

บทสนทนาแห่งฉันยรักษ์

The Conversation about Breast Cancer Care

ไพโรจน์ วิลไลนุช
Pairote Wilainuch

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอตัวอย่างการสื่อสารสุขภาพด้วยการวิเคราะห์การสนทนาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังจากที่รักษาไปแล้วในระดับหนึ่ง บทสนทนาบางส่วนที่นำมาวิเคราะห์มาจาก 4 กรณีศึกษาของงานวิจัยซึ่งเก็บข้อมูลด้วยการบันทึกวีดิทัศน์ในจังหวัดทางภาคเหนือที่รู้จักกันดีว่า “ล้านนาตะวันออก” และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา การวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าเทคนิคที่พยาบาลและผู้ป่วยใช้จัดการความวิตกกังวลได้แก่การอ้างอิงบุคคลที่ 3 และการสร้างชุดของเหตุผล บทความนี้ชี้ให้เห็นด้วยว่า พยาบาลใช้รูปแบบประโยคขอโทษเมื่อต้องนำประเด็นความตายเข้าสู่การสนทนา คู่สนทนาส่วนใหญ่นิยามความตายว่าเป็นเรื่องอัปมงคลเพราะไม่อ้างอิงความตายโดยตรงไปตรงมาและต้องอาศัยเทคนิคในการนำเรื่องนี้มาคุยอีกครั้ง เช่น เทคนิคการใช้คำถามนำ

คำสำคัญ การวิเคราะห์การสนทนา การสื่อสารสุขภาพ มะเร็งเต้านม ความกังวล ความตาย ล้านนาตะวันออก ประเทศไทย



ภาพ : ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรม พิธีกรรม และศาสนาของคนล้านนาตะวันออก ซึ่งมีส่วนในการพัฒนาความเป็นอยู่และสุขภาพ

Abstract

This article aims to illustrate an example of health communication by analyzing conversations between nurses and breast cancer patients after certain treatments. Excerpts from conversations from four counseling sessions of research were analyzed. Research data were collected in one of the northern provinces of Thailand or the so-called “Eastern Lanna” and analyzed by the method of Conversation Analysis (CA). The analysis showed that nurses and patients used techniques of references to third parties and list-construction to manage anxiety. The article also illustrates the use of apologetic speech forms to initiate the topic of death. Interlocutors navigated mutual sensitivity over discussions of death by referencing death indirectly, and applying leading questions in reformulating the topic.

Key words: Conversation Analysis (CA), health communication, breast cancer, anxiety, death, Eastern Lanna, Thailand

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมและวิธีการเข้าถึงความจริง

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบมากในผู้หญิงไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2552: 3) ชี้ให้เห็นว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของผู้หญิง สถิติของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมปี 2551 ที่มารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติมีถึง 43.3 % ซึ่งถือเป็นจำนวนผู้ป่วยที่มากที่สุด

เมื่อผู้หญิงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาคือคำถาม คำถามที่เกิดขึ้นได้แก่ เป็นมากหรือไม่ เป็นระยะใด จะรักษาอย่างไร จะรักษาหายหรือไม่ จะต้องใช้เงินรักษาเท่าไร ต้องตัดนมทิ้งหรือไม่ ตัดนมแล้วจะเป็นอย่างไร ภาพลักษณ์จะเปลี่ยนไปอย่างไร จะต้องตายหรือไม่ เป็นแล้วจะกลับมาเป็นอีกหรือไม่หรือเป็นที่เต้านมแล้วจะลุกลามไปอวัยวะอื่นหรือไม่ คำถามเหล่านี้ อาจไม่เกิดกับทุกคน ผู้หญิงบางคนก็อาจให้ความสำคัญต่อการถามในแต่ละประเด็นต่างกัน การเข้าถึงความจริงของผู้หญิงที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นด้วยการถามและการพูดคุยกับบุคคลที่มีความรู้เช่นแพทย์และพยาบาล

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแง่มุมของการสื่อสารสุขภาพอีกลักษณะหนึ่งคือวิธี การพูดคุยระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การสื่อสารในที่นี้มีได้เป็นการถามมาแล้วตอบไปเท่านั้นแต่เป็นการจัดการ ในขณะที่ผู้ป่วยพยายามให้ความร่วมมือกับพยาบาลเพื่อให้การดูแลเกิดขึ้นตามที่ทั้งสองฝ่ายตั้งใจ พยาบาลก็คลายความกังวลของผู้ป่วย การถามในเรื่องที่คิดว่าผู้ป่วยกังวลมิได้เกิดขึ้นด้วยคำถามเพียงคำถามเดียวและเป็นคำถามประเภทเดียว แต่ในกระบวนการซักถามนั้นพยาบาลใช้หลายคำถามและคำถามมีหลายลักษณะ

การซักถามเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสารในชีวิตประจำวันหรือที่เราเรียกว่าการสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal communication) การสื่อสารในลักษณะนี้มีความสำคัญต่อมนุษย์เพราะเป็นการสื่อสารขึ้นพื้นฐานของสังคมมนุษย์ (จิตลัทธิ สแกอุไร, 2548: 113; Zimmerman and Boden, 1993: 3; Silverman, 1998: 261 and ten Have, 1999: 3)

การสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งเป็นการสื่อสารสองทางเกี่ยวข้องกับกลไกการโต้ตอบ คู่สนทนา (interlocutors) ผลัดกันถามและผลัดกันตอบอย่างเป็นธรรมชาติ ต้องพยายามเข้าใจในบริบทที่คุยกันเพื่อใช้ในการอ้างอิงและสร้างบทพูดต่อไป เป็นวิธีการที่ทำให้คนเข้าสู่เป้าหมายที่ต้องการ ทำให้กิจกรรมหลายอย่างในชีวิตประจำวันสำเร็จลงได้ เมื่อการคุยทำให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดอารมณ์ผู้ป่วย เราอาจเรียกการคุยนี้ว่าเป็น “บทสนทนาแห่งถิ่นยรักษ์”

พื้นที่และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

บทสนทนาที่ยกมาวิเคราะห์ให้เห็นเป็นบทสนทนาที่มาจากงานวิจัยการเก็บข้อมูลเกิดขึ้นในพื้นที่ของจังหวัดในภาคเหนือที่เรียกว่าล้านนาตะวันออก ภาษาที่ปรากฏในข้อมูลหลักจึงเป็นภาษากำเมืองหรือคำเมือง เรื่องเดช ปันเขื่อนขันธ์ (2552: 3) ซึ่งเห็นว่าภาษากำเมืองคือภาษา “ซึ่งพูดโดยคนไทยที่อาศัยอยู่ทางภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยทั้งหมด” เป็นภาษาที่คนในพื้นที่งานวิจัยส่วนใหญ่

ใช้ การเก็บข้อมูลงานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และคณะกรรมการบริหารของพื้นที่ ผู้เขียนในฐานะนักวิจัยได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลประจำอำเภอ สถานีอนามัยและบ้านผู้ป่วย และมีพยาบาลเป็นผู้ช่วย และกำกับให้จริยธรรมการวิจัยเกิดขึ้นตลอดทุกขั้นตอนของการวิจัย

ผู้เขียนเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นคู่สนทนาโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive) ซึ่งมีหลักการเลือกคือผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นผู้ที่จะสามารถให้ข้อมูลตรงตามขอบเขตของงานวิจัยซึ่งก็คือผู้ป่วยโรคมะเร็งและพยาบาลผู้ให้การดูแล

หลังจากที่ผู้เขียนกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลักแล้ว ผู้เขียนอาศัยความร่วมมือจากพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยเป็นคนทาบทาม การคัดเลือก (recruit) ผู้ป่วยโดยพยาบาลมีข้อดีหลายประการ เช่น พยาบาลจะทราบว่าผู้ป่วยคนใดสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและคัดเลือกผู้ป่วยที่มีประวัติต่างกันเพื่อให้ครอบคลุมขอบเขตของการวิจัย การที่ผู้เขียนได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ทำให้ผู้เขียนได้ข้อมูลจากผู้ป่วยโรคมะเร็งในตำแหน่งต่างกันอย่างเต็มที่นอกเหนือจากความไว้วางใจในตัวพยาบาลยังส่งผลให้ผู้เขียนสามารถเดินทางเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและพูดคุยเป็นการส่วนตัวหลังจากที่ผู้เขียนบันทึกการสนทนาแล้ว

การสนทนาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการพูดคุยกับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมคือเพื่อติดตามผลการรักษา พิจารณาผลที่ผ่าตัดไปแล้ว ผลข้างเคียงจากการใช้เคมีบำบัด (chemotherapy) และช่วยผู้ป่วยคลายความกังวล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นคนพูดคุยคือพยาบาล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นฝีมือของพยาบาลไม่ใช่แพทย์ การพูดคุยที่ยกมาวิเคราะห์ในบทความนี้ จึงเป็นช่วงที่พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยอาจกังวล เป็นบทสนทนาที่รักษาอาการและบำบัดจิตใจของผู้ป่วย บทสนทนาจากการพูดคุยระหว่างพยาบาลจำนวน 3 คนและผู้ป่วย 4 คน¹ ผู้ป่วย 2 คนมีโอกาสหายเพราะการรักษาเป็นไปในทางที่ดี ส่วนอีก 1 คน

¹ พยาบาลคนเดียวกันคุยกับผู้ป่วย 2 คน

แพทย์ยังไม่ยืนยันว่าอาการจะดีขึ้นมากน้อยเพียงใด เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจส่วนอื่นของร่างกาย เช่น ระบบหายใจและระบบของเหลวเป็นต้น และผู้ป่วย 1 คน เสียชีวิตหลังจากเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ไม่นาน แม้ว่าผู้ป่วยคนนี้มีกำลังใจและการรักษาดูเหมือนว่าเป็นไปในเชิงบวกในระหว่างการเก็บข้อมูลแต่ไม่นานก็เสียชีวิต

ผู้เขียนประยุกต์ใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา (Conversation Analysis) ในการวิจัย ผู้เขียนเคยกล่าวถึงวิธีวิทยานี้ไปแล้วในวารสารสังคมลุ่มน้ำโขง เล่มที่ 13 ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 เรื่องถกวิธีวิทยา (ไพโรจน์ วิไลนุช, 2552: 23-46) ดังนั้นจึงขอกล่าวถึงลักษณะพิเศษบางประการพอสังเขปที่เหมาะสมต่อการนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูล คุณูปการของวิธีวิทยาที่เกิดขึ้นต้องงานวิจัยและสมควรกล่าวถึงในบทความนี้คือ

1) วิธีวิทยาใช้วิเคราะห์การสนทนาในองค์กร (institutional interaction) เพื่อค้นหาว่าพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งคุยกันอย่างไร การจะได้คำอธิบายนี้ผู้เขียนจึงต้องถอดบทสัมภาษณ์ที่มีเครื่องหมายกำกับเสียง ข้อกำหนดของวิธีวิทยาในเรื่องนี้ทำให้ผู้อ่านมองเห็นว่าเวลาที่พยาบาลจะนำเรื่องความตายเข้ามาคุยครั้งแรก พยาบาลจะหยุดนานซึ่งเราเรียกว่า macro pause และเห็นการเอื้อนที่คำบางคำและทำให้เห็นว่าเมื่อพยาบาลกล่าวถึงลักษณะของแผลที่เปลี่ยนแปลง พยาบาลก็เน้นนอกจากนี้การให้ความสำคัญต่อรายละเอียดของการมีปฏิสัมพันธ์ทำให้ผู้อ่านมองเห็นว่าเวลาที่พยาบาลต้องนำเรื่องของความตายกลับมาคุยอีกครั้ง (reformulation) พยาบาลใช้ท่าทาง เช่น การใช้มือและใช้คำถามนำซึ่งกล่าวเร็วกว่าการพูดอื่นในบทพูดของพยาบาล การให้ความสำคัญต่อความละเอียดในระหว่างการปฏิสัมพันธ์เช่นนี้เป็นสิ่งที่วิธีวิทยาให้แนวทางไว้

2) วิธีวิทยาช่วยให้ผู้อ่านมองเห็นเทคนิคที่คู่สนทนาเลือกมาใช้เพื่อให้การต่อรองประสบความสำเร็จ เทคนิคที่เหมาะสมยังช่วยให้เหตุผลของแต่ละฝ่ายเป็นที่ยอมรับ การต่อรองและท้าทายซึ่งต้องอาศัยเทคนิคในการพูดเหล่านี้สะท้อนให้เห็นการพยายามที่จะช่วงชิงการนำในการกำหนดความหมาย (นภาพรณัฏฐะ หะวานนท์, 2550: 8) นอกจากนี้วิธีวิทยายังให้ความสำคัญในประเด็นที่ว่าทางเลือกแสดงออกและต่อรอง ในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ของคนยังแตกต่างกันเมื่อบุคคลที่ผู้พูดมีปฏิสัมพันธ์ด้วยเปลี่ยนไป

3) วิธีวิทยากล่าวถึงการสื่อสารของมนุษย์ว่า อิงอยู่กับบริบทที่ถูกสร้างขึ้น (context-shaped) และเปลี่ยนไป (context-renewed) บริบทจึงเป็นตัวกำกับให้ผู้พูด ซึ่งเป็นผู้กระทำทางสังคม (social actor) อาจมีความคิดลักษณะหนึ่งอันเป็นลักษณะเฉพาะและเมื่อบริบทเปลี่ยนไป การตอบและการแสดงออกของผู้พูดจึงเปลี่ยนไป เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับคำถามว่าเขาคิดอย่างไรต่ออนาคต คำตอบของผู้ป่วยที่ตอบลงในกรอบครีวกับตอบพยาบาลจึงอาจต่างกัน

การพูดถึงความกังวลและวิธีการจัดการ

การวิเคราะห์การสนทนาทำให้รู้ว่าผู้ป่วยทุกคนมีความกังวลในใจ แต่ระดับของความกังวลต่างกัน เมื่อพยาบาลได้เรียนและอบรมเรื่องของโรคมะเร็ง จะมีทฤษฎีกล่าวถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยและถือเป็นหน้าที่ที่พยาบาลต้องทราบเพื่อสืบค้นวิธีจัดการความกังวลดังกล่าว

ความรู้ที่ได้จากทฤษฎีไม่ว่าจะมาจากความรู้สาธารณสุขที่พยาบาลได้เรียน หรือความรู้เฉพาะตามแนวความคิดการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งพื้นที่สาธารณสุขของประเทศไทยให้ความสำคัญและนำมาใช้ การดูแลแบบประคับประคองเป็นการเน้นความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก (สิรินทร์ ศาสตราภรณ์, 2547: 42 และเติมศักดิ์ พึ่งรัตติ, 2550: 16) ให้การดูแลแบบองค์รวม อาศัยความรู้จากหลายสาขาไม่ว่าจะเป็นการแพทย์ ครอบครัวและสังคม ดึงให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม การดูแลลักษณะนี้มักใช้เมื่อต้องการทำให้ผู้ป่วยมีความสบาย คลายความกังวลและบรรเทาความปวดจากโรคมะเร็งมากกว่าการรักษาให้หาย

ความรู้ที่กล่าวถึงข้างต้นผนวกกับประสบการณ์และการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยในชุมชนทำให้พยาบาลมีความรู้เรื่องนี้และนำมาใช้ถามเมื่อมีโอกาสนพูดคุยกับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีเนื่องจากการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีมาแต่เดิม ข้อมูลเหล่านี้สังเกตได้จากการให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล สถานือนามัยและในระหว่างการเยี่ยมบ้าน

ลำดับต่อไป ผู้เขียนขอนำบทสนทนาวิเคราะห์ให้เห็นว่าเวลาที่พยาบาลต้องตะล่อมเพื่อหาข้อมูลว่าผู้ป่วยกังวลจากโรคที่เป็นอยู่อย่างไร พยาบาลปฏิบัติอย่างไร

1 [มะเร็ง-2552-33-07:53] [วิดิทัศน์]²

[ผู้ป่วยอายุ 53 ปี เป็นมะเร็งเต้านม ปวดบริเวณเต้านม เต้านมเป็นแผลและมีกลิ่น อยู่กับสามีและลูก การพูดคุยเกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วย]

1. พยาบาล → ((ยกแขนซ้าย)) ชุกชะภาพ³ (1.0) เจ็บ
2. → ((ตะหนักรอก)) นอกจากจะ ((ชี้ไปที่ตัวผู้ป่วย))
3. → เป็นแผลนี้แล้ว (.) มีอาการเจ็บ (.) มีอาการปวด
4. → หยั่งพองก้อ
5. ผู้ป่วย → ((ยกมือขวาขึ้นมาบริเวณแผลที่หน้าอก))
6. → มันก็หลอน (.) เป็นกำ:: (.) มะคิ่นหนา
7. พยาบาล ((พยักหน้า)) อือ
8. ผู้ป่วย → ((เลื่อนมือต่ำลง)) แต่อยู่อื้อ
9. → ((ส่ายศีรษะ)) แต่บ่เจ็บ
10. (1.0)
11. พยาบาล ((ผิงศีรษะ)) แล้วตอน (ไป) ลา (.)
12. เวลาไปทำแผลอัน (.) พยาบาลคนนั้น (.)
13. แผลเป็นบอกว่า (.) แผล ((ล้วงกระเป๋))
14. → (0.5) °เริ่ม°เหม็น

² # 1 หมายถึงบทสนทนาดำดับที่ 1 ในบทความนี้และภายในวงเล็บเหลี่ยมบอกที่มาของข้อมูลซึ่งเรียงลำดับดังนี้ (1) คำว่า “มะเร็ง” หมายถึงชื่องานวิจัยที่นำข้อมูลมารวบรวม (2) 2552 หมายถึง ปีที่งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยต้นสังกัดคือปี 2552 (3) เลข 33 หมายถึงลำดับที่ของกรณีศึกษาที่ยกมาวิเคราะห์คือ กรณีศึกษาที่ 33 (4) ตัวเลข 07:53 หมายถึงเวลาในบทสนทนาที่ยกมาวิเคราะห์ บทพูดช่วงนี้เกิดขึ้นในนาทีที่ 7 วินาทีที่ 53 ณ เวลานั้นพยาบาลคุยเรื่องสุขภาพและลักษณะของแผลบริเวณหน้าอกและ (5) คำว่าวิดิทัศน์หมายถึงวิธีการบันทึกข้อมูลการสนทนา บทสนทนาที่ยกมาวิเคราะห์นี้บันทึกด้วยกล้องวิดิทัศน์ (video recording) การบอกที่มาของข้อมูลเป็นข้อตกลงร่วมกันของนักวิจัยที่ใช้วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนา

³ ภาษาคำเมือง หากเขียนออกมาเป็นภาษาเขียนจะมีลักษณะเฉพาะเช่นมีเสียงวรรณยุกต์ 6 เสียงหรืออักษรกลางในภาษาไทยก็จัดเป็นอักษรสูงในภาษาก่าเมือง อักษรธรรมล้านนาจึงทำให้การเขียนต่างไป (เรื่องเดช ปันเขื่อนขันธ์, 2552: 4) ในบทความนี้ผู้เขียนต้องการถ่ายเสียงให้มีความใกล้เคียงกับเสียงที่ผู้พูดพูดออกมาและต้องการให้ผู้อ่านทั่วไปได้เข้าใจเสียง จึงเลือกที่จะถ่ายเสียงด้วยภาษาไทยกลาง คำว่าชุกชะภาพนี้ ผู้เขียนสะกดตามเสียงที่ผู้พูดออก ผู้พูดไม่ออกเสียงว่าสุขภาพ

- | | |
|-------------|-------------------------------------|
| 15. ผู้ป่วย | อือ |
| 16. พยาบาล | → แล้วก็ ((พยักหน้า)) <u>ก็</u> ก่อ |
| 17. ผู้ป่วย | → ((เกา)) บ่ |
| 18. พยาบาล | ((หยิบโทรศัพท์มือถือ)) ก็ดยั้งก่อ |
| 19. ผู้ป่วย | → ((ส่ายศีรษะ)) หี |
| 20. พยาบาล | บ่ก็ดยั้งชกอย่าง |

นาที่ที่ 7 วินาทีที่ 53 พยาบาลถามถึงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกังวล พยาบาลถามด้วยการออกแบบคำถามคือใช้เรื่องสุขภาพและความปวด พยาบาลถามผู้ป่วยว่า “((ยกแขนซ้าย)) ชุกกะภาพ (1.0) เจ็บ ((ตะหนอก)) นอกจากจะ ((ชี้ไปที่ตัวผู้ป่วย)) เป็นแผลนี้แล้ว (.) มีอาคันเจ็บ (.) มีอาคันปวดยั้งพ่องก่อ” ดังปรากฏตามบรรทัดที่ 1-4 ซึ่งหมายความว่าในเรื่องสุขภาพ นอกจากจะเป็นแผลแล้ว ผู้ป่วยมีความรู้สึกเจ็บและปวดอะไรบ้างหรือไม่

บรรทัดที่ 5 และ 6 ผู้ป่วยตอบว่าความปวดเกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอ จะปวดบางครั้ง นึกจะปวดก็ปวด อย่างเช่นคืนที่ผ่านมา แต่ในขณะที่กำลังคุยกับพยาบาล ผู้ป่วยไม่รู้สึkpวด (บรรทัดที่ 8 และ 9) การอธิบายความปวดของผู้ป่วย ผู้ป่วยใช้ท่าทางประกอบด้วยการยกมือขึ้นมาไว้บริเวณตำแหน่งที่มีแผลและตำแหน่งที่เคยรู้สึกปวด

พยาบาลต้องการพูดคุยถึงการลุกลามของโรคและอาการที่เหมือนว่าจะแย่ลง พยาบาลไม่ถามผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมาแต่อ้างอิงคำพูดของพยาบาลอีกคนหนึ่ง ซึ่งเคยเป็นคนทำแผลให้ผู้ป่วยและบอกผู้ป่วยในตอนนั้นว่าแผลของผู้ป่วยเริ่มมีกลิ่นเหม็น (บรรทัดที่ 14) เนื่องจากมีเชื้อโรคและไม่ได้ทำความสะอาด แม้ว่าพยาบาลจะอ้างอิงคำพูดของพยาบาลอีกคน แต่ก็ยังไม่ทำให้พยาบาลที่กำลังคุยกับผู้ป่วยสามารถกล่าวคำที่บอกลักษณะของแผลคือคำว่า “เริ่มเหม็น” ได้อย่างตรงไปตรงมา ก่อนกล่าวคำนี้พยาบาลเปลี่ยนอิริยาบถด้วยการล้วงกระเป๋าและหยุด(0.5) พยาบาลกล่าวคำว่าเริ่มเหม็นต่างจากการกล่าวคำอื่น พยาบาลกล่าวคำว่า เริ่มเบากว่าคำอื่นและเน้นที่คำว่าเหม็น

ในบรรทัดที่ 16 พยาบาลต้องการรู้ว่าผู้ป่วยรู้สึกกลัวหรือไม่ เมื่อผู้ป่วยทราบว่ามีลักษณะที่กล่าวถึงและมีสัญญาณว่าโรคอาจเป็นไปในทางที่ไม่ดีนัก พยาบาลจึงถามผู้ป่วยว่าผู้ป่วยกลัวหรือไม่ ด้วยการกล่าวว่า “แล้วก็ ((พยักหน้า)) กลัว” พยาบาลถามด้วยการเน้นคำว่ากลัว

ในบทพูดของผู้ป่วยต่อมา แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้กลัวและกังวลเรื่องนี้มาก ดังปรากฏตามบรรทัดที่ 17 และ 19 ซึ่งผู้ป่วยตอบปฏิเสธ

รายละเอียดของกรณีศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกังวลเรื่องความปวดและเรื่องลูกสาว แม้ว่าผู้ป่วยจะบอกว่าเขาไม่ได้กังวลกับการลุกลามของโรคและพอจะทำได้ แต่ในบทสนทนาช่วงอื่นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกังวลเรื่องความตายเช่นกัน ผู้ป่วยใช้คำว่ากลัวอายุนั่น

บทสนทนาต่อไปแสดงให้เห็นว่า พยาบาลถามผู้ป่วยถึงวิธีการคลายความกังวลในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษานี้ผู้ป่วยแจ้งพยาบาลว่า ตัวผู้ป่วยใช้การปฏิบัติกิจทางศาสนา

2 [มะเร็ง-2552-03-05:14] [วิดิทัศน์]

[ผู้ป่วยอายุ 64 ปี เป็นมะเร็งเต้านม ได้รับเคมีบำบัด ตัดเต้านม การให้คำปรึกษาเกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับน้องสาวและน้องเขย ในระหว่างการพูดคุยมีสุขภาพแข็งแรงแต่ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากเข้าร่วมโครงการวิจัยประมาณ 2 เดือน]

1. พยาบาล → ((หมุนมือ)) ค่ายว่า (.) ทุกวันนี้ไหวพะ
2. → สวดมนต์ยังมีก้อ
3. ผู้ป่วย → ((ผงกศีรษะ)) มีก่า (.) สวดชินบัญญัติร้อ (.)
4. → นั่งสมาธิ ((พยักหน้า)) แผ่เมตตา
5. พยาบาล → ทุกวัน ((ผงกศีรษะ)) เลย
6. ผู้ป่วย → ทุกวัน
7. พยาบาล → อือ::
8. ผู้ป่วย → แต่บางวันเหนื่อย (.) แก่ก่า (.)
9. → กาบพะ [มะดา]

10. พยาบาล [น้อยน้อย (.) เออ ((พงกศิริชนะ))
 11. แต่ค้ายว่า ((สายศิริชนะ)) บ่ขาด
 12. อี้เตอะน้ำ (.) ชักวันนะน้อย
 13. ผู้ป่วย → บ่ขาด (บ่ขาด)

นาที่ที่ 5 วินาทีที่ 14 พยาบาลถามผู้ป่วยว่าปัจจุบันผู้ป่วยสวดมนต์และไหว้พระบ้างหรือไม่ (บรรทัดที่ 1 และ 2) คำถามนี้จัดเป็นคำถามประเภทต้องการคำตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ (yes/no interrogatives) ก่อนข้างจำกัดคำตอบและเป็นคำถามนำ ภายในคำถามมีการจัดประเภท (categorisation) ของคำตอบด้วยคือการไหว้พระและสวดมนต์ ผู้ป่วยตอบว่าตนสวดมนต์คาถาชินบัญชร นั่งสมาธิและแผ่เมตตา ตรงนี้เราจะเห็นว่าผู้ป่วยกล่าวถึงการปฏิบัติกิจเชิงศาสนาด้วยการดำเนิน 3 กิจกรรม ซึ่งถือเป็นเทคนิคในการให้เหตุผลของมนุษย์ซึ่งมีลักษณะเป็นชุดชุดของเหตุผลประกอบด้วยเหตุผล 3 ประการ

เทคนิคนี้เรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า Lists of three (Atkinson, 1988) หรือ List-construction (Jefferson, 1990) วิธีวิทยาการวิเคราะห์การสนทนากล่าวถึงหน้าที่ของเทคนิคนี้ในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมว่าผู้พูดจะใช้เทคนิคนี้เมื่อต้องการเน้นและย้ำถึงกิจกรรมและการกระทำที่ตนกำลังให้ความสำคัญ การปฏิบัติในเรื่องใดก็ตามที่เราทำซ้ำๆ เป็นประจำหมายความว่า เป็นเรื่องที่เราต้องการเน้น และเมื่อใดก็ตามที่เราต้องการให้เหตุผลต่างๆ ต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มีลักษณะเป็นชุดหรือรายการ ก็จะพบว่าชุดหรือรายการที่เรากำลังอ้างอยู่นั้นต้องประกอบด้วยเหตุผล 3 ประการหรือรายการที่มีของ 3 สิ่ง มีข้อมูลหลักฐานยืนยันจากงานวิจัยว่า หากผู้พูดให้เหตุผลด้วยการกล่าวถึงเหตุผลมากกว่าหรือน้อยกว่า 3 เหตุผล ผู้พูดอาจถูกขัดจังหวะ บทพูดถูกตัดบทและทำให้การพูดและการให้เหตุผลของผู้พูดไม่สมบูรณ์ซึ่งอาจมีผลต่อการสื่อสาร (Atkinson, 1988: 58)

การสนทนาในช่วงนี้ทำให้รู้ว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวด้วยการสวดมนต์และไหว้พระเป็นประจำทุกวัน หากวันใดที่ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยก็จะกราบพระอย่างเดียว (บรรทัดที่ 8 และ 9) การปฏิบัติกิจเหล่านี้ ผู้ป่วยยืนยันว่าตนปฏิบัติเป็นประจำไม่เคยเว้นแม้แต่วันเดียวดังปรากฏตามบรรทัดที่ 13

นอกจากเรื่องของอาการความกังวลแล้ว การสื่อสารในบริบทโรค มะเร็งเต้านมยังเป็นเรื่องของ การพูดถึงภาพลักษณ์ที่ได้รับผลกระทบจากโรคมะเร็ง บางคนต้องตัดเต้านมทิ้ง ได้รับเคมีบำบัดและทำให้ผมร่วงจึงทำให้กังวลกับภาพ ลักษณ์ที่เปลี่ยนไป หลายคนต้องทำใจยอมรับแต่บางคนก็ยังทำใจลำบากอาจต้องหา วิธีการแก้ไขเพื่อให้ภาพลักษณ์ของตนที่เคยมีมาคงเดิมมากที่สุด เช่น การใส่วิก การใช้ผ้าคลุมผมและการใส่หมวก ความกังวลเรื่องของภาพลักษณ์เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านมามีด้วยกัน

บางครั้งพยาบาลบางคนอาจพิจารณาว่าสมควรคุยเรื่องความตาย พยาบาลจึงนำเรื่องความกังวลและกลัวตายเข้าพูดคุย สิ่งที่พยาบาลปฏิบัติเกิดขึ้น เพราะพยาบาลได้รับความรู้ในเชิงทฤษฎี จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาส่วนใหญ่ ในงานวิจัยปรากฏเป็นรูปธรรมว่าพยาบาลมักพูดคุยเรื่องนี้ พยาบาลจะไม่เปิด ประเด็นคุยเรื่องนี้กับผู้ป่วยทุกคนแต่ต้องประเมินก่อนว่าผู้ป่วยคนใดที่มีความกังวล และสามารถพอจะพูดคุยเรื่องนี้ได้

การพูดถึงความตาย

บทสนทนาต่อไปเป็นการพูดคุยเรื่องทัศนคติต่อความตายในอดีตว่าผู้ป่วย รู้สึกกลัวความตายหรือไม่ เมื่อรู้ว่าตนป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม

3 [มะเร็ง-2552-07-18:43] [วิถีทัศน์]

[ผู้ป่วยอายุ 75 ปี เป็นมะเร็งเต้านม ตัดเต้านม ปัจจุบันมีน้ำหนักตัวเกินมาก เป็นโรคอ้วน เคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยไหว บุรุษพยาบาลติดตามความคืบหน้า ในการรักษาด้วยการเดินทางไปเยี่ยมที่บ้าน การพูดคุยเกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วย]

1. บุรุษพยาบาล → ตอนแรก (.) สัมมา:เตอะ (.)
2. → กั๋วต่ายก่อนนิ
3. ผู้ป่วย → ป๋
4. บุรุษพยาบาล → ป๋ ((ส่ายศีรษะ)) ชักน้อย

5. ผู้ป่วย

→ ((ส่ายศีรษะ)) ชักน้อย (.)

→ ตั้งเวลามันตั้งตาย

แม้ว่าบุรุษพยาบาลและผู้ป่วยจะคุยเรื่องของความรู้สึกเกี่ยวกับความตาย และเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นไปแล้วในอดีต เป็นการถามเพื่อให้ทราบทัศนคติต่อความตายก็ตาม แต่คนถามต้องใช้เทคนิค บุรุษพยาบาลถามผู้ป่วยว่าในอดีตผู้ป่วยกลัวตายหรือไม่เมื่อแรกทราบว่าตนป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมด้วยการกล่าวว่า “ตอนแรก (.) สัมมา::เตอะ (.) กั้วต่ายก่อนนิ” (บรรทัดที่ 1 และ 2)

ในบรรทัดที่ 1 ผู้พูดคือตัวบุรุษพยาบาลไม่ถามอย่างตรงไปตรงมา เทคนิคที่ผู้พูดใช้คือการใช้ประโยคในรูปแบบขอโทษ (apologetic form) บุรุษพยาบาลกล่าวว่า “สัมมา::เตอะ” ซึ่งหมายถึง “ขอโทษ” ก่อนจะถามผู้ป่วยว่าผู้ป่วยกลัวตายหรือไม่ การใช้รูปแบบประโยคทำให้เราพอมองเห็นว่า การพูดคุยเรื่องความตายในสังคมไทยมีความพิเศษ การใช้ภาษาทำให้ความตายกลายเป็นเรื่องไม่ดี เป็นเรื่องอัปมงคลดังที่เราหลายคนเชื่อเช่นนั้น

ในบรรทัดที่ 3 ผู้ป่วยตอบอย่างสั้นๆ และค่อนข้างมั่นใจว่าตนไม่กลัวตาย การตอบเช่นนี้อาจทำให้บุรุษพยาบาลมองว่ายังไม่ใช่คำตอบที่ต้องการ บุรุษพยาบาลจึงถามต่อว่าผู้ป่วยไม่กลัวสักนิดเดียวเลยหรือ (บรรทัดที่ 4) ผู้ป่วยตอบยืนยันว่าตนไม่กลัวสักนิดเดียว ผู้ป่วยจะตายเมื่อถึงเวลาตายดังที่ผู้ป่วยกล่าวว่า “((ส่ายศีรษะ)) ชักน้อย (.) ตั้งเวลามันตั้งตาย” (บรรทัดที่ 5 และ 6) การตอบของผู้ป่วยอาจทำให้เราตีความได้ว่าผู้ป่วยอาจไม่กลัวความตายจริง แต่อีกมุมมองหนึ่งผู้ป่วยอาจตกแต่งบริบท สิ่งที่ผู้ป่วยตอบอยู่เป็นการคุยเรื่องความรู้สึกในอดีตซึ่งอยู่ในบริบทหนึ่งและหากผู้ป่วยคนนี้อยู่ในสถานการณ์ที่เขาเผชิญความตายจริงซึ่งเป็นอีกบริบทหนึ่งดังผู้ป่วยคนอื่นเขาจะตอบเช่นนี้หรือไม่ตรงนี้จึงเป็นข้อสังเกต

ผู้อ่านลองพิจารณาบทสนทนาอีกชุดหนึ่งที่ผู้เขียนเลือกมาจากการฝึกศึกษาที่ 4 ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในอีกบริบทหนึ่ง ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากการสนทนาจะทำให้เราเห็นการระล่อมถามผู้ป่วยว่าผู้ป่วยกลัวตายหรือไม่แล้วยังทำให้เรารู้ถึงวิธีการที่คู่สนทนาร่วมกันนิยามและให้ความหมายต่อความตายว่าเป็นเรื่องอัปมงคล

การทำให้ความตายกลายเป็นเรื่องอับมงคล

ในบริบทที่ผู้ป่วยยังไม่แน่ใจในการรักษาว่าจะเกิดผลในทางบวก 100% และคิดว่าโรคจะลุกลามจนทำให้คิดวนเวียนเกี่ยวกับเรื่องในอนาคต เนื่องจากความเชื่อที่ว่าโรคมะเร็งเป็นมโนทัศน์ที่เชื่อมโยงกับความตาย การพูดถึงความตายในบริบทของโรคมะเร็งจึงพบบ่อย การพูดถึงความตายในครอบครัวไทยเป็นเรื่องยาก โดยเฉพาะการพูดคุยเรื่องนี้กับคนที่เราเชื่อว่าเขามีโอกาสตายเร็วกว่าคนอื่น ดังนั้นการที่พยาบาลจะเปิดประเด็นเรื่องความไม่แน่นอนกับผู้ป่วยโรคนี้จึงต้องมีเทคนิค

บทสนทนาแสดงให้เห็นว่าพยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันเปิดประเด็นเรื่องความตายผู้ป่วยบอกพยาบาลว่าในช่วงที่เพิ่งรู้ว่าเป็นมะเร็งตนเองกลัวตายและกังวลจนนอนไม่หลับ ในช่วงต่อไปเป็นการนำเรื่องความตายกลับเข้ามาคุยอีกครั้ง การนำเรื่องนี้กลับเข้ามาคุย พยาบาลก็ยังต้องมีเทคนิค พยาบาลใช้คำถามนำ (leading question) การใช้คำถามนำนี้มีได้ใช้อย่างใด มีการปูพื้นมาก่อนดังที่กล่าวมาแล้ว จึงทำให้การพูดคุยเรื่องความตายเป็นไปอย่างดี การใช้คำถามนำอาจจะเป็นนัยว่าคนถามต้องการคำตอบตามที่คิดว่าอีกฝ่ายหนึ่งคงจะตอบ แต่บางครั้งอีกฝ่ายหนึ่งไม่ได้ปฏิบัติเช่นนั้น

4 [มะเร็ง-2552-04-06:27] [วิดิทัศน์]

[ผู้ป่วยอายุ 52 ปี เป็นมะเร็งเต้านม แม้ว่าจะได้รับเคมีบำบัดหลายครั้งและแพทย์ยืนยันว่า มีโอกาสหาย แต่ตัวผู้ป่วยกลัวว่ามะเร็งจะกลับมาลุกลามและกังวลเรื่องความตาย การพูดคุยเกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วย]

1. พยาบาล ((หมุนมือ)) ความกังวลที่มีอยู่ขณะนั้นคือ
2. (1.0)
3. ผู้ป่วย → ก้อ (.) กัวนั้นนะ (.) น้อ
4. พยาบาล → ((นับ)) กัwtาย
5. ผู้ป่วย ((พยักหน้า)) เออ (1.0) กัwtาย

นาที่ที่ 6 วินาทีที่ 27 พยาบาลและผู้ป่วยคุยกันถึงเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลจนนอนไม่หลับ พยาบาลถามผู้ป่วยว่าในขณะนั้นผู้ป่วยกังวลเรื่องอะไร

ผู้ป่วยตอบว่าในอดีตสิ่งที่กลัวคือความตาย ผู้ป่วยไม่พูดตรงไปตรงมา ลักษณะการตอบของผู้ป่วยใช้คำว่า “นั่น” ในบรรทัดที่ 3 ซึ่งคำนี้น่าจะหมายถึงคำว่าตาย

การที่เราตีความคำนี้ว่าหมายถึงความตาย เรารู้ได้จากบทพูดของพยาบาล ซึ่งพยาบาลกล่าวคำว่ากลัวตายดังปรากฏตามบรรทัดที่ 4 พยาบาลกล่าวคำนี้เพื่อสร้างความกระจำและความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยว่าสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวและหมายถึงคือความตาย

การพูดคุยเรื่องความตายในช่วงนี้เป็นการพูดถึงความรู้สึกในอดีต คนที่อ้างอิงความตายไม่พูดถึงความตายอย่างตรงไปตรงมา ผู้พูดใช้คำอื่นแทนคำว่าตาย ในบริบทที่กำลังพูดคุยกันอยู่

เมื่อการพูดคุยเรื่องความตายและสุขภาพผ่านไปสักระยะหนึ่ง พยาบาลนำเรื่องของความกลัวตายเข้าพูดคุยอีกครั้งในวันที่ 10 วินาทีที่ 36 ดังปรากฏตามบทพูดต่อไป

5 [มะเร็ง-2552-04-10:36] [วิถีทัศน์]⁴

1. พยาบาล ((ยกมือทั้งสองข้างขึ้น)) ตอนนี่คือ
2. ((โบกมือทั้งสองข้างไปมา)) บ่ได้คิด
3. (.) ถึง:: (.) ถึงเรื่องดี ((ตัวดีมือขวาเข้าตัว))
4. → ตัวเก่าเคยคิด (1.0) ว่า (.) ตัวฉันจะ
5. → ((ผายมือทั้งสองไปข้างหน้า)) ต่าย
6. → เมื่อแต่ (.) ฉัน ((โบกมือขวาไปมา)) อี้ (.)
7. → >บ่ได้คิดแล้วแหม< (แหม่น) ก่อ
8. ผู้ป่วย → >°ก็ยังมีอยู่กะ°<
9. พยาบาล → ((ผกศีรษะ)) ยังมีอยู่↑ กะ
10. ผู้ป่วย → ยังมีอยู่

⁴ ในกรณีที่อ้างบทพูดจากกรณีศึกษาเดียวกันอย่างต่อเนื่อง ผู้เขียนจะใส่รายละเอียดของข้อมูลไว้ในบทพูดครั้งแรกดังปรากฏในบทพูดก่อนหน้านี้ซึ่งเป็นบทพูดลำดับที่ 4

บรรทัดที่ 4-7 แสดงให้เห็นว่าเมื่อพยายามจะถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยยังกลัวตายหรือไม่ พยาบาลไม่กล่าวคำว่าตายอย่างตรงไปตรงมา พยาบาลใช้มือและหยุดในการสนทนา นอกจากนี้พยาบาลนำความคิดของผู้ป่วยที่มีในอดีตว่าผู้ป่วยเคยกังวลมาใช้ถามเชื่อมโยงกับปัจจุบัน ณ ขณะกำลังพูดคุยรวมทั้งการใช้คำถามนำในช่วงท้ายของบทพูดด้วยการกล่าวว่า “...ตัวเก่าเคยคิด (1.0) ว่า (.) ตัวฉันจะ ((ผายมือทั้งสองไปข้างหน้า)) ตายเมื่อใด (.) ฉัน ((โบกมือขวาไปมา)) อี๋ (.) >บ่ได้คิดแล้วเห้ม< (แม่่น) ก่อ”

การใช้คำถามนำของพยาบาลที่ว่าผู้ป่วยไม่ได้คิดกลัวเรื่องนี้แล้ว เป็นสิ่งที่พยาบาลคาดการณ์ไว้เอง พยาบาลหวังว่าคำตอบที่ควรได้รับจากผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยไม่กลัวตาย แต่ในทางตรงกันข้ามสิ่งที่ผู้ป่วยตอบคือผู้ป่วยยังกลัวตายอยู่ดังปรากฏในบรรทัดที่ 8 ซึ่งผู้ป่วยกล่าวว่า >°ก็ยังมีอยู่กะ°< หากผู้อ่านพิจารณาลักษณะการตอบจะเห็นว่าผู้ป่วยไม่ตอบอย่างเรียบๆ แต่ตอบด้วยการทำให้บทพูดเบาลงกว่าปกติ (เครื่องหมาย °) และเร็วขึ้น (เครื่องหมาย > <)

เมื่อพยาบาลได้ยินว่าผู้ป่วยยังกังวลอยู่จึงต้องถามย้ำอีกครั้งหนึ่งด้วยการถามผู้ป่วยว่า “((ผงกศีรษะ)) ยังมีอยู่↑ กะ” ดังปรากฏตามบรรทัดที่ 9 ผู้ป่วยยืนยันอีกครั้งด้วยการกล่าวว่า “ยังมีอยู่” (บรรทัดที่ 10)

ลักษณะการถาม-ตอบที่ผู้เขียนวิเคราะห์ให้เห็นล้วนแล้วแต่เป็นการปฏิบัติของคนไทยที่ร่วมกันทำให้ความตายเป็นเรื่องอับมงคล เช่น เรามักไม่พูดถึงความตายอย่างตรงไปตรงมา ใช้ภาษาพูดเฉพาะ ออกเสียงคำบางคำเบา พูดประโยคบางประโยคเร็ว ใช้มือในการพูดคุยเรื่องความตายและใช้เทคนิคเมื่อต้องนำเรื่องความตายกลับเข้ามาคุยอีกครั้ง หลายอย่างที่พยาบาลและผู้ป่วยปฏิบัติในบริบทนี้ต่างจากการปฏิบัติอย่างเดียวกันเมื่อพูดคุยเรื่องอื่น

การพูดคุยดังปรากฏแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมิได้ใช้ความรู้จากวิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียว แต่อาศัยความสัมพันธ์เฉพาะจึงทำให้การใช้ความรู้เป็นไปอย่างราบรื่น ความสัมพันธ์ที่อยู่บนฐานของความใกล้ชิดและสนิทสนมดังเครือญาติทำให้การสนทนาในบริบทโรคมะเร็งปรากฏดังที่เห็นและส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งน่าจะเป็นไปในเชิงบวก

บทสรุป

บทสนทนาแห่งถิ่นยรักรัษ์เป็นบทสนทนายาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรค มะเร็งเต้านม มิได้เป็นการพูดคุยแบบทั่วๆ ไปแต่เป็นการพูดคุยของผู้ป่วยในฐานะที่เป็นเจ้าของประสบการณ์ของความเจ็บปวด ความกังวลและความกลัวและเป็นการแลกเปลี่ยนการพูดคุยกับพยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย

การวิเคราะห์การสนทนายาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจึงช่วยให้สามารถ เข้าถึงความรู้ความรู้สึกและความพยายามทั้งของผู้ป่วยและพยาบาลในการสร้างความจริงผ่านการสนทนาภายใต้ระบบการผลิตเปลี่ยนการพูดคุยอย่างเป็นธรรมชาติ

การวิเคราะห์การสนทนาทำให้เห็นว่าพยาบาลและผู้ป่วยใช้เทคนิค เช่น การอ้างอิงบุคคลที่ 3 และการสร้างชุดของเหตุผลเพื่อจัดการความวิตกกังวล เมื่อต้องนำประเด็นความตายเข้าสู่การสนทนา บุรุษพยาบาลใช้รูปแบบประโยคขอโทษ คู่สนทนายามความตายว่าเป็นเรื่องอับมงคลเพราะเขาไม่อ้างอิงความตายอย่างตรงไปตรงมาและเมื่อเวลาผ่านไป หากพยาบาลต้องการเปิดประเด็นเรื่องความตายอีกครั้ง พยาบาลใช้ท่าทางเฉพาะ ใช้คำถามนำที่กล่าวด้วยความเร็วกว่าคำพูดอื่นในบทพูดของพยาบาล

เครื่องหมายที่ใช้ในบทสัมภาษณ์ (transcription conventions)

ดรูว์และเฮริเทจ (Drew and Heritage, 2006: XV-XX) กล่าวว่า เครื่องหมายต่อไปนี้พัฒนาและปรับปรุงขึ้นโดยเกิล เจฟเฟอร์สัน (Gail Jefferson) เป็นเครื่องหมายที่นักวิเคราะห์การสนทนา (conversational analyst) นิยมใช้ในบทสัมภาษณ์ การใช้เครื่องหมายเหล่านี้ในบทสัมภาษณ์ช่วยให้ผู้อ่านบทความนี้เข้าใจและมองเห็นภาพว่าพยาบาลคุยกับผู้ป่วยอย่างไร เครื่องหมายทั้งหมดที่ยกมาอธิบายนี้เป็นเครื่องหมายที่ใช้ในบทสัมภาษณ์ที่ปรากฏในบทความนี้ ยังมีเครื่องหมายอื่นแต่ผู้เขียนมิได้นำมาอธิบายเพราะเครื่องหมายเหล่านั้นมิได้นำมาใช้ในบทความนี้

สัญลักษณ์: (.)

คำอธิบาย: เครื่องหมายมหัพภาคที่อยู่ในเครื่องหมายนชลิขิตแสดงถึงการเว้นวรรคสั้นมาก น้อยกว่า 1/10 วินาที

ตัวอย่าง: แต่บางวันเหนื่อย (.) แก่กว่า

สัญลักษณ์: (1.0)

คำอธิบาย: บอกจำนวนวินาทีที่หยุด

ตัวอย่าง: ตัวเก่าเกยคืด (1.0) ว่า

สัญลักษณ์: ((ผงกศีระะ))

คำอธิบาย: วงเล็บคู่ใช้เมื่อต้องการอธิบายการใช้ท่าทาง ในกรณีนี้ผู้พูดผงกศีระะ

ตัวอย่าง: ทุกวัน ((ผงกศีระะ)) เลย

สัญลักษณ์: ()

คำอธิบาย: วงเล็บเดี่ยวใช้เมื่อต้องการอธิบายคำพูดที่ไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าคืออะไร คำที่ปรากฏวงเล็บเดี่ยวหมายถึงคำที่มีเสียงใกล้เคียงกับคำที่ได้ยินมากที่สุด

ตัวอย่าง: (แม่น)

สัญลักษณ์: :::

คำอธิบาย: เครื่องหมายทวิภาคใช้บอกความยาวของเสียง จำนวนทวิภาคขึ้นอยู่กับความยาวของเสียงที่ผู้พูดเอื้อนออกไปหรือลากยาว

ตัวอย่าง: อือ::

สัญลักษณ์: [

[

คำอธิบาย: ใช้เมื่อผู้พูดทั้งสองคนเริ่มพูดพร้อมกัน

ตัวอย่าง: [มะตาย
[น้อยน้อย

สัญลักษณ์: ° °

คำอธิบาย: คำที่อยู่ในเครื่องหมายนี้เป็นคำที่พูดเบากว่าคำอื่น

ตัวอย่าง: >°ก็ยังมีอยู่กะ°<

สัญลักษณ์: > <

คำอธิบาย: คำพูดที่อยู่ในเครื่องหมายน้อยและเครื่องหมายมากคือคำพูดที่ผู้พูดกล่าวเร็วกว่าคำอื่น

ตัวอย่าง: >ปได้คิดแล้วเห้ม<

สัญลักษณ์: —

คำอธิบาย: ชีตเส้นใต้คำใช้อธิบายเมื่อผู้พูดเน้นคำ

ตัวอย่าง: ทุกวัน

สัญลักษณ์: ↑

คำอธิบาย: ลูกศรหัวตั้งใช้อธิบายคำที่ผู้พูดขึ้นเสียงสูง

ตัวอย่าง: ↑ ก๊ะ

สัญลักษณ์: →

คำอธิบาย: เครื่องหมายลูกศรใช้ระบุบรรทัดในบทสัมภาษณ์ที่บทความต้องการวิเคราะห์

ตัวอย่าง: พยาบาล → ((ผงกศึระะ)) ยังมีอยู่↑ ก๊ะ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- เต็มศักดิ์ ฟุ้งรัศมี. (2550). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัยและคณะ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (หน้า 15-23). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- นภาพร หะวานนท์. (2550). การสร้างความรู้ภายใต้กระบวนการสร้างสรรค์สังคม. **วารสารสังคมลุ่มน้ำโขง**, 3 (3), 1-24.
- ไพโรจน์ วิไลนุช. (2552). ถกวิธีวิทยา. **วารสารสังคมลุ่มน้ำโขง**, 5, (1), 23-46.
- รจิตลักษณ์ แสงอุไร. (2548). **การสื่อสารของมนุษย์**. กรุงเทพฯ: คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรืองเดช ปันเขื่อนขัตติย์. (2552). **ภาษาและวรรณกรรมท้องถิ่นล้านนา**. กรุงเทพฯ: Fast Books.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2552). รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล 2551 (**Hospital-Based Cancer Registry 2008**). ใน ภัทรวิณฑ์ อัดตะสาระและรังสิยา บัวส้ม (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สิรินทร์ ศาสตรากรักษ์. (2547). พยาบาลกับงาน Palliative care. ใน ลักษมี ชาญเวช (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (หน้า 41-45). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.

ภาษาอังกฤษ

- Atkinson, John. Maxwell. (1988). **Our Masters' Voices: the Language and Body Language of Politics**. London: Routledge.
- Drew, Paul and Heritage, John. (Eds.). (2006). **Glossary of Transcript Symbols. Conversation Analysis: Sage Benchmarks in Social Research Methods**, vol I. London: Sage.
- Jefferson, Gail. (1990). List-Construction as a Task and Resource. In George Psathas (Ed.). **Interaction Competence**. (pp. 63-92). Lanham Maryland: University Press of America.

- Silverman, David. (1998). Analysing Conversation. In Clive Seale (Ed.). **Researching Society and Culture**, (pp.261-274). London: Sage.
- ten Have, Paul. (1999). **Doing Conversation Analysis: A Practical Guide**. London: Sage.
- Zimmerman, Don H. and Boden, Deidre. (1993). Structure-in-Action: An Introduction. In Deirdre Boden and Don H. Zimmerman (Eds.). **Talk & Social Structure**. Cambridge: Polity Press.