล่าวถ้อยคำในการสื่อสารออกมา ภายใต้บรรทัดฐานของการตีความและประเภทของการสื่อสารที่จิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจดีว่าเป็นการสนทนาแบบเผชิญหน้าเพื่อรักษา

อาการผิดปกติทางจิตใจของผู้ป่วย การสนทนาอาจจะไม่ราบรื่นเหมือนการสื่อสารในชีวิตประจำวันทั่วไป ดังนั้น การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างคู่สนทนาจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย เพื่อให้การตรวจรักษาดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

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

ฉากหรือกาลเทศะในโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะแตกต่างกันทั้ง ๆ ที่การจัดสถานที่บริเวณห้องตรวจของโรงพยาบาลหรือเวลาในการตรวจรักษาจะดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน เมื่อผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลในพื้นที่แต่ละภูมิภาคกลับพบว่า สถานที่ตั้งโรงพยาบาลในจังหวัดต่าง ๆ มีผลต่อการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชอย่างเห็นได้ชัด สถานที่ตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในส่วนกลางตั้งอยู่ในหน่วยงานราชการของกระทรวงสาธารณสุขบริเวณจังหวัดนนทบุรี เป็นโรงพยาบาลทางจิตเวชที่รองรับผู้ป่วยจากกรุงเทพฯ และปริมณฑล แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางมายังโรงพยาบาลจิตเวชเพียงแห่งใดแห่งหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากภายในเขตกรุงเทพฯ ยังมีสถานพยาบาลทางจิตเวชหลายแห่ง อาทิ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ สถาบันราชานุกูล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โรงพยาบาลศรีธัญญา สถานพยาบาลเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ว่าจะสะดวกเดินทางไปรักษาแห่งใด ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงประเด็นเรื่องระยะทางหรือเวลานัดหมายในการสื่อสารกับจิตแพทย์ซึ่งทำให้การสนทนาสามารถดำเนินไปได้ด้วยดีในประเด็นอื่น ๆ แต่โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในต่างจังหวัดไม่ได้มีจำนวนมากเมื่อเทียบเท่ากับส่วนกลาง ภาคเหนือมี 2 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี 5 แห่ง ภาคตะวันออกมี 1 แห่ง และภาคใต้มี 2 แห่ง จำนวนโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในต่างจังหวัดมีค่อนข้างน้อยซึ่งเป็นสัดส่วนที่ไม่สมดุลกับจำนวนผู้ป่วยที่มาปรึกษาในเขตต่างจังหวัดเพราะมีถึง 300-500 คนต่อวัน เพราะผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางไปเข้าถึงการรักษาในสถานพยาบาลที่ไกลจากภูมิลำเนาได้ เนื่องจากปัญหาจากภาระด้านค่าใช้จ่าย ด้านเวลา และการเดินทาง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถรักษาตัวได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งที่อาการทางจิตเวชเป็นโรคที่จำเป็นต้องมีการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน หลายโรงพยาบาลในต่างจังหวัดจึงได้มีนโยบายเชิง

รุก คือ การเดินทางไปตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในพื้นที่ห่างไกลตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ เช่น โรงพยาบาลสวนสราญรมย์นำทีมจิตแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เดินทางไปตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในพื้นที่ต่างอำเภอและจังหวัดใกล้เคียง หรือโรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลอายุรกรรมในต่างจังหวัดได้เชิญจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากกรมสุขภาพจิตมาเปิดให้มีการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในวันเสาร์และเวลาที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยหรือญาติกังวลเรื่องดังกล่าวน้อยลงและสามารถมุ่งประเด็นเกี่ยวกับอาการของโรครวมทั้งการดูแลรักษาผู้ป่วยได้มากขึ้น

ผู้ร่วมเหตุการณ์เป็นบริบทการสนทนาที่แตกต่างอีกประเด็นหนึ่งในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชตามแนวชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสาร เนื่องจากผู้ร่วมเหตุการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในโรงพยาบาลต่างจังหวัดประกอบด้วย จิตแพทย์ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย และผู้วิจัย ส่วนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในส่วนกลางจะพบนักศึกษาแพทย์เข้าร่วมสังเกตการณ์ด้วย จิตแพทย์ส่วนกลางจะทำหน้าที่เป็นอาจารย์แพทย์ให้ความรู้กับนักศึกษาแพทย์ไปพร้อมๆ กับการตรวจรักษาผู้ป่วยซึ่งทำให้เห็นโครงสร้างการสนทนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการสนทนาตามตำราทางจิตเวชศาสตร์ได้อย่างชัดเจน จำนวนของจิตแพทย์ประจำสถานพยาบาลในส่วนกลางจะมีอัตราเฉลี่ยมากกว่าในต่างจังหวัด ทำให้ค่าเฉลี่ยของจำนวนจิตแพทย์ต่อจำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลในส่วนกลางและต่างจังหวัดแตกต่างกันมาก จิตแพทย์ส่วนกลางที่เป็นอาจารย์แพทย์จะมีเวลาในการพบผู้ป่วยค่อนข้างมากกว่าจิตแพทย์ทั่วไปทำให้สามารถสอบถามรายละเอียดจากผู้ป่วยและญาติได้มากกว่าจิตแพทย์ที่ไม่ได้เป็นอาจารย์แพทย์ จากการเก็บข้อมูลวิจัยพบจิตแพทย์ทั้งชายและหญิงอายุตั้งแต่ 28-60+ ปี มีประสบการณ์ในการตรวจรักษาผู้ป่วยตามอายุงานของแต่ละคน จิตแพทย์แต่ละคนต่างมีเทคนิคและลักษณะเฉพาะในการตรวจรักษาที่แตกต่างกัน จิตแพทย์ที่มีอาวุโสและประสบการณ์มากจะสามารถดำเนินการสนทนาเพื่อเข้าสู่วัตถุประสงค์ได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งมีกลวิธีที่หลากหลายในการสนทนากับผู้ป่วย โดยเฉพาะกับผู้ป่วยเก่าหรือผู้ป่วยต่อเนื่อง จิตแพทย์อาวุโสจะสามารถจดจำรายละเอียดของผู้ป่วยเหล่านั้นได้ และนำสู่ประเด็นในการสนทนาเพื่อรักษาอาการทางจิตเวชและการรักษาความสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยหรือญาติยินดีมาติดตามอาการตามนัดหมาย ผู้ป่วยส่วนกลางที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะเป็นบุคคลที่พักอาศัยในบริเวณใกล้เคียงหรือสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้อย่างสะดวก แต่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชต่างจังหวัดมักจะเดินทางมาจากต่างอำเภอ ต่างจังหวัด หรือจังหวัดที่ไกลจากโรงพยาบาลพอสมควร การเดินทางมายังโรงพยาบาลจึงต้องวางแผนให้เป็นวันเวลาที่ไม่ต้องไปติดต่อธุระอื่นใดอีก เพราะจะต้องรอคิวเรียกที่โรงพยาบาลเป็นระยะ

เวลานาน แสดงว่าผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องมีเป้าหมายในการเดินทางเพื่อมาตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเท่านั้น ไม่สามารถดำเนินการกิจธุระใด ๆ ได้อีก เนื่องจากเมื่อตรวจรักษาเรียบร้อยแล้วต้องเดินทางกลับภูมิลำเนาทันทีเพราะระยะทางค่อนข้างไกลและต้องใช้เวลาเดินทางกว่าผู้ป่วยในกรุงเทพฯ หรือปริมณฑล การเดินทางจึงเป็นประเด็นที่สำคัญมากในการสนทนาของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชต่างจังหวัด

กฎเกณฑ์หรือน้ำเสียงหรือท่วงทำนองในการสื่อสารที่จิตแพทย์ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งใช้แตกต่างกันแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ น้ำเสียงหรือท่วงทำนองแบบสนทนาถึงทางการ และน้ำเสียงหรือท่วงทำนองแบบสนิทสนมหรือเป็นกันเอง จิตแพทย์ในโรงพยาบาลส่วนกลางจะใช้ท่วงทำนองแบบสนทนาถึงทางการ แต่จิตแพทย์ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดมักจะใช้ท่วงทำนองแบบสนิทสนมคุ้นเคย เนื่องจากส่วนใหญ่จิตแพทย์เป็นคนในพื้นที่และมีท่วงทำนองในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกสนิทสนม เห็นได้จากผู้ป่วยสามารถถามไถ่ถึงสุขภาพและชีวิตส่วนตัวของจิตแพทย์ได้ และจิตแพทย์ยินดีที่จะตอบคำถามนั้นด้วยความเป็นกันเอง จิตแพทย์ในต่างจังหวัดใช้คำสรรพนามบุรุษที่หนึ่งว่า “หมอ” และใช้สรรพนามบุรุษที่สองเป็นคำเรียกญาติ 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” ส่วนคำแทนตัวเองว่า “ฉัน” พบน้อยมาก ลักษณะพิเศษที่น่าสนใจในการตรวจรักษาโรคของโรงพยาบาลส่วนกลาง ผู้วิจัยพบว่ามีการใช้สรรพนามบุรุษที่หนึ่งแทนตนเองว่า “หนู” จากผู้ป่วยหญิงที่มีอายุมากกว่าจิตแพทย์ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยให้ความนับถือและยกย่องจิตแพทย์โดยไม่คำนึงถึงความอาวุโสของตนซึ่งหมายความว่าในมุมมองของผู้ป่วยสถานภาพมีความสำคัญกว่าความอาวุโส ในระหว่างการตรวจรักษาผู้ป่วยสามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้อย่างอิสระ เนื่องจากจิตแพทย์มักจะเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดหรืออธิบายสิ่งที่อยู่ในใจ และผู้ป่วยจะเกิดความไว้วางใจในจิตแพทย์คนนั้น ความสนิทสนมระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยินดีเข้าพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง และทำให้การติดตามผลการรักษาโรคทางจิตเวชมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนท่วงทำนองการสื่อสารของจิตแพทย์ในโรงพยาบาลบางแห่งมักจะใช้ภาษาระดับสนทนาหรือถึงทางการ เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติไม่มีความสนิทสนมคุ้นเคยกันมาก

นัก การใช้คำสรรพนามบุรุษที่หนึ่งใช้คำว่า “หมอ” การใช้สรรพนามบุรุษที่สองเรียกผู้ป่วยหรือญาติจะใช้คำว่า “คุณ” ทุกครั้ง และไม่ปรากฏการใช้คำเรียกญาติอื่น ๆ ขณะที่ฝ่ายผู้ป่วยหรือญาติจะใช้คำสรรพนามบุรุษที่หนึ่งแทนตัวเองว่า “หนู” หากเป็นหญิง และใช้คำว่า “ผม” หากเป็นชาย ไม่ว่าจะอายุมากกว่าหรือน้อยกว่าจิตแพทย์ก็ตาม และสรรพนามบุรุษที่สองใช้คำเรียกจิตแพทย์ว่า “คุณหมอ” เสมอ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าท่วงทำนองในการสื่อสารของจิตแพทย์และผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติในโรงพยาบาลต่างจังหวัดจะมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากกว่าโรงพยาบาลในส่วนกลาง

บริบทในหัวข้อวิธีการในการสื่อสารของจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติในโรงพยาบาลทางจิตเวชมีความแตกต่างกันบ้าง จิตแพทย์เพศหญิงจะใช้ถ้อยคำลงท้ายว่า “ค่ะ” หรือ “นะคะ” และจิตแพทย์ชายจะเลือกใช้คำลงท้ายว่า “ครับ” หรือ “ฮะ” เสมอ แต่จะพบคำลงท้ายว่า “จ๊ะ” หรือ “จ้า” หรือ “นะจ๊ะ” เฉพาะจิตแพทย์ที่ตรวจรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดเท่านั้น หลายสถานการณ์จิตแพทย์ชายเป็นผู้ใช้คำลงท้ายว่า “จ๊ะ” หรือ “จ้า” กับผู้ป่วยโดยเฉพาะกับผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง นอกจากนี้ยังพบการเลือกใช้ถ้อยคำลงท้ายว่า “ค่ะ” หรือ “นะคะ” ของจิตแพทย์เพศชายเมื่อพูดกับผู้ป่วยหญิงที่มีอายุน้อยกว่าเพื่อสร้างความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ป่วยใหม่ให้มากขึ้น สอดคล้องกับสิริมา เชียงเขาวัว (2543) ที่ให้ความเห็นว่าแพทย์จะใช้คำลงท้าย “จ๊ะ” กับผู้ป่วยเพื่อแสดงความสนิทสนม และยังส่งเสริมความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเก่าให้ยินดีมาพบแพทย์ตามกำหนดนัดหมายครั้งต่อไป เป็นที่น่าสังเกตว่าหากจิตแพทย์ใช้ภาษาถิ่นในการสื่อสารกับผู้ป่วยก่อนไม่ว่าจะเป็นภาษาถิ่นเหนือ ภาษาถิ่นอีสาน หรือภาษาถิ่นใต้ ผู้ป่วยจะให้ความสนิทสนมกับจิตแพทย์มากเป็นพิเศษ ส่วนหนึ่งเห็นได้จากผู้ป่วยเลือกที่จะสนทนาพูดคุยในเรื่องสัพเพเหระ เช่น ดินฟ้าอากาศ การเดินทาง ท่องเที่ยว ครอบครัว และการใช้คำลงท้ายว่า “จ๊ะ” หรือ “จ้า” ซึ่งเป็นคำลงท้ายที่บุคคลส่วนใหญ่ มักจะใช้กับคนในครอบครัวหรือคนที่สนิทสนมกันเท่านั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังใช้น้ำเสียงแสดงความรู้สึกด้วยการขึ้นเสียงสูงในบางคำ เช่น “ว้าย” “โห” “ไม่” เพื่อแสดงความรู้สึกที่มีต่อเรื่องนั้นจริง ๆ โดยปกติแล้วคนทั่วไปจะไม่ใช้เสียงสูงกับคนแปลกหน้า แสดงให้เห็นว่าทั้งจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในต่างจังหวัดมีวิธีในการสื่อสารแตกต่างจากจิตแพทย์และผู้ป่วยในส่วนกลาง บ่งบอกถึงความสนิทสนมระหว่างกันได้เป็นอย่างดี บริบทด้านวิธีการสื่อสารจึงเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยดำเนินไปในทิศทางที่ดีขึ้น

จากการวิเคราะห์บริบทการสื่อสารตามแนวชาติพันธุ์วรรณนาแห่งการสื่อสาร ทำให้ผู้วิจัยมองเห็นว่ามีบริบทสำคัญหลายประการที่ทำให้ความสัมพันธ์ของจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น เช่น การคำนึงถึงข้อจำกัดของผู้ร่วมเหตุการณ์ การใช้ท่วงทำนองในการสื่อสารในระดับคุ้นเคยหรือสนิทสนม และวิธีการสื่อสารที่อธิบายเรื่องทางวิชาการให้บุคคลทั่วไปสามารถเข้าใจง่ายด้วยภาษาระดับสนทนาหรือแม้แต่การใช้ภาษาถิ่น เหล่านี้ล้วนเป็นบริบทที่ทำให้ลดช่องว่างระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดทัศนคติที่ดีต่อการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช แต่ในทางตรงกันข้ามจากการศึกษาบริบทการสื่อสารโดยใช้แนวคิดนี้ ผู้วิจัยพบว่ายังมีปัจจัยบางประการที่อาจทำให้ความสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายไม่สามารถดำเนินไปด้วยดี อาทิ บางสถานการณ์จิตแพทย์ใช้ภาษาทางแพทย์และมุ่งประเด็นไปที่การตรวจวินิจฉัยโรคโดยคำนึงถึงการรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือญาติน้อยกว่าที่ควรจะเป็นอาจทำให้ผู้ป่วยหรือญาติตัดสินใจไม่รักษาอาการอย่างต่อเนื่อง แต่หากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพิจารณาบริบทในประเด็นบรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์และบรรทัดฐานในการตีความจะพบว่า ทั้งจิตแพทย์ ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยต่างมีข้อจำกัดและความระมัดระวังในการปฏิสัมพันธ์ เนื่องจากต่างฝ่ายต่างมีบทบาทและสถานภาพที่ต้องทำหน้าที่นั้นให้สำเร็จ ดังนั้น การวิเคราะห์บริบทการสื่อสารในหัวข้อนี้ทำให้มองเห็นภาพรวมของจุดร่วมและจุดที่แตกต่างของการสื่อสารในบริบทเฉพาะระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์โครงสร้างการสนทนาให้ชัดเจนต่อไป

### 3.2 โครงสร้างการสนทนาในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโครงสร้างการสนทนาระหว่างบุคลากรทางแพทย์และผู้ป่วยด้วยมุมมองของนักภาษาศาสตร์ในประเทศไทยยังพบไม่มากนัก ส่วนใหญ่มักจะพบในลักษณะตำราหรือคู่มือการตรวจรักษาของอายุรแพทย์ซึ่งนักศึกษาแพทย์ในมหาวิทยาลัยต้องศึกษาในตำราหรือคู่มือเหล่านี้ หนึ่งในหนังสือคู่มือสอนนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับวิธีการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยที่ได้รับการยอมรับมานาน คือ คู่มือการสัมภาษณ์ประวัติและตรวจร่างกาย(ชาญ โปชนุกุล, 2526) ผู้เขียนซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์และอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้แนะนำแพทย์ว่าควรสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยตามลำดับเรียงประเด็นต่อไปนี้ ดังนี้ 1) รายละเอียดต่างๆ ไป(introductory data) 2) อาการสำคัญ(chief complain) 3) ประวัติปัจจุบัน(present illness) ประกอบด้วย ระยะเวลาที่เป็นทั้งหมด วิธีการตอน



เริ่มเป็น ลักษณะของอาการขณะเกิดโรค และการดำเนินโรคตั้งแต่เริ่มมีอาการ 4) การทบทวนอาการตามระบบอวัยวะ 5) ประวัติอดีต 6) ประวัติครอบครัว และ 7) ประวัติส่วนตัว

ส่วนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชของธนา นิลชัยโกวิท(2537) นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคทางจิตเวชศาสตร์ได้กล่าวไว้ในตำราเทคนิคการให้คำปรึกษา อธิบายถึงขั้นตอนการสัมภาษณ์และการตรวจวินิจฉัยทางจิตเวชตามหลักการทางการแพทย์ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การเริ่มต้นสัมภาษณ์ เป็นการกล่าวทักทาย และชี้แจงจุดประสงค์ในการตรวจรักษา ขั้นตอนที่ 2 การซักประวัติ เป็นการสอบถามข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย เช่น ชื่อ อายุ ที่อยู่ การศึกษา อาชีพ ฯลฯ การสอบถามอาการสำคัญ ประวัติการป่วยในปัจจุบัน ประวัติการป่วยในอดีต การทบทวนความผิดปกติในระบบต่างๆ ประวัติครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสภาพจิต เป็นการตรวจลักษณะทางกายภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย ลักษณะการพูด อารมณ์ ความคิด การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล สภาวะอารมณ์ ความจำ ความใส่ใจ สมาธิ ระดับเชาวน์ปัญญา ความรอบรู้ การตัดสินใจ ความรู้จักตน และแรงจูงใจในการรักษา ขั้นตอนที่ 4 การตรวจร่างกาย ขั้นตอนที่ 5 การตรวจพิเศษ ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัยแยกโรคและการวินิจฉัย ขั้นตอนที่ 7 การวางแผนการรักษา ขั้นตอนที่ 8 การพยากรณ์โรค และขั้นตอนที่ 9 การแจ้งผลการตรวจ และแผนการรักษาต่อผู้ป่วยและญาติ และสรุปการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยได้ศึกษาขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทางอายุรกรรมเพื่อค้นหาจุดเด่นในการตรวจรักษาโรคทั่วไป แล้วจึงศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างขั้นตอนการตรวจรักษาของศาสตร์ทางการแพทย์ทั้งสองศาสตร์นี้ จากนั้นจึงเปรียบเทียบที่ละขั้นตอนของการตรวจรักษาโรคทางอายุรกรรมกับขั้นตอนของการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชซึ่งทำให้ผู้วิจัยพบว่า ขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทั้งสองส่วนมีบางส่วนที่คล้ายคลึงกันและหลายส่วนที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากตารางดังนี้

ขั้นตอนการตรวจรักษาทางอายุรกรรม (ชาญ โพนกุล, 2526)	ขั้นการตรวจรักษาทางจิตเวช (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รายละเอียดต่างๆ ไป</li> <li>2. อาการสำคัญ</li> <li>3. ประวัติปัจจุบัน ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะเวลาที่เป็นทั้งหมด</li> <li>- วิธีการตอนเริ่มเป็น</li> <li>- ลักษณะของอาการขณะเกิดโรค</li> <li>- การดำเนินโรคตั้งแต่เริ่มมีอาการ</li> </ul> </li> <li>4. การทบทวนอาการตามระบบอวัยวะ</li> <li>5. ประวัติอดีต</li> <li>6. ประวัติครอบครัว</li> <li>7. ประวัติส่วนตัว</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเริ่มต้นสัมภาษณ์ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกล่าวทักทาย</li> <li>- การชี้แจงจุดประสงค์ในการตรวจรักษา</li> </ul> </li> <li>2. การซักประวัติ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การสอบถามข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย</li> <li>- การสอบถามอาการสำคัญ</li> <li>- การสอบถามประวัติการป่วยในปัจจุบัน</li> <li>- การสอบถามประวัติการป่วยในอดีต</li> <li>- การทบทวนความผิดปกติในระบบต่างๆ</li> <li>- การสอบถามประวัติครอบครัว</li> </ul> </li> <li>3. การตรวจสภาพจิต <ul style="list-style-type: none"> <li>- การตรวจลักษณะทางกายภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย ลักษณะการพูด อารมณ์ ความคิด การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล สภาวะการณ ความจำ ความใส่ใจ สมาธิ</li> <li>- การตรวจระดับเซวาร์ปัญญา ความรอบรู้ การตัดสินใจ ความรู้จักตน</li> <li>- การตรวจแรงจูงใจในการรักษา</li> </ul> </li> <li>4. การตรวจร่างกาย</li> <li>5. การตรวจพิเศษ</li> <li>6. การวินิจฉัยแยกโรคและการวินิจฉัย</li> <li>7. การวางแผนการรักษา</li> <li>8. การพยากรณ์โรค</li> <li>9. การแจ้งผลการตรวจ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การแจ้งแผนการรักษาต่อผู้ป่วยและญาติ</li> <li>- การสรุปการสัมภาษณ์</li> </ul> </li> </ol>

ตารางที่ 3 การสรุปเปรียบเทียบระหว่างการตรวจรักษาโรคทางอายุรกรรมและโรคทางจิตเวช

จากข้อมูลในตารางที่ 3 สรุปว่า ขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทางอายุรกรรมเน้นการสอบถามเกี่ยวกับความผิดปกติของร่างกายและการตรวจพบทวนอาการตามอวัยวะที่ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่ปกติ ในขณะที่การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเน้นสอบถามอาการผิดปกติทางจิตใจของผู้ป่วยซึ่งจะแสดงออกจากการสนทนาและพฤติกรรมในขณะที่จิตแพทย์กำลังตรวจรักษา แต่ไม่ได้ละเอียดเรื่องความผิดปกติของร่างกาย เนื่องจากอาการทางจิตเวชบางอาการอาจมีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย หากจิตแพทย์สามารถตัดสาเหตุของโรคที่อาจเกิดจากความผิดปกติทางร่างกายออกได้ จะสามารถวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้ชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นที่น่าสนใจว่า การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชมีรายละเอียดของขั้นตอนการตรวจรักษาโรคมากกว่าการตรวจรักษาทางอายุรกรรม เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อนและวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วย หากจิตแพทย์ไม่สามารถสอบถามเพื่อรวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความคิด และจิตใจของผู้ป่วยได้ครบถ้วน อาจจะทำให้การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชนั้นประสบความสำเร็จได้ยาก ดังเช่นคำกล่าวของนายแพทย์มาโนช หล่อตระกูล(2538:2) ว่า “...ไม่ว่าวิทยาการจะก้าวหน้าไปเพียงไร สำหรับการตรวจรักษาทางจิตเวชแล้ว การสัมภาษณ์ผู้ป่วยยังคงเป็นแนวทางหลักเพื่อให้ได้มาซึ่งการวินิจฉัย เนื่องจากความผิดปกติของผู้ป่วยส่วนใหญ่แล้วเกี่ยวข้องกับเรื่องของจิตใจ ซึ่งเป็นเรื่องนามธรรม เป็นความคิดความรู้สึก หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เบี่ยงเบนไป เราจะทราบได้ก็โดยอาศัยเครื่องมือเดียวคือ การสัมภาษณ์ เท่านั้น.....”<sup>5</sup>

งานวิจัยเกี่ยวกับการสนทนาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรคทางอายุรกรรมได้มีนักวิจัยไทยส่วนหนึ่งให้ความสนใจวิเคราะห์ค้นหาโครงสร้างการสนทนาในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคจริง มีใช้เพียงแค่ขั้นตอนตามตำราของนักศึกษาแพทย์ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ทางภาษา สาเหตุของปัญหาในการสื่อสาร วิธีการแก้ปัญหา และแนวทางที่จะทำให้การสนทนาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยที่ศึกษา

<sup>5</sup> ในกระบวนการตรวจและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของจิตแพทย์มีขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจร่างกายหลายขั้นตอน เป็นขั้นตอนที่ไม่อยู่ในขอบเขตของงานวิจัย ผู้วิจัยจึงไม่วิเคราะห์ในขั้นตอนเหล่านั้น ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตที่มุ่งพิจารณาเฉพาะการสื่อสารด้วยวจนภาษาในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชภายในห้องตรวจผู้ป่วยนอกเท่านั้น

เกี่ยวกับโครงสร้างและขั้นตอนการสนทนาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรคทางอายุกรรม โดยใช้มุมมองด้านภาษาศาสตร์ งานวิจัยแรกที่สามารถนำเสนอโครงสร้างการสนทนาระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน คือ การศึกษาการใช้ภาษาระหว่างอายุรแพทย์และผู้ป่วยในงานวิจัยของกึ่งกาญจน์ เทพกาญจน(2535) ได้สรุปโครงสร้างแบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก คือ โครงสร้างที่ 1 การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย โครงสร้างที่ 2 การแจ้งข้อมูลผู้ป่วย และโครงสร้างที่ 3 การชี้แนะผู้ป่วย โครงสร้างการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยประกอบด้วยขั้นตอนการสัมภาษณ์อาการสำคัญ การสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน การสัมภาษณ์ประวัติอดีต การสัมภาษณ์ประวัติส่วนตัว การสัมภาษณ์ติดตามอาการ และการสัมภาษณ์ประวัติการดูแลรักษาตนเอง โครงสร้างการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยประกอบด้วยขั้นตอนการแจ้งผลการสืบค้นร่างกายแบบปกติ การแจ้งผลการวินิจฉัยโรค และการแจ้งการให้ยา โครงสร้างการชี้แนะผู้ป่วยประกอบด้วยการสอนการรับประทานยา และการแนะนำวิธีการรักษาตนเอง นอกจากนี้ในงานวิจัยของสิริมา เขียงเขาวัว(2543) ศึกษาการสนทนาระหว่างกุมารแพทย์กับผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรค พบว่า บทสนทนาเบื้องต้นประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ การกล่าวทักทายและต้อนรับ การรวบรวมข้อมูลและตรวจวินิจฉัย การชี้แจงข้อวินิจฉัย การอธิบายวิธีการรักษา การกล่าวก่อนคำอำลา และการกล่าวอำลา

จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า การศึกษาโครงสร้างการสนทนาระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์โดยใช้มุมมองภาษาศาสตร์ในประเทศไทยมีเพียงการสนทนาระหว่างอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์กับผู้ป่วย ยังไม่พบการศึกษาโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วย ดังนั้น โครงสร้างหรือขั้นตอนการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยจึงปรากฏเฉพาะในตำราหรือคู่มือในการสัมภาษณ์และตรวจโรคในการเรียนการสอนของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ เท่านั้น ในการวิเคราะห์บทนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งค้นหาคำตอบว่า การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นมีโครงสร้างเป็นอย่างไร และมีความคล้ายคลึงหรือแตกต่างจากคู่มือในการสัมภาษณ์และตรวจรักษาโรคของจิตแพทย์อย่างไร

การตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรคทางจิตเวชเบื้องต้นมีการเน้นขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับสถานะด้านจิตใจมากกว่าสถานะด้านร่างกาย เนื่องจากโรคทางจิตเวชจำเป็นต้องอาศัยการสัมภาษณ์หรือการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเพื่อรวบรวมถ้อยคำ ข้อมูล หรือรายละเอียดในการสนทนาประกอบการวินิจฉัยโรคมากกว่าการตรวจร่างกายเช่นเดียวกับโรคทางอายุกรรม

เมื่อพิจารณาบทสนทนาจากการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศตามขอบเขตที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยพบว่าจิตแพทย์จะกำหนดโครงสร้างในสนทนาระหว่างผู้ป่วยนอกรายใหม่และผู้ป่วยนอกต่อเนื่องแตกต่างกัน โดยโครงสร้างหลักในการเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา ยังคงเป็นโครงสร้างหลักที่สมบูรณ์ทั้งผู้ป่วยนอกรายใหม่และผู้ป่วยนอกต่อเนื่อง แต่เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดช่วงการดำเนินการสนทนาพบว่า มีรายละเอียดของขั้นตอนที่แตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงแยกวิเคราะห์โครงสร้างการสนทนาเป็น 2 ลักษณะ คือ โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่ และโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่า

### 3.2.1 โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่

การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่เป็นสถานการณ์ที่ผู้ร่วมการสนทนาได้พบกันเป็นครั้งแรก จิตแพทย์มีเพียงข้อมูลพื้นฐานบางประการเกี่ยวกับอาการที่ผู้ป่วยได้แจ้งกับเจ้าหน้าที่ไว้ก่อนหน้านี้ การสนทนาของทั้งสองฝ่ายในครั้งแรกจึงค่อนข้างมีความเป็นทางการ จิตแพทย์จะเป็นผู้นำในโครงสร้างหลักของการสนทนาตั้งแต่การเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา เพื่อให้การสนทนากับผู้ป่วยรายใหม่ครั้งนี้สามารถรวบรวมข้อมูลเพื่อการตรวจรักษาและการวินิจฉัยแยกโรคสิ้นสุดลง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์โครงสร้างการตรวจรักษาโรคระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกประกอบด้วย 10 ขั้นตอน โดยใช้เกณฑ์การปรากฏของรูปภาพและจุดประสงค์ในการกล่าวถ้อยคำที่ปรากฏในแต่ละช่วง ดังนี้ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยให้เกิดโรค การแจ้งการวินิจฉัยแยกโรค การวางแผนการรักษาและการใช้ยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา

#### 1. การเปิดการสนทนา

การเปิดการสนทนา หมายถึง ขั้นตอนการเริ่มต้น กล่าวเปิด หรือการนำเข้าสู่การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก จิตแพทย์จะเป็นฝ่ายกล่าวเปิดการสนทนาด้วยวิธีการหลายหลาย เช่น การทักทาย การถามเรื่องการเดินทาง การขานชื่อผู้ป่วย การแนะนำตัว หรือเรื่องอื่น ๆ

เพื่อสร้างความคุ้นเคยหรือความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายตอบรับ การทักทายนั้น เช่น

ตัวอย่างที่ (4)

- |   |    |   |   |
|---|----|---|---|
| 1 | พ. | } | คุณนันทนะครับ   |
| 2 | ผ. |   | ครับ  |
| 3 | พ. |   | อันนี้ เคยมาที่นี่มาก่อนมั๊ยครับ  |
| 4 | ผ. |   | ไม่   |
| 5 | พ. |   | ไม่เคยนะครับ วันนี้มากับใครครับ   |
| 6 | ผ. |   | มากับพ่อ  |
| 7 | พ. |   | แล้ววันนี้ ที่ เป็นไงมาไง ไหนลองเล่าให้หมอฟังหน่อยครับ ถึงได้มาที่นี่ครับ |

ตัวอย่างที่ (5)

- |   |    |   |                              |
|---|----|---|------------------------------|
| 1 | พ. | } | หวัดดีจ้า                    |
| 2 | ผ. |   | หวัดดีจ้่าคุณหมอ             |
| 3 | พ. |   | จันทราเธอ                    |
| 4 | ผ. |   | Z จ้า                        |
| 5 | พ. |   | เป็นไง                       |
| 6 | ผ. |   | Z มันปวดหัวคุณหมอ(กุมขมับ)   |
| 7 | พ. |   | Z ปวดหัวเธอ กินยาแล้วเบามั๊ย |
| 8 | ผ. |   | Z เพิ่งมาจ้า                 |

จากตัวอย่างที่ (4) จิตแพทย์ได้กล่าวเริ่มต้นหรือเปิดการสนทนาด้วยการขานหรือเรียกชื่อผู้ป่วยว่า “คุณนันทนะครับ” เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องกับเอกสารทะเบียนประวัติผู้ป่วย แล้วจึงสอบถามต่อเนื่องด้วยการถามประวัติการรักษาในโรงพยาบาลและการสอบถามเกี่ยวกับญาติของผู้ป่วย ส่วนในตัวอย่างที่ (5) จิตแพทย์เปิดการสนทนาด้วยการทักทายว่า “หวัดดีจ้า” เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน และการเรียกขานชื่อผู้ป่วยว่า “จันทราเธอ” เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยกับเอกสารประวัติ ซึ่งทั้งหมดล้วนปรากฏในขั้นตอนการเปิดการสนทนาเพื่อสร้าง

ความคุ้นเคยและความรู้สึกผ่อนคลายให้กับผู้ป่วย การเปิดการสนทนาจะสิ้นสุดลงทันทีเมื่อจิตแพทย์นำเข้าสู่วัตถุประสงค์ในการสนทนาด้วยรูปภาพในกลุ่มถ้อยคำเพื่อให้ตอบจุดประสงค์ในการเดินทางมาตรวจรักษา เช่น เป็นไง เป็นอย่างไร เป็นไงมาไง เป็นต้น เห็นได้จากการถามผลัดที่ 7 ในตัวอย่างที่ (4) ว่า “แล้ววันนี้ ที่เป็นไงมาไง ไหนลองเล่าให้หมอฟังหน่อยครับ ถึงได้มาที่นี่ครับ” และผลัดที่ 5 ในตัวอย่างที่ 5 ว่า “เป็นไง” ต่อไป จะเห็นได้ว่าถึงแม้จะเป็นการพบกันครั้งแรกกับผู้ป่วยรายใหม่ จิตแพทย์ก็พยายามรักษาความสัมพันธ์อันดีไว้ก่อนที่จะนำเข้าสู่จุดประสงค์หลัก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและลดความตื่นเต้นวิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะเด่นของการสนทนาของจิตแพทย์ในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช

การเปิดการสนทนาด้วยการทักทายของจิตแพทย์แตกต่างจากบทสนทนาในชีวิตประจำวันทั่วไป เนื่องจากสถานการณ์การตรวจรักษาโรคเป็นสถานการณ์ที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนั้น การกล่าวทักทายหรือการเปิดการสนทนาที่จะเริ่มต้นด้วยถ้อยคำว่า “สวัสดี” หรือการกล่าวคำทักทายของบุคคลทั่วไปว่า “สบายดีไหม” จะพบค่อนข้างน้อยกว่าสถานการณ์การสื่อสารอื่น เพราะผู้ร่วมการสนทนาทั้งสองฝ่ายต่างตระหนักดีว่า การสนทนาที่กำลังจะเกิดขึ้นต่อไปเป็นการสนทนาเพื่อเยียวยารักษาอาการป่วยทางจิตเวชให้ดีขึ้น การกล่าวทักทายตามธรรมเนียมของบุคคลทั่วไปจึงไม่สอดคล้องและอาจจะไม่จำเป็นสำหรับสถานการณ์การสื่อสารลักษณะนี้ การเปิดการสนทนาจึงไม่ใช่ขั้นตอนบังคับที่ต้องปรากฏในทุกสถานการณ์ อาจเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นก็ได้เพราะขั้นตอนที่สำคัญที่สุดคือขั้นตอนการนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าการเปิดการสนทนาของจิตแพทย์จะมีผลัดการสนทนาที่มากกว่าการตรวจรักษาโรคทางอายุรกรรม ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างที่ (4) ช่วงของการเปิดการสนทนาปรากฏทั้งสิ้น 6 ผลัดการสนทนาจึงจะเริ่มต้นการนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ แสดงให้เห็นว่าจิตแพทย์ให้ความสำคัญกับการพบกันครั้งแรกกับผู้ป่วยใหม่ การทักทายที่กล่าวไปนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคล้ายกับการสนทนากับคนที่คุ้นเคยกันถามไถ่ทุกข์สุขระหว่างกันซึ่งเป็นหนึ่งในจุดมุ่งหมายตามที่ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) ได้กล่าวไว้ว่าจุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวชไว้ 3 ประการ คือ 1) ทำความเข้าใจและหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปัญหาของผู้ป่วย 2) สังเกตอาการรวมถึงการแสดงออกในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์ 3) สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เพราะหากผู้ป่วยหรือญาติรู้สึกในแง่บวกกับจิตแพทย์จะทำให้เกิดความร่วมมือและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการมาพบจิตแพทย์ให้ตรงตามการนัดหมายในครั้งต่อ ๆ ไป

## 2. การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์

การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ หมายถึง ขั้นตอนที่เริ่มต้นการถามเกี่ยวกับจุดประสงค์ที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาพบจิตแพทย์เพื่อรักษาอาการที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญและชัดเจนที่สุดในการรักษาโรคทางจิตเวชโดยมีรูปภาพที่แสดงถึงการนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ เช่น “เป็นอย่างไร” “เป็นยังไง” “เป็นยังไงมา” “ว่ายังไง” หรือถ้อยคำอื่นๆ ที่มีความหมายใกล้เคียงกันปรากฏอยู่ ขั้นตอนนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยได้แจ้งจุดประสงค์หลักอย่างชัดเจนเรียบร้อยแล้ว เช่น

ตัวอย่างที่ (6)

- |   |    |   |
|---|----|---|
| 1 | พ. | ปีนี้อายุเท่าไรคะ   |
| 2 | ผ. | ปีนี้ก็ 58  |
| 3 | พ. | [ 58 เนาะ ค่ะ วันนี้มาโรงพยาบาล เป็นอย่างไรคะ มาหาหมอ<br>วันนี้มาหาหมอเรื่องใจสั้น<br>ใจสั้น<br>Z ใจสั้นแล้วก็ปวดหัว<br>Z เป็นอย่างไรคะ |
| 4 | ผ. |   |
| 5 | พ. |   |
| 6 | ผ. |   |
| 7 | พ. | Z เป็นอย่างไรคะ   |
| 8 | ผ. | แบบว่าตกใจ เวลาญาติโยมมาหาเยอะก็จะตกใจ เวลาอยู่องค์เดียว  |
| 9 | พ. | มีอาการตกใจ คนเยอะแล้วจะใจสั้นแบบนี้มานานแค่ไหนแล้วคะ   |

ในตัวอย่างที่ (6) ช่วงแรกแพทย์ได้สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว แล้วจึงนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ในการตรวจรักษาด้วยคำถามว่า “วันนี้มาโรงพยาบาล เป็นอย่างไรคะ มาหาหมอ” เพื่อให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นพระสงฆ์ตอบคำถามเกี่ยวกับสาเหตุในการเดินทางมารักษา แต่ผู้ป่วยไม่ได้บอกจุดประสงค์ทั้งหมดในผลัดเดียว ได้อธิบายเพิ่มเติมในผลัดต่อมาในบรรทัดที่ 6 ว่า “ใจสั้นแล้วก็ปวดหัว” จึงเป็นการยืนยันวัตถุประสงค์หลักในการเข้ารับการตรวจรักษาอย่างชัดเจน จากนั้นจิตแพทย์จึงใช้คำถามว่า “เป็นอย่างไรคะ” เพื่อสอบถามอาการสำคัญต่อไป ขณะเดียวกันในสถานการณ์ที่ปรากฏ ขั้นตอนการสอบถามวัตถุประสงค์ขึ้นมาทันทีที่จิตแพทย์และผู้ป่วยพบกันโดยไม่มีการทักทาย การเรียกขาน การสอบถามการเดินทาง หรือการแนะนำตัว การเริ่มต้นสนทนาด้วยการสอบถาม



วัตถุประสงค์ทันทีที่จะทำให้ระยะเวลาในการเปิดการสนทนาสั้นลง และนำเข้าสู่ขั้นตอนการสอบถามอาการสำคัญและซักประวัติได้รวดเร็วขึ้น เช่น

ตัวอย่างที่ (7)

- |   |    |   |                                      |
|---|----|---|--------------------------------------|
| 1 | พ. | } | เป็นยังไงมาคะ                        |
| 2 | ผ. |   | ปวดศีรษะนอนไม่ค่อยหลับ               |
| 3 | พ. |   | เป็นนานเท่าไรแล้วคะ                  |
| 4 | ผ. |   | เป็น: เป็นเนี่ย(1.0) สองเดือนนี้มั้ง |
| 5 | ญ. |   | [ เป็นมาสามเดือนนี้ล่ะคะ             |

ในตัวอย่างที่ (7) จิตแพทย์เปิดการสนทนาด้วยการสอบถามวัตถุประสงค์โดยไม่มี การทักทาย ซึ่งเป็นการสนทนาที่พบได้ในสองสถานการณ์ คือ สถานการณ์แรกผู้ป่วยใช้การไหว้ ทักทายทันทีที่เข้ามาภายในห้องตรวจ เมื่อจิตแพทย์รับไหว้แล้วจึงสอบถามถึงจุดประสงค์ ส่วน สถานการณ์ที่สองเป็นสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยรอรับการตรวจรักษาเป็นจำนวนมากที่หน้าห้องตรวจ จึง ทำให้จิตแพทย์จำเป็นต้องใช้เวลาในการตรวจผู้ป่วยให้รวดเร็วและกระชับที่สุด การข้ามขั้นตอนการ เปิดการสนทนาด้วยการทักทาย การเรียกขาน การสอบถามการเดินทาง หรือขั้นตอนย่อยอื่น ๆ ไปจะ ทำให้ช่วยทำให้การเปิดการสนทนามีระยะเวลาที่สั้นและกระชับกว่าเดิม แต่สถานการณ์ลักษณะนี้ ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยครั้งนัก เนื่องจากจิตแพทย์ส่วนใหญ่จำเป็นต้องการสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วย เพราะการทักทายเป็นขั้นตอนหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความประทับใจและมีแรงจูงใจที่จะเดินทางมา ตามนัดหมายต่อไป

### 3. การสอบถามอาการสำคัญและซักประวัติ

การสอบถามอาการสำคัญและซักประวัติ หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์ได้รับทราบ วัตถุประสงค์ของผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว และต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เด่นชัดของผู้ป่วย รวมทั้งประวัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจำแนกโรคต่าง ๆ ขั้นตอนนี้จะ ดำเนินไปจนกระทั่งจิตแพทย์ได้ทราบรายละเอียดของอาการสำคัญหรือประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เรียบร้อยแล้ว เช่น

## ตัวอย่างที่ (8)

- 1 พ. แล้ววันนี้ ที่เป็นไงมาไง ไทน์ลองเล่าให้หมอฟังหน่อยครับ ถึงได้มาที่นี่ครับ
- 2 ผ. ปวดหัว -
- 3 พ. } - มีอาการอื่นอีกมั๊ยครับ - ปวดหัวอย่างเดียวนะ
- 4 ผ. } มัน มันปวดมากๆ เลย ปวดขึ้นมากๆ ประมาณห้านาที แล้วก็ค่อยลง
- 5 พ. [ เป็นมานาน
- 6 หรือยัง
- 7 ผ. อาทิตย์หนึ่ง
- 8 พ. Z หนึ่งอาทิตย์ ก่อนหน้านี้เคยเป็นแบบนี้มาก่อนมั๊ยครับ

ในตัวอย่างที่ (8) จิตแพทย์ได้สอบถามวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยจากรูปภาษาในบรรทัดที่ 1 ว่า “เป็นไงมาไง ไทน์ลองเล่าให้หมอฟังหน่อยครับ ถึงได้มาที่นี่ครับ” และหลังจากที่จิตแพทย์ทราบจุดประสงค์ที่ทำให้ผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรูปภาษาในถ้อยคำบรรทัดที่ 2 ว่า “ปวดหัว” แล้ว จึงเป็นขั้นตอนการสอบถามอาการสำคัญที่เกิดขึ้นโดยใช้รูปภาษาในบรรทัดที่ 3 ด้วยคำถามว่า “มีอาการอื่นอีกมั๊ยครับ - ปวดหัวอย่างเดียวนะ” เพื่อให้ผู้ป่วยระบุอาการที่เด่นชัดของโรคที่ผู้ป่วยเป็น รวมทั้งการซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยด้วยถ้อยคำในบรรทัดที่ 5-6 ว่า “เป็นมานานหรือยัง” เมื่อได้รับคำตอบจากผู้ป่วยตามข้อเท็จจริงในบรรทัดที่ 7 ว่า “อาทิตย์หนึ่ง” แล้ว จิตแพทย์จะได้นำข้อมูลไปเปรียบเทียบกับกลุ่มของโรคที่คาดว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคดังกล่าว

## ตัวอย่างที่ (9)

- 1 พ. Z อ้อ: บ้านอยู่พังงาเนาะ เอ่อ วันนี้มาปรึกษาหมอ อยากให้หมอช่วยยังไง
- 2 ครับ
- 3 ผ. (4.0)
- 4 ญ. บอกหมอ ให้หมอรู้
- 5 พ. [ เอ่อ: บอกหมอหน่อยเนาะ ให้หมอเข้าใจเนาะ อยากให้หมอช่วย
- 6 ยังไงครับ เอ่อ เกิดอะไรขึ้นกับสุพรรณมาครับ
- 7 ผ. สมอมน้ำซ่า ๆ ลง

8	พ.	[	[ สมอมมันช้าๆ ลง เหมือนกับคิดอะไรช้าลงอย่างนี้ใช้ไหมครับ
9			ถูกมั๊ยครับ
10	ผ.		(พยักหน้า)
11	พ.		เอ้อ หมอรู้สึกว่ามีเหมือนช่วงนี้สูตรมาตอบอะไร อ่า ช้าลงมั๊ยครับ แสดงว่ามีมันช้า
12			ไปหมดทุกอย่างเลย
13	ผ.		(1.0) เขียนลายมือไม่สลาย
14	พ.		Z อ้อ: เขียนลายมือไม่สลายด้วยเนาะ เอ้อ ตอนนีสูตรมา
15		]	ยี่สิบเก้าเนาะ เรียนอะไรอยู่นะครับตอนนี้
16	ผ.		จะต่อเน

ขั้นตอนการสอบถามอาการสำคัญและซักประวัติในสถานการณ์ตัวอย่างที่ (9) เกิดขึ้นช้ากว่าสถานการณ์ตามปกติ เนื่องจากผู้ป่วยเลือกที่จะเงียบไม่ได้ตอบวัตถุประสงค์ที่จิตแพทย์ถามในผลัดแรก จิตแพทย์จึงต้องตั้งคำถามเพื่อให้เข้าสู่ขั้นตอนการสอบถามอาการสำคัญ จนกระทั่งผู้ป่วยตอบอาการสำคัญในบรรทัดที่ 7 ว่า “สมอมมันช้า ๆ ลง” เมื่อทราบอาการสำคัญแล้ว จิตแพทย์ได้พยายามสอบถามรายละเอียดของอาการนั้นในบรรทัดที่ 11-12 ว่า “เอ้อ หมอรู้สึกว่ามีเหมือนช่วงนี้สูตรมาตอบอะไร อ่า ช้าลงมั๊ยครับ แสดงว่ามีมันช้าไปหมดทุกอย่างเลย” ในขณะเดียวกันจิตแพทย์ได้เริ่มต้นซักประวัติผู้ป่วยไปด้วยในบรรทัดที่ 14-15 ว่า “ตอนนีสูตรมาอายุยี่สิบเก้าเนาะ เรียนอะไรอยู่นะครับตอนนี้” ผู้ป่วยได้ให้คำตอบว่ากำลังอ่านหนังสือเพื่อเตรียมสอบเนติบัณฑิต ข้อมูลประวัติที่ได้รับจากการตอบของผู้ป่วยอาจเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเครียดจนต้องเข้ารับการรักษหากเป็นกรณีผู้ป่วยใหม่ขั้นตอนนี้จะดำเนินไปได้ค่อนข้างช้า เนื่องจากจิตแพทย์จำเป็นต้องสอบถามด้วยการใช้หลายคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยตอบประเด็นที่สามารถระบุออกมาได้ว่าเป็นอาการสำคัญ ก่อนจะนำไปสู่ขั้นตอนการสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิตต่อไป

#### 4. การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต

การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์ได้ทราบอาการสำคัญเรียบร้อยแล้ว และต้องการให้ผู้ป่วยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของโรคให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการตรวจลักษณะทางกายภาพและ

พฤติกรรมของผู้ป่วย ลักษณะการพูด ความคิด การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล สภาวะอารมณ์ ความจำ  
 ความใส่ใจ สมาธิ ระดับเชาวน์ปัญญา ความรอบรู้ การตัดสินใจ ความรู้จกตน และแรงจูงใจในการรักษา  
 เช่น

ตัวอย่างที่ (10)

- 1 พ. เป็นยังไงมาคะ
- 2 ผ. ปวดศีรษะ นอนไม่ค่อยหลับ
- 3 พ. } เป็นมานานเท่าไรแล้วคะ
- 4 ผ. } เป็น: เป็นเนี่ย (1.0) สองเดือนนี้มัน
- 5 ญ. } [ เป็นมาสามเดือนนี้ละคะ
- 6 พ. อืม (3.0) อยู่ ๆ ทำไมนอนไม่หลับละคะ
- 7 ผ. ก็: คิดมาก ซึ่เรื่อยส
- 8 ญ. Z ซึ่เรื่อยส (หัวเราะ)
- 9 พ. อะไรทำให้คิดมากช่วงนี้
- 10 ญ. พอดีเขาเป็นโรคพาร์กินสันอยู่นะคะ แล้วก็ แล้วก็มือเขาสั่น
- 11 พ. [คะ]
- 12 ญ. มือสั่นแล้วทีนี้ ปีนี้จะเกษียณ
- 13 พ. Z อะ อาอะ
- 14 ผ. Z เกษียณปีนี้
- 15 พ. ค่ะ
- 16 ญ. Z แล้วทีนี้(1.0)
- 17 พ. ปีที่ผ่านมา
- 18 ญ. ไม่ค่ะ ปี 59 ปี พ.ศ.59
- 19 พ. Z อ้อ โอเค
- 20 ญ. Z ค่ะ อีกเก้าเดือนจะเกษียณ แล้วทีนี้
- 21 ผู้บังคับบัญชาที่เคย ไม่ ไม่ให้ทำงานให้พักผ่อนรักษาโรค แล้วทีนี้ เขาก็อยู่บ้าน
- 22 คนเดียว

- 23 พ. อยู่คนเดียวมานานเท่าไรแล้วคะ
- 24 ญ. (2.0) สาม ประมาณสามเดือน โ้อ: หลายเดือนประมาณสามเดือน สามสี่เดือน
- 25 ห้าเดือน ประมาณนี้ล่ะคะ แยกไปมาอยู่นะคะ ที่ทำงานอาทิตย์ละครั้งหรือสอง
- 26 อาทิตย์ครั้ง
- 27 พ. เลยเหงาใช้มั้ยคะ
- 28 ญ. Z เหงาค่ะ
- 29 พ. } เศร้ามั้ยคะ
- 30 ผ. } (2.0) อะไรครับ
- 31 พ. } เศร้ามั้ย
- 32 ญ. [เศร้ามั้ย]
- 33 ผ. (2.0) เศร้าก็มีอยู่
- 34 ญ. (หัวเราะ) (3.0) แก่สั้นเพราะพาร์กินสัน
- 35 พ. อ้อ: โอเค เอายามาด้วยมั้ยคะ
- 36 ญ. Z เอามาค่ะ(หยิบยาขึ้นมาบนโต๊ะ) เกิดจากสาเหตุกิน
- 37 เหล้ามากมั้ยคะคุณหมอ แล้วเลิก แก่เลิกมาตั้งแต่ปี 56
- 38 พ. เกี่ยวกับพาร์กินสันเพราะว่าถ้าเลิกเหล้ามันจะเป็นช่วงเดือนช่วงหนึ่งเดือน (3.0) อัน
- 39 นี้คือยาที่กินล่าสุดใช้มั้ยคะ
- 40 ญ. ค่ะ ที่กินอยู่ ล่าสุดทุกวัน
- 41 ผ. [ที่กินอยู่ทุกวัน] [นี้สี่เม็ด กำละสี่เม็ด]

จากตัวอย่างที่ (10) ผู้ป่วยใหม่เพศชายมีภาวะเครียดมารักษาตัวพร้อมกับญาติ ในช่วงแรกที่เข้าตรวจรักษาจิตแพทย์ได้เปิดการสนทนาด้วยการนำเข้าวัตถุประสงคในทันทีด้วยรูป ภาษาบรรทัดที่ 1 ว่า “เป็นยังไงมาคะ” ผู้ป่วยจึงตอบในผลัดต่อมาว่า “ปวดศีรษะ นอนไม่ค่อยหลับ” ซึ่งเป็นอาการสำคัญของผู้ป่วย เมื่อจิตแพทย์ทราบอาการสำคัญแล้วจึงสอบถามรายละเอียดเกี่ยวข้องกับอาการสำคัญเรื่องปวดศีรษะและนอนไม่หลับในบรรทัดที่ 3 ว่า “เป็นมานานเท่าไรแล้วคะ” เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติระบุระยะเวลาที่เกิดอาการสำคัญนั้น แล้วจึงสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคในบรรทัดที่ 6 ต่อเนื่องไป แต่การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญใน

สถานการณ์นี้ยังปรากฏอีกครั้งในบรรทัดที่ 29 และ 31 ว่า “เศร้ามัยคะ” และ “เศร้ามัย” เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับอาการสำคัญอีกครั้ง เนื่องจากอาการที่ผู้ป่วยเป็นอาจมีส่วนหนึ่งที่อยู่ในขอบข่ายของโรคซึมเศร้า ดังนั้น ขั้นตอนการสอบถามรายละเอียดเกี่ยวข้องกับอาการสำคัญอาจจะปรากฏได้หลายครั้งแทรกอยู่ในขั้นตอนอื่นๆ ขึ้นอยู่กับประเด็นสงสัยของจิตแพทย์

### 5. การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค

การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์พยายามสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่คาดว่าจะจะเป็นเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลังจากที่ได้ทราบวัตถุประสงค์ โดยใช้รูปภาพ เช่น “เพราะอะไร” “คิดว่าสาเหตุคืออะไร” “ทำไมถึงมีอาการแบบนั้น” “เกิดจากอะไร” หรือถ้อยคำอื่นๆ ที่มีความหมายใกล้เคียงกัน ขั้นตอนนี้จะปรากฏขึ้นหลังจากที่จิตแพทย์ได้สอบถามอาการสำคัญและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสอบสภาพจิตของผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว เช่น

#### ตัวอย่างที่ (11)

- 1 ผ. Z คือแบบ (1.0) ตอนแรกก็ไม่ได้กังวลมากนะคะ คือแบบมันก็เริ่มมี
- 2 อาการใจสั่นบ้าง หายใจหอบ พอหลังๆ มา เริ่มเหมือนจะไม่มีสติเป็นของ ไม่ เหมือน
- 3 จะควบคุมสติตัวเองไม่ได้คะ (1.0) เวลาออกไปไหนก็ไม่กล้าออกไป ขับรถก็กลัว
- 4 ตัวเองเป็น ไปไหนก็ไม่กล้าไป ไม่กล้า : ทำอะไรสักอย่างเลยคะ อยากรู้อยู่แต่ในห้อง
- 5 อยู่คนเดียว
- 6 พ. Z เคยเป็นถึงขั้นเป็นแล้วซ็อกไปเลยมัย
- 7 ผ. ยังคะ ยิง ๆ ยังไม่ถึงขั้นนั้น
- 8 พ. Z แต่มันใกล้ ๆ แล้ว
- 9 ผ. Z ค่ะ
- 10 พ. มันเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
- 11 ผ. Z ค่ะ มันเพิ่ม
- 12 พ. [ เมื่อกี้คุณบอกว่ากลัว กลัวอะไรคะ
- 13 ผ. กลัวเป็นเหมือนเพื่อน

- 14 พ. ความรู้สึกตอนที่เห็นเพื่อนเป็นนั่น มัน : (1.0)
- 15 ผ. (2.0) เหมือนจะเป็นตามค่ะ
- 16 พ. { เหมือนจะเป็นตามนะ คิดว่าเขาเป็นเพราะอะไร
- 17 ผ. { (1.0) แรกกดดันค่ะ
- 18 พ. { แรกกดดัน (2.0) ในขณะที่นั่นนะ เราเจอแรงกดดันเหมือนกันมัย
- 19 ผ. { เหมือนกันค่ะ
- 20 พ. { คิดว่าเหมือนกันนะ สิ่งที่เราคิดว่าเป็นแรงกดดันคือ: (2.0)
- 21 ผ. (1.0) เสียง คำพูด การกระทำ (หัวเราะ)
- 22 พ. สิ่งที่รุ่นพี่แสดงออกมา
- 23 ผ. Z ใช่มั้ย
- 24 พ. มันทำให้เรารู้สึกไม่ดี
- 25 ผ. ใช่มั้ย
- 26 พ. Z เครียดนะแล้ว:
- 27 ผ. [หนู] ก็ได้ยิน เวลาได้ยินเขาพูด เอ๊ะ จะเป็นไฮเปอร์หรือ จะชัก
- 28 เหนื่อยอะไรประมาณนี้ ทั้งที่พูดเล่นนะคะ แต่ว่ามันเหมือนกระตุ้นหนูค่ะ แบบว่าหนูจะ
- 29 แบบ อึ้นขึ้นมา เหมือนตัวเองจะเป็นอาการแบบนั้น(1.0) หนูจะอยู่ไม่สุขเลย หนูจะ
- 30 พ. [ แม้ว่า
- 31 เราจะไม่ได้อยู่ในบรรยากาศแบบนั้น เราก็ยังเป็นหรือคะ
- 32 ผ. Z ค่ะ
- 33 พ. } (1.0) มีอะไรบ้างที่ทำให้เครียดในช่วงนี้
- 34 ผ. (1.0) เครียดช่วงนี้หรือคะ
- 35 พ. Z อืม
- 36 ผ. ก็: ก็ช่วงนี้ก็ยังไม่เครียดมากค่ะ เพราะว่ายังไม่เปิดเทอม มันก็มีกิจกรรมเข้ามา
- 37 เรื่อยๆ ของมันก็มีมาให้เครียดบ้าง เราก็เลย สุขภาพเราเป็นแบบนี้เราก็ไม่ยากแบบ
- 38 หนูอยากไปนะคะ แต่ว่า พอไปแล้วหนูรู้สึกไม่ดี หนูเลย หนูทำอะไรไม่ได้กับเพื่อน
- 39 หนูก็ไม่อยากเป็นภาระให้ใคร ตัวถ่วงให้เพื่อน
- 40 พ. มีเพื่อนคนอื่นที่เป็นเหมือนๆ เรามั้ย

- 41 ผ. (1.0) คือ
- 42 พ. [ ที่ยังไม่ถึงขั้นเป็นไฮเปอร์ แต่ว่าเป็นกังวล : เป็นกดดัน มีอาการอย่างนี้
- 43 ผ. (2.0) ไม่: นะคะ
- 44 พ. Z ไม่มี
- 45 ผ. [ ค่ะ
- 46 พ. [ ดูเหมือนว่า เรายังมีอาการหลงเหลือจากห้องเชียร์มา
- 47 ผ. ใช่ค่ะ
- 48 พ. เพื่อนๆ คนอื่นเค้าไม่เป็น เพราะว่า :
- 49 ผ. [ ค่ะ ] Z ก็ไม่รู้เหมือนกัน (หัวเราะ)

จากตัวอย่างที่ (11) หลังจากที่ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญว่ามีอาการใจ สั่น หายใจหอบ ไม่มีสติ และอาการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในบรรทัดที่ 1-15 เรียบร้อยแล้ว จิตแพทย์จึงได้ เริ่มต้นขั้นตอนการสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคในบรรทัดที่ 16 ว่า “คิดว่าเขาเป็นเพราะอะไร” ในบรรทัดที่ 20 ว่า “สิ่งที่คิดว่าเป็นแรงกดดันคือ” และในบรรทัดที่ 33 ว่า “มีอะไรบ้างที่ทำให้เครียดในช่วงนี้” เพื่อค้นหาและพยายามให้ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่แท้จริง จนกระทั่งได้รับ คำตอบของสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยว่าน่าจะเป็นเพราะกิจกรรมเข้าเชียร์ของมหาวิทยาลัย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จึงต้องเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวและน่าจะเป็นสาเหตุให้เกิด อาการป่วยเหล่านี้ สังเกตเห็นได้ว่าจิตแพทย์พยายามสอบถามเกี่ยวกับสาเหตุของการอาการป่วย มากกว่าหนึ่งครั้งเนื่องจากเป็นผู้ป่วยใหม่ เพื่อค้นหาต้นเหตุที่แท้จริงและนำไปสู่การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ผู้วิจัยสังเกตว่าจิตแพทย์กำลังเริ่มขั้นตอนการวินิจฉัยแยกโรคเห็นได้จากรูปภาพในบรรทัดที่ 42 ว่า “ที่ยังไม่ถึงขั้นเป็นไฮเปอร์ แต่ว่าเป็นกังวล : เป็นกดดัน มีอาการอย่างนี้” และบรรทัดที่ 46 ว่า “ดู เหมือนว่า เรายังมีอาการหลงเหลือจากห้องเชียร์มา” เนื่องจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค ครบถ้วนแล้ว

## 6. การแจ้งการวินิจฉัยแยกโรค

การแจ้งการวินิจฉัยแยกโรค หมายถึง ขั้นตอนการอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อ ระบุกลุ่มของโรคที่ผู้ป่วยมีอาการใกล้เคียง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบว่าป่วยเป็นโรคใด ขั้นตอนนี้



จะเกิดขึ้นหลังจากที่จิตแพทย์ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติเพียงพอแล้ว และเป็นขั้นตอนที่จะเกิดขึ้น  
ในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคกับผู้ป่วยใหม่เท่านั้น เช่น

ตัวอย่างที่ (12)

- 1 พ. - วันนี้มากับใครครับ
- 2 ผ. Z มากับแฟน - บางทีก็คิดว่าจะเอาไปถวายวัดหมดเลย
- 3 พ. - บ้านอยู่แถวไหนครับ
- 4 ผ. แถวบ้านยาง
- 5 พ. - - จันเดียวเรียกแฟนเข้ามาด้วยได้มั๊ย - - ตอนนี้หมอคิดว่าอาการแบบนี้ถูกเข้าได้กับ
- 6 โรควิตึมเศร้า เคยได้ยินชื่อโรคนี้มั๊ยครับ
- 7 ญ. ซึมเศร้า
- 8 พ. ซึมเศร้าเป็นแบบนี้แหละ แล้วตอนนี้บางครั้งคุณแก้วเกิดความรู้สึกว่าไม่อยากมี
- 9 ชีวิตอยู่นะ ซึ่งอันนี้อาจจะ คือมันเป็นอาการของตัวโรค แต่ว่าที่หมอเรียกแฟน
- 10 เข้ามาฟังด้วย เพราะอยากให้ช่วยดูแลคุณแก้วนะ ช่วยกันระมัดระวังนะใน
- 11 ระหว่างนี้ เพราะว่ามันเกิดความคิดไม่อยากจะอยู่ขึ้นมา หมอให้พยายามบอกญาติ
- 12 ว่ามีความคิดแบบนี้ขึ้นมา
- 13 ญ. ผมก็ว่าเอ๊ะ ทำไมพูดแต่เรื่องเก่า คุณอยากตาย
- 14 พ. ครับ เป็นอาการของโรค เพราะงั้น ก็เลยอยากให้ญาติช่วยดูแลใกล้ชิดในช่วงที่
- 15 ช่วงแรกที่ยามันยังไม่ออกฤทธิ์ แล้วยังมีอาการอยู่ ถ้ากินยาไปสักพักหนึ่งแล้ว อาการ
- 16 เค้จะดีขึ้น ตอนนี้หมอยังหาสาเหตุไม่เจอ ว่าเพราะอะไร ส่วนใหญ่มักจะมีสาเหตุที่
- 17 ถึงแม้จะเป็นโรคทางจิตเวชก็ตาม มักมีความเครียดหรือบางคนก็เป็นไทรอยด์ เคย
- 18 เป็นไทรอยด์มั๊ย
- 19 ผ. ไม่เคยคะ ตรวจไปแล้ว
- 20 พ. ปกติดี
- 21 ผ. ตรวจอยู่โรงพยาบาลศูนย์

จากตัวอย่างในสถานการณ์ที่ (12) ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า จิตแพทย์ได้สอบถามผู้ป่วยจนได้รับข้อมูลเพียงพอแล้วจึงได้สอบถามผู้ป่วยว่า “วันนี้มากับใครครับ” โดยมีเจตนาเพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้เข้าฟังการวินิจฉัยแยกโรคพร้อมกับผู้ป่วย เพราะญาติจะเป็นบุคคลที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วย การแจ้งผลการวินิจฉัยแยกโรคเริ่มต้นด้วยรูปภาพที่ใช้ถ้อยคำในบรรทัดที่ 5-6 ว่า “ตอนนี้หมอคิดว่าอาการแบบนี้ถูกเข้าได้กับโรคซึมเศร้า เคยได้ยินชื่อโรคนี้มั้ยครับ” และบรรทัดที่ 8-9 ด้วยถ้อยคำที่ว่า “ซึมเศร้าเป็นแบบนี้แหละ แล้วตอนนี้บางครั้งคุณก็เกิดความรู้สึกว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่เนาะ ซึ่งอันนี้อาจจะ คือมันเป็นอาการของตัวโรค...” จากนั้นจิตแพทย์จึงใช้ถ้อยคำอธิบายชี้แจงถึงอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตรงกัน ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเพราะผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าอาการที่ผู้ป่วยใหม่เป็นนั้นเข้าข่ายโรคใด เกิดจากสาเหตุใด หรือแม้แต่ระดับความรุนแรงของโรคมียากน้อยเพียงใด การรับฟังคำวินิจฉัยแยกโรคจะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจสอดคล้องกับหลักวิชาการจิตเวชศาสตร์ นำไปสู่การยอมรับการรักษาซึ่งเป็นขั้นตอนที่ใช้ระยะเวลาหลายเดือน

## 7. การวางแผนการรักษาและการใช้ยา

การวางแผนการรักษาและการใช้ยา หมายถึง ขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังจากการแจ้งการวินิจฉัยโรคเรียบร้อยแล้ว จิตแพทย์จะอธิบายลำดับวิธีการในการรักษา รวมทั้งการใช้ยาที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยและญาติ เช่น

### ตัวอย่างที่ (13)

- 1 พ. สำหรับอาการปวดศีรษะ เรื่องจะให้ลดอาการปวด ให้นอน หมอคิดว่าหมอช่วยคุณ
- 2 ได้อยู่ นะ
- 3 ผ. ให้มันหายตรงนี้ไป
- 4 พ. [ เพียงแต่ว่าอาการบรรเทาทำได้ แต่ที่นี้ทำไมมันถึงปวดคุณรู้
- 5 ใจมั๊ย
- 6 ผ Z ค่ะ
- 7 พ. เราก็ต้องแก้ตรงต้นเหตุนะ อันนี้เป็นอาการกำเริบเหตุนะ การกินยานี้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น
- 8 มันมาจากความเครียดของเรา ความที่เราคิดรู้อะไรก็คิดไปก็ยังคงคิด ทำใจไม่ได้

- 9 เนาะ ก็ต้องค่อยพยายามทำใจ แก้ปัญหา ถ้ารู้ว่าคุณคิดมันเข้ามาแล้วจะทำ  
10 ยังไงล่ะที่นี่
- 11 ผ. (หัวเราะ) ก็จะเลิกคิด พยายามจะเลิกคิดต้องให้หายให้ได้ ต้องสู้ชีวิตต่อไป เอาตรงนี้  
12 ให้มันหาย ให้มันหายก่อน เพราะถ้าไปทำงานมันยังปวดอยู่ มันก็ทำงานไม่ได้
- 13 พ. { อาการปวด อาการคิดมันคงเข้ามาเรื่อยๆ เนาะ ก็ขอให้รู้ว่ากำลังคิด ถ้ามีสติ  
14 ระลึกรู้ว่าเรากำลังคิดอยู่ เราก็จะไม่ได้คิด จะไปทำอย่างอื่นจะได้ไม่ต้องคิดหรือไป  
15 คุยกับคนนั้นคนนี้ซะ จะได้สบายใจขึ้นเนาะ
- 16 ผ. } Z จ๊ะ
- 17 พ. } ยาที่หมอให้จะมียาแก้ปวดนะ ถ้าปวดมากก็กินเสริมไป มีอะไรอยากถามหมอมั้ย

ผู้ป่วยในสถานการณ์ตัวอย่างที่ (13) เป็นผู้ป่วยใหม่ที่มีอาการเครียดและนอนไม่หลับ สาเหตุจากสามีเพิ่งเสียชีวิตไปเมื่อสองสัปดาห์ก่อนที่จะมาพบจิตแพทย์ รวมทั้งความกังวลเกี่ยวกับสถานะทางการเงินของครอบครัว เมื่อจิตแพทย์วินิจฉัยในถ้อยคำว่า “แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นมันมาจากความเครียดของเรา” เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของโรคเกิดจากอะไร แล้วจึงอธิบายต่อด้วยขั้นตอนการวางแผนการรักษาในบรรทัดที่ 13-15 ว่า “อาการปวด อาการคิดมันคงเข้ามาเรื่อย ๆ เนาะ ก็ขอให้รู้ว่ากำลังคิด ถ้ามีสติระลึกรู้ว่าเรากำลังคิดอยู่ เราก็จะไม่ได้คิด จะไปทำอย่างอื่นจะได้ไม่ต้องคิดหรือไปคุยกับคนนั้นคนนี้ซะ จะได้สบายใจขึ้นเนาะ” และการใช้ยาจากถ้อยคำในบรรทัดที่ 17 ว่า “ยาที่หมอให้จะมียาแก้ปวดนะ ถ้าปวดมากก็กินเสริมไป” เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการรักษาและการใช้ยา ในกรณีนี้จิตแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะจากความเครียด แต่ยังไม่ร้ายแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพราะเป็นเพียงการได้รับความกระทบกระเทือนใจอย่างกะทันหัน ทำผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องรับภาระต่อเนื่องเหมือนการรักษาโรคมะเร็งหรือโรควิตกกังวล จิตแพทย์จึงอธิบายการใช้ยาแก้ปวดเพื่อรักษาอาการในปัจจุบันเท่านั้น ขั้นตอนนี้จิตแพทย์จะอธิบายค่อนข้างละเอียดเนื่องจากหากผู้ป่วยหรือญาติไม่เข้าใจกระบวนการรักษาหรือการใช้ยาอาจทำให้อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น

## 8. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ รายละเอียด การรักษา การดูแลตนเอง การใช้ยา หรือเรื่องอื่นๆ ที่ยัง

เป็นประเด็นคำถามในจิตใจของผู้ป่วยหรือญาติ เป็นการถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่กระจ่างแจ้งและ สอดคล้องตรงกันทั้งสองฝ่าย โดยที่จิตแพทย์จะใช้ขั้นตอนนี้ตรวจสอบความเข้าใจและความต้องการ ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการตรวจรักษา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเป็นขั้นตอนที่จิตแพทย์ได้ส่ง สัญญาณว่าได้มาถึงขั้นตอนก่อนสิ้นสุดการสนทนา(pre-closing) ต่อผู้ป่วยและญาติเพื่อแจ้งว่าการ สนทนาหรือการตรวจรักษาใกล้จะสิ้นสุดแล้ว เช่น

#### ตัวอย่างที่ (14)

- 1 พ. ลิโพ เอ็มร้อย กาแฟ เหล้า เปียร์ ขอให้งด
- 2 ผ. Z ผมไม่ค่อยกินหรอก นาน ๆ ทีถึงกิน
- 3 ครั้งหนึ่ง
- 4 พ. ค่ะ ถ้างดได้ก็งดไปซะ
- 5 ผ. ครับ
- 6 พ. } มีอะไรอยากถามหมอมัยคะ
- 7 ผ. ไม่ครับ
- 8 พ. ฉันหมอนัดเดือนนี้มาจะคะ กลับมาพบหมอนะ เรียบร้อยค่ะ โตะเบอร์ 6 นะ

#### ตัวอย่างที่ (15)

- 1 พ. กาแฟ เป็นอย่างนี้กินกาแฟไม่ดี เพราะว่ามันกระตุ้น พอหัวใจเริ่มเต้นเร็วขึ้น ใจสั่น
- 2 มันจะทำให้เกิดอาการได้
- 3 ผ. [ มี
- 4 พ. [ แอลกอฮอล์ ]
- 5 ผ. [ ครั้งหนึ่ง ] หนูกินโค้กค่ะ กินโค้กหมดสามแก้วเล็กๆ ตอนนั้น
- 6 คือหนูนอนไม่ได้เลย
- 7 พ. โค้กก็มีคาเฟอีนนะ
- 8 ผ. Z ค่ะ หนูก็มีแค่นี้(หัวเราะ)
- 9 พ. ไอ้ที่เป็นคาเฟอีน สารกระตุ้นนะ อะ เบื้องต้นคุยแค่นี้ก่อนนะ
- 10 ผ. ค่ะ

- 11 พ. } มีอะไรอยากถามหมอมัยคะ ก่อนจบ  
 12 ผ. } Z ไม่ค่ะ
- 13 พ. [ สภาพร่างกายสภาพหัวใจดีค่ะ
- 14 เพราะถ้าไปตรวจแล้ว เค้าเจอเค้าต้องบอกเราแล้ว อันนี้มันเป็นที่ประสาทควบคุม
- 15 ระบบอัตโนมัติ หัวใจมันทำงานไวเกิน แล้วเราพยายามเรียนรู้ที่จะควบคุม คุณได้
- 16 คุมได้ด้วยตัวเอง ไม่ตาย
- 17 ผ. ค่ะ (เสียงเบา)
- 18 พ. Z หมอบอกแล้วว่าไม่มีใครตายจากอาการนี้
- 19 ผ. ค่ะ
- 20 พ. โอเค ถ้าเป็นยังไงก็มานะคะ ถ้าจะพบหมอมาวินศุภร์นะคะ
- 21 ผ. ค่ะ
- 22 พ. Z แต่เข้านะ
- 23 ผ. ค่ะ ขอขอบคุณค่ะ

จากตัวอย่างที่ (14) ในสถานการณ์นี้จิตแพทย์ได้กล่าวกับผู้ป่วยนอกรายใหม่ในบรรทัดที่ 1 ว่า “ลิโธ เอ็มร็อย กาแพ เหล้า เบียร์ ขอให้งด” เพื่อประกอบกับขั้นตอนการวางแผนการรักษาและการให้ยา เนื่องจากเครื่องดื่มน้ำที่จิตแพทย์กล่าวไปนั้นจะส่งผลเสียต่อการรักษาอาการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยตอบรับว่า “ครับ” ในบรรทัดที่ 5 จิตแพทย์จึงเข้าสู่ขั้นตอนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามซึ่งเป็นการส่งสัญญาณว่าใกล้จะสิ้นสุดการสนทนาหรือการตรวจรักษาในบรรทัดที่ 6 ว่า “มีอะไรอยากถามหมอมัยคะ” เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามเกี่ยวกับอาการของโรคที่ยังสงสัยอยู่นอกจากนี้ยังเป็นการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนที่จะนำไปสู่การปิดการสนทนาต่อไปเช่นเดียวกับตัวอย่างที่ (15) จิตแพทย์พยายามสอบถามถึงเครื่องดื่มน้ำที่ผู้ป่วยดื่มเป็นประจำและเน้นให้งดสารประกอบจากคาเฟอีน ซึ่งเป็นสาเหตุให้การรักษาอาจไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้ จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในบรรทัดที่ 11 ว่า “มีอะไรอยากถามหมอมัยคะ ก่อนจบ” เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยอีกครั้ง และเมื่อผู้ป่วยตอบว่า “ไม่ค่ะ” จิตแพทย์น่าจะไม่แน่ใจในความเข้าใจของผู้ป่วย จึงได้อธิบายเพิ่มเติมในบรรทัดที่ 13-16 ยืนยันให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่การสนทนาในขั้นตอนการนัดหมายต่อไป

## 9. การนัดหมาย

การนัดหมาย หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์กำหนดวันเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องมาพบอีกครั้งเพื่อติดตามอาการ ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นหลังจากการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและก่อนการกล่าวอำลาหรือการปิดการสนทนาเสมอ เช่น

ตัวอย่างที่ (16)

- 1 พ. - - วันนี้หมอจะให้ยาไปกิน แต่ว่ายาจะเริ่มออกฤทธิ์ประมาณหนึ่งถึงสองสัปดาห์ จะ  
2 เริ่มทำให้อารมณ์รู้สึกดีขึ้น จะมีอาการกังวลให้ด้วย ถ้ากินแล้วมันจะง่วง มีน้  
3 หน้อยเนาะ ห้ามขับรถ
- 4 ผ. บางทีก็กินยานอนหลับ
- 5 พ. ห้ามขับรถ แล้วก็จะมียานอนหลับให้ เผื่อไม่หลับก็เอามากิน แต่ยังไงก็ตาม ยา  
6 ทั้งหมดให้ญาติเป็นคนถือไว้ ยาทั้งหมดเลยนะ ไม่ให้คนไข้ถือเองนะครับ พอถึงเวลา  
7 ให้ญาติเอามาให้คนไข้กินนะครับ
- 8 ผ. ครับ
- 9 พ. - มีอะไรอยากถามมั้ย - หรือสงสัยมั้ย หรือเห็นด้วยหรืออาจจะไม่เห็นด้วย ว่าไม่เห็น  
10 จะเป็นเหมือนโรคซึมเศร้าเลย
- 11 ญ. โรคที่ว่านี้ ยังหาสาเหตุไม่เจอใช่มั้ย
- 12 พ. อะไรนะ
- 13 ญ. มันเสี่ยงกับโรคซึมเศร้า
- 14 พ. ตอนนี้เป็นโรคซึมเศร้า เป็นแล้ว แล้วก็ แต่ไม่เป็นโรคย่อย ๆ คุยกันไป หมอจะค่อย ๆ  
15 ดูให้นะ ช่วงนี้ก็พยายามอยู่คนเดียว ถึงแม้ว่าเราจะอยากอยู่คนเดียวก็ตาม  
16 พยายามหาอะไรทำ ไม่ให้อยู่เฉย ๆ
- 17 ผ. ไม่มีอะไรให้ทำ
- 18 พ. Z ไปเที่ยวบ้าง ไปเดินเล่นบ้างไม่ให้หมกตัวอยู่ในบ้านอย่างเดียวครับ
- 19 } ยิ่งอยู่เฉย ๆ ยิ่งฟุ้งซ่านนะ ยิ่งคิดมากก็คิดวนแต่เรื่องเดิม ๆ นั้นแหละ - - หมอให้ยาไว้  
20 } หนึ่งเดือน ถ้ากินยาแล้วสองสัปดาห์อาการไม่ดีขึ้น หรืออาการแย่ลงกว่าเดิมให้  
21 } รีบมาโรงพยาบาลก่อนนัด - ยากินแล้วห้ามขับรถ หรือทำอะไรที่เป็นอันตรายเพราะว่า  
22 } จะมีน้(เสียงประกาศจากข้างนอก) - - ไม่ถามอะไรนะ

- 23    ญ.    - - ให้ออกเดินเล่นนะครับคุณหมอ
- 24    พ.    ไปเที่ยวบ้าง ไปพักผ่อนบ้าง - - แล้วก็ยังมีอีกตัวนึง เวลาที่เรารู้สึกตกใจมากๆ รู้สึก
- 25           กลัวมากๆ เอามากินได้ แต่ตัวนี้ไม่ให้กินบ่อยนะ อะ เรียบร้อย เดี่ยวอันนี้ไปยื่นที่โต๊ะ
- 26           เบอร์หกนะครับ
- 27           ครับสวัสดิ์ครับ

จากตัวอย่างที่ (16) หลังจากที่จิตแพทย์ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติสอบถามในบรรทัดที่ 9-10 ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ส่งสัญญาณว่าใกล้จะสิ้นสุดการสนทนา ญาติจึงได้สอบถามถึงประเด็นคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคที่ยังไม่เข้าใจ เมื่อได้คำตอบตามที่ต้องการแล้ว จิตแพทย์จึงนำเข้าสู่ขั้นตอนการนัดหมายในบรรทัดที่ 19-21 ว่า “หมอให้ยาไว้หนึ่งเดือน ถ้ากินยาแล้วสองสัปดาห์อาการไม่ดีขึ้น หรืออาการแย่งกว่าเดิมให้รีบมาโรงพยาบาลก่อนนัด...” เมื่อการนัดหมายเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จิตแพทย์ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติสอบถามอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความเข้าใจอีกครั้ง จากนั้นจึงได้นำเข้าสู่การกล่าวคำอำลาหรือการปิดการสนทนาในการตรวจรักษาครั้งนี้

## 10. การปิดการสนทนา

การปิดการสนทนา หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์นำเข้าสู่การสิ้นสุดการสนทนา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าหมดเวลาในการตรวจรักษาเรียบร้อยแล้ว โดยอาจจะมีหรือไม่มีกรกล่าวถ้อยคำอำลาเหมือนในสถานการณ์การสื่อสารอื่น ๆ ก็ได้ เช่น

### ตัวอย่างที่ (17)

- 1    พ.    - - มีอะไรอยากถามหมอไหม - คุณแม่อยากถามอะไรมั๊ย
- 2    ญ.    คุณหมอคะช่วย เอ่อ ที่นี้ขอซื้อยา ให้อาบน้ำสะอาดมือ ที่ทำความสะอาดข้างหน้า
- 3           ได้ไหม
- 4    พ.    เจลดเธอ
- 5    ญ.    ไอ้ ไอ้ เจลนะ
- 6    พ.    หมอไม่แน่ใจ เดี่ยวหมอกถามให้หะ - - ไม่ถามอะไรนะครับ ันหมอนัด 2 สัปดาห์นะ
- 7           }    ันเดี่ยวรบกวนนั่งรอด้านหน้าสักครู่ครับ

จากสถานการณ์ตามตัวอย่างที่ (17) พบว่า หลังจิตแพทย์ได้นำการสนทนาเข้าสู่ขั้นตอนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามจากถ้อยคำว่า “มีอะไรอยากถามหมอไหม – คุณแม่อยากถามอะไรมั๊ย” และเมื่อญาติผู้ป่วยได้ตอบคำถามไปแล้ว จิตแพทย์จึงได้นำบทสนทนาเข้าสู่ขั้นตอนการนัดหมายและการกล่าวคำอำลาในถ้อยคำช่วงเดียวกันว่า “งั้นหมอนัด 2 สัปดาห์นะ งั้นเดี๋ยวยุบายกันรอก่อนหน้าสักครู่ครับ” เป็นสัญญาณในการแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า การตรวจรักษาโรคได้ดำเนินมาถึงช่วงสุดท้ายเรียบร้อยแล้ว ในสถานการณ์นี้จิตแพทย์ไม่ได้ใช้การกล่าวคำอำลาตามธรรมเนียมหรือตามมารยาทเนื่องจากญาติต้องการสื่อสารด้วยวัตถุประสงค์บางประการ จิตแพทย์จึงปิดการสนทนาด้วยการตอบรับวัตถุประสงค์ในการสอบถามของญาติผู้ป่วยแทนการกล่าวอำลาว่าสวัสดิ์

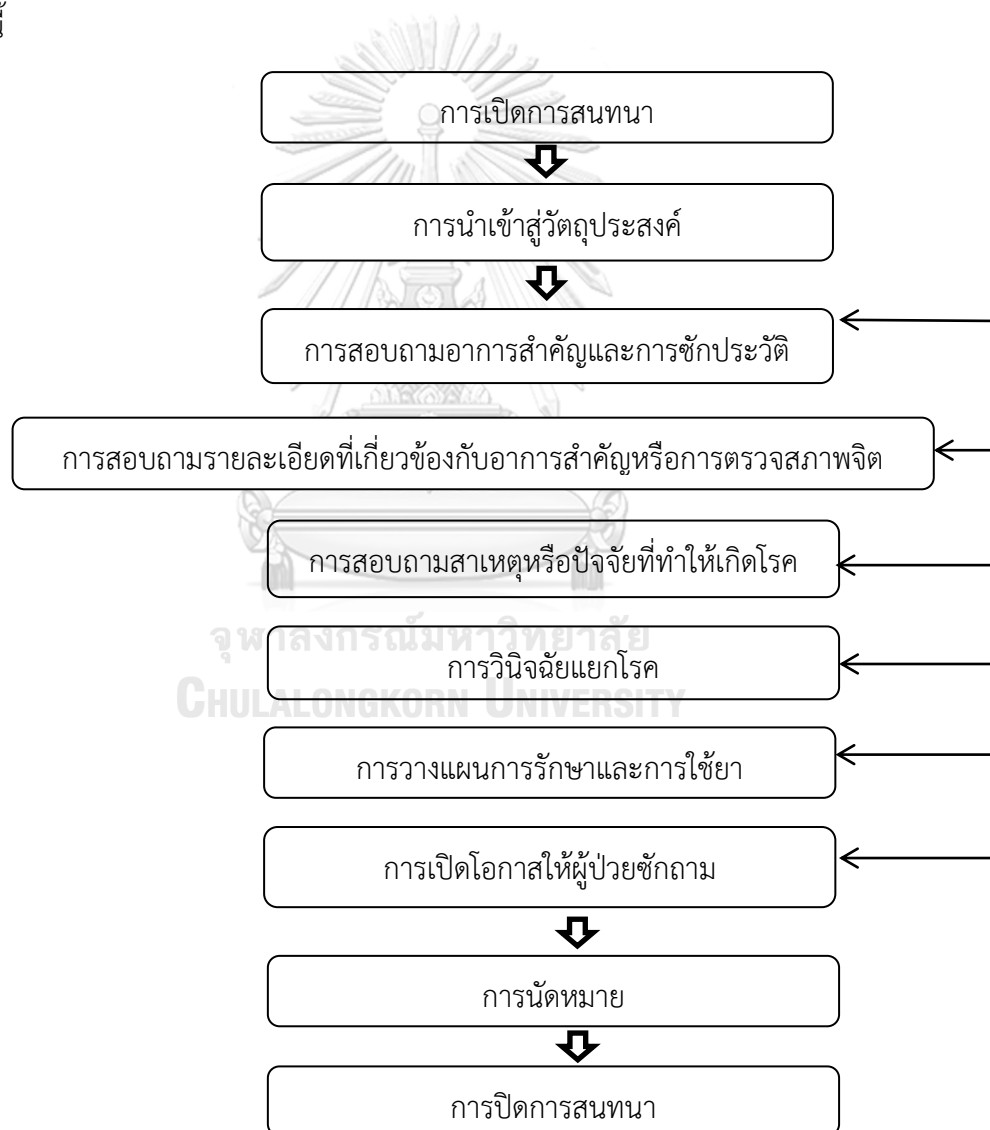
#### ตัวอย่างที่ (18)

- 1     ญ.     มันเกี่ยวข้องกับประจำเดือนมั๊ย เลือดเค้า
- 2     พ.     อ่า: อาจจะไม่เกี่ยวเท่าไร หมอว่าอาจเป็นความเครียดในช่วงหนึ่งที่ผ่านมา
- 3             ในตอนนี้นะครับ
- 4     ญ.             Z ครับ
- 5     พ.     หมอนัดสองสัปดาห์นะครับ ถ้ารู้สึกไม่ไหว หรือญาติสังเกตว่าสุทธมารู้สึกว่าต้องการ
- 6             ความช่วยเหลือก็ให้มาที่โรงพยาบาลก่อนนัดได้นะครับ เดี่ยวจะค่อย ๆ ดีขึ้นนะ
- 7     }     สุทธมา แต่ก็ให้ค่อย ๆ ดูแลตัวเองก่อนนะครับ ครับ ๆ หวัดดีครับ หวัดดีครับ

ตัวอย่างการกล่าวคำอำลาในการปิดการสนทนาสถานการณ์ที่ (18) แตกต่างจากในสถานการณ์ที่ (17) เนื่องจากในสถานการณ์ที่ (18) จิตแพทย์ได้ตอบคำถามที่ผู้ป่วยและญาติสงสัยไปจนครบถ้วนแล้วในบรรทัดที่ 2-3 ผู้ป่วยหรือญาติจึงไม่มีคำถามหรือประเด็นสงสัยอีกเห็นได้จากการตอบรับในบรรทัดที่ 4 ว่า “ครับ” จากนั้นจิตแพทย์จึงดำเนินการขั้นตอนต่อไปด้วยการนัดหมายในบรรทัดที่ 5 เมื่อนัดหมายแล้วจิตแพทย์พยายามพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยการให้กำลังใจเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ และการกล่าวคำอำลาสองครั้งในบรรทัดที่ 7 ด้วยคำว่า “หวัดดีครับ หวัดดีครับ” ซึ่งเป็นการกล่าวคำอำลาทั้งผู้ป่วยในการกล่าวอำลาครั้งที่หนึ่งและกล่าวอำลากับญาติผู้ป่วยในครั้งที่สองในถ้อยคำเดียวกัน



การสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่ เริ่มต้นที่ขั้นตอนการเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การวินิจฉัยแยกโรค การวางแผนการรักษาและการใช้ยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา โดยขั้นตอนตั้งแต่การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค สามารถปรากฏสลับสับเปลี่ยนกันได้เสมอ ดังแผนภาพต่อไปนี้



แผนภาพที่ 7 โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่

ขั้นตอนในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่ จิตแพทย์จะเป็นฝ่ายเริ่มต้นดำเนิน และปิดการสนทนาเสมอ ส่วนผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายสนทนาตามที่จิตแพทย์ดำเนินการ นอกจากนี้ขั้นตอนในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยรายใหม่จะปรากฏโครงสร้างสอดคล้องกับการวิเคราะห์บริบทในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในประเด็นลำดับวัจนกรรม โดยการใช้นิเวศชาติพันธุ์วรรณนาแห่งการสื่อสารของโฮม(Hyme, 1962) ในหัวข้อ 3.1 ที่ผ่านมา การเรียงลำดับวัจนกรรมในปริเฉทการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยนอกจะเริ่มต้นด้วยการเปิดการสนทนาเสมอ ตามด้วยการนำเข้าสู่วัตถุประสงค์เสมอ เมื่อถึงขั้นตอนการสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การวินิจฉัยแยกโรค การวางแผนการรักษาและการใช้ยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ทั้ง 6 ขั้นตอนนี้สามารถสลับสับเปลี่ยนกันได้ตามบริบทและความเหมาะสมในการตรวจรักษาครั้งนั้นๆ แต่ขั้นตอนบางขั้นตอนจำเป็นต้องปรากฏต่อเนื่องกันเสมอ เช่น การสอบถามอาการสำคัญจะต้องตามด้วยการสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญเสมอ หรือการวินิจฉัยแยกโรคจะต้องปรากฏการวางแผนการรักษาตามมาเสมอ และเมื่อสิ้นสุดทั้ง 6 ขั้นตอนนี้แล้วจึงจะปรากฏขั้นตอนการนัดหมาย และการปิดการสนทนาเป็นลำดับสุดท้ายทุกครั้ง

ขั้นตอนการตรวจรักษาที่แสดงถึงจุดเด่นในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยรายใหม่ คือ การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การวินิจฉัยแยกโรค และการวางแผนการรักษาและการใช้ยา ขั้นตอนทั้งสามขั้นตอนนี้จะพบในการตรวจรักษาผู้ป่วยรายใหม่เท่านั้น เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่จิตแพทย์และผู้ป่วยได้พบกันเป็นครั้งแรก จิตแพทย์จึงจำเป็นต้องค้นหาสาเหตุของโรค วินิจฉัยแยกโรค และวางแผนขั้นตอนการรักษา รวมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอย่างชัดเจน ขั้นตอนการเปิดการสนทนากับผู้ป่วยใหม่เป็นช่วงที่น่าสนใจ เนื่องจากเป็นการพบกันครั้งแรกของทั้งสองฝ่าย จิตแพทย์สามารถสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยหรือญาติเพื่อให้เกิดความสนิทสนมคุ้นเคยกันได้ ในขั้นตอนนี้ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการรักษาต่อเนื่องต่อไป ส่วนขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งที่เป็น การส่งสัญญาณต่อผู้ป่วยให้ทราบว่า การสนทนาในครั้งนั้นใกล้จะสิ้นสุดลงแล้วคือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยหรือญาติ และเมื่อทั้งสองฝ่ายหรือสามฝ่ายเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับอาการของโรครวมถึงกระบวนการรักษา จิตแพทย์จึงจะสามารถเชื่อมโยงการสนทนาให้เข้าสู่การนัดหมายและการกล่าวคำอำลาต่อไปได้

### 3.2.2 โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่า

การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าเป็นสถานการณ์ที่ผู้ร่วมการสนทนามีความคุ้นเคยกันในระดับหนึ่ง ผู้ป่วยเคยเข้าพบจิตแพทย์มาก่อนและจิตแพทย์มีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยพอสมควร การสนทนาของทั้งสองฝ่ายจึงค่อนข้างผ่อนคลายกว่าสถานการณ์ระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยรายใหม่ สังเกตได้จากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยสามารถเฝ้าถามความเป็นอยู่หรือสุขภาพของจิตแพทย์ ไม่ใช่เพียงจิตแพทย์สอบถามเพียงฝ่ายเดียว แต่ถึงแม้ทั้งสองฝ่ายจะมีความคุ้นเคยกัน จิตแพทย์ยังคงเป็นฝ่ายที่มีบทบาทในการเป็นผู้นำการสนทนาในโครงสร้างหลักของการสนทนาตั้งแต่การเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนามากกว่าผู้ป่วยเช่นเดิม

เมื่อผู้วิจัยวิเคราะห์โครงสร้างของการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าพบว่าในการตรวจรักษาโรคสถานการณ์นี้มีความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการดีขึ้น และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่มีอาการไม่ดีขึ้น เนื่องจากจิตแพทย์จะมีรูปแบบในการดำเนินการสนทนาระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างชัดเจนโดยมีขั้นตอนที่เป็นลักษณะเฉพาะดังจะกล่าวในหัวข้อต่อไป ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์โครงสร้างการสนทนาในหัวข้อนี้ออกเป็น 2 สถานการณ์ คือ โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่มีอาการดีขึ้น และโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้น

#### 3.2.2.1 โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่า

##### ที่มีอาการดีขึ้น

โครงสร้างการตรวจรักษาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการดีขึ้นประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา โดยจะเรียงลำดับกันตามโครงสร้างหลัก คือ การเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา ส่วนสำคัญที่จะแสดงให้เห็นว่าเป็นขั้นตอนของผู้ป่วยรายเก่าที่มีอาการดีขึ้นจะปรากฏดังนี้

## 1. การเปิดการสนทนา

การเปิดการสนทนา หมายถึง ขั้นตอนการเริ่มต้น กล่าวเปิด หรือการนำเข้าสู่การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก จิตแพทย์จะเป็นฝ่ายกล่าวเปิดการสนทนาด้วยการทักทาย การถามภูมิลำเนา การถามเรื่องการเดินทาง การขานชื่อผู้ป่วย การแนะนำตัว การตรวจสอบประวัติเดิม หรือเรื่องอื่น ๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยหรือความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การเปิดการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชกับผู้ป่วยนอกรายเก่าที่มีอาการดีขึ้นเป็นขั้นตอนที่พบทุกครั้ง เช่นเดียวกับกับสถานการณ์ตรวจรักษาโรคทางจิตเวชกับผู้ป่วยนอกรายใหม่ เช่น

		ตัวอย่างที่ (19)
1	พ.	ชื่อคุณป้าอะไรครับ
2	ผ.	คุณป้าเพ็ญ
3	พ.	คุณป้าเพ็ญบ้านอยู่ไหนครับ
4	ผ.	Z บ้านอยู่พระแสง
5	พ.	บ้านอยู่พระแสง มาอย่างไรครับวันนี้
6	ผ.	วันนี้มากับแฟน
7	พ.	Z อ้อ: มากับแฟนนะ วันนี้เป็นไงบ้างครับ
8	ผ.	เมื่อไม่นานมานี้มันเจ็บหัว
9	พ.	Z อ้อ: ยังมีปวด
10	ผ.	ปวดตามตัว
11	พ.	ยังปวดแบบนี้ มันรบกวนชีวิตประจำวันมั๊ยครับ

จากตัวอย่างในสถานการณ์ที่ (19) จิตแพทย์เปิดการสนทนาด้วยการสอบถามชื่อเพื่อยืนยันตรวจสอบตัวตนของผู้ป่วยกับเอกสารที่ได้รับจากฝ่ายทะเบียน จากนั้นจึงสอบถามสถานที่อยู่อาศัยหรือภูมิลำเนา และการสอบถามการเดินทางมาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยเพื่อทักทาย การเปิดการสนทนาตั้งแต่บรรทัดที่ 1-7 ได้สิ้นสุดลงที่ถ้อยคำของจิตแพทย์ว่า “อ้อ: มากับแฟนนะ” จากนั้นจิตแพทย์จึงเริ่มเข้าสู่ขั้นตอนการนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ในการสนทนาครั้งนี้ด้วยรูปภาษาว่า “วันนี้เป็นไงบ้างครับ”

ตัวอย่างที่ (20) \*\*ภาษาถิ่น

- 1 พ. นิมนต์ค่ะ (5.0) อาจารย์นิมนต์ค่ะ
- 2 ผ. (???) (เสียงประกาศจากหน้าห้องตรวจ)
- 3 พ. อาจารย์จำวัดอยู่หนองบัวเนาะ มาแบบไหนคะ มายังไง
- 4 ผ. มานอนคืนอยู่ในเมือง
- 5 พ. Z ค่ะ มานอนก่อนเนาะ บ้านโยมที่มาจำวัดเป็นบ้านเราไหม
- 6 ค่ะ
- 7 ผ. เป็นบ้านลูก
- 8 พ. Z เป็นลูกสาว
- 9 ผ. ใช่
- 10 พ. บ้านเดิมของอาจารย์อยู่ไหนคะ
- 11 ผ. (1.0) ก็: บ้านเกิดก็อยู่อำเภอหนองบัวนั่นแหละ แล้วย้ายเข้ามาในตัวเมือง ส่วน
- 12 ลำเนาทะเบียนบ้านตอนนี้ย้ายไปภูพระบาทแล้ว
- 13 พ. ค่ะ แต่อยู่บ้านนี้ก็ลูกสาวอยู่
- 14 ผ. Z ครับ
- 15 พ. [ ครอบครัวก่อนเราเนาะ(2.0) อาจารย์เป็น
- 16 ยังไงบ้างคะ อาการช่วงนี้ค่ะ
- 17 ผ. บางทีปวดหัว ปวดแล้วก็หาย
- 18 พ. ค่ะ แต่เก่า ๆ ตอนแรก ๆ มันเป็นยังไงจ๊ะ เล่าให้หมอฟังหน่อย

การทักทายหรือการเปิดการสนทนาในตัวอย่างที่ (20) ไม่มีการเปิดการสนทนาด้วยถ้อยคำว่า “สวัสดี” เช่นเดียวกับตัวอย่างที่ (19) แต่เริ่มด้วย “นิมนต์ค่ะ อาจารย์นิมนต์ค่ะ” เนื่องจากผู้ป่วยมีสถานภาพเป็นพระสงฆ์และนั่งรอตามลำดับเรียกคิวที่หน้าห้องตรวจ ในช่วงแรกจิตแพทย์ได้สนทนาเกี่ยวกับการเดินทาง ที่พัก และครอบครัวของผู้ป่วยตั้งแต่บรรทัดที่ 3-15 เพื่อทักทายและความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน ช่วงของการเปิดการสนทนาสิ้นสุดลงด้วยถ้อยคำว่า “ครอบครัวก่อนเราเนาะ” ในบรรทัดที่ 14 จากนั้นจิตแพทย์จึงนำเข้าสู่ช่วงการนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ในการตรวจรักษาด้วยรูปภาษาในถ้อยคำว่า “อาจารย์เป็นยังไงบ้างคะ อาการช่วงนี้ค่ะ” ในบรรทัดที่ 15

จากตัวอย่างสถานการณ์ที่ (19)-(20) จะเห็นได้ว่าการเปิดการสนทนากับผู้ป่วยเก่า ยังคงเป็นการเปิดการสนทนาที่ค่อนข้างยาวโดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสนิทสนมคุ้นเคยกับจิตแพทย์มากขึ้น และในสถานการณ์นี้เป็นการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่เคยพบกันมาแล้ว มีวัตถุประสงค์ในการสื่อสารอย่างชัดเจน ดังนั้น ในการเปิดการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่ามักจะไม่มีคำกล่าวทักทายด้วยการสวัสดีแต่เป็นการถามไถ่ทุกข์สุขหรือการเดินทาง เช่นเดียวกับการทักทายในสถานการณ์การสนทนาอื่น ๆ เนื่องจากเป็นสถานการณ์เฉพาะที่ทั้งสองฝ่ายอาจไม่จำเป็นต้องสนทนาตามธรรมเนียมปฏิบัติของสังคม ทั้งสองฝ่ายสามารถดำเนินการสนทนาเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนในการสนทนาอื่น ๆ ได้ทันที เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการตรวจรักษา

## 2. การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์

การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ หมายถึง ขั้นตอนการถามเกี่ยวกับจุดประสงค์ที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาพบจิตแพทย์เพื่อรักษาอาการที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ชัดเจนในการรักษาโรคทางจิตเวช การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ในสถานการณ์ตรวจผู้ป่วยนอกรายเก่าจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับการนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ในสถานการณ์การตรวจผู้ป่วยนอกรายใหม่ จะปรากฏรูปภาษาว่า “เป็นยังไง” “เป็นอย่างไร” “วันนี้มาทำอะไร” หรือรูปภาษาอื่นๆ ที่มีความหมายใกล้เคียงกันในคำถามของจิตแพทย์ เช่น

### ตัวอย่างที่ (21)

- 1 พ. คุณประไพนะคะ
- 2 ผ. ค่ะ
- 3 พ. } *วันนี้เป็นไงบ้างคะ*
- 4 ผ. } *ก็ดีค่ะ ไปไหนมาไหนได้ ค่ะกับเพื่อนฝูงได้จะ*
- 5 พ. อันนี้เริ่มเข้าสังคมนะ
- 6 ผ. จ๊ะ
- 7 พ. คราวนี้ ถ้าดูความแตกต่างจริง ๆ แล้ว บ้านเราก็ออยู่บ้านเดิมใช่ไหม จากครั้งแรก
- 8 ผ. จ้า

- 9 พ. Z ต่างอย่างไร
- 10 ผ. [ ทา
- 11 พ. Z ต่างอย่างไร เพื่อนก็เพื่อนกลุ่มเดิม บ้านก็บ้านเดิม แต่พอ
- 12 รักษาแล้วมันเปลี่ยนไป

การเข้าสู่วัตถุประสงค์ในตัวอย่างที่ (21) เริ่มต้นด้วยการขานชื่อผู้ป่วยในบรรทัดที่ 1 เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องกับเอกสารประวัติผู้ป่วยจากฝ่ายทะเบียนโดยไม่มีค่ากล่าวสวัสดิ เมื่อผู้ป่วยยืนยันตัวตนในบรรทัดที่ 2 เรียบร้อยแล้ว จิตแพทย์จึงนำเข้าสู่การสอบถามวัตถุประสงค์ใน บรรทัดที่ 3 ทั้งนี้เพื่อให้ทราบเหตุผลในการเดินทางมาที่โรงพยาบาลในครั้ง นี้ จากคำตอบที่ผู้ป่วยตอบ ในบรรทัดที่ 4 ได้แสดงให้เห็นแล้วว่า อาการที่รักษามาในระยะเวลาหนึ่งนั้นดีขึ้นมาก สามารถ “ไป ไหนมาไหนได้” และ “คุยกับเพื่อนฝูงได้” แสดงว่าผู้ป่วยสามารถเข้าสังคมกับเพื่อนได้ดียิ่งกว่าตอนที่ป่วยในช่วงแรกๆ ที่ไม่สามารถทำอะไรเหล่านี้ได้เลย เมื่อทราบอาการในปัจจุบันของผู้ป่วยอย่างชัดเจน แล้ว จิตแพทย์จะสามารถนำข้อมูลที่จะได้รับจากการสนทนาไปเพื่อช่วยวางแผนการรักษาให้ดีขึ้น จิตแพทย์มักจะใช้ถ้อยคำที่นำเข้าสู่วัตถุประสงค์กับผู้ป่วยรายเก่าว่า “วันนี้เป็นไงบ้าง” “ตอนนี้เป็นไง” “เป็นยังไง” หรือ “ไปยังไงมายังไง” ซึ่งเป็นการกล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการสนทนาทั่วไป ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยเก่าที่มีอาการดีขึ้นมักจะเป็นผู้ป่วยที่มาตามนัดหมายตรงเวลา

### 3. การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ

การสอบถามอาการสำคัญ หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์ได้รับทราบวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว และต้องการทราบอาการหลักหรืออาการเด่น ๆ ที่ผู้ป่วยมีอาการอยู่เป็นประจำ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจำแนกโรคต่าง ๆ ขั้นตอนนี้จะดำเนินต่อเนื่องจากการนำเข้าสู่วัตถุประสงค์เสมอ และไม่มี ความแตกต่างจากการสอบถามอาการสำคัญของผู้ป่วยนอกรายใหม่ เช่น

ตัวอย่างที่ (22) \*\*ภาษาถิ่น

- 1 พ. คุณมาลิณีมาโรงพยาบาลหลายครั้งแล้วเนาะ
- 2 ผ. ค่ะ
- 3 พ. ค่า ปีนี้อายุเท่าไรแล้วคะ
- 4 ผ. ปีนี้นหกสิบ

- 5 พ. ทกลิบนะคะ ขา บ้านอยู่ไหนนะ
- 6 ผ. บ้านหนองหลุบค่ะ
- 7 พ. อืม อยู่อำเภอไหนจ๊ะ
- 8 ญ. จำได้บ่ บอกคุณหมอ
- 9 ผ. (2.0) อำเภอเมือง
- 10 พ. อำเภอเมือง คิดข้าหน่อยเนาะ
- 11 ผ. ค่ำ
- 12 พ. เตี้ยวนี้ยังคิดข้า ถ้าเทียบกับเก่าๆ นี่ดีขึ้นไหม
- 13 ผ. (1.0) ดีขึ้นค่ะ
- 14 พ. ดีขึ้น มั่นคิดไวขึ้นเนาะ
- 15 ผ. ค่ะ
- 16 พ. Z แต่ว่าก็ยังไม่ดีกว่าปกติอยู่บ้าง ไข่ม้อยคะ
- 17 ผ. ค่ะ
- 18 พ. ตอนนี้เป็นยังไงบ้าง
- 19 ผ. สบายดี
- 20 พ. } Z อารมณ์เป็นไงคะแม่ ทุกวันนี้
- 21 ผ. } อารมณ์ก็ไม่เป็นอะไร นอกจาก (2.0) (เสียงประกาศจากข้างนอก)
- 22 พ. กินข้าวได้ดีม้อยคะ
- 23 ผ. กินข้าวได้ดีอยู่
- 24 พ. ค่ำ เรื่องนอนละ เป็นยังไง เรื่องนอน
- 25 ผ. (2.0)
- 25 ญ. นอนหลับบ่ บอกคุณหมอ
- 26 ผ. นอนหลับอยู่
- 27 พ. Z พอหลับได้อยู่เนาะ มีบางวันลืมกินยาขาดยาไปไม่มีม้อยคะ
- 28 ผ. (1.0) ไม่มีจ๊ะ
- 29 พ. Z อืม ได้กินทุกวัน แม่เป็นคนกินยาเองหรือว่า: ให้เพิ่น(เขา)จัดให้
- 30 ผ. (1.0) ให้ลูกสาวละจัดให้



31 พ. ค่ะ เพื่อนจัดให้กินเนาะ ตอนกลางวันแม่ทำอะไรบ้างคะ ทุกวันนี้

สถานการณ์การสนทนาระหว่างจิตแพทย์ ผู้ป่วย และญาติในตัวอย่างที่ (22) เปิดการสนทนาตั้งแต่บรรทัดที่ 1-17 เพื่อเป็นการทักทายและสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างทั้งสองฝ่าย ในบรรทัดที่ 10-17 ผู้วิจัยมีความเห็นว่ายังอยู่ในช่วงการเปิดการสนทนา เนื่องจากถ้อยคำของจิตแพทย์ในบรรทัดที่ 10 ว่า “อำเภอเมือง คิดข้าหนอยเนาะ” เป็นบทสนทนาต่อเนื่องจากการสังเกตพฤติกรรมการตอบคำถามของผู้ป่วย จิตแพทย์จึงตั้งข้อสังเกตในทันที ทำให้ผู้ป่วยและญาติยังคงกล่าวตอบในประเด็นเดิมซึ่งยังอยู่ในขั้นตอนการเปิดการสนทนา จนกระทั่งบรรทัดที่ 18 จิตแพทย์ได้นำเข้าสู่วัตถุประสงค์สำคัญในการตรวจรักษาว่า “ตอนนี้เป็นอย่างข้าง” เมื่อได้รับคำตอบจากผู้ป่วยว่า “สบายดี” แล้ว จึงได้เข้าสู่ขั้นตอนการสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติในบรรทัดที่ 20 ว่า “อารมณ์เป็นใจคะแม่ ทุกวันนี้” เป็นการสอบถามอาการสำคัญเนื่องจากโรคทางจิตเวชจะมีอารมณ์ที่ค่อนข้างแปรปรวนเป็นข้อสังเกตที่เด่นชัดที่สุด จากนั้นจิตแพทย์จึงจะนำเข้าสู่ขั้นตอนการสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญจนตั้งแต่บรรทัดที่ 22 ว่า “กินข้าวได้มั้ยคะ” ถึงบรรทัดที่ 27 ว่า “พอหลับได้อยู่เนาะ” ซึ่งเป็นการสิ้นสุดการสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ จากนั้นจึงได้นำเข้าสู่ขั้นตอนการสอบถามผลข้างเคียงของการใช้ยาในบรรทัดที่ 27 ต่อไป

โดยทั่วไปจิตแพทย์จะเริ่มทราบบว่าผู้ป่วยรายเก่ามีอาการดีขึ้นหรือไม่ในขั้นตอนการสอบถามวัตถุประสงค์หรือการสอบถามอาการสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายให้ข้อมูลกับจิตแพทย์ ตามตรงว่า ตนเองมีอาการดีขึ้นหรือแย่ลง ผู้วิจัยสังเกตว่าจะพบถ้อยคำรูปภาพที่บ่งบอกอาการ เช่น “ก็ดี” “ดีขึ้น” “สบายดี” หรือ “มันยังปวดอยู่” “เหมือนเดิม” “ยังนอนไม่ค่อยหลับ” คำตอบดังกล่าวจะเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้จิตแพทย์เข้าใจอาการที่ผู้ป่วยเป็นได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

#### 4. การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต

การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์ได้ทราบอาการสำคัญเรียบร้อยแล้ว และต้องการให้ผู้ป่วยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของโรคให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการตรวจลักษณะทางกายภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย ลักษณะการพูด ความคิด การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล สภาวะอารมณ์ ความจำ ความใส่ใจ สมาธิ ระดับเซาว์ปัญญา ความรอบรู้ การตัดสินใจ ความรู้จักตน และแรงจูงใจในการรักษา

ขั้นตอนนี้ส่วนใหญ่แล้วจะดำเนินต่อเนื่องจากการสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ แต่อาจจะไปปรากฏในช่วงอื่นได้บ้าง เนื่องจากอาจมีประเด็นอื่นๆ ที่จิตแพทย์ให้ความสำคัญมากกว่า จึงอาจให้น้ำหนักกับขั้นตอนอื่น ๆ ก่อนขั้นตอนนี้ ส่วนเนื้อหาในการสอบถามหรือให้ข้อมูลจะดำเนินไปเช่นเดียวกับกรณีการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชผู้ป่วยนอกรายใหม่ แต่จะแตกต่างกันที่จำนวนคำถามหรือจำนวนผลัดที่ใช้ถามผู้ป่วยเก่าที่มีอาการดีขึ้นอาจจะไม่มากเท่ากับผู้ป่วยใหม่ เนื่องจากจิตแพทย์มีข้อมูลของผู้ป่วยเก่าอยู่ในระบบเรียบร้อยแล้ว เช่น

ตัวอย่างที่ (23)

- |    |    |   |                   |
|----|----|---|-------------------|
| 1  | พ. | รักษาต่อเนื่องนะ วันนี้อาการเป็นยังไงคะ                           |                   |
| 2  | ผ. | กะตึขึ้นหลาย อยู่กับเพื่อนกับฝูงได้แล้วจ้า                        |                   |
| 3  | พ. | ตอนนี้เริ่มเข้าสังคมนะ  |                   |
| 4  | ผ. | Z จ้า   |                   |
| 5  | พ. | คราวนี้: ถ้าดูความแตกต่าง แล้วเราอยู่บ้านเดิมตั้งแต่รักษา         |                   |
| 6  | ผ. |   | Z จ้า             |
| 7  | พ. |   | Z ว่ามีความ       |
| 8  |    | แตกต่างกันยังไง   |                   |
| 9  | ผ. | ฮะ  |                   |
| 10 | พ. | Z เพื่อนก็เพื่อนคนเดิม บ้านก็บ้านเดิม แต่ความรู้สึกมันเปลี่ยนไป   |                   |
| 11 | ผ. | เฮา(เรา) เฮาเข้าไปในบ้านเขา เป็นแบบนี้ ก็ได้คุยกับคนนั้นคนนี้นะนะ |                   |
| 12 | พ. | เริ่มต้นคุยกับคนมากขึ้นนะ   |                   |
| 13 | ผ. | Z จ๊ะ   |                   |
| 14 | พ. | เริ่มเข้าหาคนนะแล้วแต่ก่อนละ                                      |                   |
| 15 | ผ. |   | Z แต่ก่อนนี่(3.0) |
| 16 | พ. | แต่ก่อน สมัย: ก่อนรักษา   |                   |
| 17 | ผ. | ก่อนรักษานี้ เข้าสังคมได้แล้ว(2.0)                                |                   |
| 18 | พ. | แต่ก็เป็นตัวเราเหมือนเดิม   |                   |

- 19 ผ. Z จ้า
- 20 พ. อะไรที่เปลี่ยน
- 21 ผ. Z หา
- 22 พ. อะไรที่เปลี่ยนไป
- 23 ผ. Z กะคือ(ก็คือ) เขาเข้าสังคมได้ เขา(1.0) เขา: ไปเฮ็ด(ทำ)
- 24 กิจกรรมกับเพื่อนกับชาวบ้านได้จ้า
- 25 พ. กิจกรรมได้ ความมั่นใจในตัวเองเป็นไงคะ
- 26 ผ. (3.5) (เจียบ)
- 27 พ. ความมั่นใจ
- 28 ผ. Z ประมาณเก้าสิบจ้า(หัวเราะ)
- 29 พ. เก้าสิบเนาะ อารมณ์ตอนนี้ไม่เศร้าแล้วเนาะ
- 30 ผ. บ้า
- 31 พ. คิดยังไงเรื่องการทานยาบ้างจ๊ะ
- 32 ผ. (2.0) กะรู้สึกว่ามี (2.0) กะดีขึ้นคะ ดีขึ้น ช่วยได้หลายเลยละ

จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (23) จิตแพทย์เริ่มใช้บทสนทนาเพื่อนำเข้าสู่วัตถุประสงค์  
 ในบรรทัดที่ 1 ว่า “วันนี้อาการเป็นยังไงคะ” เมื่อได้ทราบคำตอบจากผู้ป่วยว่ารู้สึกดีขึ้นแล้ว จึงนำเข้าสู่การสอบถามอาการสำคัญในบรรทัดที่ 3 ต่อว่า “ตอนนี้เริ่มเข้าสังคมนะ” ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัวให้สามารถสอดคล้องกับสังคมได้เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้จิตแพทย์สามารถวินิจฉัยว่าผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากลักษณะอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเวชมักจะมีลักษณะปลีกตัวออกจากสังคม แต่ผู้ป่วยในสถานการณ์นี้ได้ยืนยันอาการสำคัญตัวคำตอบรับว่า “จ้า” ในบรรทัดที่ 4 จึงทำให้จิตแพทย์สามารถดำเนินการสนทนาในขั้นตอนการสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิตในบรรทัดที่ 5-25 ซึ่งเป็นข้อมูลหรือหลักฐานที่ยืนยันว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจริง อย่างเป็นรูปธรรมในการตอบของผู้ป่วยบรรทัดที่ 23-24 ว่า “กะคือ(ก็คือ) เขาเข้าสังคมได้ เขา(1.0) เขา: ไปเฮ็ด(ทำ)กิจกรรมกับเพื่อนกับชาวบ้านได้จ้า” จากนั้นในบรรทัดที่ 25 จิตแพทย์จึงกล่าวว่า “ความมั่นใจในตัวเองเป็นไงคะ” เพื่อดำเนินการสนทนาขั้นตอนการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและขั้นตอนสอบถามผลข้างเคียงของการใช้ยาต่อไป

## 5. การให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา

การให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์ต้องการตรวจสอบหรือการวัดความก้าวหน้าในการรักษาโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยสามารถรู้สึกได้ด้วยตนเอง รวมทั้งผลดีหรือผลเสียที่ได้รับจากการใช้ยาที่จิตแพทย์ได้สั่งให้รับประทาน ในการนัดหมายครั้งก่อน ทั้งสองส่วนนี้จะปรากฏด้วยกันเสมอ เนื่องจากการประเมินตนเองจะเกิดขึ้นได้ต้องผ่านการใช้ยาที่จิตแพทย์สั่งให้ในครั้งล่าสุดเสียก่อน อาจจะเป็นการประเมินตนเองก่อนหรือการถามผลข้างเคียงจากการใช้ยาก่อนหรือไม่ก็ได้ และมักจะเป็นขั้นตอนต่อเนื่องจากการสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต เนื่องจากเมื่อจิตแพทย์ทราบรายละเอียดของอาการเรียบร้อยแล้ว มักจะให้ผู้ป่วยทดลองทบทวนและตรวจสอบความก้าวหน้าในการรักษาด้วยตัวเอง ขั้นตอนนี้จะพบในสถานการณ์การตรวจรักษาผู้ป่วยเก่าเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยใหม่จะไม่สามารถประเมินตนเองและมีผลจากการใช้ยา ตัวอย่างเช่น

### ตัวอย่างที่ (24)

- |    |    |   |   |
|----|----|---|---|
| 1  | พ. | Z | อ๋อ แล้วตอนนี้ที่บ้านอยู่กับใครนะครับ                                 |
| 2  | ผ. |   | กับพ่อกับแม่  |
| 3  | พ. |   | แสดงว่าตอนนี้ที่เครียดเรื่องเพื่อนอะไรอย่างนี้ ก็คือไม่ คือหายไปเลยนะ |
| 4  | ผ. |   | ค่ะ   |
| 5  | พ. | Z | ไม่มีเลยนะครับ(1.0) สมมติว่าหมอรักษามาอาการดีเต็มลิบ ตอนนี้คุณกิตติยา |
| 6  |    |   | ให้สักกี่คะแนน  |
| 7  | ผ. |   | (2.0) แปรด  |
| 8  | พ. | Z | อ๋อแปรดนะ เอ่อ ยังเหลืออีกสองคะแนน คือเรื่องอะไรนะครับ                |
| 9  | ผ. |   | ก็มีเรื่องคอนโทรล(control)ตัวเองนี่แหละค่ะ                            |
| 10 | พ. | Z | หมายถึงคอนโทรลในเรื่องอะไร  |
| 11 |    |   | ครับ  |
| 12 | ผ. |   | แบบถ้าเกิดอะไรขึ้นแล้วจะรู้สึกกดดัน                                   |
| 13 | พ. | Z | หมายถึงว่าในเรื่องของการตั้งรับปัญหา                                  |

- 14 } จะรู้สึกว่าจะมีปัญหามากกว่าคนอื่นหน่อยนึง
- 15 ผ. } Z ค่ะ
- 16 พ. เนาะ แล้วมองว่าตั้งแต่กันยามา เรื่องนี้ดีขึ้นมั๊ยครับ
- 17 ผ. ดีขึ้นค่ะ
- 18 พ. } Z ก็ดีขึ้นด้วยเนาะ จันทน์หอมให้ยาเหมือนเดิมนะครับ แล้วก็ต้องพยายาม
- 19 ดูแลตัวเองก่อนเนาะ
- 20 ผ. } [ ยาที่เป็นเม็ดสีชมพูนะค่ะ ที่กินตอนเช้าไม่ต้องก็ได้
- 21 พ. } อ้อ กินตอนเช้าแล้วมันง่วงเยอะใช้มั๊ยครับ
- 22 ผ. รอบที่แล้วหมอเพิ่มให้
- 23 พ. อ้อๆ จันทน์ ก็ไม่ต้องเนาะ ให้กินก่อนนอนเม็ดเดียวพอเนาะ
- 24 ผ. ค่ะ แล้วก็ตอนเช้าเม็ดสีแดง
- 25 พ. อ่าๆ ยังไง
- 26 ผ. [ ตอนเช้ากับตอนเย็น ปกติไม่เคยกินอยู่แล้ว
- 27 พ. Z ไม่กินอยู่แล้วใช้มั๊ย อ้อ
- 28 จันทน์ก็เอาออกไปเนาะ ได้ครับ เนาะ สองเม็ดตอนเช้ากับหนึ่งเม็ดเย็น ตัวนั้นยังต้อง
- 29 กินนะ
- 30 ผ. [ ได้ค่ะ
- 31 พ. เป็นตัวควบคุมเรื่องอารมณ์คุณกิตติยานะครับ

จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (24) เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นตอบว่าไม่มีเรื่องเครียดและจิตแพทย์ย้ำเพื่อความถูกต้องในบรรทัดที่ 5 ว่า “ไม่มีเลยนะครับ” ซึ่งเป็นรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญเรียบร้อยแล้ว จิตแพทย์เริ่มนำเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินตนเองของผู้ป่วยในบรรทัดที่ 5 ด้วยรูปภาพว่า “...สมมติว่าหมอรักษาอาการดีเต็มสิบ ตอนนี้คุณกิตติยาให้สักกี่คะแนน” เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวัดความก้าวหน้าในการรักษาและยังเป็นการทดสอบระดับของความเข้าใจในอาการป่วยของตัวผู้ป่วยเอง เพื่อให้จิตแพทย์สามารถวินิจฉัยและวางแผนการรักษาให้สอดคล้องกับอาการได้ดีขึ้น จากนั้นจึงเข้าสู่การติดตามผลการใช้ยาด้วยรูปภาพในบรรทัดที่ 18 ว่า “จันทน์หอมให้ยาเดิมนะครับ.....” เพื่อขอความเห็นชอบจากผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาในบรรทัดที่ 20 ว่า

“ยาที่เป็นเม็ดสีชมพูจะค่ะ ที่กินตอนเช้าไม่ต้องก็ได้” ทำให้จิตแพทย์ต้องสอบถามถึงเหตุผลที่ไม่ต้องการรับยาชนิดดังกล่าว เมื่อทราบคำอธิบายชัดเจนแล้วจึงได้ตกลงและสิ้นสุดการสอบถามผลข้างเคียงในการใช้ยาเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยาจะพบในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชของผู้ป่วยรายเก่าที่มีอาการดีขึ้นเท่านั้น จะไม่พบในกรณีของผู้ป่วยนอกรายใหม่ เนื่องจากผู้ป่วยนอกรายใหม่ยังไม่ได้รับยาและยังไม่สามารถประเมินตนเองได้ในการพบจิตแพทย์ครั้งแรก นอกจากนี้ยังไม่พบในกรณีผู้ป่วยรายเก่าที่มีอาการไม่ดีขึ้นด้วย เนื่องจากหากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการไม่ดีขึ้น จิตแพทย์จะทราบตั้งแต่การนำเข้าวัดถูประสงค์หรือการสอบถามอาการสำคัญโดยไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง นอกจากนี้การประเมินตนเองของผู้ป่วยจะเป็นการยืนยันว่าอาการป่วยของผู้ป่วยนั้นดีขึ้นจริงตามที่ผู้ป่วยป่วยในช่วงแรกหรือไม่ จากนั้นจิตแพทย์จะพยายามสอบถามในประเด็นหรือสาเหตุอื่นๆ ที่จะทำให้อาการของโรคนั้นไม่ดีขึ้นตามกระบวนการรักษา แล้วจึงเข้าสู่ขั้นตอนอื่น ๆ ต่อไป

## 6. การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา

การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา หมายถึง ขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังจากการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยาเสมอ เนื่องจากเมื่อจิตแพทย์ได้ทราบผลการประเมินตนเองและผลจากการใช้ยาแล้ว จะย้อนอธิบายลำดับวิธีการในการรักษาตามที่เคยอธิบายมาแล้วในการตรวจรักษาครั้งก่อน รวมทั้งชี้แจงการปรับยากับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผลการรักษาดำเนินต่อไปดีขึ้น เช่น

### ตัวอย่างที่ (25)

- 1 พ. (หัวเราะ) อีม(1.0) แมกินยามาตั้งนานแล้วนี้ รู้สึกยังงัยกับยานี้ ตึมัย ฎูกใจมัย
- 2 ผ. ฎูกใจอยู่จ้ำ
- 3 พ. Z มีอะไรที่หมอควรต้องปรับอีมัยคะ เกี่ยวกับยา
- 4 ผ. ปต้องปรับแล้ว
- 5 พ. Z ปต้องปรับ เอาแค่นี้เนาะ
- 6 ผ. จ้ำ

- 7 พ. มีกีเม็ดทั้งหมดนะ วันหนึ่งกินก็เม็ดจำได้มัย
- 8 ผ. จำได้อยู่จำ
- 9 พ. ค่า เอ้ามีกีเม็ด มีกินตอนไหนบ้างจ๊ะ เอ้า หมอจะทดสอบดูว่าจำได้ไหม
- 10 ยาเข้ามัย
- 11 ผ. ยาเข้ามี(1.0)
- 12 พ. Z มีกีเม็ดตอนเช้า
- 13 ผ. หกเม็ด
- 14 พ. Z เข้านะ ตอนเที่ยงล่ะ
- 15 ผ. (2.0) เที่ยงไม่ได้กิน
- 16 พ. เที่ยงไม่ได้กิน ตอนเย็นล่ะ
- 17 ผ. กินตอนเย็น
- 18 พ. ตอนเย็นก็เม็ดจ๊ะ: (3.0)
- 19 ผ. มีหก
- 20 พ. หกเม็ดเหมือนกันนะ แมร์ู้มัยว่า แม่เป็นโรคอะไรที่หมอให้ยาตั้งห้าหกอัน
- 21 ผ. (2.0) เป็นโรคหัวใจ
- 22 พ. โรคหัวใจ โรคอะไรอีก
- 23 ผ. ไม่มีโรคอื่นแล้ว
- 24 พ. เป็นซึมเศร้ามัย
- 25 ผ. อืม
- 26 พ. Z ซึมเศร้านะ เป็นนอนไม่หลับนะ
- 27 ผ. อืม
- 28 พ. Z ค่า อย่างนั้นหมอก็จะไม่ปรับยานะ เพราะยาถูกกับเราอยู่เนาะ
- 29 ผ. (หัวเราะ)
- 30 พ. ดืออยู่เนาะ ค่า ให้กินแบบนี้ล่ะ วันนี้เอายากี่เดือน

จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (25) ผู้ป่วยเก่าโรคซึมเศร้าอาการค่อนข้างหนักในช่วงแรกที่มารักษาแต่ในช่วงที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจิตแพทย์แจ้งว่าอาการดีขึ้นมาก ในบรรทัดที่ 1

จิตแพทย์ได้สอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยาว่า “แม่กินยามาตั้งนานแล้วนี้ รู้สึกยังงัยกับยานี้ ดีมั๊ย ถูกใจมั๊ย” เมื่อได้คำตอบเรียบร้อยแล้ว จิตแพทย์จึงได้เริ่มนำเข้าสู่ขั้นตอนการทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยาในบรรทัดที่ 7 ว่า “มีก็เม็ดทั้งหมดนะ วันหนึ่งกินก็เม็ดจำได้มั๊ย” เนื่องจากในบรรทัดที่ 1-6 เป็นขั้นตอนการสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วยไม่ใช่การปรับยาตามการวินิจฉัยของจิตแพทย์ การปรับยาตามการวินิจฉัยของจิตแพทย์เริ่มต้นหลังจากที่ทบทวนการรับประทานยาจากผู้ป่วย จากนั้นจิตแพทย์จึงได้วินิจฉัยสรุปการปรับยาในบรรทัดที่ 28 ว่า “ค่า อย่างนั้นหมอก็คงจะไม่ปรับ ยานะ เพราะยาถูกกับเราอยู่นะ” และสรุปย้ำการปรับยาอีกครั้งในบรรทัดที่ 30 ว่า “ดีอยู่นะ ค่า ให้กินแบบนี้ละ” จึงเป็นการสิ้นสุดขั้นตอนดังกล่าว

### 7. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ รายละเอียด การรักษา การดูแลตนเอง การใช้ยา หรือเรื่องอื่นๆ ที่ยังเป็นประเด็นคำถามในจิตใจของผู้ป่วยหรือญาติ เป็นการถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสอดคล้องตรงกันทั้งสองฝ่าย โดยที่จิตแพทย์จะใช้ขั้นตอนนี้ตรวจสอบความเข้าใจและความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการตรวจรักษา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเป็นขั้นตอนที่จิตแพทย์ได้ส่งสัญญาณก่อนการปิดการสนทนา(pre-closing) ถึงผู้ป่วยและญาติเพื่อแจ้งว่าใกล้จะสิ้นสุดการสนทนาหรือการตรวจรักษาในครั้งนั้น การดำเนินการในขั้นตอนนี้ไม่มีความแตกต่างจากการตรวจรักษาในกรณีผู้ป่วยรายใหม่ เช่น

#### ตัวอย่างที่ (26)

- 1 ผ. คือต้องมารับยารูมาตอยด์
- 2 พ. [ โอ: อาจารย์ต้องมาหลายโรงพยาบาลในวันเดียว
- 3 ผ. [ ก็กว่า
- 4 จะรับยาทางโน้นเสร็จ
- 5 พ. Z อ้อคะ ได้ค่ะ
- 6 ผ. ไม่อยากมาหลายครั้งนะนะ
- 7 พ. Z ค่ะ แต่ถ้ามาที่นี้ ถ้าเป็นพระภิกษุเราก็จะให้อีกคิวหนึ่ง



- 8 ให้ค่ะ พยายามทำให้ไวค่ะ เนาะ
- 9 ผ. ครับ
- 10 พ. } มีอะไรจะถามหม้ออีกมั๊ยจ๊ะ
- 11 ผ. } Z ไม่มี
- 12 พ. } Z ไม่มีนะคะ อาจารย์คงจะต้องจ่ายเพิ่มอีกสี่สิบ
- 13 ห้าบาทนะคะ
- 14 ผ. ไม่เป็นไร ค่ายาเหรอ
- 15 พ. Z ค่ะ ได้ยาสองเดือน(3.0) (จิตแพทย์บันทึกประวัติ) ถ้างั้นหม้อ
- 16 ไม่นัดนะคะ นัดแล้วกังวลเปล่า ๆ ว่าจะไม่มาตรงนัด นิมนต์อาจารย์โต๊ะเบอร์หกด้วย
- 17 นะคะ

ผู้ป่วยต่อเนื่องในสถานการณ์ตัวอย่างที่ (26) มีสถานภาพเป็นพระสงฆ์และสนทนาเป็นภาษาถิ่น จิตแพทย์จึงใช้คำเรียกขานว่า “อาจารย์” ซึ่งเป็นคำย่อมาจากคำว่า “พระอาจารย์” ในบทสนทนา ก่อนหน้านี้จิตแพทย์พยายามเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทางจิตเวชในช่วงเช้า แต่ผู้ป่วยต้องเดินทางจากต่างอำเภอเพื่อเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาลทางกายในช่วงเดียวกัน เมื่อผู้ป่วยอธิบายเหตุผลต่อจิตแพทย์ จิตแพทย์จึงยอมรับความจำเป็นนั้น เมื่อทั้งสองฝ่ายเข้าใจตรงกันในประเด็นนี้เรียบร้อยแล้ว จิตแพทย์จึงได้นำเข้าสู่ขั้นตอนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในบรรทัดที่ 10 ว่า “มีอะไรจะถามหม้ออีกมั๊ยจ๊ะ” ซึ่งเป็นการส่งสัญญาณเพื่อการปิดการสนทนา(pre-closing) จากจิตแพทย์ถึงผู้ป่วยว่าใกล้จะสิ้นสุดการตรวจรักษาในครั้งนี้ หากผู้ป่วยไม่มีคำถามใดๆ เช่นเดียวกับผู้ป่วยในบทสนทนาบรรทัดที่ 11 ว่า “ไม่มี” และจิตแพทย์ได้สรุปอีกครั้งว่า “ไม่มีนะคะ” ในบรรทัดที่ 12 แสดงว่าทั้งสองฝ่ายเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชตรงกันและต่างพร้อมที่จะปิดการสนทนา จิตแพทย์จึงจะนำเข้าสู่ขั้นตอนการนัดหมายต่อไป ในตัวอย่างสถานการณ์ที่ (26) เป็นเพียงสถานการณ์เดียวในการเก็บข้อมูลการวิจัยทั้งหมดที่จิตแพทย์ไม่ต้องนัดหมายให้ผู้ป่วยมาพบในครั้งต่อไป นั้นหมายถึงผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากจนไม่จำเป็นต้องมาพบจิตแพทย์เพื่อรับยาหรือตรวจรักษาอีก

## 8. การนัดหมาย

การนัดหมาย หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์กำหนดวันเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องมาพบอีกครั้งเพื่อติดตามอาการ ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นหลังจากการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและก่อนการกล่าวอำลาหรือการปิดการสนทนาเสมอ การนัดหมายในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชของผู้ป่วยรายเก่า เป็นอีกหนึ่งขั้นตอนที่ไม่มีความแตกต่างกับการตรวจรักษาผู้ป่วยรายใหม่ เช่น

### ตัวอย่างที่ (27)

- 1    ญ.    อ้อ วันนี้ต้องไปโรงพยาบาลศูนย์มาก่อน
- 2    พ.    ก็เลยมาช้าเนาะ พอดีมาไม่ทันหมอเพื่อนเนอะ คุณหมอเพื่อนนัดเช้า เราค่อยมาถึงป่วย
- 3    นะ หมอก็เลยต้องตรวจแทนนะคะ คราวหน้ามาให้ทันเด้อ(1.0) วันหนึ่งไปสองโรง
- 4    บาลคงไม่ทันยากเหมือนกัน
- 5    ผ.    (5.0)
- 6    พ.    (บันทึกประวัติ) มีอะไรอยากถามหมอมั้ย
- 7    ผ.    ไม่จ้ะ
- 8    พ.    ไม่นะ จึ้นหมอให้ยาแม่เนาะ
- 9    ผ.    คะ
- 10   พ.    Z จ้า
- 11   ญ.    ไ้อ้ยตัวนี้คะ
- 12   พ.    Z คะ เหลือเยอะมั้ยคะ
- 13   ญ.    (หยิบถุงยาขึ้นมาวางบนโต๊ะ)
- 14   พ.    ก็เหลือนิดหน่อย แต่เอาเป็นว่ากินชุดเก่าให้มันหมดนะคะ แล้วค่อยเริ่มชุดใหม่เลย
- 15   (1.0) ทั้งหมดนี้จะได้สักกี่วัน มีถุงหนึ่งที่หมดอันอื่นมีหมดมั้ย(ตรวจดูซองยา) ตอนนี้
- 16   เหลืออยู่สี่อย่างนะคะ คะ อันนี้หมด อันนี้หมด
- 17   ญ.    ก่อนหน้านั้นเพื่อนไม่รับรู้อะไรเลย แต่ถ้าดีขึ้นแบบนี้ ถ้ามารับยาแทนได้ไหมคะ
- 18   พ.    } ได้ค่า สักสองสามเดือนก็พาเพื่อนมาให้หมอดูที่นี้เนาะ
- 19   ญ.    จ้ะ จ้ะ เพราะว่าพอติروبนี้ลูกชายเพื่อนอยู่ก็เลยได้พามา ส่วนมากจะเหมารถมา
- 20   พ.    คะ คะ ยืมเป็นป้

- 21 ผ. (ยิ้ม)
- 22 พ. อ้อ ๆ
- 23 ญ. (หัวเราะ)
- 24 พ. ยิ้มหน่อย(หัวเราะ) ถ้าว่าดีก็ยิ้มหน่อย ทำหน้าเฉยอยู่ตลอดเนาะ มากี่ยิ้มแย้มแจ่มใส
- 25 ทาแป้งหวีผมงาม ๆ มาเนาะแม่เนาะ(1.0) พอบ่ยิ้มแล้วก็เหมือนคนไม่สบาย ยิ้ม
- 26 หน่อยนะ (บันทึกเอกสาร) อะ เรียบร้อยค่ะ ยังงั้นก็ยาเก่าเนาะ
- 27 ญ. ค่ะ ขอบคุณค่ะ
- 28 พ. } โตะเบอร์ทกนะจ๊ะ คราวหน้ามาตอนเช้าเนคะ
- 29 ญ. ค่ะคุณหมอ สวัสดีค่ะ
- 30 พ. หัวดีจ้า ยิ้มเด้อ

การนัดหมายเป็นขั้นตอนที่จำเป็นทั้งผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่า เนื่องจากเป็นการติดตามผลการรักษาและยังเป็นการดึงให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการเก็บข้อมูลเป็นประจำและสม่ำเสมอ ผู้ป่วยต่อเนื่องและญาติในสถานการณ์ตัวอย่างที่ (27) จึงมีความจำเป็นต้องเดินทางไปรับยาโรคทางกายที่โรงพยาบาลอีกหนึ่งแห่งก่อนที่จะเดินทางมายังโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งส่งผลกระทบต่อการนัดหมายในครั้งต่อไป จิตแพทย์จึงต้องรับฟังและพยายามเข้าใจในความจำเป็นของผู้ป่วย นอกจากนี้การเดินทางมายังโรงพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่จิตแพทย์ต้องคำนึงถึง เนื่องจากผู้ป่วยในต่างจังหวัดมักจะต้องเดินทางมาเป็นระยะทางไกล การเข้ารับการรักษาเป็นประจำจึงทำได้ค่อนข้างยาก ส่วนใหญ่จะเป็นการนัดหมายตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ในกรณีตัวอย่างญาติผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะเดินทางมาพร้อมกับผู้ป่วย จึงได้ขอให้จิตแพทย์อนุญาตให้ญาติมารับยาแทนผู้ป่วย จิตแพทย์จึงขอเพียงให้พาผู้ป่วยมาให้ตรวจติดตามผล 2-3 เดือนต่อหนึ่งครั้งเท่านั้นเห็นได้จากบรรทัดที่ 18 ว่า “สักสองสามเดือนก็พาเพื่อนมาให้หมอดูทีนึ่งเนาะ” และช่วงสุดท้ายในบรรทัดที่ 28 ของการตรวจรักษาจิตแพทย์จึงได้ย้ำถึงเวลานัดหมายอีกครั้งในช่วงเช้าเพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติได้ตรวจรักษากับจิตแพทย์เจ้าของไข้ตามตารางเวลาที่ถูกต้อง

## 9. การปิดการสนทนา

การปิดการสนทนา หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์นำเข้าสู่การสิ้นสุดการสนทนา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าหมดเวลาในการตรวจรักษาเรียบร้อยแล้ว โดยอาจจะมีหรือไม่มีกรกล่าวคำอำลา

เหมือนในสถานการณ์การสื่อสารอื่น ๆ ก็ได้ ขั้นตอนการกล่าวอำลาหรือกล่าวปิดการสนทนาในการตรวจรักษาผู้ป่วยรายเก่าไม่มีความแตกต่างจากการตรวจรักษาผู้ป่วยรายใหม่ เช่น

ตัวอย่างที่ (28)

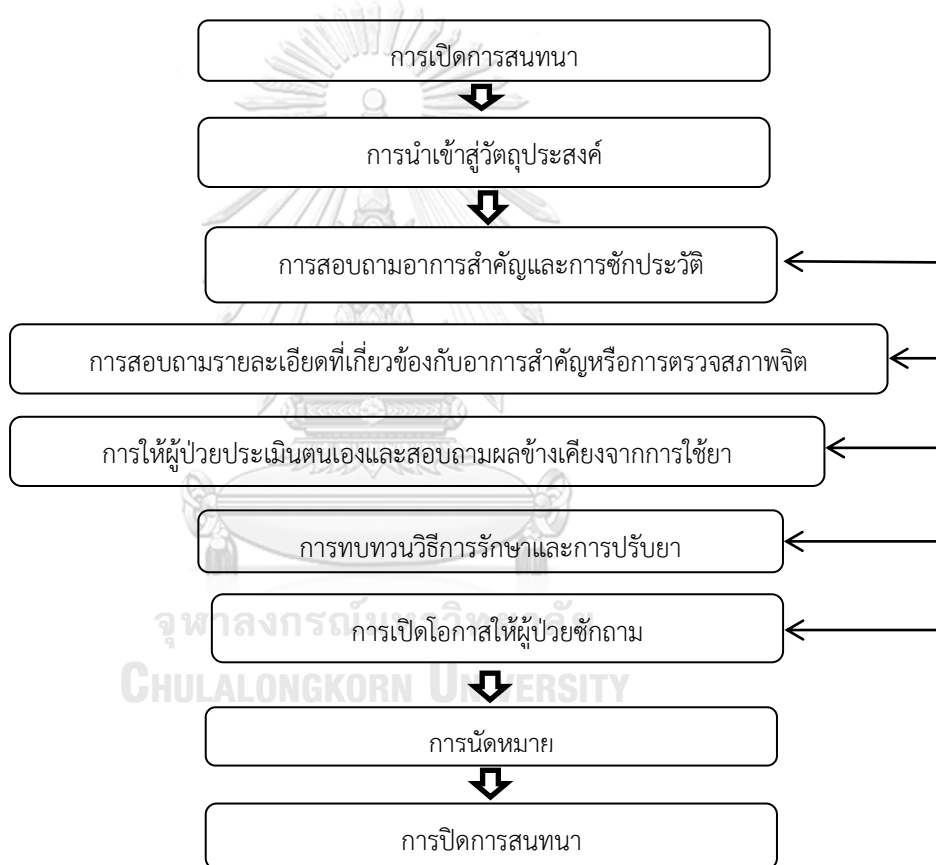
- |    |    |   |
|----|----|---|
| 1  | พ. | บางทีมันมาปรับตอนอายุเยอะเนาะ                                 |
| 2  | ผ. | Z ใช่ ๆ   |
| 3  | พ. | มันอาจจะทำให้   |
| 4  | ผ. | [ ใช่ ถ้าเรามาตั้งแต่เด็กก็โอเค                               |
| 5  | พ. | Z ครับ  |
| 6  | ผ. | Z มาช่วงอายุเยอะ พออายุ                                       |
| 7  |    | เยอะบางทีเราไม่ยากไปทำอะไร เราอยากอยู่บ้านทำนั่นทำนี่ตามประสา |
| 8  | พ. | ครับ หมอนัดสองเดือนนะครับ                                     |
| 9  | ผ. | จ๊ะ สองเดือน ถ้านัดวันแล้วตรงกับที่ศิริราช ป้ามาบอกหมอใหม่ได้ |
| 10 | พ. | ขอเลื่อนได้ครับ โทรมามาก                                      |
| 11 | ผ. | แต่ต้องมาตรงกับวันพฤหัสบดี                                    |
| 12 | พ. | [ อ้อไม่ คือหม้ออกพุธ พฤหัสบดี จันทร์เช้า                     |
| 13 | ผ. | อ้อ โอเค ๆ ค่ะ ขอบคุณค่ะ                                      |
| 14 | พ. |   |

ขั้นตอนการกล่าวอำลาหรือการปิดการสนทนาจากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (28) จะเห็นว่าหลังจากที่จิตแพทย์ได้ดำเนินการนัดหมายและแจ้งรายละเอียดวันเวลาในการออกตรวจเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจึงได้เริ่มขั้นตอนการกล่าวอำลาในบรรทัดที่ 13 ว่า “อ้อ โอเค ๆ ค่ะ ขอบคุณค่ะ” จากนั้นจิตแพทย์จึงตอบรับการอำลาในบรรทัดที่ 14 ว่า “ครับ” จึงเป็นการปิดการสนทนาที่สมบูรณ์

การปิดการสนทนาในการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกรายเก่ามักจะมีลักษณะพิเศษที่แตกต่างจากการปิดการสนทนาในการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกรายใหม่ เห็นได้จากผู้ป่วยนอกรายเก่าหลายคนสามารถเป็นฝ่ายเริ่มต้นปิดการสนทนาได้โดยไม่ต้องรอให้จิตแพทย์เป็นฝ่ายเริ่มปิดการสนทนา ก่อน เนื่องจากผู้ป่วยนอกรายเก่ามักจะทราบขั้นตอนในการตรวจรักษา หลายคนสามารถคาด

เดาได้ว่าขั้นตอนต่อไปในการสนทนาคืออะไร นอกจากนี้ยังเป็นฝ่ายที่เริ่มต้นบางขั้นตอนแทนการรอให้จิตแพทย์เริ่มต้นขั้นตอนต่าง ๆ เพียงฝ่ายเดียว

โครงสร้างการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกชายเก่าที่มีอาการดีขึ้นประกอบด้วยขั้นตอนการเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา ดังแผนภาพต่อไปนี้



แผนภาพที่ 8 โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกชายเก่าที่อาการดีขึ้น

โครงสร้างการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกชายเก่าที่มีอาการดีขึ้นมีลักษณะเฉพาะที่ปรากฏเป็นจุดเด่น คือ ขั้นตอนการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง การสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้จะไม่พบทั้งการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกชายใหม่และผู้ป่วยนอกชายเก่าที่มีอาการไม่ดีขึ้น เนื่องจากการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเป็นการตรวจสอบสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลว่าอาการของตนเองดีขึ้น หากให้

คะแนนการประเมินตนเองน้อยหรือมากเกินไป จิตแพทย์จะพิจารณาอาการใหม่อีกครั้ง การสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นขั้นตอนยืนยันว่ายาที่จิตแพทย์ให้ไปนั้น มีผลดีต่อผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด และขั้นตอนการทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยาเป็นขั้นตอนที่จิตแพทย์ใช้เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยอีกครั้ง เป็นการเน้นย้ำซ้ำทวนให้ผู้ป่วยจดจำวิธีการปฏิบัติตัวและการรับประทานยา เพื่อให้การรักษาตัวดีขึ้นต่อไป

### 3.2.2.2 โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่มีอาการไม่ดีขึ้น

โครงสร้างการตรวจรักษาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นมีภาพรวมคล้ายกับการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกรายใหม่และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการดีขึ้น แต่จะมีขั้นตอนในช่วงการดำเนินการสนทนาที่แตกต่างออกไป โดยโครงสร้างนี้ปรากฏ 9 ขั้นตอน ดังนี้ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญ การสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น การสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา

#### 1. การเปิดการสนทนา

การเปิดการสนทนา หมายถึง ขั้นตอนการเริ่มต้น กล่าวเปิด หรือการนำเข้าสู่การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก จิตแพทย์จะเป็นฝ่ายกล่าวเปิดการสนทนาด้วยการทักทาย การถามเรื่องการเดินทาง การขานชื่อผู้ป่วย การแนะนำตัว หรือเรื่องอื่น ๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยหรือทำให้ความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โครงสร้างการเปิดการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก รายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นจะมีความแตกต่างเรื่องความสนิทสนมระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วย เนื่องจากจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่ามักจะมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันอยู่ก่อนแล้ว การปฏิสัมพันธ์ส่วนใหญ่จึงดำเนินไปได้ด้วยดี การเปิดการสนทนาจึงมีความรวดเร็วและกระชับมากกว่าสถานการณ์ที่เพิ่งพบกันของจิตแพทย์และผู้ป่วยใหม่ ทำให้ในบางสถานการณ์ผู้ป่วยสามารถเป็นฝ่ายเปิดการสนทนาแทนจิตแพทย์ได้ เช่น

## ตัวอย่างที่ (29) \*\* ภาษาถิ่น

- 1 ผ. สวัสดีครับ(ไหว้)
- 2 พ. สวัสดีครับ เป็นไงมั่งคุณสุเทพ
- 3 ผ. ครับ
- 4 พ. Z เอ้: ตอนนั้นที่มาหาหมอไม่ได้กินยานะ
- 5 ผ. Z ครับ
- 6 พ. [ ไข้ไหมครับผม
- 7 ผ. Z ครับ
- 8 ขาดยาไปนิดนึง
- 9 พ. Z แต่ว่าก่อนนั้นก็สบายใจขึ้นแล้ว ดีขึ้นแล้ว
- 10 ผ. Z ครับผม
- 11 พ. Z แต่มา
- 12 ช่วงนี้ไม่สบายใจอีกแล้วนะ
- 13 ผ. Z คือ(1.0) มันเป็นคีน
- 14 พ. [ อ่า: ครับผม
- 15 ผ. ผมนั่งดูทีวีแล้วจิตใจมันหวัดนะ มันหวัด หวาด ๆ เหมือนตอนก่อนนั้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขั้นตอนการเปิดการสนทนาจากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (29) เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้นเนื่องจากหยุดการรับประทานยาโดยที่ไม่ได้รับอนุญาตจากจิตแพทย์ ทำให้ต้องมาพบจิตแพทย์เพื่อเริ่มต้นการรักษาอีกครั้ง บทสนทนาเริ่มต้นโดยผู้ป่วยนอกชายเก่าใช้รูปภาษาในการทักทายว่า “สวัสดีครับ” จิตแพทย์จึงเป็นฝ่ายตอบรับคำทักทายนั้นด้วยการทักทายเช่นกัน จากนั้นเป็นการขานชื่อผู้ป่วยตามเอกสารประวัติที่ได้รับจากฝ่ายทะเบียน และย้ำเพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าจิตแพทย์จำผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนจากการสนทนาในบรรทัดที่ 4 ว่า “เอ้: ตอนนั้นที่มาหาหมอไม่ได้กินยานะ” เมื่อผู้ป่วยตอบรับและอธิบายเพิ่มเติมว่า “ครับ ขาดยาไปนิดนึง” จิตแพทย์จึงพยายามเสริมให้ผู้ป่วยสบายใจในการมาพบแพทย์ว่า “แต่ว่าก่อนนั้นก็สบายใจขึ้นแล้ว ดีขึ้นแล้ว” เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดที่หยุดยา โดยการสนทนาตั้งแต่บรรทัดที่ 1-10 เป็นการเปิดการสนทনারะหว่างจิตแพทย์และ

ผู้ป่วย จนกระทั่งบรรทัดที่ 11-12 จิตแพทย์ได้กล่าวด้วยถ้อยคำว่า “แต่มาช่วงนี้ไม่สบายใจอีกแล้วนะ” เพื่อนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ จึงเป็นการสิ้นสุดการกล่าวทักทายหรือเปิดการสนทนาในสถานการณ์นี้

## 2. การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์

การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ หมายถึง การถามเกี่ยวกับจุดประสงค์ที่ทำให้ผู้ป่วยรายเก่า ตัดสินใจมาพบจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลอีกครั้งหลังจากอาการป่วยไม่ดีขึ้นโดยใช้รูปภาพที่มีจุดประสงค์ไปในทิศทางเดียวกันว่า “เป็นไง” “เป็นยังไง” “ช่วงนี้ดีมั๊ย” หรือถ้อยคำอื่น ๆ ที่มีความหมายใกล้เคียงกัน เช่น

### ตัวอย่างที่ (30)

- |    |    |  |
|----|----|--|
| 1  | พ. | } สวัสดีครับ คุณวิภาณะครับ <i>ตอนนี้เป็นยังไงบ้างครับ</i>                          |
| 2  | ผ. |  |
| 3  | พ. | Z อ้อ แสดงว่า เรื่องอาการสั้นๆ ที่เคยเป็นมันเริ่มเป็น                              |
| 4  |    | ขึ้นมาอีกไซ้มั๊ยครับ เอ่อ เริ่มเป็นขึ้นมาอีกสักประมาณนานแค่ไหนแล้วครับ             |
| 5  | ผ. | Z สามสี่   |
| 6  |    | วันที่แล้ว   |
| 7  | พ. | Z อ้อ แสดงว่าสามสี่วันนี้เริ่มเป็นเยอะขึ้น คุณป่าชาดยามั๊ยครับ                     |
| 8  | ผ. | (2.0) <i>กินยาของโรงพยาบาลอยู่ มันมีเม็ดยาอยู่อย่างหนึ่งที่ขาดไปเลยไปเอาที่ตรง</i> |
| 9  | พ. | อ้อ แสดงว่า ยาที่ของหมอที่ให้ไปหมดก่อน แล้วก็ไปเอาจังหวัดแถวบ้านภูมัย ด้วย         |
| 10 |    | ไม่ตรงกัน  |
| 11 | ผ. | Z ไม่ตรงกัน  |
| 12 | พ. | Z อ้อไม่ตรงกันเนาะ แล้วพอเรื่องอาการใจสั้น ที่บอกว่ามัน                            |
| 13 |    | เป็นเยอะขึ้นนี้ มันรบกวนคุณป่ายังงัยบ้างนะครับ                                     |
| 14 | ผ. | <u>มัน</u> : ใจสั้น ผวาเวลานอน มันสะดุ้ง เวลาอยู่ดี ๆ ก็เป็นลม                     |

จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (30) จะเห็นได้ว่าจิตแพทย์ได้นำเข้าสู่ขั้นตอนการกล่าวทักทายหรือการเปิดการสนทนาและการนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ในช่วงเดียวกันในบรรทัดที่ 1 ว่า “สวัสดีครับ คุณวิภาณะครับ ตอนนี้เป็นไงบ้างครับ” เนื่องจากจิตแพทย์พิจารณาจากประวัติที่ฝ่ายทะเบียนส่ง



มาแล้วว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่ได้รับการรักษามาแล้ว จึงสามารถนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ในการสนทนาได้อย่างรวดเร็วภายในถ้อยคำที่ต่อเนื่องกัน เมื่อผู้ป่วยตอบในบรรทัดที่ 2 ว่า “ใจสั้น กลับมาสั้นอีก” จิตแพทย์จึงทราบได้ทันทีว่าผู้ป่วยมีอาการเดิมและไม่ดีขึ้น จากนั้นจึงนำเข้าสู่ขั้นตอนการสอบถามอาการสำคัญในบรรทัดต่อไปทันที

### 3. การสอบถามอาการสำคัญ

การสอบถามอาการสำคัญ หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์ต้องการทราบอาการหลักหรืออาการเด่นชัดที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่หรือมีอาการมากกว่าเดิม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาว่าเพราะเหตุใดอาการของผู้ป่วยจึงไม่ดีขึ้น หลังจากได้รับทราบวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว เช่น

ตัวอย่างที่ (31)

- 1 พ. สวัสดิ์ครับ คุณอะไรนะครับ
- 2 ผ. พรรณภาค
- 3 พ. พรรณภานะ (1.0) มาหาหมอกี่ครั้งแล้วครับ
- 4 ผ. (หัวเราะ)บอกไม่ถูกเลยคะ
- 5 พ. นับไม่ถูกเลยเนาะ เอ้อ วันนั้นที่นัดเจอหมอมั้ยครับ
- 6 ผ. ครั้งที่แล้วไม่เจอ
- 7 พ. Z ครั้งที่แล้วไม่เจอเนาะ
- 8 ผ. จ๊ะ
- 9 พ. อะ แล้วตอนนี้เป็นไงมั่งครับ
- 10 ผ. ปวดตรงนี้
- 11 พ. Z ปวดศีรษะอยู่เนาะ อ้อ หมอจำได้แล้ว
- 12 ผ. [ ปวดหัวนิดหน่อย
- 13 พ. ตอนแรกที่เจอหมอ ตอนนั้นบอกหมอว่ามีเรื่องเหมือนกับปวดศีรษะถูกมั้ยครับ
- 14 ตอนนั้นใช่มั้ยครับ
- 15 ผ. (พยักหน้า)

- 16 พ. } แล้วตอนนั้นเรารักษาไป ตอนนี้เป็นไงมั่งครับ  
 17 ผ. } ยังมีปวดหัวอยู่  
 18 พ. Z อ้อ ยังปวดหัวอยู่  
 19 ผ. [ ปวดไม่มาก ปวดนิดหน่อย  
 20 พ. อ้อ ปวดทั้งสองข้างเลยมัยหรือปวดข้างเดียว  
 21 ผ. ทั้งสองข้าง  
 22 พ. Z ทั้งสองข้างเนาะ (1.0) มันมีอะไรมัยที่ทำให้เหมือนรู้สึกปวดเยอะขึ้น  
 23 หรือมีความเครียดอะไรที่ทำให้คุณปวดเยอะขึ้น

จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (31) จะเห็นได้ว่าขั้นตอนการกล่าวทักทายหรือการเปิด การสนทนาเริ่มตั้งแต่บรรทัดที่ 1-8 แล้วจึงเข้าสู่ขั้นตอนการสอบถามวัตถุประสงค์ในบรรทัดที่ 9 ว่า “อ้อ แล้วตอนนี้เป็นไงมั่งครับ” ขั้นตอนนี้เกิดขึ้นหลายผลัดเนื่องจากจิตแพทย์ต้องสอบถามอาการเดิม ของผู้ป่วยในการตรวจรักษาครั้งล่าสุด เมื่อจิตแพทย์สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้แล้วจึงเข้าสู่ขั้นตอนการ สอบถามอาการสำคัญในบรรทัดที่ 16 ว่า “ตอนนี้เป็นไงมั่งครับ” จะเห็นได้ว่าเป็นคำถามเดียวกันกับ บรรทัดที่ 9 แต่มีความแตกต่างกันเนื่องจากคำถามในบรรทัดที่ 9 เป็นคำถามเพื่อนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ ในการเดินทางมาตรวจรักษาในครั้งนี้ แต่คำถามเดียวกันในบรรทัดที่ 16 เป็นคำถามเพื่อสอบถาม อาการสำคัญหลังจากที่จิตแพทย์ได้ทราบแล้วว่าวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยคืออะไร การถามคำถามเดิม ซ้ำอีกครั้งแต่ต่างบริบทไม่ได้ทำให้คู่สนทนา รู้สึกประหลาดใจ เนื่องจากผู้ป่วยรายเก่าส่วนใหญ่เคยมี ประสบการณ์การสนทนากับจิตแพทย์คนเดิมอยู่แล้ว จึงเข้าใจได้ไม่ยากนักกว่าเป็นคำถามที่สอบถาม เป็นการขอให้ผู้ป่วยระบอบอาการสำคัญที่เกิดขึ้นเพื่อจิตแพทย์จะได้นำข้อมูลดังกล่าวไปพิจารณาทบทวน การรักษาต่อไป

การเข้าสู่ขั้นตอนการแจ้งอาการสำคัญในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชไม่ได้มีเพียง จิตแพทย์เท่านั้นที่สามารถดำเนินการสนทนาในขั้นตอนนี้ได้ จากการเก็บข้อมูลผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยหรือ ญาติผู้ป่วยสามารถดำเนินการเข้าสู่ขั้นตอนการแจ้งอาการสำคัญได้หากพิจารณาแล้วว่า ข้อมูล ดังกล่าวมีความสำคัญต่อกระบวนการรักษาโรคทางจิตเวชของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ป่วย สามารถเป็นฝ่ายนำเข้าสู่การแจ้งอาการสำคัญได้ทันทีหากพิจารณาแล้วมีความสำคัญต่อการตรวจ รักษาครั้งนั้น

#### 4. การสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น

การสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์พยายามสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่คาดว่าจะสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง การดำเนินการสนทนาขั้นตอนนี้เกิดขึ้นหลังจากที่จิตแพทย์ได้ทราบวัตถุประสงค์ อาการสำคัญ และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสอบสภาพจิตของผู้ป่วยแล้ว เช่น

##### ตัวอย่างที่ (32)

- 1 พ. เอ่อ แล้วพอไปรักษาเรื่องลมชักแล้ว เป็นอายุกรรมประสาททางประสาทเนาะ
- 2 ผ. Z ค่ะ
- 3 พ. Z
- 4 แล้วก็ รักษาเรื่องซึมเศร้าด้วยเนาะ
- 5 ผ. [ ที่นี้ พี่รักษาซึมเศร้าอยู่ที่นี้ ทางอายุกรรม
- 6 ประสาทบอกว่าจะได้ดูแลด้วยกัน เขาก็ให้พี่ไปโรงพยาบาลจุฬา พี่ก็ไปที่นั่น ที่บ้านก็
- 7 บอกว่า เหมือนดูแลไม่ทั่วถึง ก็ให้พี่กลับมาที่นี้
- 8 พ. Z อ้อ กลับมาที่นี้ อ้อ: แล้วพอมารักษาที่นี้ เรื่องอารมณ์ ใจของคุณอุบลเป็นยังไงบ้างครับ
- 9
- 10 ผ. (1.0) พี่ว่า (1.0) ก็เหมือนเดิมนะ เวลาพี่เครียดพี่ก็ยิ่งเครียดเหมือนเดิม
- 11 พ. อ้อ ยิ่งกังวลเวลาที่เครียด ที่นี้ตอนนี้ยังทำงานอยู่มั้ยครับ ทำอะไรอยู่นะครับ
- 12 ผ. ก็: ทำน้อยกว่าเดิม ขายเสื้อผ้า
- 13 พ. ก็คือยังไปทำงาน ยังได้อยู่เนาะ
- 14 ผ. ทำได้ แต่ทำน้อยกว่าเดิม
- 15 พ. Z อ้อ ทำน้อยกว่าเดิมเนาะ แล้วสมาธิความจำตอนทำงาน
- 16 ยังโอเคเหมือนเดิมมั้ยครับ
- 17 ผ. Z ไม่เหมือน
- 18 พ. Z ต่างกันยังไงครับ
- 19 ผ. ลืมเยอะ
- 20 พ. Z ลืมเยอะขึ้นเนาะ แล้วที่ตอนที่เพิ่งครั้งแรกเลย อารมณ์เบื่อเศร้ามันเป็น

- 21 เหมือนช่วงแรกมั๊ยครับ หมายถึงตอนนั้นกับตอนนี้
- 22 ผ. เวลาเครียดเวลาปวดก็เป็น
- 23 พ. Z เป็นเนาะ มันเป็นนาน แบบติด ๆ ต่อกันทั้งวันมั๊ยครับ
- 24 ช่วงอารมณ์เบื่อ ๆ เศร้า ๆ
- 25 ผ. ถ้ามีปวดหัวด้วยนี่สี่ห้าวันติดกันเลย
- 26 พ. ปวดด้วย มันพร้อม ๆ กันเนาะ แล้วช่วงนั้นจะทำงานไม่ค่อยได้ บางครั้งมีมึนว่า
- 27 ไม่อยากอยู่แล้ว คิดท้อแท้ อยากจะทำร้ายตัวเองมีมั๊ยครับ บ่อยมั๊ยครับ
- 28 ผ. มีค่ะ
- 29 พ. Z มีความคิดเนาะ
- 30 ผ. เคยคิดช่วงนั้น แต่ตอนนี้ไม่ ช่วงนี้ไปอยู่กับพระกับธรรมะด้วย เกรงคำว่าบาป
- 31 พ. อ้อ: แสดงว่าถ้าใช้ธรรมะ เราก็คงกลัวอยู่ชั้มมัย เอ่อ สามีมองว่าภรรยาตอนนี้เป็น
- 32 ยังไงบ้างครับ
- 33 ญ. (1.0) ด้านอารมณ์
- 34 พ. Z อ่ะ เรื่องอารมณ์
- 35 ญ. รู้สึกว่าจะแรงกว่า
- 36 พ. Z แรงกว่ายังไงครับ
- 37 ญ. อารมณ์เสียมากกว่า หงุดหงิดง่ายมากกว่า
- 38 พ. อ้อ: หมายถึงเรื่องเศร้าเบื่อ อาจจะคล้าย ๆ เดิม แต่จะมาเพิ่มเรื่องของความ
- 39 หงุดหงิดที่มันเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นหงุดหงิดเรื่องอะไร หมอถามได้เนาะ
- 40 ญ. [ ใช่ ] Z
- 41 หงุดหงิดเรื่องไม่น่าจะหงุดหงิดก็หงุดหงิด
- 42 พ. เช่นว่ายังไง พอยกตัวอย่างได้มั๊ยครับ
- 43 ญ. (1.0) เช่นบางครั้งกับเพื่อนบ้าน เอ่อ: (2.0)
- 44 พ. เอ่อ คือ ในมุมมองของหมอเนาะ เช่น ก้าวร้าว เขวี้ยงปาข้าวของมั๊ยครับ
- 45 ญ. Z ไม่ถึง
- 46 ขนาดนั้น แต่ใช้วาจา
- 47 พ. Z เหมือนวาจา อันนี้คุณอุบลรู้ตัวเองมั๊ยครับ ว่าเหมือนเรา

- 48 หงุดหงิดเพิ่มขึ้นกว่าเดิม
- 49 ผ. (2.0) เหมือนกับว่า ตอนนี้นะ กับเพื่อนบ้านตามยกตัวอย่างนะนะ คือ เป็นการไม่  
50 ถูกใจกันอยู่แล้วละ ทีนี้ พอมีอะไรนิดหน่อยก็ทำให้โกรธขึ้นทันที
- 51 พ. Z อ้อมีเรื่องกันมา  
52 อยู่แล้ว
- 53 ญ. เหมือนควบคุมอารมณ์ไม่ได้
- 54 พ. อ้อ: ถึงขั้น ขอโทษนะครับ ใช้คำหยาบใช้อะไรอย่างนั้นเลยมัย
- 55 ญ. ใช่
- 56 ผ. [ ใช่ ] เพราะเราโกรธอยู่แล้ว คือ ขอโทษนะคะ บ้านตรงข้ามนะเค้าก็เป็นหมอ
- 57 พ. Z อ้อ



จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (32) ในบรรทัดที่ 8-9 จิตแพทย์สอบถามถึงอาการสำคัญของผู้ป่วยด้วยรูปภาษาว่า “...อ้อ: แล้วพอมารักษาที่นี้ เรื่องอารมณ์ ใจของคุณอุบลเป็นยังไงบ้างครับ” เมื่อผู้ป่วยตอบว่าอาการยังไม่ดีขึ้น จิตแพทย์จึงพยายามสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม แต่ยังไม่ได้รับคำตอบตามที่ต้องการ จิตแพทย์จึงได้เข้าสู่ขั้นตอนการสอบถามสาเหตุหลักที่อาการไม่ดีขึ้นกับญาติผู้ป่วยแทนในบรรทัดที่ 38-39 ว่า “อาจจะคล้าย ๆ เดิม แต่จะมาเพิ่มเรื่องของความหงุดหงิดที่มันเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นหงุดหงิดเรื่องอะไร หมอถามได้เนาะ” และบรรทัดที่ 42 ว่า “เช่นว่ายังไง พอยกตัวอย่างได้มัยครับ” เพื่อให้ผู้ป่วยระบุสาเหตุที่ทำให้อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจากการทะเลาะกับเพื่อนบ้าน จากนั้นจึงพยายามสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญต่อไป

การดำเนินการสนทนาในขั้นตอนการสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้นจะพบเฉพาะในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชของผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นเท่านั้น ไม่พบในผู้ป่วยรายใหม่หรือผู้ป่วยรายเก่าที่มีอาการดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยรายใหม่จะแจ้งสาเหตุของอาการที่เพิ่งจะเคยเป็นส่วนผู้ป่วยรายเก่าที่มีอาการดีขึ้นจะเป็นการตอบคำถามหรืออธิบายแสดงให้เห็นว่าร่างกายของผู้ป่วยตอบสนองกับยาทำให้จิตใจผ่อนคลายและความรู้สึกเป็นไปในทิศทางที่ดี รวมทั้งแจ้งให้จิตแพทย์ทราบว่าได้ดูแลรักษาตามกระบวนการรักษาที่จิตแพทย์แนะนำ จึงไม่มีความจำเป็นต้องสอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้อาการไม่ดีขึ้นในดังกล่าว

## 5. การสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

การสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์สอบถามเกี่ยวกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วยทั้งการนอนหลับ การพักผ่อน การรับประทานอาหารหรือยา การพบปะพูดคุยกับบุคคลภายนอก หรือปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุทำให้อาการป่วยไม่ดีขึ้นตามที่ได้คาดหวังไว้ เพื่อให้มีข้อมูลที่สนับสนุนสาเหตุที่ทำให้อาการไม่ดีขึ้น และจะได้นำไปสู่การรวบรวมข้อมูลในการวินิจฉัยปรับยาหรือปรับวิธีการรักษาให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยต่อไป เช่น

### ตัวอย่างที่ (33)

- 1 พ. อืม โอเค(เปิดถุงยา) นี่ไปเอายามาจากที่ไหน
- 2 ญ. ลำพญา โรงพยาบาลที่นี้ส่งไป
- 3 พ. Z จ๊ะ
- 4 ญ. กลับมาก็ไม่ได้กิน
- 5 พ. [ เอ้า ทำไมล่ะ
- 6 ญ. เคঁาไม่อยากกินยา
- 7 พ. Z ไม่อยากกินยาเหออ(พูดกับผู้ป่วย)
- 8 ผ. กินครับ
- 9 ญ. เนี่ยมันเหลือเยอะ 
- 10 พ. แปดมินา นี่มันสามสิบเอ็ดมินาแล้ว 
- 11 ญ. ไซ้
- 12 พ. (2.0) เกือบเดือนแล้วนี่ อืม ยาเคঁาให้มาสองเดือน ถุงนี้เหลือแค่นี้
- 13 ผ. ครับ
- 14 พ. ไม่กินตัวอื่นแล้ว กินแต่ตัวนี้
- 15 ผ. Z ครับ
- 16 พ. ทำไมล่ะ นอนไม่หลับ กินแล้วหลับเหออ
- 17 ผ. กินแล้วหลับครับ
- 18 พ. โอเค อะ ไม่เป็นไร (2.0) อยากหลับบ้าง

- 19 ผ. Z ไร่ครับ
- 20 พ. Z ถ้าไม่กินตัวนี้ไม่หลับเลย
- 21 ผ. Z ครับ
- 22 พ. โอเค นอนไม่ค่อยหลับมานานเท่าไรแล้ว
- 23 ผ. (2.0) สองเดือนครับ เป็นบางครั้ง บางทีก็สองวันจะเป็นทีหนึ่งครับ
- 24 พ. อ้อ: สลับกัน
- 25 ผ. Z ไร่ครับ
- 26 พ. สองวันหลับสองวันไม่หลับ
- 27 ผ. Z ไร่ครับ
- 28 พ. ไร่ปะ
- 29 ผ. Z ไร่ครับ
- 30 พ. เป็นอย่างนี้มาก็ปีแล้ว
- 31 ผ. (2.0) เจ็ดปีครับ
- 32 พ. Z เจ็ดปี โห: อยู่มาได้ไงนี้ หา อยู่มาได้ไง
- 33 ผ. (2.0) มันต้องใช้ความคิดครับ
- 34 พ. Z ไร่ๆ
- 35 ผ. (ไอ)
- 36 ญ. คั้นเหรอ
- 37 ผ. ไม่เกี่ยว
- 38 พ. (บันทึกประวัติการตรวจรักษา) อะ หมอมียากินสองอย่าง
- 39 ผ. ครับ
- 40 พ. อันหนึ่งกินสองเม็ด อันหนึ่งกินสี่เม็ด
- 41 ผ. ครับ

การตรวจรักษาในสถานการณ์ที่ (33) ได้เริ่มต้นเปิดการสนทนามาก่อนที่เข้าสู่ สถานการณ์ตัวอย่าง จนกระทั่งจิตแพทย์เริ่มเข้าใจว่าอาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น จึงได้ขอดยาที่ผู้ป่วย รับจากโรงพยาบาลอื่น เมื่อตรวจสอบยาที่ญาติผู้ป่วยมอบให้แล้วจึงได้สอบถามในบรรทัดที่ 1 ว่า “...นี้

ไปเอายามาจากที่ไหน” ในบรรทัดที่ 4 ญาติผู้ป่วยได้นำเข้าสู่ขั้นตอนการแจ้งอาการสำคัญว่า “กลับมา ก็ไม่ได้กิน” เพื่อระบุว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนการสอบถาม สาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้นในบรรทัดที่ 5 ว่า “เฮ้อ ทำไมละ” เป็นคำถามถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่รับประทาน ยาตามแพทย์สั่ง จากบรรทัดที่ 6-11 จึงเป็นคำตอบของผู้ป่วยเพื่ออธิบายสาเหตุที่ไม่รับประทานให้ ครบตามแพทย์สั่ง เมื่อข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและอาการสำคัญแล้ว จิตแพทย์จึงสอบถามขั้นตอนต่อไป ในบรรทัดที่ 22 ว่า “นอนไม่ค่อยหลับมานานเท่าไรแล้ว” และสิ้นสุดขั้นตอนนี้ในบรรทัดที่ 33 ซึ่ง เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยปรากฏขึ้นเพื่อนำไปพิจารณาร่วมกับสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น และเพื่อปรับการ รับประทานยารวมทั้งการปรับวิธีการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยตอบในบรรทัดที่ 37 ว่า “ไม่เกี่ยว” จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนการทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยาในบรรทัดที่ 38 ว่า “อ๊ะ หมอมียาให้ กินสองอย่าง” ซึ่งถือเป็นการสิ้นสุดขั้นตอนการสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

#### 6. การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา

การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา หมายถึง ขั้นตอนที่จะย้อนอธิบายลำดับ วิธีการในการรักษาและกระบวนการรักษาต่อไปในอนาคตเพื่อแก้ปัญหาอาการป่วยที่ไม่ดีขึ้น รวมทั้ง ชี้แจงการลดหรือเพิ่มยากับผู้ป่วยเพื่อให้ผลการรักษาดำเนินต่อไปดีขึ้น เป็นขั้นตอนที่เกิดหลังจากการ สอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้นและขั้นตอนการสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในการตรวจรักษา โรคทางจิตเวชของผู้ป่วยรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นเสมอ เช่น

#### ตัวอย่างที่ (34)

- 1 พ. อ้อ โอเค(1.0) แล้วเวลาใจสั้น มันวูบวาบทำยังไง กินยาหมอเลยมัย
- 2 ผ. ถ้าเป็นมากคุณหมอ ผมจะเอ้อ เชื่ระดับตัวเองว่ามันมากขนาดไหน ถ้าผมอยู่กับที่
- 3 ผมก็จะนอนลงแล้วกินยา จะรู้สึกโล่ง แต่ถ้าระหว่างเดินทางหรือขับรถอะไรจะพะวง
- 4 เอ้อ เราจะพักยังไง จะมีคนเห็นมัยถ้าเป็นอะไร
- 5 พ. [ เคยเป็นมัยแบบนั้น นานมัย
- 6 ผ. Zนานๆ
- 7 ที่คุณหมอ



- 8 พ. แล้วเวลาเกิดอาการแล้วทำไง [จอตรดหฺเรอ] อ้อ
- 9 ผ. [ จอตรดหฺ ]
- 10 พ. ได้ฝึกลม ลมหายใจมัย หมอเค้าได้บอภัย(2.0) เวลาที่คนเรารัตินั้นนะ มันจะมี
- 11 อัดโนมิติของการหายใจเร็วขึ้น วิธีที่จะตั้งสติก่อนคือการบังคับหายใจให้ช้าลง
- 12 ผ. สูดให้เต็มปอด
- 13 พ. Z ใช้ สูดให้เต็มปอด แล้วก็ผ่อนช้าๆ คือมันเป็นการตั้งอาการผวา
- 14 ให้ช้าลง เหมือนเป็นการถ่วง เวลาที่เราขับรถ เราตื่นตัวมากเรากินยาไม่ได้มันจะ
- 15 ง่วง มันมีผวามีตกเห็นรถมันฟูบฟูบแล้วมันแวบขึ้นมาเนี่ย ให้ตั้งหายใจเข้ามา
- 16 ก่อนตั้งลมหายใจเข้ามาจนสุดเลยนะ แล้วค่อย ๆ ผ่อนช้า ๆ
- 17 ผ. ช่วงตกใจไม่ค่อยมีผลเท่าไร แต่ว่าถ้าทำงานหนักหรือเหนื่อย ถ้าเล่นกับหมา
- 18 ประมาณสักห้าหรือสิบนาทีเร็ว ๆ เอ๊ะ รู้สึกเหนื่อยตั้ง ๆ
- 19 พ. Z แต่เราเซ็คหัวใจดีแล้ว
- 20 เนาะ
- 21 ผ. Z เซ็คดีแล้วคุณหมอ เอ็คโคอะไรก็ดี
- 22 พ. Z อ้อ ถ้าอย่างนั้นก็น่าจะแข็งแรงอย่างว่า
- 23 อาจมีอาการผวาได้เดี่ยวกินยาตัวนี้ หมอปรับปริมาณยา
- 24 ผ. [ แบบนี้อาการผวาก็:
- 25 พ. ผวานี้เป็นการตื่นตัวไว ระบบประสาทตื่นตัวไว ยาที่ให้ไปนี่ก็จะไม่ให้อาการมัน
- 26 กำเริบมากเพิ่มปริมาณยาให้มันเจียบไปก่อน
- 27 ผ. (2.0) ผมก็พยายามควบคุมสติผมได้นะ คือเมื่อก่อนผมไม่รู้ว่าเป็น ผมตกใจ
- 28 มาก
- 29 พ. Z อืม
- 30 ผ. ใจก็
- 31 พ. [ ไม่รู้จะทำยังไงใช้ไหม
- 32 ผ. เหมือนตัวเองจะตาย เอ้ มันเป็นอย่างนี้
- 33 พ. Z อืม
- 34 ผ. ตอนนั้นคิดว่าเป็นกรดไหลย้อน สักห้าหกเดือนก่อน ก็กินยารักษาอันนั้น รักษาอยู่

- 35 นานไม่หาย อาจารย์หมอเลยแนะนำว่า น่าจะเป็นแพนิกแล้วละ
- 36 พ. งั้นกินยาต่อเนาะ แล้วก็ต้องฝึกการหายใจ ถ้ามันกำเริบระหว่างที่รอกยาที่กินอยู่ก็
- 37 ฝึกลมหายใจก่อนง่ายสุด กลับลมหายใจนับหนึ่งถึงห้าแล้วก็ปล่อยออก ให้มันช้า
- 38 ลง มันหน่วงเวลาตึง ๆ แล้วจะเอากระเพาะมัยเนี่ย
- 39 ผ. ยากระเพาะผม
- 40 พ. [ เป็นยาเม็ดละกันเนาะ
- 41 ผ. Z ขอเป็นเม็ด
- 42 พ. เป็นแอร์เอ็กซ์เนาะ เป็นเคี้ยวดีกว่า(เสียงกริ่งโทรศัพท์)
- 43 ผ. ครับผม

การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ (34) บรรทัดที่ 1-9 เป็นขั้นตอนการสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าหากผู้ป่วยเกิดอาการขึ้นขณะที่กำลังทำงานหรือดำเนินชีวิตตามปกติจะแก้ไขด้วยวิธีใด เมื่อจิตแพทย์ทราบคำตอบและวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยแล้ว จึงนำเข้าสู่ขั้นตอนการทบทวนวิธีการรักษาในบรรทัดที่ 10-11 ว่า “ได้ฝึกลม ลมหายใจมัย หมอเค้าได้บอกยัง(2.0) เวลาที่คนเราตื่นตื่นนะ มันจะมีอัตโนมัติของการหายใจเร็วขึ้น วิธีที่จะดีสุดก่อนคือการบังคับหายใจให้ช้าลง” ขั้นตอนการทบทวนวิธีการรักษาดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงบรรทัดที่ 18 จากนั้นจึงเริ่มขั้นตอนการปรับยาในบรรทัดที่ 22-23 ว่า “อ้อ ถ้าอย่างนั้นก็น่าจะแข็งแรงอย่างว่าอาจมีอาการผวาได้เดี๋ยวกินยาตัวนี้ หมอปรับปริมาณยา” ขั้นตอนการปรับยาดำเนินไปถึงบรรทัดที่ 38 เพื่อให้การปรับยาครั้งนี้ครอบคลุมทั้งอาการทางจิตและอาการทางกายของผู้ป่วย

ขั้นตอนการทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยาในการสนทนากับผู้ป่วยรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นแตกต่างจากผู้ป่วยเก่าที่อาการดีขึ้นในระดับรายละเอียด เนื่องจากการทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยาของผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นจิตแพทย์มักจะให้ทบทวนให้ผู้ป่วยรักษาตัวและรับประทานยาแบบเดิมที่เคยปฏิบัติหลังจากที่พบจิตแพทย์ครั้งล่าสุด แต่การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยาของผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นพบว่า จิตแพทย์มักจะให้คำแนะนำเพิ่มเติมจากการตรวจรักษาครั้งที่ผ่านมา และปรับปริมาณยาหรือเพิ่มชนิดยาให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดปฏิกิริยาในทางที่ดีขึ้นกับอาการของผู้ป่วยต่อไป

## 7. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ รายละเอียด การรักษา การดูแลตนเอง การใช้ยา หรือเรื่องอื่น ๆ ที่ยังเป็นประเด็นคำถามในจิตใจของผู้ป่วยหรือญาติ เป็นการถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่กระจ่างแจ้ง และสอดคล้องตรงกันทั้งสองฝ่าย โดยที่จิตแพทย์จะใช้ขั้นตอนนี้ตรวจสอบความเข้าใจและความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการตรวจรักษา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเป็นขั้นตอนที่จิตแพทย์ได้ส่งสัญญาณ(pre-closing) ถึงผู้ป่วยและญาติเพื่อแจ้งว่าใกล้จะสิ้นสุดการสนทนาหรือการตรวจรักษาในครั้งนั้น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นซักถามเป็นขั้นตอนที่พบน้อยกว่าการสนทนากับผู้ป่วยรายใหม่หรือผู้ป่วยรายเก่าที่มีอาการดีขึ้น น่าจะมีสาเหตุมาจากในช่วงการดำเนินการสนทนาผู้ป่วยรายเก่าหรือญาติผู้ป่วยจะสอบถามข้อสงสัยไปจนครบเรียบร้อยแล้ว การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในช่วงท้ายของการดำเนินการสนทนาจึงไม่จำเป็นเทียบเท่ากับสถานการณ์การสนทนากับผู้ป่วยใหม่ เช่น

ตัวอย่างที่ (35)

- 1 พ. (2.0) ช่วงนี้ขาดยา
- 2 ญ. ค่ะ (2.0) ช่วงที่พี่ย้ายไปอยู่พิษณุโลก สามปีพี่ก็ย้ายไปอยู่อีกที่ ก็เลยไม่มีคนดูแล
- 3 ต่อเนื่อง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 4 พ. อ้อ เลยไม่มีใคร
- 5 ญ. Z ค่ะ เลยไม่มีใครพาไปรับยา พี่เลยคิดว่าจะรับมาอยู่จังหวัดนี้และ
- 6 ให้คนดูแล
- 7 พ. จะต้องมีคนช่วย
- 8 ญ. Z ใช่ค่ะ จะต้องมีคนจัดยาให้เค้าช่วยบำบัดจิต พี่เลยให้ไปอยู่กับพี่น้อง
- 9 คริสเตียน
- 10 พ. อืม
- 11 ญ. Z ค่ะ ให้เขาได้ทำกิจกรรมสนทนาการไปด้วย อะไรประมาณนี้ค่ะ
- 12 พ. (หัวเราะ) ก็ดีนะค่ะ

- 13 ญ. [ ดีค่ะ เล่นกีตาร์
- 14 พ. เล่นกีตาร์ได้มัย
- 15 ญ. (พูดกับผู้ป่วย) ได้มัยครับ เล่นกีตาร์ได้มัย
- 16 ผ. เล่นกีตาร์ได้
- 17 พ. เล่นเป็น อ้อ ดีมากเลยถ้างั้น (1.0) โอเค ถ้างั้นเดี๋ยวหมोजัดยาให้ นะคะ จะเป็นตัว
- 18 เดิมที่เคยทานแล้วดี
- 19 ญ. ค่ะ
- 20 พ. } อยากสอบถามอะไรเพิ่มเติมมัยคะ
- 21 ญ. } (1.0) ก็ถ้าเกิดเค้าทานยาต่อเนื่องแล้ว เค้าจะมีอารมณ์ที่แปรปรวนมัยคะ
- 22 พ. } (2.0) จริง ๆ ถ้าทานยาต่อเนื่อง อารมณ์จะค่อย ๆ ดีขึ้น
- 23 ญ. } อืม
- 24 พ. แต่ว่าตอนนี้ ยาที่ให้จะเป็นการปรับอาการทางจิตก่อน
- 25 ญ. อืม
- 26 พ. Z แล้วก็ปรับเรื่องการนอนนะคะ
- 27 ญ. ค่ะ
- 28 พ. Z แล้วก็ดูอีกทีว่าถ้าอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว อารมณ์ซึมเศร้าเค้าจะดีขึ้นมัย
- 29 ญ. อืม
- 30 พ. Z เพราะว่าตอนนี้เหมือนจะสับสนกับเรื่องหุแว่วค่อนข้างเยอะ
- 31 ญ. ใช่ ใช่ค่ะ เหมือนกับฟังซ่านนะค่ะ
- 32 พ. ค่ะ
- 33 ญ. เหมือนเนื้อที่อยู่ในพิซซ่าแล้วอบ ระเบิดเลย(หัวเราะ)
- 34 พ. ถ้างั้นเดี๋ยวทานยาหนึ่งเดือน แล้วรอบหน้ามาดูผลกันนะคะ
- 35 ญ. ได้ค่ะ ขอบคุณค่ะ
- 36 พ. สวัสดีค่ะ
- 37 ญ. สวัสดีค่ะ

ตัวอย่างในสถานการณ์ที่ (35) ในช่วงแรกเป็นการสนทนาในขั้นตอนการสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจนถึงบรรทัดที่ 17 และเริ่มทบทวนการรักษาในบรรทัดที่ 18 เมื่อญาติผู้ป่วยเข้าใจดีแล้ว จิตแพทย์จึงเริ่มเข้าสู่ขั้นตอนการเปิดโอกาสให้ซักถามและเป็นการส่งสัญญาณให้ผู้ร่วมสนทนาได้ทราบว่าใกล้จะถึงช่วงของการปิดการสนทนาในบรรทัดที่ 20 ด้วยรูปภาพว่า “อยากสอบถามอะไรเพิ่มเติมมั้ยคะ” ซึ่งเป็นการส่งสัญญาณว่าจะเข้าสู่การปิดการสนทนา จากนั้นญาติผู้ป่วยจึงได้สอบถามประเด็นที่สงสัยเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยถึงบรรทัดที่ 33 และจิตแพทย์ได้เริ่มเข้าสู่ขั้นตอนการนัดหมายในบรรทัดที่ 34 ด้วยถ้อยคำว่า “ถ้างั้นเดี๋ยวทานยาหนึ่งเดือน” ต่อไป

### 8. การนัดหมาย

การนัดหมาย หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์กำหนดวันเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องมาพบอีกครั้งเพื่อติดตามอาการ ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นหลังจากการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและก่อนการกล่าวอำลาหรือการปิดการสนทนาเสมอ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ค่อนข้างสำคัญสำหรับผู้ป่วยรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้น เนื่องจากการนัดหมายจะเป็นการติดตามอาการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในปัจจุบัน หากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตามนัดหมายตรงเวลาจะทำให้กระบวนการรักษาดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น

#### ตัวอย่างที่ (36)

- |    |    |   |   |
|----|----|---|---|
| 1  | พ. | (1.0) ตอนนั้นมียากินแค่สองตัวนะ                             |   |
| 2  | ผ. |   | Z ยามีแค่สองตัวค่ะ                                    |
| 3  | พ. |   | Z แต่ดีกว่า   |
| 4  | ผ. | ดีกว่า พุดรู้เรื่อง แล้วก็: มีน้ำใจไม่ตรีกับพอกับแม่มากขึ้น |   |
| 5  | พ. | เธอ: ตอนนี่เลี้ยงน้ำใจเลย                                   |   |
| 6  | ผ. |   | Z ตอนนี่ไม่เลยคะ(หัวเราะ)พุดอะไรขัดหูด้วย ขัดหูแล้วก็ |
| 7  |    | อารมณ์เสีย  |   |
| 8  | พ. | นะ  |   |
| 9  | ญ. | [ เสียมาก   |   |
| 10 | พ. | อ๊ะ เรียบร้อย ไม่ถามอะไรนะ สามเดือนนะ                       |   |

- 11 ผ. ปรับแล้วนะคะ  
 12 พ. จ๊ะ  
 13 ญ. Z ขอขอบคุณค่ะ

ตัวอย่างในสถานการณ์ที่ (36) บรรทัดที่ 10 จิตแพทย์เข้าสู่ขั้นตอนการเปิดโอกาสให้ซักถามและการนัดหมายในถ้อยคำเดียว เนื่องจากการตรวจรักษาในสถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นในโรงพยาบาลต่างจังหวัดที่มีผู้ป่วยรออยู่เป็นจำนวนมาก หากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยได้สอบถามประเด็นต่าง ๆ ที่สงสัยจนครบถ้วนแล้ว จิตแพทย์จะดำเนินการสรุป เปิดโอกาสให้ซักถามเป็นครั้งสุดท้าย และนัดหมายในระยะเวลาอันรวดเร็วดังตัวอย่างข้างต้น

### 9. การปิดการสนทนา

การปิดการสนทนา หมายถึง ขั้นตอนที่จิตแพทย์นำเข้าสู่การสิ้นสุดการสนทนา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าหมดเวลาในการตรวจรักษาเรียบร้อยแล้ว โดยอาจจะมีหรือไม่มีกรกล่าวคำอำลาเหมือนในสถานการณ์การสื่อสารอื่น ๆ ก็ได้ ผู้นำเข้าสู่การปิดการสนทนาอาจเป็นฝ่ายจิตแพทย์หรือผู้ป่วยก็ได้ เนื่องจากผู้ป่วยเก่ามีความคุ้นเคยกับโครงสร้างหรือขั้นตอนในการตรวจรักษาโรครอยู่แล้ว จึงสามารถคาดการณ์ได้ว่าจะสิ้นสุดการสนทนาเมื่อใด เช่น

ตัวอย่างที่ (37)

- 1 พ. กินยาต่อเนื่องห้ามขาด  
 2 ผ. ค่ะ (1.0) คุณหมอมีน้องเธอ  
 3 พ. จ้า  
 4 ผ. มิน่าไม่เห็นมานาน  
 5 พ. } (หัวเราะ) อันนี้นัดสองเดือนนะจ๊ะ เรียปรับัย หัวดีจ้า

ตัวอย่างที่ (38)

- 1 พ. นัดไว้สองเดือนนะ  
 2 ผ. Z ค่ะ  
 3 พ. Z เพราะแม่กินบ้างไม่กินบ้าง บางทีมันจะอยู่ได้นาน

- 4 ผ. Z
- 5 ค่ะ ถ้านานกว่านี้ใบนัดก็ยังใช้ได้ จะได้มาให้ตรงกับคุณหมอ
- 6 พ. สรุปลีสิบสี่มีนานะคะ
- 7 ผ. Z ค่ะ
- 8 พ. (บันทึกการรักษา) คุณแม่มีอะไรอยากถามหมออีกมั้ยคะ
- 9 ผ. ก็ไม่มีแล้วค่ะ
- 10 พ. ไม่มีนะ ค่ะ เตี่ยคุณแม่ยื่นที่โต๊ะเบอร์หกนะคะ
- 11 ผ. Z ค่ะ
- 12 พ. } *ขอบคุณค่ะที่มีของขวัญปีใหม่มาให้หนูนะคะ ขอบคุณค่ะ:*

ตัวอย่างในสถานการณ์ที่ (37) ในบรรทัดที่ 5 ว่า “หวัดดีจ้า” เป็นการกล่าวอ้อลาที่สามารถพบได้ในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชทั่วไป แต่การกล่าวอ้อลาของจิตแพทย์ในสถานการณ์ที่ (38) ด้วยการกล่าวขอบคุณในบรรทัดที่ 12 ว่า “ขอบคุณค่ะที่มีของขวัญปีใหม่มาให้หนูนะคะ ขอบคุณค่ะ” เป็นการปิดการสนทนาที่มีความพิเศษกว่าสถานการณ์ปกติ เนื่องจากโดยปกติแล้วผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายที่กล่าวขอบคุณจิตแพทย์ แต่ในสถานการณ์นี้จิตแพทย์เป็นฝ่ายอ้อลาด้วยคำขอบคุณเพราะผู้ป่วยได้มีของขวัญมามอบให้จิตแพทย์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระหว่างทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างสนิทสนม นอกจากนี้ผู้วิจัยพบว่า การปิดการสนทนาจากฝ่ายผู้ป่วยจะปรากฏเฉพาะสถานการณ์การตรวจรักษาในผู้ป่วยรายเก่าเท่านั้น ไม่พบการกล่าวอ้อลาด้วยการกล่าวขอบคุณจากจิตแพทย์เช่นนี้ในสถานการณ์การตรวจรักษาผู้ป่วยรายใหม่ เนื่องจากการตรวจรักษาครั้งแรกยังปรากฏความสัมพันธ์แบบสนิทสนมเช่นเดียวกับผู้ป่วยรายเก่า

โครงสร้างการตรวจรักษาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้น ประกอบด้วย การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญ การสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น การสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา โครงสร้างการตรวจรักษาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นจะมีความแตกต่างจากโครงสร้างการตรวจรักษาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการดีขึ้นในขั้นตอนการสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น

และการสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วยซึ่งทั้งสองโครงสร้างดังกล่าวไม่ปรากฏในการสนทนา ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก รายเก่าที่อาการดีขึ้น เนื่องจากหากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจิตแพทย์ก็ไม่จำเป็นต้องสอบถามถึงสาเหตุและชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าผลของการรักษาและการใช้ ยาดำเนินไปได้ด้วยดี โครงสร้างการสนทนาจึงปรากฏดังแผนภาพต่อไปนี้



แผนภาพที่ 9 โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก รายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้น

จากการศึกษาโครงสร้างปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช ผู้วิจัยพบว่า โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชพบ 2 ลักษณะ คือ โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก รายใหม่ และโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก รายเก่า โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก รายใหม่ ปรากฏ 10 ขั้นตอน ดังนี้ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญ



และการซักประวัติ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยให้เกิดโรค การวินิจฉัยแยกโรค การวางแผนการรักษาและการใช้ยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา จุดเด่นของโครงสร้างการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่คือการพบกันครั้งแรกระหว่างทั้งสองฝ่าย จิตแพทย์จะต้องพยายามค้นหาข้อเท็จจริงของอาการสำคัญของผู้ป่วยพร้อม ๆ กับสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างละเอียดถี่ถ้วน นอกจากนี้ยังต้องพยายามดำเนินการสนทนาให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและไว้วางใจเพื่อเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยเหล่านั้น ทำให้โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่มีขั้นตอนที่โดดเด่นซึ่งจะไม่พบในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่า คือ การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การวินิจฉัยแยกโรค การวางแผนการรักษาและการใช้ยา ทั้งสามขั้นตอนนี้เป็นจุดเด่นในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่ซึ่งแตกต่างจากโครงสร้างการสนทนากับผู้ป่วยรายเก่า เนื่องจากผู้ป่วยนอกรายใหม่จะยังไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการที่อาจเกิดขึ้นหลังจากนี้ และการรักษาดูแลรักษาตัวเอง ทำให้จิตแพทย์ต้องเน้นขั้นตอนเหล่านี้เป็นพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลรักษาอาการให้ดีขึ้นต่อไป

โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่ามีรายละเอียดที่แตกต่างจากผู้ป่วยนอกรายใหม่ ผู้วิจัยจึงแยกวิเคราะห์ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่มีอาการดีขึ้น และโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้น โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยรายเก่าที่มีอาการดีขึ้นประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่มีอาการดีขึ้นมีขั้นตอนที่เป็นลักษณะเฉพาะ คือ การให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง การสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา ขั้นตอนเหล่านี้จะไม่พบในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยนอกรายใหม่หรือผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้น เนื่องจากการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเป็นการตรวจสอบสภาพจิตใจของผู้ป่วย

ที่ให้ข้อมูลว่าตนเองอาการดีขึ้น หากให้คะแนนตนเองน้อยหรือมากเกินไป จิตแพทย์จะพิจารณา ทบทวนอาการของผู้ป่วยอีกครั้ง ส่วนการสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นขั้นตอนการยืนยันว่า ยาที่จิตแพทย์สั่งให้ไปนั้นมีผลดีต่อผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด และสำหรับขั้นตอนการทบทวนวิธีการรักษา และการปรับยาเป็นขั้นตอนที่จิตแพทย์ให้ข้อมูลผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อเน้นย้ำซ้ำทวนให้ ผู้ป่วยหรือญาติจดจำกระบวนการรักษาตัวให้ดีขึ้นต่อไป

โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญ การสอบถาม สาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น การสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา ขั้นตอนที่เป็นลักษณะเฉพาะ ของโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกต่อเนื่องที่อาการไม่ดีขึ้น คือ การสอบถาม สาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น การสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และการทบทวนวิธีการรักษาและการ ปรับยา การสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้นเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องจากการสอบถามอาการสำคัญที่ จิตแพทย์ทราบข้อมูลแล้วว่าอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง จิตแพทย์จึงต้องรับสอบถามถึงสาเหตุ และชีวิตประจำวันที่คาดว่าจะจะเป็นปัจจัยทำให้อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจากการตรวจรักษาครั้งล่าสุด ส่วนขั้นตอนการทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยามีความแตกต่างกันในรายละเอียดระหว่างบริบท ของผู้ป่วยนอกรายเก่าที่มีอาการดีขึ้นและผู้ป่วยนอกที่อาการไม่ดีขึ้น คือ การทบทวนวิธีการรักษาและ การปรับยาในผู้ป่วยนอกรายเก่าที่มีอาการดีขึ้นจะเป็นการให้รายละเอียดที่ผู้ป่วยหรือญาติดำเนินการ รักษาได้ที่อยู่แล้ว และแจ้งให้ดูแลรักษาไปในทิศทางเดิมเป็นประจำสม่ำเสมอ แต่การทบทวนวิธีการ รักษาและการปรับยาในผู้ป่วยรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นเป็นการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับคำแนะนำของจิตแพทย์ เช่น การหยุดยาโดยปราศจากการอนุญาตจาก จิตแพทย์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ อาจส่งผลเสียต่อการดูแลรักษาตัวของผู้ป่วยต่อไป

โครงสร้างหรือขั้นตอนในการสนทนากับผู้ป่วยรายใหม่หรือรายเก่าจะมีขั้นตอนที่เหมือนกัน คือ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา ในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชจะปรากฏขั้นตอน เหล่านี้ไม่ว่าจะเป็นการสนทนากับผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยเก่าก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตในขั้นตอนการเปิด

และการปิดการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกวัยเก่าจะมีรายละเอียดบางประการที่น่าสนใจซึ่งจะไม่พบในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกวัยใหม่ คือ หลายสถานการณ์ผู้ป่วยนอกวัยเก่าจะเป็นฝ่ายเริ่มเปิดหรือเริ่มปิดการสนทนาแทนจิตแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยนอกวัยเก่ามักจะทราบขั้นตอนในการตรวจรักษา จนกระทั่งสามารถคาดเดาได้ว่าขั้นตอนต่อไปในการสนทนาคืออะไร และในบางสถานการณ์ผู้ป่วยนอกวัยเก่าจะไม่รอให้จิตแพทย์เป็นฝ่ายถาม กลับเป็นฝ่ายที่ให้ข้อมูลสำคัญก่อนที่จิตแพทย์จะดำเนินการสนทนา และเมื่อใกล้จะสิ้นสุดการสนทนาผู้ป่วยนอกวัยเก่ายังสามารถตั้งคำถามว่า “เรียบร้อยแล้วใช่ไหมครับ/คะ” กับจิตแพทย์ได้โดยไม่ต้องรอให้จิตแพทย์เป็นฝ่ายบอกว่า “เรียบร้อยแล้วครับ/คะ” ซึ่งเป็นการดำเนินการสนทนาที่ผู้วิจัยไม่พบในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชกับผู้ป่วยนอกวัยใหม่

### 3.3 องค์ประกอบของปริจเฉทการสนทนาในการตรวจรักษาทางจิตเวชเบื้องต้น

การวิเคราะห์โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ในส่วนของขั้นตอนการสนทนาที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลัก คือ การเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนาในหัวข้อที่ 3.2 ไปแล้วนั้น จึงได้ศึกษาแนวคิดเรื่ององค์ประกอบการสนทนาศึกษาพบว่า ในปริจเฉทการสนทนาเพื่อการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นมีประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกหรือญาติผู้ป่วย ในเบื้องต้นผู้วิจัยคาดว่าจิตแพทย์จะเป็นฝ่ายครอบครองการสนทนาอย่างเห็นได้ชัดเช่นเดียวกับการสนทนาระหว่างอายุรแพทย์กับผู้ป่วยอายุรกรรม แต่จากการเก็บข้อมูลวิจัยกลับพบว่า ถึงแม้จิตแพทย์จะเป็นผู้นำหรือผู้สอบถามในการสนทนา ส่วนผู้ป่วยและญาติมักจะเป็นผู้ตามหรือผู้ตอบคำถามที่จิตแพทย์ถาม หลายสถานการณ์ผู้ป่วยหรือญาติซึ่งเป็นผู้มีอำนาจน้อยกว่ากลับเป็นฝ่ายนำการสนทนา ครอบครองผลัดการสนทนา หรือเปลี่ยนประเด็นการสนทนาจากจิตแพทย์ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของการสนทนาในบริบทนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการวิเคราะห์บทสนทนาของฮาร์วีย์ แซคส์ เอ็มมานูเอล เชกโลฟฟ์ และเกิล เจฟเฟอร์สัน (Harvey Sack, Emmanuel Schegloff, and Gail Jefferson, 1974) มาใช้ในการวิเคราะห์ประเด็นดังต่อไปนี้

#### 3.3.1 คู่วิจารณ์หรือคู่ถ้อยคำ

#### 3.3.2 การปรับแก้

3.3.3 การพูดแทรก

3.3.4 การพูดซ้อน

3.3.5 การครอบครองผลัดการสนทนา

### 3.3.1 คู่วัจนกรรมหรือคู่ถ้อยคำ(Adjacency pair)

คู่วัจนกรรมหรือคู่ถ้อยคำ (Adjacency pairs) หมายถึง ถ้อยคำที่เรียงติดกันสองถ้อยคำ และเป็นถ้อยคำของผู้พูดคนละคนที่มีจะมาด้วยกันเป็นคู่ ๆ นั่นคือเป็นถ้อยคำ 2 ถ้อยคำที่ 1) อยู่ติดกัน 2) พูดโดยผู้พูดคนละคน 3) เรียงลำดับกันโดยมีส่วนที่เรียกว่า ส่วนที่หนึ่ง(first part)และส่วนที่เรียกว่าส่วนที่สอง(second part) และ 4) มีรูปแบบแน่นอน นั่นคือ รูปแบบเฉพาะส่วนที่หนึ่งจะกำหนดรูปแบบเฉพาะของส่วนที่สอง เช่น การทักทาย-การทักทาย การถาม-การตอบ การเสนอ-การตอบรับ การเสนอ-การปฏิเสธ การกล่าวชม-การตอบรับคำชม การประเมินค่า-การไม่เห็นด้วย เป็นต้น (จากกรอบแนวคิดของแซคส์และเชกอล์ฟ, 1973 อ้างถึงใน กฤษดาวรรณ หงส์ลดาธรมภ์ และธีรานุช โชคสุวณิช, 2551) การสร้างและการเปลี่ยนผลัดในบทสนทนามักจะดำเนินไปอย่างเป็นระบบและมีรูปแบบการใช้ภาษาที่หลากหลายซึ่งเตือนให้ผู้พูดคนต่อไปทราบว่ามีผู้ที่กำลังพูดอยู่พร้อมที่จะสละผลัดของตนเมื่อใด ตัวอย่างที่พบได้บ่อยในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การทักทาย-การทักทาย การเรียกขาน-การขานรับ การถาม-การตอบ การขอร้อง-การยอมรับ การขอบคุณ-การยอมรับ การชม-การยอมรับ การขอโทษ-การยอมรับ และการกล่าวลา-การกล่าวลา(ทรงธรรม อินทจักร, 2550)

ในประเด็นนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เรื่ององค์ประกอบของปริจเฉทการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นเพื่อวิเคราะห์ว่าสอดคล้องหรือแตกต่างจากสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ว่า ‘องค์ประกอบการสนทนาประกอบด้วย คู่ถ้อยคำ การปรับแก้ การพูดแทรก และการพูดซ้อน โดยมีลักษณะเด่นที่น่าสนใจคือทั้งจิตแพทย์และผู้ป่วยต่างมีส่วนร่วมในการครอบครองผลัดการสนทนาที่เท่ากัน’ หรือไม่ ดังนั้น เมื่อพิจารณาปริจเฉทการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ผู้วิจัยได้พบคู่วัจนกรรมหรือคู่ถ้อยคำทั้งหมด 7 ชุด คือ การทักทาย-การตอบรับคำทักทาย การถาม-การตอบ การอธิบาย-การตอบรับการอธิบาย การแนะนำ-การตอบรับการแนะนำ การสั่ง-การตอบรับคำสั่ง การเจรจาต่อรอง-การตอบรับ/ปฏิเสธการเจรจาต่อรอง และการกล่าวอำลา-การตอบการกล่าวอำลา ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 3.3.1.1 คู่มือกรรมการทักทาย-การตอบรับคำทักทาย

คู่มือกรรมการหรือคู่มือคำทักทาย-การตอบรับการทักทายจะพบในกรณีเดียว คือ ขั้นตอนการเริ่มต้นการสนทนาหรือการทักทาย ในประเภทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นพบคู่มือคำทักทาย-การตอบรับคำทักทายที่ใช้คู่มือคำทักทายตามมารยาทในสังคมว่า “สวัสดี” ค่อนข้างน้อย ยังปรากฏในบางสถานการณ์เท่านั้นโดยเฉพาะการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยนอกรายใหม่ แต่หากเป็นสถานการณ์การตรวจรักษาโรคจิตเวชในผู้ป่วยรายเก่าจะพบไม่มากนัก เนื่องจากในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นนี้มีลักษณะเฉพาะ การทักทายระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกมักจะปรากฏการเรียกชื่อผู้ป่วย การถามอาการทั่วไป หรือการสอบถามอาการสำคัญที่มากกว่ารูปแบบการทักทายด้วยคำว่าสวัสดี เช่น

#### ตัวอย่างที่ (39)

- |   |    |   |
|---|----|---|
| 1 | พ. | } <i>สวัสดีครับ</i> <i>ชื่อคุณยายอะไรครับ</i> |
| 2 | ผ. |   |
| 3 | พ. | <i>ครับ ตอนนี้คุณยายอายุเท่าไรครับ</i>        |
| 4 | ผ. | <i>หกสิบ</i>                                  |
| 5 | พ. | <i>Z หกสิบ เกษียณแล้ว</i>                     |
| 6 | ผ. | <i>ค่ะ</i>                                    |

#### ตัวอย่างที่ (40)

- |   |    |   |
|---|----|---|
| 1 | พ. | } <i>คุณสมหญิงนะ</i>                                    |
| 2 | ผ. |   |
| 3 | พ. | <i>มันรู้สึกเบื่อ ๆ ซึม ๆ มั้ย</i>                      |
| 4 | ผ. | <i>ดิ่ง ๆ</i>   |
| 5 | พ. | <i>เข้ามารู้สึกเบื่อ ไม่อยากไปทำงาน มีมัย มีมัยครับ</i> |
| 6 | ผ. | <i>(???)</i>  |

## ตัวอย่างที่ (41)

- |   |    |                                    |
|---|----|------------------------------------|
| 1 | พ. | } ชื่อคุณป้าอะไรครับ               |
| 2 | ผ. |                                    |
| 3 | พ. | คุณป้าศรีเพ็ญบ้านอยู่ไหนครับ       |
| 4 | ผ. | Z บ้านอยู่พระแสง                   |
| 5 | พ. | บ้านอยู่พระแสง มาอย่างไรครับวันนี้ |
| 6 | ผ. | วันนี้มากับแฟน                     |

การใช้คู่วัจฉกรรณหรือคู่อ้อยคำการทักทาย-การตอบรับคำทักทายจะเป็นโครงสร้างส่วนแรกที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีต่อจิตแพทย์ในการตรวจรักษาโรค ดังนั้นหากการทักทาย-ตอบรับการทักทายดำเนินไปได้ด้วยดีจะส่งผลให้จิตแพทย์สามารถนำเข้าสู่จุดประสงค์และสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยได้รวดเร็วมากขึ้น คู่วัจฉกรรณการทักทาย-การตอบรับคำทักทายในการประเมินการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นหลายสถานการณ์ที่เริ่มต้นด้วยการทักทายที่คล้ายกับการสนทนาในชีวิตประจำวันดังตัวอย่างที่ (39) ว่า “สวัสดีครับ” จากจิตแพทย์และผู้ป่วยตอบรับว่า “จ้า” และในตัวอย่างที่ (40) จัดเป็นคู่วัจฉกรรณการทักทายที่ไม่ได้ใช้คำกล่าวสวัสดี แต่กลับเป็นการถามชื่อเพื่อยืนยันตัวตนของผู้ป่วยว่า “คุณสมหญิงนะ” และผู้ป่วยตอบรับคำทักทายว่า “คะ” ซึ่งเป็นคำตอบตอบรับการทักทาย นอกจากนี้ในการเก็บข้อมูลวิจัยยังปรากฏคู่วัจฉกรรณการทักทาย-การตอบรับคำทักทายด้วยการให้ผู้ป่วยขานชื่อตนเองในตัวอย่างที่ (41) ว่า “ชื่อคุณป้าอะไรนะครับ” และผู้ป่วยตอบว่า “คุณป้าศรีเพ็ญ” ผู้วิจัยมีความเห็นว่าคู่วัจฉกรรณดังกล่าวน่าจะจัดอยู่ในกลุ่มการทักทาย-การตอบรับคำทักทาย เนื่องจากจิตแพทย์ได้รับข้อมูลประวัติผู้ป่วยจากฝ่ายทะเบียนเรียบร้อยแล้ว เพียงแต่ต้องการจะตรวจสอบข้อมูลและทักทายผู้ป่วยไปพร้อมกัน จึงได้ใช้ถ้อยคำการให้ผู้ป่วยตอบชื่อของตนแทนการทักทายลักษณะอื่น

ในบางสถานการณ์ผู้วิจัยได้พบการปรากฏของคู่วัจฉกรรณการทักทาย-การตอบรับการทักทายที่เริ่มต้นจากฝ่ายผู้ป่วย แต่การปรากฏดังกล่าวจะพบเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยรายเก่าเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยรายเก่าจะเข้าใจกระบวนการหรือขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชด้วยประสบการณ์เดิมจึงไม่ต้องรอให้จิตแพทย์เป็นฝ่ายเปิดการสนทนา นอกจากนี้ในบางสถานการณ์ผู้ป่วย

หรือญาติอาจมีความเร่งรีบเพื่อไปดำเนินกิจกรรมอื่นจึงต้องการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชสั้นลงกว่าเดิม การเปิดการสนทนาจากผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงความสนิสนมระหว่างทั้งสองฝ่ายและยังทำให้ขั้นตอนต่าง ๆ ดำเนินไปอย่างรวดเร็วกระชับฉับไวมากยิ่งขึ้น เช่น

#### ตัวอย่างที่ (42)

- |    |    |   |
|----|----|---|
| 1  | ผ. | } สวัสดิ์ครับ(ไหว้)                       |
| 2  | พ. |   |
| 3  | ผ. | ครับ                                      |
| 4  | พ. | Z เอ้: ตอนนั้นที่มาหาหมอไม่ได้กินยานะ     |
| 5  | ผ. | Z ครับ                                    |
| 6  | พ. | [ ไซ้ใหม่ครับ                             |
| 7  | ผ. | Z ครับ ขาดยาไป                            |
| 8  |    | นิตนึ่ง                                   |
| 9  | พ. | แต่ว่าก่อนนั้นก็สบายใจขึ้นแล้ว ดีขึ้นแล้ว |
| 10 | ผ. | Z ครับผม                                  |
| 11 | พ. | Z แต่มาช่วงนี้ไม่สบายใจอีก                |
| 12 |    | แล้วนะ                                    |
| 13 | ผ. | คือ(1.0) มันเป็นคืน                       |
| 14 | พ. | Z ครับผม                                  |

#### ตัวอย่างที่ (43)

- |   |    |   |
|---|----|---|
| 1 | ผ. | } สวัสดิ์ค๊ะ  |
| 2 | พ. |   |
| 3 | ผ. | มากับพี่เขยค๊ะ  |
| 4 | พ. | Z เอ้า : มากับพี่เขยนะ แล้วตอนนี้จิตใจ ทานยา จิตใจสบายดีมัย |
| 5 | ผ. | ก็ปกติค๊ะ   |
| 6 | พ. | เรื่องเศร้าๆ ตอนนี้เป็นไงบ้างครับ                           |

- 7 ผ. ตอนนี้ไม่มีค่ะ
- 8 พ. ดีกว่าเดิมนะ
- 9 ผ. Z ค่ะ
- 10 พ. คิดว่ากลับมาดีเหมือนเดิมร้อยเปอร์เซ็นต์ตอนนี้
- 11 ผ. (1.0) ตอนนี้ไม่ ไม้ร้อยเปอร์เซ็นต์
- 12 พ. อ้อ เช่นว่าอะไรครับที่ว่าไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์เนี่ย

**\*\*ตัวอย่างนี้จิตแพทย์ใช้ภาษาถิ่นได้ในการทักทายแต่ผู้ป่วยใช้ภาษากลาง จิตแพทย์จึงเปลี่ยนมาใช้ภาษากลางกับผู้ป่วย แตกต่างจากสถานการณ์ปกติหากจิตแพทย์เริ่มใช้ภาษาถิ่นกับผู้ป่วย ผู้ป่วยหรือญาติจะโต้ตอบด้วยภาษาถิ่นซึ่งจะทำให้รู้สึกสนิทสนมกันมากยิ่งขึ้น**

จากการเก็บข้อมูลพบว่า คู่วิจัยกรรมการทักทาย-การตอบรับคำทักทายที่เริ่มต้นโดยผู้ป่วยพบไม่มากนัก ทุกครั้งที่คู่วิจัยกรรมการทักทาย-ตอบรับคำทักทายเริ่มต้นโดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ป่วยรายเก่าเสมอ แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยรายเก่าทุกรายจะเป็นฝ่ายเริ่มต้นการทักทายทุกครั้ง การเริ่มต้นบทสนทนาด้วยการทักทายจากผู้ป่วยรายเก่าบางรายแสดงให้เห็นถึงความคุ้นเคยกันระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วย ผู้ป่วยเก่ากลุ่มนี้จะเรียนรู้ว่ากระบวนการหรือขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชจะดำเนินไปในทิศทางใด จึงสามารถเป็นฝ่ายเริ่มต้นการสนทนาได้อย่างสลับไปสลับมาและเป็นกันเอง ส่งผลให้การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในสถานการณ์ลักษณะนี้ดำเนินไปได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

### 3.3.1.2 คู่วิจัยกรรมการถาม-การตอบ

คู่วิจัยกรรมการถาม-การตอบเป็นคู่ถ้อยคำที่พบมากที่สุดในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่จิตแพทย์ต้องการทราบข้อมูลและรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของโรค ซึ่งต้องใช้การถามเพื่อให้ผู้ป่วยตอบและให้รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลเหล่านั้น ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยต่างต้องการสอบถามข้อมูลจากจิตแพทย์ด้วยเช่นกัน การตั้งคำถามของฝ่ายผู้ป่วยเกิดขึ้นเพื่อให้จิตแพทย์ได้ตอบหรืออธิบายรายละเอียดสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยหรือการรักษาต่อไป สถานการณ์การสนทนาในลักษณะนี้จึงเป็นการใช้คู่วิจัยกรรมการถาม-การตอบเพื่อให้ทราบและเข้าใจข้อมูลที่สำคัญต่อการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช เช่น



## ตัวอย่างที่ (44)

- 1 พ. คุณนนท์นะครับ
- 2 ผ. ครับ
- 3 พ. อันนี้ เคยมาที่นี่มาก่อนมั้ยครับ
- 4 ผ. ไม่
- 5 พ. ไม่เคยนะครับ วันนี้มากับใครครับ
- 6 ผ. มากับพ่อ
- 7 พ. แล้ววันนี้ ที่ เป็นไงมาไง ไทน์ลองเล่าให้หมอฟังหน่อยครับ ถึงได้มาที่นี่ครับ
- 8 ผ. ปวดหัว -
- 9 พ. - มีอาการอื่นอีกมั้ยครับ - ปวดหัวอย่างเดียวนะ
- 10 ผ. มัน มันปวดมาก ๆ เลย ปวดขึ้นมาก ๆ ประมาณห้านาที แล้วก็ค่อยลง

จากตัวอย่างอย่างนี้ (44) เป็นคู่วิธีการถาม-การตอบเป็นองค์ประกอบของการสนทนาสำคัญที่ทำให้แพทย์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคที่ผู้ป่วยกำลังเป็น การใช้คู่วิธีการประเภทนี้ในสถานการณ์มากเท่าไรจะยิ่งทำให้จิตแพทย์ได้รับข้อมูลเพื่อนำไปวินิจฉัยมากเท่านั้น ในขณะเดียวกันผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยยังสามารถเป็นฝ่ายที่ใช้คู่วิธีการถามเพื่อให้จิตแพทย์ตอบในรายละเอียดที่ยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการป่วยหรือการดูแลรักษา เช่น

## ตัวอย่างที่ (45)

- 1 พ. คุณประภาพรเป็นไงบ้าง
- 2 ผ. ก็ปกติ
- 3 พ. Z สบายดี
- 4 ผ. [ แต่ (2.0) หมอคะ ทำไมเวลาตอนกลางคืน รู้สึกตัวตื่น
- 5 ขึ้นมามันจะเวียนหัว
- 6 พ. Z แต่ถ้าหลับไปเลยก็ไม่เป็น
- 7 ผ. (1.0) ค่ะ
- 8 พ. Z อ้อ: ยามันมีฤทธิ์อยู่ มันจะง่วงๆ หน่อย สีม่วงนะ งั้นเดี๋ยวหมอลดสีม่วง

9		ให้เหลือเม็ดนี้ จะได้ไม่เวียนหัว หรือจะเอาเท่าเท่าดีกว่า
10	ผ.	เท่าเท่าดีกว่า
11	พ.	เธอ กลัว
12	ผ.	[ กลัวมันฤทธิ์มัน กลัวมันจะปวดหัว (2.0) นอนไปเรื่อย ๆ มันก็หลับ

ในตัวอย่างที่ (45) เป็นคู่วจนกรรมการถาม-การตอบที่ผู้ป่วยเป็นฝ่ายเริ่มในบรรทัดที่ 4 ว่า “แต่หมอจะทำไมเวลานอนตอนกลางคืน รู้สึกตัวตื่นขึ้นมามันจะเวียนหัว” เพื่อให้จิตแพทย์ตอบคำถามที่ผู้ป่วยมีประเด็นสงสัยเกี่ยวกับอาการของตน แต่สถานการณ์ดังกล่าวเป็นคู่วจนกรรมการถาม-การตอบที่ปรากฏต่างกันเนื่องจากจิตแพทย์ไม่ได้ตอบในทันที เพราะต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในบรรทัดที่ 6 เมื่อได้ข้อมูลครบแล้ว จึงได้ตอบคำถามที่ผู้ป่วยถามในบรรทัดที่ 8 ว่า “อ้อ: ยามันมีฤทธิ์อยู่ มันจะง่วง ๆ หน่อย สีม่วงนะ มันเดี่ยวหมอลดสีม่วงให้เหลือเม็ดนี้ จะได้ไม่เวียนหัว” จึงเป็นคู่วจนกรรมการถาม-การตอบที่สมบูรณ์ในบริบทนั้น คู่วจนกรรมการถาม-การตอบเป็นคู่วจนกรรมที่มีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้จิตแพทย์เข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็นอย่างชัดเจน และยังทำให้เกิดการยอมรับในคำแนะนำรวมทั้งกระบวนการรักษา ดังนั้น คู่วจนกรรมหรือคู่ถ้อยคำการถาม-การตอบจึงนับเป็นคู่วจนกรรมที่มีความสำคัญในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชมากที่สุด

คู่วจนกรรมการถาม-การตอบที่เริ่มต้นโดยจิตแพทย์จะพบมากในช่วงแรกของการตรวจรักษาโรค เนื่องจากเป็นช่วงจิตแพทย์ที่ต้องการทราบและรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยให้มากที่สุด ก่อนที่จะวินิจฉัยอาการของโรค ส่วนคู่วจนกรรมการถาม-การตอบที่เริ่มต้นโดยผู้ป่วยหรือญาติมักจะพบมากในช่วงหลังจากการวินิจฉัยของจิตแพทย์หรือช่วงท้ายของการดำเนินการสนทนา เนื่องจากเป็นช่วงที่จิตแพทย์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติได้ซักถามประเด็นที่สงสัยเกี่ยวกับอาการและการเยียวยารักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยหรือญาติจะเป็นฝ่ายตั้งคำถามมากกว่าตอบเพียงอย่างเดียว หรือหากในช่วงที่จิตแพทย์อธิบายกระบวนการรักษาแล้วเกิดข้อคำถามขึ้น ผู้ป่วยหรือญาติก็สามารถตั้งคำถามเพื่อขอให้จิตแพทย์ตอบหรืออธิบายจนกระทั่งสิ้นสงสัยในที่สุด

### 3.3.1.3 คู่วจนกรรมการอธิบาย-การตอบรับการอธิบาย

คู่วจนกรรมการอธิบาย-การตอบรับการอธิบายจะปรากฏในช่วงที่จิตแพทย์จะอธิบายเกี่ยวกับอาการของโรค การดูแลรักษาตนเอง และการใช้ยาให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจ หลังจากที

จิตแพทย์อธิบายเรียบร้อยแล้วผู้ป่วยจะตอบรับหรืออาจจะปฏิเสธการอธิบายเหล่านั้น คู่วิจัยกรณีนี้จะปรากฏขึ้นหลังจากจิตแพทย์ได้สอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของโรคผ่านไปแล้วเท่านั้น เช่น

ตัวอย่างที่ (46)

- 1    ญ.     มันเสี่ยงกับโรคซึมเศร้า
- 2    พ.     ตอนนี้เป็นโรคซึมเศร้า เป็นแล้ว แล้วก็ แต่ไม่เป็นไรค่อยๆ คุยกันไป หมอจะ
- 3    ค่อยๆ ดูให้ในช่วงนี้ก็พยายามอย่าอยู่คนเดียว ถึงแม้ว่าเราจะอยากอยู่คนเดียว
- 4    ก็ตาม พยายามหาอะไรทำ ไม่ให้อยู่เฉย ๆ
- 5    ผ.     ไม่มีอะไรให้ทำ
- 6    พ.     Z ไปเที่ยวบ้าง ไปเดินเล่นบ้างไม่ให้หมกตัวอยู่ในบ้านอย่างเดียว
- 7    ครับ ยิ่งอยู่เฉย ๆ ยิ่งฟังชานนะ ยิ่งคิดมากก็คิดวนแต่เรื่องเดิม ๆ นั่นแหละ - -
- 8    หมอให้ยาไว้หนึ่งเดือน ถ้ากินยาแล้วสองสัปดาห์อาการไม่ดีขึ้น หรืออาการแย่ลง
- 9    กว่าเดิมให้รับมาโรงพยาบาลก่อนนัด - ยากินแล้วห้ามขับรถ หรือทำอะไรที่เป็นอันตราย
- 10    เพราะว่าจะมีเงิน (ประกาศ) - - ไม่ถามอะไรนะ
- 11   ญ.     - - ให้ออกเดินเล่นนะครับคุณหมอ

จากตัวอย่างที่ (46) เป็นสถานการณ์ตัวอย่างที่พบคู่วิจัยกรณีการอธิบายจากจิตแพทย์ในบรรทัดที่ 2-4 ว่า “ตอนนี้เป็นโรคซึมเศร้า เป็นแล้ว แล้วก็ แต่ไม่เป็นไรค่อย ๆ คุยกันไป หมอจะค่อย ๆ ดูให้ในช่วงนี้ก็พยายามอย่าอยู่คนเดียว ถึงแม้ว่าเราจะอยากอยู่คนเดียวก็ตาม พยายามหาอะไรทำ ไม่ให้อยู่เฉยๆ” จากนั้นผู้ป่วยจึงตอบการอธิบายของจิตแพทย์ด้วยการปฏิเสธในบรรทัดที่ 5 ว่า “ไม่มีอะไรให้ทำ” จิตแพทย์จึงต้องอธิบายเพิ่มเติมในบรรทัดที่ 6-7 ว่า “ไปเที่ยวบ้าง ไปเดินเล่นบ้างไม่ให้หมกตัวอยู่ในบ้านอย่างเดียวครับ ยิ่งอยู่เฉย ๆ ยิ่งฟังชานนะ ยิ่งคิดมากก็คิดวนแต่เรื่องเดิม ๆ นั่นแหละ...” ในการอธิบายช่วงที่สองนี้ไม่มีการตอบรับการอธิบายจากผู้ป่วย เนื่องจากจิตแพทย์ได้เปลี่ยนเรื่องพูดในทันทีและสิ้นสุดถ้อยคำด้วยการถามต่อเนื่องกันไป โดยส่วนใหญ่แล้วจิตแพทย์จะเป็นฝ่ายเริ่มต้นถ้อยคำการอธิบาย หลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคจากผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการของโรคและยอมรับในการวินิจฉัยรวมทั้งการรักษาที่จะดำเนินการต่อไป

ส่วนคู่วิจารณ์กรรมการอธิบาย-การตอบรับคำอธิบายที่เริ่มต้นการอธิบายด้วยผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมักจะเป็นคู่วิจารณ์ที่มีความต่อเนื่องมาจากคู่วิจารณ์กรรมการถาม-การตอบที่จิตแพทย์เป็นฝ่ายเริ่มต้น จึงทำให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยต้องอธิบายและจิตแพทย์เป็นผู้ตอบรับการอธิบายนั้น เช่น

ตัวอย่างที่ (47)

- 1 พ. [ ดูเหมือนว่า ยาก็คงไม่ได้กินทุกวันใช่ไหมคะ
- 2 ผ. คือตอนนี้ยอมรับว่ารับไป [คือไป:]
- 3 พ. [ ค่ะ ]
- 4 ผ. คืออยากทราบว่า เอ๊ะ มันน่าจะหายนะ เรากินยาวันละเม็ด มันอยู่ได้ตลอดเลยทั้ง
- 5 วันนะฮะ
- 6 พ. [ ค่ะ
- 7 ผ. แล้วเราก็อาการอะไรปกติหมดทุกอย่างเลย ลองหยุดยาดูสิเมื่อมันจะหาย ก็เลย
- 8 หยุดไปช่วงหนึ่ง มาพบศจิกากับธันวาคะ ก็มาเริ่มมาเป็น ช่วงพบศจิกาก็เริ่ม ๆ ว่า
- 9 เอ๊ะ: มันไม่ใช่แล้ว มันเริ่มมีอาการหงุดหงิด ว่าแห้วคะ อยากมีคนอยู่ด้วย
- 10 พ. Z ค่ะ
- 11 ผ. Z
- 12 อยากมีคนคุย นอนคนเดียวไม่ได้ ว่าแห้วอะไรอย่างนี้คะ ก็เลยบอก เอ๊ะ มัน
- 13 ผิดปกติ แล้วก็เลยมาเริ่มทานยาวันละสองเม็ด มาเรื่อย ๆ
- 14 พ. Z ค่ะ
- 15 ผ. Z อาการก็ดีขึ้น อาการดีขึ้น แต่ก็ยัง ยังไม่ดี
- 16 เหมือนเดิม เหมือนตอนที่ทานวันละเม็ดตอนนั้น ก็เลย พอดิยาหมด
- 17 พ. Z ค่ะ
- 18 ผ. Z แล้ว
- 19 ที่นี้มันก็มีอาการที่ลึ้มง่ายขึ้น ความจำ ความจำหายไปมากเลย
- 20 พ. อืม
- 21 ผ. แล้วก็(2.0) เวลาพูดต้องคิด คือมัน มันไม่จำนะ สวดมนต์ทุกเช้าเย็นนะคุณหมอ

- 22 } สวดไปสวดมามันลึ้ม เหมือนถอดปลั๊กหายไปเฉยๆ ต้องนั่งนึกตั้งนาน บางที  
 23 } สวดๆ ไป เอ๊ะ บางทีมันมาถึงตอนนี่แล้วเหอ ตอนนั้นทำไมเรายังได้สวด  
 24 } ลับสนค่ะ ซึ่งเราก็กฎปฏิบัติมา
- 25 พ. [ ตั้งนานแล้ว
- 26 ผ. Z ฮะ
- 27 พ. ทำไมลึ้มซะได้ แล้วหลังจากที่คุณแม่กินยาเข้าไปเหมือนเดิมแล้ว มันเปลี่ยนแปลง  
 28 มัยคะ
- 29 ผ. ดีขึ้นค่ะดีขึ้น แต่ว่าความจำนี่ยังไม่ฟื้น

จากตัวอย่างที่ (47) คู่วิจัยกรรมการอธิบาย-การตอบรับการอธิบายที่เริ่มต้นการอธิบายจากผู้ป่วยเกิดขึ้นในบรรทัดที่ 4-5ว่า “คืออยากรู้ว่า เอ๊ะ มันน่าจะหายนะ เรากินยาวันละเม็ด มันอยู่ได้ตลอดเลยทั้งวันนะฮะ” ซึ่งเป็นการอธิบายเหตุผลที่ไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จิตแพทย์จึงตอบรับคำอธิบายนั้นในบรรทัดที่ 6 ว่า “ค่ะ” ผู้ป่วยจึงได้อธิบายต่อเรื่องเกี่ยวกับประเด็นเดิมให้ชัดเจนต่อไปในบรรทัดที่ 7-9, 11-13, 15-16, 18-19 และ 21-24 โดยจิตแพทย์ตอบรับคำอธิบายด้วยถ้อยคำสั้น ๆ ในบรรทัดที่ 6, 11, 14, 17 และ 20 ว่า “ค่ะ” และ “อืม” เพื่อแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าจิตแพทย์กำลังฟังการอธิบายนั้น โดยส่วนใหญ่แล้วคู่วิจัยกรรมการอธิบาย-การตอบรับการอธิบายที่เริ่มต้นจากผู้ป่วยจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อจิตแพทย์ได้ใช้คู่วิจัยกรรมการถาม-การตอบเพื่อสอบถามอาการสำคัญผ่านไปแล้ว และผู้ป่วยอาจมีความเห็นว่าคำตอบที่ผู้ป่วยตอบจิตแพทย์ไปนั้นยังไม่ชัดเจนเพียงพอ จึงจำเป็นต้องมีการอธิบายเพิ่มเติมให้ละเอียดยิ่งขึ้นจนทำให้เกิดคู่วิจัยกรรมการอธิบาย-ตอบรับคำอธิบายที่เริ่มต้นจากผู้ป่วยนอกตามสถานการณ์ตามสถานการณ์ดังกล่าว

คู่วิจัยกรรมการอธิบาย-การตอบรับคำอธิบายจะแตกต่างจากคู่วิจัยกรรมการถาม-การตอบตรงที่คู่วิจัยกรรมการถาม-ตอบส่วนใหญ่จะปรากฏขึ้นก่อนเสมอ จิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยจะใช้คู่วิจัยกรรมการถาม-การตอบจนทราบคำตอบตามที่ต้องการแล้ว คู่วิจัยกรรมการอธิบาย-การตอบรับคำอธิบายจึงจะเกิดขึ้นเพื่อให้คู่สนทนาอีกฝ่ายหนึ่งเข้าใจรายละเอียดที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมจากประเด็นหลักหลังจากที่ได้ตั้งคำถามและได้คำตอบไปแล้ว ดังนั้น บทบาทที่โดดเด่นของคู่วิจัยกรรมการอธิบาย-การตอบรับคำอธิบายจึงเป็นการสนับสนุนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเพื่อทำให้คู่สนทนาเข้าใจรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาให้ชัดเจนมากที่สุด

### 3.3.1.4 คู่วินิจฉัยกรรมการแนะนำ-การตอบรับการแนะนำ

การแนะนำ-การตอบรับการแนะนำเป็นคู่วินิจฉัยกรรมที่จะปรากฏขึ้นจากสถานการณ์ที่จิตแพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามวิธีการในการรักษาตัวเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเองแทนการบังคับหรือสั่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม เช่น

ตัวอย่างที่ (48)

- |    |    |  |
|----|----|--|
| 1  | พ. | - วันนี้รีบกลับมัยครับ - วันนี้รีบกลับบ้านกันมัย มายังไง   |
| 2  | ผ. | ก็ มากับหลานนะ ก็ไม่รีบกลับ  |
| 3  | พ. | Z ถ้าหมอจะให้เจอนักจิตวิทยาให้เค้าสอนเรื่อง<br>การ เรื่องการกำหนดลมหายใจนะครับ เวลาที่มันมีอาการใจสั่นขึ้นมา เราจะ<br>มีวิธีการทำให้มัน นอกจากการนอน เรามีวิธีการอื่น ๆ ที่ทำให้อาการแบบนี้<br>มันดีขึ้น - สนใจมัย |
| 4  |    |  |
| 5  |    |  |
| 6  |    |  |
| 7  | ผ. | (????)   |
| 8  | พ. | เจอวันนี้แหละ ให้เค้าสอน   |
| 9  | ผ. | - ก็ดีค่ะ  |
| 10 | พ. | ลองดูเนาะ  |
| 11 | ผ. |  |

จากตัวอย่างที่ (48) รูปภาษาที่จิตแพทย์ใช้ในการสนทนากับผู้ป่วยในสถานการณ์นี้คือการตั้งคำถามสังเกตได้จากบรรทัดที่ 5 ว่า “....นอกจากการนอน เรามีวิธีการอื่น ๆ ที่ทำให้อาการแบบนี้ มันดีขึ้น - สนใจมัย” แต่เมื่อพิจารณาบริบทของสถานการณ์และวิเคราะห์ตามหลักวินิจฉัยกรรมกลับพบว่า เจตนาของจิตแพทย์ไม่ได้ต้องการเพียงแค่อถามให้ผู้ป่วยตอบ แต่คู่วินิจฉัยกรรมในสถานการณ์นี้น่าจะเป็นการแนะนำเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเพราะจะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น การวิเคราะห์ว่าเป็นคู่วินิจฉัยกรรมการแนะนำ-การตอบรับการแนะนำ เนื่องจากคำแนะนำนั้นเป็นการกระทำของผู้ฟัง(ผู้ป่วย)ในอนาคต การกระทำนั้นให้ประโยชน์แก่ผู้ฟังแต่ผู้ฟังไม่ได้ตั้งใจจะทำตามคำแนะนำนั้นอยู่แล้ว รวมทั้งผู้พูด(จิตแพทย์)เชื่อว่าผู้ฟัง(ผู้ป่วย)จะได้รับประโยชน์จากการแนะนำนั้นจริงๆ ซึ่งเป็นสถานการณ์เช่นเดียวกับตัวอย่างที่ (49)

## ตัวอย่างที่ (49)

- 1 พ. เอ่อ: หมอเคยได้สอนเกี่ยวกับเรื่องการนอนแล้วมั๊ยครับ ตอนนั้นว่าถ้าเข้าไปนอนสัก  
2 ครั้งชั่วโมง แล้วไม่หลับก็ให้ออกมาก่อน
- 3 ผ. (1.0) ยัง
- 4 พ. } Z ยังใช้มั๊ยครับ เรายังไม่ได้พูดถึงเนาะ ก็คือว่า ถ้าเราเข้านอนไปแล้วครึ่ง  
5 } ชั่วโมงเนาะ ถ้าไม่หลับก็ให้ออกมาก่อน ถ้าไม่หลับมันก็คือไม่นอนเนาะ
- 6 ผ. [ ไม่ ๆ ตอน
- 7 ที่ทานยา
- 8 พ. } Z ก็คือมันต้องปรับไปด้วยกันเนาะ
- 9 ผ. [ ถ้าเราทานยาไปแล้ว แล้วครึ่งชั่วโมง  
10 ยังไม่หลับ
- 11 พ. [ อ่า
- 12 ผ. [ ก็ให้ออกมาก่อน
- 13 พ. } Z อะ เช่น ทำอย่างอื่นเพิ่มเติม เช่น กินนมอุ่นๆ  
14 } หรือหาอะไรอ่อนอะไรจนกว่าที่จะ ง่วง
- 15 ผ. [ ง่วงนอน ]
- 16 พ. } แล้วค่อยกลับไปนอนใหม่นะครับ แล้วก็ช่วงแรกไม่ควรมีนาฬิกาไว้ในห้อง บางที  
17 } มันจะ... ยิ่งเวลาเรานอนไม่หลับ เรายังยงดูนาฬิกา เรายังยงกังวลนะครับ
- 18 } ประมาณนี่ที่เป็นเรื่องพื้นฐานก่อน เป็นการปรับพฤติกรรม จังหมอบให้ยาชุดเดิมนะ  
19 } นะครับ แล้วก็นัดสัปดาห์ต่อไป
- 20 ผ. หกสัปดาห์
- 21 พ. Z มาได้มั๊ยครับ

จากตัวอย่างที่ (49) จิตแพทย์ใช้รูปภาษาในการตั้งคำถามในบรรทัดที่ 1 ว่า “หมอเคยได้สอนเกี่ยวกับเรื่องการนอนแล้วมั๊ยครับ” เมื่อผู้ป่วยตอบในบรรทัดที่ 3 ว่า “ยัง” จิตแพทย์จึงได้ใช้คู่วิจนกรรมการแนะนำ-การตอบรับการแนะนำเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับเงื่อนไขวจนกรรมการแนะนำเช่นเดียวกับตัวอย่างในสถานการณ์ที่

(48) จากถ้อยคำที่จิตแพทย์กล่าวคือการกระทำในอนาคตของผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ จิตแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกระทำตามสิ่งที่แนะนำว่า หากนอนไม่หลับภายในครึ่งชั่วโมงให้ออกมาทำกิจกรรมบางอย่างก่อน และคำแนะนำเหล่านั้นไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยตั้งใจจะกระทำอยู่แล้วเพราะผู้ป่วยไม่เคยทราบข้อมูลมาก่อน นอกจากนี้จิตแพทย์มีความพยายามและต้องการให้ผู้ป่วยหายจากอาการนอนไม่หลับจริง ๆ ด้วยการหว่านล้อมให้เห็นว่า “กินนมอุ่นๆ หรือหาอะไรอ่านจนกว่าจะง่วง” และ “เวลาเรานอนไม่หลับ เราจะยิ่งคุนาคา เราจะมีง่วงนอน” ซึ่งเป็นการรักษาที่นอกเหนือจากการรับประทานยานอนหลับเพียงอย่างเดียว

คู่วิจนกรรมการแนะนำ-การตอบรับการแนะนำเป็นคู่วิจนกรรมที่พบมารองจากคู่วิจนกรรมการถาม-การตอบในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น เนื่องจากการให้คำแนะนำเป็นการสนทนาที่ต่อเนื่องจากการถาม-การตอบคำถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เมื่อจิตแพทย์ได้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่ผู้ป่วยเพียงพอแล้ว ลำดับต่อมาจึงมักจะให้คำอธิบายหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาหรือแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อให้อาการป่วยดีขึ้น จึงพบมากเป็นอันดับสองรองจากคู่วิจนกรรมการถาม-การตอบ

### 3.3.1.5 คู่วิจนกรรมการสั่ง-การตอบรับคำสั่ง

คู่วิจนกรรมประเภทการสั่ง-การตอบรับคำสั่งนี้เกิดขึ้นค่อนข้างน้อยครั้ง เนื่องจากการป่วยโรคทางจิตเวชมักจะมีความกดดันภายในจิตใจอยู่เป็นปกติ จิตแพทย์จึงจะพยายามไม่ใช่คำสั่งกับผู้ป่วยเพราะจะเป็นการสร้างเพิ่มความกดดันเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากเหตุผลวิสัยในบางสถานการณ์โดยจะใช้เพื่อควบคุมสถานการณ์ที่กำลังจะบานปลาย หรือเป็นการยื่นคำขาดเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ญาติหรือผู้ป่วยปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลหรือเพื่อให้ดูแลตัวเองดีขึ้นกว่าเดิม เช่น

ตัวอย่างที่ (50)

- |   |    |   |                           |
|---|----|---|---------------------------|
| 1 | พ. | } | ไปขอใบส่งตัวมา อันนี้เป็น |
| 2 | ผ. |   |                           |
| 3 | พ. |   | อ่ะ คนนี้แพนไซม์ยี่สิบ    |



- 4 ผ. [ ไปขอมา  
 5 พ. [ วันนี้  
 6 ผ. [ มาโลด  
 7 ญ. [ ให้เค้าพูดหน่อย ้วย  
 8 พ. } [ เอ้า  
 9 } เจียบๆ ก่อน - วันนี้หมอมว่าจะให้นอนโรงบาลนะ ญาติโอเคมั้ย - เพราะว่าหมอมว่า  
 10 บางทีเนี่ยช่วงนี้คือถ้าหมอให้กลับไปกินที่บ้าน ต้องใช้เวลาหลายวันเนาะกว่าอารมณ์  
 11 จะดี

จากการเก็บข้อมูลการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นทั้งหมดพบคู่วจนกรรมการ  
 สั่ง-การตอบรับการสั่งเพียง 2 สถานการณ์เท่านั้น คือ สถานการณ์ที่ (50) และ (51) โดยใน  
 สถานการณ์แรกบรรทัดที่ 1 จิตแพทย์ใช้คำถ้อยคำสั่งเพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติตามระเบียบราชการ  
 ให้ถูกต้อง จึงจำเป็นต้องใช้คำสั่งให้ชัดเจน และผู้ป่วยได้ตอบรับคำสั่งด้วยการกล่าวซ้ำในบรรทัดที่ 2  
 ว่า “ไปขอบัตรส่งตัวมา” ส่วนในบรรทัดที่ 8-9 เป็นเหตุการณ์ที่จิตแพทย์ต้องการควบคุมสถานการณ์  
 การพูดแทรก พูดซ้อนระหว่างผู้ป่วยและญาติ การสนทนาที่พูดแทรกหรือซ้อนเหล่านี้ทำให้ไม่สามารถ  
 สื่อสารได้จึงต้องออกคำสั่งให้ผู้ร่วมสนทนายุติการพูด แล้วจิตแพทย์จึงพูดในประเด็นต่อไป ส่วนอีก  
 หนึ่งสถานการณ์คู่วจนกรรมสั่ง-ตอบรับคำสั่ง คือ สถานการณ์ที่ (51)

ตัวอย่างที่ (51) 

CHULALONGKORN UNIVERSITY

- 1 พ. Z กินยาแล้ว กลางวันง่วงมัย  
 2 ผ. ไม่ง่วง  
 3 พ. Z เฉยๆ นะ ทำงานได้  
 4 ผ. ได้ ทำได้ปกติครับ  
 5 พ. } - - ห้ามดื่มเหล้านะครับ  
 6 ผ. ครับ  
 7 พ. วันนี้หมอมจะให้ยาเดิมนะ  
 8 ผ. ครับ

คู่วัจฉนกรรมการสั่ง-การตอบรับคำสั่งในสถานการณ์ที่ (51) ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของตนซึ่งเป็นสิ่งที่จิตแพทย์เคยแนะนำไว้ก่อนหน้านี้แล้วว่าจะทำให้มีผลเสียต่อการรักษาอาการป่วย แต่ผู้ป่วยก็ยังไม่เลิกพฤติกรรมนั้นทำให้ผลการตรวจรักษาในสถานการณ์นี้ไม่เป็นผลดีตามที่จิตแพทย์คาดไว้ จิตแพทย์จึงต้องใช้คำสั่งกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตอบรับคำสั่งนั้นซึ่งหากผู้ป่วยปฏิบัติตามที่ตอบรับคำสั่งกับจิตแพทย์จะทำให้เป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยเอง

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ผู้วิจัยไม่พบคู่วัจฉนกรรมการสั่งที่จิตแพทย์ออกคำสั่งแล้วผู้ป่วยไม่ตอบรับหรือปฏิเสธคำสั่งนั้น เป็นที่น่าสังเกตว่า หากการใช้คู่วัจฉนกรรมการสั่งในสถานการณ์การสื่อสารปกติจะเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ของผู้สั่งเป็นสำคัญ หากแต่ในการสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวช การใช้คำสั่งของจิตแพทย์เป็นการใช้เพื่อผลประโยชน์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงผลประโยชน์ของตนเองจึงทำให้ไม่พบการปฏิเสธคำสั่งเหล่านั้น

### 3.3.1.6 คู่วัจฉนกรรมการเจรจาต่อรอง-การตอบรับการเจรจาต่อรอง

การเจรจาต่อรอง-การตอบรับการเจรจาต่อรองเป็นการสนทนาที่คู่สนทนาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งพยายามอ้างเหตุผลให้อีกฝ่ายหนึ่งเห็นพ้องต้องกันกับความคิดเห็นของฝ่ายตน และอีกฝ่ายหนึ่งพยายามรักษาสมดุลของความสัมพันธ์หรือการสนทนาครั้งนั้น ๆ ไว้ด้วยการสร้างข้อตกลงที่เหมาะสมกับทั้งสองฝ่าย หรือกล่าวโดยสรุปคือคู่สนทนาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเริ่มต้นการพยายามสร้างความพึงพอใจในความต้องการที่แตกต่างกันระหว่างกัน และอีกฝ่ายหนึ่งพยายามรักษาความสมดุลในความสัมพันธ์นั้น

คู่วัจฉนกรรมการเจรจาต่อรอง-การตอบรับการเจรจาต่อรองเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทั้งฝ่ายจิตแพทย์หรือผู้ป่วย จากการเก็บข้อมูลในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นจริงในการเก็บข้อมูลวิจัยปรากฏคู่วัจฉนกรรมลักษณะนี้เพียงสองลักษณะเท่านั้น คือ หนึ่งการเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรับประทานยาหรือการดูแลรักษาอาการป่วย และสองคือการเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการนัดหมาย เช่น

ตัวอย่างที่ (52)

- 1 พ. อมรเทรอ เป็นไงบ้าง
- 2 ผ. (1.0) ตาค้าง เจ็บหัวใจ

3	พ.	[ ฮ่ะ	
4	ผ.	Z ตาค้าง แล้วก็เจ็บหัวใจ มันเจ็บ	
5	พ.	(1.0) มีเจ็บหัวใจด้วย	
6	ผ.	Z ครับ	
7	พ.	Z อ้อ:	
8	ผ.	Z เจ็บตลอด ตอนนี่ก็เจ็บ	
9.	ญ.		Z ตั้งแต่กินยาไป
10		เค้าก็เจ็บหัวใจตลอดเวลา	
11	พ.	Z เลยไม่อยากกินแล้ว	
12	ญ.	อยากได้เฉพาะยาชนิดค่ะ	
13	พ.	Z จ๊ะ จ๊ะ ได้ ไม่มีปัญหาเลย (1.0) ไม่เคยฉีตมาก่อน	
14	ผ.		[ เคย
15	พ.		Z
16		เคยนี้ตั้งแต่ปีที่แล้วหรือ(ตรวจเอกสารประวัติผู้ป่วย) แล้วตอนฉีตยา กินยาด้วย	
17		หรือเปล่า	
18	ผ.	(1.0) กินครับ	
19	พ.	Z กินได้ แต่ถ้าไม่ฉีตนี่กินแล้วเจ็บหัวใจหรือ	
20	ผ.	ครับ	
21	พ.	โอเค (1.0) มันมียากินตั้งสี่ห้าอย่างเนาะ ตอนฉีตไข่ม้อย	
22	ผ.	ครับ อาการเหล่านี้มันเป็นทั้งกลางวันกลางคืน	
23	พ.	Z เป็นตลอด	
24	ผ.	Z ตลอด	
25	พ.	ก็ไม่ได้กินยาไง เอ้า ไม่เห็นไร รอบนี้หมดเปลี่ยนเป็นยาชนิดให้ แต่ก็มียากินเหมือน	
26		เก่าๆนะ แต่เปลี่ยนให้ กินแล้วไม่เจ็บหน้าอกแน่นอน	
27	ผ.	Z ครับ	
28	พ.	Z เอายาไปสามเดือน	
29		ไข่ม้อย	

30    ญ.    จ๊ะ

คู่วิจนกรรมการเจรจาต่อรอง-การตอบรับการเจรจาต่อรองในสถานการณ์ที่ (52) ผู้ป่วยได้แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและผลข้างเคียงจากการรับประทานยาจากการตรวจรักษาครั้ง ที่แล้วให้จิตแพทย์ทราบ จากนั้นจิตแพทย์สรุปความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่ต้องการรับประทานยาใน บรรทัดที่ 11 ว่า “เลยไม่อยากกินแล้ว” และญาติได้ตอบในบรรทัดที่ 12 ว่า “อยากได้เฉพาะยาฉีด ค่ะ” จิตแพทย์จึงตอบว่า “จ๊ะ จ๊ะ ได้ ไม่มีปัญหาเลย” เพื่อประนีประนอมในระหว่างการสนทนา จนกระทั่งถึงบรรทัดที่ 25-26 จิตแพทย์จึงได้ยุติการเจรจาต่อรองโดยมีทางออกที่พอใจกันทั้งสองฝ่าย ว่า “ก็ไม่ได้กินยาไง เอ้า ไม่เป็นไร รอบนี้หมดเปลี่ยนเป็นยาฉีดให้ แต่ก็มียากินเหมือนเก่าแหละ แต่ เปลี่ยนให้ กินแล้วไม่เจ็บหน้าอกแน่นอน” เป็นหนทางที่ต่างฝ่ายได้รับประโยชน์นั้นคือ จิตแพทย์ สามารถสั่งยาเพื่อรักษาอาการของผู้ป่วยได้ตามปกติซึ่งได้ยืนยันกับผู้ป่วยแล้วว่า จะไม่มีผลข้างเคียง จากการใช้ยาแบบเดิม และข้อเสนอของผู้ป่วยหรือญาติที่ต้องการยาฉีดก็ได้รับการตอบสนองเช่นกัน

ตัวอย่างที่ (53)

- 1    พ.    ถ้ารู้สึกไม่ดีก็หันหลังเดินออกไปบ้างคะ ใจดีเราก็กลับเข้ามาใหม่
- 2    ผ.    คู่
- 3    พ.    เป็นค่ะ หลายคู่ก็เป็นอย่างนี้ พออายุเยอะขึ้นจนลูกๆ ต้องเอาไปเลี้ยงคนละบ้าน
- 4    ผ.    แกไม่ยอมไป(หัวเราะ)
- 5    พ.    (หัวเราะ) นาน ๆ ก็ไปอยู่กับลูกบ้างนะคะ โอเค หมอคงไม่ได้ทำใบนัดให้คุณแม่
- 6    }    นะคะ
- 7    ผ.    คือความจริงถ้าให้ทำใบนัดก็ดี มา
- 8    พ.    [ จะให้ทำใบนัดมั๊ย
- 9    ผ.    มาแล้วมันง่าย นัดไว้แล้วก็ยื่น
- 10   พ.    นัดไว้สองเดือนนะ
- 11   ผ.    Z ค่ะ
- 12   พ.    Z เพราะแม่กินบ้างไม่กินบ้าง บางทียามันจะอยู่ได้นาน
- 13   ผ.    }    Z ค่ะ
- 14   }    ถ้านานกว่านี้ใบนัดก็ยังใช้ได้ มาให้ตรงกับวันคุณหมอ

- 15 พ. } สรูป 24 มีนานะคะ  
 16 ผ. } Z ค่ะ  
 17 พ. คุณแม่มีอะไรจะถามหม้ออีกมั้ยคะ  
 18 ผ. ก็ไม่มีแล้วค่ะ

จากตัวอย่างที่ (53) จิตแพทย์ได้สรุปอาการป่วยของผู้ป่วยว่าเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น จึงได้กล่าวในบรรทัดที่ 5-6 ว่า “โอเค หมอคงไม่ได้ทำให้คุณแม่นะคะ” ผู้ป่วยจึงได้ตอบ จิตแพทย์ในบรรทัดที่ 7 ว่า “คือความจริงถ้าจะให้ทำแบบนี้ก็ดี” เป็นการเริ่มต้นคู่วินิจฉัยการเจรจา ต่อรองจากผู้ป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้จิตแพทย์นัดหมายลงไปในเอกสาร เนื่องจากการนัดหมาย ของจิตแพทย์จะทำให้ลำดับของการเข้าพบเพื่อตรวจรักษาสามารถดำเนินไปได้อย่างรวดเร็วกว่าการ เข้าตรวจโดยไม่ได้นัดหมาย การเจรจาต่อรองได้ดำเนินไปจนถึงบรรทัดที่ 13-14 ว่า “คะ ถ้านานกว่า นี้แบบนี้ก็ยังใช้ได้ มาให้ตรงกับวันคุณหม้อ” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความต้องการตรวจรักษา กับ จิตแพทย์คนเดิม หากไม่มีการนัดหมายจะทำให้การตรวจรักษาครั้งต่อไปอาจต้องพบกับจิตแพทย์คน ใหม่ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาในการตรวจสอบประวัติมากกว่าเดิม จิตแพทย์จึงได้ตอบรับการเจรจา ต่อรองในบรรทัดที่ 15 ว่า “สรุป 24 มีนานะคะ” ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและเป็น วันที่จิตแพทย์ออกตรวจตามปกติ การเจรจาต่อรองในสถานการณ์นี้จึงประสบความสำเร็จเป็นคู่วินิจฉัย การเจรจาต่อรอง-ตอบรับการเจรจาต่อรองอย่างสมบูรณ์ในที่สุด

คู่วินิจฉัยการเจรจาต่อรอง-การตอบรับการเจรจาต่อรองเป็นลักษณะเด่นที่ไม่พบ ในการสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทั่วไป และจะพบคู่วินิจฉัยประเภทนี้ในการตรวจรักษาโรค ทางจิตเวชกับผู้ป่วยรายเก่าเท่านั้นไม่พบในกรณีผู้ป่วยใหม่แม้แต่รายเดียว เนื่องจากผู้ป่วยเก่าหลาย คนสามารถเจรจาต่อรองการรับประทานยาหรือการนัดหมายได้โดยที่จิตแพทย์อะลุ่มอล่วยได้เป็นราย กรณี หากพิจารณาแล้วว่าการเจรจาต่อรองนั้นไม่ได้ทำให้กระบวนการรักษาโรคผิดพลาดหรือส่งผล เสียต่อผู้ป่วยมากเกินไป จิตแพทย์จะยินยอมตามการเจรจาต่อรองนั้น เพราะประเด็นที่ผู้ป่วยรายเก่า นำมาเจรจาต่อรองมักจะเป็นเรื่องการใช้ยาที่รับประทานมานานเกินไปหรือเกิดผลข้างเคียงกับร่างกาย ของผู้ป่วย รวมทั้งเรื่องการนัดหมายวันเวลาในการตรวจรักษาโรคครั้งต่อไปที่ผู้ป่วยหลายคนมี ภูมิลำเนาหรือที่พักอาศัยอยู่บริเวณไกลจากโรงพยาบาลมากจึงต้องเจรจาต่อรองให้เปลี่ยนวันนัดหมาย เป็นวันที่ผู้ป่วยหรือญาติสะดวกในการเดินทางให้มากที่สุด ประเด็นเหล่านี้ล้วนเป็นเรื่องที่จิตแพทย์

สามารถควบคุมข้อจำกัดหรือผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และไม่เป็นปัญหาต่อกระบวนการรักษาโรคในระยะยาว แสดงให้เห็นว่าจิตแพทย์ยินยอมให้ผู้ป่วยเจรจาต่อรองได้ในกรณีที่การเจรจาต่อรองนั้นไม่ส่งผลเสียต่อการรักษาโรคทางจิตเวช และคู่วัจฉนกรรมประเภทนี้ถือเป็นจุดเด่นของการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเก่า เนื่องจากในการเก็บข้อมูลวิจัยไม่พบการเจรจาต่อรองจากผู้ป่วยใหม่แม้แต่รายเดียว

### 3.3.1.7 คู่วัจฉนกรรมการกล่าวลา-การตอบรับการกล่าวลา

คู่วัจฉนกรรมการกล่าวลา-การตอบรับการกล่าวลาจะพบในช่วงเดียวเท่านั้นคือการกล่าวปิดการสนทนา คู่วัจฉนกรรมประเภทนี้ปรากฏขึ้นเพื่อเป็นการแสดงให้เห็นว่า ทั้งสองฝ่ายต่างยอมรับการสิ้นสุดการสนทนาในครั้งนั้น เช่น

ตัวอย่างที่ (54)

- |   |    |   |
|---|----|---|
| 1 | พ. | คิดอย่างนี้ไม่ได้เนาะ ทำอะไรต้องประเมินตัวเอง แล้วก็ถ้าเวลาเป็นมาก็หนัก ก็แบบ |
| 2 |    | นี้แหละคนแก่เนาะ  |
| 3 | ผ. | Z มันไม่เป็นบ้าเหอแบบนี้  |
| 4 | พ. | เห็นมัยยะ ทำไปแล้วก็กังวล จะทำทำไม  |
| 5 | ผ. | [ ความจำเลอะเลือนไปเลยนะคุณหมอ  |
| 6 |    | มันมันหัว   |
| 7 | พ. | } เดี่ยวขอให้นอนได้ก่อนนะ -- ให้อาเนาะคุณแม่เนาะ ยีนโตะเบอร์ 6 ไปเลยจ๊ะ       |
| 8 | ผ. |   |
| 9 | พ. | ค่ะ หวัดดีค่ะ   |

ในสถานการณ์ตัวอย่างที่ (54) จิตแพทย์จะเป็นฝ่ายเริ่มต้นการกล่าวลาในบรรทัดที่ 6 เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่า ถึงเวลาสิ้นสุดการสนทนาในการตรวจรักษาเรียบร้อยแล้ว เมื่อผู้ป่วยเข้าใจและตอบรับคำกล่าวนั้นในบรรทัดที่ 8 ว่า “ขอบคุณค่าคุณหมอ” และจิตแพทย์กล่าวปิดการสนทนาด้วยการตอบรับในบรรทัดที่ 9 ว่า “ค่ะ หวัดดีค่ะ” จึงเป็นการสิ้นสุดคู่วัจฉนกรรมการกล่าวลา-การตอบรับการกล่าวลาอย่างสมบูรณ์

การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นจะปรากฏคำที่แสดงถึงการกล่าวคำ  
อำลาและการตอบรับคำอำลาโดยที่ไม่ใช้รูปภาษาว่า “สวัสดิ” “ลาก่อน” “ขอบคุณ” หรือคำลงท้ายที่  
มีความหมายเกี่ยวกับการอำลาว่า “ค่ะ” “จ๊ะ” อยู่บ่อยครั้งเนื่องจากบางสถานการณ์จะพบการกล่าว  
ลาที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น

ตัวอย่างที่ (55)

- |   |    |  |
|---|----|--|
| 1 | พ. | (1.0) เรื่องยากก็ให้กินต่อไปอีกสักกระยะหนึ่ง หมอคงไม่ให้กินนานหรอกเนาะ (1.0) |
| 2 |    | กินสักสามสี่เดือน แล้วหลังจากนั้นถ้าเริ่มหลับได้ก็จะไม่ต้องกินยา เพราะว่าหมอ |
| 3 |    | คิดว่าเราสร้างสมดุลในชีวิตได้ งั้นก็เอายาไปสองเดือนแล้วกันเนาะ โอเค เป็นสอง  |
| 4 |    | เม็ดเนาะ จ๊ะ   |
| 5 | ผ. | แล้วไปไหนต่อ   |
| 6 | พ. | โต๊ะเบอร์สิบค่ะ  |

ตัวอย่างที่ (56)

- |   |    |   |
|---|----|---|
| 1 | พ. | (1.0) อ่ะ เดี่ยวลอง ถ้ามันหายใจสั้น มันคงทำงานได้ดีเท่าเดิมนะเนาะ |
| 2 | ผ. | จากนี้แล้วไปไหนคะ   |
| 3 | พ. | เบอร์หกครับ   |
| 4 | ผ. | Z เบอร์หก   |

การปรากฏของคู่วัจนกรรมการกล่าวลา-การตอบรับการกล่าวลาตามตัวอย่างที่ (55)  
บรรทัดที่ 5 ว่า “แล้วไปไหนต่อ” และ(56) บรรทัดที่ 2 ว่า “จากนี้แล้วไปไหนคะ” เป็นการสอบถาม  
จากผู้ป่วยจะพบมากในกรณีที่เป็นการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นของผู้ป่วยรายใหม่ เนื่องจาก  
ผู้ป่วยหรือญาติยังไม่ทราบว่ขั้นตอนหลังจากออกจากห้องตรวจแล้วต้องไปดำเนินการอย่างไรต่อไป เมื่อ  
ได้รับสัญญาณจากจิตแพทย์ว่ากระบวนการตรวจรักษาภายในห้องตรวจโรคสิ้นสุดลงแล้ว จึง  
จำเป็นต้องสอบถามว่า “ไปไหนต่อ” หรือ “จากนี้แล้วไปไหนคะ” เพื่อให้เกิดความชัดเจน และ  
หลังจากคำถามนี้จึงเป็นการตอบของจิตแพทย์ซึ่งถือเป็นคู่วัจนกรรมการกล่าวลา-การตอบรับการ  
กล่าวลาเพื่อนำไปสู่การสิ้นสุดการสนทนาไปในคราวเดียวกัน

### 3.3.2 การกล่าวแก้ไขข้อมูล (Correct)

การกล่าวแก้ไขข้อมูล คือ การพยายามแก้ไขข้อมูลที่ได้อินได้ฟังอย่างไม่ชัดเจนหรือไม่ถูกต้องให้ถูกต้องตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น การกล่าวแก้ไขข้อมูลเกิดได้สองลักษณะทั้งการกล่าวแก้ไขข้อมูลผู้อื่นและการกล่าวแก้ไขข้อมูลของตนเอง สามารถเกิดขึ้นได้จากทั้งฝ่ายจิตแพทย์ ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับบริบทของสถานการณ์ จากการเก็บข้อมูลวิจัย 84 สถานการณ์ ผู้วิจัยพบการปรากฏของการกล่าวแก้ไขข้อมูลจากจิตแพทย์ 64 ครั้ง การกล่าวแก้ไขข้อมูลจากผู้ป่วย 73 ครั้ง และการกล่าวแก้ไขข้อมูลจากญาติผู้ป่วย 22 ครั้ง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

#### ตัวอย่างที่ (57)

- |   |    |  |               |
|---|----|--|---------------|
| 1 | พ. | - - มีผลข้างเคียงของยามัยครับ                                |               |
| 2 | ผ. | ไม่รู้สะดือเป็นอะไร เป็นผลเพราะยาหรือเปล่าไม่รู้ค่ะ          |               |
| 3 | พ. |  | Z เป็นไงอะ    |
| 4 | ผ. | คือเหมือนมีน้ำอะไรออกมา น้ำแล้วก็                            | บาดแผล        |
| 5 | พ. |  | [ ไม่น่าใช่ ] |
| 6 | ผ. | ไม่น่าใช่หรือคะ  |               |
| 7 | พ. | คือ คี้อยาที่ให้ทาน ไม่ได้มีผลให้เป็นแผลหรือว่ามีน้ำไหลออกมา |               |

จากตัวอย่างที่ (57) ในสถานการณ์นี้เป็นความเข้าใจผิดของผู้ป่วยที่คิดว่า ลักษณะที่มีน้ำใสๆ ไหลออกมาจากสะดือเป็นผลข้างเคียงจากการรับประทานยา จิตแพทย์จึงกล่าวแก้ไขข้อมูลให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างถูกต้องตามหลักทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังพบการแก้ไขข้อมูลอีกหนึ่งสถานการณ์ในตัวอย่างที่ (58)

#### ตัวอย่างที่ (58)

- |   |    |   |
|---|----|---|
| 1 | พ. | วันนี้หมดยาตัวนี้ลงหน่อยนะ - - มันยังนึกอยากอยู่มัย อยากเหล้าอยู่มัย    |
| 2 | ผ. | ไม่เลยครับ - - เวลาอ่านหนังสือตัวเล็ก ๆ นีมันเบลอ ๆ มันเกี่ยวกันมัยครับ |
| 3 | พ. | เป็นยังไงครับ   |
| 4 | ผ. | คือมันจะเป็นพรีตเดียวกันเลย   |



- 5 พ. } Z ตามัว  
 6 ผ. } ปกติไม่เป็นนะครับ เป็นแต่ตอนอ่านหนังสือ  
 7 พ. } เป็นจากยาครับ ก็เดี๋ยวหมอกำลังลดยาที่ทำให้ตามัวลง

ในตัวอย่างที่ (57) และ (58) เป็นสถานการณ์ที่จิตแพทย์เป็นฝ่ายกล่าวแก้ไขข้อมูลเดิมของผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการตรวจรักษาโรค มีความแตกต่างกันในเนื้อหาของแก้ไขข้อมูล กล่าวคือ สถานการณ์ที่ (57) เป็นการแก้ไขข้อมูลความเข้าใจผิดของผู้ป่วยที่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นมาจากการใช้ยา ส่วนสถานการณ์ที่ (58) เป็นการแก้ไขข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า อาการที่เกิดขึ้นเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรค จิตแพทย์จึงให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาไปแล้วทั้งสองสถานการณ์ เพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจสืบเนื่องต่อไป

#### ตัวอย่างที่ (59)

- 1 พ. อ้อ ไม่ ก่อนหน้านี้ ตั้งแต่สมัยสาว ๆ  
 2 ผ. } [ ไม่เคย ไม่เคย – แต่ก่อนก็เป็นแค่ปวดหัว  
 3 } ปวดท้ายทอยแล้วไปหาหมอ  
 4 พ. } Z ทั้งช่วงที่ก่อนเกิด  
 5 ผ. } [ แต่ไม่เคยมีความคิดจะทำแบบนี้  
 6 } แต่ช่วงนี้ที่เป็นมาที่มีความคิด ช่วงนี้รู้สึกว่าเป็นที่น่ากลัว ท้อ ไม่อยากทำอะไร  
 7 พ. } ช่วงสองเดือนก่อนที่จะเกิดอาการนี้ มันมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้น  
 8 ผ. } Z ไม่มี ส่วนมากก็  
 9 } ทะเลาะกับลูกกับแฟน อย่างนี้ก็ธรรมดา ไม่มีอะไรเกิดขึ้น การงานก็ไปได้ดี ก็ไม่มี  
 10 } อะไร ไม่มีปัญหาอะไร  
 11 พ. ก็ไม่ได้มีสาเหตุอะไรรุนแรง

การกล่าวแก้ไขข้อมูลในสถานการณ์ตัวอย่างที่ (59) เป็นการแก้ไขข้อมูลของผู้ป่วยเนื่องจากจิตแพทย์ได้สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับประวัติอาการป่วยว่าเคยมีอาการลักษณะนี้ “ตั้งแต่สมัยสาว ๆ” หรือไม่ ผู้ป่วยจึงแก้ไขในบรรทัดที่ 2-3 ว่า “ไม่เคย ไม่เคย....” จากนั้นจิตแพทย์จึงพยายามค้นหาสาเหตุว่าอาจเป็นเพราะมีเหตุการณ์สำคัญอะไรบางเหตุการณ์เกิดขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิด

เพื่อนายท้อแท้ แต่ผู้ป่วยก็ได้แก้ไขอีกครั้งในบรรทัดที่ 8-10 ว่า “ไม่มี ส่วนมากก็ทะเลาะกับลูกกับแฟน อย่างนี้ก็ธรรมดา ไม่มีอะไรเกิดขึ้น การงานก็ไปได้ดี ก็ไม่มีอะไร ไม่มีปัญหาอะไร” ซึ่งเป็นเหตุการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน เพื่อให้จิตแพทย์เข้าใจเหตุการณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วย

#### ตัวอย่างที่ (60)

- 1 พ. เป็นยังไงมาคะ
- 2 ผ. ปวดศีรษะ นอนไม่ค่อยหลับ
- 3 พ. เป็นมานานเท่าไรแล้วคะ
- 4 ผ. เป็น: เป็นเนี่ย (1.0) สองเดือนนี้มั้ง
- 5 ญ. } [ เป็นมาสามเดือนนี้ล่ะคะ
- 6 พ. อืม (3.0) อยู่ๆ ทำไมนอนไม่หลับล่ะคะ
- 7 ผ. ก็: คิดมาก ซึ่เรียส
- 8 ญ. [ ซึ่เรียส
- 9 พ. อะไรทำให้คิดมากช่วงนี้
- 10 ญ. } พอดีเขาเป็นโรคพาร์กินสันอยู่นะคะ แล้วก็
- 11 พ. ก็ไม่ได้มีสาเหตุอะไรรุนแรง

ตัวอย่างที่ (60) เป็นการกล่าวแก้ไขข้อมูลที่แตกต่างจากตัวอย่างที่ (57) (58) และ (59) เนื่องจากสามสถานการณ์แรกเป็นการกล่าวแก้ไขข้อมูลของจิตแพทย์และผู้ป่วย แต่ในสถานการณ์นี้เป็นการแก้ไขจากญาติผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำให้จิตแพทย์เข้าใจอาการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายอาการที่เกิดขึ้นได้ละเอียดเพียงพอตามที่จิตแพทย์ต้องการ ดังจะเห็นได้จากในตัวอย่าง ผู้ป่วยได้แจ้งรายละเอียดที่แตกต่างจากความเป็นจริงเรื่องระยะเวลาการป่วยในบรรทัดที่ 4 ว่า “เป็นเนี่ย สองเดือนนี้มั้ง” ญาติผู้ป่วยจึงกล่าวแก้ไขถ้อยคำของผู้ป่วยในบรรทัดที่ 5 ว่า “เป็นมาสามเดือนนี้ล่ะคะ” เพื่อให้จิตแพทย์เข้าใจเกี่ยวกับระยะเวลาของอาการป่วยอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยยังได้กล่าวแก้ไขข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคิดมากจนผิดปกติในช่วงเวลานี้ในบรรทัดที่ 10 ว่า “พอดีเขาเป็นโรคพาร์กินสันอยู่นะคะ” การ

กล่าวแก้ไขข้อมูลนี้จึงทำให้จิตแพทย์เข้าใจอาการป่วยของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยหรือญาติสามารถกล่าวแก้ไขข้อมูลได้เนื่องจากจิตแพทย์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติกล่าวแก้ไขได้ตลอดเวลา

### 3.3.3 การพูดแทรก (Interruption)

การพูดแทรก หมายถึง ช่วงจังหวะการสนทนาที่ฝ่ายหนึ่งกำลังครองผลัตอยู่ แล้วอีกฝ่ายหนึ่งพยายามชิงผลัตการสนทนานั้น ทำให้ฝ่ายแรกต้องหยุดผลัตการพูดของตนเอง จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยพบว่าฝ่ายที่มีการพูดแทรกมากที่สุดคือจิตแพทย์ โดยจิตแพทย์พบ 214 ครั้ง ผู้ป่วยพบ 183 ครั้ง และญาติผู้ป่วย 57 ครั้ง จากสถิติที่พบแสดงให้เห็นว่าทั้งฝ่ายจิตแพทย์และผู้ป่วยต่างมีสิทธิในการพูดแทรกได้เกือบเท่าเทียมกัน เช่น

ตัวอย่างที่ (61)

- 1 ผ. แล้วสมัยก่อนมันไม่มียาแบบนี้ เขาก็มีแวลียม กินไปก็ไม่รู้เรื่อง แต่ก่อนเป็นหนัก
- 2 แล้วมาหายระยะหนึ่งที่มาตรวจหมอคณินก็มีคนบอกหมอเลยบอกว่าเป็นโรคกังวล
- 3 พ. } [
- 4 } โรคกังวล
- 5 ผ. โรงกังวลมันหายไป คราวนี้กลับมาก็เป็นมาอีก
- 6 พ. Z ค่ะ
- 7 ผ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Z ที่นี้ โรคนี้เขาคลาย ๆ หัวใจ
- 8 อ่อน รับยาไปจะทำให้จิตใจเราเข้มแข็ง
- 9 พ. } [ คิดว่าย่าช่วย
- 10 ผ. (2.0) คิดว่ากินไป แล้วมันก็ดีขึ้น ก็เป็นโรควงวลนั่นแหละ ไม่มีสติ
- 11 พ. } [ ถ้าเป็นโรค
- 12 } กังวล โรคกังวล อาจารย์คิดว่าตัวเองกังวลมั้คะ
- 13 ผ. เป็นบางครั้งบางคราว
- 14 พ. } [ ใช้ตามที่หมอเพื่อนบอกมั้
- 15 ผ. เป็นบางครั้ง บางทีมันก็คิด คิดอยู่ในใจ
- 16 พ. คิดอยู่ในใจ

17 ผ. (หัวเราะ) ไม่รู้นะ คิดไปเรื่องข้างนอก บางทีก็มีสติดึงกลับมาอยู่บ้าง

จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (61) จิตแพทย์พูดแทรกในขณะที่ผู้ป่วยกำลังอธิบาย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องหยุดพูดในทันทีเพื่อให้จิตแพทย์สามารถพูดต่อได้อย่างจบความตามที่พูดแทรกในขณะนั้น เนื่องจากจิตแพทย์สามารถคาดการณ์ถ้อยคำที่ผู้ป่วยกำลังจะพูดอธิบายได้ จึงไม่จำเป็นต้องรอให้ผู้ป่วยพูดจนจบความ ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็สามารถพูดแทรกจิตแพทย์ได้หากจิตแพทย์กำลังเข้าใจข้อมูลบางประการผิดไปจากความเป็นจริง ดังตัวอย่างที่ (62)

ตัวอย่างที่ (62)

- 1 พ. [ เสียอารมณ์เปล่าๆ
- 2 ผ. Z ฮะ แกเป็น แกเป็นอย่างนั้นของแกจริง ๆ
- 3 พ. ให้ลงไป ถ้าเรา [ ถ้าเรา ] เราก็เห็นเราก็ปิดซะ ถือว่า
- 4 ผ. } [ ฮะ ] Z ค่ะ [ แต่เราไม่ยอมรับ
- 5 พ. อยู่เป็นเพื่อนกันไป ดูแลช่วยเหลือกันไป
- 6 ผ. Z ค่ะ
- 7 พ. Z เราก็คู่ทุกข์คู่ยากกันมานานะคะ
- 8 ผ. Z ค่ะ
- 9 พ. เค้าอาจจะไม่ได้ตั้งใจทำอย่างนั้น ด้วยความผลอ
- 10 ผ. } [ เมื่อก่อนก็นึกว่าเค้า เค้า เค้า
- 11 } ตั้งใจเพราะเมื่อก่อนเค้าเป็นคนมีความจำดีมาก
- 12 พ. Z ค่ะ
- 13 ผ. Z แต่ตอนนั้นก็ว่าเค้าแกล้ง
- 14 เลยทะเลาะกันก็มาสังเกตดู เอ๊ะ ไม่ใช่ เค้าลืมหืมจริงๆ คราวนี้ก็เลย เออ อันไหนที่
- 15 เค้าลืมหืม เราก็
- 16 พ. [ ก็ถือว่า เค้าเป็นคนที่ไม่สบายคนนึง เพราะตอนนี้เนาะ

ผู้ป่วยในตัวอย่างที่ (62) สามารถพูดแทรกจิตแพทย์ในสถานการณ์นี้ได้เนื่องจากจิตแพทย์ได้ให้คำแนะนำในบรรทัดที่ 3 ซึ่งไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมหรือสิ่งที่ผู้ป่วยตั้งใจจะทำ ผู้ป่วย

จึงพูดแทรกขึ้นมาในบรรทัดที่ 4 ว่า “แต่เราไม่ยอมรับ” เพื่อให้จิตแพทย์เข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับในบรรทัดที่ 9 จิตแพทย์ได้อธิบายว่า “เค้าอาจจะไม่ได้ตั้งใจทำอย่างนั้น ด้วยความเปลอ” ผู้ป่วยจึงได้พูดแทรกอีกครั้งเพื่อให้จิตแพทย์เข้าใจชัดเจนมากยิ่งขึ้นในบรรทัดที่ 10-11 ว่า “เมื่อก่อนก็นึกว่าเค้า เค้า เค้าตั้งใจ เพราะเมื่อก่อนเค้าเป็นคนมีความจำดีมาก” เป็นที่น่าสังเกตว่าการพูดแทรกของผู้ป่วยมักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายเก่ามากกว่าผู้ป่วยรายใหม่ เนื่องจากผู้ป่วยรายใหม่มักจะมี ความเกรงใจและรอให้จิตแพทย์พูดจนจบเสียก่อนแล้วจึงพูด ส่วนผู้ป่วยรายเก่ามักจะมี ความสนิทสนมคุ้นเคยกับจิตแพทย์ในระดับหนึ่ง จึงสามารถพูดแทรกในบริบทที่ผู้ป่วยรายเก่ามีความเห็นว่าจิตแพทย์ เข้าใจข้อมูลบางประการคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง นอกจากนี้ยังปรากฏการพูดแทรกของญาติ ผู้ป่วยอยู่จำนวนหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นบทบาทที่สำคัญของญาติผู้ป่วย เช่น

## ตัวอย่างที่ (63)

- 1 พ. อะไรที่ทำให้รู้สึกมีความสุขขึ้นมั๊ยะ
- 2 ผ. (3.0) ช่วงนี้
- 3 ญ. (หัวเราะ)
- 4 พ. เอาก่อนหน้านั้นก็ได้ถ้าจั้น
- 5 ผ. ครับ
- 6 ญ. } [ ลูกก็ได้ทำงานหมดแล้ว อะไรละ มีอะไรให้คิด
- 7 พ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [ งาน
- 8 ผ. CHULALONGKORN UNIVERSITY [ งานก็ไม่ได้คิดมาก ก็ไม่
- 9 มีอะไรเราจะทำอะไรให้ได้ไหม
- 10 ญ. อ้อ แกคิดมากเกี่ยวกับงาน
- 11 พ. Z งานของลูก
- 12 ญ. } [ งานตัวเองที่รับผิดชอบแล้วทีนี้ให้คนอื่น
- 13 ทำแทน
- 14 พ. กังวล
- 15 ญ. Z ค่ะ กังวลไม่รู้ว่าเขาจะทำแทนแล้วดีเหมือนตัวเองไหม

ในตัวอย่างสถานการณ์ที่ (63) เป็นการสนทนากันสามฝ่ายประกอบด้วย จิตแพทย์ ผู้ป่วยรายใหม่ และญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีลักษณะค่อนข้างพูดน้อยและอธิบายข้อมูลได้ไม่ละเอียดนัก ทำให้ญาติผู้ป่วยจำเป็นต้องอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมให้จิตแพทย์เข้าใจ การพูดแทรกของญาติผู้ป่วยครั้งที่หนึ่งในสถานการณ์นี้เกิดขึ้นเมื่อจิตแพทย์สอบถามในบรรทัดที่ 1 ว่า “อะไรที่ทำให้รู้สึกมีความสุขขึ้นมั๊ยคะ” แต่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบอย่างชัดเจนได้ ทำให้ญาติพูดแทรกขึ้นมาเพื่ออธิบายในบรรทัดที่ 6 ว่า “ลูกก็ได้ทำงานหมดแล้ว อะไรล่ะ มีอะไรให้คิด” เพื่ออธิบายกับจิตแพทย์ว่า ผู้ป่วยไม่ได้คิดมากเรื่องลูกเพราะลูกต่างสามารถรับผิดชอบตัวเองได้เป็นอย่างดี และการพูดแทรกของญาติในครั้งที่สองเกิดขึ้นเมื่อจิตแพทย์เข้าใจผิดว่าผู้ป่วยคิดมากเรื่องงานของลูก ญาติจึงต้องพูดแทรกขึ้นมาในบรรทัดที่ 12-13 ว่า “งานตัวเองที่รับผิดชอบแล้วให้คนอื่นทำแทน” เพื่ออธิบายให้จิตแพทย์รู้ว่าผู้ป่วยมีอาการเครียดหรือคิดมากจากงานของตนเองไม่ใช่งานของลูกตามที่จิตแพทย์เข้าใจ

จากการวิเคราะห์การพูดแทรกของญาติผู้ป่วย ผู้วิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการพูดแทรกผลัดของทั้งจิตแพทย์และผู้ป่วย การพูดแทรกผลัดจิตแพทย์จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อญาติผู้ป่วยพิจารณาแล้วว่าถ้อยคำที่จิตแพทย์กล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่วนการพูดแทรกผลัดผู้ป่วยของญาติจะเกิดขึ้นในเวลาที่ไม่สามารถอธิบายข้อมูลหรือรายละเอียดเกี่ยวกับอาการป่วยของตนได้อย่างชัดเจน ญาติจึงจำเป็นต้องพูดแทรกขึ้นมาเพื่อเสริมให้ข้อมูลนั้นครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

### 3.3.4 การพูดซ้อน (Overlapping)

การพูดซ้อน หมายถึง ช่วงจังหวะการสนทนาที่ทั้งฝ่ายต่างใช้ผลัดการสนทนาโดยการพูดพร้อม ๆ กัน ซึ่งหลังจากการพูดพร้อมกันเกิดขึ้น จะมีฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ได้ครอบครองผลัดการสนทนานั้นเสมอ จากการวิเคราะห์บทสนทนาพบว่าฝ่ายที่เกิดการพูดซ้อนมากที่สุดคือผู้ป่วย โดยพบจำนวนการพูดซ้อนของผู้ป่วย 40 ครั้ง จากจิตแพทย์ 28 ครั้ง และจากญาติผู้ป่วย 8 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (64)

- 1 พ. Z แต่ก่อนยังไม่บวช แล้วช่วงที่เริ่มมีอาการนี้ ตอนนั้นบวชหรือยังคะ
- 2 ผ. - ก็มีอาการถึงมาบวช

- 3 พ. มีอาการถึงมาบวช อาการตอนแรกเป็นอย่างไรคะ เล่าให้หมอฟังหน่อย
- 4 } ย้อนกลับไป [เล่าให้หมอฟังหน่อย]
- 5 ผ. [ไต่ถามแรก] ก็มีปัญหา ปัญหาในครอบครัวนี้แหละ
- 6 พ. ค่ะ จะเล่าให้ฟังได้มั๊ยคะ

การพูดซ้อนในตัวอย่างที่ (64) เกิดขึ้นจากจิตแพทย์ได้ขอให้ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุการณ์ในอดีต ที่อาจจะป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะเรื้อรังมาเป็นระยะเวลาหลายปี ผู้ป่วยจึงได้พูดซ้อนขึ้นมาในบรรทัดที่ 5 ว่า “ไต่ถามแรก” พร้อม ๆ กับที่จิตแพทย์กล่าวขึ้นว่า “เล่าให้หมอฟังหน่อย” ทำให้จิตแพทย์ต้องเป็นฝ่ายหยุดพูดเพื่อฟังรายละเอียดจากผู้ป่วยให้ชัดเจนขึ้น สาเหตุที่ผู้ป่วยได้พูดซ้อนขึ้นมาทั้ง ๆ ที่จิตแพทย์ยังพูดไม่จบความน่าจะมาจากในช่วงแรกที่จิตแพทย์กล่าวบรรทัดที่ 3 ว่า “มีอาการถึงมาบวช อาการตอนแรกเป็นอย่างไรคะ...” ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจคำถามที่จิตแพทย์จะถาม จึงพูดซ้อนขึ้นมาก่อนที่จิตแพทย์จะขยายความคำถามต่อเนื่องไป เช่นเดียวกับตัวอย่างที่ (65)

ตัวอย่างที่ (65)

- 1 พ. ถ้ายังไม่หลับให้ออกมาก่อน ถ้าไม่หลับมันก็คือไม่นอนเนาะ
- 2 ผ. [ไม่ ๆ ตอนทานยา
- 3 พ. Z ก็
- 4 คือมันต้องปรับไปด้วยกันเนาะ
- 5 ผ. [ ถ้าเราทานยาไปแล้ว แล้วครึ่งชั่วโมงยังไม่หลับ
- 6 พ. [ อ่า
- 7 ผ. [
- 8 ก็ให้ออกมาก่อน
- 9 พ. Z อ่ะ เช่นทำอย่างอื่นเพิ่มเติม เช่น กินนมอุ่น ๆ หรือหาอะไรอ่าน
- 10 } อะไรจนกว่าที่จะ [ ง่วง ]
- 11 ผ. [ ง่วงนอน ]
- 12 พ. แล้วค่อยกลับไปนอนใหม่เนะครับ แล้วก็ช่วงแรกไม่ควรมีนาฬิกาไว้ในห้อง บางที
- 13 มันจะยิ่ง เวลาเรานอนไม่หลับ เราจะยิ่งดูนาฬิกา เราจะยิ่งกังวลเนะครับ

ในตัวอย่างที่ (65) จะเห็นได้ว่าลักษณะของการพูดซ้อนจะคล้ายคลึงกับสถานการณ์ ตัวอย่างที่ (64) เนื่องจากผู้ป่วยได้ฟังคำอธิบายจากจิตแพทย์มาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้เข้าใจว่า จิตแพทย์จะกล่าวประเด็นใดต่อไป จึงได้พูดซ้อนขึ้นมาในขณะเดียวกันที่จิตแพทย์กำลังพูด ซึ่ง สถานการณ์จะแตกต่างจากตัวอย่างที่ (66) ดังนี้

#### ตัวอย่างที่ (66)

- 1 พ. แสดงว่าดีขึ้นเยอะเหมือนกันเนอะ
- 2 ผ. [ ผมก็ต้องออกกำลังกายทุกวัน
- 3 พ. [ เอ้อดีแล้ว
- 4 ผ. [ ควบคุม
- 5 อาหาร เมื่อก่อนผมทำงานหนักตั้งแต่เด็ก
- 6 พ. Z เอ้อ
- 7 ผ. แล้วผมเคยถูกงูเห่ากัด
- 8 ญ. [ ที ๆ ที่ได้มานี่ ตอนแรกแกคิดจะฆ่าตัวตาย
- 9 ผ. ผมคิดจะฆ่าตัวตาย
- 10 ญ. } แล้วลูกรู้เร็วก็โทรบอก [ ก็เลยมาหาหมอ ] ค่ะ
- 11 พ. } [ เลยมาที่นี่ ] Z แต่ว่าตอนนี้ไม่มีเนาะ ตอนนี้ไม่ได้
- 12 ทำงานหรือยังเปิดอยู่เหมือนเดิม
- 13 ญ. Z ไม่ๆ ไม่ได้ทำ
- 14 ผ. [ ปิดเลย ๆ ทำไม่ได้เลย

จากตัวอย่างที่ (66) เป็นการพูดซ้อนที่เกิดขึ้นจากประเด็นการพยายามฆ่าตัวตาย ของผู้ป่วยที่กล่าวในบรรทัดที่ 9 ญาติจึงเสริมในบรรทัดที่ 10 ว่า “แล้วลูกรู้เร็วก็โทรบอก ก็เลยมาหา หมอค่ะ” ในจังหวะเดียวกันนั้น จิตแพทย์ได้พูดซ้อนขึ้นมาในบรรทัดที่ 11 ว่า “เลยมาที่นี่” เนื่องจาก จิตแพทย์ได้ฟังข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติมาถึงช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว จึงสามารถคาดการณ์ได้ว่า ถ้อยคำต่อไปของอีกฝ่ายหนึ่งจะสื่อความถึงสิ่งใดและพูดซ้อนมาในสถานการณ์นี้ นอกจากนี้ยังพบการ พูดซ้อนที่ญาติผู้ป่วยเป็นฝ่ายพูดในตัวอย่างที่ (67) ดังนี้



## ตัวอย่างที่ (67)

- 1 พ. อยู่คนเดียวมานานเท่าไรแล้วคะ
- 2 ญ. (2.0) สาม ประมาณสามเดือน โฉ่ หลายเดือน ประมาณสามเดือน สามสี่เดือนห้าเดือน
- 3 ประมาณนี้ล่ะคะ แกก็ไปมาอยู่นะคะที่ทำงานอาทิตย์ละครั้งหรือสองอาทิตย์ครั้ง
- 4 พ. เลยเหงาใช้มัยคะ
- 5 ญ. Z เหงาค่ะ
- 6 พ. เศร้ามัยคะ
- 7 ผ. (2.0) อะไรนะครับ
- 8 พ. } [ เศร้ามัย ]
- 9 ญ. } [ เศร้ามัย ]
- 10 ผ. (2.0) เศร้าก็มีอยู่

ตัวอย่างที่ (67) เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีภาวะเครียดส่งผลให้กระบวนการคิดและพูดโต้ตอบกับบุคคลอื่นค่อนข้างช้าเช่นเดียวกัน ญาติจึงเป็นฝ่ายที่ต้องคอยขยายความถ้อยคำที่ผู้ป่วยพูดให้จิตแพทย์เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเมื่อจิตแพทย์สอบถามในบรรทัดที่ 4 ว่า “เลยเหงาใช้มัยคะ” แต่ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจหรือไม่สามารถตอบได้ในทันที ทั้งจิตแพทย์และญาติจึงเข้าใจไปในทิศทางเดียวกันว่าผู้ป่วยไม่เข้าใจคำถามที่จิตแพทย์ถาม จึงเกิดการตั้งคำถามด้วยการพูดซ้อนกันระหว่างจิตแพทย์และญาติผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยฟังคำถามให้ชัดเจนอีกครั้ง

ในกรณีการพูดแทรกหรือพูดซ้อนของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น เป็นสถานการณ์เฉพาะที่จิตแพทย์สามารถยอมรับได้โดยไม่ต้องกังวลถึงมารยาทในการสนทนา เนื่องจากเป็นสถานการณ์การสื่อสารที่มีลักษณะพิเศษ จิตแพทย์ต้องการข้อมูลที่เป็นจริงในระยะเวลาอันจำกัด ส่วนผู้ป่วยและญาติต่างต้องการการรักษาที่สอดคล้องกับอาการที่เกิดขึ้นให้ดีที่สุด เพราะส่วนใหญ่การพูดแทรกหรือพูดซ้อนของผู้ร่วมสนทนาในสถานการณ์นี้จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อต้องการให้ข้อมูลที่มีรายละเอียดชัดเจนกับอีกฝ่ายหนึ่งให้ได้มากที่สุด เป็นการร่วมมือการสนทนาที่น่าจะ

ประสบความสำเร็จซึ่งแตกต่างจากการพูดแทรกหรือพูดซ้อนในสถานการณ์การสื่อสารทั่วไปในชีวิตประจำวัน

### 3.3.5 การครอบครองผลัดการสนทนา (Dominance in turn-taking)

อิทะคุระ (Itakura, 2001 อ้างถึงใน ศิริพร ปัญญาเมธิกุล, 2558) ได้ให้ความหมายการครอบครองผลัดการสนทนาว่า การที่ผู้พูดสามารถควบคุมการสนทนาของบุคคลอื่นในการปฏิสัมพันธ์ได้ โดยมีกรอบทฤษฎีในการวิเคราะห์ 3 มิติ คือ มิติแรกเป็นการครอบครองการสนทนาด้วยการกำหนดทิศทาง หมายถึง การที่ผู้สนทนาคนหนึ่งมีแนวโน้มที่จะควบคุมทิศทางของการสนทนา ซึ่งสามารถวัดได้จากการแลกเปลี่ยนบทบาทของการเริ่มผลัดและบทบาทในการตอบโต้ของการสนทนา มิติที่สองคือการครอบครองการสนทนาด้วยการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้สนทนาคนหนึ่งมีแนวโน้มที่จะควบคุมสิทธิ์ในการพูดของผู้อื่น โดยเฉพาะการพูดซ้อนและการพูดแทรกเพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ร่วมสนทนาสูญเสียโอกาสในการสนทนา และมิติสุดท้ายคือการครอบครองการสนทนาด้วยปริมาณการสนทนา หมายถึง การที่ผู้สนทนาคนหนึ่งมีแนวโน้มที่จะควบคุมการสนทนาของผู้อื่น โดยมีปริมาณในการพูดมากกว่าผู้อื่นซึ่งวิเคราะห์ได้จากจำนวนคำและความยาวของผลัดในการพูดของผู้ร่วมสนทนาแต่ละคน ในงานวิจัยนี้จะเน้นพิจารณามิติที่หนึ่งและสองเท่านั้น ไม่รวมมิติที่สามเนื่องจากไม่อยู่ในขอบเขตของงานวิจัย

เมื่อผู้วิจัยนำกรอบทฤษฎีตามแนวทางของอิทะคุระ (2001) มาพิจารณากลุ่มข้อมูลปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นจากโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชทั้ง 5 แห่ง รวมทั้งสิ้น 84 สถานการณ์ พบว่ามีความสอดคล้องกับทั้งสามมิติโดยพิจารณาจาดารงสรุปดังต่อไปนี้

	ผลัดการสนทนา	การพูดแทรก	การพูดซ้อน	การกล่าวแก้ไข ข้อมูล
จิตแพทย์	2,105	214	28	64
ผู้ป่วย	1,812	183	40	73
ญาติผู้ป่วย	364	57	8	22
รวม	4,281	454	76	159

ตารางที่ 4 ตารางแสดงความถี่ขององค์ประกอบการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น

จากตารางสรุปความถี่ขององค์ประกอบการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกข้างต้น พบว่า จำนวนผลัดการสนทนาของจิตแพทย์พบ 2,105 ผลัด ผลัดของผู้ป่วยพบ 1,812 ผลัด และผลัดของญาติผู้ป่วยพบ 364 ผลัด แสดงให้เห็นว่าจิตแพทย์มีปริมาณผลัดการสนทนามากกว่าผู้ป่วยหรือญาติ การพูดแทรกของจิตแพทย์ปรากฏจำนวน 214 ครั้ง ผู้ป่วย 183 ครั้ง และญาติผู้ป่วย 57 ครั้ง รวมทั้งสิ้นทั้งสามฝ่ายพูดแทรก 454 ครั้ง ส่วนการพูดซ้อนพบการพูดซ้อนของจิตแพทย์ 28 ครั้ง ผู้ป่วย 40 ครั้ง และญาติผู้ป่วย 8 ครั้ง รวมทั้งสิ้นทั้งสามฝ่ายพูดซ้อน 76 ครั้ง และประเด็นของการพูดปรับแก้พบการพูดปรับแก้ของจิตแพทย์ 64 ครั้ง การกล่าวแก้ไขข้อมูลของผู้ป่วย 73 ครั้ง และการพูดปรับแก้ของญาติผู้ป่วย 22 ครั้ง จิตแพทย์พูดแทรกมากที่สุดจากทั้งสามฝ่ายถึง 214 ครั้ง ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ดังนั้น ด้วยแนวโน้มของจิตแพทย์ที่มีโอกาสควบคุมสิทธิ์ในการพูดของผู้ป่วยหรือญาติ รวมทั้งผลัดการสนทนาและการพูดแทรกของจิตแพทย์ที่มีจำนวนความถี่มากกว่าจะทำให้ผู้ป่วยและญาติสูญเสียโอกาสในการสนทนาตามแนวคิดอิทธิพล เห็นได้จากจิตแพทย์มีความถี่ในผลัดการพูดปรากฏมากกว่าผู้ร่วมสนทนาฝ่ายอื่นพบมากถึง 2,105 ผลัด จากผลัดการพูดของทั้งสามฝ่าย 4,281 ผลัด กล่าวคือ ในมิติแรกจิตแพทย์เป็นผู้ครอบครองการสนทนาด้วยการกำหนดทิศทาง เนื่องจากเป็นฝ่ายที่มีแนวโน้มในการควบคุมทิศทางของการสนทนา ส่วนใหญ่มีบทบาทในการเริ่มผลัด ทั้งการเริ่มต้นการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการสิ้นสุดการสนทนา จิตแพทย์เป็นผู้กำหนดบทบาทในการตอบโต้ของผู้ป่วยและญาติ และในมิติที่สองคือจิตแพทย์เป็นผู้ครอบครองการสนทนาด้วยการมีส่วนร่วม แสดงให้เห็นจากการควบคุมสิทธิ์ในการพูดของผู้ป่วยและญาติโดยเฉพาะ ทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจากจิตแพทย์เป็นฝ่ายกำหนดโครงสร้างบทสนทนาให้สอดคล้องกับหลักวิชาการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช จึงทำให้จิตแพทย์ต้องพยายามนำหรือเชื่อมโยงบทสนทนาไปสู่ทิศทางที่ตรงกับหลักวิชาการให้มากที่สุด

เมื่อพิจารณาจากการเก็บข้อมูลเชิงสถิติดังกล่าวผู้วิจัยพบว่า มีความแตกต่างระหว่างการพูดแทรก การพูดซ้อน และการกล่าวแก้ไขข้อมูล คือ จิตแพทย์เป็นฝ่ายที่ปรากฏการพูดแทรกมากที่สุด แต่ในการพูดซ้อนและการกล่าวแก้ไขข้อมูลกลับพบว่าผู้ป่วยมีการพูดซ้อนและการกล่าวแก้ไขข้อมูลมากที่สุด ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะจิตแพทย์ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการตรวจรักษาโรคมาเป็นเวลานาน สามารถพิจารณาได้ว่าข้อมูลหรือรายละเอียดใดที่มีความสอดคล้องกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช หากเป็นข้อมูลที่ไม่สอดคล้องจิตแพทย์สามารถพูดแทรกขึ้นมาเพื่อตัดบทหรือทำให้คู่สนทนายุติการอธิบายส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาซึ่งเป็นลักษณะเด่นประการหนึ่งของการ

ครอบครองผลิตภัณฑ์การสนทนา ส่วนการพูดซ้อนและการกล่าวแก้ไขข้อมูลของผู้ป่วยที่พบมากกว่าจิตแพทย์ในการสนทนานั้น ส่วนใหญ่แล้วจะพบมากในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชกับผู้ป่วยรายเก่า มักไม่พบในผู้ป่วยรายใหม่ น่าจะเนื่องมาจากผู้ป่วยรายใหม่ยังไม่ทราบกระบวนการหรือขั้นตอนในการตรวจรักษาโรค เมื่อจิตแพทย์ตั้งคำถามผู้ป่วยจึงตอบตามตรงโดยไม่ค่อยมีรายละเอียดใดๆ เพิ่มเติม ส่วนผู้ป่วยรายเก่าจะคุ้นเคยกับกระบวนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชพอสมควร อาจทำให้พอคาดเดาได้ว่าจิตแพทย์จะดำเนินการหรือกล่าวข้อมูลใดต่อไปในการสนทนานั้น จึงสามารถพูดซ้อนและกล่าวแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องได้มากกว่าผู้ป่วยรายใหม่ การปรากฏการพูดซ้อนหรือการกล่าวแก้ไขข้อมูลของผู้ป่วยในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยกำลังพยายามครอบครองผลิตภัณฑ์การสนทนาจากจิตแพทย์และยังเป็นการแสดงอำนาจในการสนทนา แต่เป็นการแสดงอำนาจในการสนทนาที่จิตแพทย์ยินยอมให้ผู้ผู้ป่วยมีโอกาสได้อธิบายข้อมูลที่สำคัญเพิ่มเติมจากรายละเอียดเดิมที่จิตแพทย์ทราบก่อนหน้านี้แล้ว

การวิเคราะห์โครงสร้างในปริศนาการสอบตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก ในช่วงแรกผู้วิจัยได้การวิเคราะห์บริบทเบื้องต้นตามแนวชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสาร ทำให้มองเห็นบริบทในภาพรวมของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองฝ่ายหรือบางกรณีเป็นสามฝ่ายซึ่งเป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ขั้นตอนและโครงสร้างการสนทนา ทำให้เห็นว่าบริบทของปริศนาการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในแต่ละโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะบริบทของโรงพยาบาลในเขตปริมณฑลกับโรงพยาบาลต่างจังหวัด โรงพยาบาลจิตเวชในต่างจังหวัดจะพยายามเข้าถึงชุมชนให้ได้มากที่สุด เห็นได้จากการออกตรวจนอกสถานที่ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์และการจัดตั้งแผนกจิตเวชรับตรวจทุก ๆ วันเสาร์ของแผนกจิตเวชโรงพยาบาลลำสนธิ โดยจัดตารางให้จิตแพทย์จากส่วนกลางไปให้บริการผู้ป่วยเป็นประจำตามวันและเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด การเข้าถึงผู้ป่วยในเชิงรุกทำให้จิตแพทย์และผู้ป่วยในต่างจังหวัดมีความสนิทสนมกันมากกว่าโรงพยาบาลส่วนกลาง สังเกตได้จากการปฏิสัมพันธ์ในการสนทนาจิตแพทย์ในต่างจังหวัดมีการใช้คำลงท้ายว่า “จ๊ะ” หรือ “จ้า” และการใช้คำสรรพนามเรียกญาติกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างจังหวัด แต่จิตแพทย์ในโรงพยาบาลส่วนกลางจะใช้สรรพนามเรียกผู้ป่วยที่ไม่ระบุความสัมพันธ์ว่า “คุณ” เท่านั้น ในการใช้คำสรรพนามของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างจังหวัดจะพบการใช้สรรพนามเรียกแทนตัวเองเป็นการเรียกญาติว่า “ป้า” “ลุง”

“แม่” “พี่” “หนู” หรือคำอื่น ๆ ที่หลากหลายมากกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่วนกลาง นอกจากนี้ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชต่างในจังหวัดมีสิทธิสอบถามเรื่องส่วนตัวของจิตแพทย์และสนทนากันในระดับสนิทสนมได้ตามสมควรซึ่งการปฏิสัมพันธ์เช่นนี้จะไม่พบในโรงพยาบาลส่วนกลางที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในครั้งนี้

ประเด็นเกี่ยวกับบรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์และการตีความเมื่อพิจารณาจากกรอบแนวคิดชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสารเป็นอีกบริบทหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติ เนื่องจากทั้งสองฝ่ายต่างมีบรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์ว่าจิตแพทย์เป็นผู้มีความรู้หรือความเชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและผู้ป่วยต้องการความรู้ทางจิตเวชศาสตร์เหล่านั้นเพื่อมารักษาให้หายจากอาการป่วย ทำให้จิตแพทย์มีอำนาจจากความรู้และความเชี่ยวชาญเหนือกว่าผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติจึงยอมรับในอำนาจนั้น แต่จิตแพทย์พยายามลดอำนาจเหล่านั้นเพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความสนิทสนมและนำไปสู่ความร่วมมือในการสื่อสาร ดังนั้นบรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์จะดำเนินไปด้วยดีหรือไม่อาจจะขึ้นอยู่กับจิตแพทย์มากกว่าผู้ป่วย ส่วนบรรทัดฐานของการตีความในบริบทนี้ ผู้ป่วยทางจิตเวชจะมีการผิดปกติทางจิตใจหรือสมองซึ่งอาจทำให้การสื่อสารระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยไม่ราบรื่น จิตแพทย์จึงมีสิทธิที่จะสอบถามผู้ป่วยหรือญาติได้ทุกเรื่องที่เห็นว่ามีเกี่ยวข้องเกี่ยวกับอาการป่วย เช่น ความชื่นชอบส่วนตัว การใช้ชีวิตคู่ การเดินทางท่องเที่ยว หรือเรื่องอื่นๆ ซึ่งอาจดูคล้ายไม่มีความเกี่ยวข้องเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แต่ประเด็นเหล่านั้นกลับแฝงด้วยข้อมูลที่จะช่วยให้จิตแพทย์สามารถวินิจฉัยและดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง โดยการตีความดังกล่าวจะต้องพิจารณาจากอาการของโรคเป็นสำคัญ

โครงสร้างหลักในการสนทนาพบทั้งสามโครงสร้างทุกบทสนทนาประกอบด้วย การเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา ทั้งในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยรายใหม่ และการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยรายเก่า แต่เมื่อวิเคราะห์ในส่วนรายละเอียดของขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในกรณีของผู้ป่วยนอกรายใหม่จะประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การแจ้งการวินิจฉัยแยกโรค การวางแผนการรักษาและการใช้ยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา โดยจะเรียงลำดับชัดเจนตั้งแต่

ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย แต่มีบางขั้นตอนจะสามารถปรากฏสลับสับเปลี่ยนกันได้โดยเฉพาะ ขั้นตอนการสอบถามอาการสำคัญ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การสอบถามสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ทั้งสามขั้นตอนนี้สามารถเกิดขึ้นสลับสับเปลี่ยนกันได้ เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่มีเนื้อหาและข้อมูลใกล้เคียงกัน และยังเป็นขั้นตอนที่จิตแพทย์จะเลือกใช้คำถามใดก่อนหลังตามความเหมาะสม ส่วนขั้นตอนอื่น ๆ ก่อนหน้าหรือหลังจากขั้นตอนเหล่านี้จะเรียงลำดับต่อเนื่องกันเสมอ สำหรับโครงสร้างของการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยรายเก่าสามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่มีอาการดีขึ้น และโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้น โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่มีอาการดีขึ้นจะปรากฏ 9 ขั้นตอน คือ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง และสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา โครงสร้างลักษณะนี้จะมีจุดเด่นที่ขั้นตอนการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ไม่พบในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่ ส่วนโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นจะปรากฏ 9 ขั้นตอน คือ การเปิดการสนทนา การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ การสอบถามอาการสำคัญ การสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น การสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การนัดหมาย และการปิดการสนทนา จุดเด่นของโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้น คือ การสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้นและการสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัจจัยสำคัญที่ทำให้กระบวนการรักษาไม่เป็นไปด้วยดีตามที่จิตแพทย์ได้คาดการณ์ไว้

ขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างผู้ป่วยนอกรายเก่ากับผู้ป่วยนอกรายใหม่จะมีความแตกต่างอย่างชัดเจน ขั้นตอนที่ปรากฏแตกต่างกันนั้นคือขั้นตอนการสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง การแจ้งการวินิจฉัยโรค การอธิบายขั้นตอนการรักษาและการใช้ยา หากเป็นผู้ป่วยรายเก่าจิตแพทย์จะดำเนินการขั้นตอนนี้ในระยะเวลาค่อนข้างสั้น เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีข้อมูลการรักษา

ในระบบจัดเก็บข้อมูลอยู่แล้ว และหลายครั้งจะไม่พบขั้นตอนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรายเก่าซักถาม เนื่องจากผู้ป่วยรายเก่าจะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับการนัดหมายครั้งก่อนและหากผู้ป่วยรายเก่ามีข้อสงสัยจะสอบถามขึ้นมาทันทีโดยไม่ต้องรอให้จิตแพทย์เปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้ป่วยสามารถพูดแทรกผลัดขึ้นมาในขณะที่ดำเนินการตรวจรักษาได้ตลอดเวลา ลักษณะเด่นอีกประการหนึ่งที่พบในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก คือ การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยรายเก่า ในบางสถานการณ์ผู้ป่วยรายเก่าจะเป็นฝ่ายเริ่มเปิดหรือเริ่มปิดการสนทนาแทนจิตแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยรายเก่ามักจะทราบขั้นตอนในการตรวจรักษาจนกระทั่งสามารถคาดการณ์ในลำดับต่อไปว่าจะเกิดกระบวนการใด และหลายครั้งที่ผู้ป่วยรายเก่าไม่จำเป็นต้องรอให้จิตแพทย์เป็นฝ่ายสอบถามอาการสำคัญ กลับเป็นฝ่ายที่ระบุรายละเอียดที่จำเป็นได้ทันทีที่พบจิตแพทย์ และผู้ป่วยเก่าบางรายยังเป็นฝ่ายส่งสัญญาณเพื่อปิดการสนทนาด้วยการตั้งคำถามว่า “เรียบร้อยแล้วใช่ไหมครับ/ค่ะ” ซึ่งจะไม่พบลักษณะเช่นนี้ในการตรวจรักษาผู้ป่วยรายใหม่

องค์ประกอบของปริจเฉทการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในประเด็นคู่วิัจฉนกรรมหรือคู่อ้อยคำ ผู้วิจัยพบคู่วิัจฉนกรรม 7 รูปแบบ คือ การทักทาย-การตอบรับการทักทาย การถาม-การตอบ การอธิบาย-การตอบรับการอธิบาย การแนะนำ-การตอบรับการแนะนำ การสั่ง-การตอบรับคำสั่ง การเจรจาต่อรอง-การตอบรับ/ปฏิเสธการเจรจาต่อรอง และการกล่าวลา-การตอบการกล่าวลา โดยพบคู่วิัจฉนกรรมการถาม-การตอบมากที่สุด ดังตารางต่อไปนี้

คู่วิัจฉนกรรม	จำนวน/คู่	ร้อยละ
1.การทักทาย-ตอบรับการทักทาย	84	3.96
2.การถาม-การตอบ	1,417	66.81
3.การอธิบาย-การตอบรับการอธิบาย	418	19.70
4.การแนะนำ-การตอบรับการแนะนำ	46	2.17
5.การสั่ง-การตอบรับคำสั่ง	43	2.03
6.การเจรจาต่อรอง-การตอบรับ/ปฏิเสธการเจรจาต่อรอง	29	1.37
7.การกล่าวลา-การตอบการกล่าวลา	84	3.96
รวม	2,121	100

ตารางที่ 5 ตารางสรุปความถี่ของคู่วิัจฉนกรรมในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น

จากตารางข้างต้นสรุปว่า การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นเป็นสถานการณ์ที่จิตแพทย์ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคซึ่งต้องใช้การถามและผู้ป่วยต้องตอบข้อมูลเหล่านั้น และรวมถึงผู้ป่วยต้องการสอบถามข้อมูลจากจิตแพทย์แล้วจิตแพทย์เป็นฝ่ายตอบเช่นกัน จึงพบคู่วิจนกรรม การถาม-การตอบมากที่สุด แต่ลักษณะเด่นของคู่วิจนกรรมหรือคู่ถ้อยคำที่ผู้วิจัยไม่คาดคิดว่าจะพบในบริบทนี้คือคู่วิจนกรรมการเจรจาต่อรอง-การตอบรับ/ปฏิเสธการเจรจาต่อรองซึ่งเป็นคู่วิจนกรรมที่เกิดขึ้นกับทั้งสองฝ่ายไม่ใช่เพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ผู้ป่วยมีการใช้คู่วิจนกรรมหรือคู่ถ้อยคำการเจรจาต่อรองกับจิตแพทย์ในประเด็นเรื่องการรับประทานยาและการนัดหมาย ส่วนจิตแพทย์ใช้คู่วิจนกรรมหรือคู่ถ้อยคำการเจรจาต่อรองในประเด็นเรื่องการรับประทานยาและการเสนอหนทางในการดูแลรักษา คู่วิจนกรรมลักษณะนี้จะประสบความสำเร็จก็ต่อเมื่อจิตแพทย์ได้พิจารณาแล้วว่าการเจรจาต่อรองนั้นสามารถดำเนินการได้หากไม่กระทบหรือเป็นปัญหาต่อกระบวนการรักษาต่อไป คู่วิจนกรรมส่วนใหญ่จิตแพทย์เป็นฝ่ายเริ่มต้นและผู้ป่วยเป็นฝ่ายตอบสนอง มีเพียงคู่วิจนกรรมการเจรจาต่อรอง-ตอบรับ/ปฏิเสธการเจรจาต่อรองเท่านั้นที่มีจะเริ่มต้นจากผู้ป่วยหรือญาติ ทำให้ความถี่ในการครอบครองผลัดการสนทนาของจิตแพทย์โดดเด่นกว่าผู้ป่วยหรือญาติ

องค์ประกอบการสนทนาในประเด็นการกล่าวแก้ไขข้อมูลจะเกิดขึ้นได้จากทั้งสองฝ่าย หากจิตแพทย์เป็นฝ่ายกล่าวแก้ไขส่วนใหญ่จะเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยอธิบายอาการต่าง ๆ ของโรคไม่ชัดเจนหรือไม่ถูกต้อง จิตแพทย์จึงได้กล่าวแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องอีกครั้ง แต่หากผู้ป่วยเป็นฝ่ายกล่าวแก้ไขข้อมูลส่วนใหญ่จะเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยคิดว่าจิตแพทย์น่าจะเข้าใจข้อมูลของผู้ป่วยผิดไปจากความเป็นจริง เนื่องจากสิ่งที่แพทย์คาดคิดไว้ไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยคิดหรือเป็นอาการของโรค ผู้วิจัยพบว่าฝ่ายที่มีการกล่าวแก้ไขข้อมูลมากที่สุดคือผู้ป่วย อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเข้าใจว่าข้อมูลเหล่านั้นเป็นรายละเอียดของอาการที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ และบุคคลที่จะให้ข้อมูลได้ดีที่สุดจึงน่าจะเป็นตัวผู้ป่วยเอง

การพูดแทรกเป็นองค์ประกอบการสนทนาที่ผู้วิจัยพบว่า ฝ่ายที่มีการพูดแทรกมากที่สุดคือจิตแพทย์ โดยจิตแพทย์พบ 72 ครั้ง และผู้ป่วยพบ 69 ครั้ง ซึ่งไม่ได้มีความแตกต่างเท่าใดนัก ทำให้เห็นว่าทั้งสองฝ่ายต่างมีสิทธิในการพูดแทรกได้เกือบเท่า ๆ กัน การพูดแทรกของทั้งสองฝ่ายเกิดขึ้นเพื่อคัดค้านว่าสิ่งที่อีกฝ่ายหนึ่งกำลังสั่งเกตหรือตั้งสมมติฐานนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจริง โดยทั้งสองฝ่ายต่างมีสิทธิในการพูดแทรกได้เกือบเท่า ๆ กัน ซึ่งไม่น่าจะปรากฏในสถานการณ์ที่จิตแพทย์มีอำนาจในการสนทนาเหนือกว่าผู้ป่วย



การพูดซ้อนในบทสนทนาการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นผู้วิจัยพบว่า ฝ่ายที่เกิดการพูดซ้อนมากที่สุดคือผู้ป่วย โดยพบจำนวนการพูดซ้อนของผู้ป่วย 23 ครั้ง และจากจิตแพทย์ 8 ครั้ง ทุกครั้งของการพูดซ้อนจะเกิดจากจังหวะในการพูดของทั้งสองฝ่ายอยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยต้องการอธิบายในประเด็นบางอย่างให้ชัดเจน และส่วนใหญ่จิตแพทย์จะเป็นฝ่ายที่ต้องหยุดพูดเพื่อฟังรายละเอียดจากผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษของปริจเฉทการสนทนาลักษณะนี้

นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์คู่ถ้อยคำ การกล่าวแก้ไขข้อมูล การพูดแทรก และการพูดซ้อนในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นแล้ว ทำให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์เชื่อมโยงไปถึงการครอบครองผลัดการสนทนาได้อย่างชัดเจน เนื่องจากข้อมูลเชิงปริมาณของสถานการณ์การสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์ผู้ป่วยนอกปรากฏจำนวนผลัดการสนทนาทั้งสามฝ่ายรวมทั้งสิ้น 4,281 ผลัด แบ่งเป็นผลัดการสนทนาของจิตแพทย์ 2,105 ผลัด ผลัดการสนทนาของผู้ป่วย 1,812 ผลัด และผลัดการสนทนาของญาติผู้ป่วย 364 ผลัด แสดงให้เห็นว่าจิตแพทย์เป็นฝ่ายที่ครอบครองผลัดการสนทนา โดยมีมิติการควบคุมการสนทนาและการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของอิทะคุระ น่าจะเนื่องมาจากจิตแพทย์เป็นฝ่ายกำหนดโครงสร้างบทสนทนาให้ดำเนินการสอดคล้องกับหลักวิชาการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช และหากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเริ่มให้ข้อมูลที่ไม่ตรงประเด็น จิตแพทย์ก็สามารถใช้องค์ประกอบในการกล่าวแก้ไขข้อมูล การพูดแทรก หรือการพูดซ้อน บทสนทนาของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยได้ทันที

ดังนั้นจากสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า ‘ปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นมีโครงสร้างหลักที่สมบูรณ์ ได้แก่ การเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา ส่วนองค์ประกอบการสนทนาประกอบด้วย คู่วิจารณ์หรือคู่ถ้อยคำ การปรับแก้ การพูดแทรก และการพูดซ้อน โดยมีลักษณะเด่นที่น่าสนใจคือทั้งจิตแพทย์และผู้ป่วยต่างมีสัดส่วนในการครอบครองผลัดการสนทนาที่เท่ากัน’ ในประเด็นเกี่ยวกับโครงสร้างหลักที่สมบูรณ์และองค์ประกอบการสนทนาปรากฏครบทั้งหมดตามที่ตั้งสมมติฐานไว้ แต่ในประเด็นสุดท้ายที่กล่าวว่า มีลักษณะเด่นที่น่าสนใจคือจิตแพทย์และผู้ป่วยต่างมีสัดส่วนในการครอบครองผลัดการสนทนาที่เท่ากัน ผู้วิจัยพบว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐานนั้น เนื่องจากการเก็บข้อมูลเชิงสถิติได้ปรากฏแล้วว่าจิตแพทย์มีจำนวนผลัดการสนทนาที่มากกว่าผู้ป่วย 293 ผลัด แต่หากพิจารณาผลัดการสนทนาของผู้ป่วยและผลัดการสนทนาของญาติผู้ป่วยรวมกันจะปรากฏ 2,176 ผลัด ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับผลัดการสนทนาของจิตแพทย์ที่ปรากฏ

2,105 ผลัด อาจทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า จิตแพทย์ยินยอมที่จะให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีการครอบครองผลการสนทนาที่ใกล้เคียงกับจิตแพทย์เนื่องจากการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้อธิบายข้อมูลหรือรายละเอียดที่สำคัญเกี่ยวกับอาการป่วยให้มากที่สุด เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการรักษาโรคทางจิตเวชต่อไป



## บทที่ 4

### กลวิธีทางภาษาในปริศนาการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก และญาติผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์โครงสร้างปริศนาการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในบทที่สาม ผู้วิจัยพบว่าในปริศนานี้ได้ปรากฏระบบการสนทนาที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลัก ขั้นตอน และองค์ประกอบในการสนทนาในปริศนาการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นซึ่งเป็นภาพรวมของบทสนทนาในบริบทการสื่อสารที่มีจุดประสงค์เฉพาะเจาะจง ดังนั้น ในบทที่สี่ผู้วิจัยจึงจะวิเคราะห์ลักษณะการใช้ภาษาของผู้ร่วมสนทนาแต่ละฝ่ายเพื่อนำไปสู่จุดประสงค์ในการสนทนาหรือที่เรียกว่า “กลวิธีทางภาษา” เพื่อให้เห็นวิธีการหรือรูปแบบทางภาษาใดๆ ก็ตามที่จิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก หรือญาติผู้ป่วยเลือกใช้ในการสื่อสารให้การสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องต่อไป

#### 4.1 กลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์

สิ่งสำคัญในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยที่ณรงค์ สุภัทรพันธุ์(2559: 19, 39) นายแพทย์ด้านจิตเวชศาสตร์ได้สรุปไว้ว่า ประเด็นหลักคือการเลือกที่จะคุยกับผู้ป่วยด้วยการใส่ใจ โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการด้วยการตั้งใจฟังด้วยความสงสัยใคร่รู้ จะนำไปสู่การเชื่อมโยงกับผู้ป่วยด้วยความรู้สึกที่ดีที่มีต่อกันตลอดเวลาของการพูดคุย และจะได้ข้อมูลที่เป็ปัญหาจริงๆ ของผู้ป่วย จากตัวผู้ป่วยโดยตรง การเลือกถามข้อมูลด้วยความสงสัยใคร่รู้เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วย(curiosity) ต่างจากการถามซอกแซกเพื่อเก็บรายละเอียด จนผู้ป่วยอาจรู้สึกหวาดกลัวถามด้วยความสอดรู้สอดเห็น (nosy)อาจเป็นเพียงการทำให้ผู้ถาม “รู้มากแต่เข้าใจน้อย” โดยเข้าใจเรื่องราวที่ไม่ได้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเลย นอกจากนี้จิตแพทย์ยังต้องเข้าใจสิ่งทีนอกเหนือจากคำพูดและเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่าออกมา โดยต้องฝึกให้ฟังเข้าไปถึงความตั้งใจของผู้พูดว่าใจจริงนั้นอยากจะบอกอะไรที่อยู่นอกเหนือจากคำพูด และเรื่องราวที่อยู่ภายใต้คำพูดนั้น ไม่ว่าจะเป็ความรู้สึกภายในที่ไม่ได้แสดงออกมา หรือความตั้งใจที่อยากจะบอกออกมาแต่กลับแสดงออกมาในลักษณะตรงกันข้าม ซึ่งสอดคล้องกับมาโนช หล่อตระกูล (2538) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์อีกคนหนึ่งที่เคยได้กล่าวถึงทักษะในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชไว้ว่า ทักษะในการสัมภาษณ์เป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการตรวจทางจิตเวช ผู้ที่มีทักษะในการ

สัมภาษณ์ที่ดีจะได้ข้อมูลที่มีความเที่ยงตรง น่าเชื่อถืออันจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ในขณะที่เดียวกัน ตัวผู้ป่วยเองก็มีความรู้สึกสบายใจขึ้นจากการได้พูดถึงสิ่งที่ทำให้ตนทุกข์ใจหรือได้ระบายความคับข้องใจต่างๆ สำหรับผู้ป่วยนอกนั้น การสัมภาษณ์ขณะพบผู้ป่วยครั้งแรกมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากหากเราไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเชื่อถือในตัวเรา รวมทั้งเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันได้แล้ว ก็จะเป็นปัญหาในการวินิจฉัย รวมถึงการรักษาในระยะต่อมา ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในครั้งแรกมีแรงจูงใจในการรักษาแตกต่างกันออกไป แต่การที่แรงจูงใจนี้จะคงอยู่ต่อไปมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับว่าจิตแพทย์สามารถก่อให้เกิดความรู้สึกในทางที่ดีได้เท่าไร ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกในทางลบอาจยังคงมาพบแพทย์ต่อไปหากว่าเขามีแรงจูงใจในการรักษาสูง ในขณะที่ความรู้สึกในทางบวกที่มีต่อผู้รักษาอาจชักนำให้ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจต่ำยังคงมาติดตามการรักษา

ทักษะการถามที่ดีตามที่มานิพนธ์ หล่อตระกูลได้กล่าวไว้จะทำให้ผู้ป่วยตอบหรือเล่าเรื่องต่างๆ ออกมาได้มาก รวมทั้งทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ มีลักษณะดังนี้

1. การถามโดยใช้คำถามเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีอิสระในการตอบ เช่น ภรรยาของคุณรู้สึกอย่างไรในเรื่องนี้
2. การเลี่ยงการใช้คำว่า “ทำไม” เนื่องจากเป็นคำถามที่มีนัยของการถูกผิด และกระทบต่อการให้เกียรติหรือการยอมรับของผู้ป่วย เช่น ทำไมถึงเปลี่ยนงานบ่อย เป็น อะไรทำให้คุณเปลี่ยนงานบ่อย
3. การเลี่ยงการใช้คำถามนำ เนื่องจากเป็นคำถามที่บ่งบอกว่าแพทย์ต้องการคำตอบอย่างไร เช่น คุณกับภรรยาไม่มีปัญหาอะไรกันใช่ไหม เป็น ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับภรรยาเป็นอย่างไรบ้าง
4. การถามโดยการคาดคะเนเอา เพื่อเลี่ยงการถามตรงๆ เช่น ปกติคุณสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองไหม เป็น ปกติคุณสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองอาทิตย์ละกี่ครั้ง
5. การถามโดยอ้างถึงบุคคลทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นออกมาโดยไม่รู้ตัวเมื่ออ้างถึงคนทั่วไป เช่น ทำไมคนเราถึงติดยาเสพติด
6. การถามถึงเหตุการณ์อย่างเป็นรูปธรรม เป็นการถามความเห็นของผู้ป่วยหรือให้ประเมินตนเอง
7. การเริ่มจากเรื่องกว้างๆ ไปสู่เรื่องเฉพาะ เช่น การถามเรื่องทั่วไปก่อนเข้าสู่คำถามเกี่ยวกับผู้ป่วย

8. **การถามโดยให้เลือกตอบ** เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยตอบข้อมูลที่ชัดเจนและให้ทางเลือกหลายๆ ทางแก่ผู้ป่วย เช่น อาการใจสั่นของคุณเกี่ยวข้องกับอาการกินอาหารไหม เป็นคุณมักมีอาการใจสั่นก่อนกินอาหารหรือหลังอาหารหรืออาการไม่เกี่ยวกับกับอาหาร

การสนทนาของจิตแพทย์มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนคือต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาโรคอย่างถูกต้องต่อไป การสนทนาส่วนใหญ่เป็นการสอบถามเพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติตอบคำถาม ดังนั้น ในการวิเคราะห์กลวิธีการสนทนาของจิตแพทย์ ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์ถ้อยคำที่ละถ้อยคำเพื่อพิจารณาว่าถ้อยคำนั้นเป็นกลวิธีใด แล้วจึงนำแต่ละกลวิธีมาพิจารณาถึงจุดประสงค์หลักในการใช้กลวิธีดังกล่าว เพื่อให้ทราบว่าจิตแพทย์ใช้กลวิธีเหล่านั้นเพื่อจุดประสงค์ในการสอบถามหรือจุดประสงค์อื่นในการสนทนา จากนั้นจึงสรุปผลการวิเคราะห์โดยแบ่งกลวิธีตามจุดประสงค์ที่จิตแพทย์ใช้ในการสนทนากับผู้ป่วยหรือญาติ ผู้วิจัยพบข้อมูลดังต่อไปนี้

- 4.1.1 กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล
- 4.1.2 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูล
- 4.1.3 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ปฏิบัติตาม
- 4.1.4 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวลและสร้างความเป็นกันเอง

#### 4.1.1 กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้เพื่อถามข้อมูลสำคัญและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้จิตแพทย์สามารถวินิจฉัยและตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคทางจิตเวชของผู้ป่วยต่อไป ผู้วิจัยพบกลวิธีทางภาษาในการสนทนาของจิตแพทย์ ดังนี้ กลวิธีการกล่าวซ้ำ การถามคำถามต่อเนื่อง การย้ำคำถามเดิม การเปลี่ยนคำถาม การสรุปความ การถามนำ และการเว้นจังหวะให้ตอบ

##### 4.1.1.1 การกล่าวซ้ำ

การกล่าวซ้ำ หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์กล่าวซ้ำถ้อยคำสำคัญที่ผู้ป่วยได้กล่าวในถ้อยคำก่อนหน้าเพื่อทบทวนและเน้นย้ำข้อความเหล่านั้นให้ชัดเจนยิ่งขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าจิตแพทย์ใช้กลวิธีนี้มากที่สุดโดยพบทั้งหมด 179 ครั้ง เช่น

## ตัวอย่างที่ (68)

- 1 พ. เป็นมานานหรือยัง
- 2 ผ. } **อาทิตย์หนึ่ง**
- 3 พ. } **Z หนึ่งอาทิตย์** ก่อนหน้านี่เคยเป็นแบบนี้มาก่อนมั้ยครับ
- 4 ผ. เคยเป็น แต่นานแล้ว
- 5 พ. อืม - แล้วตอนนั้นมันเป็นอยู่นานมั้ย
- 6 ผ. มันก็ปวด ปวดมาก แล้วก็ประมาณห้านาที แล้วก็ค่อยลง
- 7 พ. แล้วทำยังไงมันถึงหาย
- 8 ผ. } ก็ไม่ได้ทำอะไรครับ **มันหายเอง**
- 9 พ. } **Z มันหายไปเอง** เป็นอยู่นานมั้ยครับ
- 10 ผ. } **ก็ไม่นาน**
- 11 พ. } **ไม่นานเนาะ** ถึงเดือนมั้ย เป็นก็อาทิตย์ครับ
- 12 ผ. ก็ประมาณวันหนึ่ง

จากตัวอย่างสถานการณ์ที่ (68) เป็นการสอบถามระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจิตแพทย์ได้ใช้กลวิธีการซ้ำคำหรือซ้ำข้อความที่ผู้ป่วยเพิ่งจะกล่าวจบไปในบรรทัดที่ 3 ว่า “หนึ่งอาทิตย์” บรรทัดที่ 9 ว่า “มันหายไปเอง” และบรรทัดที่ 11 ว่า “ไม่นานเนาะ” เนื่องจากจิตแพทย์ต้องการทบทวนข้อมูลที่ได้ยินและเน้นย้ำข้อความที่ผู้ป่วยตอบก่อนหน้านั้นให้ถูกต้องชัดเจนเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างทั้งสองฝ่าย

## ตัวอย่างที่ (69)

- 1 พ. มันเป็นอย่างไงล่ะ
- 2 ผ. } (1.0) มันก็มีหงุดหงิดครับ
- 3 พ. } **มีหงุดหงิดบ้าง** (1.0) กลางคืนนอนหลับมั้ย
- 4 ผ. } (1.0) กลางคืนก็นอนตื่นสามสี่ครั้ง นอนสีทำทุ้ม
- 5 พ. } (1.0) **จ๊ะ นอนราว ๆ สีทำทุ้ม**
- 6 ผ. Z ครับ

- 7 พ. (2.0) กลางวันนอนหรือเปล่า
- 8 ผ. } **Z กลางวันทำงานครับ**
- 9 พ. } **กลางวันทำได้นะ** ต้องไปจับต้องไปอะไรมั้ย
- 10 ผ. } **ทำ ทำงาน *ทำงานช่วงเช้า***
- 11 พ. } **อ้อ: *ทำงานช่วงเช้าถึงเย็น***
- 12 ผ. **Z ครับ**

จากตัวอย่างสถานการณ์ที่ (69) เป็นการสอบถามอาการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยตอบในบรรทัดที่ 2 ว่า “มันก็มีมีหงุดหงิดครับ” จิตแพทย์จึงกล่าวซ้ำในบรรทัดที่ 3 ว่า “มีหงุดหงิดบ้าง...” ผู้ป่วยบอกเล่าอาการในบรรทัดที่ 4 ว่า “...นอนสี่ห้าทุ่ม” จิตแพทย์ได้กล่าวซ้ำในบรรทัดที่ 5 อีกว่า “...นอนราว ๆ สี่ห้าทุ่ม” รวมทั้งการถามเวลานอนช่วงกลางวัน ผู้ป่วยได้ตอบในบรรทัดที่ 8 ว่า “กลางวันทำงานครับ” จิตแพทย์ก็ได้กล่าวซ้ำอีกว่า “กลางวันทำได้นะ...” นอกจากนี้ยังปรากฏข้อมูล que ผู้ป่วยแจ้งในบรรทัดที่ 10 ว่า “...ทำงานช่วงเช้า” จิตแพทย์ก็ยังได้กล่าวซ้ำอีกว่า “อ้อ: ทำงานช่วงเช้าถึงเย็น” การกล่าวซ้ำในตัวอย่างที่ (69) นี้เป็นการกล่าวซ้ำเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล que ผู้ป่วยตอบให้ชัดเจน

ตัวอย่างที่ (70)

- 1 พ. ปกติเป็นคนซี้กังวลมั้ย **รณัฒมหาวิทยาลัย**
- 2 ญ. } **ห้าหกปีแล้วค่ะ** **LONGKORN UNIVERSITY**
- 3 พ. } **ประมาณห้าหกปีนะคะ**
- 4 ญ. } **Z แต่ *แต่ตอนนี้* เป็นมากกว่าเดิม**
- 5 พ. } **เป็นมากกว่าเดิม มีอะไรมากระตุ้นให้เป็นมากกว่าเดิมมั้ยคะ**
- 6 ผ. **มีครับ**
- 7 พ. **Z อะไรเอ่ย**
- 8 ผ. } (2.0) **ผม *ห่วงภรรยา* ผมครับ**
- 9 พ. } ***ห่วงภรรยา***
- 10 ญ. } **Z *จำ ห่วง***

- 11 พ. } **Z หวง**
- 12 ญ. Z หวงแบบว่า ไม่ให้ใกล้กับผู้ชายเลยอะ
- 13 พ. อ้อ: (2.0) เกิดอะไรขึ้นมั้ยคะ เลยทำให้หวงมากขึ้น

จากตัวอย่างสถานการณ์ที่ (70) จิตแพทย์เริ่มสอบถามอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าว่า “ปกติเป็นคนขี้กังวลมั้ย” ญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นภรรยาได้ตอบคำถามแทนผู้ป่วยในบรรทัดที่ 2 ว่า “ห้าหกปีแล้วค่ะ” จิตแพทย์จึงกล่าวซ้ำคำตอบของญาติในบรรทัดที่ 3 ว่า “ประมาณห้าหกปีนะคะ” และมีการกล่าวซ้ำในถ้อยคำที่ต่อเนื่องกันในบรรทัดที่ 5 ว่า “เป็นมากกว่าเดิม...” หลังจากนั้นผู้ป่วยจึงกล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้อาการป่วยมากขึ้นคือ “ผมหวงภรรยาผมครับ” จิตแพทย์จึงกล่าวซ้ำคำตอบของผู้ป่วยในบรรทัดที่ 9 ว่า “หวงภรรยา” นอกจากนี้ยังปรากฏการกล่าวซ้ำของจิตแพทย์ในบรรทัดที่ 11 ว่า “หวง” จากคำตอบของญาติในบรรทัดก่อนหน้านี้ การปรากฏกลวิธีการกล่าวซ้ำในบริบทเหล่านี้เป็นการใช้เพื่อสอบถามและให้ผู้ป่วยหรือญาติยืนยันความถูกต้องของข้อมูล จิตแพทย์จะได้นำไปเป็นส่วนหนึ่งของการวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยให้ถูกต้องต่อไป

กลวิธีการกล่าวซ้ำเป็นกลวิธีที่ปรากฏมากที่สุดในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก โดยจะปรากฏแทบทุกครั้งที่ผู้ป่วยได้ตอบคำถามของจิตแพทย์โดยเฉพาะกับผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยเก่าที่มีอาการไม่ดีขึ้น เนื่องจากเป็นข้อมูลสำคัญที่จะทำให้จิตแพทย์สามารถนำไปรวบรวมเพื่อวินิจฉัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยให้ถูกต้อง การกล่าวซ้ำจึงน่าจะเป็นกลวิธีที่โดดเด่นที่สุดในกลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ เนื่องจากจิตแพทย์ต้องการย้ำข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยตอบหรือกล่าวมาให้ถูกต้องตรงกันกับความเข้าใจของจิตแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญอันจะนำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาต่อไป

#### 4.1.1.2 การถามคำถามต่อเนื่อง

การถามคำถามต่อเนื่อง หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้ถ้อยคำการถามที่มีเนื้อความต่อเนื่องจากคำตอบแรกของผู้ป่วย และผู้ป่วยไม่ได้ตอบคำถามในถ้อยคำแรกให้ชัดเจนทำให้ประเด็นสงสัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยยังคงอยู่ จิตแพทย์จึงต้องถามคำถามที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเดิมต่อเนื่องไปเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้น พบกลวิธีการถามคำถามต่อเนื่องทั้งหมด 32 ครั้ง เช่น



## ตัวอย่างที่ (71)

- 1 พ. แต่ว่าก่อนหน้านั้นก็สบายใจขึ้นแล้ว ดีขึ้นแล้ว
- 2 ผ. Z ครับผม
- 3 พ. Z แต่มาช่วงนี้ไม่สบายใจ
- 4 อีกแล้วนะ
- 5 ผ. คือ (1.0) มันเป็นคีน
- 6 พ. [ อ่า: ครับผม
- 7 ผ. ผมนั่งดูทีวีแล้วจิตใจมันหวัดนะ มันหวัดมันหนาวๆ เหมือนตอนก่อน
- 8 พ. นี่เพิ่งเปลี่ยนแปลงไม่กี่คีนนี้
- 9 ผ. Z ครับผม
- 10 พ. Z นอกนั้นไม่มีอะไร
- 11 ผ. Z ครับ แต่ว่าถ้ามันนอน
- 12 ไม่หลับ
- 13 พ. ครับ
- 14 ผ. [ ปกติถ้าไม่กินยาน่ะครับ
- 15 พ. } Z พอจากวันนั้นแล้ว เกิดเหตุ จิตใจมันเลยไม่สบาย
- 16 ผ. } ไม่สบายใจ คือ(1.0) กลัวว่า อิม: จิตวิตกกังวล
- 17 พ. } [ ส่วนใหญ่กังวลเรื่องอะไร จิตใจ
- 18 } กังวลเรื่องอะไร มีเครียดมีเบื่อเรื่องอะไรมั๊ย
- 19 ผ. (2.0) บางทีก็เครียด บางทีก็อยากให้มีคนเอาใจ
- 20 พ. Z นิดๆ แต่ไม่มาก
- 21 ผ. [ นิดๆ
- 22 พ. อ้อ ครับผม
- 23 ผ. [ แต่ไม่เคยไม่คิดฆ่าตัวตาย ไม่มีครับ
- 24 พ. Z รั้งกับยา
- 25 ผ. รั้งกับยาครับ

จากตัวอย่างที่ (71) ผู้ป่วยนอกชายแก่มีอาการวิตกกังวลและกำลังอยู่ในระหว่างรับประทานยารักษาต่อเนื่อง การมาพบจิตแพทย์ในครั้งนี้ผู้ป่วยได้อธิบายในช่วงต้นช่วงบรรทัดที่ 7 ว่า “ผมนั่งดูทีวีแล้วจิตใจมันหวัดนะ มันหวัดมันหวาด ๆ เหมือนตอนก่อน” ถ้อยคำดังกล่าวหมายความว่าอาการของผู้ป่วยในช่วงแรกที่กำลังจะดีขึ้น น่าจะย้อนกลับมามีอาการเดิมไม่บ่อยดีอีกครั้ง และย้ำข้อมูลที่สำคัญในบรรทัดที่ 11-12 ว่า “แต่ถ้าถ้ามันนอนไม่หลับ...” ซึ่งเป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยโรควิตกกังวล จากนั้นจิตแพทย์จึงใช้กลวิธีการถามคำถามต่อเนื่องในบรรทัดที่ 17-18 ว่า “ส่วนใหญ่กังวลเรื่องอะไร จิตใจกังวลเรื่องอะไร มีเครียดมีเบื่อเรื่องอะไรมั๊ย” เพื่อถามให้ผู้ป่วยตอบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคำตอบเดิมให้ชัดเจน เนื่องจากจิตแพทย์ต้องการข้อมูลสำคัญหรือประเด็นหลักที่เกี่ยวกับอาการของโรค เพื่อจะได้นำไปสู่การวินิจฉัยว่ามีความเกี่ยวข้องกับอาการเดิมหรือไม่ การถามคำถามต่อเนื่องจะเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยได้ตอบข้อมูลบางประการที่เป็นประเด็นสำคัญให้จิตแพทย์เกิดข้อสงสัย การถามคำถามต่อเนื่องจะทำให้ข้อมูลมีความกระจ่างแจ้งมากขึ้น และยังเป็นข้อมูลเพื่อให้จิตแพทย์วางแผนการรักษาต่อไปด้วย

#### 4.1.1.3 การย้ำคำถามเดิม

การย้ำคำถามเดิม หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้ถ้อยคำที่มีเนื้อความเหมือนหรือคล้ายคลึงกับคำถามเดิมที่เคยถามผู้ป่วยไปแล้ว แต่จิตแพทย์กล่าวย้ำคำถามเดิมเพื่อให้ผู้ป่วยนอกหรือญาติตอบประเด็นที่สำคัญบางประเด็นซึ่งไม่อาจผ่านไปได้จนกว่าจะได้รับคำตอบที่ชัดเจนจากผู้ป่วยหรือญาติ พบทั้งหมด 33 ครั้ง เช่น

#### ตัวอย่างที่ (72)

- |   |    |   |
|---|----|---|
| 1 | ผ. | นั่นแหละ พอเราทานยาแล้ว คุณหมอก็บอก บอกกับแฟนแล้ว แต่แฟนนั้นไม่ค่อยจะ                 |
| 2 |    | (2.0)   |
| 3 | พ. | } เป็นไปได้มั๊ยที่เราจะชวนเค้ามา มาคุยกับหมอสักนิดนึง เค้าจะได้ทำความเข้าใจได้มากขึ้น |
| 4 |    |   |
| 5 | ผ. | Z อ้อ เค้าเคยคุยกับหมอแล้วนะคะ  |
| 6 | พ. | Z บางคน บางคนต้องอาศัยการพูดคุย   |
| 7 |    | หลายๆ รอบ เค้าเองก็จะได้ระบายความไม่สบายใจของเค้าให้หมอฟังด้วย อ่า บางที              |



## ตัวอย่างที่ (73)

- |    |    |   |   |
|----|----|---|---|
| 1  | พ. | (2.0) เอ่อ: หมอปรับยานิดนึงนะ   |   |
| 2  | ผ. |   | Z ครับ (3.0) คือช่วงน้ำมัน มัน มัน มีอาการผวา |
| 3  | พ. |   | Z อ้อ:  |
| 4  |    | มันตกใจไหม้ย  |   |
| 5  | ผ. |   | Z ครับ ไปเห็นแต่ตรงจุดเดิมครับ มัน: (2.0)     |
| 6  | พ. | กลัวเหรอ  |   |
| 7  | ผ. | [ มันระแวง  |   |
| 8  | พ. | เห็นแล้วจะหลอนอยู่ (1.0) ไข่เปล่า   |   |
| 9  | ผ. | มันไม่ใช่หลอน แต่มันเสียๆ พอไปเห็นแล้วมีรถบีบแตรสะดุ้งเลย                       |   |
| 10 | พ. | สะดุ้งเลย โอเครู้แล้ว(จิตแพทย์บันทึกลงในเอกสารประวัติ) ไม่มีสั่น ไม่มีเกร็งเนาะ |   |
| 11 | ผ. | ไม่มีครับ   |   |

สถานการณ์ตัวอย่างที่ (73) จิตแพทย์ใช้กลวิธีการเปลี่ยนรูปคำถามในบรรทัดที่ 3-4 “อ้อ มันตกใจไหม้ย” บรรทัดที่ 6 ว่า “กลัวเหรอ” และบรรทัดที่ 8 ว่า “เห็นแล้วจะหลอนอยู่ ไข่เปล่า” เพื่อให้ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกที่แท้จริง เนื่องจากช่วงแรกผู้ป่วยยังไม่สามารถตอบคำถามที่จิตแพทย์ถามได้อย่างชัดเจน อาจจะช่วยไม่เข้าใจคำถามหรือไม่สามารถเรียบเรียงออกมาเป็นถ้อยคำที่ถูกต้องได้ จิตแพทย์จึงเปลี่ยนรูปคำถามแต่ยังเป็นใจความสำคัญเดิม เพื่อเน้นย้ำให้ได้คำตอบที่ถูกต้องที่สุด จนกระทั่งในบรรทัดที่ 10 จิตแพทย์จึงแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ป่วยตอบว่า “โอเครู้แล้ว” ถ้อยคำดังกล่าวเป็นการตอบรับคำตอบของผู้ป่วยและจิตแพทย์จะได้สอบถามในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

## 4.1.1.5 การสรุปความ

การสรุปความ หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้การจับใจความสำคัญจากข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือญาติตอบคำถามหรืออธิบายอาการของผู้ป่วยโดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงเนื้อความ แต่ปรับเปลี่ยนให้เป็นถ้อยคำที่กระชับและเข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติยืนยันความถูกต้องของข้อมูลให้ถูกต้องอีกครั้ง พบทั้งหมด 98 ครั้ง เช่น

## ตัวอย่างที่ (74)

- 1 พ. อารมณ์เป็นยังไง
- 2 ผ. ก็ ร่าเริงดีค่ะ
- 3 พ. Z ไม่ซึม ไม่ท้อ ไม่เบื่อเนาะ
- 4 ผ. Z ไม่ค่ะ แต่บุหรี กาแฟ เหล้าไม่ดื่ม
- 5 พ. Z อ้อ
- 6 แล้วก่อนนอน กินยาเยอะนะ กินสี่ตัว
- 7 ผ. ค่ะ กินสี่ตัว ตัว ตัวนี้ไม่ได้กินค่ะ
- 8 พ. หมายถึงว่า
- 9 ผ. [ถ้ามีเวลาเราไม่นอนถึงจะกิน
- 10 พ. Z อืม
- 11 ผ. Z ถ้าเรานอนตามปกติอยู่ได้เราก็กินทาน
- 12 พ. } แต่ถ้ากินครบสี่ตัวนี้หลับดี
- 13 ผ. Z หลับดี ทำงานก็ตามปกติได้ค่ะ
- 14 พ. อืม

ตัวอย่างที่ (74) เป็นสถานการณ์การสนทนาต่อเนื่องที่จิตแพทย์สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาและการนอนหลับในบรรทัดที่ 5-6 และผู้ป่วยตอบจำนวนของเม็ดยาที่รับประทานจนกระทั่งถึงคำตอบว่า “ถ้าเรานอนตามปกติ อยู่ได้เราก็กินทาน” ทำให้จิตแพทย์เข้าใจว่าผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับประทานครบตามจำนวนที่สั่งยา และเข้าใจว่าหากรับประทานยาตามที่สั่งครบจะส่งผลดีต่ออาการของผู้ป่วยจึงได้ใช้กลวิธีการสรุปความในบรรทัดที่ 12 ว่า “แต่ถ้ากินครบสี่ตัวนี้หลับดี” เพื่อให้ผู้ป่วยยืนยันความถูกต้องของข้อมูลอย่างชัดเจนอีกครั้ง กลวิธีนี้จะพบมาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอธิบายอาการไม่ชัดเจน จิตแพทย์จึงจำเป็นต้องสรุปความเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน

#### 4.1.1.6 การถามนำ

การถามนำ หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้การตั้งคำถามโดยมีใจความสำคัญที่คาดคะเนไว้ล่วงหน้า หรืออาจจะมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอยู่ส่วนหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติยืนยันความถูกต้องของข้อมูลให้ถูกต้องตามที่จิตแพทย์ได้คาดการณ์ไว้แล้ว พบทั้งหมด 28 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (75)

- |    |    |   |
|----|----|---|
| 1  | พ. | สวัสดีครับคุณป้า ผมหมอวัชรนะครับ ชื่อคุณ:   |
| 2  | ผ. | นิตยาค่ะ  |
| 3  | พ. | อายุหกสิบเนาะ   |
| 4  | ผ. | Z ค่ะ   |
| 5  | พ. | วันนี้มาพบหมอครั้งที่สองเนาะ  |
| 6  | ผ. | Z ค่ะ ครั้งที่สองค่ะ  |
| 7  | พ. | Z ครั้งที่สองเนาะ   |
| 8  | ผ. | ค่ะ   |
| 9  | พ. | Z เอ่อ ตอนนั้น อ่า ตอนนั้นพอทำที่มันมีความเครียดเกี่ยวกับทำธุรกิจกาแพ                 |
| 10 |    | ถูกมั้ยครับ   |
| 11 | ผ. | ค่ะ   |
| 12 | พ. | ตอนนี้เป็นไงบ้างครับ  |
| 13 | ผ. | ตอนนี้ก็ดีขึ้นค่ะ แต่ตอนนั้นที่กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ไข้มีเยอะ แล้วก็คือ: (1.0) ที่บอก |
| 14 |    | หมอมว่าทุกอย่างมันเข้ามาในสมองอะไรไม่รู้ล่ะ   |

การสนทนาในตัวอย่างที่ (75) เป็นช่วงเริ่มต้นการสนทนาที่จิตแพทย์มีข้อมูลของผู้ป่วยในการบันทึกประวัติหรือทะเบียนการรักษาอยู่แล้ว แต่ต้องการตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง จึงใช้กลวิธีการถามนำเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยย้อนความทรงจำเกี่ยวกับการตรวจรักษาครั้งล่าสุด ทั้งผู้ป่วยและจิตแพทย์จะได้ดำเนินการสนทนาไปในทิศทางเดียวกัน การถามนำเป็นกลวิธีที่ไม่ค่อยพบในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช เนื่องจากในตำราการซักประวัติผู้ป่วยจิตเวชจะระบุอย่างชัดเจนว่าไม่

ควรใช้คำถามนำ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของโรคได้ และเป็นการจำกัดคำตอบของผู้ป่วยมากจนเกินไป แต่ยังพบกลวิธีนี้อยู่บ้างในบางสถานการณ์

#### 4.1.1.7 การเว้นจังหวะให้ตอบ

การเว้นจังหวะให้ตอบ หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้การตั้งคำถามโดยมีข้อมูลบางประการที่คาดคะเนไว้ล่วงหน้าหรืออาจจะมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอยู่ส่วนหนึ่ง แล้วไม่ถามให้จบประโยค แต่เว้นช่วงเวลาชั่วขณะหนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติตอบหรืออธิบายข้อมูลเหล่านั้น เป็นการยืนยันความถูกต้องของข้อมูลตามที่จิตแพทย์ได้คาดการณ์ไว้แล้ว พบทั้งหมด 26 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (76)

- |    |      |  |
|----|------|--|
| 1  | พ.   | ดูเหมือนเครียดนี้มันหลายเรื่องนะ ไม่ใช่เรื่องเซียร์อย่างเดียว                    |
| 2  | ผ.   | [ ค่ะ ] Z มันหลายเรื่อง  |
| 3  |      | จริง ๆ (หัวเราะ) ค่ะ ก็ไม่ใช่แค่เรื่องเซียร์อย่างเดียว เรื่องเพื่อนบ้าง อะไรบ้าง |
| 4  |      | ประมาณนี้อะค่ะ การปรับตัวก็ยังไม่เข้ากันดีสักเท่าไร                              |
| 5  | พ.   | (2.0) อืม (1.0) การปรับตัวยังไม่ค่อยเข้ากันดีสักเท่าไร                           |
| 6  | ผ.   | ค่ะ  |
| 7  | พ. } | นั่นเป็นเพราะว่า :   |
| 8  | ผ.   | (1.0) ต่างคนต่างมีความคิดที่แตกต่างกัน ต่างคนต่างมีความคิดเป็นของตัวเองอะค่ะ     |
| 9  |      | มันคิดไม่เหมือนกัน   |
| 10 | พ.   | (2.0) อาจจะเป็นเพราะเราเป็นรุ่นพี่เค้าด้วยมั้ยะ                                  |
| 11 | ผ.   | Z ใช่ค่ะ อายุก็ต่างกัน (หัวเราะ)   |
| 12 |      | มันก็เลย คิด คิดคนละแบบ อะไรประมาณนี้ละค่ะ                                       |

ตัวอย่างการสนทนาที่ (76) จิตแพทย์ใช้กลวิธีการเว้นจังหวะให้ตอบในบรรทัดที่ 7 ว่า “นั่นเป็นเพราะว่า.....” เพื่อให้ผู้ป่วยเติมคำลงในช่องว่างตาม que ผู้ป่วยหรือจิตแพทย์ได้คาดคิดไว้ กลวิธีนี้จะปรากฏในช่วงที่มีการสนทนามาช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว จิตแพทย์สามารถประเมินได้ว่า หากสอบถามแล้วเว้นช่องว่างให้ผู้ป่วยตอบ จะเป็นการให้อิสระกับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิด

ความเห็นของตนเอง แต่ไม่พบกลวิธีนี้บ่อยนักเนื่องจาก ผู้ป่วยบางคนอาจจะไม่เข้าใจสิ่งที่จิตแพทย์กำลังถาม กลวิธีทางภาษากลวิธีนี้จึงเหมาะกับผู้ป่วยบางคนเท่านั้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่าจิตแพทย์ใช้กลวิธีกลุ่มนี้มากที่สุดโดยพบจำนวน 423 ครั้ง เนื่องจากเป็นกลุ่มกลวิธีสำคัญที่จะทำให้จิตแพทย์สามารถเลือกใช้กลวิธีการกล่าวซ้ำ การย้ำคำถามเดิม การถามคำถามต่อเนื่อง และการเปลี่ยนรูปคำถาม เพื่อค้นหาสาเหตุหรืออาการของโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็นซึ่งข้อมูลเหล่านั้นเป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาอาการของโรค ส่วนกลวิธีการสรุปความ เนื่องจากเป็นกลวิธีที่ทำให้จิตแพทย์สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือญาติอธิบายได้ชัดเจนที่สุด ส่วนกลวิธีที่พบน้อยที่สุดคือการถามนำและการเว้นจังหวะให้ตอบ เนื่องจากเป็นกลวิธีที่อาจจะทำให้จำกัดความคิดของผู้ป่วยหรือญาติมากเกินไป ซึ่งข้อมูลที่ได้จากสองกลวิธีนี้จะค่อนข้างแคบและบางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดว่าถูกบังคับให้ตอบตามที่จิตแพทย์ต้องการ

#### 4.1.2 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติ

กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติ หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้เพื่อให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับอาการของโรคที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรืออาจเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเกิดข้อสงสัยหรือประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ จิตแพทย์จึงจำเป็นต้องให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอย่างถูกต้อง ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและแนวทางการรักษาได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยพบกลวิธีทางภาษาในการสนทนาของจิตแพทย์เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติ ดังต่อไปนี้ การกล่าวอธิบายหรือการขยายความ การกล่าวแย้ง และการใช้ความเปรียบ

##### 4.1.2.1 การกล่าวอธิบายหรือขยายความ

การกล่าวอธิบายหรือขยายความ หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้เพื่อชี้แจงเหตุผลหรือให้ความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับสาเหตุของโรค วิธีการดูแลผู้ป่วย ขั้นตอนการรับประทานยา หรือกระบวนการอื่นๆ ที่สอดคล้องกับการรักษาโรคทางจิตเวช โดยมีเจตนาเพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยรับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง และเตรียมพร้อมหากเกิดผลข้างเคียงหลังจากกระบวนการรักษา พบทั้งหมด 153 ครั้ง เช่น



## ตัวอย่างที่ (77)

- 1 พ. มากับลูกเนาะ แล้วเดี๋ยวลับยังงัยครับคุณป้า
- 2 ผ. กับลูก
- 3 พ. Z อ้อ ยาแก้ปวดหัวหมอมจะสั่งไป แต่มีอาการแล้วค่อยทานนะครับ ไม่ต้องทาน
- 4 ตลอดนะครับ
- 5 ผ. (2.0) แต่โดยมากปวดหัวก็หายเอง ไม่ค่อยกินยาแก้ปวด
- 6 พ. แล้วคุณป้ามียาแก้ปวดทานที่บ้านยังครับ
- 7 ผ. ยัง ไม่ค่อยกิน
- 8 พ. } Z เอาเป็นว่าปวดเยอะ ๆ จนรู้สึกว่ามันรบกวน อันนั้นค่อยทานนะ
- 9 } แต่ว่าอย่างที่ผมบอก อย่างคุณป้าเป็นกลุ่มโรควิตกกังวลเนาะ มันอาจจะมาใน
- 10 } เรื่องของอาการปวดได้เนะครับ ซึ่งบางครั้งเนี่ยมันส่วนใหญ่เนะ ถ้าปวดรุนแรงเนี่ย
- 11 } ต่อให้ทำอะไรมันก็ยังปวด แต่ของคุณป้าเนี่ยจะเป็นลักษณะที่ว่า
- 12 ผ. } [ ปวดแล้วก็หาย
- 13 } ได้ทำงานแล้วก็หาย
- 14 พ. } Z อ้า: มันเหมือนเป็นกลุ่มในอาการของวิตกกังวลเนะ คือถ้ากิน
- 15 } ยาไปมันจะค่อย ๆ ดีขึ้น ซึ่งเมื่อกี้คุณป้าก็บอกแล้วว่า ตั้งแต่รักษามาก็ค่อย ๆ ดี
- 16 } ขึ้นเนาะ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 17 ผ. } จ๊ะ CHULALONGKORN UNIVERSITY
- 18 พ. } เรียบร้อยแล้วนะครับ

จากตัวอย่างที่ (77) จิตแพทย์ใช้กลวิธีการอธิบายความในบรรทัดที่ 8-11 และ 14-16 เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยโรควิตกกังวลและผลของการรับประทานยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับกระบวนการรักษา รวมทั้งให้ข้อมูลด้านดีสนับสนุนผลของการรับประทานยา นอกจากนี้ยังส่งผลให้อาการป่วยดีขึ้นตามลำดับ กลวิธีนี้จำเป็นต้องปรากฏทุก ๆ สถานการณ์การสนทนาเพราะเป็นกลวิธีทางภาษาที่สำคัญในการทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจโรคที่เป็นและการดูแลรักษาอย่างถูกวิธี

## ตัวอย่างที่ (78)

- 1 พ. แล้วเวลาเกิดอาการแล้วทำไง จอตรงเธอ อ้อ
- 2 ผ. [ จอตรง ]
- 3 พ. } ได้ฝึกลม ลมหายใจมัย หมอเค้าได้บอกยัง (2.0) เวลาที่คนเราตื่นตื่นนะ มันจะมี
- 4 } อัตโนมัตของการหายใจเร็วขึ้น วิธีที่จะดึงสติก่อนคือการบังคับหายใจให้ช้าลง
- 5 ผ. สุดให้เต็มปอด
- 6 พ. } Z ไซ่ สุดลมให้เต็มปอด แล้วค่อยๆ ผ่อนช้าๆ คือมันเป็นการดึง
- 7 } อาการผวาให้ช้าลง เหมือนเป็นการถ่วง เวลาที่เราขับรถ เราตื่นตัวมาก เรากิน
- 8 } ยาไม่ได้มันจะว่าง มันมีผวา มีตก เห็นรถมันฟุบ ๆ แล้วมันแว็บขึ้นมาเนีย ให้ดึง
- 9 } หายใจเข้ามาก่อน ดึงลมหายใจเข้ามาจนสุดเลยนะ แล้วค่อย ๆ ผ่อนช้า ๆ
- 10 ผ. ช่วงตกใจไม่ค่อยมีผลเท่าไร แต่ ว่า ถ้าทำงานหนักหรือเหนื่อย ถ้าเล่นกับหมา
- 12 ประมาณสักห้านาทีสิบนาทีเร็วๆ เอ๊ะ รู้สึกเหนื่อยดึงๆ
- 13 พ. แต่เราเซ็คหัวใจดีแล้วเนาะ
- 14 ผ. เซ็คดีแล้วคุณหมอ เอ็กโคอะไรก็ดี

จากตัวอย่างที่ (78) จิตแพทย์ใช้กลวิธีการอธิบายความในบรรทัดที่ 3-4 และ 6-9 เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยของโรควิตกกังวลและวิธีการบรรเทาอาการให้รุนแรงน้อยลงด้วยการกำหนดลมหายใจ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับฟังแนวทางในกระบวนการเยียวยาตนเอง ในขณะที่เกิดอาการนั้น

## 4.1.2.2 การกล่าวแย้ง

การกล่าวแย้ง หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้เพื่อบอกให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยหรือญาติเชื่อหรือรับรู้และปฏิบัติมาก่อนหน้านั้นเป็นสิ่งที่เข้าใจผิดไม่สอดคล้องกับข้อมูลตามหลักวิชาการ และจิตแพทย์จะนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบเป็นลำดับต่อไป การกล่าวแย้งของจิตแพทย์เป็นกลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้ป่วย ไม่ใช่ใช้เพื่อสร้างความขัดแย้งหรือทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ แต่บางครั้งหากผู้ป่วยหรือญาติไม่เข้าใจจุดประสงค์ของจิตแพทย์อาจมองว่าจิตแพทย์ไม่เชื่อข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือญาติกล่าว ทำให้ไม่ค่อยปรากฏกลวิธีนี้จึงพบเพียง 26 ครั้ง เช่น

## ตัวอย่างที่ (79)

- 1 พ. (2.0) หมอจำเป็นต้องให้ยามัยยะ
- 2 ผ. Z ให้ก็ดีคะ (หัวเราะ)
- 3 ญ. (หัวเราะ)
- 4 พ. ให้ก็ดีเนาะ
- 5 ผ. หนูกินยาคลายเครียดทุกคืน (หัวเราะ) หนูเอาไว้ที่ห้องคะ จะเป็นเม็ดเล็กๆ สีฟ้าคะ
- 6 พ. } ยาพอช่วยได้ ช่วยได้หกลิบถึงเจ็ดสิบเปอร์เซ็นต์นะคะ ไม่ได้ช่วยทั้งหมด ไม่เยอะ
- 7 } ส่วนหนึ่งอยู่ที่ตัวเราคะ เนาะ แล้วก็วิธีการปรับพฤติกรรมของเรานี้แหละ ตั้งสติ
- 8 } ให้ได้ไว ๆ เนาะเขาเรียก relaxation technique ไปหาดูนะ ในเน็ตก็มี
- 9 ผ. ค่ะ
- 10 พ. วิธีผ่อนคลายความเครียด muscle relaxation technique แต่ที่สำคัญคือต้อง
- 11 มั่นใจว่า ไม่ :
- 12 ผ. Z ไม่ตาย
- 13 พ. } เดี่ยวเราจะหาย เดี่ยวเราจะหาย เนาะ นี่เป็นวิธีที่จะดูแลตัวเอง ยาช่วยได้ส่วนหนึ่ง
- 14 } ค่ะ แต่ไม่ใช่ทั้งหมด
- 15 ผ. ค่ะ

จากตัวอย่างที่ (79) จิตแพทย์ใช้กลวิธีการกล่าวแย้งในบรรทัดที่ 6-8 ว่า “ยาพอช่วยได้ ช่วยได้หกลิบถึงเจ็ดสิบเปอร์เซ็นต์นะคะ ไม่ได้ช่วยทั้งหมด ไม่เยอะส่วนหนึ่งอยู่ที่ตัวเราคะ เนาะ แล้วก็วิธีการปรับพฤติกรรมของเรานี้แหละ ตั้งสติให้ได้ไว ๆ เนาะเขาเรียก relaxation technique ไปหาดูนะ ในเน็ตก็มี” เพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้ป่วยที่เห็นว่ายาคลายเครียดเป็นส่วนสำคัญในการรักษาอาการป่วย และบรรทัดที่ 14 ว่า “...แต่ไม่ใช่ทั้งหมด” ซึ่งเป็นการกล่าวแย้งถ้อยคำหรือความคิดของผู้ป่วยในประเด็นเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับกระบวนการรักษา และการรับประทานยา รวมทั้งให้ความรู้ที่ถูกต้องตามหลักทางการแพทย์ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับข้อมูลที่ถูกต้อง หากใช้กลวิธีนี้บ่อยครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยหรือญาติไม่กล้าอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน

### 4.1.2.3 การใช้ความเปรียบ

การใช้ความเปรียบ หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้ถ้อยคำแสดงภาพพจน์เปรียบเทียบ กับอาการป่วยของผู้ป่วยหรือกล่าวเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยเข้าใจในขณะกำลังอธิบายรายละเอียด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจหรือมองเห็นภาพได้อย่างชัดเจนมากขึ้น พบทั้งหมด 8 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (80)

- |    |    |   |                            |
|----|----|---|----------------------------|
| 1  | พ. | ห้าปีเนาะ เอ่อ ตอนนั้นที่ห้าปี ตอนนั้น อาการที่มาตอนนั้นเป็นยังไงนะครับ |                            |
| 2  | ผ. | อ้อ: เป็น (2.0) คล้ายๆ ว่าเป็น (1.0) ผมเปิดตู้ซ่อมรถ                    |                            |
| 3  | พ. |   | [ อ้อ:                     |
| 4  | ผ. |   | Z ที่น้ำมันทำมัน เหมือนว่า |
| 5  |    | เป็นแข็งๆ อยากจะปิดตู้พักผ่อนยังงั้นละ                                  |                            |
| 6  | พ. |   | Z อ้อ มันเปื้อน ๆ          |
| 7  | ผ. | มันเปื้อน ๆ บางคนนึกแต่ที่ผมเครียด ก็บอกว่าจะน่าจะเครียด                |                            |
| 8  | พ. |   | Z ครับ                     |
| 9  | ผ. | ผมก็ปิดก็ได้ ก็บอกช่างว่า ถ้าเราปิดอยู่แล้วเราจะไปทำอะไรกันดี           |                            |
| 10 | พ. | อืม แสดงว่าอะไรนะ เป็นเรื่องจากที่ทำงาน อยู่ทำงานไม่ได้ใช่ไหม           |                            |
| 11 | ผ. |   | [ ผมไปนอน                  |
| 12 |    | กลางคืน พอนอนแล้วมันลุกผวาขึ้น มือสั่น                                  |                            |
| 13 | พ. |   | [ เหมือนมีอาการตกจากที่สูง |
| 14 | ผ. |   | [ ตกจาก                    |
| 15 |    | ที่สูง ตกใจ   |                            |
| 16 | พ. |   | [ ตกใจด้วยนะครับ           |
| 17 | ผ. | แล้วเหงื่อออกมาก เปียกทั้งตัว ผ่าขนหนูเช็ดวันละหลายครั้ง                |                            |

จากตัวอย่างที่ (80) ผู้ป่วยเก่าโรควิตกกังวลพยายามอธิบายอาการป่วยให้จิตแพทย์ ฟังตั้งแต่บรรทัดที่ 2 และจิตแพทย์ตอบรับและเข้าใจมาถึงบรรทัดที่ 11-12 ผู้ป่วยได้อธิบายอาการว่า “ผมไปนอนกลางคืนพอนอนแล้วมันลุกผวาขึ้น มือสั่น...” จิตแพทย์จึงตอบรับด้วยกลวิธีการใช้ความ

เปรียบในบรรทัดที่ 13 ว่า “เหมือนมีอาการตกจากที่สูง” เนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยยืนยันอาการ “นอนแล้วมันลุกมาขึ้น” ให้ชัดเจนว่าคล้ายคลึงกับความรู้สึกเดียวกันกับการตกจากที่สูง ซึ่งตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเห็นได้จากการตอบรับความเปรียบในบรรทัดที่ 14 ว่า “ตกจากที่สูง ตกใจ” ในสถานการณ์นี้การใช้กลวิธีความเปรียบจึงเป็นการกล่าวที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลตรงกับความหมายที่จิตแพทย์ต้องการสื่อสาร แต่กลวิธีนี้พบไม่มากนักน่าจะเนื่องมาจากความหมายของการเปรียบเทียบระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยอาจจะไม่ตรงกันในทุกสถานการณ์

กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติที่พบมากที่สุดคือการกล่าวอธิบายหรือขยายความ เนื่องจากเป็นการให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับอาการของโรคที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และยังเป็นการบอกข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเกิดข้อสงสัยหรือประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและแนวทางการรักษาได้ดียิ่งขึ้น ส่วนกลวิธีที่พบค่อนข้างน้อยคือการกล่าวแย้งและการใช้ความเปรียบ เนื่องจากการกล่าวแย้งเป็นกลวิธีที่อาจทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจเจตนาหรือความหมายที่จิตแพทย์ต้องการสื่อผิดไป ส่วนกลวิธีที่พบน้อยมากอีกกลวิธีหนึ่งคือการใช้ความเปรียบ เนื่องจากต้องอาศัยการตีความที่เข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย หากผู้ป่วยหรือญาติไม่เข้าใจความเปรียบที่จิตแพทย์กล่าวอาจทำให้ต้องอธิบายมากกว่าการใช้ถ้อยคำอธิบายโดยตรงไปตรงมา

#### 4.1.3 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติตาม

กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติตาม หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้เมื่อต้องการให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติตามที่จิตแพทย์ให้ข้อมูลอย่างเคร่งครัด เนื่องจากเป็นส่วนสำคัญเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรค และการรับประทานยาซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือแย่ลงต่อไป ผู้วิจัยพบกลวิธีทางภาษาในการสนทนาของจิตแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติตามทั้งหมด 102 ครั้ง โดยมีกลวิธีดังนี้ การให้คำแนะนำ การใช้คำสั่ง การดำหนิ และการตักเตือน

##### 4.1.3.1 การให้คำแนะนำ

การให้คำแนะนำ หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์สนทนากับผู้ป่วยหรือญาติโดยมีถ้อยคำให้ปฏิบัติตามใดอย่างหนึ่งซึ่งเป็นสิ่งที่จิตแพทย์เชื่อว่าหากปฏิบัติแล้วจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยหรือญาติในอนาคต กลวิธีนี้พบ 46 ครั้ง เช่น

## ตัวอย่างที่ (81)

- 1 พ. เอ่อ หมอเคยได้สอนเกี่ยวกับเรื่องการนอนแล้วมั้ยครับ ตอนนั้นว่าถ้าเข้าไปนอน
- 2 สักครึ่งชั่วโมงแล้วไม่หลับก็ให้ออกมาก่อน
- 3 ผ. (1.0) ยัง
- 4 พ. } Z ยังใช่มั้ยครับ เรายังไม่ได้พูดถึงเนาะ ก็คือว่า ถ้าเราเข้านอนไปแล้ว
- 5 } ครึ่งชั่วโมงเนาะ ถ้าไม่หลับก็ให้ออกมาก่อน ถ้าไม่หลับมันก็คือไม่นอนเนาะ
- 6 ผ. Z ไม่ ๑
- 7 ตอนที่ทานยา
- 8 พ. } Z ก็คือมันต้องปรับไปด้วยกันเนาะ
- 9 ผ. [ ถ้าเราทานยาไปแล้ว แล้วครึ่ง
- 10 ชั่วโมงยังไม่หลับ
- 11 พ. [ อ่า
- 12 ผ. [ ก็ให้ออกมาก่อน
- 13 พ. } [ อ๊ะ เช่น ทำอย่างอื่นเพิ่มเติม เช่น กินนม
- 14 } อุ่น ๆ หรือหาอะไรอ่านอะไรจนกว่าที่จะง่วง
- 15 ผ. [ง่วงนอน]
- 16 พ. } แล้วค่อยกลับไปนอนใหม่นะครับ แล้วก็ช่วงแรกไม่ควรมีนาฬิกาไว้ในห้อง บางที
- 17 } มันจะยิ่งเวลาเรานอนไม่หลับ เรายังยงดูนาฬิกา เรายังยงกังวลนะครับ ประมาณ
- 18 } นี้ที่เป็นเรื่องพื้นฐานก่อน เป็นการปรับพฤติกรรม งั้นหมอให้ยาชุดเดิมนะ นะครับ
- 19 แล้วก็เดี๋ยวนัดสักหกสัปดาห์
- 20 ผ. หกสัปดาห์

การสนทนาในตัวอย่างที่ (81) ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ จิตแพทย์จึงได้ใช้กลวิธีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการในการนอนในบรรทัดที่ 4-5, 8, 13-14, และ 16-18 เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเพราะจะทำให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้นนอกเหนือจากการใช้ยานอนหลับ กลวิธีนี้พบในกรณีที่มีหลายทางเลือกในการดูแลรักษาและยังเป็นกลวิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ในการปฏิบัติตนตามที่จิตแพทย์แนะนำ

#### 4.1.3.2 การใช้คำสั่ง

การใช้คำสั่ง หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์สนทนากับผู้ป่วยหรือญาติโดยมีถ้อยคำให้ปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด ซึ่งเป็นสิ่งที่จิตแพทย์มองว่าหากปฏิบัติตามแล้วจะถูกต้องตามหลักวิชาการ และเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยหรือญาติในอนาคต พบทั้งหมด 40 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (82)

- 1 พ. พอสบายดี 6 เดือน หมอจะเริ่มลดยาลงทีละครั้งแล้ว แล้วดูอีกทีว่าสบายดีมั๊ย
- 2 } ถ้าสบายดี 3 เดือนหมอว่าดีแล้ว แล้วจะให้หยุด ไม่ให้กินยาแล้ว *ไม่ต้องไปหยุด*
- 3 } *เองนะ*
- 4 ผ. ครับ
- 5 พ. Z หยุดเอง หักดิบ แล้วเดี๋ยวตรงโน้นตรงนี้เดี๋ยวเป็นอีก
- 6 ผ. ครับผม
- 7 พ. Z แล้วเป็นอีกทีหลังมันจะหายยากกว่าเก่า มันเรื้อรัง มันจะ หายยาก
- 8 ผ. [ครับ]
- 9 ก็เปล่า ผมแค่ว่าจะลองดูว่า
- 10 พ. } [ *ห้ามดี้อ* [ เออ: ถ้าอยากลองหมอจะบอกให้
- 11 ผ. Z ครับ ครับ ถ้าหมอ
- 12 บอกผมแบบนี้ก็
- 13 พ. [ จ้า
- 14 ผ. [ ผมก็จะทำตาม
- 15 พ. [ จ้า เข้าใจ
- 16 ผ. ครับ
- 17 พ. } Z เออ นั่นแหละ เข้าใจให้ตรงกัน *ไม่ไปหยุดเอง เดี่ยวจะไม่พอดี เดี่ยวไม่หาย*
- 18 ผ. ครับผม

การสนทนาในตัวอย่างที่ (82) ผู้ป่วยโรคจิตกังวลมีพฤติกรรมหยุดยาด้วยตนเองทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง เพราะการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชจำเป็นต้องรับยาอย่าง

ต่อเนื่องอย่างน้อยหกเดือน เมื่อผู้ป่วยอธิบายความจริงว่าตนเองหยุดยาเพราะอยากลองหยุดดู ทำให้จิตแพทย์จำเป็นต้องใช้กลวิธีการใช้คำสั่งห้ามไม่ให้ผู้ป่วยหยุดยาโดยพลการในบรรทัดที่ 2-3 ว่า “ไม่ต้องไปหยุดเองนะ” บรรทัดที่ 10 ว่า “ห้ามดื้อ” และบรรทัดที่ 17 ว่า “เข้าใจให้ตรงกัน ไม่ไปหยุดเองเดี๋ยวจะไม่พอดี เดี่ยวไม่หาย” เพื่อย้ำห้ามไม่ให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวอีก เพราะจะส่งผลเสียต่อกระบวนการรักษา กลวิธีการใช้คำสั่งไม่ค่อยปรากฏมากเท่าใดนัก เนื่องจากการใช้คำสั่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกับจิตแพทย์ในแง่ลบและไม่ยอมรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทุกครั้งที่ปรากฏกลวิธีนี้จะพบกลวิธีการอธิบายให้เหตุผลควบคู่กันเสมอ

#### 4.1.3.3 การตำหนิ

การตำหนิ หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์กล่าวถ้อยคำให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบถึงผลเสียที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหรือญาติไม่ปฏิบัติตามวิธีการรักษาที่ได้อธิบายไปในอดีต เป็นการกล่าวเมื่อจิตแพทย์ได้ประเมินแล้วว่า ผู้ป่วยหรือญาติได้มีพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่ถูกต้องตามหลักการรักษาทางการแพทย์ กลวิธีนี้พบเพียง 5 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (83)

- 1 ผ. ก็คือว่า ผมว่าวินไหนถ้าผม ผมว่าร่างกายผมดีนะครับ
- 2 พ. [ผมก็จะไม่กิน
- 3 ผ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [ผมจะหยุด
- 4 พ. CHULALONGKORN UNIVERSITY ครับ
- 5 ผ. สักวันสองวันอย่างนี้
- 6 พ. Z โ้ยย:
- 7 ผ. [ ผมนอนไม่ได้ ผมกลับ ต้องกลับมากิน
- 8 พ. } [ แล้ว แล้ว แล้ว
- 9 ผ. } ผมจะไปหยุดทำไมละเนี่ย หมอไม่ได้ให้หยุดชะงัก
- 10 ผ. (หัวเราะ) ผมก็ :
- 11 พ. [ กลัวติดยาหมอเหรอ
- 12 ผ. Z เปลา



13. พ. Z อ้าว
14. ผ. ผมไม่ได้คิดอย่างนั้น
15. พ. Z ก็เห็นว่าหยุดยาเอง เพราะอะไรล่ะ
16. ผ. Z ก็ลอง ลองดูซิว่าจะหยุดได้มั๊ย
17. ได้มั๊ย

การสนทนาในตัวอย่างที่ (83) ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวल्มีพฤติกรรมหยุดยาด้วยตนเองทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ทำให้จิตแพทย์ต้องใช้กลวิธีการดำเนินด้วยคำถามในบรรทัดที่ 8-9 ว่า “แล้ว แล้วผมจะไปหยุดทำไมล่ะเนี่ย หมอไม่ได้ให้หยุดสักหน่อย” เนื่องจากผู้ป่วยให้ข้อมูลกับจิตแพทย์ก่อนการดำเนินแล้วในบรรทัดที่ 7 ว่า “ผมนอนไม่ได้ ผมกลับ ต้องกลับมากิน” เมื่อผู้ป่วยยอมรับถึงผลเสียของการหยุดยาโดยไม่ได้รับอนุญาต จิตแพทย์จึงดำเนินแบบไม่จริงจังในบรรทัดที่ 8-9 ตามข้อมูลข้างต้น แต่กลวิธีนี้ไม่พบมากนักเนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกในแง่ลบทั้งกับตนเองและจิตแพทย์รวมทั้งอาจส่งผลเกี่ยวกับความต่อเนื่องในการรักษาอาการป่วยต่อไป

#### 4.1.3.4 การตักเตือน

การตักเตือน หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์กล่าวถ้อยคำให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจว่าหากมีพฤติกรรมบางอย่างในอนาคตที่ไม่สอดคล้องกับกระบวนการรักษาโรค จะทำให้เกิดผลเสียหายนต่อผู้ป่วยและญาติ จนทำให้อาการของโรคทางจิตเวชไม่สามารถรักษาให้หายได้ตามกำหนดเดิม พบทั้งหมด 11 ครั้ง เช่น

#### ตัวอย่างที่ (84)

- 1 พ. Z อืม : หมอจะบอกวิธีให้นะถ้าจะหยุด หยุดได้เลยเนี่ย คือ
- 2 ต้องกินให้สบายดีหกเดือนก่อน
- 3 ผ. ครับ
- 4 พ. Z พอสบายดีหกเดือน หมอจะเริ่มลดยาทีละครึ่ง แล้ว แล้วดูอีกทีว่าสบายดีมั๊ย
- 5 ถ้าสบายดีสามเดือนหมอว่าดีแล้วแล้วจะให้หยุดไม่ให้กินยาแล้วไม่ต้องไปหยุดเองนะ
- 6 ผ. ครับ
- 7 พ. } Z หยุดเอง หักดิบ แล้วเดี๋ยวตรงโน้นตรงนี้ เดี่ยวเป็นอีก

- 8 ผ.      ครับผม  
 9 พ.      }      *Z แล้วเป็นอีกทีหลังมันจะยากกว่าเก่า มันเรื้อรัง มันจะหายยาก ห้ามดื้อ*

การสนทนาในตัวอย่างที่ (84) ผู้ป่วยโรคจิตกังวลมีพฤติกรรมหยุดยาด้วยตนเองทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ทำให้จิตแพทย์ต้องใช้กลวิธีการตักเตือนในบรรทัดที่ 7 และ 9 ว่า “หยุดเอง หักดิบ แล้วเดี๋ยวตรงโน้นตรงนี้ เดี่ยวเป็นอีก” และ “แล้วเป็นอีกทีหลังมันจะยากกว่าเก่า มันเรื้อรัง มันจะหายยาก” เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต หากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมหยุดยาโดยไม่ได้รับอนุญาตจากแพทย์อีก

กลวิธีที่ปรากฏมากที่สุดในกลุ่มนี้คือกลวิธีการให้คำแนะนำ เนื่องจากเป็นกลวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอิสระในการปฏิบัติตนและมีมุมมองในแง่บวกกับจิตแพทย์รวมทั้งกระบวนการรักษาโรคทางจิตเวช ส่วนกลวิธีที่พบน้อยคือการใช้คำสั่ง การตำหนิ และการตักเตือน เนื่องจากเป็นกลวิธีที่มีความหมายในแง่ลบ มีลักษณะบังคับให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด จึงอาจทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยดำเนินไปไม่ดีนัก

#### 4.1.4 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวลและสร้างความเป็นกันเอง

กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวลและสร้างความเป็นกันเอง หมายถึงกลวิธีที่จิตแพทย์ใช้สื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเมื่อพิจารณาสถานการณ์การสนทนาแล้วพบว่าผู้ป่วยหรือญาติมีความกังวลหรือเครียดกับสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวช จิตแพทย์จึงใช้กลวิธีทางภาษาต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติรู้สึกเป็นกันเองกับจิตแพทย์และผ่อนคลายจากสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวช และยังเป็นปรับอารมณ์หรือความรู้สึกผู้ป่วยหรือญาติให้พร้อมทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคในขั้นตอนต่อไปได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยพบกลวิธีทางภาษาในการสนทนาของจิตแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวล ดังนี้ การหยอกเย้า การชมเชย การปลอบใจ การพูดสัพเพเหระ การใช้ภาษาถิ่น และการใช้สรรพนามเรียกญาติ โดยพบจำนวนรวมของกลวิธีในกลุ่มนี้ทั้งหมด 58 ครั้ง

#### 4.1.4.1 การหยอกเย้า

การหยอกเย้า หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้ถ้อยคำให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจว่าเป็นการเล่นไม่จริงจัง เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติรู้สึกผ่อนคลายความเครียดหรือเรื่องที่วิตกกังวลอยู่ และยังส่งผลให้อารมณ์ของผู้ป่วยหรือญาติกลับสู่ภาวะปกติที่พร้อมกับการตรวจรักษาโรคต่อไปได้ พบทั้งหมด 7 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (85)

- |    |    |   |                  |
|----|----|---|------------------|
| 1  | พ. | โอเค: (1.0) แล้วมีเรื่องกังวลเรื่องอะไรอะ ทิม : |                  |
| 2  | ผ. | (2.0) (ร้องไห้) ก็มี                            |                  |
| 3  | พ. | [ หา  |                  |
| 4  | ผ. | [ ก็มีบ้างเหมือนกันแหละ(ร้องไห้)                |                  |
| 5  | พ. | } เหมือนกันได้ไง(ยิ้ม)                          | Z อู๋: มันจะบ้าง |
| 6  |    |   |                  |
| 7  | ผ. | (ยิ้ม) (หัวเราะ)                                |                  |
| 8  | พ. | [ มันเยอะเลยแหละ เนี่ยตลอดเลยเนี่ย              |                  |
| 9  | ผ. | จ้า   |                  |
| 10 | พ. | [ มีตื่นเข้าขึ้นมาเวียนหัวมัย                   |                  |

การสนทนาในตัวอย่างที่ (85) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลเริ่มร้องไห้ในบรรทัดที่สองต่อเนื่องถึงบรรทัดที่ 4 ทำให้จิตแพทย์ต้องใช้กลวิธีการหยอกเย้าในบรรทัดที่ 5-6 ว่า “อู๋: มันจะบ้างเหมือนกันกันได้ไง(ยิ้ม)” ด้วยการลากเสียงยาวในคำแรกของประโยคและมีอากัปกิริยายิ้มไปพร้อม ๆ กับการกล่าวถ้อยคำเดียวกัน รวมทั้งอากัปกิริยาที่จิตแพทย์แสดงการยิ้มช่วงสุดท้ายของถ้อยคำ ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลจากเรื่องเดิมที่ไม่สบายใจ รวมทั้งทำให้บรรยากาศในการสนทนาเริ่มดีขึ้นเห็นได้จากถ้อยคำของผู้ป่วยในบรรทัดต่อมาเป็นการแสดงออกด้วยการยิ้มและหัวเราะ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะอารมณ์ที่พร้อมสำหรับการตรวจรักษาแล้ว จิตแพทย์จึงได้เริ่มต้นสอบถามอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

#### 4.1.4.2 การชมเชย

การชมเชย หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์สนทนากับผู้ป่วยหรือญาติโดยใช้ถ้อยคำให้ผู้ป่วยหรือญาติรู้สึกว่าการกระทำที่ผ่านมาแล้วเป็นสิ่งที่ดีหรือถูกต้อง เพื่อให้บรรยากาศการสนทนากับผู้ป่วยหรือญาติดีขึ้นรวมทั้งเป็นการผ่อนคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรค พบทั้งหมด 9 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (86)

- |    |    |   |   |
|----|----|---|---|
| 1  | พ. | Z | จ๊ะๆๆ จันทมอให้ยาเดิมนะ                         |
| 2  | ญ. |   | จ๊ะๆ (1.0) รู้เรื่องหมดทุกอย่าง                 |
| 3  | พ. | Z | รู้เยอะด้วย                                     |
| 4  | ญ. |   | รู้เยอะด้วย เล่นโทรศัพท์ไม่มีหลงมีลืม           |
| 5  | พ. | Z | ไม่มีผิดมีพลาดเลย                               |
| 6  | ญ. |   | ไม่มีผิดมีพลาด โทรศัพท์ใครเสียมมาให้ทำ ทำได้หมด |
| 7  | พ. | Z | เอ้ย จริงนะ                                     |
| 8  | ญ. |   | จริง  |
| 9  | พ. | } | แก่งอะ (หัวเราะ)                                |
| 10 | ญ. | Z | โทรศัพท์ของลุงนะ ทำได้หมดเลย                    |
| 11 | พ. | } | เออ เข้าทำแฮะ เออๆๆ                             |
| 12 | ญ. |   | แต่ถ้าไม่เอาใครนี้ ไม่เอาเลย                    |
| 13 | พ. |   | ถ้าไม่อยากยุ่ง ก็ไม่ยุ่งด้วย                    |
| 14 | ญ. | Z | จ๊ะ   |
| 15 | พ. |   | สามเดือน เรียบร้อย ยาชุดเดิมนะ                  |
| 16 | ญ. |   | จ๊ะๆๆ ขอบคุณจ้า                                 |

สถานการณ์การสนทนาในตัวอย่างที่ (86) ญาติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเจรจาต่อรองกับจิตแพทย์เรื่องการรับประทานยา ไม่ต้องการรับยาเพิ่มและให้คงจำนวนยาไว้เท่าเดิม เนื่องจากมีความเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นในบรรทัดที่ 2 ว่า “จ๊ะ ๆ (1.0) รู้เรื่องหมดทุกอย่าง” บรรทัดที่ 4 ว่า

“รู้เยอะด้วย เล่นโทรศัพท์ไม่มีหลงมีลืม” บรรทัดที่ 6 ว่า “ไม่มีผิดมีพลาด โทรศัพท์ใครเสียมาให้ทำ  
 ทำได้หมด” และบรรทัดที่ 8 ว่า “จริง” เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นจริง จิตแพทย์จึงใช้การชมเชย  
 ในบรรทัดที่ 9 ว่า “เก่งอะ” และบรรทัดที่ 10 ว่า “เออ เข้าท่าแฮะ เออๆ” เพื่อให้บรรยากาศในการ  
 สนทนาดำเนินไปด้วยความราบรื่น รวมทั้งญาติผู้ป่วยจะรู้สึกอารมณ์ดี คลายความวิตกกังวล และมี  
 กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

#### 4.1.4.3 การปลอบใจ

การปลอบใจ หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้ถ้อยคำพูดเอาใจให้ผู้ป่วยหรือญาติคลาย  
 อารมณ์ขุ่นหมองเพื่อให้สามารถดำเนินการสนทนาในการตรวจรักษาโรคเกี่ยวกับประเด็นอื่น ๆ ต่อไป  
 ได้ พบทั้งหมด 17 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (87)

- |    |      |  |
|----|------|--|
| 1  | พ.   | ค่ะ เตียวมาคุยกันนะ (2.0) คุณมั่นใจมั๊ยเนี่ยว่าพี่ชายพี่สาวไม่ต้องเป็นห่วง         |
| 2  |      | คุณสามารถดูแลตัวเองได้ โอเคนะ  |
| 3  | ผ.   | ค่ะ  |
| 4  | พ.   | (1.0) หมออยากให้คุณทำความมั่นใจ ว่าคุณดูแลตัวเองอย่างดีมาตั้งแต่ 13 ขวบ            |
| 5  |      | ใช่ปะ นะ เาอย่างนั้นไปก่อนนะ   |
| 6  | ผ.   | ค่ะ  |
| 7  | พ. } | แล้วก็น้องที่เค้าแต่งงานไปแล้วก็ยังไปมาหาสู่กัน ทุกวันนี้คุณก็ไม่ใช้คนที่โดดเดี่ยว |
| 8  |      | ที่สุดในโลกแล้วนะ คุณเป็นผู้หลักผู้ใหญ่ที่ต้องให้คำปรึกษาคนอื่นแล้วนะ ใช่มั๊ย      |
| 9  |      | คุณมีประสบการณ์ชีวิตตั้งเยอะ   |
| 10 | ผ.   | (1.0) ใช่ค่ะ แต่แบบมันปู่ป้า มาเป็นพี่คนโต มันทำอะไรไม่ถูก เพราะเราเคยเป็น         |
| 11 |      | น้องมาตลอด พอเป็นแบบนี้เลยไม่รู้จะทำยังไง  |
| 12 | พ. } | Z ค่ะ เป็นพี่คนโตในวัยที่น้องๆ   |
| 13 |      | เค้าเติบโตกันหมดแล้ว มันไม่ใช่วันที่เรายังเล็กกันอยู่ใช่มั๊ย วันนั้นพ่อก็ลำบากแม่  |
| 14 |      | ก็ลำบาก คุณเป็นพี่คนโตในยุคนี้นี้ หน้าที่ของคุณคืออะไร                             |

จากตัวอย่างที่ (87) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกไม่มั่นใจในตัวเองเนื่องจากพี่สาวและพี่ชายที่ดูแลตนเองมาตลอดได้เสียชีวิตในระยะเวลาใกล้เคียงกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหม่นหมองโดดเดี่ยวและไม่ทราบว่าตนเองจะดูแลตัวเองอย่างไร จิตแพทย์จึงได้ใช้กลวิธีการปลอบใจโดยยกตัวอย่างสถานการณ์จริงจากบรรทัดที่ 7-9 ว่า “แล้วก็น้องที่เค้าแต่งงานไปแล้วก็ยังไม่มาหาสู่กัน ทุกวันนี้คุณก็ไม่ใช่คนที่โดดเดี่ยวที่สุดในโลกแล้วนะ คุณเป็นผู้หลักผู้ใหญ่ที่ต้องให้คำปรึกษาคนอื่นแล้วนะ ไข่ม้อย คุณมีประสบการณ์ชีวิตตั้งเยอะ” และบรรทัดที่ 12-14 ว่า “เป็นพี่คนโตในวัยที่น้องๆ เค้าเติบโตกันหมดแล้ว มันไม่ใช่วันที่เรายังเล็กกันอยู่ไข่ม้อย วันนั้นพอก็ลำบากแม่ก็ลำบากคุณเป็นพี่คนโตในยุคนี้นี้...” เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและมีประสบการณ์ชีวิตมากเพียงพอที่จะดูแลตนเองและบุคคลอื่นได้ จิตแพทย์จะใช้กลวิธีนี้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องการกำลังใจในการใช้ชีวิตและรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกในแง่บวกต่อตนเองและพร้อมที่จะสนทนาในขั้นตอนต่อไป

#### 4.1.4.4 การพูดศัพท์เพหะ

การพูดศัพท์เพหะ หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์สนทนากับผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ไปในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในระหว่างที่กำลังพูดประเด็นหลัก โดยที่เรื่องราวที่สนทนากันนั้นดูคล้ายกับว่าจะไม่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช แต่แท้จริงแล้วเป็นการพยายามเชื่อมโยงเข้าสู่ประเด็นหลักโดยที่ผู้ป่วยหรือญาติไม่รู้ตัว จิตแพทย์มักจะใช้กลวิธีนี้ในสถานการณ์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยหรือญาติผ่อนคลายความวิตกกังวลและสร้างความเป็นกันเองด้วยการพูดเรื่องอื่น ๆ ที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช จากนั้นจึงจะสอบถามหรือสนทนาเกี่ยวกับประเด็นหลักในการตรวจรักษาโรคต่อไป พบทั้งหมด 6 ครั้ง เช่น

#### ตัวอย่างที่ (88)

- |   |      |                                     |
|---|------|-------------------------------------|
| 1 | พ.   | เชิญจ๊ะ ประสมเป็นไง สบายดีหรือเปล่า |
| 2 | ผ.   | สบายดีจ้า                           |
| 3 | พ.   | Z อ้อ คนสวยนี่เอง                   |
| 4 | ผ.   | (หัวเราะ)                           |
| 5 | พ. } | [ ไข่ม้อยหรือเปล่าที่คลอตอนนั้น ]   |
| 6 | ผ.   | Z จ้า คนนี้ละจ้า                    |

- 7 พ. } มีคนเดียวหรือ
- 8 ผ. Z มีคนเดียวจ้
- 9 พ. Z จ้
- 10 ผ. ที่คลอดแล้วหมอดักไปเยี่ยมนะ
- 11 พ. Z จ้ๆ
- 12 ผ. นี้ลูกสาวแข็งแรง ไม่เป็นไร ไม่ ไม่ ไม่ติดเชื้อแม่หรือก
- 13 พ. หา
- 14 ผ. จริงจริง ไม่เป็นไร
- 15 พ. } ก็ดีแล้วนี่ (หัวเราะ)
- 16 ผ. (หัวเราะ)
- 17 พ. } เอ้า ติดเชื้อสวยอย่างเดียวกี่พอ
- 18 ผ. (หัวเราะ)
- 19 พ. } นะ เรื่องอื่นไม่ต้องติด
- 20 ผ. จ้
- 21 พ. กินยาสองตัวไข่ม้อย
- 22 ผ. [ สามค๊ะ

จากตัวอย่างที่ (88) ผู้ป่วยรายเก่าโรคซึมเศร้าซึ่งรักษามาเป็นระยะเวลาหลายปีเข้ารับตรวจรักษาตามนัดหมาย เมื่อจิตแพทย์ได้อ่านประวัติและจดจำอาการของผู้ป่วยได้จึงได้ใช้กลวิธีการพูดศัพท์เพหะระในบรรทัดที่ 5 ว่า “ใช่คนนี้หรือเปล่าที่คลอดตอนนั้น” เป็นการเริ่มพูดศัพท์เพหะระเกี่ยวกับบุตรของผู้ป่วยที่เกิดและเติบโตในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการรักษาโรคทางจิตเวชซึ่งอาจเป็นความกังวลใจสำคัญของผู้ป่วย การพูดศัพท์เพหะระในสถานการณ์นี้เริ่มตั้งแต่บรรทัดที่ 5 ดำเนินไปจนถึงบรรทัดที่ 19 ว่า “นะ เรื่องอื่นไม่ต้องติด” การพูดศัพท์เพหะระของจิตแพทย์ดูคล้ายกับว่าเป็นเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยของผู้ป่วย แต่เมื่อพิจารณาบริบทของการสื่อสารแล้ว การใช้กลวิธีนี้มีจุดประสงค์เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนที่จะเริ่มสอบถามประเด็นหลักในการตรวจรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยอารมณ์ดีพร้อมที่จะให้จิตแพทย์ดำเนินการตรวจรักษาโรคต่อไปได้อย่างราบรื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของเมย์นาร์ดและฮัดดาค (Maynard and Hudak, 2008) ได้ศึกษาการ

พูดสั้นเพะ (Small talk) ในการตรวจรักษาโรคทางอายุกรรมซึ่งสรุปว่า การพูดสั้นเพะทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย แพทย์สามารถใช้การพูดสั้นเพะเป็นเครื่องมือในการสื่อสารได้ในทุกขั้นตอนการสนทนา เพื่อให้การเข้าสู่ประเด็นหลักสามารถดำเนินไปได้อย่างลื่นไหลยิ่งขึ้น การพูดสั้นเพะของจิตแพทย์ เช่นเดียวกันกับงานวิจัยดังกล่าว เพราะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความสนิทสนมกับจิตแพทย์และคลายความวิตกกังวลไปได้

#### 4.1.4.5 การใช้ภาษาถิ่น

การใช้ภาษาถิ่น หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ปรับเปลี่ยนการใช้ภาษาไทยมาตรฐานเป็นภาษาถิ่นในการสนทนากับผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อให้เกิดความเป็นกันเองหรือใกล้ชิดระหว่างกันมากขึ้น รวมทั้งการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชจะสามารถดำเนินไปได้ด้วยดียิ่งขึ้น พบทั้งหมด 12 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (89)

- |    |    |   |   |
|----|----|---|---|
| 1  | พ. | คุณมาลี มาโรงพยาบาลหลายครั้งแล้วเนาะ (ภาษาไทยมาตรฐาน)   |   |
| 2  | ผ. | คะ (ผู้ป่วยเริ่มภาษาถิ่น)                               | } |
| 3  | พ. | ค่า ปีนี้อายุเท่าไรแล้วคะ                               |   |
| 4  | ผ. | ปีนี้หกสิบ  |   |
| 5  | พ. | หกสิบนะคะ ค่า บ้านอยู่ไหน                               |   |
| 6  | ผ. | บ้านหนองเรือคะ ( กลวิธีการใช้ภาษาถิ่นจนสิ้นสุดการสนทนา) |   |
| 7  | พ. | อืม อำเภอ   |   |
| 8  | ผ. | อำเภอ (2.0)   |   |
| 9  | พ. | อำเภอได้จ๊ะ   |   |
| 10 | ญ. | จำได้บ่ บอกคุณหมอ                                       |   |
| 11 | ผ. | อำเภอพิสัย  |   |
| 12 | พ. | อำเภอพิสัย คิดซ้ำจ๊กน้อยเนาะ                            |   |
| 13 | ผ. | ค่า   |   |



การใช้ภาษาถิ่นในตัวอย่างสถานการณ์ที่ (89) ปรากฏขึ้นหลังจากที่จิตแพทย์เปิดการสนทนาด้วยภาษาไทยมาตรฐานด้วยการทักทายในบรรทัดที่ 1 เมื่อผู้ป่วยตอบกลับมาในบรรทัดที่ 2 ด้วยภาษาถิ่น จิตแพทย์จึงได้เปลี่ยนภาษาในการสนทนาเป็นภาษาถิ่นเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยจนสิ้นสุดการสนทนา เพื่อสร้างความเป็นกันเองและสนิทสนมระหว่างกันซึ่งจะส่งผลให้การตรวจรักษาโรคดำเนินไปได้อย่างราบรื่นมากขึ้น

#### 4.1.4.6 การใช้สรรพนามแสดงความใกล้ชิด

การใช้สรรพนามแสดงความใกล้ชิด หมายถึง กลวิธีที่จิตแพทย์ใช้สรรพนามเรียกญาติหรือสรรพนามอื่น ๆ ที่นอกเหนือจาก “คุณ” กับผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความใกล้ชิดระหว่างกันและรู้สึกว่าคุณจิตแพทย์เป็นเสมือนคนในครอบครัวหรือญาติสนิท พบทั้งหมด 7 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (90)

- |    |      |   |
|----|------|---|
| 1  | พ.   | เราก็คุ่มุ่ทุกข์ยากกันมานะคะ  |
| 2  | ผ.   | Z ค่ะ   |
| 3  | พ. } | คุณพ่ออาจจะไม่ได้ตั้งใจทำอย่างนั้น ด้วยความเปลอ                                     |
| 4  | ผ.   | [ เมื่อก่อนก็นึกว่าเค้า เค้า เค้า   |
| 5  |      | ตั้งใจ เพราะเมื่อก่อนเค้าเป็นคนมีความจำดีมาก  |
| 6  | พ.   | Z ค่ะ   |
| 7  | ผ.   | Z แต่ตอนนั้นก็ว่าเค้าแก้ง   |
| 8  |      | เลยทะเลาะกัน ก็มาสังเกตดู เอ๊ะ ไม่ใช่ เค้าลืมหจริง ๆ คราวนี้ก็เลย เออ อันไหนที่เค้า |
| 9  |      | ลืมเราก็  |
| 10 | พ. } | [ ก็ถือว่าเค้าเป็นคนที่จะไม่สบายคนนึง เนาะตอนนี้เนาะ                                |
| 11 | ผ.   | [ เคยแนะนำ  |
| 12 |      | เค้าอยู่ ให้เค้ามาคุยกับคุณหมอนะ  |
| 13 | พ. } | [ ถ้าแม่รู้สึกหงุดหงิด โกรธเค้า เกลียดเค้า ก็คงต้อง                                 |
| 14 |      | บอกแม่ว่า ในเมื่อแม่สวดมนต์ได้ในทุกๆ วัน ก็แม่เมตตาให้เค้าซะ                        |

จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (90) จิตแพทย์เลือกใช้สรรพนามบุรุษที่สามว่า “คุณพ่อ” ในบรรทัดที่ 3 เพื่อใช้เรียกสามีของผู้ป่วยซึ่งมีอายุมากในขณะที่กำลังสนทนากับผู้ป่วยที่จิตแพทย์เรียกว่า “แม่” ในบรรทัดที่ 13 และ 14 เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจว่าจิตแพทย์เป็นลูกหลานที่พร้อมจะดูแลผู้ป่วย เป็นการสร้างความสนิทสนมและความไว้วางใจไปพร้อม ๆ กัน

กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวลและสร้างความเป็นกันเองที่พบในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่ปรากฏในการเก็บข้อมูล คือ การหยอกเย้า การชมเชย การปลอบใจ และการพูดสัพเพเหระ กลวิธีเหล่านี้จิตแพทย์จะเลือกใช้กลวิธีใดกลวิธีหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติ รวมทั้งระดับความรุนแรงของโรคหรืออารมณ์ของผู้ป่วยในสถานการณ์นั้น ผลที่ได้จากการใช้กลวิธีในกลุ่มนี้จะทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเตรียมความพร้อมในการให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาโรคกับจิตแพทย์ต่อไป จากการเก็บข้อมูลวิจัยพบว่า หากจิตแพทย์ใช้กลวิธีในกลุ่มนี้ในบทสนทนาจะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติมีปฏิสัมพันธ์กับจิตแพทย์ไปในทิศทางที่ผ่อนคลายความตึงเครียดลงมาก และทำให้พร้อมที่จะให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยมากกว่าสถานการณ์ที่ไม่ใช้กลวิธีในกลุ่มนี้

กลวิธีในกลุ่มนี้เป็นกลวิธีที่พบมากในโรงพยาบาลจิตเวชของแต่ละภูมิภาคโดยเฉพาะภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางบางจังหวัด โดยเฉพาะกลวิธีการใช้ภาษาถิ่นและการใช้สรรพนามเรียกญาติ เนื่องจากผู้ป่วยและจิตแพทย์ได้ใช้ภาษาถิ่นและคำเรียกญาติประกอบการสื่อสารในชีวิตประจำวัน การสื่อสารด้วยภาษาถิ่นและคำเรียกญาติมักจะทำให้ผู้ร่วมสนทนารู้สึกเป็นกันเองและสนิทสนมกันมากกว่าการใช้ภาษาไทยมาตรฐานหรือการใช้สรรพนามว่า “คุณ” ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลทางจิตเวชในภูมิภาคโรงพยาบาลอื่น ๆ จะไม่ได้ใช้ภาษาถิ่นในการสื่อสาร แต่ผู้วิจัยพบว่ากลวิธีการใช้คำเรียกญาติเป็นกลวิธีสำคัญอีกกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสนิทสนมไว้วางใจเช่นเดียวกัน โดยจะพบในโรงพยาบาลทุกแห่งยกเว้นโรงพยาบาลทางจิตเวชในส่วนกลาง และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบในประเด็นเดียวกันพบว่า เมื่อจิตแพทย์ในโรงพยาบาลส่วนกลางไม่ใช้กลวิธีกลุ่มนี้จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยมีความห่างเหินและระยะห่างทางสังคมมากกว่าโรงพยาบาลในภูมิภาค

สรุปจุดประสงค์ในการใช้กลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์พบทั้งหมด 4 จุดประสงค์ และปรากฏจำนวนกลวิธีทางภาษาที่จิตแพทย์ใช้ในการสนทนาเพื่อตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นทั้งหมด 20 กลวิธี ดังตารางสรุปความถี่ของกลวิธีต่อไปนี้

จุดประสงค์	กลวิธี	จำนวน	ร้อยละ
1.กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล รวม 423 ครั้ง	-การกล่าวซ้ำ	179	54.93
	-การถามคำถามต่อเนื่อง	32	
	-การย้ำคำถามเดิม	33	
	-การเปลี่ยนคำถาม	27	
	-การสรุปความ	98	
	-การถามนำ	28	
	-การเว้นจังหวะให้ตอบ	26	
2.กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูล รวม 187 ครั้ง	-การอธิบายหรือขยายความ	153	24.28
	-การกล่าวแย้ง	26	
	-การใช้ความเปรียบ	8	
3.กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ปฏิบัติตาม รวม 102 ครั้ง	-การแนะนำ	46	13.26
	-การให้คำสั่ง	40	
	-การตำหนิ	5	
	-การตักเตือน	11	
4.กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวลและสร้างความเป็นกันเอง รวม 58 ครั้ง	-การหยอกเย้า	7	7.53
	-การชมเชย	9	
	-การปลอบใจ	17	
	-การพูดสัพเพเหระ	6	
	-การใช้ภาษาถิ่น	12	
	-การใช้สรรพนามเรียกญาติ	7	
รวม	20 กลวิธี	770	100

ตารางที่ 6 ตารางสรุปกลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์

จากตารางที่ ข้างต้นสรุปว่า กลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ที่ผู้วิจัยพบมากที่สุดคือกลวิธีการซ้ำคำหรือซ้ำความ เนื่องจากเป็นกลวิธีที่จะทำให้จิตแพทย์ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตามอาการหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน และอีกกลวิธีหนึ่งที่พบมากทุก ๆ สถานการณ์คือกลวิธีการ

กล่าวอธิบายหรือการขยายความ เนื่องจากเป็นกลวิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจสาเหตุ อาการป่วย กระบวนการรักษา และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จิตแพทย์จะใช้กลวิธีการกล่าวอธิบายหรือขยายความจนกระทั่งผู้ป่วยหรือญาติจะไม่มีประเด็นสงสัยหรือคำถามใด ๆ อีก จากการศึกษาข้อมูลจะพบทั้งสองกลวิธีนี้ในทุกสถานการณ์การตรวจรักษาโดยมีจุดประสงค์เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลอันจะนำไปสู่การวินิจฉัยและกระบวนการรักษาที่สอดคล้องกับโรคทางจิตเวชต่อไป ในทางตรงกันข้ามกลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่พบน้อยที่สุดคือกลุ่มกลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ได้แก่ กลวิธีการถามคำถามต่อเนื่อง การกล่าวแย้ง การใช้คำถามที่ไม่ต้องการคำตอบ การถามนำ และการตำหนิ เนื่องจากเป็นกลวิธีในกลุ่มที่อาจทำให้ผู้ป่วยหรือญาติไม่เข้าใจถ้อยคำที่จิตแพทย์ต้องการสื่อสาร จนอาจเกิดความเข้าใจผิดตามมา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยหรือญาติไม่สบายใจในการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่น่าสังเกตว่าหากจิตแพทย์เลือกใช้กลวิธีเหล่านี้ในการตรวจรักษา ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยหรือญาติที่เคยมาตรวจรักษากับจิตแพทย์คนเดิม เพราะความสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองฝ่ายจะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติทำความเข้าใจถึงเจตนาในแง่บวกของจิตแพทย์ได้ไม่ยากนัก ส่วนกลุ่มกลวิธีที่พบน้อยแต่น่าจะมีความสำคัญในการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยนอกหรือญาติผู้ป่วย คือ กลุ่มกลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวลและสร้างความเป็นกันเอง เพราะจากการเก็บข้อมูลวิจัยหากจิตแพทย์ใช้กลวิธีในกลุ่มนี้จะทำให้บรรยากาศการสนทนาดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน

#### 4.2 กลวิธีทางภาษาของผู้ป่วยนอก

ถึงแม้ว่าจิตแพทย์จะเป็นฝ่ายที่มีบทบาทนำและมีกลวิธีทางภาษาที่หลากหลายในการสนทนาเพื่อตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น แต่ผู้ป่วยหรือญาติไม่ได้ดำเนินบทบาทเป็นผู้ตามเพียงบทบาทเดียวตลอดบริจเฉท ผู้ป่วยหรือญาติสามารถที่จะใช้กลวิธีทางภาษาต่าง ๆ เพื่อให้จิตแพทย์ได้รับรายละเอียดของอาการป่วยตามที่ต้องการ กลวิธีเหล่านี้เป็นลักษณะพิเศษของผู้ป่วยโรคทางจิตเวช และจะไม่พบในผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมทั่วไป สอดคล้องกับมาโนช หล่อตระกูล(2538: 157-166) ที่ได้อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีลักษณะพิเศษแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไปและพบมากในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช คือ ผู้ป่วยที่พูดน้อย ผู้ป่วยที่พูดมาก ผู้ป่วยที่พูดววน ผู้ป่วยที่ไม่เต็มใจมาตรวจ และผู้ป่วยที่แพทย์อื่นปรึกษา ผู้ป่วยที่พูดน้อยมีลักษณะในการตอบคำถามเพียง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยไม่ขยายความต่อถามคำตอบคำ หากถามจะถามด้วยถ้อยคำสั้น ๆ และหากตอบจะใช้เวลานานกว่าจะ

ตอบ และมักหลีกเลี่ยงการสบตากับจิตแพทย์ สาเหตุของผู้ป่วยที่พูดน้อยอาจมาจากการมีโรคหรือความผิดปกติที่ทำให้พูดน้อย ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล อึดอัดใจไม่ยอมสนทนากับจิตแพทย์ และสาเหตุสุดท้ายคือจิตแพทย์ไม่มีความทักษะในการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยประเภทที่สองคือผู้ป่วยที่พูดมากจะมีลักษณะที่พูดถึงแต่เรื่องที่ตนเองอยากพูดหรือเปลี่ยนเรื่องไปเรื่อย ๆ และดูคล้ายกับว่าจะสำคัญทุกเรื่อง มีช่วงหยุดให้จิตแพทย์ถามน้อย ผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นนี้อาจเป็นเพราะลักษณะนิสัยหรือจากความวิตกกังวลที่มีอยู่มากจนต้องการระบายออกมาทุกเรื่องให้หมดในคราวเดียว ผู้ป่วยประเภทที่สามคือผู้ป่วยพูดวุ่นมีลักษณะการตอบคำถามหรืออธิบายไม่ตรงกับที่ให้ในช่วงแรก ช่วงต้นบอกว่ามีอาการบางอย่าง แต่ช่วงหลังกลับบอกว่าไม่มีอาการเหล่านั้น บางคำตอบวุ่นจนจับใจความสำคัญไม่ได้ นำหนักและความน่าเชื่อถือของข้อมูลน้อย ผู้ป่วยประเภทที่สี่คือผู้ป่วยที่ไม่เต็มใจมาตรวจมีลักษณะมักพูดน้อยหรือไม่ยอมพูดเนื่องจากรู้สึกต่อต้านการตรวจ มาพบจิตแพทย์เพราะแรงกดดันจากครอบครัว บางครั้งอาจมีความโกรธหรือไม่พอใจที่ถูกบังคับมา ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเกรงว่าจิตแพทย์จะบอกว่าเขาเป็นโรคจิต แล้วปฏิบัติต่อเขาเหมือนกับเป็นคนเสียสติ ส่วนผู้ป่วยประเภทสุดท้ายคือผู้ป่วยที่แพทย์อื่นรักษา บางรายมีลักษณะไม่อยากคุยกับจิตแพทย์คนปัจจุบัน แผลงใจที่พบ หรือรู้สึกไม่พอใจเหมือนพบกับจิตแพทย์คนเดิม

ดังนั้น การสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยนอกอาจมีการปรับพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงกระบวนการสื่อสารในระหว่างการตรวจรักษา เพื่อบอกข้อมูลบางประการโดยผ่านกลวิธีที่หลากหลายเช่นเดียวกันกับจิตแพทย์ หลายสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอาจไม่บอกหรือไม่อธิบายข้อมูลกับจิตแพทย์โดยตรงไปตรงมา ผู้วิจัยจึงได้พยายามวิเคราะห์ให้เห็นถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเบื้องต้นใช้ในการสนทนาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการตรวจรักษาของตน และได้พบกลวิธีทางภาษาของผู้ป่วยในประเด็นดังต่อไปนี้

- 4.2.1 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูล
- 4.2.2 กลวิธีที่ใช้เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล
- 4.2.3 กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล
- 4.2.4 กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตนเอง
- 4.2.5 กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเองกับจิตแพทย์
- 4.2.6 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ

#### 4.2.1 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลประเด็นหลักกับจิตแพทย์

กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลประเด็นหลักกับจิตแพทย์ หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้เพื่อตอบข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยหลังจากที่จิตแพทย์ถามข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญไปแล้ว กลวิธีในกลุ่มนี้พบ 4 กลวิธี คือ กลวิธีการอธิบายหรือขยายความ การกล่าวแย้งหรือปฏิเสธ การใช้เรื่องเล่า และการใช้ความเปรียบ

##### 4.2.1.1 การอธิบายหรือขยายความ

การอธิบายหรือขยายความ หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้เพื่ออธิบายอาการป่วย สาเหตุของโรค หรือรายละเอียดของวิธีการดูแลรักษา เพื่อให้จิตแพทย์รับทราบข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยของตน เป็นกลวิธีที่พบมากที่สุดโดยพบทั้งหมด 132 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (91)

- 1 พ. มารักษาที่นี้นานหรือยังครับ
- 2 ผ. ประมาณสัก: (2.0)
- 3 ญ. ห้าปี
- 4 ผ. Z ห้าปีแล้ว
- 5 พ. ห้าปีเนาะ เอ่อ ตอนนั้นที่ห้าปี ตอนนั้น อาการที่มาตอนนั้นเป็นยังไงนะครับ
- 6 ผ. อ้อ: เป็น (2.0) คล้าย ๆ ว่าเป็น (1.0) ผมเปิดตู้ซ่อมรถ
- 7 พ. [ อ่า:
- 8 ผ. Z ที่น้ำมันทำมัน
- 9 เหมือนว่าเป็นเชิง ๆ อยากจะปิดตู้พักผ่อนยั้งงั้นละ
- 10 พ. Z อ้อ มันเปื้อน ๆ
- 11 ผ. มันเปื้อน ๆ บางคนนึกแต่ที่ผมเครียด ก็บอกว่าจะน่าจะเครียด
- 12 พ. Z ครับ
- 13 ผ. ผมก็ปิดก็ได้ ก็บอกช่างว่า ถ้าเราปิดอยู่แล้วเราจะไปทำอะไรกันดี
- 14 พ. อืม แสดงว่าอะไรนะ เป็นเรื่องจากที่ทำงาน อยู่ทำงานไม่ได้ใช่ไหม
- 15 ผ. [ ผมไปนอน

16. } กลางคืน พอนอนแล้วมันลุกผวาขึ้น มือสั่น
17. พ. } [ เหมือนมีอาการตกจากที่สูง
18. ผ. } [ ตกจาก
19. } ที่สูง ตกใจ
20. พ. } [ ตกใจด้วยนะครับ
21. ผ. } แล้วเหงื่อออกมาก เปียกทั้งตัว ผ่าขนหนูเช็ดวันละหลายครั้ง
22. ญ. คือเริ่มแรกมาจากอาการเป็นเบาหวาน
23. พ. Z อ้อ: เป็นเบาหวาน มีความเครียด
24. ญ. [ ไม่ได้
25. ทำงาน

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลจากตัวอย่างที่ (91) พยายามใช้กลวิธีการอธิบายหรือขยายความเล่าอาการป่วยของตนตั้งแต่บรรทัดที่ 6 ขยายความจนถึงบรรทัดที่ 21 เพื่ออธิบายให้จิตแพทย์เข้าใจว่าอาการป่วยของตนเป็นอย่างไร จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายนี้พยายามขยายความหลายถ้อยคำต่อเนื่องกันหลายบรรทัด เนื่องจากจิตแพทย์ผู้รักษาคนปัจจุบันไม่ใช่จิตแพทย์คนเดียวกันกับในอดีตที่ผู้ป่วยเคยติดตามอาการและรักษามาก่อน การขยายความของผู้ป่วยในสถานการณ์นี้จะทำให้จิตแพทย์เข้าใจอาการของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

ตัวอย่างที่ (92)

- 1 พ. ตอนนี้เป็นไงมั่งครับ
- 2 ผ. } ตอนนี้ก็ดีขึ้นค่ะ แต่ตอนนั้นที่กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ใจมึนๆ แล้วก็คือ: (1.0)
- 3 } ที่บอกหมอมว่า ทุกอย่างมันเข้ามาในสมองอะไรก็ไม่รู้ล่ะ
- 4 พ. อ้อ มันเป็นความคิดที่เมาหลาย ๆ เรื่องพร้อมกัน
- 5 ผ. } [ ฮะ ] โดยที่เราไม่รู้ตัวนะ
- 6 พ. } ครับ
- 7 ผ. } แต่ช่วงนี้ตั้งแต่ทานยาไป ดีขึ้นเยอะ
- 8 พ. [ อ้อ:

9. ผ. } [ เยอะมากเลยละ ว่าจะอย่างนั้น  
 10. } คือกินได้นอนหลับ แต่ว่ายังมีส่วนนั้นอีกอย่างหนึ่ง คือยังมีความรู้สึกยังเพลีย ๆ  
 11. } อยู่ และเหมือนกับแบบ (1.0) คือ: มันเซ ๆ เหมือนเราทรงตัวไม่ค่อยอยู่ค่ะ
12. พ. อ้อ:
13. ผ. [ จ๊ะ
14. พ. เพิ่งมาเป็นช่วงหลังถูกมัยครับ
15. ผ. } Z จ๊ะ ช่วงหลังๆ นี้
16. พ. คือหมอเอาทีละเรื่องนะครับ
17. ผ. Z จ๊ะ

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลจากตัวอย่างที่ (92) พยายามใช้กลวิธีการอธิบายหรือขยายความเล่าอาการป่วยของตนตั้งแต่บรรทัดที่ 2-3 เพื่ออธิบายและขยายความอาการนอนไม่หลับและคิดฟุ้งซ่านหลายเรื่อง จากนั้นในบรรทัดที่ 5 และ 7 ได้อธิบายให้ชัดเจนขึ้น รวมทั้งในบรรทัดที่ 9-11 ผู้ป่วยได้พยายามอธิบายหรือขยายความว่าหลังจากได้รับประทานยาแล้วทำให้อาการนอนไม่หลับดีขึ้น แต่ยังมีอาการเพลียและทรงตัวไม่ได้อยู่ เพื่อให้จิตแพทย์เข้าใจอาการปัจจุบันที่ผู้ป่วยมีอาการและนำไปสู่การวินิจฉัยต่อไป

#### 4.2.1.2 การกล่าวแย้งหรือปฏิเสธ

การกล่าวแย้งหรือปฏิเสธ หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้เพื่อบอกจิตแพทย์ให้ทราบว่าข้อมูลที่จิตแพทย์เข้าใจและได้กล่าวออกมาก่อนหน้านี้เป็นความเข้าใจผิด และผู้ป่วยจึงกล่าวตรงกันข้ามกับจิตแพทย์เพื่อนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้องให้จิตแพทย์ได้ทราบต่อไป พบทั้งหมด 22 ครั้ง เช่น

#### ตัวอย่างที่ (93)

- 1 พ. (บันทึกประวัติ) แล้วยังทำงานอะไรได้มั๊ยครับผม
- 2 ผ. (2.0) อ่า ผมเกษียณแล้ว แต่ว่าทำสวนทำไร่ได้ครับ
- 3 พ. Z ยังออกเลได้นะ
- 4 ผ. } เลไม่ได้ทำเลย ก็มีให้เขาทำครับ แต่ไม่ได้ทำเองครับ



5. พ. อะ เรียบร้อยครับผม

จากตัวอย่างสถานการณ์ที่ (93) จิตแพทย์สอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยในบรรทัดที่ 3 ว่า “ยังออกเล่นได้นะ” หมายถึง ยังสามารถออกเรือไปทำการประมงได้หรือไม่ ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดของจิตแพทย์ ผู้ป่วยจึงกล่าวปฏิเสธเพื่อแย้งข้อมูลเดิมของจิตแพทย์และนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้องในบรรทัดที่ 4 ว่า “เลไม่ได้ทำเลย ก็มีให้เขาทำครับ แต่ไม่ได้ทำเองครับ”

นอกจากนี้บางสถานการณ์ผู้ป่วยอาจใช้กลวิธีการแย้งหรือการปฏิเสธในการสนทนา เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการให้ข้อมูลหรือปิดบังข้อมูลบางประการกับจิตแพทย์เพราะเหตุผลบางประการซึ่งจะกล่าวถึงประเด็นนี้ในหัวข้อ 4.2.4 กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตัวเองในลำดับต่อไป

#### 4.2.1.3 การใช้เรื่องเล่า

การใช้เรื่องเล่า หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยนำเสนอเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะบอกเล่าแบบเรียงลำดับตามเวลา มักจะพบหน่วยเชื่อมโยงบอกเวลา เช่น เมื่อก่อน ก่อนหน้า นี้ หลังจากนั้น ต่อมา จนกระทั่ง พบทั้งหมด 32 ครั้ง ดังตัวอย่างที่ (94)

#### ตัวอย่างที่ (94)

- |     |    |  |
|-----|----|--|
| 1   | พ. | มันหายไปได้อย่างไรครับคุณป้า นอกจากกินยาแล้ว มองว่ามันหายไปได้อย่างไร  |
| 2   | ผ. | ไม่ทราบเหมือนกันค่ะ อาจจะสุขภาพจิตเราดีขึ้นหรืออะไรอย่างนี้ คิดว่านะ   |
| 3   | พ. | ครับ ๆ   |
| 4.  | ผ. | [ เพราะว่าเมื่อก่อนจิตเราอาจจะหมกมุ่นอยู่กับตัวนั้นค่ะ หมายถึงว่า เหมือนที่ป้าเล่าให้หมอฟังว่า ป้าอยู่กรุงเทพฯ |
| 5.  |    |  |
| 6.  | พ. | Z ครับ   |
| 7.  | ผ. | Z จนอายุหกสิบปี  |
| 8.  | พ. | Z ครับ   |
| 9.  | ผ. | Z เมื่อก่อนมี  |
| 10. |    | เพื่อนมีฝูงมีอะไรเฮฮา ทำงาน เสาร์อาทิตย์เราไปเที่ยวหมู่บ้านนี้ แต่พอหกสิบปี                                    |
| 11. |    | ป้ากลับมาอยู่บ้านมาอยู่บ้าน เพื่อนก็ไม่มีแล้ว เพราะว่าเพื่อนเราอยู่ที่อื่นหมด                                  |

12. พ. สังคมอยู่ที่อื่น
13. ผ. } [ เรามาอยู่คนเดียวก็ซึมเศร้า พอซึมเศร้า อยู่บ้านมีแต่ญาติพี่น้อง  
 14. } คนแก่ ๆ ปู่ย่าตายายทั้งนั้น เดี่ยวคนโน้นคนนี้ไม่สบายแล้วมีป่าคนเดียวที่  
 15. } สามารถช่วยเหลือเขาได้ เพราะว่าขับรถพาไปได้
16. พ. อ้อ อ่า ๆ
17. ผ. } ป้าเลยคิดว่าตัวนั้นอาจจะทำให้ความเครียดเข้ามาโดยที่เราไม่รู้ตัว
18. พ. [ ใจครับ อย่าง
19. นี้ส่วนหนึ่งนะครับ และหม่อว่าหนึ่งมันเป็นการปรับตัวนะ
20. ผ. ค่ะใช่

ผู้ป่วยเก่าโรคซึมเศร้าจากตัวอย่างที่ (94) ใช้เรื่องเล่าเป็นกลวิธีการสนทนาเพื่อให้ข้อมูลประเด็นหลักกับจิตแพทย์เกี่ยวกับบรรยายละเอียดที่คาดว่าจะป็นสาเหตุของอาการป่วยโรคซึมเศร้า โดยเริ่มเล่าเรื่องตั้งแต่บรรทัดที่ 4-5 ว่า “เพราะว่าเมื่อก่อนจิตเราอาจจะหมกมุ่นอยู่กับตัวนั้นคะ หมายถึงว่า เหมือนที่ป้าเล่าให้หม่อฟังว่า ป้าอยู่กรุงเทพฯ” จนกระทั่งถึงบรรทัดที่ 17 ว่า “ป้าเลยคิดว่าตัวนั้นอาจจะทำให้ความเครียดเข้ามาโดยที่เราไม่รู้ตัว” เพื่อระบุสิ่งที่คาดว่าจะป็นสาเหตุของอาการป่วย ซึ่งจิตแพทย์ได้มีความเห็นตรงกันปรากฏในบรรทัดที่ 18 ต่อเนื่องจากคำอธิบายของผู้ป่วยว่า “ใจครับ.....” กลวิธีการใช้เรื่องเล่าจากผู้ป่วยเป็นกลวิธีที่พบทุกสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น เนื่องจากเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถอธิบายเรื่องราวของตนเองได้อย่างเป็นลำดับเวลาชัดเจน และเมื่อจิตแพทย์ได้ฟังเรื่องเล่าจากผู้ป่วยแล้วจะทำให้เชื่อมโยงระหว่างประวัติชีวิตและอาการของผู้ป่วยได้กระจ่างมากยิ่งขึ้น

#### 4.2.1.4 การใช้ความเปรียบ

การใช้ความเปรียบ หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้ถ้อยคำแสดงภาพพจน์เปรียบเทียบกับอาการป่วยของตนเองเพื่อให้จิตแพทย์เข้าใจหรือมองเห็นภาพได้อย่างชัดเจนมากขึ้น พบกลวิธีนี้ทั้งหมด 18 ครั้ง เช่น

(ตัวอย่างที่ 95)

- 1 ผ. อาการก็ดีขึ้น อาการดีขึ้น แต่ก็ยัง ยังไม่ดีเหมือนเดิม เหมือนตอนที่ทานวันละเม็ด



#### 4.2.2.1 การกล่าวซ้ำ

กลวิธีการกล่าวซ้ำ หมายถึง กลวิธีที่ผู้พูดกล่าวถ้อยคำสำคัญที่จิตแพทย์หรือผู้ป่วยได้กล่าวผ่านไปแล้ว เพื่อทบทวนและเน้นย้ำถ้อยคำเหล่านั้นให้หนักแน่นชัดเจนยิ่งขึ้น พบว่าผู้ป่วยใช้กลวิธีนี้ทั้งหมด 65 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (96)

- |    |    |   |                 |
|----|----|---|-----------------|
| 1  | พ. | เป็นใจมั่งยาย                           |                 |
| 2  | ผ. | เป็นลม ล้มเลยเข้าโรงพยาบาลบ้านฝักหวาน   |                 |
| 3  | พ. | } เป็นลม โต๊ะมันพาล้ม                   | [ ฮะ เป็นลมหรือ |
| 4  | ผ. |   |                 |
| 5  | พ. | [อ้อ ไม่ได้หน้ามืดเป็นลม ล้ม โต๊ะหักล้ม |                 |
| 6  | ผ. |   | Z โต๊ะล้ม       |
| 7  | พ. |   | Z เก้าอี้ล้ม    |
| 8  |    | (หัวเราะ)                               |                 |
| 9  | ผ. | โอ้ย:                                   |                 |
| 10 | พ. | เป็นใจละ เกิดขึ้นเมื่อไหนนี่            |                 |
| 11 | ผ. |   | Z วันที่ 21     |

ผู้ป่วยเก่ามีอาการปวดศีรษะจากความเครียดในตัวอย่างที่ (96) ใช้กลวิธีการกล่าวซ้ำความตนเองและจิตแพทย์ในบรรทัดที่ 4 ว่า “เป็นลม โต๊ะมันพาล้ม” เนื่องจากในบรรทัดที่ 2 ผู้ป่วยได้กล่าวถ้อยคำว่า “เป็นลม ล้มเลยเข้าโรงพยาบาลบ้านฝักหวาน” เพื่อบอกอาการหลักในเบื้องต้นกับจิตแพทย์ไปแล้ว และเมื่อจิตแพทย์ได้ฟังจึงกล่าวซ้ำคำหรือซ้ำความในบรรทัดที่ 3 ว่า “ฮะ เป็นลมหรือ” เพื่อตรวจสอบถามถูกต้องของข้อมูล และผู้ป่วยจึงกล่าวซ้ำในบรรทัดที่ 4 ว่า “เป็นลม...” เพื่อเป็นการเน้นย้ำและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลให้ชัดเจนเช่นกัน

#### 4.2.2.2 การกล่าวยืนยัน

การกล่าวยืนยัน หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยกล่าวถ้อยคำด้วยความหนักแน่นแน่นอนไม่เปลี่ยนแปลงจากข้อมูลเดิมที่กล่าวไปแล้ว พบทั้งหมด 78 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (97)

- 1 พ. สูดลมให้เต็มปอด แล้วก็ผ่อนช้า ๆ คือมันเป็นการดึงอากาศออกมาให้ช้าลง เหมือนเป็น  
2 การถ่วงเวลาที่เราขับรถ เราตื่นตัวมาก เรากินยาไม่ได้ มันจะง่วง มันมีผวา มีตก เห็น  
3 รถมันฟุบ ๆ แล้วมันแว็บขึ้นมาเนีย ให้ดึงหายใจเข้ามาก่อน ดึงลมหายใจเข้ามาจน  
4 สูดเลยนะ แล้วค่อย ๆ ผ่อนช้า ๆ
- 5 ผ. ช่วงตกใจไม่ค่อยมีผลเท่าไร แต่ว่าถ้าทำงานหนักหรือเหนื่อย ถ้าเล่นกับหมา  
6 ประมาณซักห้าหรือสิบนาทีเร็ว ๆ เอ๊ะ รู้สึกเหนื่อยตั้ง ๆ
- 7 พ. Z แต่เราเช็คหัวใจดีแล้ว
- 8 เนาะ
- 9 พ. } Z เช็คดีแล้วคุณหมอ เอ๊ะโคะอะไรก็ดี
- 10 พ. Z อ้อ ถ้าอย่างนั้นก็น่าจะแข็งแรง อย่างว่า  
11 อาจมีอาการผวาได้ เดียวก็กินยาตัวนี้ หมอปรับปริมาณยา
- 12 ผ. [ แบบนี้อาการผวาก็:
- 13 พ. Z ผวา  
14 นี้ เป็นการตื่นตัวไว ระบบประสาทตื่นตัวไว ยาที่ให้ไปนี่ก็จะไม่ให้อาการมันกำเริบ  
15 มากเพิ่มปริมาณยาให้มันเจียบไปก่อน
- 16 ผ. } ผมก็พยายามควบคุมสติผมได้นะ คือเมื่อก่อนผมไม่รู้ว่าคุณเป็น ผมตกใจมาก
- 17 พ. Z อืม
- 18 ผ. ใจก็
- 19 พ. [ ไม่รู้จะทำยังไงต่อใช่มั้ย
- 20 ผ. เหมือนตัวเองจะตาย เอ้: มันเป็นอย่างนี้

จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (97) เมื่อผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับอาการป่วยของตนให้จิตแพทย์ฟัง จิตแพทย์จึงสอบถามในบรรทัดที่ 7-8 ว่า “แต่เราเช็คหัวใจดีแล้วเนาะ” เนื่องจากจิตแพทย์เกิดความสงสัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่มีความใกล้เคียงกับโรคหัวใจซึ่งเป็นโรคทางกาย ผู้ป่วยจึงใช้กลวิธีการกล่าวยืนยันคำตอบในบรรทัดที่ 9 ว่า “เช็คดีแล้วคุณหมอ เอ็คโคอะไรก็ดี” เพื่อยืนยันว่าได้ตรวจร่างกายเรียบร้อยแล้ว ดังนั้นจึงไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคหัวใจตามที่จิตแพทย์ตั้งข้อสังเกต นอกจากนี้ยังใช้กลวิธีการกล่าวยืนยันในบรรทัดที่ 16 ว่า “ผมก็พยายามควบคุมสติผมได้นะ” อีกครั้งเพื่อให้เหตุผลว่าตนเองรับรู้และเข้าใจอาการป่วยของตนเอง

#### 4.2.3 กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล

กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล หมายถึง กลุ่มกลวิธีทางภาษาที่ผู้ป่วยใช้เพื่อปิดบังข้อมูลบางประการกับจิตแพทย์ เนื่องจากไม่ต้องการอธิบายข้อมูลส่วนตัวหรือความลับต่อจิตแพทย์ กลวิธีกลุ่มนี้พบ 3 กลวิธี คือ กลวิธีการใช้ความเจ็บ การเปลี่ยนประเด็น และการหัวเราะ

##### 4.2.3.1 การใช้ความเจ็บ

การใช้ความเจ็บ หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยเลือกไม่ตอบคำตอบของจิตแพทย์โดยไม่กล่าวถ้อยคำใดๆ เนื่องจากเป็นประเด็นที่ผู้ป่วยไม่อยากจะตอบต่อหน้าบุคคลอื่นซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยจนต้องมารักษาที่โรงพยาบาลทางจิตเวช พบทั้งหมด 51 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (98)

- |   |      |   |
|---|------|---|
| 1 | พ.   | เอ๋อ คุณสุธรรมมาตอนนี้อายุเท่าไรครับ                              |
| 2 | ผ.   | (1.0) ยี่สิบเก้า(เสียงเบา)  |
| 3 | พ.   | Z ยี่สิบเก้าเนาะ อ๋อ ไม่ใช่ไรครับ เนาะ บ้านอยู่ที่ไหนครับ         |
| 4 | ผ.   | บ้านเลียบ   |
| 5 | พ.   | Z อ๋อ บ้านอยู่บ้านเลียบเนาะ เอ๋อ วันนี้มาปรึกษาหมอ อยากให้หมอช่วย |
| 6 |      | ยังไงครับ   |
| 7 | ผ. } | (4.0)   |
| 8 | ญ.   | บอกหมอ ให้หมอรู้  |

- 9 พ. [ เอ่อ บอกหมอหน่อยเนาะ ให้หมอเข้าใจเนาะ อยากให้หมอช่วย
- 10 ยังไงครับเกิดอะไรขึ้นกับสูตรมาครับ
- 11 ผ. } (2.0) สมอมน้ำชา ๆ ลง
- 12 พ. Z อ้อ สมอมน้ำชา ๆ ลง เหมือนกับคิดอะไรช้าลงอย่างนี้ใช่ไหม
- 13 ครับ ถูกมั๊ยครับ
- 14 ผ. } (1.0) (พยักหน้า)
- 15 พ. เอ้อ หมอรู้สึกว่ามีช่วงนี้สูตรมาตอบอะไร อ่า ช้าลงมั๊ยครับ แสดงว่ามันช้าไป
- 16 หมดทุกเรื่องเลย
- 17 ผ. } (1.0) เขียนลายมือไม่สวย
- 18 พ. Z อ้อ: เขียนลายมือไม่สวยด้วยเนาะ

จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (98) ผู้ป่วยใหม่มีอาการซึมเศร้ามาพบแพทย์พร้อมญาติ เมื่อสอบถามประวัติเบื้องต้นเรียบร้อยแล้ว จิตแพทย์จึงสอบถามประเด็นหลักเกี่ยวกับสาเหตุที่มาพบ จิตแพทย์ในบรรทัดที่ 5-6 ว่า “...วันนี้มาปรึกษาหมอ อยากให้หมอช่วยยังไงครับ” แต่ผู้ป่วยกลับใช้ ความเงียบในบรรทัดที่ 7 ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่ตอบและไม่กล่าวถ้อยคำใด ๆ จนกระทั่งญาติต้องเป็นฝ่าย กระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบในบรรทัดที่ 8 ว่า “บอกหมอ ให้หมอรู้” รวมทั้งจิตแพทย์ถามคำถามอีกครั้งใน ประเด็นเดิมบรรทัดที่ 9-10 ว่า “บอกหมอหน่อยเนาะ ให้หมอเข้าใจเนาะ อยากให้หมอช่วยยังไงครับ เกิดอะไรขึ้นกับสูตรมาครับ” จากนั้นผู้ป่วยจึงใช้ความเงียบประมาณสองวินาทีก่อนที่จะตอบคำถาม ด้วยเสียงเบาในบรรทัดที่ 11 ว่า “สมอมน้ำชา ๆ ลง” ซึ่งเป็นอาการป่วยในปัจจุบันแต่ไม่ใช่สาเหตุของ อาการป่วย ดังนั้นคำตอบที่เสียงประเด็นจึงปรากฏขึ้นอีกครั้งในบรรทัดที่ 17 ว่า “เขียนลายมือไม่ สวย” ซึ่งยังไม่ใช่สาเหตุหลักเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ในสถานการณ์นี้จิตแพทย์ต้องใช้กลวิธีที่ หลากหลายจนเกือบถึงช่วงท้ายของการสนทนาจึงได้ทราบสาเหตุหลักที่แท้จริงของผู้ป่วย การใช้กลวิธี ความเงียบในสถานการณ์นี้น่าจะเป็นเพราะผู้ป่วยยังไม่คุ้นเคยและต้องการปิดบังข้อมูลที่เป็นสาเหตุ หลักของอาการป่วยของตน นอกจากนี้ในการเดินทางมาพบแพทย์ครั้งนี้ญาติเป็นฝ่ายนำผู้ป่วยมาซึ่ง ผู้ป่วยอาจไม่เต็มใจที่จะมาพบแพทย์ การให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาจึงไม่สามารถดำเนินไปได้ ด้วยดี และหากจิตแพทย์คาดหวังว่าผู้ป่วยมากเกินไปอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการมาพบจิตแพทย์ในครั้ง ต่อไป จากการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความเงียบผู้วิจัยพบว่า ความเงียบที่เป็นกลวิธีทางภาษาของผู้ป่วยมี

หลายหน้าที่ ดังนี้ ความเจ็บที่ยอมรับถ้อยคำของคู่สนทนา ความเจ็บที่ใช้ปฏิเสธถ้อยคำของคู่สนทนา ความเจ็บที่ใช้เพื่อต้องการเวลาในการทบทวนข้อมูล และความเจ็บที่ใช้เพื่อยุติการสนทนา ในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นพบว่า ความเจ็บที่ใช้เพื่อยอมรับถ้อยคำของคู่สนทนา มักจะปรากฏพร้อมกับอาการปฏิกิริยา เช่น การยิ้ม การพยักหน้า ความเจ็บที่ใช้เพื่อปฏิเสธถ้อยคำของคู่สนทนาจะปรากฏเมื่อเกิดความไม่พอใจ สำหรับผู้ป่วยนอกโรคทางจิตเวชมักจะใช้ความเจ็บที่ต้องการต้องการเวลาในการทบทวนข้อมูล และต้องการยุติการสนทนามากที่สุด เนื่องจากเป็นการปิดกั้นตนเองจากปัจจัยภายนอกและไม่ต้องอธิบายข้อมูลใดๆ อีก

#### 4.2.3.2 การเปลี่ยนประเด็น

การเปลี่ยนประเด็น หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้ถ้อยคำในการเปลี่ยนเรื่องในขณะที่กำลังสนทนากับจิตแพทย์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอยู่ก่อน เพื่อให้ยุติการสนทนาในประเด็นเดิมที่ผู้ป่วยอาจจะไม่ต้องการตอบต่อไป และให้จิตแพทย์สนใจกับประเด็นใหม่ที่ผู้ป่วยต้องการกล่าวถึงหรือให้ความสำคัญ พบทั้งหมด 20 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (99)

- |    |      |  |
|----|------|--|
| 1  | พ.   | แล้วช่วงนี้การทำงานเป็นไงบ้าง  |
| 2  | ผ.   | (1.0) ไม่ได้ทำงานค่ะอยู่บ้านเฉยๆ   |
| 3  | พ.   | Z ทำได้ปกติมัย งานบ้าน   |
| 4  | ผ.   | ทำปกติค่ะ  |
| 5  | พ.   | เรื่อง: การเงิน เรื่องเอ่อ: แฟน  |
| 6  | ผ.   | [ ก็มีนิดหน่อย แฟนนี้ไม่มีปัญหา คำเป็นคนดีมาก                            |
| 7  |      | ถ้าเรื่องเงินก็ต๊ตๆ ชัดๆ หน่อย จับต้นชนปลายไม่ถูก ไม่รู้จะเอาทางไหนมาใส่ |
| 8  |      | ตรงไหน ยิ่งลูกเรียนก็ต้องใช้เยอะ   |
| 9  | พ.   | มอห่าเธอ   |
| 10 | ผ. } | ปวช ปีสอง อาชีวะ (2.0) เคยไปซื้อยาที่ร้านคุณหมอตรงทางโค้งออกโรงพยาบาล    |
| 11 |      | กรุงเทพ มีบ้านยาของโรบบาล ไปซื้อตรงนั้นมากิน คุณหมอให้ยาคลายเครียด       |
| 12 |      | แล้วก็ยาคลายกล้ามเนื้อ   |



- 13 พ. เอามามั้ย
- 14 ผ. Z ไม่ เอามาคะ เพราะว่าถ้าทานแล้วรู้สึกดีขึ้น ไม่ปวดแล้ว ทำให้เรา
- 15 หลับดี แต่ว่าพอตื่นเช้าขึ้นมา หมดฤทธิ์ยากก็เป็นทันทีคะ แล้วอีกอย่างทานไอนั้น
- 16 ชอบกิน เคี้ยวน้ำแข็งเล่นนะคะ แล้วก็ปวด
- 17 พ. ปวดมากก็ต้องหยุดนะฮะ
- 18 ผ. Z ค่ะ
- 19 พ. โรคประจำตัวมีมั้ยครับ
- 20 ผ. Z ไม่มีคะ

จากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (99) ผู้ป่วยเก่ามีอาการปวดศีรษะจากความเครียดมาพบจิตแพทย์ตามวันนัดหมาย จิตแพทย์จึงสอบถามติดตามอาการตั้งแต่เริ่มต้นโดยส่วนใหญ่เป็นเรื่องครอบครัวและสถานะทางการเงิน เพราะมักจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชต้องมาพบจิตแพทย์ ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับครอบครัวไปจนถึงบรรทัดที่ 10 แล้วจึงหยุดประมาณสองวินาทีก่อนจะเปลี่ยนประเด็นในการสนทนาเป็นเรื่องการซื้อยามารับประทานเอง นอกเหนือจากที่จิตแพทย์สั่งในโรงพยาบาลทางจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยเห็นว่าประเด็นสำคัญในการพบแพทย์ครั้งนี้คือการซื้อยามารับประทานเองและได้ผลดี ผู้ป่วยสามารถหลับได้อย่างต่อเนื่อง และเมื่อจิตแพทย์ได้ฟังก็ไม่ได้การสั่งห้ามแต่อย่างใด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยคลายกังวลและสามารถสนทนาเรื่องการรักษากับจิตแพทย์ต่อไปได้ตามปกติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

#### 4.2.3.3 การหัวเราะ

การหัวเราะ หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้การหัวเราะในระหว่างการสนทนากับจิตแพทย์ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้เกิดจากความขบขันร่วมกัน แต่เป็นการหัวเราะของผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว เพื่อเลี่ยงหรือปิดบังข้อมูลบางประการ พบทั้งหมด 36 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (100)

- 1 ผ. ถ้าเราทานยาไปแล้ว แล้วครึ่งชั่วโมงยังไม่หลับ
- 2 พ. [ อ่า

- 3 ผ. [ ก็ให้ออกมาก่อน
- 4 พ. Z อะ เช่น ทำ
- 5 อย่างอื่นเพิ่มเติม เช่น กินนมอุ่น ๆ หรือหาอะไรอ่านอะไรจนกว่าที่จะ ง่วง
- 6 ผ. [ ง่วงนอน ]
- 7 พ. แล้วค่อยกลับไปนอนใหม่นะครับ แล้วก็ช่วงแรกไม่ควรมีนาฬิกาไว้ในห้อง บางทีมัน
- 8 จะยิ่ง เวลาเรานอนไม่หลับ เราจะยิ่งดูนาฬิกา เราจะยิ่งกังวลนะครับ ประมาณที่เป็น
- 9 เรื่องพื้นฐานก่อน เป็นการปรับพฤติกรรม นั่นหมอบให้ยาชุดเดิมนะ นะครับ แล้วก็
- 10 เตียนนัดสักหกสัปดาห์
- 11 ผ. หกสัปดาห์
- 12 พ. Z มาได้มั๊ยครับ
- 13 ผ. } ได้(เสียงสูง)คะ (หัวเราะ) เพื่อสุขภาพ
- 14 พ. ได้เนาะ แต่ก็ต้องกินต่อเนื่องนะครับ
- 15 ผ. ค่ะ

จากตัวอย่างสถานการณ์ที่ (100) จิตแพทย์ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาในบรรทัดที่ 7-10 และช่วงท้ายได้แจ้งการนัดหมายกับผู้ป่วยอีกครั้งคือหกสัปดาห์ ผู้ป่วยจึงพูดซ้ำความจิตแพทย์ในบรรทัดที่ 11 จิตแพทย์ได้เกิดความลังเลว่าเป็นเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหรือไม่จึงถามในบรรทัดที่ 12 ว่า “มาได้มั๊ยครับ” ผู้ป่วยจึงใช้กลวิธีการหัวเราะในบรรทัดที่ 13 ทั้ง ๆ ที่ไม่น่าจะเป็นเรื่องที่ขบขันของทั้งสองฝ่าย แต่เป็นการหัวเราะเนื่องจากต้องการกลบเกลื่อนความรู้สึกว่าไม่สะดวกเข้ามาพบแพทย์ตามนัดหมายหกสัปดาห์ เพราะหากผู้ป่วยสะดวกตามนัดหมายน่าจะตอบรับในทันทีโดยไม่ต้องทวนซ้ำคำตอบอีกหนึ่งรอบในบรรทัดที่ 11 ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยรายนี้อาจจะติดต่อขอเลื่อนนัดวันเวลาที่จะมาพบจิตแพทย์อีกครั้ง

#### 4.2.4 กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตนเอง

กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตนเอง หมายถึง กลวิธีกลุ่มที่ผู้ป่วยใช้ในการสนทนาเพื่อให้ตนเองพ้นจากข้อกล่าวหาว่าอาจจะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงไปในด้านลบหรือไม่ต้องการให้อีกฝ่ายรู้ถึงความกังวลส่วนตัวมากจนเกินไป พบ 5 กลวิธี ดังนี้ กลวิธีการปฏิเสธ การอ้างเหตุผล การอ้างบุคคลอื่น การขอโทษ และการตอบไม่ตรงคำถาม

#### 4.2.4.1 การปฏิเสธ

การปฏิเสธ หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยกล่าวเพื่อไม่ต้องการตอบคำถามหรือไม่ยอมรับแนวทางการปฏิบัติตนตามที่จิตแพทย์ต้องการ เนื่องจากมีเหตุผลบางประการ พบทั้งหมด 65 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (101)

1. ญ. คุณแม่ก็ทำงานหนัก ปวดขาเดินไม่ได้
2. พ. อ้อ แล้วสุทธรรมากังวลว่ายังไงครับ
3. ญ. (???)
4. พ. แสดงว่าเรื่องนี้มีผลกระทบกับสุทธรรมาเยอะเหมือนกันเนาะ
5. ญ. ค่าก่อนข้างกลัว กังวล
6. พ. กลัว กังวลว่าอะไรนะครับ
7. ผ. } ไม่อยากพูดถึงค่ะ
8. พ. Z อ้อ ไม่อยากพูดถึงใช่ไหม
9. ผ. Z ค่ะ
10. พ. Z ไม่เป็นไรวันนี้หมอบอกว่าเดี๋ยวรอบหน้ามาคุยกันเนาะ แต่วันนี้เนี่ยหมอมองว่า
11. อยากจะให้สุทธรรมาดูแลตัวเองก่อนเนาะ เพราะว่าหน้าที่หลักรับผิดชอบมันอาจจะ
12. มาตกอยู่ที่เค้าใช่ไหมครับ
13. ญ. ใช่ครับ

กลวิธีการปฏิเสธของผู้ป่วยในตัวอย่างสถานการณ์ที่ (101) ปรากฏขึ้นในบรรทัดที่ 7 ว่า “ไม่อยากพูดถึงค่ะ” เนื่องจากก่อนที่ผู้ป่วยจะปฏิเสธการให้ข้อมูล จิตแพทย์ได้พยายามสอบถามถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจ แต่ผู้ป่วยกลับใช้กลวิธีการปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลใด ๆ เพื่อป้องกันตนเอง น่าจะเป็นเพราะผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์เป็นครั้งแรก จึงยังไม่มีความรู้สึกไว้วางใจมากเพียงพอที่จะอธิบายเรื่องส่วนตัวให้ทราบ รวมทั้งภายในห้องตรวจรักษายังมีญาติผู้ป่วยและผู้วิจัยสังเกตการณ์อยู่ด้วย การเล่าเรื่องส่วนตัวให้คนแปลกหน้ารับรู้จึงน่าจะเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้จากการศึกษาบริบทของสถานการณ์มีแนวโน้มว่า ผู้ป่วยอาจไม่เต็มใจเข้ารับการรักษาโรคทางจิตเวช

แต่ไม่สามารถขัดแย้งกับญาติผู้ใหญ่ที่พามาตรวจรักษาได้ ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมาแล้วจึงอาจเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยใช้กลวิธีการปฏิเสธในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องกังวลใจกับจิตแพทย์ และผลของการใช้กลวิธีการปฏิเสธทำให้จิตแพทย์รับรู้ว่าคุณป่วยยังไม่พร้อมที่จะเล่าถึงสาเหตุของความกังวลใจได้ จึงเลือกที่จะใช้การนัดหมายในครั้งต่อไปเพื่อพูดคุยกับผู้ป่วยอีกครั้งเพื่อไม่ให้คุณป่วยรู้สึกกดดันมากเกินไป

#### 4.2.4.2 การอ้างเหตุผล

การอ้างเหตุผล หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ถ้อยคำว่า “ไม่รู้” ในการตอบคำถามจิตแพทย์ โดยให้จิตแพทย์เป็นฝ่ายบอกหรือค้นหาวิธีตอบคำถามนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้ตัวเองเข้าไปเกี่ยวข้องกับความต้องการหรือผิดพลาดจากการตอบคำถามของตนเอง พบทั้งหมด 10 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (102)

- |    |    |   |   |
|----|----|---|---|
| 1  | พ. | เป็นไงคะ  |   |
| 2  | ผ. | มาเอายา ยาจะหมดแล้ว   |   |
| 3  | พ. | ยาจะหมดแล้ว (1.0) มีอย่างอื่นมียื่นนอกจากมาเอายา  |   |
| 4  | ผ. | (ส่ายหน้า)  |   |
| 5  | พ. | ไม่มี มีความสุขดีนะ   |   |
| 6  | ผ. | (หัวเราะ) ก็มีคะ แต่มันนอนไม่หลับ   |   |
| 7  | พ. | Z นอนไม่หลับ(2.0) แล้วอยากแก้ไขยังไงคะ  |   |
| 8  | ผ. |   | Z ค่ะ   |
| 9  | พ. | อยากแก้ไขยังไงเรื่องนอนไม่หลับ  |   |
| 10 | ผ. | } <i>ไม่รู้ ถ้ามันไม่กินยา มันไม่หลับนี่หมอ เราก็ไม่ได้คิดอะไรนะ ไม่ได้เครียดไม่ได้อะไร</i> |   |
| 11 |    |   | } <i>แล้ว ทำไมมันยังหลับเองไม่ได้ก็ไม่รู้</i> |
| 12 | พ. | (2.0) ลองทบทวนชีวิตเนาะ ทบทวนชีวิตของคุณเองนะ ที่ว่ามาถึงวันนี้ได้มันเป็น :                 |   |
| 13 |    | (1.0)   |   |
| 14 | ผ. | (1.0) เป็นไง  |   |
| 15 | พ. | Z เอา ที่ ๆ คุณมาถึงวันนี้ได้เนี่ย มันเป็นอย่างไงบ้างชีวิตที่ผ่านมา                         |   |

- 16 ผ. (1.0) มันก็ดีขึ้นนะคะ
- 17 พ. Z หมายถึงว่า: (1.0) ตอนนี้อายุเท่าไรคะ
- 18 ผ. ห้าสิบหก

จากตัวอย่างในสถานการณ์ที่ (102) ในช่วงแรกจิตแพทย์ถามจุดประสงค์ในการมาตรวจรักษาว่า “เป็นไงคะ” และถามเกี่ยวกับความสุขของผู้ป่วยในบรรทัดที่ 5 ว่า “...มีความสุขดีนะ” ผู้ป่วยสามารถตอบได้อย่างชัดเจนตรงประเด็นว่า “มาเอายา ยาจะหมดแล้ว” และ “ก็มีคะ” หมายถึงการมีความสุขดีในเวลานี้ แต่เมื่อการสนทนาคำเนินไปถึงประเด็นการนอนไม่หลับ โดยจิตแพทย์ตั้งคำถามในบรรทัดที่ 7 ว่า “นอนไม่หลับ แล้วอยากแก้ไขยังไงคะ” และถามซ้ำในบรรทัดที่ 9 ว่า “อยากให้แก้ไขยังไงเรื่องนอนไม่หลับ” ผู้ป่วยจึงได้ใช้กลวิธีการอ้างเหตุผลความไม่รู้ ในบรรทัดที่ 10-11 ว่า “ไม่รู้ ถ้ามันไม่ได้กินยา มันไม่หลับนี่หมอ เราก็ไม่ได้คิดอะไรนะ ไม่ได้เครียดอะไรแล้ว ทำไมมันยังหลับเองไม่ได้ก็ไม่รู้” เนื่องจากเป็นกลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตนเองจากการวินิจฉัยของจิตแพทย์ว่าตนเองอาจจะมีพฤติกรรมบางประการที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการนอนไม่หลับ การตอบคำถามว่า “ไม่รู้” จึงเป็นความพยายามของผู้ป่วยที่ต้องการให้จิตแพทย์ทราบ ว่า ตนเองไม่ทราบสาเหตุของอาการดังกล่าวจริงและจิตแพทย์ควรเป็นฝ่ายค้นหาและรักษาอาการเหล่านั้นให้หายไป

#### 4.2.4.3 การอ้างบุคคลอื่น

การอ้างบุคคลอื่น หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยกล่าวถึงบุคคลอื่น ๆ เพื่ออ้างอิงว่าบุคคลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยโดยเป็นการกล่าวยืนยันว่าข้อมูลเหล่านั้นไม่ได้มาจากตัวผู้ป่วยเอง เป็นการป้องกันตนเองจากการตำหนิของจิตแพทย์ หากข้อมูลเหล่านั้นผิดพลาดไป พบกลวิธีนี้ทั้งหมด 20 ครั้ง เช่น

#### ตัวอย่างที่ (103)

- 1 พ. เดี่ยวเค้าคงจะนัดข้างหน้าให้นะครับ
- 2 ผ. [ เพราะว่าเดี๋ยวตรงกับที่ป่าไปที่ศิริราช เพราะ
- 3 ป่าจะมีประจำ
- 4 พ. อ้อ ได้เลยครับไม่มีปัญหา อันนั้นได้ครับ
- 5 ผ. ถ้าไม่ตรงป่าก็ไม่อยากเจอหมอกคนอื่นใช้มั้ยคะ เพราะว่าคนเดิมรู้ประวัติอยู่แล้วนี่

- 6 พ. Z
- 7 ครับ แต่ไม่ได้รับการรักษาทางจิตเวชใช้มัยครีบที่ศิริราช
- 8 ผ. [ ไม่ใช่ ๆ คือเกี่ยวกับทางเดินอาหาร
- 9 พ. อ้อ โอเคครับ
- 10 ผ. } Z แล้วเนี่ยที่ต้องมารักษาจิตเวชเนี่ย เขาบอกมา เจาะเลือดกลัวเป็น
- 11 } ไทรอยด์ หมอกี่ฟันธงมาเลย ผมว่าไม่ใช่อะไรครับ เครียด
- 12 พ. อย่างที่หมอบอกเนาะ เพิ่งมาอยู่สุราษฎร์ แล้วก็ปรับตัวใหม่
- 13 ผ. ใช่ ๆ
- 14 พ. Z แล้วก็ไม่ได้คอนเน็คกับเพื่อนด้วย
- 15 ผ. } Z หมอกี่ถามว่า เครียดเรื่องอะไรบอกหมอ
- 16 } มาเลยคือจะเครียดว่าเพราะป่าไม่มีลูก ลูกแรกก็ไม่มี ไม่ใช่ เครียดสามีแรกก็ไม่ใช่
- 17 ป่าบอกไม่ถูกคือมัน พอหลับตายังใจมัน ตาจะหลับแต่ใจไม่หลับนะ ป่าก็เลยบอกว่า
- 18 ป่าบอกไม่ถูก
- 19 พ. มันเจอได้ครับ กับคนที่เปลี่ยนที่อยู่อาศัยใหม่ ๆ
- 20 ผ. [ ใช่ ๆ

จากตัวอย่างในสถานการณ์ที่ (103) การสนทนาดำเนินไปเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคทางกายจากโรงพยาบาลอื่นผู้ป่วยจึงต้องใช้กลวิธีการอ้างบุคคลอื่นซึ่งเป็นถ้อยคำของอายุรแพทย์ที่เป็นผู้รักษาอาการป่วยทางกายของตนจึงได้อ้างถึงในบรรทัดที่ 10-11 ว่า “แล้วเนี่ยที่ต้องมารักษาจิตเวชเนี่ย เขาบอกมาเจาะเลือดกลัวเป็นไทรอยด์หมอกี่ฟันธงมาเลย ผมว่าไม่ใช่อะไรครับ เครียด ” เพื่อป้องกันตัวเองไม่ให้จิตแพทย์เข้าใจผิดว่าเป็นข้อมูลจากผู้ป่วยเอง โดยการอ้างถ้อยคำของอายุรแพทย์ที่แจ้งกับผู้ป่วยว่าอาการป่วยนี้น่าจะมีสาเหตุจากความเครียด และในบรรทัดที่ 15-16 ว่า “หมอกี่ถามว่า เครียดเรื่องอะไรบอกหมอมานะ ” เป็นการยืนยันอีกครั้งว่าถ้อยคำที่ผู้ป่วยกล่าวผ่านไบนั้นเป็นข้อมูลจากอายุรแพทย์จริง

#### 4.2.4.4 การขอโทษ

การขอโทษ หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้ถ้อยคำขอให้จิตแพทย์ไม่ถือโทษในกรณีที่อาจจะกล่าวล่วงเกินในสถานการณ์การสนทนาเพื่อตรวจรักษาโรค พบทั้งหมด 2 ครั้ง เช่น

## ตัวอย่างที่ (104)

- 1 พ. อันนี้คุณอุปสรรคตัวมั้ยครับ ว่าเหมือนเราหงุดหงิดเพิ่มขึ้นกว่าเดิม
- 2 ผ. (2.0) เหมือนกับว่า ตอนนี้นะ กับเพื่อนบ้านตามยกตัวอย่างนะนะ คือ เป็นการไม่
- 3 ถูกใจกันอยู่แล้วละ ที่นี้พอมีอะไรนิดอะไรหน่อยก็ทำให้โกรธขึ้นทันที
- 4 พ. Z อ้อมีเรื่องกัน
- 5 มาอยู่แล้ว
- 6 ญ. [ เหมือนควบคุมอารมณ์ไม่ได้
- 7 พ. อ้อ: ถึงขั้น: ขอโทษนะครับ ใช้คำหยาบใช้อะไรอย่างนี้เลยมั้ย
- 8 ญ. ใช่
- 9 ผ. [ ใช่ ] เพราะเราโกรธอยู่แล้วคือขอโทษนะคะ บ้านตรงข้ามนะเค้าก็เป็นหมอ
- 10 พ. Z อ้อ
- 11 ผ. เป็นหมอฟัน ที่นี้เค้าก็มารยาทไม่ดีเหมือนกัน เค้าก็ไม่พูดเพราะเหมือนกันนะ
- 12 } ขอโทษนะคะ
- 13 พ. Z อ้อ ครับ ๆ ยังไงครับ
- 14 ผ. ก็ไปบอกพ่อเค้าว่า อย่างจอดรถหน้าบ้านเวลานี้นะ เพราะเราเข้าบ้านไม่ได้ พ่อเค้ายังไม่ทันพูดอะไรเลย เจ้าตัวก็พูดออกมาเลยจะเข้าออกเวลาไหนละ นี่เป็นหมอนะ
- 15 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 16 พ. Z
- 17 เหมือนกับเค้าใช้คำน้ำเสียง
- 18 ผ. Z อ่า เราก็เอ๊ะ หมออะไรพูดอย่างนี้ วันนั้นก็ไม่ได้พูดอะไร จบไป แต่ในใจ
- 19 ไม่ชอบแล้วนะคะ อยู่มาวันหนึ่งหลายเดือนเป็นปี เค้าก็พูดใส่แฟนอีก แฟนบอกว่า
- 20 บอกแฟนคุณหมอนว่า เออ น้องไม่รู้ใครเอารถมาจอดตรงนี้พี่เข้าบ้านไม่ได้ คุณหมอน
- 21 คนนั้นเค้าก็พูดใส่มาอีก พี่จะเข้าบ้านออกบ้านเวลาไหนละ พูดอย่างนั้นอีก
- 22 พ. Z อ้อ
- 23 ผ. Z พี่ก็
- 24 บอกเป็นคุณหมอประสาอะไร มีความรู้แน่ พี่ไม่มีความรู้ พี่ก็ใส่เลย

ผู้ป่วยจากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (104) ใช้กลวิธีการขอโทษกับจิตแพทย์ในบรรทัดที่ 9 ว่า “คือขอโทษนะคะ บ้านตรงข้ามนะ คำก็เป็นหมอ” และใช้กลวิธีนี้อีกครั้งในบรรทัดที่ 11-12 ว่า “เป็นหมอฟัน ทีนี้คำก็มารยาทไม่ดีเหมือนกัน คำก็ไม่พูดเพราะเหมือนกันนะ ขอโทษนะคะ” เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกล่าวถึงเหตุการณ์ทะเลาะวิวาทเรื่องการจอดรถขวางทางเข้าออกบ้านกับคู่กรณีซึ่งเป็นทันตแพทย์ ผู้ป่วยจึงใช้การขอโทษเพื่อป้องกันตนเอง เพราะเกรงว่าถ้อยคำที่กล่าวออกไปจะเป็นการคุกคามอาชีพของจิตแพทย์ที่กำลังสนทนาด้วย

#### 4.2.4.5 การตอบไม่ตรงคำถาม

การตอบไม่ตรงคำถาม หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้ตอบคำถามที่ไม่ตรงกับจุดประสงค์ในการถามของจิตแพทย์เพื่อป้องกันความผิดที่ตนเองได้ทำหรือไม่ได้ทำตามที่จิตแพทย์ให้คำแนะนำไว้พบทั้งหมด 10 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (105)

- 1 พ. Z อารมณ์หงุดหงิดมันเกิดได้กับทุกคน แต่พอหงุดหงิดแล้วเรา
- 2 ควบคุมได้แสดงว่าโอเค ดีแล้ว
- 3 ญ. ก็ที่อยู่หอ กินข้าวได้ กินข้าวอร่อย(หัวเราะ)
- 4 ผ. กินได้หลาย น้ำหนักก็เพิ่มไปเรื่อยๆ
- 5 พ. Z อย่าให้อ้วนมากนะฮะ อ้วนมากเดี๋ยวเบาหวาน
- 6 ขึ้นอีก(1.0) กินข้าวเหนียวหรือเป่ล่านี
- 7 ผ. } ผมตรวจเมื่อสักพักได้ร้อยยี่สิบ
- 8 ญ. [ กินทั้งเหนียวทั้งเจ้าหมอ]
- 9 พ. หมอไม่ได้ห้ามกินข้าวเหนียว เขาห้ามกินข้าวเหนียวไข่ม้อย
- 10 ผ. เขาไม่ห้าม แต่ไม่ให้กินน้ำอัดลม

ผู้ป่วยจากสถานการณ์ตัวอย่างที่ (105) มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานได้ใช้กลวิธีการตอบไม่ตรงคำถามกับจิตแพทย์ในบรรทัดที่ 7 ว่า “ผมตรวจเมื่อสักพักได้ร้อยยี่สิบ” เนื่องจากในบรรทัดที่ 6 จิตแพทย์ได้สอบถามว่า “กินข้าวเหนียวหรือเป่ล่านี” ซึ่งเป็นคำถามที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ



ตอบให้ตรงประเด็นเพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานข้าวเหนียวในชีวิตประจำวัน การตอบไม่ตรงคำถามลักษณะนี้จึงเป็นการป้องกันตนเองไม่ให้จิตแพทย์สามารถกล่าวโทษพฤติกรรมของตนได้

กลวิธีกลุ่มที่ใช้เพื่อป้องกันตนเองทั้ง 5 กลวิธีนี้เป็นกลวิธีกลุ่มที่พบค่อนข้างน้อย ผู้ป่วยจะใช้กลวิธีเหล่านี้ในการสนทนาเพื่อให้ตนเองพ้นจากข้อกล่าวหาว่าอาจจะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงไปในด้านลบหรือไม่ต้องการให้อีกฝ่ายรู้ถึงความเป็นส่วนตัวมากจนเกินไป โดยพบกลวิธีการปฏิเสธมากที่สุด ส่วนการอ้างเหตุผล การอ้างบุคคลอื่นพบบางสถานการณ์ ส่วนการขอโทษและการตอบไม่ตรงคำถามพบน้อยที่สุดเพียงสถานการณ์เดียว

#### 4.2.5 กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเองกับจิตแพทย์

กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเองกับจิตแพทย์ หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้ในการสนทนาเพื่อให้ตนเองและจิตแพทย์มีความใกล้ชิดกันมากขึ้น เป็นการใช้สรรพนามระบุเครือญาติกับจิตแพทย์ ซึ่งพบ 1 กลวิธี คือ การใช้สรรพนามแสดงความใกล้ชิดพบ 4 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (106)

- 1 พ. แล้วที่บอกหมอว่า ตอนนั้นนอกจากเรื่องทำธุรกิจ มันก็กังวลในหลาย ๆ เรื่อง
- 2 เหมือนกันนะ
- 3 ผ. Z ค่ะ
- 4 พ. อย่างเช่นเรื่องชีวิตประจำวัน อนาคต
- 5 ผ. [ ค่ะ ] เรื่องญาติพี่น้องอะไรอย่างนี้ค่ะ
- 6 พ. } Z นะ เออ มัน
- 7 } หายไปแล้วยังไงครับคุณป้า นอกจากกินยาแล้ว มองว่ามันหายไปได้ยังไง
- 8 ผ. ไม่ทราบเหมือนกันค่ะ อาจจะสุขภาพจิตดีขึ้น หรืออะไรอย่างนี้ คิดว่านะ
- 9 พ. ครับ
- 10 ผ. } [ เพราะว่าเมื่อก่อนจิตเราอาจจะหมกมุ่นอยู่กับตัวนั้นค่ะ หมายถึงว่า เหมือนที่
- 11 } ป้าเล่าให้หมอฟังว่า ป้าอยู่กรุงเทพฯ
- 12 พ. Z ครับ
- 13 ผ. Z จนอายุหกสิบปี

- 14 พ. Z ครับ
- 15 ผ. } Z เมื่อก่อนมีเพื่อนมีฝูง
- 16 } มีอะไรเฮฮาทำงาน เสาร์อาทิตย์เราไปเที่ยว ไปนู่นไปนี่ แต่พอหกสิบปี ป้ากลับมา
- 17 } อยู่บ้าน ปู่ย่าตายายทั้งนั้นเดี๋ยวคนโน้นคนนี้ไม่สบาย แล้วมีป้าคนเดียวที่สามารถ
- 18 } ช่วยเหลือเขาได้ เพราะขับรถพาไปได้
- 19 พ. [ อ้อ ] Z อ่า ๆ
- 20 ผ. } ป้าเลยคิดว่าตัวนั้นอาจจะทำให้ความเครียดเข้ามาโดยที่เราไม่รู้ตัว
- 21 พ. [ ใช่ครับ อย่างนี้
- 22 } ส่วนหนึ่งนะครับ และหมอมว่า หนึ่งมันเป็นการปรับตัวนะ
- 23 ผ. } ค่ะใช่

จากตัวอย่างในสถานการณ์ที่ (106) จิตแพทย์เป็นฝ่ายเริ่มต้นใช้สรรพนามแสดงความใกล้ชิดก่อนโดยใช้สรรพนามในบรรทัดที่ 7 ว่า “เออมันหายไปได้อย่างไรครับคุณป้า...” จากนั้นผู้ป่วยจึงใช้ถ้อยคำแทนตัวเองว่า “คุณป้า” ตามที่จิตแพทย์ใช้เรียกเพื่อเพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมให้มากขึ้น เนื่องจากก่อนหน้านี้ผู้ป่วยได้ละการใช้สรรพนามแทนตนเอง แต่เมื่อจิตแพทย์ใช้คำเรียก “คุณป้า” ผู้ป่วยจึงตัดสินใจใช้สรรพนามแทนตนเองตามที่จิตแพทย์ใช้เรียกเพื่อให้เกิดความสนิทสนมระหว่างกัน

#### 4.2.6 กลวิธีที่ใช้เพื่อโน้มน้าวให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ

กลวิธีที่ใช้เพื่อโน้มน้าวให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้ถ้อยคำเสนอ ชักชวนหรือให้เหตุผลเพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามความต้องการของผู้ป่วย กลวิธีที่มีจุดประสงค์นี้พบเพียง 1 กลวิธี คือ การเจรจาต่อรองพบทั้งหมด 16 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (107)

- 1 ผ. } ทีนี้จะถามคุณหมอมว่า ลมชักเนี่ยจะรักษาต่อที่นี้หรือจะให้พี่ไปจุฬา
- 2 พ. } เอ่อ หมอว่าจริง ๆ ที่โรงบาลประจำจังหวัดที่นี้ก็มีหมออายุรกรรมประสาทเหมือน
- 3 } กันนะ
- 4 ผ. } [ คือ ขอโทษนะคะ คือที่พี่หาอยู่เนี่ย เค้าก็ให้พี่หาอาจารย์อยู่แล้ว

- 5 พ. Z อ่อๆ
- 6 ผ. } แต่พี่ถามว่า พี่ก็พอใจอยู่นะที่ได้เจออาจารย์หมด
- 7 พ. [ ไม่ๆ คือว่า แต่ถ้าอยาก follow
- 8 up ต่อที่นั่น หมอกก็ได้มีปัญหาอะไร
- 9 ผ. } [ ไม่ใช่ แต่ถ้าที่นี้ได้ก็ พี่ก็เอาทั้งสองอย่างก็ได้
- 10 พ. [ ไม่ ะ
- 11 คือที่นี้หมอกไม่ได้ เชี่ยวชาญเรื่อง คือยังงี้ ส่วนใหญ่ถ้าจะให้หมอกให้ได้ถูกมั้ย
- 12 ผ. Z ค่ะ
- 13 พ. Z
- 14 แต่ว่าการติดตามการรักษาหมอกไม่สามารถที่จะไป follow ตรงส่วนนั้นได้
- 15 ผ. } Z ค่ะ คือ
- 16 อากการที่เนะนะที่เค้าติดตามอยู่แล้ว ที่ว่าถ้าเค้าจะติดตามต่อกี่ดีนะ
- 17 พ. Z อ้อ ะ หมอว่า
- 18 ผ. [ พี่
- 19 ว่าพี่ดีกว่าเดิมนะ จากสองปีที่แล้วที่พี่เกร็งซ็อค นอนนิ่งตายไปสองสามนาที่เนะ
- 20 ก็ดีขึ้น
- 21 พ. [ครับ]
- 22 ผ. } แต่เวลาพี่จะมีอาการ พี่จะสั่นแบบ คนรอบข้างมองไม่เห็นนะคะ สั่นแบบที่รู้ตัว
- 23 คนเดียวนะ
- 24 พ. } นั้นแสดงว่าลมชักหมอกให้กินยาเหมือนเดิมนะ นะครับ(เขียนเอกสาร) หมอนัดสาม
- 25 สัปดาห์นะครับมาได้นะครับ
- 26 ผ. } ขอเป็นวันหยุดก็ได้มั้ยคะ
- 27 พ. Z อ่อ ต้องตรงกับวันหยุดนะ
- 28 ผ. } ค่ะ ก็พอดี ถ้ายังก็ ถ้าตรงวันหยุดได้ก็ดี เพราะแฟนเค้าวันหยุด(หัวเราะ)
- 29 พ. } Z ได้ ะ
- 30 } นั้นวันหยุดส่นะครับ แล้วก็ถ้ากินยาแล้วมีปัญหา ยังไงก็ให้มาหาก่อนนัดได้นะครับ
- 31 เนาะ

- 32    ญ.     ตัวนี้เรากินต่อ
- 33    พ.                                Z อะ ไซ่ ๆ

ผู้ป่วยเก่าเพศหญิงมีภาวะเครียดและปวดศีรษะจากตัวอย่างในสถานการณ์ที่ (107) เริ่มใช้กลวิธีการต่อรองเรื่องการรักษาโรคทางอายุรกรรมประสาทที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องอยู่แล้ว เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลทางอายุรกรรมประจำจังหวัด แต่โรคทางจิตเวชจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจิตเวชประจำจังหวัด จึงเริ่มต่อรองในบรรทัดที่ 4 ว่า “ขอโทษนะคะ คือที่พี่หาอยู่นี้ แเค้ก็ให้พี่หาอาจารย์อยู่แล้ว” เพื่อเกริ่นว่าการรักษาโรคทางกายที่โรงพยาบาลเดิมเป็นการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าหากย้ายมารักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดจะได้รักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือไม่ จึงได้ดำเนินการต่อรองเรื่อยมาจนถึงบรรทัดที่ 18-20 ว่า “พี่ว่าพี่ดีกว่าเดิมนะ จากสองปีที่แล้วที่พี่เกร็ง ซ็อค นอนนิ่งตายไปสองสามนาทินะ ก็ดีขึ้น” เป็นการโน้มน้าวให้จิตแพทย์เข้าใจว่าการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทำให้อาการป่วยทางกายดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การเจรจาต่อรองในครั้งนี้เป็นเรื่องที่จิตแพทย์สามารถยอมรับได้เห็นได้จากการตอบรับในบรรทัดที่ 21 ว่า “ครับ” นอกจากนี้ในสถานการณ์เดียวกันยังพบการเจรจาต่อรองอีกครั้งเรื่องการนัดหมายโดยเริ่มต้นในบรรทัดที่ 26 ว่า “ขอเป็นวันหยุดหีสได้มั้ยคะ” เพื่อเจรจาท่องกับจิตแพทย์ว่าผู้ป่วยสะดวกเดินทางมาพบจิตแพทย์เฉพาะวันหยุดหีสบดี และจิตแพทย์ตอบรับการเจรจาต่อรองนั้นในบรรทัดที่ 29-30 ว่า “ได้ ๆ ันวันหยุดหีสนะครับ...” จากข้อมูลการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชพบว่า ผู้ป่วยมักจะเป็นฝ่ายเริ่มต้นกลวิธีการเจรจาต่อรองเสมอ และจิตแพทย์จะตอบรับการเจรจาต่อรองนั้นเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นประเด็นที่เกี่ยวกับการนัดหมายหรือการปรับยาสำหรับผู้ป่วยเก่า ซึ่งสามารถยืดหยุ่นระยะเวลาและจำนวนของเม็ดยาที่รับประทานได้ หากสิ่งที่ต่อรองนั้นอยู่ในดุลพินิจของจิตแพทย์

กลวิธีทางภาษาที่ผู้ป่วยนอกใช้ในการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นกับจิตแพทย์มีจุดประสงค์หลักทั้งหมด 6 ประการ คือ เพื่อให้ข้อมูลประเด็นหลักกับจิตแพทย์ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล เพื่อปิดบังข้อมูล เพื่อป้องกันตนเอง เพื่อสร้างความเป็นกันเองกับจิตแพทย์ และเพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ แต่ละจุดประสงค์จะปรากฏการใช้กลวิธีทางภาษาที่หลากหลายเพื่อดำเนินการสนทนาให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ผู้ป่วยตั้งไว้ ดังตารางต่อไปนี้

จุดประสงค์	กลวิธี	จำนวน	ร้อยละ
1.กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูล รวม 204 ครั้ง	-การอธิบายหรือขยายความ -การกล่าวแย้งหรือปฏิเสธ -การใช้เรื่องเล่า -การใช้ความเปรียบ	132 22 32 18	33.10
2.กลวิธีที่ใช้เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล รวม 143 ครั้ง	-การกล่าวซ้ำ -การกล่าวยืนยัน	65 78	23.58
3.กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล รวม 107 ครั้ง	-การใช้ความเงิบ -การเปลี่ยนประเด็น -การหัวเราะ	51 20 36	23.58
4.กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตนเอง รวม 107 ครั้ง	-การปฏิเสธ -การอ้างเหตุผล -การอ้างบุคคลอื่น -การขอโทษ -การตอบไม่ตรงคำถาม	65 10 20 2 10	16.34
5.กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเอง รวม 4 ครั้ง	-การใช้สรรพนามแสดงความใกล้ชิด	4	0.68
6.กลวิธีที่ใช้เพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ รวม 16 ครั้ง	-การเจรจาต่อรอง	16	2.72
รวม	16 กลวิธี	581	100

ตารางที่ 7 ตารางสรุปกลวิธีทางภาษาของผู้ป่วยนอก

จากตารางข้างต้นแสดงให้เห็นว่า กลวิธีทางภาษาที่ผู้ป่วยนอกใช้ในการสนทนากับจิตแพทย์ และญาติผู้ป่วยทั้งหมด 16 กลวิธี มีกลวิธีที่พบมากในทุกสถานการณ์การตรวจรักษาคือกลวิธีการขยายความ การใช้เรื่องเล่า และการซ้ำคำหรือซ้ำความ ส่วนกลวิธีที่พบน้อยแต่เป็นกลวิธีที่มีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นจึงจะใช้กลวิธีเหล่านี้คือ กลวิธีการใช้ความเงิบ การหัวเราะ การปฏิเสธเพื่อปกป้องตนเอง การอ้างความไม่รู้ การอ้างบุคคลอื่น การขอโทษ และการเจรจาต่อรอง เนื่องจากกลวิธีเหล่านี้เป็นกลวิธีที่พบเฉพาะบางสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบข้อมูลกับจิตแพทย์ได้อย่างตรงไปตรงมา จึงต้องอาศัยกลวิธีที่หลากหลายในการเลี่ยงประเด็นบางอย่างเพื่อไม่ทำให้การสนทนาต้องหยุดชะงักไปเป็นเวลานาน และกลวิธีเหล่านี้อาจจะแฝงข้อมูลบางประการที่ผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายออกมาใน

ขณะนั้นได้ กลวิธีที่พบมากที่สุดคือการอธิบายหรือขยายความจะพบในช่วงต้นและช่วงกลางของการสนทนา เพื่อเป็นการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยของผู้ป่วยให้ชัดเจน ส่วนกลวิธีการเจรจาต่อรองมักจะพบในช่วงก่อนการปิดการสนทนา เนื่องจากเป็นขั้นตอนการปรับยา การสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการนัดหมาย เพื่อให้สะดวกต่อการเดินทางของผู้ป่วยและญาติให้มากที่สุด ดังนั้น หากจิตแพทย์พยายามวิเคราะห์ความหมายโดยนัยในกลวิธีเหล่านั้น อาจทำให้เข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสารมากยิ่งขึ้น

#### 4.3 กลวิธีทางภาษาของญาติผู้ป่วย

มาโนช หล่อตระกูล(2538: 172-175) จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลรามารัตนบดินทร์ได้กล่าวว่า “ความผิดปกติทางจิตเวชมักเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับผู้คนรอบตัวซึ่งที่สำคัญคือครอบครัวผู้ป่วย ดังนั้นการได้ประวัติจากญาติเพิ่มเติมจะทำให้มองเห็นภาพต่างๆ ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยมากผู้ป่วยมักมากับญาติหรือผู้อื่นพามา ตามหลักการแล้วจิตแพทย์ต้องพบผู้ป่วยก่อนพบญาติ โดยบอกญาติว่าหลังจากพบผู้ป่วยแล้วจิตแพทย์จะขอสนทนากับญาติ ซึ่งการพบญาตินี้ต้องขออนุญาตผู้ป่วยก่อนเสมอ ยกเว้นผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตหรือ disoriented มากจนทำให้การตัดสินใจเสียไป หากพบญาติโดยผู้ป่วยไม่อยู่ด้วย อย่าเปิดเผยความลับของผู้ป่วยไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม หากเห็นว่ามีข้อมูลบางอย่างที่สำคัญจำเป็นต้องพูด ต้องขออนุญาตผู้ป่วยก่อน และหากผู้ป่วยไม่อนุญาตจิตแพทย์สามารถยืนยันกับผู้ป่วยได้ว่า ต้องบอกเพื่อตัวของผู้ป่วยเอง แต่ไม่ควรบอกผู้อื่นโดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบเพราะจะเป็นการทำลายสัมพันธภาพในการรักษา ในสังคมไทยญาติมีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้ป่วยมาก เพราะผู้ป่วยจิตเวชมักมีปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน ญาติจะเป็นผู้ช่วยเหลือในจุดต่าง ๆ เหล่านี้ เจตคติของญาติมีผลกระทบต่อการรักษาในระยะยาว ดังนั้นจึงควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาเท่าที่จะทำได้ ดังนั้น การประทับใจที่ญาติมีต่อจิตแพทย์ในการพบกันครั้งแรกจึงมีความสำคัญมาก ส่วนใหญ่แล้วญาติมักต้องการทราบถึงการวินิจฉัยตลอดจนแผนการรักษา สิ่งสำคัญคือควรให้คำแนะนำแนวทางในการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยทุกครั้ง”

จากการศึกษาข้อมูลสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ญาติผู้ป่วยเป็นอีกฝ่ายหนึ่งในการสนทนาเพื่อตรวจรักษาโรคทางจิตเวชที่ใช้กลวิธีทางภาษาที่หลากหลาย โดยมีจุดประสงค์ในการใช้กลวิธีเหล่านั้นแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์กลวิธีทางภาษาโดยแยกตามจุดประสงค์ในการใช้กลวิธี ดังนี้

- 4.3.1 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูล
- 4.3.2 กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล
- 4.3.3 กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล
- 4.3.4 กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตนเอง
- 4.3.5 กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเอง
- 4.3.6 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ
- 4.3.7 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้การสนทนาคำเนินต่อเนื่องไป
- 4.3.8 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม

#### 4.3.1 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูล

กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูล หมายถึง กลวิธีกลุ่มที่ญาติผู้ป่วยใช้เพื่อตอบข้อมูลหรืออธิบายเกี่ยวกับอาการสำคัญของผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยกล่าวไปแล้วหรืออาการที่ผู้ป่วยไม่ได้กล่าวถึง เพื่อให้จิตแพทย์เข้าใจข้อมูลเหล่านั้นให้ชัดเจนยิ่งขึ้น กลวิธีในกลุ่มนี้พบ 4 กลวิธี คือ การอธิบายหรือขยายความ การกล่าวแย้งหรือปฏิเสธ การใช้เรื่องเล่า และการใช้ความเปรียบ

##### 4.3.1.1 การอธิบายหรือขยายความ

กลวิธีการอธิบายหรือขยายความ หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยใช้เพื่ออธิบายอาการป่วย สาเหตุของโรค หรือรายละเอียดในการดูแลรักษาซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องหลังจากที่ผู้ป่วยได้กล่าวไปแล้วแต่ยังไม่ชัดเจน พบทั้งหมด 52 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (108)

- |   |    |   |
|---|----|---|
| 1 | พ. | อารมณ์โกรธ อารมณ์โกรธเป็นยังไง เป็นตลอดเวลามั๊ยครับ |
| 2 | ญ. | ครับ  |
| 3 | ผ. | [ เป็นสิ ถ้ามาพูดเขี่ย ถ้าไม่พูดเขี่ยก็ไม่เป็น      |
| 4 | ญ. | [ตลอด]  |
| 5 | พ. | อ้อ ถ้าอยู่เฉย ๆ ไม่เป็นไร                          |
| 6 | ผ. | อืม ถ้ามาเหยียวยาก็                                 |
| 7 | ญ. | } [ เฝินจะซีร่กรอบบ้านไปหา ใครพูดผิดหู              |

- 8 ผ. มีมาพูดนินทา คนไม่ดีมันพูด ก็ว่ามันไม่ดี คนที่ว่่าดีก็ดี จนต้องออกจากบ้านไป
- 9 ญ. } - ก็คือ อากาการก็เป็นแบบนี้ละครับ ไม่มีใครเอาอยู่
- 10 ผ. [ เหลือแค่งยังไม่มีเครื่องขยาย
- 11 เสียงเท่านั้นละ - มันเป็นอย่างนี้ละใจยาย มันไม่ตินะ บางวันลุกขึ้นมาหุงข้าวก็ตีได้
- 12 สามวัน จากนั้นไปก็เหมือนเดิม มันไม่ดี
- 13 ญ. เอาละ เลิกบรรยาย เพ็นถามตอบตรง ๆ ไป
- 14 ผ. [ เอ้า ก็คนมันซื่อ
- 15 พ. [ นอนหลับมัย
- 16 ผ. หลับ
- 17 ญ. } Z หลับแต่ถ้าเครียดมาก็ไม่หลับเหมือนกัน
- 18 ผ. ก็ธรรมดา โกรธมาก ๆ
- 19 พ. Z มีดื่มเหล้ามัยครับ
- 20 ผ. โอ้ย ยายไม่กินสักครั้งเพราะเป็นโรคกระเพาะยายก็กินแต่น้ำ น้ำโค้กน้ำเค็มก็ไม่กิน
- 21 พ. Z
- 22 ความจำ ปกติดี ความจำปกติ
- 23 ผ. อืม
- 24 ญ. ไม่ ไม่ครับ
- 25 ผ. ไม่เท่าไร่ หลงหน้าหลงหลังเฉยๆ
- 26 พ. มีหลงลืม ยังทำงานได้มัยทุกวันนี้ละ
- 27 ญ. ไม่ได้เลยครับ Z เมื่อก่อนทำได้หมดครับ
- 28 ผ. [ ไม่ได้เลยขามันบวม ]
- 29 ญ. } ความจำก็ไม่เหมือนเดิม คือ จำอะไรไม่ได้ครับ
- 30 พ. Z ชักครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่

กลวิธีการอธิบายหรือขยายความในตัวอย่างที่ (108) เป็นสถานการณ์การตรวจรักษาโรคจิตกึ่งวลซึ่งมีญาติเข้าร่วมการสนทนา จิตแพทย์เริ่มสอบถามเกี่ยวกับอาการโรคของผู้ป่วยในบรรทัดที่ 1 ว่า “อารมณ์โกรธเป็นยังไง เป็นตลอดเวลาไหมครับ” และผู้ป่วยตอบในบรรทัดที่ 3 ว่า “เป็นสิ ถ้ามาพูดเหย้า ถ้าไม่พูดเหย้าก็ไม่เป็น” ญาติผู้ป่วยจึงเริ่มใช้กลวิธีการอธิบายหรือขยายความในบรรทัดที่ 7 ว่า “เพ็นจะชี้รถรอบบ้านไปหา ใครพูดผิดหู” เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามจิตแพทย์ได้อย่างละเอียดชัดเจน จึงต้องใช้การอธิบายหรือขยายความเพื่อช่วยให้จิตแพทย์เข้าใจมาก



ขึ้น ซึ่งปรากฏกลวิธีการอธิบายหรือขยายความอีกครั้งในบรรทัดที่ 9 ว่า “ก็คือ อาการก็เป็นแบบนี้ล่ะครับ ไม่มีใครเอาอยู่” บรรทัดที่ 17 ว่า “หลับแต่ถ้าเครียดมากก็ไม่หลับเหมือนกัน” และบรรทัดที่ 29 ว่า “ความจำก็ไม่เหมือนเดิม คือ จำอะไรไม่ได้ครับ” เพื่ออธิบายรายละเอียดให้จิตแพทย์เข้าใจอาการของผู้ป่วยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ตัวอย่างที่ (109)

- 1 ผ. [ ผมก็ต้องออกกำลังกายทุกวัน  
2 พ. [ เอ้อ ดีแล้ว  
3 ผ. [ ควบคุมอาหาร เมื่อก่อนผม  
4 ทำงานหนักตั้งแต่เด็ก  
5 พ. Z เอ้อ  
6 ผ. แล้วผมเคย งูเห่าเคยกัด  
7 ญ. [ ที่ๆ ได้มาเนี่ย ตอนแรกแกคิดจะฆ่าตัวตาย  
8 ผ. ผมคิดจะฆ่าตัวตาย  
9 ญ. แล้วลูกรู้เร็วก็โทรมาบอก ก็เลยมาหาหมอ ค่ะ  
10 พ. [ เลยมาที่นี้ ] Z แต่ว่าตอนนี้ไม่มีเนาะ ตอนนี้  
11 ไม่ได้ทำงาน หรือยังเปิดอยู่เหมือนเดิม  
12 ญ. Z ไม่ ไม่ได้ทำ  
13 ผ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [ ปิดเลยๆ ทำไม่ได้เลย  
14 พ. CHULALONGKORN UNIVERSITY Z แล้ว  
15 ระหว่างวันตอนนี้ทำอะไรอยู่บ้างนะครับ  
16 ผ. ก็เที่ยวกวาดเก็บของนู่นนี่  
17 ญ. } [ อยู่บ้าน งานบ้านนิดหน่อย เช็ครถ แต่ก็ไม่ได้ทำอะไร  
18 } มาก  
19 พ. Z ก็ถือว่าเป็นช่วงพักผ่อนเนาะ คุณลุงเนาะ  
20 ผ. Z ครับ

กลวิธีการอธิบายหรือขยายความในตัวอย่างที่ (109) เป็นสถานการณ์การตรวจรักษาโรควิตกกังวลซึ่งมีญาติเข้าร่วมการสนทนา เพื่ออธิบายรายละเอียดให้จิตแพทย์เข้าใจอาการของผู้ป่วยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนั้น การอธิบายหรือขยายความจึงเป็นกลวิธีที่มีความสำคัญมากของญาติผู้ป่วย

เนื่องจากในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายหรือไม่ต้องการสนทนากับจิตแพทย์ และในบางสถานการณ์ญาติจะเป็นฝ่ายที่อธิบายหรือขยายความให้จิตแพทย์ทราบข้อมูลต่างๆ ได้ครอบคลุมกว่าผู้ป่วยอธิบายด้วยตนเอง

#### 4.3.1.2 การกล่าวแย้งหรือปฏิเสธ

การกล่าวแย้งหรือปฏิเสธ หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยใช้เพื่อบอกจิตแพทย์ให้ทราบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยเข้าใจหรือจิตแพทย์ตั้งคำถามก่อนหน้านี้เป็นความเข้าใจผิด และญาติผู้ป่วยกล่าวถ้อยคำตรงกันข้ามเพื่อนำเสนอข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยมีความเห็นว่าถูกต้องกว่าข้อมูลเดิม พบทั้งหมด 12 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (110)

- 1 พ. แล้วไปติดผู้หญิงด้วยหรือเปล่า
- 2 ผ. (3.0)
- 3 ญ. (พูดกับผู้ป่วย) ชอบเขาไหม ที่ผ่าน ๆ มานะ (พูดกับจิตแพทย์) เจ็ดแปดคนแล้วค่ะ
- 4 ตั้งแต่ผู้หญิงเข้ามาในชีวิตเค้า
- 5 พ. มีคนมาจีบว่าฉันเถอะ
- 6 ญ. จำ มีคนมาชอบเค้า
- 7 พ. (2.0) เลยกลัวว่าภรรยาจะเป็นแบบผู้หญิงที่มาชอบ
- 8 ญ. ใจค่ะ
- 9 พ. อยู่กันมาก็ปีแล้ว
- 10 ผ. ตั้งแต่ (3.0)
- 11 ญ. [ พ.ศ. ตั้งแต่ พ.ศ.2530 ค่ะ
- 12 พ. แล้วภรรยาเป็นอย่างนั้นมั๊ย
- 13 ผ. (3.0) ก็ ห้ามก็ไม่ฟัง
- 14 ญ. } (หัวเราะ) ภรรยาไม่เคยเป็น ลูกก็ไม่เป็น แต่พ่อเขาคิดมากไปเอง
- 15 พ. มีซิมเซรามั๊ยคะ
- 16 ญ. Z เซราม่า กลางวันก็ร้องให้กลัวเมียหนี กลัวเมียทิ้ง:
- 17 พ. (1.0) กลัว เซราม่า กลัวถูกทิ้งเนาะ (2.0) แต่จริง ๆ ภรรยาที่อยู่ด้วยกันมั๊ย
- 18 ญ. จ๊ะ ไม่เคยห่างกันเลย

จากตัวอย่างที่ (110) ผู้ป่วยชายรายเก่าโรคซึมเศร้ามาพบจิตแพทย์กับภรรยาโดยมีประเด็นที่ผู้ป่วยเครียดมากกว่าเดิมคือหวงภรรยา ทำให้จิตแพทย์จำเป็นต้องสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องมากขึ้นโดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสมมติฐานของผู้ป่วยว่าภรรยาจะนอกใจ จิตแพทย์จึงสอบถามผู้ป่วยในบรรทัดที่ 12 ว่า “แล้วภรรยาเป็นอย่างนั้นมั๊ย” เมื่อผู้ป่วยตอบในบรรทัดต่อมาว่า “ก็ ห้ามก็ไม่ฟัง” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกำลังยืนยันข้อสงสัยของตนเอง ทำให้ภรรยาที่นั่งอยู่ภายในห้องตรวจร่วมกันต้องใช้กลวิธีการปฏิเสธในบรรทัดที่ 14 ทันทีว่า “ภรรยาไม่เคยเป็น ลูกก็ไม่เป็น แต่พ่อเขาคิดมากไปเอง” เพื่อยืนยันให้จิตแพทย์และผู้ป่วยรู้ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยคิดไม่เป็นความจริง

#### 4.3.1.3 การใช้เรื่องเล่า

การใช้เรื่องเล่า หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยนำเสนอเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะบอกเล่าแบบเรียงลำดับเวลา มักจะพบหน่วยเชื่อมโยงบอกเวลา เช่น เมื่อก่อน ก่อนหน้านี้ หลังจากนั้น ต่อมา จนกระทั่ง แล้ว เวลา พบทั้งหมด 7 ครั้ง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่างที่ (111)

- 1 พ. Z คนอื่น ๆ เขาเป็นยังไงกับเรา
- 2 ผ. (2.0) ก็เหมือนที่เราทำอะไร ยังไม่รู้เรื่อง
- 3 พ. อือฮิ
- 4 ผ. Z ก็ต้องเชื่อความคิดของเราเหมือนกัน ความคิดของเขาเหมือนกัน ไม่ใช่แต่ว่า
- 5 เชื่อว่ามีความต้องการ
- 6 พ. [ หืม
- 7 ผ. Z ต้องการอะไรต้องทำให้ได้นั้นแหละ ถ้าทำไม่ได้จะทำ
- 8 ยังไง
- 9 พ. (หัวเราะ)
- 10 ผ. [ ต้องทำให้ได้เหมือนเดิม ผมก็เลยถามไปว่า ทำไปเพื่ออะไรอย่างนี้
- 11 พ. [ อืม
- 12 อาฮ๊ะ

- 13 ผ. Z ก็ เพื่อให้ตัวเองได้มีความสุข ก็แค่นั้นนี่ ไม่ใช่อย่างอื่น ไข่ม้อยละ ก็ไม่ถึงตาย
- 14 (2.0) แบบนั้นได้มัย
- 15 พ. (2.0) ทำอะไรนะคะ
- 16 ญ. (หัวเราะ) คืออย่างนี้คะคุณหมอ เค้าเป็นแบบนี้ เค้าอยู่กับคุณพ่อคุณแม่ พวกพี่น้อง 17  
รับราชการ แล้วสองตายายนี่เขาจะทะเลาะกันช่วงพักจากการค้าขาย ซึ่งก็จะ
- 18 เกือบกด กดดัน
- 19 พ. อาฮะ
- 20 ญ. กดดันเขา อยากให้เขาช่วยงานมั่ง เขาไม่สามารถทำได้
- 21 พ. Z อือฮิ
- 22 ญ. แล้วก็กดดันเขาในเรื่องของการซักผ้า ทำอะไรต่าง ๆ อะไรประมาณนี้คะ
- พ. Z อืม
- 23 ญ. Z
- 24 แต่เขาทำไม่ได้
- 25 พ. (2.0) กดดันให้ทำงานแต่ทำไม่ได้
- 26 ญ. Z ค่ะ (2.0) เขาก็เลยมีความรู้สึกกว่าเค้า (2.0)
- 27 พ. เศร้า
- 28 ญ. Z เศร้า ซึมเศร้าไป เวลาคุณพ่อคุณแม่ทะเลาะกัน เวลาค้าขายเป็นประจำ 29  
เป็นพวกเสียงดัง คนนี้เขาก็รู้สึกเครียด ๆ ไปด้วย
- 30 พ. เลยเครียดไปใหญ่ไข่ม้อยคะ
- 31 ญ. Z ค่ะ
- 32 พ. (3.0) แต่ตอนนี้ไม่มีความคิดทำร้ายตัวเองแล้วไข่ม้อยคะ ไม่มีแล้วนะ (2.0) ตอนนี้
- 33 ความมั่นใจตัวเองเป็นยังไง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากตัวอย่างที่ (111) เป็นผู้ป่วยชายที่กำลังพยายามอธิบายเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตให้จิตแพทย์ฟัง แต่การอธิบายที่ผู้ป่วยกำลังพยายามบอกนั้นไม่สามารถทำให้จิตแพทย์เข้าใจเรื่องราวได้ทั้งหมด ญาติผู้ป่วยจึงได้ใช้กลวิธีการเล่าเรื่องให้จิตแพทย์ฟังเกี่ยวกับสาเหตุที่คาดว่า จะเป็นปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยแทนผู้ป่วย โดยเล่าเป็นเหตุการณ์และเรียงตามลำดับ

การเกิดขึ้นก่อนหลังตั้งแต่บรรทัดที่ 16-29 เพื่อให้จิตแพทย์เข้าใจเรื่องราวได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น การใช้เรื่องเล่าเป็นกลวิธีที่พบทุกครั้งที่มิญาติผู้ป่วยเข้าร่วมการสนทนาด้วย เนื่องจากเป็นกลวิธีที่จะทำให้จิตแพทย์เข้าใจเรื่องราวและปะติดปะต่อได้อย่างเป็นระบบทั้งที่ไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์นั้น

#### 4.3.1.4 การใช้ความเปรียบ

การใช้ความเปรียบ หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยใช้ถ้อยคำแสดงภาพพจน์เปรียบเทียบกับอาการป่วยของผู้ป่วยเพื่อให้จิตแพทย์มองเห็นภาพได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น พบทั้งหมด 4 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (112)

- |   |    |  |
|---|----|--|
| 1 | พ. | Z แล้วดูอีกทีว่าถ้าอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว อารมณ์ซึมเศร้าเขาจะดีขึ้นมั้ย |
| 2 | ญ. | อืม  |
| 3 | พ. | Z เพราะว่าตอนนี้เหมือนจะสับสนกับเรื่องหว่านก่อนข้างเยอะ                |
| 4 | ญ. | ใช่ ใช่ค่ะ เหมือนกับฟุ้งซ่านนะคะ                                       |
| 5 | พ. | ค่ะ  |
| 6 | ญ. | } เหมือนเนื้อที่อยู่ในพิชซ่าแล้วอบ ระเบิดเลย (หัวเราะ)                 |
| 7 | พ. |  |
| 8 | ญ. | ได้ค่ะ ขอบคุณค่ะ   |

จากตัวอย่างที่ (112) เป็นการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ญาติพยายามอธิบายโดยใช้ความเปรียบในบรรทัดที่ 6 ว่า “เหมือนเนื้อที่อยู่ในพิชซ่าแล้วอบ ระเบิดเลย” เพื่ออธิบายให้จิตแพทย์เกิดภาพขึ้นในใจถึงความรุนแรงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

#### 4.3.2 กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยกล่าวถ้อยคำเดิมที่จิตแพทย์หรือผู้ป่วยได้กล่าวผ่านไปแล้วอีกครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่

จิตแพทย์หรือผู้ป่วยได้กล่าวผ่านไปแล้ว พบ 2 กลวิธี คือ การกล่าวซ้ำ และการสรุปความ ดังตัวอย่างต่อไป

#### 4.3.2.1 การกล่าวซ้ำ

การกล่าวซ้ำ หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยกล่าวถ้อยคำสำคัญที่จิตแพทย์หรือผู้ป่วยได้กล่าวผ่านไปแล้วซ้ำอีกครั้งเพื่อทบทวนและเน้นย้ำถ้อยคำให้ถูกต้องชัดเจนยิ่งขึ้น พบทั้งหมด 21 ครั้ง เช่น

		ตัวอย่างที่ (113)
1	พ.	ลูกเป็นไงมั่ง
2	ญ.	Z ก็ดีขึ้นอะหมอ ให้เค้าทำบ้านใหม่ ให้เค้าอยู่ ให้เค้าช่วยทำงานที่บ้าน
3	พ.	เค้าทำได้
4	ญ.	Z ได้ ทำได้
5	พ.	กินยาสามเม็ดนะ สองอย่างนี้
6	ญ.	[ สองอย่าง ๆ
7	พ.	สี: เหลือง
8	ญ.	[ เหลือง กับเป็นแผง
9	พ.	Z กับเป็นแผง
10	ญ.	จ๊ะ เป็นแผง
11	พ.	โอเค
12	ญ.	Z หมอให้สั๊กก็เดือนคะเนี่ย
13	พ.	Z สาม
14	ญ.	สามเดือนเนาะ
15	พ.	สิทธิ์ได้สาม

จากตัวอย่างที่ (113) เป็นการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งไม่มีผู้ป่วยร่วมอยู่ในบทสนทนา แต่จิตแพทย์ต้องการข้อมูลการประเมินอาการป่วยของผู้ป่วยผ่านผู้ดูแลรักษา จึงได้สอบถามญาติเป็นการส่วนตัวโดยไม่มีผู้ป่วย เมื่อได้ทราบ

ข้อมูลแล้วจึงแจ้งให้ญาติทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาและช่วงเวลานัดหมายครั้งต่อไป ญาติจึงต้องใช้กลวิธีการกล่าวซ้ำคำของจิตแพทย์เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลในบรรทัดที่ 6 ว่า “สองอย่าง ๆ” หมายถึงยาสองชนิด บรรทัดที่ 8 ว่า “เหลือ...” หมายถึงยาเม็ดสีเหลือง บรรทัดที่ 10 ว่า “เป็นแผง” หมายถึงเป็นยาที่บรรจุอยู่ในแผง และบรรทัดที่ 14 ว่า “สามเดือนเนาะ” หมายถึง เวลานั้นนัดหมายครั้งต่อไปคืออีกสามเดือนข้างหน้า การใช้กลวิธีการกล่าวซ้ำของญาติผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ จำเป็นค่อนข้างมาก เพราะญาติผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะส่งผลต่อการให้ยาและการดูแลรักษาต่อเนื่องของ ผู้ป่วยต่อไป

#### 4.3.2.2 การสรุปความ

การสรุปความ หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยกล่าวถ้อยคำใจความสำคัญจากการ อธิบายของจิตแพทย์หรือผู้ป่วยโดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงเนื้อความ แต่ปรับเปลี่ยนให้เป็นถ้อยคำที่กระชับ และเข้าใจง่ายมากขึ้นเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่กล่าวผ่านไป พบทั้งหมด 9 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (114)

- |    |    |   |                       |
|----|----|---|-----------------------|
| 1  | ญ. | แกตอนนี้ แกกังวลเรื่องในปาก   |                       |
| 2  | พ. | [ ในปากคือเรื่องทางกายเนาะ  |                       |
| 3  | ญ. |   | Z น้ำลายเหนียว คิดว่า |
| 4  |    | น่าจะเป็นเพราะยาตัวนี้  |                       |
| 5  | พ. | เอ๊ะ ไม่ค่อยนะ  |                       |
| 6  | ผ. | Z เมื่อก่อนไม่เคยเป็นนะ   |                       |
| 7  | พ. | คือถ้าเป็นมันน่าจะเป็นนานแล้ว ส่วนของหมอ หมอนัดสามเดือนเหมือนเดิมนะ |                       |
| 8  | ญ. | ค่ะ   |                       |
| 9  | พ. | Z แล้วก็อาจจะปรับลดได้สักสองตัวนะ ตัวนี้ให้จำนวนมิลลิกรัมน้อยลงนะ   |                       |
| 10 |    | หมายถึงว่าจำนวนที่กินอยู่มันหนึ่งมิลลิกรัม ให้ลดลงเหลือศูนย์จุดห้า  |                       |
| 11 | ญ. | } แต่ยาเดิม   |                       |
| 12 | พ. |   | Z แต่ตัวเดิมนะ        |
| 13 | ญ. | หมอว่าเปลี่ยนยาแกจะ   |                       |

14 พ. [ แต่ถ้ามีอะไรก็ให้มาหาก่อนนัดได้นะครับ

กลวิธีการสรุปความของญาติผู้ป่วยปรากฏขึ้นในสถานการณ์ตัวอย่างที่ (114) บรรทัดที่ 11 ว่า “แต่ยาเดิม” เนื่องจากก่อนถ้อยคำนี้จิตแพทย์เป็นฝ่ายอธิบายเกี่ยวกับการปรับลด การรับประทานยาให้น้อยลง เพราะผู้ป่วยแจ้งว่าได้รับผลข้างเคียงจากการรับประทานยา เมื่อญาติ ผู้ป่วยได้ฟังคำอธิบายนั้นแล้วจึงได้ใช้การสรุปความว่า “แต่ยาเดิม” เพื่อให้จิตแพทย์ยืนยันความ ถูกต้องของข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยเข้าใจ ซึ่งจิตแพทย์ก็ได้ยืนยันตามถ้อยคำดังกล่าวจึงทำให้การสนทนาใน เรื่องอื่นสามารถดำเนินต่อไปได้

#### 4.3.3 กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล

กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยใช้เพื่อปิดบังข้อมูลบางประการกับ จิตแพทย์ เนื่องจากอาจจะไม่ต้องการอธิบายเกี่ยวกับประเด็นเดิม พบ 2 กลวิธี คือ การเปลี่ยน ประเด็น พบทั้งหมด 4 ครั้ง และการหัวเราะ พบทั้งหมด 16 ครั้ง ดังตัวอย่างที่พบทั้งสองกลวิธีต่อไปนี้

ตัวอย่างที่ (115)

- 1 พ. อ้อ แล้วหงุดหงิดละอะ หมอว่าปกติเนาะ มันคงมีเรื่อง
- 2 ผ. [ ครับ อันหงุดหงิดนี้
- 3 ช่วงแรกๆ มันควบคุมไม่ได้
- 4 พ. Z ครับ
- 5 ผ. (1.0) เกิดอยากฆ่าเขา แต่ว่าช่วงนี้ไม่ได้เป็นอย่างนั้น มันควบคุมได้ แต่ก็รำคาญอยู่
- 6 พ. Z
- 7 ครับ แสดงว่าปกติแล้ว
- 8 ผ. Z ครับ
- 9 พ. Z อารมณ์หงุดหงิดมันเกิดได้กับทุกคน แต่พอ
- 10 หงุดหงิดแล้วเราควบคุมได้แสดงว่าโอเค ดีแล้ว
- 11 ญ. } ก็คืออยู่หอกร กินข้าวได้ กินข้าวอร่อย (หัวเราะ)
- 12 ผ. กินได้หลาย น้ำหนักก็เพิ่มไปเรื่อย ๆ



- 13 พ. Z อย่าให้อ้วนมากนะฮะ อ้วนมากเดี๋ยวบหาหวาน
- 14 ขึ้นอีก (1.0) กินข้าวเหนียวหรือเปล่านี
- 15 ผ. ผมตรวจเมื่อสักพักได้ร้อยยี่สิบ
- 16 ญ. [ กินทั้งเหนียวทั้งเจ้าหมอ
- 17 พ. หมอไม่ได้ห้ามกินข้าวเหนียว เขาห้ามกินข้าวเหนียวไข่ม้อย
- 18 ผ. เขาไม่ห้าม แต่ไม่ให้กินน้ำอัดลม
- 19 พ. อืม น้ำตาลก็ไม่ได้สูงนะ
- 20 ผ. น้ำตาลร้อยยี่สิบ
- 21 พ. ก็สูงอยู่นะ พยายามคุมอาหารด้วย อย่าให้อ้วนนะฮะ
- 22 ญ. } จ้า แต่เพิ่นกินแซ่บ (หัวเราะ)
- 23 พ. Z กินแซ่บเพราะยาที่หมดให้นี้แหละ
- 24 ญ. คงจะใช้ละหมอ
- 25 ผ. ของแซ่บเกิดจากยานี้
- 26 พ. Z ใช่

ในตัวอย่างที่ (115) เป็นสถานการณ์ที่ประกอบด้วย 2 กลวิธี คือ การเปลี่ยนประเด็น และการหัวเราะเพื่อกลบเกลื่อนข้อมูลบางประการ เห็นได้จากการสนทนาตั้งแต่บรรทัดที่ 1-10 เป็นการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยในประเด็นเรื่องความหงุดหงิด และเมื่อจิตแพทย์ยืนยันในบรรทัดที่ 10 ว่า “...หงุดหงิดแล้วเราควบคุมได้แสดงว่าโอเค...” ญาติผู้ป่วยอาจจะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยพูดในประเด็นเดิมเกี่ยวกับความหงุดหงิด เพราะอาจจะทำให้จิตแพทย์ตีความว่าอาการป่วยไม่ดีขึ้น จึงได้เปลี่ยนประเด็นบรรทัดที่ 11 ว่า “ก็ดีอยู่หรอก กินข้าวได้ กินข้าวอร่อย (หัวเราะ)” เพื่อให้บทสนทนาดำเนินไปเกี่ยวกับเรื่องใหม่ นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยยังได้ใช้กลวิธีการหัวเราะในบรรทัดที่ 22 ว่า “จ้า แต่เพิ่นกินแซ่บ(หัวเราะ)” เพื่อกลบเกลื่อนข้อมูลแทนผู้ป่วยว่า ถึงแม้ว่าจิตแพทย์จะแจ้งว่าให้คุมอาหารแต่ผู้ป่วยมีความสุขกับการรับประทาน ทำให้ญาติก็ต้องจัดหาดูแลให้ตามที่ต้องการ จึงอาจจะทำให้ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ตามคำแนะนำของจิตแพทย์

#### 4.3.4 กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตัวเอง

กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตัวเอง หมายถึง กลวิธีกลุ่มที่ญาติผู้ป่วยใช้ในการสนทนาเพื่อให้ตนพ้น การกล่าวหาว่าอาจจะจะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงไปในทางลบต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย พบ 3 กลวิธี คือ การ อ้างเหตุผล การอ้างบุคคลอื่น การอ้างผู้ป่วย

##### 4.3.4.1 การอ้างเหตุผล

การอ้างเหตุผล หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยใช้ถ้อยคำว่า “ไม่รู้” ในการตอบคำถาม จิตแพทย์ โดยให้จิตแพทย์เป็นฝ่ายบอกหรือค้นหาวิธีตอบคำถามนั้น เพื่อป้องกันตนเองจากความ ผิดพลาดของข้อมูลหรือพฤติกรรมบางประการในการดูแลรักษาผู้ป่วย พบทั้งหมด 4 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (116)

- |    |    |  |   |
|----|----|--|---|
| 1  | ญ. | ดู ๆ ไปมันกลัว ๆ นะ กลัวพ่อ ถ้าพ่อเห็นมันขอเงินแม่ มันจะหลบ จะคอยแอบถ้าอยู่                  |   |
| 2  |    | จะไม่ขอ  |   |
| 3  | พ. | ก็นั่นนะสิ หมอว่าก็ให้พ่อเป็นคนจัดการไม่ได้หรอก  |   |
| 4  | ญ. |  | Z ฉันทำใจไม่ได้ พ่อเขาคุมมาก            |
| 5  | พ. |  | Z                                       |
| 6  |    | ต้องดูแลคะถึงจะเอาอยู่   |   |
| 7  | ญ. | [ มันเคยขโมยเงินครั้งนึงห้าร้อย พ่อมันจับได้ ตบมันเลือดมันออก ฉันทัน                         |   |
| 8  |    | เป็นลมเลย ฉันทันว่าเจ้าอย่าตีลูก เจ้าตีลูกก็เหมือนตีฉันทัน ฉันทันว่าอย่างนี้ มันทำผิดยังไงก็ |   |
| 9  |    | ไม่ต้องตี ฉันทันรับไม่ได้ฉันทันว่าแบบนี้ล่ะคุณหมอ  |   |
| 10 | พ. |  | Z แล้วแต่ว่าส่วนหนึ่งที่คนไข้เป็นแบบนี้ |
| 11 |    | ก็เพราะว่าเราอ่อนเกินไป  |   |
| 12 | ญ. |  | Z ไม่รู้                                |
| 13 | พ. | ก็เลยได้ใจ   |   |
| 14 | ญ. | พ่อมันว่าแต่ก่อนมันยังอายุน้อย แม่บอกสอนได้ เตียนนี้มันเป็นเป็นฝ่ายบังคับแม่                 | 15                                      |
|    |    | เจ้าก็ตามใจลูกเอาใจมันให้มีความสุขความสบาย ว่าแต่สงสารลูกนะ                                  |   |
| 16 | พ. |  | Z ค่ะ                                   |

การสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับญาติผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ (116) เป็นการกล่าวถึงอาการปัจจุบันของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นบุตรชายของญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้นทำให้จิตแพทย์จำเป็นต้องสอบถามญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ญาติจึงเล่าเรื่องให้จิตแพทย์ฟังถึงพฤติกรรมในแง่ลบของผู้ป่วย และเมื่อจิตแพทย์ให้ความเห็นในบรรทัดที่ 10-11 ว่า “แล้วแต่ว่าส่วนหนึ่งที่คนไข้เป็นแบบนี้ก็เพราะว่าเราอ่อนเกินไป” เป็นอธิบายให้ญาติเห็นว่าวิธีการเลี้ยงดูผู้ป่วยอาจจะจะเป็นเหตุผลให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้น ญาติจึงตอบในบรรทัดที่ 12 ว่า “ไม่รู้” เพื่อป้องกันตนเองซึ่งแสดงถึงการไม่ยอมรับว่าพฤติกรรมของตนเองน่าจะเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าในบรรทัดที่ 14-15 ญาติยังได้อ้างเหตุผลสนับสนุนพฤติกรรมของตนเพื่อโน้มน้าวให้จิตแพทย์เข้าใจถึงสาเหตุที่ญาติดูแลผู้ป่วยตามที่กล่าวมา

#### 4.3.4.2 การอ้างบุคคลอื่น

การอ้างบุคคลอื่น หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยกล่าวถึงบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่ออ้างอิงเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหรือแสดงความน่าเชื่อถือเกี่ยวกับข้อมูลของโรค และเพื่อป้องกันตนเองหากข้อมูลเหล่านั้นผิดพลาดไป พบทั้งหมด 7 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (117)

- 1 ญ. พอดีเขาเป็นโรคพาร์กินสันอยู่นะคะ แล้วก็ แล้วก็มือเขาสั่น
- 2 พ. [ ค่ะ ]
- 3 ญ. มือสั่นแล้วทีนี้ ปีนี้จะเกษียณ
- 4 พ. Z อะ อาอะ
- 5 ญ. Z เกษียณปีห้าเก้า
- 6 พ. ค่ะ
- 7 ญ. Z แล้วทีนี้ (1.0)
- 8 พ. ปีที่ผ่านมา
- 9 ญ. ไม่ค่ะ ปีห้าเก้า ปีพอศอห้าเก้า
- 10 พ. Z อ้อ โอเค
- 11 ญ. Z ค่ะ อีกเก้าเดือนจะเกษียณ แล้วทีนี้

- 12 } ผู้บังคับบัญชาที่เลยไม่ ไม่อยากให้ไปทำงาน ให้พักผ่อนรักษาโรค แล้วที่นี้ เขาก็ 13  
 14 } อยู่บ้านคนเดียว  
 14 พ. อยู่คนเดียวมานานเท่าไรแล้วคะ  
 15 ญ. (2.0) สาม ประมาณสามเดือน โอ้ หลายเดือนประมาณสามเดือน สามสี่เดือนห้า  
 16 เดือน ประมาณนี้ละคะ แกก็ไปมาอยู่ณะกะที่ทำงาน อาทิตย์ละครั้งสองอาทิตย์ครั้ง  
 17 พ. เลยเหงาใช้มั๊ยคะ  
 18 ญ. Z เหงาค่ะ  
 19 พ. เศร้ามั๊ยคะ(พูดกับผู้ป่วย)  
 20 ผ. (2.0) อะไรครับ  
 21 พ. เศร้ามั๊ย  
 22 ญ. [เศร้ามั๊ย]  
 23 ผ. (2.0) เศร้าก็มีอยู่

จากตัวอย่างที่ (117) เป็นสถานการณ์ที่จิตแพทย์สนทนากับญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของโรคทางจิตเวชของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยจึงได้ใช้กลวิธีการอ้างบุคคลอื่นในบรรทัดที่ 11-13 ว่า “อีกเก้าเดือนจะเกษียณ แล้วที่นี้ผู้บังคับบัญชา ก็เลยไม่ ไม่อยากให้ไปทำงาน ให้พักผ่อนรักษาโรค แล้วที่นี้ เขาก็อยู่บ้านคนเดียว ” เพื่อแสดงให้จิตแพทย์เห็นว่า การที่ผู้บังคับบัญชาของผู้ป่วยให้รักษาตัวที่บ้านโดยไม่ต้องไปทำงานนั้น น่าจะเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้า เพื่อป้องกันไม่ให้จิตแพทย์ระบุว่าเป็นเพราะครอบครัวเพียงเท่านั้น

#### 4.3.4.3 การอ้างผู้ป่วย

การอ้างผู้ป่วย หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยกล่าวถึงถ้อยคำ อาการ หรือการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยเพื่ออ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรมและประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และเพื่อป้องกันตนเองหากข้อมูลเหล่านั้นผิดพลาดไป พบทั้งหมด 13 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (118)

- 1 ผ. ผมก็ต้องออกกำลังกายทุกวัน  
 2 พ. [ เอ้อติแล้ว

- 3 ผ. [ ควบคุมอาหารเมื่อก่อนผมทำงานหนัก
- 4 ตั้งแต่เด็ก
- 5 พ. Z อ่อ
- 6 ผ. แล้วผมเคยถูกงูกัด
- 7 ญ. } [ ที่ ๆ ที่ได้มานี้เนี่ย ตอนแรกแกคิดจะฆ่าตัวตาย
- 8 ผ. ผมคิดจะฆ่าตัวตาย
- 9 ญ. แล้วลูกรู้เร็วก็โทรบอก ก็เลยมาหาหมอค่ะ
- 10 พ. [ เลยมาที่นี่ ] Z แต่ว่าตอนนี้ไม่มีเนาะ ตอนนี้ไม่ได้
- 11 ทำงาน หรือยังเปิดอยู่เหมือนเดิม
- 12 ญ. } Z ไม่ ๆ ไม่ได้ทำ
- 13 ผ. Z ปิดเลย ทำไม่ได้เลย
- 14 พ. Z แล้ว
- 15 ระหว่างวันตอนนี้ทำอะไรอยู่บ้างนะครับ
- 16 ผ. ก็เที่ยวกวาดเก็บของนู่นนี่
- 17 ญ. } [ อยู่บ้าน งานบ้านนิดหน่อย เช็ดรถ แต่ก็ไม่ได้ทำอะไร 18
- 18 มาก
- 19 พ. ถือซะว่าเป็นการพักผ่อนเนาะคุณลุงเนาะ
- 20 ผ. Z ครับ

จากตัวอย่างที่ (118) ญาติผู้ป่วยได้ใช้กลวิธีการอ้างถึงผู้ป่วยขึ้นมาในบรรทัดที่ 7 ว่า “ที่ได้มานี้เนี่ย ตอนแรกแกคิดจะฆ่าตัวตาย” เพื่อป้องกันตนเองเนื่องจากก่อนจะเข้าสู่ประเด็นนี้เป็นการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องการใช้ชีวิตประจำวันทั่วไป เมื่อจิตแพทย์สอบถามประเด็นต่างๆ เหล่านี้แล้ว ญาติผู้ป่วยอาจเกรงว่าจิตแพทย์จะไม่เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ญาติจึงต้องใช้กลวิธีการอ้างการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยขึ้นมาเพื่ออธิบายให้จิตแพทย์ทราบว่า การตัดสินใจนำผู้ป่วยมาตรวจรักษาเป็นหนทางที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังได้อ้างถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยในบรรทัดที่ 12 ว่า “ไม่ ๆ ไม่ได้ทำ” หมายถึงในปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้ทำงานประจำ และบรรทัดที่ 17 ว่า

“อยู่บ้าน งานบ้านนิดหน่อย เชื้อรถ แต่ก็ไม่ได้ทำอะไรมาก” เพื่อป้องกันไม่ให้จิตแพทย์คิดว่าครอบครัวมอบหมายให้ผู้ป่วยทำงานมากจนเกินไป

#### 4.3.5 กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเอง

กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเอง หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยใช้ถ้อยคำที่เล่นที่จริงและไม่สามารถจะเป็นไปได้เพื่อสร้างอารมณ์ขันกับจิตแพทย์ ลักษณะนี้พบ 1 กลวิธี คือ การหยอกเย้า พบทั้งหมด 1 ครั้ง

##### ตัวอย่างที่ (119)

- |   |    |                              |
|---|----|------------------------------|
| 1 | พ. | เป็นยังไงบ้าง                |
| 2 | ผ. | มารับยา                      |
| 3 | พ. | แล้ว: จะรับยานานเท่าไรดีครับ |
| 4 | ญ. | } นาน ๆ เลยกี่ได้นะ          |
| 5 | พ. |                              |
| 6 | ผ. | (หัวเราะ)                    |
| 7 | ญ. | (หัวเราะ)                    |

การสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในตัวอย่างที่ (119) ในช่วงการเปิดการสนทนาปรากฏกลวิธีการหยอกเย้าของญาติผู้ป่วยในบรรทัดที่ 4 ว่า “นาน ๆ เลยกี่ได้นะ” เนื่องจากผู้ป่วยเก่าได้ตอบจุดประสงค์หลักในการมาตรวจรักษาเรียบร้อยแล้วในบรรทัดที่ 2 ว่า “มารับยา” และจิตแพทย์ถามต่อว่า “แล้วจะรับยานานเท่าไรดีครับ” ญาติจึงตอบแทนผู้ป่วยว่า “นาน ๆ เลยกี่ได้นะ” เพื่อสร้างอารมณ์ขันในเกิดขึ้นในการสนทนาทั้ง ๆ ที่ทราบดีแล้วว่าไม่สามารถขอรับยาได้เกิดสองเดือนเนื่องจากสิทธิ์ประกันสังคมของผู้ป่วยครอบคลุมระยะเวลาได้เพียงเท่านั้น การกล่าวตอบของญาติว่า “นาน ๆ เลยกี่ได้นะ” ทำให้เกิดถ้อยคำที่สร้างความขบขันจากจิตแพทย์ตามมาในบรรทัดที่ 5 ว่า “มาทีก็ขอนาน ๆ เลยน้า” การกล่าวถ้อยคำหยอกเย้าในสถานการณ์นี้จึงเป็นสิ่งที่ทั้งสามฝ่ายทราบตรงกันว่าเป็นไปไม่ได้และหัวเราะขึ้นพร้อมกันในบรรทัดที่ 5 6 และ 7 ซึ่งการใช้กลวิธีดังกล่าวทำให้ผู้ร่วมการสนทนามีความสนิทสนมกันมากขึ้น

#### 4.3.6 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ

กลวิธีที่ใช้เพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยให้ถ้อยคำเสนอ ชักชวน หรือให้เหตุผลเพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามความต้องการของญาติผู้ป่วย กลวิธีลักษณะนี้พบ เพียง 1 กลวิธี คือ การเจรจาต่อรอง พบทั้งหมด 2 ครั้ง เช่น

##### ตัวอย่างที่ (120)

1	พ.	อมรเธอ เป็นยังไงบ้าง	
2	ผ.	(1.0) ตาค้าง เจ็บหัวใจ	
3	พ.	[ ฮ่ะ	
4	ผ.	Z ตาค้าง แล้วก็เจ็บหัวใจ มันเจ็บ	
5	พ.	(1.0) มีเจ็บหัวใจด้วย	
6	ผ.	Z ครับ	
7	พ.	Z อ้อ:	
8	ผ.	เจ็บตลอด ตอนนี้ก็เจ็บ	
9	ญ.	Z ตั้งแต่กินยาไป เคื่ก็เจ็บหัวใจตลอดเวลา	
10	พ.		Z ก็เลยไม่ยาก
11		กินแล้ว	
12	ญ.	อยากได้เฉพาะยาชนิดคะ	
13	พ.	Z จ๊ะ จ๊ะ ได้ ไม่มีปัญหาเลย (1.0) ไม่เคยฉีดยามาก่อน	
14	ผ.		[ เคย

จากตัวอย่างที่ (120) การสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยเก่าและญาติผู้ป่วยเริ่มแจ้งอาการสำคัญในบรรทัดที่ 2 ว่า “ตาค้าง เจ็บหัวใจ” แสดงให้เห็นว่ายาที่ได้รับประทานไปแล้วไม่ส่งผลดีต่อการรักษาจึงเกิดผลข้างเคียงกับหัวใจซึ่งค่อนข้างเป็นอันตราย ญาติผู้ป่วยจึงเริ่มใช้กลวิธีการเจรจาต่อรองกับจิตแพทย์ในบรรทัดที่ 9 ว่า “ตั้งแต่กินยาไป เคื่ก็เจ็บหัวใจตลอดเวลา” เป็นการอ้างว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บหัวใจตั้งแต่ที่จิตแพทย์เริ่มเปลี่ยนยาเพื่อโน้มน้าวให้จิตแพทย์เห็นว่าผลข้างเคียงของผู้ป่วยเกิดขึ้นใกล้เคียงกับระยะเวลาที่จิตแพทย์ปรับยาก่อนหน้านี้ จิตแพทย์จึงตอบสรุปความใน

บรรทัดที่ 10 ว่า “ก็เลยไม่อยากกินแล้ว” ญาติจึงบอกความต้องการของตนเองอย่างตรงไปตรงมาใน บรรทัดที่ 12 ว่า “อยากได้เฉพาะยาฉีดค่ะ” การใช้กลวิธีการเจรจาต่อรองของญาติผู้ป่วยประสบ ผลสำเร็จตามต้องการเมื่อจิตแพทย์ตอบในบรรทัดที่ 13 ว่า “จ๊ะ จ๊ะ ได้ ไม่มีปัญหาเลย ไม่เคยฉีดมา ก่อน” แสดงถึงความยินยอมในการปรับยาให้ผู้ป่วยในครั้งนี้

#### 4.3.7 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้การสนทนาคำเนินต่อเนื่องไป

กลวิธีที่ใช้เพื่อให้การสนทนาคำเนินต่อเนื่องไป หมายถึง กลวิธีที่ญาติผู้ป่วยใช้ถ้อยคำบาง ถ้อยคำในการเชื่อมโยงความจากถ้อยคำหนึ่งไปอีกถ้อยคำหนึ่งโดยที่ไม่ได้มีความหมายตามรูปประโยค กลวิธีลักษณะนี้พบเพียงกลวิธีเดียว คือ การใช้คำถามที่ไม่ต้องการคำตอบ พบทั้งหมด 3 ครั้ง เช่น

ตัวอย่างที่ (121)

- |    |      |  |
|----|------|--|
| 1  | พ.   | อะไรที่ทำให้รู้สึกมีความสุขขึ้นมั๊ยคะ              |
| 2  | ผ.   | (3.0) ช่วงนี้                                      |
| 3  | ญ.   | [ (หัวเราะ)  |
| 4  | พ.   | เอาก่อนหน้านี้ก็ได้ถ้างั้น                         |
| 5  | ผ.   | ครับ   |
| 6  | ญ.   | [ ลูกก็ได้ทำงานหมดแล้ว อะไรล่ะ มีอะไรให้คิด        |
| 7  | พ.   | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [ งาน                        |
| 8  | ผ.   | CHULALONGKORN UNIVERSITY Z งานก็ไม่ได้คิดมาก ก็ไม่ |
| 9  |      | มีอะไร เราจะทำอะไรให้ได้ไหม                        |
| 10 | ญ.   | อ้อ แกคิดมากเกี่ยวกับงาน                           |
| 11 | พ.   | Z กังวล  |
| 12 | ญ.   | Z ค่ะ กังวลไม่รู้ว่าเขาจะทำแทนแล้วดีเหมือน         |
| 13 |      | ตัวเองไหม หรือทำ                                   |
| 14 | พ.   | [ อืม  |
| 15 | ญ. } | [ ยังไงล่ะ (หัวเราะ)                               |
| 16 | ผ.   | [ ผู้บังคับบัญชาให้พัก ก็ยังคิดอีกอยู่             |





- 11 ผ. สมองมันช้า ๆ ลง
- 12 พ. Z อ้อ สมองมันช้า ๆ ลง เหมือนกับคิดอะไรช้าลงอย่างนี้ใช่ไหมครับ
- 13 ถูกมั๊ยครับ
- 14 ผ. (พยักหน้า)

จากตัวอย่างที่ (122) เป็นการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยใหม่โรคซึมเศร้า และญาติผู้ใหญ่ของผู้ป่วย ผู้ป่วยน่าจะไม่ได้ตั้งใจมาพบจิตแพทย์แต่ญาติเป็นฝ่ายนำผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล การให้ข้อมูลต่าง ๆ จึงไม่สามารถดำเนินไปได้ด้วยความเรียบร้อย ผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ให้จิตแพทย์ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าฟัง ดังนั้นญาติผู้ป่วยจึงเริ่มกลวิธีการใช้คำสั่งกับผู้ป่วยในบรรทัดที่ 8 ว่า “บอกหมอ ให้หมอรู้” เนื่องจากผู้ป่วยใช้กลวิธีการเงียบไม่ยอมตอบคำถามใดๆ ในบรรทัดที่ 9-10 ซึ่งแตกต่างจากถ้อยคำของจิตแพทย์ในบรรทัดต่อมาว่า “...บอกหมอน้อยเนาะ ให้หมอเข้าใจเนาะ อยากให้หมอช่วยยังไงครับ”

กลวิธีทางภาษาที่ญาติผู้ป่วยใช้ในการสนทนากับจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกเพื่อตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นกับจิตแพทย์มีจุดประสงค์หลักทั้งหมด 8 จุดประสงค์ ประกอบด้วย กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูล กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตนเอง กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเอง กลวิธีที่ใช้เพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ กลวิธีที่ใช้เพื่อให้การสนทนาดำเนินต่อเนื่องไป และกลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแต่ละจุดประสงค์จะปรากฏการใช้กลวิธีทางภาษาที่หลากหลายเพื่อดำเนินการสนทนาให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ญาติผู้ป่วยตั้งไว้ ดังตารางต่อไปนี้

จุดประสงค์	กลวิธี	จำนวน	ร้อยละ
1.กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูล รวม 75 ครั้ง	-การอธิบายหรือขยายความ -การกล่าวแย้งหรือปฏิเสธ -การใช้เรื่องเล่า -การใช้ความเปรียบ	52 12 7 4	47.45
2.กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล รวม 30 ครั้ง	-การกล่าวซ้ำ -การกล่าวยืนยัน	21 9	18.99
3.กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล รวม 20 ครั้ง	-การเปลี่ยนประเด็น -การหัวเราะ	4 16	12.66
4.กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตนเอง รวม 24 ครั้ง	-การอ้างเหตุผล -การอ้างบุคคลอื่น -การอ้างผู้ป่วย	4 7 13	15.19
5.กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเอง รวม 1 ครั้ง	-การหยอกเย้า	1	0.63
6.กลวิธีที่ใช้เพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ รวม 2 ครั้ง	-การเจรจาต่อรอง	2	1.26
7.กลวิธีที่ใช้เพื่อให้การสนทนาคำเนินต่อเนื่องไป รวม 3 ครั้ง	-การใช้คำถามที่ไม่ต้องการคำตอบ	3	1.9
8.กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม รวม 3 ครั้ง	-การใช้คำสั่ง	3	1.9
รวม	15 กลวิธี	158	100

ตารางที่ 8 ตารางสรุปกลวิธีทางภาษาของญาติผู้ป่วย

จากตารางข้างต้นแสดงให้เห็นว่า กลวิธีทางภาษาที่ญาติผู้ป่วยใช้ในการสนทนากับจิตแพทย์ และผู้ป่วยนอกเพื่อตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่พบทั้งหมด 15 กลวิธี 8 จุดประสงค์ ประกอบด้วย กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูล กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตนเอง กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเอง กลวิธีที่ใช้เพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ กลวิธีที่ใช้เพื่อให้การสนทนาคำเนินต่อเนื่องไป และกลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม โดยกลวิธีกลุ่มที่พบมากที่สุดคือกลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลโดยใช้กลวิธีการอธิบายหรือขยายความและการกล่าวซ้ำ เนื่องจากญาติผู้ป่วยเป็นผู้ร่วมสนทนาที่จะให้ข้อมูลได้มากที่สุด

กรณีที่ไม่สามารถสอบถามข้อมูลกับผู้ป่วยได้อย่างละเอียด ญาติผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้จิตแพทย์เข้าใจสาเหตุ อาการของโรค หรือการดูแลรักษาได้ดีที่สุด ส่วนกลวิธีที่พบค่อนข้างน้อยคือ กลุ่มกลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเอง กลวิธีที่ใช้เพื่อให้การสนทนาดำเนินต่อเนื่องไป และกลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามโดยใช้กลวิธีการหยอกเย้า การใช้คำถามที่ไม่ต้องการคำตอบ และการใช้คำสั่ง เนื่องจากเป็นกลวิธีที่สามารถใช้ได้เฉพาะบางบริบทเท่านั้น อาทิ บริบทที่จิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติ มีความคุ้นเคยกัน บริบทที่ญาติเป็นญาติผู้ใหญ่ของผู้ป่วย จึงจะสามารถใช้กลวิธีกลุ่มที่พบน้อยที่สุดได้อย่างราบรื่น ส่วนกลวิธีที่พบการใช้เฉพาะญาติผู้ป่วยเท่านั้นคือกลวิธีการอ้างผู้ป่วย เนื่องจากในการอธิบายข้อมูลจำเป็นต้องอ้างถึงอาการ สาเหตุ และพฤติกรรมของผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้านให้จิตแพทย์ เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด

จากการวิเคราะห์ในบทที่สี่ทั้งสามประเด็น คือ กลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ กลวิธีทางภาษาของผู้ป่วย และกลวิธีทางภาษาของญาติผู้ป่วย ดังที่กล่าวมาแล้วพบว่า ถึงแม้ทั้งสามฝ่ายจะมีจุดประสงค์หลักในการสนทนาร่วมกันคือเพื่อให้การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชสามารถดำเนินต่อไปได้ด้วยดี แต่เมื่อวิเคราะห์ลงในรายละเอียดของแต่ละสถานการณ์ปรากฏว่า ผู้ร่วมสนทนาทั้งสามฝ่ายต่างมีจุดประสงค์และจำนวนกลวิธีในการสนทนาแตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากตารางสรุปกลวิธีที่พบของแต่ละฝ่ายดังนี้

	จำนวนจุดประสงค์ในการใช้กลวิธี	จำนวนกลวิธี
จิตแพทย์	4	20
ผู้ป่วยนอก	6	16
ญาติผู้ป่วย	8	15

ตารางที่ 9 ตารางสรุปจำนวนกลวิธีที่พบของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก และญาติผู้ป่วย

จากตารางที่ 9 ผู้วิจัยพบว่าจิตแพทย์มีจำนวนกลวิธีที่หลากหลายมากที่สุดแต่มีจุดประสงค์ในการใช้กลวิธีน้อยที่สุด เนื่องจากจิตแพทย์มีจุดประสงค์ที่ชัดเจนในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชคือ ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยให้ละเอียดที่สุด แต่ต้องใช้กลวิธีที่หลากหลายที่สุดในการดำเนินการสนทนาเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์เหล่านั้น ส่วนผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยใช้กลวิธีในจำนวนที่ใกล้เคียงกันแต่มีจุดประสงค์ที่แตกต่างกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าญาติผู้ป่วยมีจุดประสงค์ในการใช้กลวิธี

ทางภาษามากกว่าผู้ป่วย อาจเป็นเพราะญาติเป็นบุคคลสำคัญที่คอยดูแลรักษาผู้ป่วยในขณะที่อยู่อาศัยในบ้าน จึงเป็นบุคคลที่ทราบพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด นอกจากนั้นผู้ป่วยบางรายอาจไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลบางประการ แต่บุคคลที่จะสามารถให้ข้อมูลกับจิตแพทย์ในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถหรือไม่ต้องการอธิบายคือญาติ ดังนั้น ญาติผู้ป่วยจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีกลวิธีทางภาษาและมีจุดประสงค์ในการสื่อสารที่หลากหลายไม่แตกต่างจากผู้ป่วย จุดประสงค์ในการใช้กลวิธีทางภาษาที่ปรากฏในกลวิธีของผู้ป่วยและญาติซึ่งไม่ปรากฏในจุดประสงค์ในการใช้กลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์คือจุดประสงค์เพื่อกลบเกลื่อนข้อมูล จุดประสงค์เพื่อป้องกันตนเอง จุดประสงค์ที่ใช้เพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามความต้องการของตนเอง และจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ร่วมสนทนาฝ่ายอื่นปฏิบัติตาม

จุดเด่นของกลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์จากตารางสรุปความถี่ คือ การกล่าวซ้ำ การอธิบายหรือขยายความ และการสรุปความ ทั้งสามกลวิธีนี้จะปรากฏทุกสถานการณ์การตรวจรักษาโรค เนื่องจากเป็นกลวิธีที่ทำให้จิตแพทย์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอย่างละเอียด นำมาสู่การวินิจฉัยและการเฝ้าระวังรักษาให้ถูกต้องต่อไป ส่วนการถามคำถามต่อเนื่อง การเว้นจังหวะให้ตอบ การถามนำ การกล่าวแย้ง การให้คำแนะนำ การใช้คำสั่ง การตำหนิ การตักเตือน การหยอกเย้า การชมเชย การปลอบใจ การพูดสัพเพเหระ การใช้ภาษาถิ่น และการใช้สรรพนามแสดงความใกล้ชิด ต่างเป็นกลวิธีที่ช่วยให้จิตแพทย์สามารถดำเนินการสนทนากับผู้ป่วยหรือญาติให้ราบรื่นตลอดสถานการณ์การตรวจรักษาซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ว่า จิตแพทย์มีการใช้กลวิธีทางภาษาในบริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่หลากหลาย เช่น การซ้ำคำหรือซ้ำความ การสรุปความ การเสนอทางเลือก การใช้สรรพนาม การกล่าวแย้ง การขยายความ การถามคำถามต่อเนื่อง การใช้ภาษาต่างประเทศ การใช้ภาษาถิ่น การใช้คำสั่ง และการเปลี่ยนคำถาม เพื่อให้ได้รับข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยโรคต่อไป โดยพบทุกกลวิธีที่ตั้งสมมติฐานไว้ถึงแม้ว่าจะเป็นการใช้ภาษาต่างประเทศ เนื่องจากพบการใช้ภาษาต่างประเทศภายในกลวิธีการอธิบายหรือขยายความ ยิ่งไปกว่านั้นผู้วิจัยได้พบผลของการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า จิตแพทย์มีกลวิธีทางภาษาหลากหลายเพิ่มขึ้นจากสมมติฐานที่ตั้งไว้ และยังพบอีกว่านอกเหนือจากจุดประสงค์ที่คาดว่าจะนำไปสู่ข้อเท็จจริงเพื่อการวินิจฉัยโรคแล้วนั้น กลับพบการใช้กลวิธีทางภาษาต่าง ๆ เพื่อจุดประสงค์อื่น คือ กลวิธีทางภาษาที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติ กลวิธีทางภาษาที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติตาม กลวิธีทางภาษาที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวล และกลวิธีทางภาษาที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเองกับ

ผู้ป่วยหรือญาติ กลวิธีเหล่านี้เป็นกลวิธีทางภาษาที่ทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติดำเนินไปได้ด้วยดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้จุดเด่นของกลวิธีทางภาษาของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย คือ การขยายความ และการใช้เรื่องเล่า ซึ่งเป็นกลวิธีที่มีจุดประสงค์ในการให้ข้อมูลประเด็นหลักกับจิตแพทย์ เนื่องจากทั้งสองกลวิธีนี้จะทำให้จิตแพทย์เข้าใจอาการ สาเหตุ และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้มากที่สุด แต่กลวิธีอื่น ๆ ทั้งการกล่าวแย้งหรือปฏิเสธ การใช้ความเปรียบ การกล่าวยืนยัน ล้วนเป็นกลวิธีที่ทำให้จิตแพทย์ได้รับรายละเอียดของอาการป่วยตามที่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยต้องการเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 และ 3 ว่า ผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยมีการใช้กลวิธีทางภาษาในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่หลากหลาย เช่น การตอบรับด้วยถ้อยคำสั้น ๆ การขยายความ การใช้เรื่องเล่า การอ้างเหตุผล การเจรจาต่อรอง การหัวเราะ การใช้ความเจ็บ การใช้คำเรียกญาติ การกล่าวแย้ง การเปลี่ยนประเด็น และการอ้างบุคคลอื่น เพื่อให้จิตแพทย์ได้รับรายละเอียดของอาการป่วยตามที่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยต้องการ แต่หลายกลวิธีที่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยใช้ในการสนทนากับจิตแพทย์กลับเป็นกลวิธีที่อาจจะทำให้จิตแพทย์ต้องพิจารณาปรับท่อนประกอบ เช่น การเจ็บ การหัวเราะ การเปลี่ยนประเด็น การอ้างบุคคลอื่น การเจรจาต่อรอง การขอโทษ การอ้างเหตุผล ล้วนเป็นกลวิธีที่ผู้ป่วยและญาติอาจจะต้องการส่งสัญญาณบางประการถึงจิตแพทย์แต่ไม่สามารถกล่าวออกมาได้อย่างตรงไปตรงมา จึงจำเป็นต้องอาศัยการสนทนาที่ใช้เวลายาวนานขึ้นหรือการพิจารณาปรับท่อนประกอบการวินิจฉัย เป็นที่น่าสังเกตว่าการใช้กลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์จะสอดคล้องหรือเชื่อมโยงกับกลวิธีทางภาษาของผู้ป่วยหรือญาติ หากจิตแพทย์ใช้กลวิธีเพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ผู้ป่วยหรือญาติจะใช้กลวิธีเพื่อให้ข้อมูลและยืนยันความถูกต้องในการสนทนาได้ตอบ แต่หากจิตแพทย์ใช้กลวิธีเพื่อให้ปฏิบัติตาม ผู้ป่วยหรือญาติจะใช้กลวิธีเพื่อป้องกันตนเอง และหากจิตแพทย์ใช้กลวิธีเพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวลและสร้างความเป็นกันเอง ผู้ป่วยหรือญาติจะใช้กลวิธีเพื่อสร้างความเป็นกันเองหรือกลวิธีเพื่อให้จิตแพทย์ปฏิบัติตาม

การปรากฏของแต่ละกลวิธีจากสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชพบว่า จิตแพทย์จะใช้กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นการสนทนาไปจนถึงสิ้นสุดการสนทนา แต่กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลจะปรากฏในช่วงการดำเนินการสนทนา ส่วนกลุ่มกลวิธีที่ใช้เพื่อให้ปฏิบัติตามจะปรากฏช่วงก่อนการสิ้นสุดการสนทนา และกลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความ

วิตกกังวลและสร้างความเป็นกันเองจะปรากฏได้ทุกช่วงแต่ขึ้นอยู่กับแนวทางการสนทนาของจิตแพทย์ เป็นรายบุคคล ผู้ป่วยนอกหรือญาติจะใช้กลวิธีเพื่อให้ข้อมูลและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลตลอด การสนทนา ส่วนกลุ่มกลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังหรือป้องกันตนเองจะใช้เมื่อเกิดสถานการณ์ที่ผู้ป่วยหรือ ญาติคิดว่าคับขัน และกลวิธีที่ใช้เพื่อให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการส่วนใหญ่จะปรากฏในช่วง ดำเนินการสนทนาไปจนถึงช่วงก่อนสิ้นสุดการสนทนา

ประเด็นที่น่าสนใจอีกหนึ่งประเด็นคืออายุของจิตแพทย์กับการเลือกใช้กลวิธีทางภาษาในการ สนทนากับผู้ป่วยหรือญาติ จากการเก็บข้อมูลวิจัยพบว่า หากจิตแพทย์มีอายุหรือประสบการณ์ในการ ทำงานหลายปีจะปรากฏกลวิธีทางภาษาที่ค่อนข้างหลากหลายกว่าจิตแพทย์ที่มีอายุน้อย เนื่องจาก กลวิธีที่พบหลายกลวิธีเป็นกลวิธีที่จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ไม่ต่ำกว่าสิบปีขึ้นไปใช้สนทนากับผู้ป่วย หรือญาติ เช่น กลวิธีการเว้นจังหวะให้ตอบ การใช้ความเปรียบ การตำหนิ การตักเตือน การพูด สัพเพเหระ การชมเชย การปลอบใจ การหยอกเย้า ถึงแม้ว่าจะปรากฏกลวิธีดังที่กล่าวมาในความถี่ ค่อนข้างน้อย แต่กลับพบว่าเมื่อใดที่จิตแพทย์ใช้กลวิธีกลุ่มนี้จะทำให้บรรยากาศในการตรวจรักษาโรค ทางจิตเวชผ่อนคลายมากกว่าเดิม ผู้ป่วยนอกหรือญาติจะเกิดความสนิทสนมคุ้นเคยและเปิดเผย เรื่องราวหรือข้อมูลต่าง ๆ ให้จิตแพทย์ทราบมากกว่ากลวิธีที่ใช้ตามปกติทั่วไป ดังนั้น หากจิตแพทย์ คำนึงถึงกลวิธีทางภาษาที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวลหรือเพื่อสร้างความสนิทสนม คุ้นเคยมากขึ้น อาจทำให้การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชสามารถดำเนินไปได้ด้วยดียิ่งขึ้น

## บทที่ 5

### ปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยนอก

การศึกษาการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่ควรตอบคำถามเพียงว่าผู้ใช้ภาษาใช้ภาษาในการสื่อสารอย่างไร แต่ควรตอบคำถามด้วยว่า เพราะเหตุใดผู้ใช้ภาษาจึงเลือกใช้กลวิธีทางภาษาเช่นนั้น (Spencer-Oatey, 2002) ดังนั้น หลังจากที่สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับกลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก และญาติผู้ป่วยนอกในบทที่ผ่านมาแล้ว ในบทนี้ผู้วิจัยจึงจะศึกษาปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วย เนื่องจากจิตแพทย์มีบทบาทสำคัญคือเป็นผู้ร่วมการสนทนาที่กำหนดโครงสร้างการสนทนา และเป็นฝ่ายที่ใช้กลวิธีในการสอบถามข้อมูลมากที่สุด รวมทั้งยังเป็นผู้กำหนดทิศทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพราะฉะนั้นจิตแพทย์จึงเป็นผู้ร่วมการสนทนาที่ต้องคำนึงถึงปัจจัยในการสนทนาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากจิตแพทย์ดำเนินการสนทนาโดยไม่คำนึงถึงปัจจัยในการปฏิสัมพันธ์อาจทำให้การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นไม่ประสบความสำเร็จ ดังคำกล่าวของนายแพทย์ณรงค์ สุภัทรพันธุ์(2559, 48-49) ว่า

“ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งสำคัญและเป็นพื้นฐานที่หมอทุกคนจะต้องตระหนักถึงบทบาทวิชาชีพที่แตกต่างจากบทบาทของความสัมพันธ์ปกติระหว่างบุคคลในสังคม ที่หมอทุกคนได้รับการสอนมาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย(Doctor-Patient Relationship) และในการตรวจรักษาดูแลผู้ป่วยนั้น การแสดงออกของหมอในการปฏิสัมพันธ์ที่เรียกว่า การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน(mutual interaction หรือ rapport) ยังมีการทับซ้อนและซับซ้อนขึ้นไปอีกจากความสัมพันธ์ระหว่างบทบาท(role) กับความเป็นคน(person) ที่อยู่ในมนุษยทุกคน ซึ่งหมอทุกคนจะต้องตระหนักและวางตัวให้เหมาะสม”

นอกจากนี้นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล(2538) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ได้กล่าวโดยสรุปเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยว่า หากมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและจิตแพทย์จะทำให้การสัมภาษณ์ดำเนินไปได้ด้วยดีเช่นกัน ถ้าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดีกับจิตแพทย์ย่อมส่งผลให้ได้รับข้อมูลมากขึ้น ส่วนความกังวลใจหรือความทุกข์จากอาการเจ็บป่วยก็จะลดลง เพราะผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าจิตแพทย์ไม่ได้ทำแค่ทำตามหน้าที่เท่านั้น เพราะเหตุนี้จึงทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญ



ของการปฏิสัมพันธ์และตั้งจุดประสงค์การวิจัยเพื่อค้นหาว่า ปัจจัยใดที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในปริศนาการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น โดยพิจารณาจากแบบสัมภาษณ์และการวิเคราะห์บทสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกหรือญาติในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช

การเก็บข้อมูลในประเด็นนี้มีผู้ให้ข้อมูลคือจิตแพทย์ทั้งหมด 10 คน จิตแพทย์เพศหญิง 4 คน เพศชาย 6 คน ปริบทด้านสถานภาพคือจิตแพทย์เป็นฝ่ายที่มีสถานภาพสูงกว่าผู้ป่วยอย่างเห็นได้ชัด ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพบทั้งเพศหญิงชายอายุคละกัน นอกจากนี้ในบทสนทนาที่ได้จากการเก็บข้อมูลวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านอื่นๆ ที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าสถานภาพ เพศ และอายุ นั่นคือ อาการของโรค และการเดินทาง ทั้งห้าปัจจัยนี้มีอิทธิพลทำให้ลักษณะการปฏิสัมพันธ์ของจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ดังนั้น การวิเคราะห์บทสนทนาในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคจิตเวชเบื้องต้นครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดการปฏิสัมพันธ์เชิงสถาบันจากงานวิจัยของลาโคสต์ (Michele Lacoste, 1981) รีส์ (Charlotte E. Rees, 2008) เว่ย (Li Wei, 2009) และสเปนเซอร์-โอทีย์ (Spencer-Oatey, 2008) เรื่องปัจจัยในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรคมานเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ เนื่องจากเป็นแนวคิดและงานวิจัยที่คำนึงถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยดังที่ได้สรุปในบทที่สองการทบทวนวรรณกรรมดังที่ผ่านมาแล้ว

ในบทนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์ด้วยผลการวิเคราะห์สถานการณ์การสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติ และผลการสัมภาษณ์จิตแพทย์ในประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) ในขณะที่กำลังตรวจรักษาโรคทางจิตเวช จิตแพทย์คำนึงถึงปัจจัยใดบ้าง เพราะเหตุใด
- 2) อาการหรือความรุนแรงของโรค เพศ อายุ สถานภาพของผู้ป่วย ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช
- 3) มีปัจจัยอื่นหรือไม่ที่จิตแพทย์คาดว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในสองส่วนนี้ ผู้วิจัยจึงนำเสนอเป็นสองส่วนโดยในส่วนแรกเป็นการวิเคราะห์จากสถานการณ์การสนทนาจริงในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น และส่วนที่สองคือผลจากการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้วิจัย สรุปได้ดังนี้

5.1 อาการของโรค

5.2 อายุ

5.3 สถานภาพ

5.4 เพศ

### 5.1 อาการของโรค

อาการของโรคเป็นปัจจัยสำคัญลำดับต้น ๆ ที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย นอกเหนือได้จากสถานการณ์ใดที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคค่อนข้างรุนแรง จิตแพทย์จะใช้กลวิธีทางภาษาที่ช่วยผ่อนคลายความรู้สึกของผู้ป่วยให้ใจเย็นหรือสงบลง แต่หากผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้เหมือนบุคคลทั่วไป จิตแพทย์ก็จะใช้กลวิธีทางภาษาที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นคนธรรมดาที่สามารถสนทนากับบุคคลอื่นได้ตามปกติ เช่น

ตัวอย่างที่ (123)

- 1 พ. Z ช่วงนี้วุ่นมาก
- 2 ผ. (3.0)
- 3 ญ. เอ่อ: ก็มีพูดอยู่ตลอด เหมือนกับแต่ก่อน
- 4 ผ. [ ก็แค่คุยเล่น ๆ
- 5 พ. คุยเล่น ๆ
- 6 ผ. Z คิดว่าจะไปทำที่นั่นที่นี่ เป็นการวางแผนไว้
- 7 พ. เอา เอาที่ว่ากันจริงๆ ด้วย
- 8 ผ. Z จริง ๆ ก็คือ ชีวิตไม่ได้อะไร ตอนนี่แค่คุยกับแม่เล่น ๆ
- 9 ว่าเออ อย่างนี้ดีมัย
- 10 พ. อืม อืม (1.0) นอนได้มัยคะ
- 11 ญ. Z นอนได้จ๊ะ
- 12 พ. ไม่คิดมากนะ
- 13 ญ. } Z นอนได้ แต่ยังคุยอยู่เหมือนเดิม คุยคนเดียว ว่าเอาเงินมาให้
- 14 ผ. } [ไม่ได้คุย]
- 15 ญ. } หลายพันล้านอะไรอย่างนี้

- 16 ผ. (1.0) ไม่ได้พูด คุณหยอกเล่น ไม่ หยอกเล่น แม่เค้าไม่รู้ ให้เค้าใจเย็น ๆ
- 17 พ. (2.0) อืม: เตี่ยหอมปรับยาให้ ก็ต้องปรับยาก่อน ถ้า: ไม่ไหวก็นอนพักที่โรงพยาบาลนะ
- 18 ญ. (2.0) หอมปรับยาเถอะ
- 19 พ. ก็หอมย้าเหมือนเดิมนะ ถ้าไม่ไหวก็จะให้นอนโรงพยาบาล
- 20 ผ. จริง ๆ ก็ปกตินะ แม่ก็ตัดสินใจ จะให้นอนโรงพยาบาลหรือจะให้อยู่บ้าน
- 21 ญ. เตี่ยรอกคุณหอมปรับยาให้กินก่อนลูก
- 22 พ. (2.0) คราวนี้หอมปรับยาให้ณะคะ ให้ไปถึงต้นเดือนหน้านะ
- 23 ผ. ไม่ให้เป็นเดือนล่ะ
- 24 ญ. [ไม่ ๆ เราดู เรากินยาแล้วเราก็ดู ว่าดีขึ้น
- 25 ผ. [ หอมเหรอ ] [ แม่เป็น
- 26 หอมเหรอ
- 27 พ. (1.0) อืม: หอมเห็นด้วยกับแม่นะคุณวลันต์ มาพบครึ่งเดือนค่ะ จริง ๆ หอมก็
- 28 ตั้งใจอย่างนั้นอยู่แล้วตามที่แม่บอกว่าครึ่งเดือน พอดีคิดเหมือนกัน แล้วคุณ
- 29 วลันต์ว่าไง
- 30 ผ. (1.0) ก็แล้วแต่แม่
- 31 พ. Z โอเค จันสองอาทิตย์ ครึ่งเดือนเนาะ โอเคคะ คุณวลันต์
- 32 ผ. (ไหว)
- 33 ญ. (ไหว)

จากสถานการณ์การตรวจรักษาโรคในตัวอย่างที่ (123) ผู้ป่วยเก่าชายเป็นโรคซึมเศร้าที่มีอาการค่อนข้างรุนแรง เก็บตัว ต่อต้านสังคม และต่อต้านครอบครัว หากคนในครอบครัวหรือคนที่สนิทพูดคุยทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบโต้ทันทีด้วยอารมณ์ที่ค่อนข้างรุนแรงดังปรากฏในตัวอย่างที่ (123) ผู้ป่วยเริ่มเกิดความไม่พอใจตั้งแต่ที่ญาติให้ข้อมูลกับจิตแพทย์ในบรรทัดที่ 13 ว่า “นอนได้ แต่ยังคงอยู่เหมือนเดิม คุณคนเดียวว่าเอาเงินมาให้” เมื่อผู้ป่วยได้ยินจึงได้ตอบด้วยการพูดซ้อนในบรรทัดที่ 14 ว่า “ไม่ได้คุย” ด้วยน้ำเสียงแข็งและหนักกว่าปกติ ทำให้จิตแพทย์ประเมินอาการของผู้ป่วยว่ามีความรุนแรงมากกว่าปกติเห็นได้จากการตอบในบรรทัดที่ 17 ว่า “อืม: เตี่ยหอมปรับยาให้ ก็ต้องปรับยาก่อน ถ้า: ไม่ไหวก็นอนพักที่โรงพยาบาลนะ” และย้ำเรื่องการนอนพักรักษาตัวใน

โรงพยาบาลอีกครั้งในบรรทัดที่ 19 จากนั้นอาการของผู้ป่วยได้แสดงให้เห็นอีกครั้งอย่างชัดเจนว่าไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนให้อยู่ในภาวะปกติได้ในบรรทัดที่ 25 ซึ่งเป็นการแสดงความไม่พอใจญาติของตนเองว่า “หมอเหอ แม่เป็นหมอเหอ” จิตแพทย์จึงได้สนทนากับผู้ป่วยด้วยความประณีตระนอมมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและลดความตึงเครียดในบรรทัดที่ 27-29 ว่า “อิม: หมอเห็นด้วยกับแม่นะคุณวสันต์ มาพบครึ่งเดือนค่ะ จริงๆ หมอก็ตั้งใจอย่างนั้นอยู่แล้วตามที่แม่บอกว่าครึ่งเดือน พอดีคิดเหมือนกัน แล้วคุณวสันต์ว่าไง” ซึ่งทำให้สถานการณ์ดีขึ้นเพราะผู้ป่วยเริ่มยอมรับในถ้อยคำของจิตแพทย์ว่า “ก็แล้วแต่แม่”

ตรงกันข้ามกับสถานการณ์ที่ (123) หากเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคไม่รุนแรง จิตแพทย์จะมีการใช้ถ้อยคำในการสนทนาให้เหมือนกับบุคคลทั่วไปเพื่อทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่สามารถพูดคุยกับจิตแพทย์ได้ตามปกติเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ ดังเช่นตัวอย่างที่ (124)

#### ตัวอย่างที่ (124)

- 1 พ. คุณอินตา ทานยาเป็นยังงี้บ้างคะ เดียวนี้
- 2 ผ. ทานยาได้ปกติคะ
- 3 พ. นอนได้เด้อ
- 4 ผ. จ้า
- 5 พ. อารมณ์ล่ะจ๊ะ
- 6 ผ. (2.0) อารมณ์กะธรรมดา
- 7 พ. Z ปกติเด้อ
- 8 ผ. จ้า
- 9 พ. เครียดเบาะ
- 10 ผ. (2.0) บางวันก็เครียดอยู่
- 11 พ. (หัวเราะ) เวลาเครียดทำยังไง
- 12 ผ. เวลาครีดคิดอยากร้องไห้
- 13 พ. เวลาเครียดคิดอยากร้องไห้
- 14 ผ. Z อ้อ (2.0) เป็นบางที
- 15 พ. เป็นบางที บ่อยเบาะ

- 16 ผ. (2.0) ก็ไม่บ่อยเท่าไร
- 17 พ. ไม่บ่อยเนาะ
- 18 ผ. Z ค่ะ
- 19 พ. Z ส่วนใหญ่เรื่องไหนทำให้เครียดที่สุด
- 20 ผ. เรื่องไม่ได้ทำอะไรทำนา
- 21 พ. เรื่องทำนา
- 22 ผ. Z จ๊ะ
- 23 พ. เป็นยังไงน้อ เรื่องทำนาถึงทำให้เครียด
- 24 ผ. (2.0) ไป ไป ออกไปข้างนอกก็ไม่เครียด ก็เป็นบางวันห่าง ๆ
- 25 พ. อืม
- 26 ผ. [ ไม่ได้เป็นแบบปกติ เป็นห่าง ๆ ธรรมดา
- 27 พ. เป็นธรรมดา
- 28 ผ. จำ ถ้าอยู่คนเดียวดูโทรทัศน์ก็ไม่ได้
- 29 พ. ถ้าอยู่คนเดียวหรอ
- 30 ผ. ค้า
- 31 พ. อ้อ:
- 32 ผ. (1.0) ใจไม่ดี ดูโทรทัศน์ก็ไม่ชอบดู
- 33 พ. ไม่ชอบดูทีวี พวกข่าวอย่างจ๊ะ
- 34 ผ. ค่ะ
- 35 พ. มันเหงาหรอ
- 36 ผ. อั้น ถ้ามันไม่ทันใจนะ มันเป็นอารมณ์ไปก่อน ใจมันไปก่อน
- 37 พ. หงุดหงิดทีวีนี๊เบาะ
- 38 ผ. ค่ะ
- 39 พ. อ้อ แต่ไม่ได้หงุดหงิดกับคน
- 40 ผ. (2.0) กับคนก็บ่หงุดหงิดดอก กะธรรมดา
- 41 พ. คราวนี้เวลาหงุดหงิด ทำไงให้หายหงุดหงิด
- 42 ผ. (1.0) เดินหนีเลย

- 43 พ. Z เดินหนีแล้วหายเบาะ
- 44 ผ. Z หาย
- 45 พ. หายอยู่ อารมณ์มันค้างบ่
- 46 ผ. บ่ค้าง
- 47 พ. Z จัดการได้เด้อ
- 48 ผ. Z จำ
- 49 พ. ถ้างั้นยาหมอให้ไว้เท่าเดิมเด้อ ยังไม่ปรับเด้อ
- 50 ผ. ค่า สองเดือน

จากสถานการณ์การตรวจรักษาโรคในตัวอย่างที่ (124) ผู้ป่วยเกาหึงเป็นโรควิตกกังวลที่อาการเกือบเป็นปกติเป็นสัญญาณที่แสดงให้จิตแพทย์รู้ว่าผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับจิตแพทย์ได้เหมือนบุคคลทั่วไป เห็นได้จากการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีความเครียดบ้างแต่สามารถบริหารจัดการได้ และการไม่เก็บเรื่องที่เครียดมาทำให้อารมณ์เสียอีก จึงทำให้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองฝ่ายค่อนข้างราบรื่น จิตแพทย์จึงได้นัดหมายในอีกสองเดือนข้างหน้าซึ่งเป็นระยะเวลาในการติดตามอาการสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แตกต่างจากในตัวอย่างที่ (123) จิตแพทย์ได้วินิจฉัยแล้วว่ามีการรุนแรงต้องคอยดูแลใกล้ชิดจึงนัดหมายให้มาพบแพทย์ภายในสองสัปดาห์ซึ่งเป็นระยะเวลาในการติดตามอาการสำหรับผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้น

ส่วนในข้อมูลที่จิตแพทย์ตอบแบบสัมภาษณ์พบว่า จิตแพทย์ทั้ง 10 คนให้ความสำคัญกับอาการของโรคเป็นลำดับแรกเสมอ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ทำให้จิตแพทย์สามารถกำหนดทิศทางของการตรวจรักษาได้ หากอาการของผู้ป่วยค่อนข้างรุนแรงเทคนิคในการสนทนากับผู้ป่วยจะเปลี่ยนไปจากกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง เช่น

คำตอบที่ 1 : อาการของโรคเป็นสิ่งที่คำนึงถึงเป็นอันดับแรก เพราะถ้าอาการรุนแรงเราจะพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างระมัดระวังมากขึ้น

คำตอบที่ 2 : ถ้าอาการของโรครุนแรงเราต้องพูดคุยกับญาติผู้ป่วยให้มากขึ้น เพราะผู้ป่วยจะไม่สามารถตอบคำถามได้อย่างละเอียด

คำตอบที่ 3 : อาการยิ่งรุนแรงยิ่งต้องนั่งให้มาก แต่ถ้ารุนแรงเกินกว่าควบคุมได้ก็ต้องแอดมิท

จากสถานการณ์การตรวจรักษาโรคและคำตอบของจิตแพทย์ในการสัมภาษณ์พบว่า ปัจจัยสำคัญที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชมากที่สุด คือ อาการหรือความรุนแรงของโรค เนื่องจากหากผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างรุนแรงจะทำให้ไม่สามารถดำเนินการสนทนาในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชได้เหมือนในสถานการณ์ปกติ กระบวนการรักษาและการปรับยาจะแตกต่างจากผู้ป่วยนอกที่มีอาการรุนแรงน้อยกว่า และหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้และมีอาการรุนแรงเกินกว่าที่ญาติจะสามารถดูแล จิตแพทย์จะสั่งให้เข้ารับการรักษาตัวต่อเนื่องในโรงพยาบาล จนกว่าอาการจะดีขึ้น ดังนั้น อาการหรือความรุนแรงของโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก

## 5.2 อายุ

โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้ามาตรวจรักษาโรคทางจิตเวชมักจะมีอายุวัยกลางคนขึ้นไปจนถึงวัยชรา จากการเก็บข้อมูลวิจัยในทุกโรงพยาบาลทั้งส่วนกลางและต่างจังหวัด ในการตรวจรักษาของจิตแพทย์ที่มีช่วงอายุของตั้งแต่ 30-65 ปี ผู้วิจัยไม่พบผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีเข้ามาปรึกษาโรคทางจิตเวช น่าจะเนื่องมาจากบางโรงพยาบาลจะตั้งแผนกดูแลผู้ป่วยเด็กไม่ให้ปะปนกับผู้ป่วยนอกปกติ และจิตแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กจะต้องมีความชำนาญเฉพาะทาง ในการเก็บข้อมูลของผู้วิจัยจึงมุ่งไปที่ผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป พบผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20-30 ปีจำนวนน้อย และพบผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปเป็นจำนวนมาก จิตแพทย์จะคำนึงถึงอายุของผู้ป่วยในการสนทนาค่อนข้างมากเห็นได้จากการเลือกใช้คำสรรพนามว่า “คุณ” หรือ “เรา” แต่หากช่วงอายุของผู้ป่วยเป็น 50-60 ปี จิตแพทย์มักจะเลือกใช้คำสรรพนามว่า “คุณแม่” “คุณป้า” “คุณพ่อ” “คุณลุง” นอกจากนี้หากเป็นผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าจิตแพทย์มักจะพบว่า จิตแพทย์ใช้คำลงท้ายในความถี่น้อยกว่าการสนทนากับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ดังนั้น แสดงให้เห็นว่าในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชจิตแพทย์จะประเมินอายุของผู้ป่วยทุกครั้งทั้งพิจารณาจากทะเบียนประวัติและการสอบถามปากเปล่า เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญในการพิจารณาวินิจฉัยโรค และยังเป็นข้อมูลในการตัดสินใจใช้คำเรียกขานหรือคำลงท้ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยนอกและญาติรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับจิตแพทย์ในการสนทนามากขึ้น

## ตัวอย่างที่ (125)

- 1 พ. ไหนเล่าให้หมอฟังสิคะ อยากให้หมอช่วยอะไรบ้าง
- 2 ผ. คือว่า คือ ไซ้คะ ตั้งแต่รับน้องประมาณเดือนประมาณเดือนสิงหาคมนี่ละคะ
- 3 พ. Z ค่ะ
- 4 ผ. คือว่า หนูเห็นเพื่อนเป็นไฮเปอร์ แล้วที่นี้หนูนั่งอยู่ในแถว อาจารย์ก็มาบอกว่า ใครมี
- 5 อาการเป็นอย่างี้ๆ ก็ ก็ออกให้หลักตัวออกไปซี่คะ คือ หนูเริ่ม เริ่มมีอาการเหมือนที่
- 6 อาจารย์พูดแต่ว่ามือหนูไม่เกร็งนะคะ มันไม่เกร็งแต่หนูเริ่มหายใจไม่ออก แบบมือสั่น
- 7 เหมือนจะไม่มีสติอะไรแล้วอะคะตอนนั้น
- 8 ญ. ตอนนั้น
- 9 ผ. [ คือกลัวคะตอนนั้น กลัวมาก หนูก็ออกไปพีกก็บอกให้นอนก้นวดให้ คือหนู
- 10 แบบ หนูไม่ได้อยากอยู่เฉยๆ คะ หนูกลัวหนูเป็นไฮเปอร์เหมือนเพื่อน ทั้งที่หนูก็ไม่ได้
- 11 เป็น ตั้งแต่นั้นหนูก็มีอาการแบบนี้มาเรื่อยๆ แต่หนูไม่ชอบเสียงดัง ไม่ชอบคนเยอะ
- 12 เวลาเจอคนเยอะอย่างี้ หนูก็จะเริ่มมีอาการแบบเหมือนที่ เหมือนเพื่อนเป็นนะคะ
- 13 แต่ว่าไม่เกร็งไม่ชักนะคะ แต่วามันเป็นกังวล เวลาอยู่คนเดียวก็มีอาการอย่างนั้นคะ
- 14 (1.0) ก็จะเป็นแบบนี้ตลอดเลยคะ
- 15 พ. ตั้งแต่เมื่อไหร่
- 16 ผ. ตั้งแต่เดือนสิงหา กันยายน มาเรื่อย ๆ ค่ะแล้วอาการมันก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หนูเลย
- 17 ตัดสินใจ (หัวเราะ) มาหาหมอเลยคะ
- 18 พ. Z คำว่าเพิ่มขึ้นคือยังไงคะ
- 19 ผ. Z คือแบบ (1.0) ตอน
- 20 แรกก็ไม่ได้กังวลมากนะคะ คือแบบมันก็เริ่มมีอาการใจสั่นบ้าง หายใจหอบพอหลัง ๆ
- 21 มา เริ่มเหมือนจะไม่มีสติเป็นของ ไม่เหมือนจะควบคุมสติตัวเองไม่ได้คะ (1.0) เวลา
- 22 ออกไปไหนก็ไม่กล้าออกไป ขับรถก็กลัวตัวเองเป็น ไปไหนก็ไม่กล้าไป ไม่กล้า ทำ
- 23 อะไรสักอย่างเลยคะ อยากอยู่แต่ในห้องอยู่คนเดียว
- 24 พ. เคยเป็นถึงขั้นเป็นแล้วซ็อกไปเลยมั๊ย
- 25 ผ. ยังคะ ยิง ๆ ยังไม่ถึงขั้นนั้น



- 26 พ. Z แต่มันใกล้ ๆ แล้ว
- 27 ผ. Z ค่ะ
- 28 พ. มันเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ
- 29 ผ. Z ค่ะ มันเพิ่ม
- 30 พ. [ เมื่อกี้ได้ยินคุณบอกว่ากลัว กลัวอะไรคะ
- 31 ผ. กลัวเป็นเหมือนเพื่อน
- 32 พ. Z กลัวเป็นเหมือนเพื่อน
- 33 ผ. ค่ะ
- 34 พ. ความรู้สึกตอนที่เห็นเพื่อนเป็นนั่น มัน.....(2.0)
- 35 ผ. (2.0) เหมือนจะเป็นตามค่ะ
- 36 พ. เหมือนจะเป็นตาม คิดว่าเขาเป็นเพราะอะไร
- 37 ผ. (1.0) แรงกุดตันค่ะ
- 38 พ. แรงกุดตัน (2.0) ในขณะนั้นนะ เราเจอแรงกุดตันเหมือนกันมัย
- 39 ผ. เหมือนกันค่ะ

ผู้ป่วยใหม่หญิงโรควิตกกังวลจากตัวอย่างที่ (125) เป็นนักศึกษาอายุ 20 ปี เคยเรียนปีหนึ่ง สองครั้ง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตเวชในช่วงที่เรียนมหาวิทยาลัยแห่งที่สอง และช่วงเวลาที่มาพบแพทย์เป็นช่วงที่หลังจากเกิดอาการแล้วประมาณ 3-4 เดือน ซึ่งเป็นผลมาจากการเริ่มต้นตั้งแต่การเริ่มเข้าร่วมกิจกรรมเชียร์ของมหาวิทยาลัย ส่วนจิตแพทย์หญิงวัยประมาณสี่สิบปีซึ่งเป็นวัยที่ใกล้เคียงกับมารดาซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยที่มากับผู้ป่วย จิตแพทย์เลือกใช้คำสรรพนามเรียกขานผู้ป่วยว่า “คุณ” เพื่อให้เกียรติผู้ป่วย และใช้คำว่า “เรา” เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจิตแพทย์เป็นคนที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน ส่งผลถึงความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อจิตแพทย์ รวมทั้งการใช้คำลงท้ายว่า “ค่ะ” หรือ “คะ” จะพบไม่บ่อยนักหากเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่สนทนากับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ดังในตัวอย่างที่ (126)

#### ตัวอย่างที่ (126)

- 1 พ. คุณแม่เป็นยังไงบ้างคะ
- 2 ผ. เขาบอกว่ายาตัวนี้ไม่มี เลยเอาตัวใหม่ให้ (ผู้ป่วยหยิบถุงยาของโรงพยาบาลแห่งอื่น

- 3 ขึ้นมาให้จิตแพทย์ดู) ไปรักษาที่นั่นแล้วเขาเปลี่ยนยาให้
- 4 พ. ค่ะ ที่ผ่านมามีคุณแม่มาหาหมอ หายไปประมาณสี่เดือนกว่าแล้วเนาะ
- 5 ผ. ค่ะ
- 6 พ. เอ่อ: เป็นยังไงบ้างคะอาการ
- 7 ผ. Z คือ
- 8 พ. [ ดูเหมือนว่ายา ก็คงไม่ได้กินทุกวัน ไข้มีค่ะ ]
- 9 ผ. คือตอนนี้ยอมรับว่า รึ้นไป ตีไป
- 10 พ. [ ค่ะ ]
- 11 ผ. คืออยากรู้ว่า เอ๊ะ มันน่าจะหายนะ เรากินยาวันละเม็ด มันอยู่ได้ตลอดเลยทั้งวัน
- 12 ผ. นะฮะ
- 13 พ. Z ค่ะ
- 14 ผ. แล้วเราก็อารอะไรปกติหมดทุกอย่างเลย ลองหยุดยาดูสิเผื่อมันจะหาย ก็เลยหยุด
- 15 ไปช่วงหนึ่งมาพฤศจิกายนกับธันวาคม ก็มาเริ่มมาเป็น ช่วงพฤศจิกายนเริ่ม ๆ ว่า เอ๊ะ มัน
- 16 ไม่ใช่แล้ว มันเริ่มมีอาการหงุดหงิด ว่าเหว่ะ ค่ะ อยากจะมีคนอยู่ด้วย
- 17 พ. Z ค่ะ
- 18 ผ. Z อยากจะมี
- 19 คนคุย นอนคนเดียวไม่ได้ ว่าเหว่ะใช่มั้ย ค่ะ ก็เลยบอก เอ๊ะ มันผิดปกติ แล้วก็
- 20 เลยมาเริ่มทานยาวันละสองเม็ด มาเรื่อย ๆ
- 21 พ. Z ค่ะ
- 22 ผ. อาการก็ดีขึ้น อาการดีขึ้น แต่ก็ยังไม่ดีเหมือนเดิม เหมือนตอนที่ทานวันละเม็ด
- 23 ตอนนั้น ก็เลยพอดียาหมด
- 24 พ. Z ค่ะ
- 25 ผ. แล้วทีนี้ก็มีอาการที่ ลืมง่ายขึ้น ความจำ ความจำหายไปมากเลย
- 26 พ. อืม
- 27 ผ. แล้วก็ (2.0) เวลาพูดนี่ต้องคิด คือมัน มันไม่จำนะ สวดมนต์ทุกเช้าเย็นนะคุณหมอ
- 28 สวดไปสวดมามันลืม เหมือนถอดปลั๊กหายไปเฉย ๆ ต้องนั่งนึกตั้งนาน บางทีก็สวด ๆ
- 29 ไป เอ๊ะ บางทีมันมาถึงตอนนี้แล้วหรือ ตอนนั้นทำไมเรายังได้สวด สับสนค่ะ ซึ่งเราก็

- 30 ปฏิบัติมา
- 31 พ. [ ตั้งนานแล้ว
- 32 ผ. Z ฮะ
- 33 พ. ทำไมลืมนะได้ แล้วหลังจากที่คุณแม่กินยาเข้าไปเหมือนเดิมแล้ว มันเปลี่ยนแปลง
- 34 มัยคะ
- 35 ผ. ดีขึ้นคะดีขึ้น แต่ว่าความจำนี่ยังไม่ฟื้น
- 36 พ. Z ค่ะ
- 37 ผ. Z แต่ถ้าวันไหนได้นอนดีนะฮะ แต่ที่นี้ก็มี
- 38 เริ่มทานยานอนหลับที่คุณหมอให้ ทานที่แรกก็ก่อนนอน ก็ กินนอนหลับได้ พอนอน
- 39 หลับตื่นขึ้นมา ถ้าวันนั้นนอนหลับจะรู้สึกว่ามีสมาธิ ความจำก็ดีขึ้นคะ
- 40 พ. [ ค่ะ ]
- 41 ผ. แต่ว่าวันไหนไม่ได้นอน ตื่นขึ้นมาจะลืมนะฮะ
- 42 พ. Z ค่ะ
- 43 ผ. Z ของนี้หายอยู่นั้นละคะ
- 44 วางไว้แล้วก็ลืม
- 45 พ. [ ค่ะ สรุปว่ากินยาดีกว่าไม่กินยานะ
- 46 ผ. Z ค่ะ

จากตัวอย่างที่ (126) ผู้ป่วยเก่าหญิงโรคจิตกึ่งวลาอายุประมาณ 60 ปี จิตแพทย์วัยประมาณสี่สิบปี ผู้ป่วยขาดการรับประทานยาต่อเนื่องไประยะเวลาหนึ่งทำให้อาการของโรคกลับมารุนแรงอีกครั้ง จึงได้มาพบจิตแพทย์เพื่อรักษาอาการที่กำลังกำเริบเพิ่มขึ้นนั้น จิตแพทย์เลือกใช้คำสรรพนามเรียกญาติกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นว่า “คุณแม่” ในบรรทัดที่ 1 จากถ้อยคำว่า “คุณแม่เป็นยังไงบ้างคะ” เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมเหมือนเป็นคนในครอบครัวเดียวกันกับจิตแพทย์และเล่ารายละเอียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยให้ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นผู้ป่วยที่อาการเดิมกลับมากำเริบอีกครั้งเพราะอาการจะรุนแรงกว่าอาการเดิม การสื่อสารกับผู้ป่วยจึงต้องระมัดระวังมากขึ้น จิตแพทย์จึงคำนึงถึงวัยของผู้ป่วยแล้วการเลือกใช้ถ้อยคำให้เหมาะสม การใช้ถ้อยคำเรียกญาติอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกในแง่บวกและอธิบายสาเหตุที่ทำให้มีอาการป่วยกลับมาให้ละเอียดโดยที่ไม่คิดปิดบังข้อมูล

ใดๆ กับจิตแพทย์ ดังนั้น จากการสนทนาในตัวอย่างนี้จะเห็นได้ว่าจิตแพทย์คำนึงถึงความอาวุโสของผู้ป่วย จึงทำให้เลือกใช้กลวิธีทางภาษาในการสนทนาเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจเหมือนกำลังสนทนากับคนในครอบครัว ซึ่งส่งผลให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยได้ละเอียดมากขึ้น

สำหรับข้อมูลการตอบแบบสัมภาษณ์ของจิตแพทย์ในประเด็นเกี่ยวกับอายุพบว่า จิตแพทย์ส่วนใหญ่ในต่างจังหวัดจะคำนึงถึงอายุของผู้ป่วยเสมอ หากเป็นผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไปจะใช้คำสรรพนามเรียกญาติว่า “ลุง” “ป้า” “พ่อ” “แม่” “ตา” “ยาย” แทนการเรียกอีกฝ่ายว่า “ผู้ป่วย” หรือ “คนไข้” แต่หากเป็นผู้ป่วยที่อายุน้อยมากถึงแม้จะใช้คำเรียกผู้ป่วยว่า “ผู้ป่วย” หรือ “คนไข้” แต่น้ำเสียงหรือคำลงท้ายจะมีแตกต่างจากผู้ป่วยในวัยกลางคนหรือวัยใกล้เคียงกับจิตแพทย์เสมอ เช่น

คำตอบที่ 1 : ถ้าผู้ป่วยอายุมากจะใช้คำเรียกว่า ลุง ป้า ตา ยาย พ่อ หรือแม่ เนื่องจากจะทำให้เกิดความสนิทสนมกันมากขึ้น

คำตอบที่ 2 : ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและเป็นผู้หญิงจะใช้คำลงท้ายว่า “คะ” เสมอ (ถึงแม้ว่าจิตแพทย์จะเป็นเพศชายและมีอายุมากก็ตาม)

คำตอบที่ 3 : ผู้ป่วยที่มีอายุมากส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือกระบวนการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

จากสถานการณ์การตรวจรักษาโรคและคำตอบของจิตแพทย์ในการสัมภาษณ์พบว่า อายุเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิสัมพันธ์เนื่องจาก หากจิตแพทย์ในต่างจังหวัดสนทนากับผู้ป่วยสูงอายุ มีแนวโน้มที่จิตแพทย์จะใช้คำสรรพนามเรียกญาติว่า “ตา” “ยาย” “ลุง” “ป้า” “พ่อ” หรือ “แม่” และการใช้คำลงท้ายแสดงความใกล้ชิดในการปฏิสัมพันธ์ว่า “จ๊ะ” “จ๋า” เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสบายใจหรือรู้สึกที่จิตแพทย์มีลักษณะคล้ายกับคนในครอบครัว ญาติหรือเพื่อนซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยอธิบายอาการหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในการสนทนายาระหว่างจิตแพทย์ชายกับผู้ป่วยหญิงที่มีอายุน้อยกว่ามากพบว่า จิตแพทย์จะเลือกใช้คำสรรพนามเรียกผู้ป่วยว่า “หนู” หรือ “เรา” มากกว่า “ผู้ป่วย” หรือ “คนไข้” และเลือกใช้คำลงท้ายว่า “คะ” หรือ “ค่ะ” มากกว่า “ครับ” เนื่องจากการใช้คำสรรพนามหรือคำลงท้ายเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจิตแพทย์มีความเมตตาเอ็นดู

ผู้ป่วยเหมือนญาติผู้ใหญ่ และผู้จะสามารถไว้วางใจและอธิบายเรื่องราวต่างๆ ได้ ปัจจัยด้านอายุจึงเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่จิตแพทย์ต้องคำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอก

### 5.3 สถานภาพ

สถานภาพระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่ทำให้จิตแพทย์คำนึงถึงในการสนทนาเพื่อตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ฝ่ายหนึ่งมีสถานภาพเป็นจิตแพทย์ผู้ตรวจรักษาโรค และฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรคหรือญาติผู้ป่วยที่เข้ามาช่วยให้ข้อมูลและรับฟังการวินิจฉัยโรค จิตแพทย์มีสถานภาพทางหน้าที่การงานที่เหนือกว่าอย่างชัดเจน แต่จิตแพทย์จะพยายามไม่ใช่อำนาจที่เกิดจากสถานภาพนั้น เนื่องจากการใช้อำนาจอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณด้อยกว่าซึ่งอาจส่งผลในการตัดสินใจจะไม่อธิบายรายละเอียดที่เกี่ยวข้องอย่างตรงไปตรงมา จิตแพทย์จึงจำเป็นต้องพยายามลดช่องว่างในระยะห่างนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกไว้วางใจจนสามารถเล่าเรื่องราวหรือรายละเอียดที่สำคัญให้ได้ เช่น

ตัวอย่างที่ (127)

- 1 พ. นิมนต์ค่ะ อาจารย์นิมนต์ค่ะ
- 2 ผ. (???) (เสียงประกาศจากหน้าห้องตรวจ)
- 3 พ. อาจารย์จำวัดอยู่โนนเรื่องเนาะ มาแบบไหนคะ มายังไง
- 4 ผ. มานอนคืนอยู่ในเมือง
- 5 พ. Z ค่ะ มานอนก่อนเนาะ บ้านโยมที่มาจำวัดเป็นบ้านเรามั๊ยคะ
- 6 ผ. เป็นบ้านลูก
- 7 พ. Z เป็นลูกสาว
- 8 ผ. ใช่
- 9 พ. บ้านเดิมของอาจารย์อยู่ไหนคะ
- 10 ผ. (1.0) ก็ บ้านเกิดก็อยู่โนนเรื่องนั่นแหละ แล้วย้ายเข้ามาในตัวเมือง ส่วนสำเนา
- 11 ทะเบียนบ้านตอนนี้ย้ายไปอยู่อีกอำเภอหนึ่งแล้ว
- 12 พ. ค่ะ แต่อยู่บ้านนี้ก็คือลูกสาวอยู่
- 13 ผ. Z ครับ

- 14 พ. [ ครอบครัวยุคเราเนาะ (2.0) อาจารย์เป็น
- 15 ยังไงบ้างคะอาการช่วงนี้
- 16 ผ. บางทีปวดหัว ปวดแล้วหาย
- 17 พ. ค่ะ แต่เก่าๆ ตอนแรกๆ มันเป็นอย่างงี้จ๊ะ เเล้วให้หมอฟังหน่อย
- 18 ผ. ก็ เริ่มแรก ปวดหัวหลายก็ได้ไปโรงบาล แล้วตอนนั้นก็ได้นอนหลับไป แล้วพอมารักษาอยู่นี้คือยติขึ้น(2.0)ตอนนี้ก็เหลือแต่ยาแคปซูลแต่ก่อนยาเยอะหลาย
- 19
- 20 พ. [มีหลายอัน
- 21 ผ. หลาย
- 22 พ. อาจารย์ไปมาหลายทีนะคะ
- 23 ผ. ใช่ ไปโรงบาลศูนย์ก่อนนี้เพราะเป็นรูมาตอยด์
- 24 พ. [ อ้อ เป็นรูมาตอยด์ แล้วเรื่องปวดหัวนี้
- 25 ได้ไปรักษาที่อื่นมั้ยะ
- 26 ผ. ไม่ (1.0)ไม่ได้ไปรักษา บางครั้งก็ไปเอายานอนหลับ
- 27 พ. ค่ะ
- 28 ผ. Z ก็ยังไม่หาย
- 29 พ. หมอที่ไปหาตอนแรกเขาวังงี้ เขาถึงได้ให้ยานอนหลับคะอาจารย์
- 30 ผ. ก็วานอนไม่หลับ เขาก็ให้ยามา

จากตัวอย่างที่ (127) ผู้ป่วยเก่าโรควิตกกังวลชายมีสถานภาพเป็นพระสงฆ์อายุประมาณ 60 ปี และมารักษาตามนัดหมายเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง จิตแพทย์หญิงวัยประมาณสี่สิบปีได้คำนึงถึงปัจจัยด้านสถานภาพจึงตัดสินใจใช้คำสรรพนามว่า “อาจารย์” ซึ่งย่อมาจากคำว่า “พระอาจารย์” ตั้งแต่บรรทัดที่ 1 ว่า “นิมนต์คะ อาจารย์นิมนต์คะ” และใช้ถ้อยคำในการสนทนากับพระสงฆ์ซึ่งแตกต่างจากการสนทนากับผู้ป่วยทั่วไป แสดงถึงการให้เกียรติและยกย่องผู้ป่วยเป็นพิเศษ ถึงแม้ว่าในสังคมไทยจะยกย่องให้เกียรติอาชีพแพทย์มากกว่าอาชีพอื่นๆ เนื่องจากเป็นอาชีพที่ช่วยเหลือบุคคลอื่น แต่หากเป็นกรณีนี้พระสงฆ์จะมีสถานภาพที่เหนือกว่าทุกอาชีพในสังคมไทย ดังนั้น การยกย่องให้เกียรติผู้ป่วยที่เป็นพระสงฆ์จะปรากฏมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นคนธรรมดาทั่วไป นอกจากนี้จิตแพทย์ยังต้องวิเคราะห์อาการป่วยของพระสงฆ์เป็นพิเศษ เนื่องจากคำสอนในพุทธศาสนาเน้นการปล่อยวางซึ่ง

หากพระสงฆ์ปฏิบัติตามแนวทางนั้นก็ไม่น่าจะเกิดโรคทางจิตเวช แต่ในการสังเกตและเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้กลับพบว่าพระสงฆ์มีอาการป่วยโรคทางจิตเวชเบื้องต้นเป็นจำนวนมาก จึงน่าจะเป็นประเด็นที่ทำให้จิตแพทย์ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะฉะนั้นการตรวจรักษาโรคผู้ป่วยที่มีสถานภาพพระสงฆ์จึงเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่จิตแพทย์คำนึงถึงเป็นกรณีพิเศษ และติดตามอาการอย่างใกล้ชิดต่อไป

### ตัวอย่างที่ (128)

- |    |    |  |                                |
|----|----|--|--------------------------------|
| 1  | พ. | จั้น หมอให้ยาเดิมนะ                          |                                |
| 2  | ญ. | จ๊ะจ๋า (1.0) รู้เรื่องหมดทุกอย่าง            |                                |
| 3  | พ. |  | Z รู้เยอะด้วย                  |
| 4  | ญ. | รู้เยอะด้วย เล่นโทรศัพท์ที่ไม่มีหลงมีลิ้ม    |                                |
| 5  | พ. |  | Z ไม่มีผิดพลาดเลย              |
| 6  | ญ. | ไม่มีผิดพลาด โทรศัพท์ใครเสียมาให้ทำ ทำได้หมด |                                |
| 7  | พ. |  | Z เฮ้ย จริงนะ                  |
| 8  | ญ. | จริง   |                                |
| 9  | พ. | เก่งอะ (หัวเราะ)                             |                                |
| 10 | ญ. |  | Z โทรศัพท์ของลุงนะ ทำได้หมดเลย |
| 11 | พ. | เออ เข้าท่าแฮะ เออๆ                          |                                |
| 12 | ญ. | แต่ถ้าไม่เอาใครนี้ ไม่เอาเลย                 |                                |
| 13 | พ. |  | Z จ๊ะ                          |

จากตัวอย่างที่ (128) เป็นการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับญาติผู้ป่วยเก่าโรคซึมเศร้าซึ่งผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในห้องตรวจ ญาติจึงพยายามเล่าอาการของผู้ป่วยให้จิตแพทย์รับรู้ว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เห็นได้จากถ้อยคำของญาติผู้ป่วยในบรรทัดที่ 2 4 6 10 และ 12 เป็นการอธิบายอาการของผู้ป่วยอย่างละเอียดน่าจะเนื่องมาจากความไว้วางใจที่มีต่อจิตแพทย์ เมื่อพิจารณาจากถ้อยคำที่จิตแพทย์สนทนากับญาติมีลักษณะเป็นกันเองคล้ายกับเพื่อนหรือญาติสนิทสนมกัน โดยใช้กลวิธีที่หลากหลาย เช่น การกล่าวซ้ำถ้อยคำของญาติ การสรุปความ การตั้งคำถามเพื่อให้คู่สนทนาย้ำคำตอบ

และการชมเชย จึงทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกสนิทสนมคุ้นเคยและยอมอธิบายอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องให้กับจิตแพทย์ทราบข้อมูลดังกล่าว

จากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำคำตอบในแบบสัมภาษณ์จิตแพทย์มาร่วมวิเคราะห์พบว่า ความแตกต่างของสถานภาพระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติมีผลต่อการปฏิสัมพันธ์ ดังตัวอย่างคำตอบดังนี้

คำตอบที่ 1 : ถ้าเราทำให้ผู้ป่วยหรือญาติรู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างเขากับเรามาก อาจทำให้การตรวจรักษาไม่เป็นไปด้วยดีนัก

คำตอบที่ 2 : ผู้ป่วยหรือญาติจะให้ความร่วมมือกับหมอเมื่อรู้สึกใกล้ชิดกับหมอ

จากการเก็บข้อมูลการสนทนาและการสัมภาษณ์จิตแพทย์พบว่า ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีสถานภาพแตกต่างอย่างชัดเจน เช่น พระสงฆ์ จิตแพทย์จะคำนึงถึงความแตกต่างของสถานภาพด้วยการใช้ถ้อยคำแสดงความสุภาพมากกว่าการสนทนากับผู้ป่วยทั่วไป โดยพบการใช้ถ้อยคำว่า “นมัสการ” “พระคุณเจ้า” “พระอาจารย์” “ท่าน” เพื่อให้เกียรติคู่สนทนาตามสถานภาพ แต่หากผู้ป่วยหรือญาติเป็นบุคคลธรรมดา ผู้วิจัยต้องวิเคราะห์จากบทสนทนาจึงทำให้พบว่า จิตแพทย์คำนึงถึงสถานภาพของผู้ป่วยหรือญาติพอสมควรเห็นได้จากตัวอย่างที่ (128) จิตแพทย์พยายามลดช่องว่างระหว่างสถานภาพด้วยการใช้กลวิธีที่หลากหลายเพื่อให้ญาติรู้สึกสบายใจและสนิทสนมซึ่งจะส่งผลให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยละเอียดมากขึ้น

#### 5.4 เพศ

ความแตกต่างในประเด็นเรื่องเพศของผู้ป่วยและเพศของจิตแพทย์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้จิตแพทย์อาจจะต้องคำนึงถึงในการสนทนาเพื่อตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น สถานการณ์ที่จิตแพทย์และผู้ป่วยมีเพศเดียวกันจะปรากฏการสนทนาลักษณะหนึ่ง แต่บางสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและจิตแพทย์เป็นเพศที่ต่างกันจะมีลักษณะในการสนทนาอีกลักษณะหนึ่ง โดยเฉพาะประเด็นในการสนทนาที่อาจจะเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ การสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยจะไม่สามารถดำเนินไปได้ตามปกติ จิตแพทย์จำเป็นต้องใช้กลวิธีทางภาษาที่หลากหลายเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจอธิบายประเด็นที่ตนลำบากใจ นอกจากนี้ยังปรากฏการใช้คำลงท้ายและกลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์แตกต่างจากการสนทนาทั่วไป เช่น



## ตัวอย่างที่ (129)

- 1 ผ. สวัสดีค่ะ
- 2 พ. Z ครับ ครับผม มาคนเดียวครับ
- 3 ผ. มากับพี่เขยค่ะ
- 4 พ. Z เอ้า มากับพี่เขยนะ แล้วตอนนี้จิตใจ ทานยา จิตใจสบายดีมั๊ย
- 5 ผ. ก็ปกติค่ะ
- 6 พ. เรื่องเศร้า ๆ ตอนนี้เป็นอย่างไงบ้างครับ
- 7 ผ. ตอนนี้ก็ไม่มีค่ะ
- 8 พ. Z ดีกว่าเดิมนะ
- 9 ผ. Z ค่ะ
- 10 พ. คิดว่ากลับมาดีเหมือนเดิมร้อยเปอร์เซ็นต์ตอนนี้
- 11 ผ. } (1.0) ตอนนี้ไม่ ไม่ ไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์
- 12 พ. } อ้อ เช่นว่าอะไรครับ ที่ว่าไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์เนี่ย
- 13 ผ. } เอ็ม (2.0) เช่นว่า (1.0) มีแบบเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์
- 14 พ. [ อ้อ มีเรื่องเพศที่ทำให้ไม่
- 15 สบายใจ
- 16 ผ. Z ใช่ เพราะว่าเรานั้น เราไม่มีความต้องการ
- 17 พ. CHULALONGKORN UNIVERSITY Z ครับผม
- 18 ผ. } แต่ว่าแฟนจะมีความต้องการ เอ้อ เยอะ
- 19 พ. } Z อืม
- 20 ผ. } พอเราทานยาตัวนี้ คุณหมอบอกแล้วว่า (1.0)
- 21 พ. [ ยาตัวนี้มีผลต่อเรื่องเพศ
- 22 ผ. Z ใช่แต่แค่นั้น
- 23 คือว่า ความต้องการของผู้ชายมันมากอยู่แล้ว
- 24 พ. } Z ครับ ครับ
- 25 ผ. } นั่นแหละ พอเราทานยาแล้ว คุณหมอก็บอก บอกกับแฟนแล้วแต่แฟนนั้น

- 26 *ไม่ค่อยจะ(1.0)*
- 27 พ. มันเป็นไปได้มั๊ยที่เราจะชวนเค้ามา มาคุยกับหมอสักกนิตนึง เค้าจะได้ทำความเข้าใจ
- 28 ได้มากขึ้น
- 29 ผ. อ้อ เขาเคยมาคุยกับหมอแล้วนะคะ
- 30 พ. Z บางคน บางคนต้องอาศัยการพูดคุยหลายๆ
- 31 รอบ เค้าเองก็จะได้ระบายความไม่สบายใจของเค้าให้หมอฟังด้วย อ่า บางทีไปบอก
- 32 อย่างเดียวเนี่ย บางทีก็อาจจะไม่ได้ช่วยเท่าไร อย่างน้อยได้รับฟังว่า เค้าไม่สบายใจ
- 33 ยังไงก็ช่วยได้ส่วนหนึ่ง (1.0) แต่เรื่องตอนนี้เรื่องนี้เกิดขึ้น เราปรับใจได้
- 34 ผ. } กี่:
- 35 พ. } [ มากระทบเรา เราปรับใจได้นะ
- 36 ผ. } [ เราปกติ แต่เค้า เค้า (2.0)
- 37 พ. อ่า มันก็อยู่ที่ตัวเค้า ลองชวนเค้ามาคุยได้มั๊ยนะ จะได้คุยกับหมอ
- 38 ผ. Z อ้อ ได้ค่ะ

จากตัวอย่างที่ (129) ผู้ป่วยเก่าหญิงโรคซึมเศร้าอายุประมาณ 35 ปี จิตแพทย์ชายวัยประมาณสี่สิบปี ผู้ป่วยอาการข้างเคียงจากการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าทำให้ความต้องการทางเพศลดลงและสามีไม่เข้าใจ จึงเกิดปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างสามีภรรยา ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงค่อนข้างลำบากใจในการตอบคำถามจากจิตแพทย์เพศชายเห็นได้จากการใช้ความเงียบหลายครั้งในบรรทัดที่ 11 13 20 25-26 34 และ 36 เนื่องจากมีความกระตือรือร้นหรือช่องว่างที่จะต้องพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์กับจิตแพทย์ชาย จิตแพทย์จึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเพศที่ผู้หญิงในสังคมไทยจะมีค่านิยมที่ไม่กล่าวถึงเรื่องเพศกับเพศตรงข้ามหรือบุคคลอื่นๆ และพยายามให้คำแนะนำในเชิงวิชาการเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกอายจนไม่สามารถอธิบายรายละเอียดได้ นอกจากนี้ยังพบสถานการณ์ที่จิตแพทย์ใช้กลวิธีที่หลากหลายในกรณีที่สนทนากับผู้ป่วยหญิงที่น่าสนใจอีกหนึ่งสถานการณ์ดังตัวอย่างที่ (130)

ตัวอย่างที่ (130)

- 1 พ. } *เชิญจ๊ะ* อมราเป็นไง สบายดีเปล่า
- 2 ผ. สบายดีจ้า

- 3 พ. } อ้อ: คนสวยนี่เอง
- 4 ผ. (หัวเราะ)
- 5 พ. [ ไซ่คนนี่หรือเปล่าที่คลอตตอนนั้น
- 6 ผ. Z จ้า คนนี่ละจ้า
- 7 พ. มีคนเดียวหรือ
- 8 ผ. Z มีคนเดียวจ้า
- 9 พ. } Z จ้า
- 10 ผ. ที่คลอตแล้วหมอดี้กไปเยี่ยมนะ
- 11 พ. } Z จ๊ะ จ๊ะ
- 12 ผ. นี่ลูกสาวแข็งแรง ไม่เป็นไร ไม่ ไม่ ไม่ติดเชื้อแม่หรือ
- 13 พ. ห้า:
- 14 ผ. จริงจริง: ไม่เป็นไร
- 15 พ. ก็ดีแล้วนี่(หัวเราะ)
- 16 ผ. (หัวเราะ)
- 17 พ. } เอ้า ติดเชื้อสวยอย่างเดียวก็พอ
- 18 ผ. (หัวเราะ)
- 19 พ. นะ เรื่องอื่นไม่ต้องติด
- 20 ผ. จ้า
- 21 พ. กินยาสองตัวไซ่มั้ย
- 22 ผ. [ สามคะ
- 23 พ. โอเค

จากตัวอย่างที่ (130) ผู้ป่วยเก่าหญิงโรคจิตกึ่งวลาอายุประมาณ 35 ปี จิตแพทย์ชายวัยประมาณหกสิบปี ได้กล่าวทักทายกับผู้ป่วยในบรรทัดที่ 1 ว่า “เชียวจ๊ะ อมราเป็นไง สบายดีเปล่า” โดยใช้คำลงท้าย “จ๊ะ” ในบรรทัดที่ 9 และ 11 กับเพศหญิงเท่านั้น ไม่พบการใช้คำลงท้ายลักษณะนี้กับผู้ป่วยเพศชาย รวมทั้งการใช้คำชมในบรรทัดที่ 3 ว่า “อ้อ: คนสวยนี่เอง” และบรรทัดที่ 17 ว่า

“ติดเชื้สวยอย่งเดยวก็พอ” เพื่อให้ผู้ป่วยเพศหญิงรู้สึกดีกับจิตแพทย์ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองฝ่ายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีกับจิตแพทย์และการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชมากขึ้น

เมื่อพิจารณาจากคำตอบในการสัมภาษณ์จิตแพทย์พบว่า ปัจจัยเรื่องเพศมีความสำคัญในบริบทตามคำตอบดังนี้

คำตอบที่ 1 : (จิตแพทย์ชาย) ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้หญิงอาจจะต้องระวังเวลาพูดคุย เพราะไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะอ่อนไหวในเรื่องบางเรื่องหรือไม่

คำตอบที่ 2 : (จิตแพทย์ชาย) บางครั้งผู้ป่วยเพศหญิงที่อายุน้อยอาจจะต้องระมัดระวัง

คำตอบที่ 3 : (จิตแพทย์หญิง) เรื่องผู้ป่วยเพศชายน่าจะเป็นประเด็นรองในการสนทนา เพราะพูดคุยตามหลักวิชาการอยู่แล้ว

จากการวิเคราะห์ปัจจัยเรื่องเพศในสถานการณ์ตัวอย่างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยนอกและแบบสัมภาษณ์พบว่า จิตแพทย์หลายคนให้ความสำคัญกับปัจจัยเรื่องเพศเนื่องจากจิตแพทย์ส่วนใหญ่ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลคือเพศชาย จิตแพทย์เพศชายมักจะระมัดระวังในการสนทนากับผู้ป่วยหญิง เนื่องจากผู้ป่วยหญิงจะจิตใจอ่อนไหวมากกว่าเวลาปกติโดยเฉพาะผู้ป่วยหญิงสูงอายุ การสนทนาจึงต้องระมัดระวังไม่ให้กระทบกระเทือนจิตใจมากเกินไป หลายสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเริ่มเครียดในระหว่างการตรวจรักษา จิตแพทย์ชายได้ใช้การหยอกเย้าผู้ป่วยหญิงที่มีอายุตั้งแต่วัยกลางคนขึ้นไปเพื่อให้บรรยากาศในการสนทนาดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถบอกเล่ารายละเอียดที่สำคัญได้อีกครั้ง ปัจจัยเรื่องเพศของผู้ป่วยจึงเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลาคอสต์(Lacoste, 1981) ได้สรุปไว้ว่า ผู้ป่วยเพศหญิงสูงอายุที่เป็นโรคทางอายุรกรรมมักจะมีกลวิธีทางภาษาในการสนทนาที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป หากแพทย์มีความเห็นว่าการอาการของผู้ป่วยไม่ถึงขั้นร้ายแรง ผู้ป่วยจะแสดงอาการปฏิกิริยาที่มากเกินไปเพื่อให้แพทย์รับรู้ว่ามีร้ายแรง แต่หากเป็นความผิดหรือข้อบกพร่องในการดูแลรักษาตนเอง ผู้ป่วยจะสื่อสารเพื่อให้แพทย์รู้สึกว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยไม่สำคัญอะไร ดังนั้น การสนทนากับผู้ป่วยเพศหญิงจึงอาจต้องระมัดระวังมากกว่าผู้ป่วยชาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยข้อที่ 3 คือเพื่อศึกษาปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช

เบื้องต้น พบว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 คือปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในปริศนาการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ได้แก่ อายุ สถานภาพ เพศ และอาการของโรค ผลการวิจัยได้ยืนยันแล้วว่าจิตแพทย์ได้คำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ในการสนทนาเพื่อการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น นอกจากนี้เมื่อผู้วิจัยศึกษากรอบแนวคิดของสเปนเซอร์-โอทีย์ (Spencer-Oatey, 2002) แล้วพบว่ามียางประเด็นที่สามารถนำกรอบแนวคิดนี้มาอธิบายปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกในเรื่องสิทธิและพันธกิจทางสังคม

สิทธิและพันธกิจทางสังคมไม่ได้เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ในบทที่ 1 แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลแล้วพบว่า สิทธิและพันธกิจทางสังคมของจิตแพทย์มีอำนาจและหน้าที่โดยชอบธรรมที่สามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในทุกประเด็นเพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ในการรักษาผู้ป่วยให้กลับมามีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ดังเดิม ส่วนสิทธิและพันธกิจทางสังคมของผู้ป่วยคือความต้องการให้อาการป่วยของตนทุเลาหรือหายขาดจากโรคทางจิตเวชที่กำลังเป็นอยู่ และมีหน้าที่ให้ความร่วมมือกับจิตแพทย์ในการตอบคำถามหรืออธิบายข้อมูลต่างๆ ตามที่จิตแพทย์ต้องการ ส่วนสิทธิและพันธกิจของญาติผู้ป่วยที่ปรากฏในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชคือญาติผู้ป่วยมีความชอบธรรมที่ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากการอาการเจ็บป่วย เพราะหากผู้ป่วยยังคงมีอาการเดิมจะทำให้ญาติและครอบครัวต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีหน้าที่ในการตอบคำถามหรืออธิบายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยและกระบวนการรักษาที่ถูกต้องของจิตแพทย์ ดังนั้น สิทธิและพันธกิจของทั้งสองหรือสามฝ่ายจึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่กำหนดให้การปฏิสัมพันธ์ในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นสามารถดำเนินไปได้จนสิ้นสุดการสนทนา สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทที่ 3 ในประเด็นบรรทัดฐานของการปฏิสัมพันธ์และการตีความด้วยกรอบแนวคิดชาติพันธุ์วรรณนาแห่งการสื่อสาร (SPEAKING) ที่มีผลการวิเคราะห์ว่าจิตแพทย์มีสิทธิที่จะถามผู้ป่วยหรือญาติในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช และผู้ป่วยหรือญาติมีหน้าที่ต้องตอบคำถามเหล่านั้น เพื่อให้การตรวจรักษาโรคสามารถดำเนินไปได้จนสิ้นสุดการสนทนาซึ่งเป็นการปฏิสัมพันธ์เชิงสถาบันอย่างชัดเจน

ส่วนอีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจในการเก็บข้อมูลจากสถานการณ์จริงพบว่า ผลประโยชน์ (Cost benefit) ของผู้ป่วยในการเดินทางมาตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเป็นเรื่องสำคัญที่จิตแพทย์ในต่างจังหวัดให้ความสำคัญ เนื่องจากโรงพยาบาลทางจิตเวชในต่างจังหวัดมีไม่เพียงพอต่อความต้องการ

ของผู้ป่วย ผู้ป่วยหรือญาติที่เดินทางมาจากพื้นที่ห่างไกลต้องมีค่าใช้จ่ายและเวลาที่สูญเสียไปในการเดินทางมาตรวจรักษาแต่ละครั้ง จิตแพทย์ในต่างจังหวัดจึงได้ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้เห็นได้จากทุกครั้งในช่วงเริ่มต้นหรือใกล้จะสิ้นสุดการสนทนา จิตแพทย์ในต่างจังหวัดจะสอบถามภูมิลำเนาและที่พักอาศัยของผู้ป่วยเสมอ และตัดสินใจนัดหมายตามวันเวลาที่ผู้ป่วยหรือญาติสะดวก เพื่อไม่ให้เกิดการเดินทางมาโรงพยาบาลเป็นภาระของผู้ป่วยหรือญาติมากเกินไป

การวิเคราะห์ปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในบทนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกจาก 84 สถานการณ์ จิตแพทย์ 10 คน โดยใช้กรอบแนวคิดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องด้วยการเก็บข้อมูลในบทนี้มีเพียงบทสัมภาษณ์สั้นๆ เพราะมีข้อจำกัดด้านเวลา จึงทำให้ผู้วิจัยต้องนำสถานการณ์จริงในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นมาวิเคราะห์ร่วมด้วยจึงขอเสนอข้อสรุปในบทนี้ว่า ปัจจัยจิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ อาการของโรค อายุ สถานภาพ และเพศ ปัจจัยสำคัญประการแรกที่จิตแพทย์คำนึงถึงคืออาการของโรค เนื่องจากปัจจัยนี้มีผลต่อการตรวจรักษาและการวินิจฉัยผู้ป่วย ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ คือ อายุ สถานภาพ และเพศ ต่างเป็นปัจจัยที่สำคัญรองลงมา เนื่องจากจิตแพทย์พิจารณาวินิจฉัยโรคตามหลักวิชาการปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นส่วนประกอบหนึ่งที่ทำให้การตรวจรักษาดำเนินไปได้อย่างราบรื่นยิ่งขึ้น จากปัจจัยดังกล่าวจึงอาจเป็นข้อคำนึงถึงที่สำคัญเสนอต่อจิตแพทย์ในการพยายามสร้างความสัมพันธ์อันดีเพื่อให้ทั้งผู้ป่วยและญาติเกิดทัศนคติในแง่บวกต่อการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชให้มากขึ้น

## บทที่ 6

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### 6.1 สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาปริจเฉทการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นโดยใช้กรอบแนวคิดปริจเฉทวิเคราะห์ของชิฟฟริน(Schiffirin, 1987, 1994) แนวคิดสนทนาวิเคราะห์ของแซคส์ เชกลอฟฟ์ และเจฟเฟอร์สัน(Sacks, Schegloff, and Jefferson, 1974) เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบและโครงสร้างการสนทนา แนวคิดวัจนกรรมของเซอร์ล(Searle, 1975) เพื่อศึกษากลวิธีการสนทนาของจิตแพทย์ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย การปฏิสัมพันธ์เชิงสถาบัน และแนวคิดการจัดการความสัมพันธ์(Spencer-Oatey, 2002) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอก

ผู้วิจัยมีจุดประสงค์ในการวิจัย 3 ข้อ คือ 1) เพื่อศึกษาโครงสร้างและองค์ประกอบในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นตามแนวคิดสนทนาวิเคราะห์ 2) เพื่อศึกษากลวิธีการทางภาษาในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก และญาติผู้ป่วย 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น

#### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ก่อนที่จะดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงงานวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดยใช้ระยะเวลาในการพิจารณาประมาณ 3 เดือน และส่งผลการพิจารณาไปที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคของประเทศไทย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แต่ละแห่งใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 1-3 เดือน เมื่อได้รับผลการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมจากโรงพยาบาลต่างๆ ตามที่ตั้งไว้ในขอบเขตเรียบร้อยแล้ว จึงได้ดำเนินการติดต่อขออนุญาตเก็บข้อมูลตามวันเวลาที่โรงพยาบาลทุกแห่งแจ้งมา

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการบันทึกเสียงในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชของจิตแพทย์จำนวน 10 คน(จิตแพทย์เพศชาย 6 คน จิตแพทย์เพศหญิง 4 คน)

โรงพยาบาลละ 2-4 คน โดยที่ก่อนเก็บข้อมูลได้ขออนุญาตบันทึกเสียงกับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกกรณี และได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างถูกต้องทุกสถานการณ์ เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มข้อมูลจิตแพทย์ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ สำหรับกลุ่มข้อมูลผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ การใช้แบบสอบถามอาการป่วยเบื้องต้นของผู้ป่วยและญาติด้วยความสมัครใจที่ระบุอาการของโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และภาวะเครียด อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปจนถึง 60 ปี ไม่จำกัดเพศหรือสถานภาพการสมรส ส่วนเกณฑ์การคัดออกจะดำเนินการเมื่อผู้ป่วยนอกหรือญาติผู้ป่วยไม่สมัครใจในระหว่างการให้ข้อมูลต่อไป หรือเป็นกรณีที่จิตแพทย์วินิจฉัยระบุว่าไม่มีอาการตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยนอกของจิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลจิตเวชในจังหวัดต่างๆ ที่มีโรงพยาบาลทางจิตเวชประจำภูมิภาค 4 แห่ง และโรงพยาบาลอายุรกรรมที่มีแผนกจิตเวช 1 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์(จังหวัดสุราษฎร์ธานี) และโรงพยาบาลลำสนธิ (จังหวัดลพบุรี) การเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์การตรวจรักษาที่ไม่มีญาติผู้ป่วยร่วมด้วยไม่น้อยกว่า 30 สถานการณ์ และการตรวจรักษาที่มีญาติผู้ป่วยร่วมด้วยไม่น้อยกว่า 30 สถานการณ์ รวมทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 60 สถานการณ์ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลแต่ละแห่งนับตั้งแต่การเริ่มเก็บข้อมูลในวันแรกประมาณ 1-2 สัปดาห์ โดยใช้ชื่อ-สกุล สถานที่ วันเวลาในงานวิจัยให้เป็นเหตุการณ์สมมติทั้งสิ้น เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลผู้วิจัยพบว่าสามารถเก็บข้อมูลสถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นได้ทั้งสิ้น 84 สถานการณ์

ผลการวิจัยสามารถแสดงผลสรุปได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังต่อไปนี้

6.1.1 โครงสร้างและองค์ประกอบในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นตามแนวคิดสนทนาวิเคราะห์ ผู้วิจัยวิเคราะห์บริบทเบื้องต้นตามแนวชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสารทำให้มองเห็นบริบทในภาพรวมของการสื่อสารในบริบทของปริจเฉทการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในแต่ละโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชในเขตปริมณฑลกับโรงพยาบาลจิตเวชในต่างจังหวัด โรงพยาบาลจิตเวชในต่างจังหวัดจะพยายามเข้าถึงชุมชนให้ได้มากที่สุดเนื่องจากมีจำนวนโรงพยาบาลและบุคลากรน้อยกว่าโรงพยาบาลในเขตปริมณฑล ส่งผลถึงความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลต่างจังหวัดจะมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากกว่าโรงพยาบาลจิตเวชในปริมณฑล



เห็นได้จากผู้ป่วยในต่างจังหวัดสามารถสอบถามชีวิตส่วนตัวของจิตแพทย์เจ้าของไข้ของตนเองได้ตาม อัยาศัย

โครงสร้างหลักในการสนทนาพบทั้งสามโครงสร้างทุกบทสนทนาประกอบด้วย การเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา ทั้งในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วย รายใหม่และการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยรายเก่า ขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช เบื้องต้นในผู้ป่วยนอกรายใหม่จะประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ

1. การเปิดการสนทนา
2. การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์
3. การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ
4. การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต
5. การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค
6. การแจ้งการวินิจฉัยแยกโรค
7. การวางแผนการรักษาและการใช้ยา
8. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
9. การนัดหมาย
10. การปิดการสนทนา

โครงสร้างในปริจเฉทจะมีการเรียงลำดับชัดเจนตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้ายโดยมีจุดเด่นอยู่ที่การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และการแจ้งการวินิจฉัยแยกโรค โดยเฉพาะการแจ้งผลการวินิจฉัยแยกโรคจะพบในโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยรายใหม่เท่านั้นไม่พบในโครงสร้างการสนทนากับผู้ป่วยรายเก่า แต่มีบางขั้นตอนจะสามารถปรากฏสลับสับเปลี่ยนกันได้โดยเฉพาะขั้นตอนการสอบถามอาการสำคัญ การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง การสอบถามสาเหตุ ที่สามารถเกิดขึ้นสลับสับเปลี่ยนกันได้นั้น เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่มีเนื้อหาและข้อมูลใกล้เคียงกัน และหากมีประเด็นสงสัยเพิ่มเติมจิตแพทย์จะสามารถนำขั้นตอนดังกล่าวมาถามในช่วงอื่นได้ตามความเหมาะสม

โครงสร้างของการสนทนาระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยรายเก่าสามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่มีอาการดีขึ้น และโครงสร้างการ

สนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้น โครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่มีอาการดีขึ้นประกอบด้วย 9 ขั้นตอน คือ

1. การเปิดการสนทนา
2. การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์
3. การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ
4. การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต
5. การให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา
6. การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา
7. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
8. การนัดหมาย
9. การปิดการสนทนา

โครงสร้างในปริจเฉทจะมีการเรียงลำดับชัดเจนตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้ายโดยมีจุดเด่นอยู่ที่ขั้นตอนการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ไม่พบในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายใหม่ บางขั้นตอนจะสามารถปรากฏสลับสับเปลี่ยนกันได้โดยเฉพาะการสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิตสามารถปรากฏแทรกอยู่ในขั้นตอนการดำเนินการสนทนาใดก็ได้ขึ้นอยู่กับประเด็นสงสัยของจิตแพทย์ ส่วนโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นจะปรากฏ 9 ขั้นตอน คือ

1. การเปิดการสนทนา
2. การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์
3. การสอบถามอาการสำคัญ
4. การสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น
5. การสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
6. การทบทวนวิธีการรักษาและการปรับยา
7. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
8. การนัดหมาย
9. การปิดการสนทนา

จุดเด่นของโครงสร้างการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยนอกชายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้น คือ การสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้นและการสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัจจัยสำคัญที่ทำให้กระบวนการรักษาไม่เป็นไปด้วยดีตามที่จิตแพทย์ได้คาดการณ์ไว้

หากเป็นผู้ป่วยรายเก่าจิตแพทย์จะดำเนินการสนทนาตามโครงสร้างในระยะเวลาค่อนข้างสั้น เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีข้อมูลการรักษาในระบบจัดเก็บข้อมูลอยู่แล้ว บางครั้งจะไม่พบขั้นตอนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรายเก่าซักถาม เพราะหากผู้ป่วยรายเก่ามีข้อสงสัยจะสอบถามแทรกขึ้นมาทันทีโดยไม่ต้องรอให้จิตแพทย์เปิดโอกาส ลักษณะเด่นอีกประการหนึ่งที่พบในการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยรายเก่า บางสถานการณ์ผู้ป่วยรายเก่าจะเป็นฝ่ายเริ่มเปิดหรือปิดการสนทนาแทนจิตแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยรายเก่ามักจะทราบขั้นตอนในการตรวจรักษาจนกระทั่งสามารถคาดการณ์ในลำดับต่อไปว่าจะเกิดกระบวนการใด และหลายครั้งที่ผู้ป่วยรายเก่าไม่จำเป็นต้องรอให้จิตแพทย์เป็นฝ่ายสอบถามอาการสำคัญ กลับเป็นฝ่ายที่ระบุรายละเอียดที่จำเป็นได้ทันทีที่พบจิตแพทย์ และผู้ป่วยเก่าบางรายยังเป็นฝ่ายส่งสัญญาณเพื่อปิดการสนทนาด้วยการตั้งคำถามว่า “เรียบริ้อยแล้วใช่ไหมครับ/ค่ะ” ซึ่งจะไม่พบลักษณะเช่นนี้ในการตรวจรักษาผู้ป่วยรายใหม่

องค์ประกอบของปริจเฉทในประเด็นคู่วิจารณ์หรือคู่ถ้อยคำ ผู้วิจัยพบคู่วิจารณ์หรือคู่ถ้อยคำ 7 รูปแบบ คือ การทักทาย-การตอบรับคำทักทาย การถาม-การตอบ การอธิบาย-การตอบรับ การอธิบาย การแนะนำ-การตอบรับการแนะนำ การสั่ง-การตอบรับคำสั่ง การเจรจาต่อรอง-การตอบรับ/ปฏิเสธการเจรจาต่อรอง และการกล่าวลา-การตอบการกล่าวลา โดยพบคู่วิจารณ์การถาม-การตอบมากที่สุด เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่จิตแพทย์ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคจึงต้องใช้การถามและผู้ป่วยต้องใช้การตอบข้อมูลเหล่านั้น รวมทั้งผู้ป่วยต้องการสอบถามข้อมูลจากจิตแพทย์แล้วจิตแพทย์เป็นฝ่ายตอบเช่นกัน แต่ลักษณะเด่นของคู่วิจารณ์ที่ผู้วิจัยไม่คาดคิดว่าจะพบในปริบทนี้คือคู่วิจารณ์การเจรจาต่อรอง-การตอบรับ/ปฏิเสธการเจรจาต่อรอง ซึ่งเป็นคู่วิจารณ์ที่เกิดขึ้นกับทั้งสองฝ่ายไม่ใช่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งแต่เกิดจากผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ป่วยมีการใช้คู่วิจารณ์เจรจาต่อรองกับจิตแพทย์ในประเด็นเรื่องการรับประทานยาและการนัดหมาย ส่วนจิตแพทย์ใช้คู่วิจารณ์การเจรจาต่อรองในประเด็นเรื่องการรับประทานยาและการเสนอหนทางในการดูแลรักษา คู่วิจารณ์ลักษณะนี้จะประสบความสำเร็จเมื่อจิตแพทย์ได้พิจารณาแล้วว่า การเจรจาต่อรองนั้นสามารถดำเนินการได้หากไม่กระทบหรือเป็นปัญหาต่อกระบวนการรักษา

องค์ประกอบการสนทนาในประเด็นการปรับแก้จะเกิดขึ้นได้จากทั้งสองฝ่าย จิตแพทย์จะเป็นฝ่ายปรับแก้ในประเด็นผู้ป่วยอธิบายอาการต่าง ๆ ของโรคไม่ชัดเจนหรือไม่ถูกต้อง ส่วนผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายปรับแก้ประเด็นที่คิดว่าจิตแพทย์น่าจะเข้าใจข้อมูลของผู้ป่วยผิดไปจากความเป็นจริง ฝ่ายที่มีการพูดปรับแก้มากที่สุดคือผู้ป่วย อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเข้าใจว่าข้อมูลเหล่านั้นเป็นรายละเอียดของอาการที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ และบุคคลที่จะให้ข้อมูลได้ดีที่สุดจึงน่าจะเป็นตัวผู้ป่วยเอง ส่วนการพูดแทรกเป็นองค์ประกอบการสนทนาที่จิตแพทย์พูดแทรกมากที่สุดพบ 72 ครั้ง และผู้ป่วยพบ 69 ครั้ง แสดงให้เห็นว่าทั้งสองฝ่ายต่างมีสิทธิในการพูดแทรกได้เกือบเท่า ๆ กัน การพูดแทรกของทั้งสองฝ่ายเกิดขึ้นเพื่อคัดค้านว่าสิ่งที่อีกฝ่ายหนึ่งกำลังสังเกตหรือตั้งสมมติฐานนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจริง ในประเด็นเรื่องการพูดซ้อนฝ่ายที่เกิดการพูดซ้อนมากที่สุดคือผู้ป่วยพบ 23 ครั้ง และจิตแพทย์ 8 ครั้ง ทุกครั้งของการพูดซ้อนจะเกิดจากจังหวะในการพูดของทั้งสองฝ่ายอยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยต้องการอธิบายในประเด็นบางอย่างให้ชัดเจน และส่วนใหญ่จิตแพทย์จะเป็นฝ่ายที่ต้องหยุดพูดเพื่อฟังรายละเอียดจากผู้ป่วยเสมอ นอกจากนี้การครอบครองผลัดการสนทนาเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจากข้อมูลเชิงปริมาณของสถานการณ์การสนทนาในบริบทนี้ปรากฏจำนวนผลัดการสนทนาทั้งสามฝ่ายรวมทั้งสิ้น 4,281 ผลัด จิตแพทย์ 2,105 ผลัด ผู้ป่วย 1,812 ผลัด และญาติผู้ป่วย 364 ผลัด แสดงให้เห็นว่าจิตแพทย์เป็นฝ่ายที่ครอบครองผลัดการสนทนาโดยมีมิติควบคุมการสนทนา การมีส่วนร่วม และมีปริมาณในการสนทนามากที่สุด น่าจะเนื่องมาจากจิตแพทย์เป็นฝ่ายกำหนดโครงสร้างบทสนทนาให้ดำเนินการสอดคล้องกับหลักวิชาการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช และหากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเริ่มให้ข้อมูลที่ไม่ตรงประเด็น จิตแพทย์จะสามารถใช้องค์ประกอบในการปรับแก้ การพูดแทรก หรือการพูดซ้อนบทสนทนาของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยได้ทันที

จากผลการวิเคราะห์ในประเด็นนี้สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ว่า ปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นมีโครงสร้างหลักที่สมบูรณ์ ได้แก่ การเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา ส่วนองค์ประกอบการสนทนาประกอบด้วย คู่วิจารณ์หรือคู่ถ้อยคำ การปรับแก้ การพูดแทรก และการพูดซ้อน โดยมีลักษณะเด่นที่น่าสนใจคือทั้งจิตแพทย์และผู้ป่วยต่างมีส่วนร่วมในการครอบครองผลัดการสนทนาที่เท่ากัน เนื่องจากโครงสร้างหลักที่สมบูรณ์และองค์ประกอบการสนทนาครบทั้งหมดตามที่ตั้งสมมติฐานไว้และสอดคล้องกับงานวิจัยของไบนีย์และลอง(Byrne and Long, 1976) ที่สรุปโครงสร้างหลักของการตรวจรักษาโรคทางอายุรกรรมว่า

ประกอบด้วย การเปิดการสนทนา การดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา ในขั้นตอนการดำเนินการสนทนาจะประกอบด้วยการนำเสนอปัญหา การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยโรค การดูแลรักษา แต่ในการสรุปผลของผู้วิจัยได้พบขั้นตอนในการดำเนินการสนทนาที่แตกต่างกันในรายละเอียด ซึ่งสามารถแบ่งเป็นการสนทนากับผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่า โดยที่โครงสร้างการสนทนาของจิตแพทย์กับผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าจะแตกต่างกัน แต่ในประเด็นสุดท้ายคือมีลักษณะเด่นที่น่าสนใจคือจิตแพทย์และผู้ป่วยต่างมีส่วนในการครอบครองผลัดการสนทนาที่เท่ากันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานนั้น เนื่องจากการเก็บข้อมูลเชิงสถิติได้ปรากฏแล้วว่าจิตแพทย์มีจำนวนผลัดการสนทนาที่มากกว่าผู้ป่วย 293 ผลัด แต่หากพิจารณาผลัดการสนทนาของผู้ป่วยและผลัดการสนทนาของญาติผู้ป่วยรวมกันจะปรากฏ 2,176 ผลัด ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับผลัดการสนทนาของจิตแพทย์ที่ปรากฏ 2,105 ผลัด อาจทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า จิตแพทย์ยินยอมที่จะให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีการครอบครองผลัดการสนทนาที่ใกล้เคียงกับจิตแพทย์เนื่องจากการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้อธิบายข้อมูลหรือรายละเอียดที่สำคัญเกี่ยวกับอาการป่วยให้มากที่สุด เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการรักษาโรคต่อไป

6.1.2 การวิเคราะห์กลวิธีทางภาษาในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก และญาติผู้ป่วยใช้กรอบแนวคิดวัจนกรรมมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ทั้งสามฝ่ายมีความหลากหลายในด้านจุดประสงค์ของการใช้กลวิธีทางภาษา เริ่มต้นจากจิตแพทย์มีการใช้กลวิธีทางภาษาในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่หลากหลายและมีวัตถุประสงค์ในการใช้กลวิธีทางภาษา ดังนี้

1. กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล พบทั้งหมด 7 กลวิธี คือ การกล่าวซ้ำ การถามคำถามต่อเนื่อง การย้ำคำถามเดิม การเปลี่ยนคำถาม การสรุปความ การถามนำ และการเว้นจังหวะให้ตอบ
2. กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติ พบ 3 กลวิธี คือ การกล่าวอธิบายหรือการขยายความ การกล่าวแย้ง และการใช้ความเปรียบ
3. กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติตาม พบ 4 กลวิธี คือ การให้คำแนะนำ การใช้คำสั่ง การตำหนิ และการตักเตือน

4. กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวลและสร้างความเป็นกันเอง พบ 6 กลวิธี คือ การพูดสัพเพเหระ การหยอกเย้า การชมเชย การปลอบใจ การใช้ภาษาถิ่น และการใช้สรรพนามเรียกญาติ

จุดเด่นของกลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ คือ การกล่าวซ้ำ การอธิบายหรือขยายความ การสรุปความซึ่งปรากฏทุกสถานการณ์การตรวจรักษาโรคเพราะเป็นกลวิธีที่จะทำให้จิตแพทย์ได้ข้อมูลหรือยืนยันความถูกต้องเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอย่างละเอียด นำมาสู่การวินิจฉัยและการเฝ้าระวังรักษาให้ถูกต้องต่อไป ส่วนการถามคำถามต่อเนื่อง การเปลี่ยนคำถาม การถามนำ การเว้นจังหวะให้ตอบ การกล่าวแย้ง การแนะนำ การใช้คำสั่ง การตำหนิ การตักเตือน เป็นกลุ่มกลวิธีที่จิตแพทย์ใช้น้อยกว่ากลุ่มแรกเนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเจตนาของจิตแพทย์ผิดไป นอกจากนี้กลุ่มกลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติคลายความวิตกกังวลและสร้างความสัมพันธ์ที่ประกอบด้วย การหยอกเย้า การชมเชย การปลอบใจ การพูดสัพเพเหระ การใช้ภาษาถิ่น และการใช้สรรพนามเรียกญาติ เป็นกลุ่มกลวิธีที่สำคัญอันจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกในแง่บวกกับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวช และยังเป็นกลวิธีที่ช่วยให้จิตแพทย์สามารถดำเนินการสนทนากับผู้ป่วยหรือญาติให้ราบรื่นตลอดสถานการณ์การตรวจรักษา

ผู้ป่วยนอกโรคทางจิตเวชเบื้องต้นมีการใช้กลวิธีทางภาษาในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่หลากหลายและมีวัตถุประสงค์ในการใช้กลวิธีทางภาษาเพื่อดำเนินการสนทนาให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ผู้ป่วยตั้งไว้ ดังนี้

1. กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูล พบ 4 กลวิธี คือ การอธิบายหรือขยายความ การกล่าวแย้งหรือปฏิเสธ การใช้เรื่องเล่า และการใช้ความเปรียบ
2. กลวิธีที่ใช้เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล พบ 2 กลวิธี คือ การกล่าวซ้ำและการกล่าวยืนยัน
3. กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล พบ 3 กลวิธี คือ การใช้ความเงียบ การเปลี่ยนประเด็น และการหัวเราะ
4. กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตนเอง พบ 5 กลวิธี คือ การปฏิเสธ การอ้างเหตุผล การอ้างบุคคลอื่น การขอโทษ และการตอบไม่ตรงคำถาม
5. กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเองกับจิตแพทย์ พบ 1 กลวิธี คือ การใช้สรรพนามแสดงความใกล้ชิด

6. กลวิธีที่ใช้เพื่อโน้มน้าวใจให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ พบ 1 กลวิธี คือ การเจรจาต่อรอง

กลวิธีทางภาษาที่ผู้ป่วยนอกใช้มากที่สุดในทุกสถานการณ์การตรวจรักษา คือ กลวิธีอธิบายหรือขยายความ การใช้เรื่องเล่า และการกล่าวซ้ำ ส่วนกลวิธีที่พบน้อยแต่เป็นกลวิธีที่มีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นจึงจะใช้กลวิธีเหล่านี้คือ กลวิธีการใช้ความเจ็บ การหัวเราะ การปฏิเสธเพื่อปกป้องตนเอง การอ้างเหตุผล การอ้างบุคคลอื่น การขอโทษ และการเจรจาต่อรอง กลวิธีเหล่านี้เป็นกลวิธีที่พบเฉพาะบางสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบข้อมูลกับจิตแพทย์ได้อย่างตรงไปตรงมา จึงต้องอาศัยกลวิธีที่หลากหลายในการเลี่ยงบางประเด็นที่ไม่ต้องการตอบเพื่อไม่ทำให้การสนทนาต้องหยุดชะงักไปเป็นเวลานาน แต่กลวิธีเหล่านี้อาจจะแฝงข้อมูลบางประการที่ผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายได้ในขณะนั้น ดังนั้น หากจิตแพทย์พยายามวิเคราะห์ความหมายโดยนัยในกลวิธีเหล่านี้ อาจทำให้เข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสารมากยิ่งขึ้น

ญาติผู้ป่วยมีการใช้กลวิธีทางภาษาในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่หลากหลายและมีวัตถุประสงค์ในการใช้กลวิธีทางภาษาเพื่อดำเนินการสนทนาให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ญาติผู้ป่วยตั้งไว้ ดังนี้

1. กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ข้อมูล พบ 4 กลวิธี คือ การอธิบายหรือขยายความ การกล่าวแย้งหรือปฏิเสธ การใช้เรื่องเล่า และการใช้ความเปรียบ
2. กลวิธีที่ใช้เพื่อสอบถามและยืนยันความถูกต้องข้อมูล พบ 2 กลวิธี คือ การกล่าวซ้ำ และการกล่าวยืนยัน
3. กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล พบ 2 กลวิธี คือ การเปลี่ยนประเด็น และการหัวเราะ
4. กลวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันตนเอง พบ 3 กลวิธี คือ การอ้างเหตุผล การอ้างบุคคลอื่น และการอ้างผู้ป่วย
5. กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเองกับจิตแพทย์ พบ 1 กลวิธี คือ การหยอกเย้า
6. กลวิธีที่ใช้เพื่อโน้มน้าวใจให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ต้องการ พบ 1 กลวิธี คือ การเจรจาต่อรอง
7. กลวิธีที่ใช้เพื่อดำเนินการสนทนาให้ต่อเนื่องไป พบ 1 กลวิธี คือ การใช้คำถามที่ไม่ต้องการคำตอบ

## 8. กลวิธีที่ใช้เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม พบ 1 กลวิธี คือ การใช้คำสั่ง

กลวิธีทางภาษาที่ญาติผู้ป่วยใช้มากที่สุด สถานการณ์การตรวจรักษา คือ กลวิธีกลุ่มที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลโดยใช้กลวิธีการอธิบายหรือขยายความ การยืนยัน การสรุปความ และการใช้เรื่องเล่า เนื่องจากญาติผู้ป่วยเป็นผู้ร่วมสนทนาที่จะให้ข้อมูลได้มากที่สุดในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถาม สอบได้อย่างละเอียด ญาติผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้จิตแพทย์เข้าใจสาเหตุ อาการของโรค หรือ การดูแลรักษาได้ดีที่สุด ส่วนกลวิธีทางภาษาของญาติผู้ป่วยที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเอง กลวิธีที่ใช้เพื่อดำเนินการสนทนาให้ต่อเนื่องไป และกลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม โดยใช้กลวิธีการหยอกเย้า การใช้คำถามที่ไม่ต้องการคำตอบ และการใช้คำสั่ง พบค่อนข้างน้อยเนื่องจากเป็นกลวิธีที่สามารถใช้ได้เฉพาะบางบริบทเท่านั้น เช่น บริบทที่จิตแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติมีความคุ้นเคยกันอยู่แล้ว บริบทที่ญาติเป็นญาติผู้ใหญ่ของผู้ป่วย จึงจะสามารถใช้กลวิธีกลุ่มนี้ได้อย่างราบรื่น ส่วนกลวิธีที่พบการใช้เฉพาะญาติผู้ป่วยเท่านั้นคือกลวิธีการกล่าวอ้างถึงผู้ป่วย เนื่องจากในการอธิบายข้อมูล จำเป็นต้องอ้างถึงอาการ สาเหตุ และพฤติกรรมของผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้านพักให้จิตแพทย์เข้าใจ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด

ดังนั้น จากสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้ว่าจิตแพทย์มีการใช้กลวิธีทางภาษาในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่หลากหลาย เช่น การซ้ำคำหรือซ้ำความ การสรุปความ การเสนอทางเลือก การใช้สรรพนาม การกล่าวแย้ง การขยายความ การถามคำถามต่อเนื่อง การใช้ภาษาต่างประเทศ การใช้ภาษาถิ่น การใช้คำสั่ง และการเปลี่ยนคำถาม เพื่อให้ได้รับข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยโรคต่อไป เมื่อวิเคราะห์จากผลการวิจัยพบว่า จิตแพทย์มีการใช้กลวิธีทางภาษาในปริจเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่หลากหลายสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่กลวิธีที่หลากหลายเหล่านั้นเกิดจากจุดประสงค์ในการสื่อสารของจิตแพทย์ เนื่องจากจิตแพทย์ไม่ได้ใช้กลวิธีทางภาษาเพื่อสอบถามหรือค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเท่านั้น ยังปรากฏจุดประสงค์ในการสื่อสารอื่นๆ อาทิ กลวิธีทางภาษาที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติตาม กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติผ่อนคลายความวิตกกังวล หรือกลวิธีทางภาษาที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเองกับผู้ป่วยหรือญาติ กลวิธีที่มีจุดประสงค์ที่แตกต่างกันเหล่านี้เป็นวิธีการที่ช่วยให้จิตแพทย์สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติเกิดความไว้วางใจต่อกันได้มากขึ้นซึ่งมีผลต่อการให้ข้อมูลและความต่อเนื่องในการรักษาโรคต่อไป สอดคล้องกับข้อเสนอแนะในงานวิจัยของกิลและเมย์



นาร์ต(Gill and Maynard, 2006) ว่าแพทย์ควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการบอกเล่าอาการของผู้ป่วยให้มากขึ้น เนื่องจากการเล่าเรื่องของผู้ป่วยจะนำไปสู่ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติ และจะเป็นองค์ประกอบสำคัญให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้

ส่วนในประเด็นเกี่ยวกับสมมติฐานข้อที่ 3 ผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยมีการใช้กลวิธีทางภาษาในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่หลากหลาย เช่น การตอบรับด้วยถ้อยคำสั้นๆ การขยายความ การใช้เรื่องเล่า การอ้างว่าไม่รู้ การเจรจาต่อรอง การหัวเราะ การใช้ความเงียบ การใช้คำเรียกญาติ การกล่าวแย้ง การเปลี่ยนประเด็น และการอ้างถึงบุคคลอื่น เพื่อให้จิตแพทย์ได้รับรายละเอียดของอาการป่วยตามที่ต้องการ และญาติผู้ป่วยต้องการ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยและญาติมีการใช้กลวิธีทางภาษาในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่หลากหลาย สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่กลวิธีเหล่านั้นเกิดจากจุดประสงค์ในการสื่อสารของผู้ป่วยหรือญาติ เช่นเดียวกันกับจิตแพทย์ ผู้ป่วยหรือญาติไม่ได้ใช้กลวิธีทางภาษาเพื่อให้ข้อมูลหรือสอบถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีจุดประสงค์ในการสื่อสารอื่นๆ เช่น กลวิธีทางภาษาที่ใช้เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล กลวิธีที่ใช้เพื่อปิดบังข้อมูล กลวิธีที่ใช้เพื่อสร้างความเป็นกันเอง และกลวิธีที่ใช้เพื่อโน้มน้าวให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ตนต้องการ กลวิธีที่มีจุดประสงค์ที่แตกต่างกันเหล่านี้เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถสื่อสารกับจิตแพทย์ให้เข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยให้มากที่สุด สอดคล้องกับส่วนหนึ่งของผลการวิจัยของแม็คคาบีและคณะ(McCabe, Burns and Priebe, 2002) ที่ศึกษาการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยโรคจิตเภทสรุปว่า ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นที่จะสนทนาเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองด้วยกลวิธีที่หลากหลายประกอบด้วย กลวิธีการถามตรงไปตรงมา การถามย้ำหรือถามซ้ำ และการสรุปเนื้อความ ในงานวิจัยนี้ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชและญาติต่างกระตือรือร้นที่จะสนทนาเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองโดยใช้กลวิธีที่หลากหลายเช่นกัน

6.1.3 ปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการปฏิสัมพันธ์เชิงสถาบันและการจัดการความสัมพันธ์เป็นแนวทางในการวิเคราะห์พบว่า จิตแพทย์มีสิทธิและพันธกิจทางสังคมซึ่งทำให้มีอำนาจและหน้าที่โดยชอบธรรมในการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกเรื่อง ผู้ป่วยและญาติต่างมีหน้าที่ในการตอบคำถามตามที่จิตแพทย์ต้องการ จึงทำให้ความสัมพันธ์สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี

ส่งเสริมให้จุดมุ่งหมายในการปฏิสัมพันธ์ในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นคือการวินิจฉัยและ  
 เยียวยารักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการทางจิตเวช นอกจากนี้จิตแพทย์ยังจำเป็นต้องคำนึงถึง  
 ขั้นตอนการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชตามตำราจิตเวชศาสตร์ที่ต้องมีประเด็นในการสอบถามข้อมูลที่  
 ชัดเจนอันจะนำมาสู่การวินิจฉัยและตรวจรักษาที่ถูกต้อง ตัวแปรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทใน  
 สถานการณ์นี้ที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือญาติพบทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ  
 อาการของโรค การเดินทาง อายุ สถานภาพ และเพศ ปัจจัยสำคัญประการแรกที่จิตแพทย์คำนึงถึงคือ  
 อาการของโรค เนื่องจากปัจจัยนี้เป็นส่วนสำคัญที่จะมีผลต่อการตรวจรักษาและการวินิจฉัยผู้ป่วย  
 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ว่า ปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติ  
 ผู้ป่วยในประเภทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ได้แก่ อายุ สถานภาพ เพศ และอาการของ  
 โรค โดยมีปัจจัยที่สำคัญที่สุดคืออาการของโรค

## 6.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากประเด็นที่เกี่ยวกับโครงสร้างหลักที่สมบูรณ์และองค์ประกอบการสนทนาพบทั้งหมด  
 ตามที่ตั้งสมมติฐานไว้ รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของไบร์นและลอง(Byrne and Long, 1976) ที่  
 สรุปลักษณะหลักของการตรวจรักษาโรคทางอายุรกรรมว่าประกอบด้วย การเปิดการสนทนา การ  
 ดำเนินการสนทนา และการปิดการสนทนา ในขั้นตอนการดำเนินการสนทนาจะประกอบด้วย การ  
 นำเสนอปัญหา การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยโรค การดูแลรักษา แต่ในงานของผู้วิจัยพบขั้นตอนใน  
 การดำเนินการสนทนาที่แตกต่างกันในรายละเอียดซึ่งสามารถแบ่งเป็นการสนทนากับผู้ป่วยใหม่และ  
 ผู้ป่วยเก่า โดยที่โครงสร้างการสนทนาของจิตแพทย์กับผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าจะแตกต่างกัน ส่วน  
 ลักษณะเด่นที่น่าสนใจคือจิตแพทย์และผู้ป่วยต่างมีส่วนร่วมในการครอบครองผลัดการสนทนาที่เท่ากัน  
 ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากการเก็บข้อมูลเชิงสถิติได้ปรากฏแล้วว่าจิตแพทย์มีจำนวนผลัดการ  
 สนทนาที่มากกว่าผู้ป่วยซึ่งอาจทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า จิตแพทย์ยินยอมที่จะให้ผู้ป่วยและญาติ  
 ผู้ป่วยมีการครอบครองผลัดการสนทนาที่ใกล้เคียงกับจิตแพทย์เนื่องจากการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย  
 และญาติได้อธิบายข้อมูลหรือรายละเอียดที่สำคัญเกี่ยวกับอาการป่วยให้มากที่สุด เพื่อเป็นประโยชน์  
 ต่อการดำเนินการรักษาโรคต่อไป

เมื่อผู้วิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบขั้นตอนในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชระหว่างแนวทางการ  
 สัมภาษณ์และตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของธนา นิลชัยโกวิทย์ (2537) กับขั้นตอนการตรวจรักษา

โรคทางจิตเวชเบื้องต้นในสถานการณ์การตรวจรักษาโรคระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยนอกรายใหม่ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจริงในงานวิจัยนี้พบว่ามีความแตกต่างกันในบางขั้นตอน กล่าวคือ ในตำราของนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ได้สรุปว่า ขั้นตอนในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชประกอบด้วย

1. การเริ่มต้นสัมภาษณ์ด้วยการกล่าวทักทายและชี้แจงจุดประสงค์ในการตรวจรักษา
2. การซักประวัติ เป็นการสอบถามข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย เช่น ชื่อ อายุ ที่อยู่ การศึกษา อาชีพ ฯลฯ การสอบถามอาการสำคัญ ประวัติการป่วยในปัจจุบัน ประวัติการป่วยในอดีต การทบทวนความผิดปกติในระบบต่างๆ ประวัติครอบครัว
3. การตรวจสภาพจิต เป็นการตรวจลักษณะทางกายภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย ลักษณะการพูด อารมณ์ ความคิด การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล สภาวะอารมณ์ ความจำ ความใส่ใจ สมาธิ ระดับเซาว์ปัญญา ความรอบรู้ การตัดสินใจ ความรู้จักตน และแรงจูงใจในการรักษา
4. การตรวจร่างกาย
5. การตรวจพิเศษ
6. การวินิจฉัยแยกโรคและการวินิจฉัย
7. การวางแผนการรักษา
8. การพยากรณ์โรค
9. การแจ้งผลการตรวจ และแผนการรักษาต่อผู้ป่วยและญาติ และสรุปการสัมภาษณ์

ส่วนขั้นตอนในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยนอกรายใหม่ในงานวิจัยนี้พบว่าประกอบด้วย

1. การเปิดการสนทนา
2. การนำเข้าสู่วัตถุประสงค์
3. การสอบถามอาการสำคัญและการซักประวัติ
4. การสอบถามรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญหรือการตรวจสภาพจิต
5. การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค
6. การแจ้งการวินิจฉัยแยกโรค
7. การวางแผนการรักษาและการใช้ยา
8. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

## 9. การนัดหมาย

## 10. การปิดการสนทนา

จากการวิเคราะห์ในบทที่ 3 พบว่าขั้นตอนที่มีความแตกต่างกันในรายละเอียด คือ การสอบถามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ขั้นตอนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และการนัดหมาย ทั้งสามขั้นตอนเป็นโครงสร้างที่ปรากฏในทุกๆ สถานการณ์และเป็นส่วนสำคัญมากในการสัมภาษณ์ เพื่อตรวจรักษาโรคทางจิตเวช เพราะขั้นตอนการสอบถามสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถวิเคราะห์สาเหตุของอาการป่วยซึ่งอาจจะเกิดจากผู้ป่วยหรือสิ่งแวดล้อม ส่วนขั้นตอนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติซักถามเป็นขั้นตอนที่จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสคลี่คลายประเด็นสงสัยที่ค้างคาอยู่ในใจ และขั้นตอนการนัดหมายเป็นขั้นตอนสำคัญที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงสิทธิในการระบุว่าจะวันเวลาใดที่ตนสะดวกหากต้องเดินทางไกลเพื่อมาตามนัดหมายของจิตแพทย์ นอกจากนี้ยังเป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติรับรู้ว่าจะจิตแพทย์ยังคำนึงถึงรายละเอียดของตนซึ่งจะส่งผลต่อการติดตามอาการต่อไปในอนาคต

ส่วนขั้นตอนในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในกรณีผู้ป่วยรายเก่าที่อาการดีขึ้นมีจุดเด่นที่ขั้นตอนการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการทบทวนวิธีการรักษาและการใช้ยา นอกจากนี้ขั้นตอนในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นในกรณีผู้ป่วยรายเก่าที่อาการไม่ดีขึ้นมีจุดเด่นที่ขั้นตอนการสอบถามสาเหตุที่อาการไม่ดีขึ้น และสอบถามชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จุดเด่นดังกล่าวมาแล้วเป็นขั้นตอนที่จะทำให้ผู้ป่วยเก่าที่มีอาการดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้นได้ทบทวนและย้ำแนวทางการดูแลรักษาต่อไปเพื่อให้ได้รับผลดีมากยิ่งขึ้น

ในประเด็นเกี่ยวกับกลวิธีทางภาษาพบว่า จิตแพทย์มีการใช้กลวิธีทางภาษาและจุดประสงค์ที่หลากหลาย เนื่องจากจิตแพทย์ไม่ได้ใช้กลวิธีทางภาษาเพื่อสอบถามหรือค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติตาม เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติผ่อนคลายความวิตกกังวล หรือเพื่อสร้างความเป็นกันเองกับผู้ป่วยหรือญาติ โดยเฉพาะกลวิธีการพูด สัพเพเหระ การหยอกเย้า การลอบใจ การชมเชย การใช้ภาษาถิ่น และการใช้สรรพนามแสดงความใกล้ชิด เป็นกลุ่มกลวิธีที่ทำให้จิตแพทย์สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติเกิดความไว้วางใจต่อกันได้มากขึ้นซึ่งมีผลต่อการให้ข้อมูลและความต่อเนื่องในการรักษาโรคต่อไป สอดคล้องกับข้อเสนอแนะใน

งานวิจัยของกิลและเมย์นาร์ด(Gill and Maynard, 2006) ว่าแพทย์ควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการบอกเล่าอาการของผู้ป่วยให้มากขึ้น เนื่องจากการเล่าเรื่องของผู้ป่วยจะนำไปสู่ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติ และจะเป็นองค์ประกอบสำคัญให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ในงานวิจัยนี้กับทักษะการถามนายแพทย์มานิช หล่อตระกูล (2538) ที่ให้ความเห็นว่า จิตแพทย์ควรมีทักษะการถามดังต่อไปนี้

1. ถามโดยใช้คำถามเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีอิสระในการตอบ
2. เลี่ยงการใช้คำว่า “ทำไม”
3. เลี่ยงการใช้คำถามนำ
4. ถามโดยการคาดคะเนเอา เพื่อเลี่ยงการถามตรงๆ
5. ถามโดยอ้างถึงบุคคลทั่วไป
6. ถามถึงเหตุการณ์อย่างเป็นรูปธรรม
7. เริ่มจากเรื่องกว้างๆ ไปสู่เรื่องเฉพาะ
8. ถามโดยให้เลือกตอบ

จากการวิเคราะห์กลวิธีทางภาษาของจิตแพทย์ในสถานการณ์จริงพบว่า จิตแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามทักษะการถามเหล่านี้ แต่มีบางสถานการณ์ที่พบการถามนำเนื่องจากมีประเด็นที่ชัดเจนเกี่ยวกับข้อมูลของอาการป่วย จิตแพทย์จึงถามนำเพื่อให้ผู้ป่วยตอบยืนยันความถูกต้อง แต่หากเป็นการถามนำตั้งแต่เริ่มต้นการสนทนาตามที่จิตแพทย์คาดคิดไว้ก่อนล่วงหน้า ผู้วิจัยไม่พบการใช้กลวิธีในลักษณะนั้น

ในประเด็นเกี่ยวกับกลวิธีทางภาษาของผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยมีการใช้กลวิธีทางภาษาผู้ป่วยและญาติมีการใช้กลวิธีทางภาษาในบริบทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นที่หลากหลาย ผู้ป่วยหรือญาติไม่ได้ใช้กลวิธีทางภาษาเพื่อให้ข้อมูลหรือสอบถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีจุดประสงค์ในการสื่อสารที่ใช้เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล เพื่อให้กลับเกลื่อนข้อมูล เพื่อสร้างความเป็นกันเอง และเพื่อโน้มน้าวให้จิตแพทย์ยินยอมตามที่ตนต้องการ กลวิธีที่มีจุดประสงค์ที่แตกต่างกันเหล่านี้เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถสื่อสารกับจิตแพทย์ให้เข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยให้มากที่สุด สอดคล้องกับส่วนหนึ่งของผลการวิจัยของแม็คคาบีและคณะ(McCabe, Burns and Priebe, 2002) ที่ศึกษาการสนทนาระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยโรคจิต

เกทสรุปว่า ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นที่จะสนทนาเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองด้วยกลวิธีที่หลากหลายประกอบด้วย กลวิธีการถามตรงไปตรงมา การถามย้ำหรือถามซ้ำ และการสรุปเนื้อความ ในงานวิจัยนี้ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชและญาติต่างกระตือรือร้นที่จะสนทนาเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเอง โดยใช้กลวิธีที่หลากหลายเช่นกัน

ปัจจัยที่จิตแพทย์คำนึงถึงในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกและญาติผู้ป่วยในปริเฉทการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ได้แก่ อายุ สถานภาพ เพศ และอาการของโรค ปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดในการปฏิสัมพันธ์สถานการณ์นี้คืออาการหรือความรุนแรงของโรค แต่ประเด็นที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่งคือการเสียผลประโยชน์ในการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยและญาติ เพราะหากเป็นผู้ป่วยในต่างจังหวัดที่ต้องเดินทางไกลเพื่อไปพบจิตแพทย์ตามนัดหมาย ผู้ป่วยจะต้องใช้เวลาในการเดินทางไปกลับตลอดวันเพื่อมารับคิวตรวจให้ทันเวลาทำการของโรงพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่สูงขึ้นต่างจากการใช้ชีวิตประจำวันทั่วไป นอกจากนี้การเดินทางมาพบจิตแพทย์ในต่างจังหวัด ผู้ป่วยอาจจะต้องให้ญาติเดินทางมาด้วยเพื่อดูแล ทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่ครอบครัวต้องประกอบอาชีพซึ่งเป็นการสูญเสียรายได้อย่างเห็นได้ชัด ปัจจัยดังกล่าวจึงอาจเป็นข้อคำนึงถึงที่สำคัญให้จิตแพทย์พยายามสร้างความสัมพันธ์อันดีเพื่อให้ทั้งผู้ป่วยและญาติเกิดทัศนคติในแง่บวกต่อการเดินทางมาตรวจรักษาโรคทางจิตเวชให้มากขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องเพศอาจมีส่วนสำคัญในการตรวจรักษาเช่นกัน ผู้ป่วยเพศหญิงที่กังวลกับเรื่องผลจากการใช้ยารักษาโรคทำให้เกิดความต้องการทางเพศลดลงซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับสามี แต่ในสถานการณ์อื่นๆ ไม่มีผลเท่าใดนัก ส่วนปัจจัยด้านอายุและสถานภาพมีผลกับบางสถานการณ์ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของเว่ย (Wei, 2009) ที่ศึกษามโนทัศน์เกี่ยวกับความอาวุโสในสังคมไทยระหว่างผู้ป่วยสูงอายุกับแพทย์วัยหนุ่มที่มีอายุน้อยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีสถานภาพและอำนาจสูงกว่าแพทย์หนุ่มและแพทย์จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสถานภาพทางสังคมของผู้ป่วย ในประเด็นเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยนอกของผู้วิจัยกลับพบว่า ถึงแม้สังคมไทยจะให้ความสำคัญกับความอาวุโส แต่หากคู่สนทนามีสถานภาพแตกต่างกัน ทั้งสองฝ่ายจะให้ความสำคัญกับสถานภาพมากกว่าความอาวุโส เห็นได้จากในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอายุมากกว่าจิตแพทย์ แต่ผู้ป่วยไม่ดูแลรักษาตนเองตามที่จิตแพทย์ได้ให้คำแนะนำไว้ จิตแพทย์สามารถใช้กลวิธีการใช้คำสั่งหรือตั้งคำถามที่ไม่ต้องการคำตอบให้ผู้ป่วยที่อายุมากกว่าคิดตามได้ หรือในบางสถานการณ์ผู้ป่วยอายุมากกว่าจิตแพทย์แต่ใช้สรรพนามบุรุษที่หนึ่งแทนตนเองว่า

“หนู” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับสถานภาพมากกว่าความแตกต่างด้านอายุ แต่ลักษณะนี้อาจไม่ได้ปรากฏในทุกสถานการณ์เพราะมีปัจจัยอื่นๆ เป็นส่วนประกอบสำคัญแทรกอยู่เสมอ

บทบาทของจิตแพทย์ในบางสถานการณ์อาจไม่ใช่เป็นเพียงผู้ตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเท่านั้น แต่ผู้วิจัยกลับพบบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่ง คือ บทบาทของคนกลางผู้ไกล่เกลี่ยความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและญาติ ในการเก็บข้อมูลครั้งหนึ่งผู้วิจัยพบว่าในช่วงท้ายของการสนทนา ผู้ป่วยและญาติเกิดความขัดแย้งกันอย่างเห็นได้ชัด ผู้ป่วยขึ้นเสียงกับญาติและใช้ถ้อยคำรุนแรงเนื่องจากไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ เมื่อจิตแพทย์สังเกตเห็นจึงได้ไกล่เกลี่ยว่า ความคิดเห็นของญาติที่บอกกับผู้ป่วยไปนั้นเป็นใจความเดียวกันกับที่จิตแพทย์ตั้งใจจะแจ้งกับผู้ป่วยเพียงแต่ยังไม่ได้พูดออกไป เมื่อผู้ป่วยได้ฟังจึงได้ยอมรับและสงบลง ดังนั้น บทบาทของจิตแพทย์จึงไม่ใช่แค่เพียงผู้ตรวจรักษาและเยียวยาโรคทางจิตเวช แต่อาจจะต้องมีหน้าที่ในการเป็นคนกลางไกล่เกลี่ยระหว่างผู้ป่วยและญาติให้ปรองดองกันอีกด้วย เพราะในบางสถานการณ์ผู้ป่วยอาจไม่เต็มใจเข้ารับการตรวจรักษา แต่ถูกญาติบังคับให้มาพบจิตแพทย์จนเกิดความขัดแย้งระหว่างกัน จิตแพทย์จึงจำเป็นต้องมีบทบาทที่หลากหลายเพื่อให้การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชดำเนินไปได้ด้วยดี

จากการเก็บข้อมูลวิจัยผู้วิจัยพบบางสถานการณ์ที่น่าสนใจ แต่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ เนื่องจากการกำหนดการคัดเข้าของกลุ่มข้อมูล ผู้ป่วยจะต้องไม่มีโรคทางกายแทรกซ้อนเพราะอาจทำการวิเคราะห์ข้อมูลคลาดเคลื่อน คือ สถานการณ์การตรวจรักษาโรคทางจิตเวชเบื้องต้นระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยเก่าเพศหญิงโรคซึมเศร้าที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากสามี ในขณะที่การตรวจรักษากำลังดำเนินไปผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวที่น่าจะเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้าให้จิตแพทย์รับฟัง และยังสามารถระบุหนทางแก้ปัญหาชีวิตทั้งด้านการเงิน อาการป่วยทางกาย ครอบครัวได้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเข้าใจและยอมรับกับโรคทั้งทางกายหรือทางจิตใจที่ตนเองเป็น มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต แต่ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถแก้ได้คือการนอนไม่หลับ จิตแพทย์จึงสั่งจ่ายยานอนหลับและยาต้านอาการซึมเศร้าเพื่อรักษาอาการทางจิตเวชให้ต่อเนื่อง เมื่อสิ้นสุดการสนทนากับจิตแพทย์ในห้องตรวจรักษาแล้ว ผู้วิจัยได้มีโอกาสสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยยอมรับว่าอาการป่วยทางกายไม่มีทางรักษา และอาการป่วยทางจิตใจน่าจะควบคู่ไปกับอาการทางกาย สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจากการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชมากที่สุดคือวิธีการทำให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับสนิทได้ตลอดคืน หากผู้ป่วยนอนไม่หลับในวันต่อมาก็จะไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และการทำงานเป็นการบำบัดอาการทางจิต

ไม่ให้คิดมากเกี่ยวกับอาการทางกาย กล่าวโดยสรุปคือผู้ป่วยต้องการเพียงขอให้มีการทำงานหนัก และสามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน เพื่อจะได้ไม่ต้องคิดมากเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองและดูแลครอบครัวให้ดีที่สุดซึ่ง สะท้อนให้ผู้วิจัยเห็นว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเบื้องต้นบางรายสามารถยอมรับเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองได้เป็นอย่างดี และพร้อมที่จะปฏิบัติตามที่จิตแพทย์แนะนำ หากคำแนะนำนั้นสื่อให้เห็นถึงความเข้าใจหรือเห็นอกเห็นใจที่จิตแพทย์มีต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับความเห็นของจาคอบ(Jacob, 2015) ว่า ความแตกต่างระหว่างกรอบแนวคิดของจิตแพทย์กับผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ยากต่อการก้าวข้ามผ่านไป ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้สามารถลดความแตกต่างเหล่านั้นลงได้คือ ความชำนาญ ความเห็นอกเห็นใจ และความจริงใจของจิตแพทย์ จึงจะทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารระหว่างกันน้อยที่สุด นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งจากการเก็บข้อมูลในการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชน่าจะเป็นกำลังใจจากครอบครัว หากสถานการณ์ใดที่มีญาติมาพร้อมกับผู้ป่วยและญาติพร้อมที่จะให้ข้อมูลและรับฟังจิตแพทย์ มีการสื่อสารด้วยความเข้าใจ และยอมรับกระบวนการรักษาโรคพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถหายจากอาการป่วยได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

### 6.3 ข้อเสนอแนะ

1. จากการเก็บข้อมูลวิจัยในประเทศไทยที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยและไม่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการถ่ายเคลื่อนไหว หากในอนาคตมีผู้วิจัยที่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการถ่ายภาพเคลื่อนไหวได้ น่าจะทำให้ข้อมูลการวิจัยมีความน่าสนใจมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการแสดงสีหน้าของจิตแพทย์ ผู้ป่วยนอก หรือญาติผู้ป่วย
2. กลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีอาการรุนแรงอาจมีวิธีการสื่อสารที่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยนอกในงานของผู้วิจัย จิตแพทย์ ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชรุนแรง และญาติผู้จึงน่าจะมีกลวิธีที่หลากหลายมากกว่าโรคทางจิตเวชเบื้องต้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าหากมีผู้สนใจศึกษากลุ่มข้อมูลเหล่านี้และเปรียบเทียบกับผลการวิจัยของผู้วิจัยน่าจะทำให้เกิดองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อไปได้
3. ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับความเข้าใจจากครอบครัวและสังคม หากมีการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารของผู้ป่วยโรคจิตเวชด้วยกรอบแนวคิดด้านภาษามนุษยศาสตร์โดยเฉพาะ อาจทำให้จิตแพทย์ ครอบครัว คนรอบข้าง และสังคมเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น



## รายการอ้างอิง

- Bonnin, J. E. (2013). "The public, the private and the intimate in doctor-patient communication: Admission interviews at an outpatient mental health care service." Discourse Studies **15**(6): 687-711.
- Boyd, E. and J. Heritage (2006). Taking the history: questioning during comprehensive history-taking. Communication in Medical Care. J. Heritage and D. W. Maynard. Cambridge, Cambridge university press.
- Brown, R. and A. Gilman (1960). The pronouns of power and solidarity style in language. Mass, MIT Press.
- Byrne, P. and B. E. L. Long (1976). Doctors talking to patients. London, HMSO.
- Coupland, J., et al. (1994). "Frame negotiation in doctor-elderly patient consultations." Discourse & society **5**(1 ): 89-124.
- Drew, P., et al. (2001). "Conversation Analysis: A method for research into interactions between patients and health-care professionals." Health Expectation **4**(1): 58-70.
- French, J. and B. H. Raven (1959). The bases of social power. University of Michigan.
- Halkowski, T. (2006). Realizing the illness: patients' narratives of symptom discovery. Communication in Medical Care. J. Heritage and D. W. Maynard. Cambridge, Cambridge university press.
- Hamilton, H. (2003). Patient's voices in the medical world : An exploration of accounts of noncompliance. Language and the real world : discourse and beyond. D. Tannen and J. Alatis. Washington D.C., Linguistic, Georgetown University Press.
- Heritage, J. and D. Maynard (2006). Communication in Medical Care. Cambridge, Cambridge university press.
- Jacob K. S. (2015). "Patient experience and the psychiatric discourse: Attempting to bridge incommensurable worlds." Indian J Psychiatry **57**(4): 423-426.
- Johnstone, B. (2002). Discourse Analysis. Malden, Blackwell Publishing.

- Lacoste, M. (1981). "The old woman and the doctor : A contribution to the analysis of unequal linguistic exchanges." Journal of Pragmatics **5**: 169-180.
- Ljas-Kallio, T., et al. (2010). "Patient resistance towards diagnosis in primary care: Implications for concordance." Health **14**(5): 505-522.
- Maynard, D. and P. Hudak (2008). "Small talk, high stakes: Interactional disattentiveness in the context of prosocial doctor-patient interaction." Language in Society **37**: 661–688.
- McCabe, R., et al. (2002). "Engagement of patients with psychosis in the consultation: Conversation Analytic study." BMJ **325**.
- Mey, J. (1993). Pragmatics: An introduction. Oxford, Blackwell Publishers.
- Misher, E. (1984). The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews. New Jersey, Ablex Publishing Corporation.
- Mocherla, S., et al. (2011). "Clinician-Patient communication in a Glaucoma Clinic in India." Qualitative Health Research **21**(3): 429-440.
- Mumby, D. and J. Mease (2011). Discourse studies: A multidisciplinary introduction. London, SAGE publications.
- Perakyla, A. (2006). Communicating and responding to diagnosis. Communication in Medical Care. J. Heritage and D. W. Maynard. Cambridge, Cambridge university press.
- Rees, C. (2008). "'I should be lucky ha ha ha ha" : The construction of power, identity and gender through laughter within medical workplace learning encounters." Journal of Pragmatics **42**: 3384-3399.
- Sacks, H., et al. (1974). "A simplest systematic for the organization of Turn-taking for conversation." Language **50**(4): 696-735.
- Schegloff, E. and H. Sacks (1973). "Opening up closing." Semiotica **8**: 289-327.
- Schiffrin, D. (1987). Discourse makers. Cambridge, Cambridge University Press.
- Schiffrin, D. (1994). Approaches to discourse. MA, USA, Blackwell Publishing.
- Spencer-Oatey, H. (2002). Culturally Speaking: Managing Rapport through Talk across Cultures. New York, Continuum.

- Stivers, T. (2006). Treatment decisions: negotiations between doctor and parents in acute care encounters. *Communication in Medical Care*. J. Heritage and D. W. Maynard. Cambridge, Cambridge university press.
- van Dijk, T. A. (2011). *Discourse studies: A multidisciplinary introduction*. London, SAGE publication.
- Wei, L. (2009). "The effects of the social status of the elderly in Libya on the way they institutionally interact and communicate with younger physicians." *Journal of Pragmatics* **41**: 136-146.
- กรมสุขภาพจิต (2555). เอกสารรายงานสถิติของผู้ป่วยนอกรวมทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษดาภรณ์ หงส์ดารมภ์ และธีรนุช โชคสุวณิช (2551). วิจัยปฏิบัติการศาสตร์. กรุงเทพมหานคร, โครงการเผยแพร่ผลงานวิชาการ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กึ่งกาญจน์ เทพกาญจน (2535). การใช้ภาษาในการตรวจรักษาโรคของอายุรแพทย์. รายงานผลการวิจัยในโครงการรณรงค์เพื่อภาษาและวรรณคดีไทย. กรุงเทพมหานคร, คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทิมา อังคพนิกิจ (2557). การวิเคราะห์ข้อความ. กรุงเทพมหานคร, สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชัชฎา บุญญาศาสตร์พันธุ์ (2546). กระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์วารสารศาสตร์มหาบัณฑิต, คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชาคริต สุตสายเนตร (2539). วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต, ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาญ โพนุกูล (2526). คู่มือการสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจร่างกาย. กรุงเทพมหานคร, ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ (2559). เรื่องเล่าจากจิตแพทย์. กรุงเทพมหานคร, สามเจริญพาณิชย์.
- ณัฐพร พานโพธิ์ทอง (2556). วาทกรรมวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ตามแนวภาษาศาสตร์: แนวคิดและการนำมาศึกษาวาทกรรมในภาษาไทย. กรุงเทพมหานคร, โครงการเผยแพร่ผลงานวิชาการ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทรงธรรม อินทจักร (2550). แนวคิดพื้นฐานด้านวจนปฏิบัติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร, สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ธนา นิลชัยโกวิท (2537). เทคนิคการให้คำปรึกษา. กรุงเทพมหานคร, หมอชาวบ้าน.

นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร (2542). กลไกการสนทนาที่ใช้ในการบำบัดของพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาภาษาศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นวรรธน์ พันธุ์เมธา (2527). ไวยากรณ์ไทย. กรุงเทพมหานคร, รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.

ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, อ. (2541). ภาษาศาสตร์สังคม. กรุงเทพฯ, โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพียรศิริ วงศ์วิภานนท์ (2534). รายงานผลการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์ปริเฉทภาษาไทย. รายงานการ ไปปฏิบัติราชการเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ. กรุงเทพมหานคร, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาโนช หล่อตระกูล (2538). การสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร, โฮลิสติกพับ ลิชซิ่ง.

ศรีธรรม ธนะภูมิ (2535). พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. กรุงเทพมหานคร, ภาควิชาจิตเวช ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพร ปัญญาเมธีกุล (2558). ภาษาและอินเทอร์เน็ต. กรุงเทพมหานคร, พรินท์ คอร์เนอร์.

สมทรง บุรุษพัฒน์ (2533). บรรณานุกรมวจนะวิเคราะห์. นครปฐม, สถาบันภาษาและวัฒนธรรมเพื่อ พัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2520). ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร, สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.

สิริมา เชียงเซาว์ไว (2543). การสนทนาระหว่างกุมารแพทย์กับผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ภาควิชาภาษาไทย คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสกวเดือน ชาญธรรม วันเดือนปีเกิด 2 เมษายน 2520 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีศิลปศาสตรบัณฑิต(ภาษาไทย) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา 2541 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทอักษรศาสตรมหาบัณฑิต(ภาษาไทย) คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2549 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกอักษรศาสตรดุษฎีบัณฑิต(ภาษาไทย) คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2560

