

การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค



นางสาวจิตตาภรณ์ กล่อมแดง

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวาทวิทยา ภาควิชาวาทวิทยาและสื่อสารการแสดง

คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5091-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

COMMUNICATION BETWEEN OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS AND PATIENTS
DURING CONSULTATION AND PHYSICAL EXAMINATION



Miss Jittaporn Klomdaeng

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
For the Degree of Master of Master of Arts in Speech Communication

Department of Communication and Performing Arts

Faculty of Communication Arts

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-5091-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค
โดย	นางสาวจิตตาภรณ์ กล่อมแดง
สาขาวิชา	วาทวิทยา
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโท

..... คณบดีคณะนิติศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.สุรพล วิรุฬห์รักษ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ปิณฑน์ไวยาท)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์)

..... กรรมการ
(นายแพทย์สมเกียรติ คูอมรพัฒน์)

จิตตาภรณ์ กล่อมแดง : การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค.
(COMMUNICATION BETWEEN OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS AND PATIENTS DURING CONSULTATION AND PHYSICAL EXAMINATION) อ.ที่
ปรึกษา : รศ.ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์, 194 หน้า. ISBN 974-17-5091-9

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงวิธีการ และปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบปัญหาที่พบระหว่างสูตินรีแพทย์เพศชายกับสูตินรีแพทย์เพศหญิง และคนไข้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปกับคนไข้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบสหวิทยาการ ซึ่งเน้นการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก สัมภาษณ์ ความคิดเห็นด้วยแบบสอบถาม และวิจัยจากเอกสาร ทั้งนี้ได้วิเคราะห์โดยใช้กรอบความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคล แนวคิดเรื่องแพทย์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศในสังคมไทย แนวคิดเรื่องภาษาแสดงความรู้สึก และแนวคิดเรื่องชายกับหญิงในสังคมไทย

ผลการวิจัยพบว่า :

1. วิธีการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค ประกอบด้วยเหตุการณ์สื่อสาร 6 ขั้นตอน คือ การกล่าวทักทายและต้อนรับ การซักถามอาการและตรวจวินิจฉัยโรค การชี้แจงข้อวินิจฉัย การอธิบายวิธีการรักษา การกล่าวก่อนอำลา และการกล่าวอำลา ซึ่งบทบาทหลักในทุกขั้นตอนจะอยู่ที่แพทย์
2. ปัญหาที่พบในการสื่อสาร แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ 2) ปัญหาของคนไข้เมื่อต้องเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ 3) วิธีการเสริมสร้างการสื่อสารเชิงบวกของสูตินรีแพทย์กับคนไข้
3. เมื่อเปรียบเทียบปัญหาการสื่อสารของแพทย์ ในทรรศนะของสูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่า สูตินรีแพทย์เพศหญิงได้เปรียบกว่าสูตินรีแพทย์เพศชาย แต่สำหรับคนไข้กลุ่มที่มีช่วงอายุระหว่าง 20-39 ปี และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีกลับเห็นว่า ไม่มีความได้เปรียบกัน
4. เมื่อเปรียบเทียบปัญหาการสื่อสารของคนไข้พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดของคนไข้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป คือ การที่แพทย์ไม่ค่อยให้รายละเอียด รองลงมา ได้แก่ ภาษาแพทย์เข้าใจยาก ระยะเวลาในการสื่อสารสั้นเกินไป และแพทย์มีบุคลิกภาพที่เคร่งขรึมเกินไป ตามลำดับ ในขณะที่คนไข้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีพบปัญหาจากการที่แพทย์ไม่ค่อยให้รายละเอียดมากที่สุดเช่นกัน สำหรับกลุ่มที่มีสัดส่วนรองลงมา คือ แพทย์มีบุคลิกภาพเคร่งขรึมเกินไป ภาษาแพทย์เข้าใจยาก และระยะเวลาในการสื่อสารสั้นเกินไปตามลำดับ

ภาควิชา.....วทววิทยาและสื่อสารการแสดง.....ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา.....วทววิทยา.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา 2546.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4585067728 : MAJOR SPEECH COMMUNICATION

KEY WORD: COMMUNICATION / OBSTETRICIANS–GYNECOLOGISTS / PATIENTS

JITTAPORN KLOMDAENG : THESIS TITLE. (COMMUNICATION BETWEEN OBSTETRICIANS–GYNECOLOGISTS AND PATIENTS DURING CONSULTATION AND PHYSICAL EXAMINATION) THESIS ADVISOR : TIRANUN ANAWATSIRIWONG, ASSOCIATE PROFESSOR, 194 pp. ISBN 974-17-5091-9

This research aimed to study communication between obstetricians-gynecologists and patients during consultation and physical examination and problems found in the communication. In addition, this research purposed to compare between problems found in male doctors and female doctors and to compare between problems found in patients with lower than undergraduate education and higher. This study used multiple methodology: in-depth interview, questionnaires and documentary research. However, this research emphasized on quality research. This study used theoretical framework of Interpersonal Communication Theory and Ethnography of Communication Theory and the concepts of Doctor and Influential Relationship, Communication about Sex in Thai Society, Polite Way of Language, and Male and Female Gender in Thai Society.

The result showed that:

1. The communication during consultation and physical examination consisted of 6 communication events: greeting, interviewing and diagnosing, explaining the patient's condition, explaining the treatment, pre-closing, and closing. The doctor played the key role.

2. The communication problems found in this research were divided into 3 categories: 1) the communication problems between doctors and patients 2) the patients' problems during consultation and physical examination 3) the positive reinforcement methods.

3. Most of the doctors agreed that the female doctors had an advantage over the male doctors. Nevertheless, patients who aged between 20-39 years and patients who educated lower than undergraduate saw no advantage.

4. The major problems of patients were that the doctors rarely explained the details, the doctors used technical terms and foreign languages, the meeting time was inadequate, and the doctors' personality was too serious. The most frequently found problems of the patients with undergraduate education and higher were the explanation, language, timing, and personality, by order. The most frequently found problems of the patients with lower than undergraduate education were the explanation, personality, language, and timing, by order.

Department Communication and Performing Arts Student's signature.....

Field of study Speech Communication..... Advisor's signature.....

Academic year 2003..... Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

กาลครั้งหนึ่งนานมา เมื่อประมาณปีที่แล้ว วิทยานิพนธ์เล่มนี้ได้เกิดขึ้นพร้อมๆ กับที่หลานชายตัวน้อยได้ถือกำเนิดขึ้นมา และจุดเล็กๆ จุดนี้เองที่กลายเป็นประกายความคิด เรื่อง การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ จนกระทั่งหนึ่งปีผ่านไป ในที่สุดวิทยานิพนธ์ก็สำเร็จลง ด้วยดี ทำให้ทุกๆ คนมีความสุขกันถ้วนหน้า ในโอกาสนี้ผู้วิจัยจึงขอถือโอกาสกล่าวขอบคุณผู้มี พระคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณ “น้องพุฒิ” หลานชายที่เป็นแรงบันดาลใจให้ศึกษาในประเด็นนี้

ขอขอบคุณ “พี่เจี๊ยบ” พี่สาวที่แสนดี ที่คอยช่วยให้คำแนะนำและเป็นแรงผลักดันที่สำคัญทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้ได้ขับเคลื่อนไปได้ ตั้งแต่เริ่มออกตัว...จนเข้าสู่เส้นชัย

ขอขอบคุณ “พ่อและแม่” สำหรับกำลังใจและปัจจัยต่างๆ ที่ช่วยหล่อเลี้ยงชีวิต

ขอขอบคุณ “อาจารย์ถิรนนท์ รวมทั้งอาจารย์ในภาควิชาวาทวิทยาและสื่อสาร การแสดงทุกๆ ท่าน” ที่คอยให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ “พี่เชตต์” ที่ช่วยเอาคอมพิวเตอร์ไปซ่อมให้ได้ทันเวลา

ขอขอบคุณ “เพื่อนๆ” สำหรับแรงใจและแรงกายที่คอยให้ความช่วยเหลือทุกอย่าง

ขอขอบคุณ “โรงพยาบาล คุณหมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคน ผู้ให้ข้อมูลทุกๆ ท่าน” สำหรับโอกาสที่ให้และความร่วมมือที่ได้รับในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

ท้ายที่สุด...ขอขอบคุณเจ้าตัวอดทนและเจ้าตัวขยันของตัวเอง ที่สามารถเอาชนะ เจ้าตัวท้อแท้และเจ้าตัวขี้เกียจไปได้อย่างหวุดหวิด....ขอบคุณค่ะ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาคำถามวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคล.....	7
ทฤษฎีชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสาร.....	13
แนวคิดเรื่องแพทย์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศในสังคมไทย.....	16
แนวคิดเรื่องภาษาแสดงความสุภาพของบราวน์และเลวินสัน.....	17
แนวคิดเรื่องชายกับหญิงในสังคมไทย.....	19
งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง.....	20
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	28
รูปแบบการวิจัย.....	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	30

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	31
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	31
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	32
การดำเนินการเก็บข้อมูล.....	32
ผลการแจกแจงข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง.....	42
ผลการวิเคราะห์การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค.....	57
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	124
สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย.....	125
ข้อเสนอแนะ.....	155
รายการอ้างอิง.....	157
ภาคผนวก.....	161
ภาคผนวก ก.....	162
ภาคผนวก ข.....	172
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	194

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1	แสดงการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....29
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง..... 40
ตารางที่ 3	แสดงลักษณะประชากรของคนไข้ที่สัมภาษณ์เจาะลึก.....44
ตารางที่ 4	แสดงลักษณะประชากรของคนไข้ที่ตอบแบบสอบถาม.....51
ตารางที่ 5	แสดงการกล่าวทักทายและต้อนรับ จากการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์..... 62
ตารางที่ 6	แสดงการกล่าวทักทายและต้อนรับ จากการสัมภาษณ์คนไข้.....63
ตารางที่ 7	แจกแจงความถี่การใช้คำแทนตัวเองของสูตินรีแพทย์.....65
ตารางที่ 8	แจกแจงความถี่การใช้คำแทนตัวเองของสูตินรีแพทย์ จำแนกตามเพศ.....66
ตารางที่ 9	แจกแจงความถี่การใช้คำแทนตัวเองของคนไข้.....66
ตารางที่ 10	แจกแจงความถี่การใช้คำเรียกขานคู่สนทนาของคนไข้68
ตารางที่ 11	แสดงการใช้คำที่สื่อความหมายถึงเพศสัมพันธ์.....69
ตารางที่ 12	แสดงความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับการใช้คำที่สื่อความหมายถึงเพศสัมพันธ์...73
ตารางที่ 13	แสดงทัศนคติของคนไข้เมื่อถูกซักประวัติเรื่องเพศสัมพันธ์.....74
ตารางที่ 14	แสดงทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ซักถามเรื่องต่างๆ ไป.....77
ตารางที่ 15	แสดงทัศนคติที่มีต่อการที่แพทย์สามารถจดจำข้อมูลของคนไข้ได้.....80
ตารางที่ 16	แสดงการที่แพทย์สามารถจดจำหรือแสดงท่าทีว่าจดจำข้อมูลคนไข้ได้.....81
ตารางที่ 17	แสดงความคิดเห็นของคนไข้ที่มีต่อการใช้อารมณ์ขันของสูตินรีแพทย์.....84
ตารางที่ 18	แสดงการใช้คำขอโทษหรือบอกขั้นตอนแก่คนไข้ เมื่อตรวจร่างกาย.....88
ตารางที่ 19	แสดงทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ขอโทษหรือบอกขั้นตอนแก่คนไข้.....89
ตารางที่ 20	แสดงการใช้คำศัพท์วิชาการหรือศัพท์เฉพาะทางของสูตินรีแพทย์.....95
ตารางที่ 21	แสดงความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความจำเป็นในการใช้ศัพท์วิชาการหรือศัพท์เฉพาะทาง.....96
ตารางที่ 22	แสดงความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษา.....100
ตารางที่ 23	แสดงลักษณะการกล่าวก่อนอำลาของสูตินรีแพทย์.....104
ตารางที่ 24	แสดงการกล่าวอำลา จากการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์.....105
ตารางที่ 25	แสดงการกล่าวอำลา จากการสัมภาษณ์คนไข้.....106
ตารางที่ 26	แสดงปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์.....110

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 27	แสดงปัญหาของคนไข้เมื่อเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์.....113
ตารางที่ 28	แสดงความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับความได้เปรียบของสูตินรีแพทย์เพศหญิง จำแนกตามเพศ.....115
ตารางที่ 29	แสดงความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความได้เปรียบของสูตินรีแพทย์เพศหญิง จำแนกตามช่วงอายุ.....117
ตารางที่ 30	แสดงความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความได้เปรียบของสูตินรีแพทย์เพศหญิง จำแนกตามระดับการศึกษา.....118
ตารางที่ 31	แสดงปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์ จำแนกตามระดับการศึกษา.....121
ตารางที่ 32	แสดงปัญหาของคนไข้เมื่อเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ จำแนกตามระดับการศึกษา.....122

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มนุษย์เป็นสัตว์สังคม จึงมักมีการสื่อสารระหว่างกันอยู่เสมอในบริบทที่หลากหลาย นั่นคือบริบทการสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารในองค์กร การสื่อสารระหว่างวัฒนธรรม และการสื่อสารมวลชน จะเห็นได้ว่าบทบาทในการสื่อสารของมนุษย์ล้วนมีลักษณะที่แตกต่างกันไปในแต่ละบริบท สำหรับบริบทการสื่อสารระหว่างบุคคลนั้น เป็นบริบทที่มนุษย์มักใช้สื่อสารกันอยู่เสมอในชีวิตประจำวัน อาทิ เริ่มตั้งแต่ในครอบครัว มีการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อกับแม่ พ่อกับลูก แม่กับลูก ในโรงเรียน เช่น ครูกับนักเรียน นักเรียนกับเพื่อน ในโรงพยาบาล เช่น แพทย์กับพยาบาล แพทย์กับคนไข้ พยาบาลกับคนไข้ เป็นต้น

การศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างแพทย์และคนไข้ นับว่าเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความน่าสนใจ และมีส่วนสำคัญต่อการตรวจรักษาโรคเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือ การสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้นั้น เป็นการสื่อสารในบริบทที่มนุษย์แทบทุกคนจะต้องเคยเผชิญ เพราะเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย รู้สึกไม่สบาย หรือมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพย่อมจำเป็นต้องไปพบแพทย์ เพื่อขอคำปรึกษาและรับการตรวจรักษา ดังนั้นการสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะมีผลโดยตรงต่อการวินิจฉัยของแพทย์ และสืบเนื่องไปถึงการรักษาตัวของผู้ป่วยด้วย โดยกึ่งกาญจน์ เทพกาญจนา (2535: 1-3) ได้กล่าวไว้ว่าการสื่อสารนั้น ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานของความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีระหว่างแพทย์กับคนไข้ โดยทั้งสองฝ่ายจะต้องมีความเข้าใจกัน ซึ่งรวมถึงการเข้าใจภาษาและการเข้าใจพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพื่อบรรลุไปถึงเป้าหมายเดียวกัน นั่นคือ ต้องการให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายไ

นอกจากนี้นายแพทย์ประเวศ วะสี (2530: 1) กล่าวอีกว่า ปัจจุบันบุคคลในวงการแพทย์ และวงการต่างๆ เริ่มตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้มากยิ่งขึ้น และเห็นว่าทักษะด้านการสื่อสารเป็นสิ่งที่แพทย์ควรต้องเรียนรู้และฝึกฝน โดยแนวโน้มนี้เกิดขึ้นพร้อมๆ กับการตระหนักว่า แนวทางการรักษาที่ถูกต่อนั้น ต้องเป็นการ “รักษาคน” มิใช่ “รักษาโรค” นั้นหมายความว่า ในการรักษา แพทย์ไม่ควรจะให้ความสำคัญเฉพาะแต่อาการเจ็บป่วยของคนไข้เท่านั้น แต่ควรสนใจและให้ความสำคัญทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม ความรู้สึกนึกคิด และสภาพจิตใจของคนไข้ไปพร้อมกับอาการเจ็บป่วยของคนไข้ด้วย

การที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ นั้น เนื่องจากเห็นว่า มีลักษณะที่น่าสนใจ คือ ในการศึกษาด้านการสื่อสารเกี่ยวกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยากับคนไข้ นั้น น่าจะมีความแตกต่างไปจากแพทย์ในสาขาอื่นๆ เนื่องจากแพทย์กลุ่มนี้ต้องให้คำปรึกษา และทำการตรวจรักษาอาการของคนไข้ ในเรื่องเกี่ยวกับอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ของเพศหญิง ดังนั้นในการสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นภาษา คำพูด หรือท่าทางของแพทย์ย่อมต้องมีความนุ่มนวล สุภาพ และมีความน่าเชื่อถือมากพอที่จะทำให้คนไข้ยอมรับ และรู้สึกไว้วางใจในตัวแพทย์ โดยเฉพาะในสังคมไทยที่ยังคงมีความเชื่อว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่น่าอายและไม่สมควรพูดกัน ดังนั้นในการสื่อสารของสูตินรีแพทย์จึงจำเป็นต้องระมัดระวังด้านคำพูดค่อนข้างมาก

ทั้งนี้ นิตยา มาศะวิสุทธิและคณะ (2533: 358) ได้กล่าวถึงการพูดเรื่องเพศในสังคมไทยไว้ว่า การพูดเรื่องเพศของบุคคลอื่นในสังคมไทยนั้น ถือเป็นเรื่องที่ไม่สุภาพ จึงต้องระมัดระวังในการพูดอย่างยิ่ง และแม้ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับด้านวิชาการด้านเพศ ยังต้องเคร่งครึม อ้อมๆ เลี่ยงๆ หรือหากต้องกล่าวถึงอวัยวะเหล่านี้หรือเรื่องเพศอื่นๆ โดยตรง อาจต้องมีการเลี่ยงไปใช้ภาษาต่างประเทศแทน เช่น ภาษาอังกฤษ ภาษาบาลี-สันสกฤต ตัวอย่าง คำว่า ออกแกสซึม (Orgasm) หมายถึง การบรรลุจุดสุดยอด น้ำอสุจิ ซึ่งเป็นคำบาลี-สันสกฤต เป็นต้น จะเห็นได้ว่า คำต่างๆ เหล่านี้ไม่ได้สื่อความหมายโดยตรงเลย จึงไม่รู้ว่า บรรลุจุดสุดยอดของอะไร และน้ำอสุจิ ซึ่งหมายความว่า น้ำไม่บริสุทธิ์นั้น มันใสโครกตรงไหน นั่นเป็นเพราะสังคมไทยยังคงถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่สุภาพ ดังนั้นในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ จึงน่าจะพบปัญหาการสื่อสารในประเด็นที่น่าสนใจและแตกต่างไปจากแพทย์ทั่วไป

สำหรับประเด็นที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่ง คือ เรื่องความแตกต่างระหว่างเพศกับแพทย์ และคนไข้ โดยที่สูตินรีแพทย์เพศชายน่าจะมีวิธีการสื่อสาร และพบปัญหาในการสื่อสารกับคนไข้ ในประเด็นที่แตกต่างไปจากสูตินรีแพทย์เพศหญิง ทั้งนี้เนื่องด้วยสถานเพศของแพทย์ที่แตกต่างไปจากคนไข้ การที่แพทย์ต้องซักถามอาการ หรือประวัติต่างๆ ของคนไข้เกี่ยวกับเรื่องอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ หรือเรื่องเพศสัมพันธ์นั้น อาจก่อให้เกิดปัญหาในการสื่อสารกับคนไข้ได้ ในส่วนของแพทย์เองก็เข้าใจถึงปัญหาในการสื่อสารที่เกิดขึ้นกับคนไข้และแพทย์ผู้ทำการรักษา ซึ่งแพทย์หญิงสายฝน ขวาลไพบูลย์ (2545: 52-56) สูตินรีแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ไว้ว่า คนไข้ส่วนใหญ่จะรู้สึกกลัวและอายที่จะต้องเข้ารับการตรวจและรักษาโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับสูตินรีแพทย์เพศชาย ซึ่งคนไข้ค่อนข้างจะอายและไม่กล้าเล่าอาการของโรคให้แพทย์ฟัง หญิงไทยส่วนใหญ่จึงไม่ค่อยให้ความสนใจกับการตรวจประจำปี จะมาหมอบอีกทีก็ตอนที่มามีปัญหาหนัก จนบางครั้งลูกถามจนเกินกว่าจะเยียวยารักษาได้

ทันเวลา เห็นได้ว่าการสื่อสารระหว่างแพทย์และคนไข้ นั้น นอกจากมีผลโดยตรงต่อการวินิจฉัย และตรวจรักษาโรคแล้ว ยังมีผลต่อการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนอีกด้วย

นอกจากนี้ระดับการศึกษาของคนไข้ น่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วิธีการและปัญหาที่พบในสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้แตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษามีผลต่อการเปิดรับและแสวงหาข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ โดยจากผลการวิจัยพบว่า ยิ่งคนไข้มีการศึกษาสูง โอกาสในการเปิดรับข้อมูลก็ยิ่งสูงขึ้นด้วย เห็นได้จากผลการวิจัยของ นันทพร อติเรกโชติกุล (2542) ที่ได้ศึกษาเรื่อง “การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะคิดกับการตรวจมะเร็งเต้านมของสตรี ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา” ซึ่งพบว่าสตรีที่มีการศึกษาต่างกันมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน โดยกลุ่มปริญญาตรีมีการเปิดรับข่าวสารมากกว่ากลุ่มประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษา และงานวิจัยของ วินิตา ชนวนางกูร (2539) เรื่อง “การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” ที่พบว่า การศึกษาของหญิงมีครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารทั่วไปจากบิดา และมารดา วิทยุ โทรทัศน์และหนังสือพิมพ์ โดยกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่าเปิดรับข่าวสารทางหนังสือพิมพ์สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

จากผลการวิจัยข้างต้นเห็นได้ว่า ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่มีการศึกษาสูงต้องการข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับตนเอง ช่วยให้เป็นคนทันสมัย และสามารถนำข้อมูลไปแลกเปลี่ยนกับผู้อื่นได้ ดังนั้นในการศึกษากลุ่มคนไข้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันนั้น จึงน่าจะมีผลต่อพื้นฐานความรู้ มุมมอง ทักษะคิด และการแสวงหาข้อมูลข่าวสารต่างๆ ของคนไข้ โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพ ซึ่งระดับการศึกษาน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้คนไข้มีอำนาจต่อรองในการสื่อสารกับแพทย์มากขึ้น จึงนับว่าเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สนใจทำการศึกษา

ด้วยเหตุนี้การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาถึง การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรคว่า มีวิธีการสื่อสารกันอย่างไร และเกิดปัญหาใดในการสื่อสารระหว่างกันบ้าง รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบปัญหาการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์เพศชายกับสูตินรีแพทย์เพศหญิง และคนไข้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปกับคนไข้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีว่า พบปัญหาในการสื่อสารแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เพื่อเป็นแนวทางแก้ไขในการลดปัญหาดังกล่าวต่อไป

ปัญหานำวิจัย

1. สูตินรีแพทย์กับคนไข้มีวิธีการสื่อสารอย่างไรบ้างในขณะที่ทำการตรวจรักษา
2. ปัญหาใดบ้างที่พบในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้
3. สูตินรีแพทย์เพศชายและเพศหญิงพบปัญหาในการสื่อสารกับคนไข้แตกต่างกันอย่างไร
4. คนไข้ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปและต่ำกว่าปริญญาตรีพบปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์แตกต่างกันอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิธีการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค
2. เพื่อศึกษาถึงปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์เพศชายและสูตินรีแพทย์เพศหญิงกับคนไข้
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้กลุ่มที่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปและคนไข้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มุ่งสนใจศึกษาเกี่ยวกับ การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค โดยทำการศึกษาดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยสูตินรีแพทย์และคนไข้ จากโรงพยาบาลของรัฐบาล 3 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง คือ

1.1 กลุ่มโรงพยาบาลรัฐบาล

- (1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- (2) โรงพยาบาลราชวิถี
- (3) โรงพยาบาลกลาง

1.2 กลุ่มโรงพยาบาลเอกชน

- (1) โรงพยาบาลลาดพร้าว
- (2) โรงพยาบาลพญาไท 2
- (3) โรงพยาบาลวิภาวดี

2. สำหรับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

2.1 สูตินรีแพทย์ จำนวน 25 คน ประกอบด้วยสูตินรีแพทย์ประจำโรงพยาบาลรัฐบาล และเอกชน จำนวน 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลลาดพร้าว โรงพยาบาลพญาไท2 และโรงพยาบาลวิภาวดี

2.2 คนไข้ที่สัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 50 คน ซึ่งเป็นคนไข้ประเภทผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจรักษาจากสูตินรีแพทย์ในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.3 คนไข้ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 50 คน ซึ่งเป็นผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจรักษาจากสูตินรีแพทย์ ประกอบด้วยคนไข้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 25 คน และคนไข้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 25 คน

3. เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถเข้าไปสังเกตการณ์ในห้องตรวจ และบันทึกการสนทนาขณะ ที่แพทย์ และคนไข้ทำการตรวจรักษาได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่สามารถทราบถึงคำพูดที่ไข้ สีหน้า ท่าทาง ตลอดจนอาการปฏิกิริยาของแพทย์และคนไข้ในสถานการณ์จริง แต่จะใช้การสัมภาษณ์แบบ เจาะลึก รวมทั้งอาศัยการสังเกตลักษณะต่างๆ ทั้งคำพูด น้ำเสียง และบุคลิกภาพทั้งของแพทย์ และคนไข้ระหว่างที่ทำการสัมภาษณ์ ประกอบกับการสำรวจความคิดเห็นด้วยแบบสอบถาม ทั้งนี้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ถึงวิธีการสื่อสาร และปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในงาน วิจัยครั้งนี้

4. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาถึงวิธีการและปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรี แพทย์กับคนไข้เฉพาะในโรงพยาบาล 6 แห่งนี้ และสอบถามความคิดเห็นของคนไข้ ในเขต กรุงเทพมหานครเท่านั้น จึงไม่สามารถนำผลวิจัยนี้ไปสรุปอ้างอิงถึงวิธีการและปัญหาในการสื่อสาร ระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ทั่วประเทศได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

- การสื่อสาร หมายถึง การสนทนาพูดคุย ซักถามประวัติและอาการ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนการแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ ใน ขณะทำการตรวจรักษา

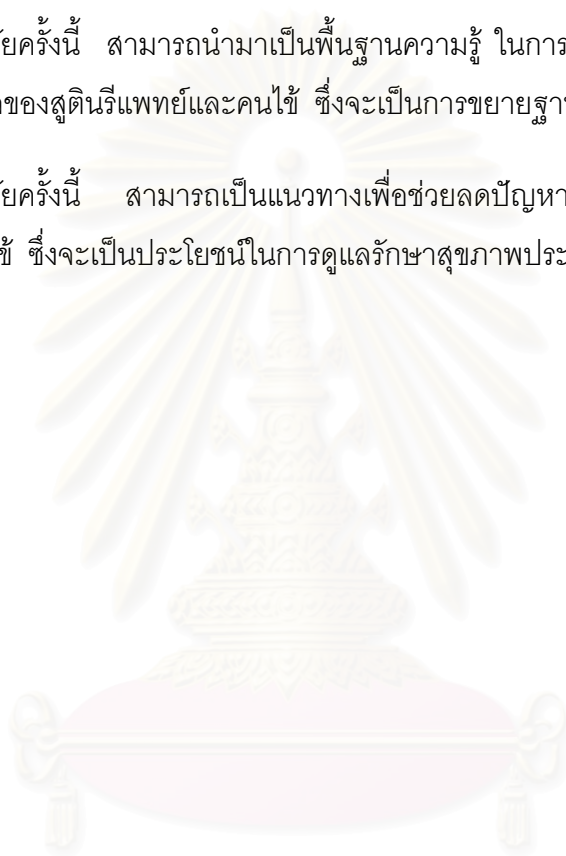
- วิธีการสื่อสาร หมายถึง ลักษณะและขั้นตอนในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์และคน ไข้ รวมทั้งการเลือกใช้ภาษาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการสื่อสารของผู้พูด

- สูตินรีแพทย์ หมายถึง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาสตรีมีครรภ์และโรคทางนรีเวช ซึ่งเป็นโรคเกี่ยวกับอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ของสตรีและอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การคุมกำเนิด การมีบุตรยาก การวางแผนครอบครัว ต่อมไร้ท่อ โรคติดเชื้อ มะเร็ง

- คนไข้ หมายถึง ผู้ที่เข้ารับการตรวจรักษาจากสูตินรีแพทย์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำมาเป็นพื้นฐานความรู้ ในการวิเคราะห์แบบแผนการสื่อสาร ระหว่างบุคคลของสูตินรีแพทย์และคนไข้ ซึ่งจะเป็นการขยายฐานความรู้ทางวาณิชต่อไป
2. ผลจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถเป็นแนวทางเพื่อช่วยลดปัญหา ในการสื่อสารระหว่างสูตินรี แพทย์กับคนไข้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาสุขภาพประชาชนต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค” ครั้งนี้ ทำการวิเคราะห์โดยใช้กรอบความคิดที่ได้ทำการรวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้ คือ

แนวคิดและทฤษฎี

1. ทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication)
 - 1.1 ความหมายของการสื่อสารระหว่างบุคคล
 - 1.2 แบบจำลองกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล ในเชิงประกอบสร้างทางสังคมของ Pearce
2. ทฤษฎีชาติพันธุ์วรรณนาแห่งการสื่อสาร
3. แนวคิดเรื่องการแพทย์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศในสังคมไทย
5. แนวคิดเรื่องภาษาแสดงความสุภาพของบราวน์และเลวินสัน
6. แนวคิดเรื่องชายกับหญิงในสังคมไทย

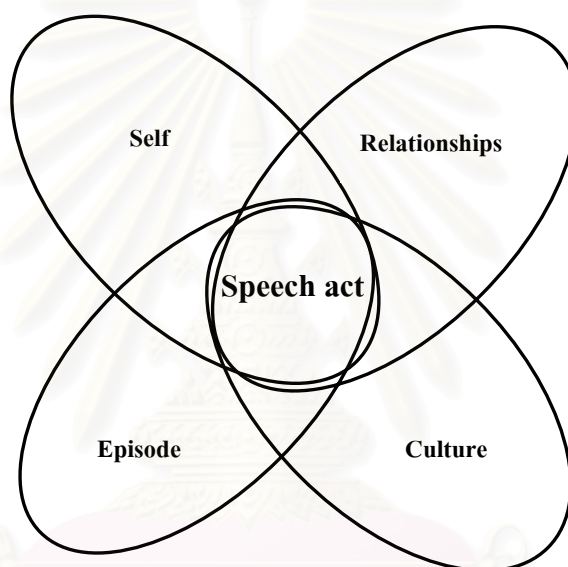
1. ทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication)

1.1 ความหมายของการสื่อสารระหว่างบุคคล

การสื่อสารระหว่างบุคคล หมายถึง การถ่ายทอดความรู้ ความคิด ความรู้สึก และความ ต้องการของผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร และเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง โดยปกติแล้วจะเป็นการสื่อสารที่ ผู้พูดและผู้ฟังเผชิญหน้าอยู่ต่อหน้ากัน สารที่สื่อกันนั้นมีทั้งวจนสารและอวจนสาร ซึ่งถือเป็นการ สื่อสารแบบสองทาง (ทริแนนท์ อนุวัชศิริวงศ์, 2533: 23)

การสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นการสื่อสารที่มีผู้สื่อสารตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ซึ่งมาทำการสื่อสารกันในลักษณะที่เป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร สามารถแลกเปลี่ยนสารกันได้โดยตรง (Direct) และเป็นการสื่อสารแบบตัวต่อตัว (ปรมะ สตะเวทิน, 2529: 253 อ้างถึงใน วารุณี สุวรรณภาพิสิทธิ์, 2543: 16)

1.2 แบบจำลองกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล ในเชิงประกอบสร้างทางสังคมของ Pearce (Pearce, W. Barnett, 1994: 34)



จากแบบจำลองนี้เห็นได้ว่า การสื่อสารระหว่างบุคคลไม่ใช่เป็นเพียงแค่กระบวนการส่งสาร ดีความสารและรับสารเท่านั้น แต่การสื่อสารเป็นเรื่องที่ซับซ้อนมากกว่านั้น ในการสื่อสารด้วยการใช้ถ้อยคำ ผู้ส่งสารมิได้เพียงต้องการสื่อความหมายตามถ้อยคำหรือประโยคที่สื่อเสมอไป แต่กลับมีเจตนาอย่างใดอย่างหนึ่งในการกล่าวถ้อยคำนั้น ดังนั้นในการตีความสาร ผู้รับสารจึงต้องพิจารณาจากเจตนาของผู้ส่งสารด้วย จึงจะทำให้กระบวนการสื่อสารมีประสิทธิผลยิ่งขึ้น ทั้งนี้ Searle ได้กล่าวไว้ว่า คำหรือสารไม่ใช่หน่วยสำคัญในการสื่อสารดังที่เคยเชื่อกันมา สิ่งที่สำคัญแท้จริงแล้วคือ วัจนกรรม (Speech Act) หรือการกระทำโดยใช้คำพูดนั่นเอง (1969 อ้างถึงใน วิมล พักตร์ พรหมศรีมาศ, 2543: 14)

แบบจำลองกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล ในเชิงประกอบสร้างทางสังคม ของ Pearce นั้น จะพิจารณาจากวัจนกรรม (Speech Act) หรือเจตนาของผู้ส่งสารเป็นหลัก ซึ่งเกี่ยว

เนื่องกับองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ วัฒนธรรม การรับรู้ตนเอง สถานการณ์ในการสื่อสาร และความสัมพันธ์ของคู่สื่อสาร โดยองค์ประกอบเหล่านี้สามารถช่วยอธิบายถึงวิธีการสื่อสาร และปัญหาที่พบในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

วจนกรรม (Speech Act)

วจนกรรม หรือ Speech Act นั้น จะมุ่งให้ความสนใจที่เจตนาของผู้พูด ในการกล่าวประโยคใดประโยคหนึ่งไปสู่ผู้ฟัง เพื่อให้เกิดการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้น กล่าวคือ ในการติดต่อสื่อสารกันในชีวิตประจำวัน เราไม่ได้ใช้ภาษาเพียงเพื่อต้องการนำเสนอข้อเท็จจริงเรื่องใดเรื่องหนึ่งเท่านั้น แต่ก่อให้เกิดการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งตามมาด้วย เช่น เมื่ออาจารย์พูดกับนักเรียนคนหนึ่งว่า “มาสายทุกวันเลยนะ” อาจารย์ไม่ได้มีเจตนาเพียงเพื่อบอกว่านักเรียนคนนั้นมาสาย แต่อาจารย์ต้องการตำหนิและต้องการให้นักเรียนคนนั้นเปลี่ยนพฤติกรรม คือ มาเรียนให้ตรงเวลานั่นเอง (อีเครส ดลเพ็ญ, 2544: 17)

นอกจากนี้การที่แพทย์ซักถามประวัติคนไข้ว่า “แต่งงานแล้วหรือยัง” นั่นคือแพทย์ต้องการสอบถามคนไข้ว่ามีสามีหรือภรรยาแล้วหรือยัง ไม่ใช่หมายความว่าคนไข้ผ่านการจดทะเบียนสมรส หรือจัดพิธีแต่งงานมาแล้วหรือยัง ซึ่งหากคนไข้ไม่เข้าใจถึงเจตนาของแพทย์อาจทำให้ตีความสารผิดพลาดได้ จะเห็นได้ว่า การใช้ภาษาทั้งสองตัวอย่างนี้แสดงให้เห็นถึงวจนกรรมของผู้ส่งสาร ซึ่งมีความสำคัญต่อการตีความสาร ทั้งนี้หากผู้รับสารเกิดเข้าใจไม่ตรงกับเจตนาของผู้ส่งสาร อาจส่งผลให้กระบวนการสื่อสารนั้นไม่สัมฤทธิ์ผลได้ ตามแนวคิดเรื่องวจนกรรม (Speech Act) ของ Pearce นั้น ในการตีความสารจะพิจารณาจากเจตนาของผู้ส่งสาร ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. Culture (วัฒนธรรม)
2. Episodes (สถานการณ์ในการสื่อสาร)
3. Self (การรับรู้ตนเอง)
4. Relationships (ความสัมพันธ์)

1. **Culture** (วัฒนธรรม) มนุษย์ในแต่ละวัฒนธรรมจะมีการสื่อสารที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปมหลังทางวัฒนธรรมที่ได้หล่อหลอมมา โดยวัฒนธรรมจะมีอิทธิพลต่อการแสดงปฏิกริยาและพฤติกรรมในขณะที่ทำการสื่อสาร ดังนั้น ในการสื่อสารระหว่างกันในสังคมที่มีวัฒนธรรมต่างกันอย่างนี้เอง ทำให้เกิดการรับรู้ ตีความพฤติกรรม และภาษาของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย สื่อสารแตกต่างกันออกไป เช่น กรณีที่ชาวยุโรปและอเมริกันชอบกินเนื้อวัว ในขณะที่ชาวฮินดูถือว่าวัว

เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือกรณีการเลือกและให้ความสำคัญกับอาชีพต่างๆ กล่าวคือ ชาวไทยอยาก
ให้รับราชการ ส่วนชาวจีนชอบเป็นพ่อค้า เป็นต้น จากตัวอย่างนี้จะแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของ
วัฒนธรรมที่เป็นสิ่งกำหนดทัศนคติ และพฤติกรรมของคนในวัฒนธรรมนั้น (เมตตา วิวัฒนานุกูล,
2545: 33-34)

จะเห็นได้ว่า วัฒนธรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อกระบวนการสื่อสารของมนุษย์ ซึ่งจะส่ง
ผลต่อวิธีการสื่อสารระหว่างกัน โดยหากมีช่องว่างทางวัฒนธรรมเกิดขึ้น อาจทำให้เกิดความเข้าใจ
ผิดและเกิดความคลาดเคลื่อนในการตีความสาร ในที่สุดอาจเกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารได้ ซึ่ง
ในการศึกษาเรื่อง การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรคนั้น มีปัจจัยทาง
วัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างซับซ้อน ประกอบด้วย การสื่อสารระหว่างวัฒนธรรมแพทย์และ
คนไข้ การสื่อสารระหว่างวัฒนธรรมชายและหญิง ในที่นี้คือสูตินรีแพทย์เพศชายกับคนไข้ การสื่อ
สารเรื่องเพศในวัฒนธรรมไทย

2. Episodes (สถานการณ์ในการสื่อสาร) สำหรับสถานการณ์ในการสื่อสารเป็นอีก
ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการสื่อสารระหว่างกัน ทำให้วิธีการและปัญหาที่พบในการสื่อสารระหว่างกัน
แตกต่างกันไป กล่าวคือ ในสถานการณ์ที่สื่อสารพบกันครั้งแรกนั้น ย่อมมีความแตกต่างจาก
สถานการณ์การสื่อสารในครั้งถัดมา นั่นเพราะคู่สื่อสารเกิดความคุ้นเคยสนิทสนมระหว่างกัน วิธี
การสื่อสารย่อมแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ ซึ่งเกี่ยวเนื่องถึงความสัมพันธ์ระหว่างกันด้วย
นอกจากนี้สภาพแวดล้อมรอบๆ ตัว อาทิ บรรยากาศ สถานที่ รวมทั้งสภาวะจิตใจและอารมณ์
ของคู่สื่อสารถือเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อการสื่อสาร อาทิ ความโกรธ ความวิตกกังวล ความ
อาย ความกลัว ความไม่แน่ใจ ฯลฯ เช่น ขณะที่คนไข้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วย ซึ่ง
ต้องการคำอธิบายจากแพทย์อย่างละเอียด หากแพทย์ไม่สามารถทำตามอย่างที่คนไข้คาดหวัง
อาจส่งผลให้คนไข้เกิดความไม่พอใจได้ หรือบรรยากาศร้อนทำให้คนไข้หงุดหงิด อาจส่งผลให้ไม่
อยากสื่อสารกับแพทย์ได้ และอาจทำให้มองความผิดเล็กๆ น้อยๆ เป็นเรื่องใหญ่โตได้

ทั้งนี้ เมตตา วิวัฒนานุกูล (2545) ได้กล่าวถึงความไม่แน่ใจและความวิตกกังวล
(Uncertainly and Anxiety) ไว้ว่า ความไม่แน่ใจเป็นลักษณะทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความ
สามารถทางสติปัญญา ในการทำนายหรืออธิบายความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมของคู่
สื่อสาร ดังนั้นยิ่งรู้จักคุ้นเคยคู่สื่อสารมากขึ้นเท่าใด ความไม่แน่ใจจะลดลงเท่านั้น รวมทั้งจุดเด่น
หรือสิ่งดึงดูดใจที่เราจะมีขณะทำการสื่อสาร และบุคลิกภาพส่วนตัวของเราเองด้วย ส่วนความวิตก
กังวลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการตอบโต้ทางอารมณ์ ในขณะที่ทำการสื่อสาร ความวิตกกังวลที่เกิด

ขึ้นในการสื่อสารระหว่างกลุ่ม มักจะมีพื้นฐานมาจากความคาดหวังว่าจะเกิดผลในทางลบ ความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตัวแปร 3 ประการ

- ก) *ความสัมพันธ์ที่มีมาในอดีต* หากทั้งสองกลุ่มเคยมีความสัมพันธ์ติดต่อกันหลายครั้ง จนทราบธรรมเนียมปฏิบัติระหว่างกันแล้ว ความวิตกกังวลจะลดน้อยลง แต่หากทั้งสองกลุ่มเคยมีความขัดแย้งกันมาก่อน ความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้น
- ข) *ความรู้ที่มีต่อกัน* หากมีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มที่จะปฏิสัมพันธ์ด้วยมากเท่าใด ความวิตกกังวลจะลดลงมากเท่านั้น แต่หากไม่มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มที่ต้องปฏิสัมพันธ์ด้วยเลย ความวิตกกังวลจะมากขึ้น
- ค) *ปัจจัยทางสถานการณ์ขณะทำการสื่อสาร* หากสถานการณ์ที่ดำเนินอยู่ในขณะทำการสื่อสารเอื้อประโยชน์ต่อเรา ความวิตกกังวลก็จะลดน้อยลง เช่น กลุ่มของเราอยู่ในฐานะที่สูงกว่ากลุ่มที่ปฏิสัมพันธ์ด้วย กลุ่มของเราเป็นเสียงส่วนมาก ในที่นี้อาจหมายถึง ขณะที่ทำการสื่อสารมีกลุ่มของเราร่วมสื่อสารด้วย เป็นต้น แต่หากสถานการณ์ไม่เอื้อประโยชน์ต่อเรา อาทิ ความเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น

3. **Self** (การรับรู้ตนเอง) การรับรู้ตนเองนั้นจะเป็นการรับรู้ทั้งในตัวของผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยบุคคลจะเป็นต้องมีเกณฑ์ให้ค่ากับตนเอง และเกณฑ์ดังกล่าวนี้จะได้รับอิทธิพลมาจากสังคมที่บุคคลนั้นๆ อาศัยอยู่ ดังนั้น การรับรู้ตนเอง หมายถึง การที่เราตระหนักว่า ตัวเรามีเอกลักษณ์ที่ทำให้เราแตกต่างจากคนอื่น สังเกตได้จากการใช้สรรพนามที่แสดงถึงความเป็นตัวตนเพื่อแยกตนเองออกจากผู้อื่น เช่น ฉัน ดิฉัน ข้าพเจ้า หนู แต่ในขณะเดียวกันก็สะท้อนบทบาทและสถานภาพของตนเองขณะสื่อสารด้วย

นอกจากนี้ส่วนประกอบที่สำคัญที่สุดในการรับรู้ตนเองที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสารกับคนแปลกหน้า คือ “social identity” กล่าวคือ เมื่อเราตระหนักว่าเราอยู่ในกลุ่มสังคมใด social identity ของเราจะเริ่มก่อตัวขึ้น ดังนั้นการที่เรารับรู้ถึงสมาชิกภาพของเราในกลุ่มสังคม ผสมผสานกับการให้คุณค่าและนัยทางอารมณ์ที่เรามีต่อสมาชิกภาพนั้น ส่งผลต่อการประเมินและแสดงตัวตนในลักษณะตามกลุ่มที่เราอยู่และตามบุคลิกลักษณะของกลุ่ม หากต้องการมี social identity เป็นภาพบวก กลุ่มของเราต้องมีภาพบวกหรือเป็นที่ยอมรับเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น (เมตตา วิวัฒนาบุญกุล, 2545: 73-75)

ในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ จะมีตัวแปรเกี่ยวกับสถานภาพทางสังคม และระดับการศึกษาเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อการรับรู้ตนเองทั้งสิ้น กล่าวคือ คนที่มีการศึกษาดำกว่า หรือคนที่มีสถานภาพทางสังคมดีต่อย่อมให้เกียรติและยอมรับในตัวผู้ที่มีการศึกษาสูงหรือมีสถานภาพทางสังคมสูงกว่า จะเห็นได้จากการเลือกใช้ภาษาในการสื่อสารที่จะแสดงถึงคุณภาพ และการยอมรับการแนะนำโดยไม่มีข้อโต้แย้งใดๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ตนเองของคู่สื่อสารที่แตกต่างกันไปตามตัวแปรต่างๆ

4. Relationships (ความสัมพันธ์) ในการสื่อสารระหว่างกัน ความสัมพันธ์ของคู่สื่อสารจะมีผลต่อวิธีการสื่อสารระหว่างกัน ซึ่งรูปแบบและลักษณะความสัมพันธ์จะแตกต่างกันไปตามบทบาทและสถานภาพที่สังคมกำหนด ทั้งนี้บทบาท หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมที่สังคมคาดหวังจากบุคคล เมื่อบุคคลอยู่ในตำแหน่งหนึ่งของกลุ่มสังคมนั้นๆ เช่น อาจารย์ นักเรียน พ่อ แม่ ตำรวจ นักธุรกิจ แพทย์ คนไข้ เป็นต้น โดย Gudykunst และ Kim เชื่อว่า มี 4 มิติทางบทบาทความสัมพันธ์ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม กล่าวคือ

- ก) *ระดับความเป็นบุคคลและความเป็นส่วนตัว* เริ่มตั้งแต่การมองและให้ความสำคัญกับบุคคลที่สื่อสารด้วย ในฐานะที่เขาเป็นมนุษย์ มีจิตใจและความรู้สึก หรือมองบุคคลในฐานะที่เป็นตัวเขามากกว่าการมองบทบาทและสถานภาพของบุคคลในขณะสื่อสาร ความคาดหวังในระดับความเป็นส่วนตัวที่ต่างกัน อาจทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนได้ เช่น แพทย์พยายามพูดคุยกับคนไข้ในเรื่องต่างๆ ไป เพื่อสร้างความสนิทสนมคุ้นเคยกับคนไข้ ในขณะที่คนไข้ต้องการให้แพทย์พูดคุยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับอาการของโรคเท่านั้น จนเกิดเป็นความอึดอัดใจได้
- ข) *ระดับความเป็นทางการ* วัฒนธรรมที่ต่างกันมีความคาดหวังระดับความเป็นทางการแตกต่างกัน ในความสัมพันธ์กับบุคคลที่มีบทบาทและสถานภาพเดียวกัน เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างครูกับนักเรียนไทยมีระดับความเป็นทางการสูงกว่าความสัมพันธ์ระหว่างครูกับนักเรียนชาวอเมริกัน ในการปฏิสัมพันธ์ผู้สื่อสารจะมีความคาดหวังระดับความเป็นทางการของตนเองไว้ แต่ถ้าคู่สื่อสารคาดหวังต่างกันทำให้เกิดเป็นความไม่เข้าใจกันได้ เช่น แพทย์มีระดับความเป็นทางการกับคนไข้มากเกินไป จนทำให้คนไข้รู้สึกประหม่า และอึดอัดใจในการสื่อสาร เป็นต้น
- ค) *ระดับการมีลำดับชั้นในสังคม* การให้ลำดับชั้นที่ต่างกัน ทำให้เกิดความคาดหวังในการแสดงพฤติกรรมที่ต่างกัน โดยอิทธิพลทางลำดับชั้นจะสะท้อนออกมาทาง

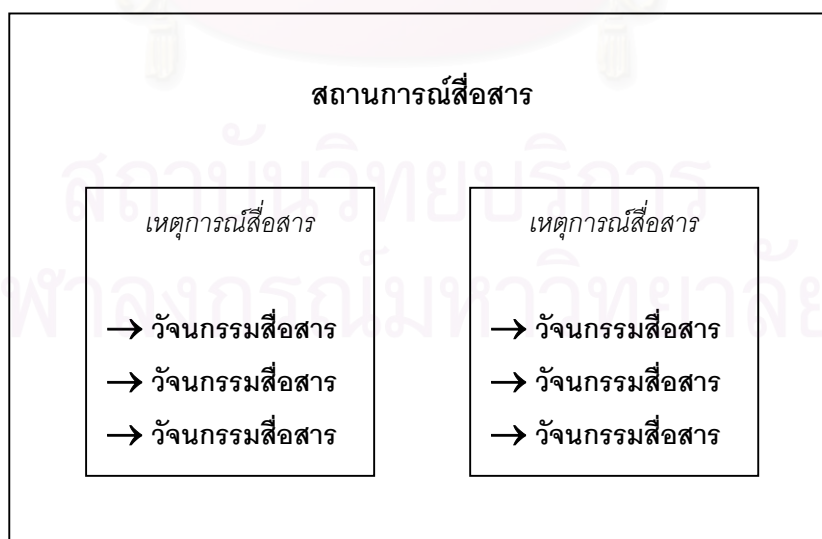
ภาษา โดยเฉพาะภาษาไทย ซึ่งจะมีคำเฉพาะสำหรับการเรียกบุคคลต่างระดับชั้นกัน ตัวอย่างคำสรรพนามและคำกริยาในภาษาไทย ได้แก่ ผม-ท่าน ฉันทิน กู-แดก

- ง) **ระดับการอนุโลมให้เบี่ยงเบนไปจากมาตรฐาน** สังคมทุกสังคมย่อมมีกฎเกณฑ์ของตนเอง แต่จะมีระดับของการยอมรับและผ่อนปรน ในกรณีที่บุคคลทำผิดไปจากที่สังคมกำหนดไว้แตกต่างกัน อาทิ สังคมไทยมักมีการผ่อนปรนเรื่องกำหนดเวลา เป็นต้น (1996 อ้างถึงใน เมตตา วิวัฒน์านุกูล, 2545: 77-82)

2. ทฤษฎีชาติพันธุ์วรรณนาแห่งการสื่อสาร

สำหรับการวิเคราะห์ภาษาตามแนวชาติพันธุ์วรรณนาแห่งการสื่อสาร (Ethnography of Communication) ตามทฤษฎีของเดลล์ ไฮมส์ (Hymes 1974) นั้น หมายถึง การศึกษาบทบาทของภาษาในการสื่อสารของคนในชุมชน หรือการศึกษาถึงวิธีการใช้ภาษาในวัฒนธรรมต่างๆ อย่างละเอียด เช่น การศึกษาหน้าที่และการใช้วัจนลีลาต่างๆ รวมทั้งภาษาย่อย และภาษาต่างๆ ตลอดจนการวิเคราะห์ศิลปะในการพูดและวัจนกรรมในแต่ละสังคม ต่อมา ซาลิลล์-ทรอยท์ ได้วิเคราะห์ภาษาตามแนวชาติพันธุ์วรรณนาแห่งการสื่อสารของเดลล์ ไฮมส์ โดยได้แบ่งหน่วยการสื่อสารออกเป็น 3 หน่วย คือ สถานการณ์สื่อสาร (communication situation) เหตุการณ์การสื่อสาร (communication event) และวัจนกรรมสื่อสาร (communication act) ดังแผนภูมिนี้

แผนภูมิที่ 1 หน่วยในการสื่อสาร



โดยในหนึ่งสถานการณ์สื่อสารนั้นเหตุการณ์สื่อสารถือเป็นหน่วยที่สำคัญที่สุด และเป็นหัวใจของการวิเคราะห์ชาติพันธุ์วรรณนาแห่งการสื่อสาร เหตุการณ์สื่อสารเป็นส่วนประกอบของสถานการณ์สื่อสาร กล่าวคือ สถานการณ์สื่อสาร 1 สถานการณ์ ประกอบด้วย เหตุการณ์สื่อสารหลายเหตุการณ์ และแต่ละเหตุการณ์สื่อสารประกอบด้วยวัจนกรรมสื่อสารหลายวัจนกรรม (อมรา ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2544: 181-189)

ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ถึงวิธีการสื่อสารระหว่างสตูดิโอแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค นั้น จะใช้แนวคิดของการวิเคราะห์ภาษาตามแนวชาติพันธุ์วรรณนาแห่งการสื่อสาร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ผลการวิจัยในส่วนนี้

3. แนวคิดเรื่องการแพทย์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

สำหรับแนวคิดเรื่องการแพทย์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ เป็นความแตกต่างทางวัฒนธรรมระหว่างวัฒนธรรมแพทย์และคนไข้ในสังคมไทย โดย นิธิ เอียวศรีวงศ์ (2545) ได้กล่าวถึงเรื่องการแพทย์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจไว้ว่า ในความสัมพันธ์ของคน โดยเฉพาะระหว่างคนไข้กับหมอ นั้น ปรากฏว่าหมอบแบบใหม่มีอำนาจสูงมาก เนื่องจากเวลาที่ไปหาหมอ คนไข้จะรู้สึกว่ามีหมอดูแลความรู้ของตนเอง พ่อแม่ก็ไม่มีภูมิความรู้อีกแล้ว จึงจำเป็นต้องไปพึ่งพาหมอในการตรวจรักษาโรค ดังนั้นคนไข้จึงต้องยอมให้ตนเองตกอยู่ภายใต้อำนาจของหมอ ทั้งนี้การที่คนไข้อยู่ภายใต้การกำกับของหมอ ไม่ได้หมายความว่าคนไข้ไม่รู้ว่ามียาพิษภัยเกี่ยวกับจรรยาบรรณของแพทย์หรือสิทธิของผู้ป่วย แต่โดยธรรมชาติของการรักษาพยาบาลทำให้คนไข้ตกอยู่ใต้อำนาจของหมออย่างสิ้นเชิง เพราะเมื่อเราเจ็บป่วยนั้นหมายความว่าร่างกายของเราอ่อนแอ ต้องแยกออกมาดูแลรักษาต่างหาก โดยภายใต้การกำกับดูแลของหมอนั้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงอำนาจของหมอที่มีต่อคนไข้ กล่าวคือ อำนาจอยู่ที่คนใส่ชุดสีขาวที่จะสั่งคนไข้ว่าสามารถกินข้าวได้หรือไม่ ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร สิทธิอำนาจความชอบธรรมเหล่านี้มาจากการที่แพทย์เป็นผู้รู้ แต่คนป่วยไม่ใช่ผู้รู้ ซึ่งเป็นการสอนให้สังคมยอมรับในอำนาจของผู้รู้

นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นว่าคนใส่เสื้อขาวมีอำนาจมากกว่าผู้หญิงใส่ชุดสีขาว และชุดขาวมีอำนาจมากกว่าชุดเขียว ส่วนชุดเขียวมีอำนาจมากกว่าภารโรงตามลำดับ เพราะมีความรู้ไม่เท่ากัน ทั้งนี้ มิเชล ฟูกอต์ (Michel Foucault) นักทฤษฎีที่ให้ความสำคัญในเรื่องของอำนาจกับความรู้ได้เสนอเพิ่มเติมอีกว่า ความรู้ที่ถูกสร้างโดยผู้เชี่ยวชาญนั้นมีพลังอำนาจในตัวเอง เพราะมันได้สถาปนาระบบแห่งความสัตย์จริง (regime of truth) ขึ้น เมื่อระบบแห่งความสัตย์จริงถูกสถาปนาจนมั่นคงแล้ว อำนาจนั้นก็แทรกซึมอยู่ในทุกอณูของสังคม (1980: 82 อ้างถึงใน

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2546: 78-79) ซึ่งตัวอย่างอำนาจในลักษณะที่ฟูโกต์ได้เสนอนั้น คือ อำนาจทางการแพทย์ ซึ่งคอยชี้นำกำกับพฤติกรรมของผู้คน โดยแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินว่าพฤติกรรมแบบใดถูกแบบใดผิด และเมื่อระบอบแห่งความสัตย์จริงทางการแพทย์ถูกสถาปนาขึ้นแล้ว กลไกและกระบวนการทางสังคมต่างๆ จะบังคับให้ผู้คนมีพฤติกรรมไปตามบรรทัดฐานที่ความรู้ของสถาบันทางการแพทย์กำหนด สิ่งเหล่านี้เป็นปรากฏการณ์ที่ฟูโกต์เรียกว่า normalization หรือ การทำให้เป็นปรกติ (Dreyfus and Rabinow, 1980: 195 อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2546: 79) ดังนั้นไม่ว่าแพทย์จะพูดอย่างไร คนไข้ก็เชื่อ คำพูดของแพทย์ถือเป็นวาจาสิทธิ์ที่คนไข้ต้องปฏิบัติตาม จะเห็นได้ว่าในสังคมไทยได้ยกย่องและให้อำนาจแก่แพทย์ ในฐานะที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพของผู้รู้ ที่คอยช่วยเหลือชีวิตและให้การดูแลรักษาคนในสังคม ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากการใช้ภาษาของแพทย์

จากผลงานวิจัยของ วิไลวรรณ ขนิษฐานันท์ (2528) ที่ได้ทำศึกษาเกี่ยวกับ “ภาษาในโรงพยาบาล” ซึ่งหมายถึง ภาษาที่แลกเปลี่ยนกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในโรงพยาบาล เค่นั้น โดยผู้ให้บริการ หมายความว่า รพ. พยาบาล นักศึกษาแพทย์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่วนผู้รับบริการ หมายความว่า ผู้ป่วย ผู้เข้ามารับการตรวจและรักษาโรค ผู้ซื้อยา และญาติของผู้ป่วย จากการศึกษาพบข้อสังเกตดังนี้

(1) ภาษาของผู้ให้บริการ แบ่งออกเป็นด้านเนื้อหาและลักษณะภาษา

ด้านเนื้อหา ผู้ให้บริการอยู่ในฐานะ “ผู้รู้” เพราะผู้ให้บริการย่อมทราบว่าต้องพูดอะไรกับผู้รับบริการ และการพูดนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการประกอบหน้าที่ เช่น การซักถาม หรือการอธิบายของแพทย์ ผู้ให้บริการมีสถานภาพที่เหนือกว่าผู้รับบริการ เพราะเป็นผู้เริ่มการสนทนา เป็นผู้กำหนดขอบเขตและจบการสนทนา

ด้านลักษณะภาษา หน้าที่ของผู้ให้บริการมีส่วนกำหนดว่าจะต้องพูดอะไร แต่ไม่มีส่วนกำหนดว่าจะต้องพูดอย่างไร โดยตรง ทำให้ลักษณะการใช้ภาษาของผู้ให้บริการมีความหลากหลาย และไม่อาจจะระบุแบบแน่นอนได้ หากแต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ผู้รับบริการ เวลา สถานที่ เป็นต้น

(2) ภาษาของผู้รับบริการ

ด้านเนื้อหา ผู้รับบริการมีผู้ให้บริการเป็นผู้นำในการสนทนา ดังนั้นผู้รับบริการจึงเป็นเพียงผู้ตอบคำถามและรับคำสั่งเป็นส่วนใหญ่ มีการถามคำถามบ้างเล็กน้อย จึงไม่มีโอกาสใช้ภาษามากเท่าผู้ให้บริการ

ด้านลักษณะภาษา มีความแตกต่างกันตามแต่ละบุคคล แต่ถึงแม้ว่าจะมีความแตกต่างกันอยู่มาก แต่มีลักษณะที่เหมือนกันอยู่ประการหนึ่ง คือ ความสุภาพและยกย่องนับถือผู้ให้บริการ ดังจะเห็นได้จากคำสรรพนามแทนตัวผู้พูด เช่น ผม ดิฉัน หนู คำสรรพนามแทนตัวผู้ฟัง เช่น คุณ คุณหมอบ อาจารย์ และคำแสดงความสุภาพ เช่น ค่ะ ครับ ขอโทษ ช่วย ขอ...หน่อย ขอขอบคุณ ผู้รับบริการจะใช้คำที่แสดงถึงความสุภาพบ่อยครั้ง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความระมัดระวังกิริยาของตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็แสดงความยกย่องหรือเกรงใจผู้ให้บริการด้วย

จากงานวิจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่า การใช้ภาษาของแพทย์กับคนไข้สะท้อนให้เห็นถึงอำนาจที่แฝงอยู่ภายใต้วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน นั่นคือ วัฒนธรรมของแพทย์กับคนไข้ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะมีผลต่อวิธีการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์และคนไข้

4. แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศในสังคมไทย

วัฒนธรรมของสังคมไทยเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการสื่อสาร เพราะสังคมและวัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดว่าควรแสดงเรื่องเพศได้ในระดับใด ซึ่งสังคมไทยในปัจจุบันยังไม่เปิดกว้างเทียบเท่าชาติตะวันตก และคนในสังคมส่วนใหญ่ยังคงคิดว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องน่าอาย ไม่สมควรนำมาพูดกันในที่สาธารณะ เห็นได้จาก นิติยา มาตะวิสุทธิ และคณะ (2533) ที่กล่าวถึงเรื่องเพศในสังคมไทยไว้ว่า แม้ว่าประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทย ได้รับเอาเทคนิค วิธีการ และความคิดของชาวตะวันตกมาใช้ในการปรับปรุงบ้านเมืองของตน รวมทั้งรับเอาวัฒนธรรมของตะวันตกมาใช้ ทั้งการกิน การอยู่ การแต่งกาย ฯลฯ วิถีชีวิตของคนไทยจึงคล้ายคลึงกับวิถีชีวิตของชาวตะวันตกมากขึ้นทุกที รวมทั้งทัศนคติในเรื่องความสัมพันธ์เรื่องเพศด้วย

แม้ว่าสังคมไทยจะเปิดโอกาสให้หญิงและชายคบหาสมาคมได้อย่างเปิดเผย ในขณะที่เดียวกันก็รับเอาอิทธิพลจากตะวันตกแบบผิดๆ ในเรื่องฟรีเลิฟ หรือรักเสรี ทำให้ค่านิยมของหญิงไทยเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เปลี่ยนไป จากที่เคยยึดอยู่กับ “การรักษานวลสงวนตัว” กลับเปิดกว้างในการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามสังคมไทยและคนไทยส่วนใหญ่ยังไม่เปิดกว้างมากพอ

ที่จะยอมรับเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างเปิดเผย ดังจะเห็นได้จากการพูดถึงเรื่องเพศในที่สาธารณะ กลับถูกจำกัดเนื้อหาในการพูดกันได้น้อยมาก หรือพูดกันเฉพาะในวงจำกัด ถ้ามองได้กัน ได้แก่ผิวเผินเท่านั้น แต่ถ้าไปพูดเรื่องเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ หรือเรื่องเกี่ยวกับเพศอื่นๆ ของบุคคลอื่นนอกเหนือจากนี้ ถือว่าเป็นเรื่องที่ไม่สุภาพ เพราะเรื่องเพศในรายละเอียดต่างๆ ถือเป็นเรื่องลับ พูดกันได้เฉพาะที่ลับหูลับตาคนเท่านั้น

การพูดเรื่องเพศจึงต้องระมัดระวังในการพูดอย่างยิ่ง และแม้ว่าจะเกี่ยวข้องกับวิชาการด้านเพศ ก็จะต้องเคร่งครึม อ้อมๆ เลี่ยงๆ หรือหากต้องกล่าวถึงอวัยวะเหล่านี้ ตลอดจนเรื่องเพศอื่นๆ โดยตรง จะต้องเลี่ยงไปใช้ภาษาต่างประเทศแทน ที่นิยมกันมากคือภาษาอังกฤษกับภาษาบาลี - สันสกฤต เช่น ในภาษาอังกฤษ คือ “ออแกสซึม (Orgasm) หรือ การบรรลุจุดสุดยอด” ส่วนภาษาบาลี - สันสกฤตมีคำว่า “น้ำอสุจิ” เป็นต้น ทั้งๆ ที่คำเหล่านี้ไม่สื่อความหมายโดยตรงเลย จึงไม่รู้ว่า บรรลุจุดสุดยอดของอะไร และน้ำอสุจิ ซึ่งหมายความว่า น้ำไม่บริสุทธิ์นั้น มันโสโครกตรงไหน แต่เพราะเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่สุภาพนี่เอง ทำให้ภาษาศาสตร์ต้องหลบเลี่ยงต้องไปหยิบยืมภาษาต่างแดนมาใช้ ไม่อาจใช้คำไทยที่สื่อความหมายชัดเจนได้

ด้วยเหตุนี้จึงเห็นได้ว่าการพูดเรื่องเพศในสังคมไทย ยังไม่ได้รับการยอมรับจากคนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้หญิงซึ่งส่วนใหญ่ยังมีความเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องน่าอาย และไม่ต้องการที่จะเปิดเผยเรื่องเหล่านี้กับบุคคลอื่น แม้แต่เพื่อประโยชน์ในการรักษาทางแพทย์ก็ตาม

5. แนวคิดเรื่องภาษาแสดงความสุภาพของบราวน์และเลวินสัน

บราวน์และเลวินสัน (Brown and Levinson) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความสุภาพไว้ว่า ความสุภาพ คือการเลือกใช้ภาษาที่มีเจตนาเพื่อการรักษาหน้าของผู้พูดและผู้ฟังเป็นสำคัญ โดยชี้ให้เห็นว่าทุกคนมี “หน้า” ซึ่งหมายถึง ภาพลักษณ์ส่วนตัวที่ต้องการแสดงออกให้ผู้ร่วมสื่อสารได้เห็นหรือรับรู้ ธรรมชาติของมนุษย์จะต้องมีความต้องการให้ผู้อื่นชื่นชมหรือยอมรับตนเอง เรียกว่าหน้าด้านบวก (positive face) และในขณะเดียวกันย่อมมีความต้องการที่จะรักษาความเป็นส่วนตัวเอาไว้ ไม่อยากให้ผู้อื่นละเมิดความเป็นส่วนตัวของตนเอง เรียกว่า หน้าด้านลบ (negative face) ทั้งนี้ในการสนทนาครั้งหนึ่งๆ นั้น จะมีการกระทำที่เสี่ยงต่อการเสียหน้า (face threatening acts) ทุกครั้ง ซึ่งคู่สนทนาจะต้องเลือกกลวิธีการใช้ภาษาสุภาพในระดับต่างๆ เพื่อรักษาหน้าซึ่งกันและกัน ได้แก่

- 1) การพูดตรงประเด็นโดยปราศจากการตกแต่ง (without redressive action) ซึ่งเหมาะกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดการเสียหน้าน้อย

- 2) การพูดตรงประเด็นโดยมีการตักแตง (with redressive action) แบ่งออกเป็น ความสุภาพเชิงบวก (positive politeness) ซึ่งเป็นการใช้คำพูดที่แสดงความมีส่วนร่วมหรือเป็นพวกเดียวกันระหว่างผู้พูดและผู้ฟัง และความสุภาพเชิงลบ (negative politeness) ซึ่งเป็นการใช้คำพูดที่แสดงถึงความเป็นเอกเทศ หรือไม่เกี่ยวข้องกันระหว่างผู้พูดและผู้ฟังอีกด้วย
- 3) การพูดอ้อม (off record) มักใช้กับสถานการณ์ที่อาจทำให้เกิดการเสียหน้ามาก (1978 อ้างถึงใน ปอรรวิทย์ ยอดฉัตร, 2544: 16)

นอกจากนี้ สคอลลินและสคอลลิน (Scollin and Scollin) ได้กล่าวสนับสนุนแนวคิดเรื่อง “หน้า” ของ บราวน์และเลวินสัน โดยใช้คำว่า “ศักดิ์ศรี” แทน ซึ่งได้กล่าวว่า “ในการสนทนาแต่ละครั้ง คู่สนทนาแต่ละคนจะพิจารณาคู่สนทนาของกันว่าเป็นใคร มีบทบาทอย่างไร และเขาต้องการให้เราคิดว่าเขาเป็นใคร เช่นไร นอกจากนี้ยังได้มีการเสนอศัพท์ใหม่ เพื่อให้เข้าใจแนวคิดเรื่อง “หน้า” ของบราวน์และเลวินสันได้ง่ายและชัดเจนขึ้น กล่าวคือ ใช้คำว่า “การมีส่วนร่วม หรือ involvement” แทนคำว่า positive face และใช้คำว่า “การแยกตัวออกห่าง หรือ independent” แทนคำว่า negative face รวมทั้งยังเสนอปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ภาษาเพื่อแสดงความสุภาพ 3 ประการ คือ

- 1) อำนาจ (power) หรือ ความแตกต่างกันในเชิงสถานภาพระหว่างผู้พูดและผู้ฟัง
- 2) ระยะห่าง (distance) หรือ ความสนิทสนมระหว่างผู้พูดและผู้ฟัง
- 3) น้ำหนักของการบังคับ (weight of imposition) คือ การที่ผู้สื่อสารต้องบังคับใจคู่สื่อสารของตนมากน้อยเพียงใด (1997 อ้างถึงใน ปอรรวิทย์ ยอดฉัตร, 2544: 16-17)

สรุปว่าผู้พูดที่มีสถานภาพสูงกว่าจะเลือกใช้ประเภทของความสุภาพแบบการมีส่วนร่วม ในขณะที่ผู้พูดที่มีสถานภาพต่ำกว่าจะเลือกใช้ประเภทของความสุภาพแบบการแยกตัวออกห่าง

การใช้ภาษาที่สุภาพเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้รักษาหน้าของทั้งผู้พูดและผู้ฟัง กล่าวคือ ผู้พูดใช้ภาษาที่สุภาพเพื่อรักษาหน้าด้านบวก หรือภาพลักษณ์ที่ดีของตนเองเอาไว้ ว่าเป็นผู้ที่พูดจาสุภาพเหมาะสมตามกาลเทศะ และการที่ผู้พูดเลือกใช้คำในการสื่อสารเรื่องเพศอย่างสุภาพ และไม่โจ่งแจ้งนัก ย่อมทำให้ผู้ฟังไม่รู้สึกอึดอัดหรืออับอาย จึงถือเป็นการรักษาหน้าด้านลบของผู้ฟังด้วย เพราะแสดงถึงการที่ผู้พูดพยายามไม่รบกวน ทำให้ผู้ฟังรู้สึกอึดอัด หรือลำบากใจในการฟังและตอบคำถาม (สุนันทา คงประโคน, 2544: 10)

6. แนวคิดเรื่องชายกับหญิงในสังคมไทย

สำหรับแนวคิดเรื่องชายกับหญิง นิตยา มาศะวิสุทธิ และคณะ (2533) ได้กล่าวถึงประเด็นนี้ไว้ว่า นอกจากเพศชายและหญิงจะแตกต่างกันตามลักษณะทางกายภาพแล้ว สังคมยังได้กำหนดบทบาทของเพศ ให้หญิงและชายมีบทบาทที่แตกต่างกัน โดยชายหญิงจะเรียนรู้จากกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม ตลอดจนเรียนรู้ค่านิยมและสิ่งต่างๆ ที่มากับบทบาทนั้น ซึ่งลักษณะเช่นนี้ส่งผลมาจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ตัวอย่างเช่น โดยทั่วไปผู้ชายไทยจะถูกอบรมสั่งสอนให้รู้จักขวนขวายหาความรู้และรู้คุณค่าของ “ความสำเร็จในชีวิต” ส่วนผู้หญิงไทยจะปลูกฝังที่จะให้เห็นถึงความสำคัญของครอบครัว และต้องพึ่งพาคนอื่นมากกว่า ดังนั้น ความคาดหวังของสังคม ซึ่งหมายถึงความถึง วัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยมทำให้เกิดการอบรมเลี้ยงดูและขัดเกลาบุคคลทั้งสองเพศให้เป็นไปตามที่ต้องการ กล่าวได้ว่าสังคมได้ว่าสังคมเป็นตัวกำหนดความเป็นชายและหญิง

นอกจากนี้ในการสื่อสารระหว่างบุคคล ปัจจัยกำหนดความตั้งใจในการสื่อสารที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง คือ ความคล้ายคลึงกันของคู่สื่อสาร (similarity) ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจในการสื่อสาร เพราะโดยทั่วไปมนุษย์มักชอบสื่อสารพูดคุยกับคนที่คล้ายคลึงกับตนเอง ไม่ว่าจะเป็นความคล้ายคลึงทางกายภาพ เช่น ลักษณะสีผิว หน้าตา บุคลิกภาพ เพศ หรือความคล้ายคลึงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด เช่น ความชอบ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ฯลฯ ทั้งนี้ทำให้ผู้สื่อสารสามารถคาดเดาหรือทำนายความรู้สึกของคู่สื่อสารได้ดีขึ้น และลดความไม่แน่ใจในคู่สื่อสารลงได้บ้าง (วารุณี สุวรรณพิสิทธิ์, 2543)

ดังนั้นเมื่อคู่สื่อสารมีความแตกต่างทางกันทางสถานเพศ ย่อมมีผลต่อการสื่อสาร เพราะอาจทำให้มีช่องว่างทางวัฒนธรรมระหว่างเพศชายและหญิงเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในการสื่อสารระหว่างบุคคลทั้งสองเพศนี้ ในที่นี้คือ สุตินรีแพทย์เพศชายและคนไข้ อาจทำให้คนไข้ไม่กล้าเล่าความจริง หรือไม่รู้จะอธิบายให้แพทย์เข้าใจได้อย่างไร ซึ่งส่วนหนึ่งอาจมาจากความอาย เนื่องจากความแตกต่างทางสถานเพศนั่นเอง วัฒนธรรมระหว่างเพศชายและหญิง จึงถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อวิธีการและปัญหาในการสื่อสารระหว่างกัน

งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างแพทย์และคนไข้

กิงกาญจน์ เทพกาญจนา (2535) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การใช้ภาษาในการตรวจรักษาโรคของอายุรแพทย์” เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจทั่วไป การเก็บข้อมูลใช้วิธีการอัดเสียงพูดของแพทย์ 6 คน ในขณะที่ทำการตรวจรักษาผู้ป่วยในคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ขอบเขตที่ใช้ในงานวิจัยฉบับนี้จะมุ่งศึกษาไปที่กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ทั้งชายและหญิงจำนวน 6 คน ในภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยใช้การวิเคราะห์บทสนทนาระหว่างแพทย์ 6 คนกับผู้ป่วย ซึ่งจะวิเคราะห์ภาษาที่แพทย์แต่ละคนใช้ในการสนทนากับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย รวมทั้งสิ้น 180 บทสนทนา ทั้งนี้ได้ศึกษาในแง่ของโครงสร้างของภาษาแพทย์และลักษณะทางภาษาของภาษาแพทย์ โดยใช้วิธีวิเคราะห์โครงสร้างภาษาแพทย์จากการวิเคราะห์หา “หน่วยหน้าที่” ของถ้อยคำในภาษาที่แพทย์ใช้ ซึ่งก็คือ เจตนาของผู้พูดในการกล่าวถ้อยคำนั่นเอง

จากการศึกษาวิจัยพบว่า หน่วยหน้าที่ในภาษาของแพทย์แตกต่างกันไปตามชนิดของผู้ป่วยที่แพทย์ทำการตรวจรักษา หน่วยหน้าที่ที่พบจำแนกเป็น 2 ชนิด คือ หน่วยหน้าที่หลัก และหน่วยหน้าที่เสริม หน่วยหน้าที่หลักมีบทบาทสำคัญและมีผลโดยตรงต่อการตรวจรักษา ส่วนหน่วยหน้าที่เสริมไม่มีบทบาทสำคัญ และไม่มีผลโดยตรงต่อการตรวจรักษา สำหรับลักษณะของภาษาที่แพทย์ทุกคนในกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม และวิเคราะห์ลักษณะของภาษาแพทย์เฉพาะบุคคล ภาษาแพทย์มีลักษณะร่วมกันได้เนื่องจาก (ก) ภาษาแพทย์ถูกแสดงออกด้วยสื่อประเภทเดียวกัน คือ เสียงพูด (ข) ภาษาแพทย์ถูกใช้ภายใต้สถานการณ์ที่ไม่เป็นทางการเหมือนกัน และ (ค) ผู้ใช้ภาษามีวัตถุประสงค์อย่างเดียวกันในการกล่าวถ้อยคำ ลักษณะภาษาของแพทย์เฉพาะบุคคลที่ทำการศึกษา ได้แก่ การใช้สรรพนามบุรุษที่ 2 และการใช้คำสุภาพท้ายประโยค ลักษณะทั้งสองอย่างนี้สะท้อนว่าภาษาแพทย์ได้แปรเปลี่ยนไปตามบุคคล และสะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

สิริมา เชียงเซาวีไว (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การสนทนาระหว่างกุมารแพทย์กับผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรค” โดยทำการศึกษาลักษณะและองค์ประกอบของบทสนทนา วิธีการสื่อสารที่กุมารแพทย์และผู้ป่วยใช้ในการตรวจรักษาโรค รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในการสื่อสาร ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นบทสนทนาจากกุมารแพทย์ 5 คน คนละ 10 บทสนทนา รวม 50 บทสนทนา ผลการวิจัยพบว่า บทสนทนาระหว่างกุมารแพทย์กับผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรค มีองค์ประกอบทั้ง

หมด 6 ส่วน ได้แก่ การกล่าวทักทายและต้อนรับ การซักถามข้อมูลและตรวจวินิจฉัย การชี้แจงข้อวินิจฉัย การอธิบายวิธีการรักษา การกล่าวก่อนอำลา และการกล่าวอำลา แต่ละองค์ประกอบมีการเรียงลำดับค่อนข้างตายตัว กุมารแพทย์และผู้ปกครองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นคู่สนทนาหลักต่างก็ใช้วิธีการสื่อสารที่หลากหลาย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการสื่อสารของตน กุมารแพทย์มีวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย 10 วิธี ได้แก่ การใช้คำลงท้ายแปรไปตามเพศผู้ป่วย การใช้คำเรียกญาติ การใช้ภาษาเด็ก การใช้คำเลียนเสียง การใช้คำถามแบบให้เลือกตอบ การขอร้องแทนการออกคำสั่ง การกล่าวยกย่องชมเชย การตั้งเงื่อนไข การยกตัวอย่าง และการชี้แจงเหตุผล และมีวิธีการสื่อสารกับผู้ปกครองของผู้ป่วย 9 วิธี ได้แก่ การใช้คำถามแบบให้เลือกตอบ การใช้ประโยคบอกเล่าในการถาม การทวนคำตอบ การใช้คำที่มีความหมายว่า "เล็กน้อย ปกติ" การใช้คำว่า "ไม่เป็นไร" การยกตัวอย่าง การแบ่งประเด็น การตั้งคำถาม และการเลี้ยงศัพท์และรายละเอียดทางการแพทย์ ส่วนวิธีการสื่อสารที่ผู้ปกครองของผู้ป่วยใช้กับกุมารแพทย์มี 4 วิธี ได้แก่ การให้ข้อมูลไม่ตรงกับคำถามของแพทย์ การให้ข้อมูลเพื่อแสดงให้เห็นว่ามีความรุนแรง การใช้รูปประโยคคำถามเพื่อความสุภาพและการเกริ่นก่อนการถาม

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ากุมารแพทย์และผู้ปกครองของผู้ป่วย จะพยายามให้การสื่อสารราบรื่นและบรรลุวัตถุประสงค์ แต่ผู้วิจัยพบปัญหาในการสื่อสารบางประการ อันเนื่องมาจากวิธีการสื่อสารที่คู่สนทนาเลือกใช้ ได้แก่ ผู้ปกครองตอบคำถามไม่ชัดเจนตรงประเด็นและไม่ตอบคำถามของแพทย์ ผู้ปกครองปฏิบัติเกินหน้าที่ในบริบทการสนทนา และผู้ปกครองอาจไม่ได้รับข้อมูลจากแพทย์ครบถ้วน เนื่องจากการถามแทรกผลัด ส่วนปัญหาในการสื่อสารระหว่างกุมารแพทย์กับผู้ป่วย พบปัญหาด้านการใช้คำศัพท์และการไม่ยอมให้ความร่วมมือ ในการตรวจรักษาของผู้ป่วย

เบอersch (Boesch, 1972) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในประเทศไทย เรื่อง "Communication between Doctors and Patient in Thailand Part I" ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มี 3 ส่วน คือ ข้อมูลที่ได้จากการอัดเสียงการสนทนาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แพทย์เกี่ยวกับงานของแพทย์และผู้ป่วย และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการป่วย กลุ่มแพทย์ที่ศึกษามีจำนวน 10 คนและผู้ป่วยนอกจำนวน 374 คน ซึ่งเป็นแพทย์และผู้ป่วยในโรงพยาบาลและสถานีนอนามัยในบริเวณภาคกลางของประเทศ ได้แก่ กรุงเทพฯ อยุธยา ลพบุรี และนครสวรรค์ ผลจากการวิจัยพบว่า

- (1) ระยะเวลาการตรวจรักษาโรคซึ่งแพทย์กับผู้ป่วยสนทนานั้นเป็นเวลาสั้นมาก ดังนั้นจึงเป็นการยากที่แพทย์จะมีเวลาในการสร้างความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด หรืออธิบายสาเหตุของอาการ หรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

- (2) แพทย์มีวิธีการปฏิบัติตนที่แสดงว่าอยู่ในสถานภาพทางสังคมที่สูงกว่าผู้ป่วย เห็นได้จากภาษาแพทย์ที่ใช้ โดยเฉพาะการใช้คำสรรพนามและคำสุภาพที่ใช้ลงท้ายประโยค
- (3) ในการสนทนาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้น แพทย์มักจะเน้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยและประวัติของโรค ไม่ค่อยสนทนาเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวและสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วยมากนัก
- (4) ความแตกต่างด้านสถานภาพทางสังคม พื้นฐานความรู้ และทัศนคติระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นอุปสรรคสำคัญในการสื่อสาร ผู้วิจัยพบว่าแพทย์มักหลีกเลี่ยงปัญหาในการสื่อสารด้วยการย่นเวลาการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้น้อยลง

งานวิจัยเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ ความรู้ และทัศนคติในเรื่องสุขภาพของคนไข้สูตินรีแพทย์

วินิตา ชวนางกูร (2539) ศึกษาเรื่อง “การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” ซึ่งจากงานวิจัยชิ้นนี้สามารถศึกษาในแง่เกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มหญิงมีครรภ์ นอกจากนั้นยังได้ศึกษาถึงขั้นตอน วิธีดำเนินการและอุปสรรคในการเก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการศึกษาและเก็บข้อมูลของผู้วิจัยต่อไป โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ รายได้ และการศึกษาของหญิงมีครรภ์กับพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารทั่วไปและข่าวสารโรคเอดส์ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์ ความรู้ ทัศนคติต่อโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ เปรียบเทียบความน่าเชื่อถือของสื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจและสื่อบุคคลที่มีต่อการให้ความรู้ และการยอมรับปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ และศึกษาช่องทางการเผยแพร่และเนื้อหาโรคเอดส์ที่หญิงมีครรภ์ต้องการ โดยสุ่มตัวอย่างจากหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ รพ.จุฬาฯ จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยให้ผู้ตอบกรอกแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน การวิเคราะห์ความแปรปรวน และประมวลผลด้วยโปรแกรม SPSS/PC+ ผลการวิจัยพบว่า

1. การเปิดรับข่าวสารทั่วไปพบว่า โทรทัศน์เป็นสื่อที่หญิงมีครรภ์เปิดรับมากที่สุด รองลงมาคือหนังสือพิมพ์ สำหรับสื่อบุคคลพบว่าหญิงมีครรภ์รับข่าวสารจากสามีมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อน สำหรับการเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์ พบว่าโทรทัศน์เป็นสื่อที่หญิงมีครรภ์เปิดรับมากที่สุด รองลงมาคือ โปสเตอร์

2. การเปิดรับข่าวสารทั่วไปพบว่า อาชีพและการศึกษาของหญิงมีครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข่าวสาร จากบิดา/มารดา อายุและอาชีพของหญิงมีครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข่าวสารจากเพื่อน อาชีพ รายได้และการศึกษาของหญิงมีครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข่าวสารทางวิทยุโทรทัศน์และหนังสือพิมพ์ สำหรับการเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์ พบว่าอาชีพของหญิงมีครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข่าวสารจากญาติ พี่น้องและบุคลากรทางการแพทย์ รายได้และการศึกษาของหญิงมีครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข่าวสารทาง วิทยุและหนังสือพิมพ์ อาชีพและการศึกษาของหญิงมีครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข่าวสารทาง นิตยสาร โปสเตอร์และเอกสาร/สิ่งพิมพ์ อายุและการศึกษาของหญิงมีครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข่าวสารจาก บิดา/ มารดา

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับความรู้และปริมาณการเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์ จากสื่อบางประเภท แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์

4. สื่อต่างชนิดกันมีความน่าเชื่อถือในการให้ความรู้ และการยอมรับปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ต่างกัน โดยสื่อมวลชนมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด รองลงมาคือ สื่อบุคคลและสื่อเฉพาะกิจ

5. หญิงมีครรภ์ต้องการให้เผยแพร่โรคเอดส์ทางโทรทัศน์มากที่สุด

นันทพร อติเรกโชติกุล (2542) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทัศนคติกับการตรวจมะเร็งเต้านมของสตรี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา” การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ รายได้และการศึกษากับการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความรู้และทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งเต้านมกับการตรวจมะเร็งเต้านม รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความน่าเชื่อถือของสื่อกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ยังศึกษาช่องทางการเผยแพร่และเนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมที่สตรีต้องการ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวน 408 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย t-test, การวิเคราะห์ความแปรปรวน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ซึ่งประมวลผลโดยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ผลการวิจัยพบว่า

1. โทรทัศน์เป็นสื่อมวลชนที่สตรีเปิดรับมากที่สุด สำหรับสื่อเฉพาะกิจพบว่าสตรีเปิดรับข่าวสารจากโปสเตอร์มากที่สุด และสื่อบุคคลพบว่าสตรีเปิดรับข่าวสารจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงานมากที่สุด

- 2.สตรีที่มีอายุ อาชีพ รายได้และการศึกษาต่างกั้มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน
3. การตรวจมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งเต้านมและการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากสามี/เพื่อนชาย, ญาติพี่น้อง, เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์
4. ความน่าเชื่อถือของหนังสือพิมพ์, นิตยสาร, บิดา/มารดา, ญาติพี่น้อง, เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม
5. สตรีต้องการให้เผยแพร่โรคมะเร็งเต้านมทางโทรทัศน์มากที่สุด และต้องการทราบเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด

งานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ปอรรักษ์มัย ยอดเดณร (2544) วิจัยเรื่อง “การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างพิธีกรและวิทยากรรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในเชิงชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสาร” เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์แบบแผนการสื่อสารระหว่างพิธีกร และวิทยากรรับเชิญในรายการสุขภาพ ทั้งในเชิงโครงสร้างและในแนวคิด กรณีศึกษา คือ รายการพลิกฟื้นสุขภาพคนเมือง และรายการวไรตี้พลิกฟื้นสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 121 ตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลจากเอกสารกำหนดเนื้อหาประเด็นการออกอากาศ เทปบันทึกรายการจำนวน 6 ม้วน และการจัดสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) จากผู้ชมรายการ

ผลการวิจัยพบว่า รายการพลิกฟื้นสุขภาพคนเมืองจะมีการกำหนดประเด็นในการนำเสนอโดยมุ่งเน้นเรื่องโรคเฉพาะส่วนมากที่สุด ส่วนรายการวไรตี้พลิกฟื้นสุขภาพเน้นการดูแลสุขภาพทั่วๆ ไป โดยทั้งสองรายการเน้นแนวคิดเรื่องระบบการแพทย์สมัยใหม่และพึ่งสถาบันการแพทย์สำหรับแบบแผนปฏิสัมพันธ์ระหว่างพิธีกรและวิทยากรร่วมรายการ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ช่วง คือ การกล่าวเปิดช่วง การแนะนำวิทยากร การถามตอบ การกล่าวปิดช่วง โดยใช้เกณฑ์ตามการเปลี่ยนเนื้อหาการสื่อสาร และในแต่ละเหตุการณ์สื่อสารประกอบด้วยวัจนกรรมสื่อสารดังนี้ วัจนกรรมเกริ่นนำ วัจนกรรมแนะนำวิทยากร วัจนกรรมทักทาย วัจนกรรมเรียกขาน วัจนกรรมแจ้งให้ทราบ วัจนกรรมอธิบาย วัจนกรรมย้ำเตือน วัจนกรรมสั่งการ วัจนกรรมเล่าความ วัจนกรรมอ้างอิง วัจนกรรมขอบคุณ และวัจนกรรมเชิญชวน

นอกจากนี้ยังพบว่าในการใช้สรรพนามเรียกตนเองของแพทย์ในวัจนกรรมเรียกขาน ส่วนใหญ่จะใช้คำว่า “หมอ” มากที่สุด มีบ้างบางคนที่เรียกตนเองว่า “ผม” เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่

เป็นเพศชาย การเรียกลักษณะอาชีพของแพทย์นั้นเป็นสิ่งที่สังคมไทยให้การยอมรับ และแสดงให้เห็นถึงสถานะที่สูงกว่าของผู้เป็นแพทย์ ซึ่งทั้งคนดูและพิธีกรต่างคุ้นชินกับชนบนี้เป็นอย่างดี คำที่แสดงสถานภาพ ยศ และตำแหน่งทางอาชีพเหล่านี้ ซึ่งวิไลวรรณ ขนิษฐานันท์ นักภาษาศาสตร์ ได้กล่าวถึงลักษณะเช่นนี้ว่า เป็นแนวความคิดแยกตัวออกห่างของผู้สนทนาที่เพิ่มพูนหรือคุยกัน ในครั้งแรก ซึ่งการเรียกอาชีพแพทย์เช่นนี้เป็นการบ่งชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างทางด้านสถานภาพของแพทย์ที่เห็นอกอย่างชัดเจน นอกจากนี้แพทย์ยังสวมเสื้อกาวน์ (gown) สีขาวแบบของแพทย์โดยเฉพาะ เพื่อเป็นการยืนยันสถานภาพแพทย์ให้โดดเด่นมากขึ้นอีก และนับว่าเป็นการสร้างความสำเร็จในความเชื่อถือคำพูดของแพทย์จากผู้ชมได้

สมชาย สำเนียงงาม (2544) วิจัยเรื่อง “การเลือกใช้คำสรรพนามในภาษาไทย กับแนวคิดเรื่องความสุภาพของบราวน์และเลวินสัน” โดยกล่าวว่า ความสุภาพในสังคมไทย คือ การเลือกใช้ทั้งวจนภาษาและอวจนภาษาให้ถูกต้องเหมาะสมกับเพศ วัย สถานภาพ กาลเทศะ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้พูดและผู้ฟังตามบรรทัดฐานของสังคมไทย ทั้งนี้ได้อ้างแนวคิดของวิไลวรรณ ขนิษฐานันท์ ที่ว่า ความสุภาพในภาษาไทยประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ 1)การยกย่องผู้ฟัง 2)การถ่อมตนของผู้พูด 3)การใช้ภาษาทางการ และ 4)การใช้ถ้อยคำยาวๆ ที่แสดงความสุภาพอ่อนน้อม โดยลักษณะสำคัญประการที่ 1 และ 2 ผู้ใช้ภาษาต้องเลือกใช้คำสรรพนามแทนตัวจาก 3 มิติ คือ มิติบุรุษสรรพนาม วัย และสถานภาพทางสังคม

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มคำสรรพนามที่แสดงแนวคิดเรื่องความสุภาพเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. คำสรรพนามที่แสดงแนวคิดการมีส่วนร่วม (positive face) คือ คำสรรพนามที่ผู้พูดเลือกใช้เพื่อแสดงความใกล้ชิดกับผู้ฟัง ได้แก่ คำเรียกญาติ (พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา ฯลฯ) คำว่า “หนู” และคำเรียกชื่อตัวเองของผู้พูด
2. คำสรรพนามที่แสดงแนวความคิดการแยกตัวออกห่าง (negative face) คือ คำสรรพนามที่ผู้พูดเลือกใช้เพื่อรักษาระยะห่างระหว่างตนเองและผู้ฟัง หรือคำที่ผู้พูดใช้เพื่อแสดงฐานะทางสังคมบางอย่าง เช่น คำเรียกอาชีพ ยศ ตำแหน่ง รวมทั้งคำว่า ผม ฉันทิฉันทิ เรา คุณ เธอ คน นาย ฯลฯ

จากงานวิจัยดังกล่าวนี้พบว่า ในสถานการณ์ที่คู่สนทนาเป็นผู้ที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน คนไทยส่วนใหญ่นิยมใช้แนวคิดเรื่องความสุภาพประเภทแยกตัวออกห่างในการเลือกใช้คำสรรพนามบุรุษที่ 1 (ผู้พูด) และใช้แนวคิดเรื่องความสุภาพประเภทการมีส่วนร่วมในการเลือกใช้คำสรรพนามบุรุษที่ 2 (ผู้ฟัง)

สำหรับเรื่องความสุภาพกับเพศ พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่กำหนดประเภทของแนวคิดเรื่องความสุภาพในการเลือกใช้คำสรรพนามในการเลือกใช้คำสรรพนามในภาษาไทยได้ส่วนหนึ่ง โดยผู้พูดเพศหญิงส่วนใหญ่เลือกใช้คำสรรพนามบุรุษที่ 1 ประเภทการมีส่วนร่วม ซึ่งสะท้อนถึงความอ่อนน้อมถ่อมตน และไม่ค่อยแสดงบทบาทอย่างเป็นทางการของผู้หญิงในสังคมไทย ในขณะที่ผู้พูดเพศชายส่วนใหญ่เลือกใช้คำสรรพนามบุรุษที่ 1 ประเภทการแยกตัวออกห่าง เพื่อสะท้อนความเป็นผู้นำ เป็นตัวของตัวเอง เข้มแข็ง และไม่ป็นรองใครของผู้ชายในสังคมไทย

นอกจากนี้เรื่องความสุภาพกับสถานภาพ อันได้แก่ฐานะ ตำแหน่ง เกียรติยศ โดยส่วนใหญ่ไม่พบความแตกต่างกัน กล่าวคือ ไม่ว่าจะสถานภาพของผู้พูดกับผู้ฟังจะเท่ากันหรือไม่ก็ไม่มี ความแตกต่างในการเลือกใช้คำสรรพนาม แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า มีเพียงสถานการณ์เดียวที่ผู้พูดทุกคนเลือกใช้คำสรรพนามบุรุษที่ 2 แทนผู้ฟังเหมือนกัน คือ สถานการณ์ที่ต้องพูดกับหมอในโรงพยาบาล โดยผู้พูดทุกคนใช้คำสรรพนามประเภทแยกตัวออกห่างแทนหมอ โดยใช้อาชีพ หรือคำนำหน้าตามด้วยอาชีพ เช่น หมอ คุณหมอ ไม่ว่าจะอาชีพหมอมจะมีสถานภาพเท่ากันกับผู้พูดหรือไม่ก็ตาม นอกจากนี้ยังรวมถึงสถานการณ์ที่ไปแจ้งความต่อตำรวจที่สถานีตำรวจ และพูดกับพยาบาลในโรงพยาบาลด้วย ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า คนไทยยกย่องอาชีพทั้ง 3 อาชีพนี้อยู่มาก อาจจะเป็นเพราะเป็นอาชีพที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายและกฎหมายบ้านเมือง ซึ่งผู้พูดไม่มีความรู้ในเรื่องนั้นเท่าใดนัก ดังนั้นจึงรู้สึกว่าคุณภาพที่ต่ำกว่า จึงเลือกใช้คำสรรพนามประเภทแยกตัวออกห่าง โดยอาจไม่รู้สึกรังเกียจก็ได้

สุนันทา คงประโคน (2544) วิจัยเรื่อง “กลวิธีกลบเกลื่อนในการสนทนาเรื่องเพศของคนไทย” วิเคราะห์ในปริเฉทการสนทนาแบบสาธรรณะ 4 สถานการณ์ คือ ปริเฉทในรายการทางโทรทัศน์ รายการวิทยุ คอลัมน์ถาม-ตอบในหนังสือพิมพ์ และกระดานสนทนาในอินเทอร์เน็ต ผลการศึกษาพบว่า มีกลไกภาษา 3 กลไกที่ใช้ในการกลบเกลื่อน คือ การแทนที่รูปภาษา การละรูปภาษา และการเพิ่มรูปภาษา ซึ่งใช้รูปแบบภาษาทั้งหมด 39 แบบ จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดพบว่ามีอัตราการกลบเกลื่อนร้อยละ 3.87 จะแตกต่างกันไปในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งพบว่า ปริเฉทการสนทนาในโทรทัศน์มีอัตราการกลบเกลื่อนสูงสุด ร้อยละ 5.01 กระดานสนทนาในอินเทอร์เน็ตสูงเป็นอันดับ 2 ร้อยละ 4.13 ทางวิทยุ ร้อยละ 3.42 และในคอลัมน์ถาม-ตอบในหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 3.36 แสดงว่าปัจจัยปริเฉทมีบทบาทสำคัญต่อการใช้การกลบเกลื่อน โดยผู้ร่วมสนทนาที่เห็นหน้ากันมีการกลบเกลื่อนมากกว่าผู้ร่วมสนทนาที่ไม่เห็นหน้ากัน ส่วนผู้ร่วมสนทนาที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมีการกลบเกลื่อนมากกว่าความสัมพันธ์แบบห่างเหิน

จากงานวิจัยทำให้เห็นภาพรวมเกี่ยวกับการพูดเรื่องเพศในสังคมไทยว่า การพูดเรื่องเพศยังคงถือเป็นเรื่องต้องห้ามเรื่องหนึ่งในสังคมไทย ดังนั้นผู้ใช้ภาษาจะมีวิธีการกลบเกลื่อน เพื่อแสดงถึงความสุภาพในการใช้ภาษา โดยใช้กลวิธีต่างๆ ในการเลือกรูปแบบภาษาเพื่อนำมาใช้สื่อความหมายที่ตนเองต้องการ นอกจากนี้ยังพบว่าช่องทางการสื่อสาร วิธีการสื่อสาร การเห็นหน้ากันของผู้ร่วมสนทนา และระยะห่างของความสัมพันธ์ของคู่สนทนามีผลต่ออัตราการกลบเกลื่อน เช่น การพูดจะมีอัตราการกลบเกลื่อนมากกว่าการเขียน เป็นต้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

สำหรับวิธีการศึกษางานวิจัยเรื่อง “การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค” เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบสหวิธีการ (Multiple Methodology) เน้นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกแบบมีโครงสร้างคำถาม การใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจวิธีการและปัญหาในสื่อสารโดยภาพรวม และศึกษาข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ประกอบ ทั้งนี้เพื่อนำไปวิเคราะห์ถึงวิธีการและปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป ซึ่งในส่วนของระเบียบวิธีวิจัยมีรายละเอียดของการศึกษา ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค” เป็นการใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบสหวิธีการ ซึ่งเน้นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบมีโครงสร้างคำถาม เป็นวิธีหลักในการเก็บข้อมูล เพื่อศึกษาถึงวิธีการและปัญหาที่พบในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์และคนไข้ในการตรวจรักษาโรค นอกจากนี้ เพื่อให้การอภิปรายผลการวิจัยสมบูรณ์และชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการสำรวจความคิดเห็นของคนไข้จากแบบสอบถาม ประกอบการศึกษาจากเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลและทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มโดยอิงความสะดวก (Convenience Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 สูตินรีแพทย์ จำนวน 25 คน ซึ่งเป็นสูตินรีแพทย์ประจำในโรงพยาบาลรัฐบาล 3 แห่ง จำนวน 15 คน และโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง จำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 2 คนไข้ จำนวน 100 คน ประกอบด้วย

2.1 คนไข้ที่สัมภาษณ์แบบเจาะลึก จำนวน 50 คน ซึ่งเป็นกลุ่มคนไข้ที่ได้ทำการตรวจรักษาในคลินิกสูตินรีเวชกรรมของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

2.2 คนไข้ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 50 คน ซึ่งเป็นกลุ่มคนไข้ทั่วไปที่เคยเข้ารับการรักษาที่สูตินรีแพทย์ ประกอบด้วยคนไข้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 25 คน และคนไข้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 25 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างสูตินรีแพทย์และคนไข้ที่สัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จะขึ้นอยู่กับทำให้ความร่วมมือและข้อตกลงของโรงพยาบาล สูตินรีแพทย์ และคนไข้ ที่จะอนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลในการวิจัยได้ กล่าวคือ เบื้องต้นผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างต้องเป็นสูตินรีแพทย์และคนไข้ของโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร จากนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปยังโรงพยาบาลต่างๆ จำนวน 17 แห่ง และได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาล 6 แห่ง โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล	สูตินรีแพทย์ (คน)	คนไข้ที่สัมภาษณ์เจาะลึก (คน)
1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	5	10
2. โรงพยาบาลราชวิถี	5	10
3. โรงพยาบาลกลาง	5	10
4. โรงพยาบาลลาดพร้าว	3	6
5. โรงพยาบาลพญาไท 2	3	6
6. โรงพยาบาลวิภาวดี	4	8
รวม	25	50

ส่วนกลุ่มคนไข้ที่สำรวจความคิดเห็นจากแบบสอบถาม จำนวน 50 คนนั้น ผู้วิจัยเลือกใช้การสุ่มตัวอย่างแบบอิงความสะดวก (Convenience Sampling) ซึ่งทำการสอบถามผู้ที่เคยเข้า

รับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ จำนวน 50 คน โดยแจกแบบสอบถามตามสถานที่ต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สถานศึกษา เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ของสูตินรีแพทย์และคนไข้ จำนวน 2 ชุด ซึ่งแต่ละชุดประกอบด้วย
 - ส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว
 - ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้
 - ส่วนที่ 3 สอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้
2. แบบสอบถามคนไข้ จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย
 - ส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว
 - ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้

สำหรับแบบสอบถามผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามและกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้การสำรวจแบบตัวต่อตัว สำหรับการสร้างแบบสัมภาษณ์ได้ทำการศึกษาจากข้อมูลเอกสาร ทั้งแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ตอบคำถามนำวิจัยในการศึกษาคั้งนี้

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในส่วนของแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ที่เรียบเรียงไว้แล้ว นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องทำการตรวจสอบ เพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมในประเด็นที่จะทำการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษานำร่องทดลองสัมภาษณ์กับสูตินรีแพทย์ 3 คน และคนไข้ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 10 คน เพื่อให้แน่ใจว่าแบบสัมภาษณ์สามารถสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกัน จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปปรับปรุงในส่วนของการเรียบเรียงภาษา จัดลำดับคำถาม รวมทั้งความเหมาะสมของคำถามแต่ละข้อ เพื่อนำไปปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นก่อนนำมาใช้จริง

สำหรับแบบสอบถามนั้น เนื่องจากข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นการสำรวจภาพรวมของวิธีการและปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ เพื่อนำไปประกอบการวิเคราะห์ข้อ

มูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก สำหรับคำถามส่วนใหญ่ในแบบสอบถามเป็นแบบปลายปิด (closed-ended questions) โดยประเด็นคำถามจะสร้างมาจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เจาะลึกกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น จะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลเอกสาร ได้แก่ ตำรา เอกสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และสื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์และคนไข้
2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสูตินรีแพทย์และคนไข้ จากโรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง โดยผู้วิจัยดำเนินการขอสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์ จำนวน 25 คน และคนไข้ จำนวน 50 คน
3. ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของคนไข้ทั่วไป จำนวน 50 คน โดยทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างตามโรงพยาบาล และสถานศึกษาต่างๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสูตินรีแพทย์ จำนวน 21 คน โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เปรียบเทียบและตีความข้อมูล เพื่อสร้างข้อสรุปว่าสูตินรีแพทย์กับคนไข้มีวิธีการสื่อสารกันอย่างไร และพบปัญหาในการสื่อสารอย่างไรบ้าง
2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและตอบแบบสอบถามของคนไข้ จำนวน 100 คน โดยข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการจัดกลุ่มและสรุปภาพรวมของข้อมูลว่า คนไข้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีวิธีการและพบปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์อย่างไร
3. นำข้อมูลทั้งสองส่วนมาวิเคราะห์ เพื่อหาผลสรุปถึงวิธีการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ และปัญหาที่พบในการสื่อสาร เพื่อเป็นแนวทางในการลดปัญหาดังกล่าว โดยอ้างอิงจากแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่า สูตินรีแพทย์และคนไข้มีวิธีการสื่อสารกันอย่างไรและพบปัญหาในการสื่อสารอย่างไรบ้าง รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบปัญหาในการสื่อสารของสูตินรีแพทย์เพศชายกับเพศหญิง และเปรียบเทียบปัญหาในการสื่อสารของคนไข้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปกับคนไข้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีว่ามีความแตกต่างกันอย่างไรบ้าง ในบทนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การดำเนินการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัย

โดยในส่วนของ การดำเนินการเก็บข้อมูล จะกล่าวถึงวิธีการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่น่าสนใจ รวมถึงปัญหาที่พบในระหว่างการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ และส่วนที่ 2 ผลการวิจัย จะนำเสนอผลวิจัยที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ซึ่งในแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

การดำเนินการเก็บข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกเบื้องต้น ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตและขนาดของกลุ่มตัวอย่างไว้ คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นสูตินรีแพทย์และคนไข้ของโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้คือ สูตินรีแพทย์จำนวน 25 คน และคนไข้จำนวน 50 คน จากโรงพยาบาลรัฐบาล 3 แห่งและโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่งเมื่อกำหนดขอบเขตและขนาดของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปยังโรงพยาบาลต่างๆ จำนวน 17 แห่ง โดยส่วนหนึ่งได้เดินทางไปยื่นหนังสือด้วยตัวเองและบาง

ส่วนได้จัดส่งทางไปรษณีย์ นอกจากนี้หนังสือขอความอนุเคราะห์แล้วยังได้แนบเอกสารอื่นๆ ไปพร้อมกัน ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์ แบบสัมภาษณ์คนไข้ และหนังสือรับรองจริยธรรมในการวิจัย จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนในการพิจารณาของทางโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดที่น่าสนใจดังนี้

ขั้นตอนในการพิจารณาของโรงพยาบาล

ก) โรงพยาบาลเอกชน

ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนนั้น จะมีขั้นตอนในการพิจารณาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ เมื่อได้ยื่นหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้อำนวยการแพทย์ หากได้รับการอนุมัติก็จะมีเจ้าหน้าที่ของทางโรงพยาบาลติดต่อกลับมาทางโทรศัพท์ แต่มักจะไม่มีหนังสือตอบรับเป็นลายลักษณ์อักษร ยกเว้นในโรงพยาบาลบางแห่งที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์แพทย์ตามจำนวนที่ผู้วิจัยต้องการได้ จึงได้ทำหนังสือชี้แจงรายละเอียดมา สำหรับระยะเวลาในการดำเนินการพิจารณามีตั้งแต่ 1 วันจนถึงประมาณ 3 สัปดาห์ เมื่อได้รับการอนุมัติจากทางโรงพยาบาลแล้ว จึงได้นัดวันและเวลาเพื่อขอสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ พร้อมทั้งเก็บข้อมูลคนไข้ ซึ่งในการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเนื่องจากแพทย์จะทราบล่วงหน้ามาก่อนแล้ว โดยสูตินรีแพทย์จากโรงพยาบาลเอกชนที่ให้สัมภาษณ์นั้นเป็นแพทย์ประจำของโรงพยาบาล ซึ่งมีความสะดวกและสามารถให้เวลาสัมภาษณ์ได้ สำหรับการสัมภาษณ์นั้นมักจะใช้ช่วงเวลาที่ไม่มีคนไข้ โดยให้ผู้วิจัยเข้าไปสัมภาษณ์แพทย์ในห้องตรวจ

ในช่วงแรกผู้วิจัยได้ทำการยื่นหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปยังโรงพยาบาลเอกชน 9 แห่ง และได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาล 3 แห่ง แต่เมื่อเข้าไปเก็บข้อมูลกลับพบปัญหาหลายประการในการเก็บข้อมูล กล่าวคือ ในการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลกับผู้วิจัย มักจะเป็นการติดต่อกันทางโทรศัพท์ อีกทั้งผู้วิจัยไม่ได้รับหนังสือรับรองการอนุมัติเป็นลายลักษณ์อักษรจากทางโรงพยาบาล ทำให้ข้อมูลที่ได้รับอาจผิดพลาดและคลาดเคลื่อนได้ โดยทางโรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้มีการติดต่อกลับมายังผู้วิจัยว่าผู้อำนวยการอนุมัติให้สัมภาษณ์สูตินรีแพทย์กับคนไข้ได้ จากนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการนัดวันและเวลาขอสัมภาษณ์แพทย์ผ่านทางพยาบาลประจำแผนกสูติฯ เมื่อสัมภาษณ์แพทย์และเก็บข้อมูลคนไข้ได้เพียง 3 คนเท่านั้น ทางเจ้าหน้าที่พยาบาลเข้ามาแจ้งแก่ผู้วิจัยว่าที่แผนกไม่ได้รับหนังสือจากฝ่ายสำนักผู้อำนวยการ เมื่อสอบถามสูตินรีแพทย์ปรากฏว่าแพทย์ได้รับทราบเพียงแต่อนุมัติให้สัมภาษณ์แพทย์เท่านั้น ส่วนการเก็บข้อมูลคนไข้ไม่ได้รับแจ้งแต่อย่างใด ทำให้ผู้วิจัยต้องยุติการเก็บข้อมูลคนไข้จนกว่าทางแผนกสูติฯ จะได้รับทราบข้อมูล

ที่แน่นอน หลังจากนั้นเมื่อผู้วิจัยติดต่อกลับไปอีกครั้งพบว่า ทางฝ่ายสำนักผู้อำนวยการแจ้งว่ายินยอมให้เก็บข้อมูลได้เฉพาะส่วนของสูตินรีแพทย์เท่านั้น แต่ไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูลคนไข้ เพราะทางโรงพยาบาลไม่มีนโยบายในเรื่องนี้และเกรงว่าจะเป็นการรบกวนคนไข้ ซึ่งในการเก็บข้อมูลระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้จะต้องดำเนินการควบคู่กันไป อีกทั้งสูตินรีแพทย์ส่วนหนึ่งปฏิเสธที่จะให้สัมภาษณ์ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้ตามจำนวนที่กำหนดไว้ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ยื่นหนังสือถึงโรงพยาบาลต่างๆ เพิ่มเติมอีกจำนวน 5 แห่งและได้รับการตอบรับมาเพียง 1 แห่ง สรุปได้ว่าการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเอกชน ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลลาดพร้าว โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลวิชัยยุทธ จำนวน 8 คน เป็นชาย 7 คนและหญิง 1 คน และสัมภาษณ์คนไข้ของโรงพยาบาลได้ทั้งหมด 25 คน

ข) โรงพยาบาลรัฐบาล

ในส่วนของโรงพยาบาลรัฐบาลนั้น สำหรับขั้นตอนและรายละเอียดในการพิจารณาอนุมัติของแต่ละโรงพยาบาลมีลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปยังโรงพยาบาลรัฐบาล 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลกลาง ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง โดยขั้นตอนในการพิจารณา มีลักษณะที่แตกต่างกันไปดังนี้

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สังกัดสภากาชาดไทย เป็นโรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดังนั้นในการขอความอนุเคราะห์สูตินรีแพทย์ ผู้วิจัยจึงได้ทำหนังสือถึงหัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์ จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นการวิจัยนำร่อง และได้สัมภาษณ์สูตินรีแพทย์ที่เป็นอาจารย์แพทย์ประจำภาควิชา หลังจากนั้นเมื่อเริ่มลงมือเก็บข้อมูลจริง จึงได้ขอความอนุเคราะห์ไปยังภาควิชาสูติฯ อีกครั้ง เพื่อสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์ จำนวน 2 คน ซึ่งทางภาควิชาสูติฯ ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยสูตินรีแพทย์ทั้งสองคนเป็นแพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 2 ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ปีการศึกษา 2546 ซึ่งกำลังศึกษาเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทางสูติฯ และได้ออกตรวจในคลินิกสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สำหรับระยะเวลาในการอนุมัติไม่เกิน 1 สัปดาห์ ในส่วนของคนไข้ที่ต้องเป็นคนไข้ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยนั้น ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอเข้าไปสัมภาษณ์คนไข้ ประเภทผู้ป่วยนอกในคลินิกสูตินรีเวชกรรม โดยทางโรงพยาบาลได้แนะนำให้นำหนังสือรับรองจริยธรรมในการวิจัยมาพร้อมกับหนังสือขอความ

อนุเคราะห์ด้วย ในการพิจารณาเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่าง
 สูตินรีแพทย์กับคนไข้ ดังนั้นจึงต้องมีการสอบถามเรื่องส่วนตัวของคนไข้ ทางโรงพยาบาลเห็นว่า
 เป็นเรื่องที่ต้องให้คณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาก่อนว่าสมควรให้วิจัยได้หรือไม่ ซึ่งใช้ระยะเวลา
 ในการดำเนินการพิจารณาประมาณ 5 สัปดาห์ จากนั้นจึงได้ออกหนังสืออนุมัติให้สามารถวิจัยใน
 โรงพยาบาลได้

โรงพยาบาลราชวิถี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลที่ใช้เป็น
 สถานศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ในการขอความอนุเคราะห์สัมภาษณ์
 แพทย์และคนไข้นั้น เบื้องต้นผู้วิจัยได้ยื่นหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล
 เช่นเดียวกับโรงพยาบาลอื่นๆ แต่เนื่องจากทางโรงพยาบาลได้กำหนดขั้นตอนในการขออนุมัติทำ
 การวิจัยไว้ ซึ่งผู้ที่เข้ามาวิจัยในโรงพยาบาลราชวิถีทุกคนต้องปฏิบัติตามขั้นตอนที่โรงพยาบาล
 กำหนด ขั้นแรกผู้วิจัยได้รับเอกสาร 1 ชุด ประกอบด้วย ข้อเสนอในการขออนุมัติทำการวิจัย
 หลักเกณฑ์การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และแบบฟอร์มการขอรับการพิจารณาให้การรับรอง
 เชิงจริยธรรมที่เสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี จากนั้นนำแบบฟอร์มที่
 กรอกเรียบร้อยแล้วพร้อมเอกสารจำนวน 8 ชุด อันประกอบด้วย โครงการวิจัย หนังสือขอความ
 อนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล แบบสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์ แบบสัมภาษณ์คนไข้ และ
 หนังสือรับรอง จริยธรรมในการวิจัย โดยนำเอกสารจำนวน 7 ชุดพร้อมแบบฟอร์มการขอรับการ
 พิจารณาฯ มายื่นที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ส่วนเอกสารอีก 1 ชุด นำไปยื่นที่
 ฝ่ายงานธุรการของโรงพยาบาล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ทั้งสูตินรี
 แพทย์และคนไข้ ดังนั้นฝ่ายธุรการจึงต้องประสานงานไปยังกลุ่มงานสูตินรีเวชกรรมว่า ยินยอมให้
 สัมภาษณ์แพทย์หรือไม่ ซึ่งต้องใช้เวลาในการประสานงานประมาณ 1 สัปดาห์ จากนั้นเมื่อกลุ่ม
 งานสูติฯ แจ้งว่าไม่ขัดข้อง จึงเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยต่อไป

ในการพิจารณานั้น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจะประชุมในวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน
 และจะแจ้งผลการพิจารณาในวันที่ 30 ของเดือน ในวันประชุมผู้วิจัยต้องนำเสนอโครงการวิจัยต่อ
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จำนวน 4 คน จากนั้นมีการซักถามถึงรายละเอียดของโครงการ
 วิจัย เช่น วิธีการเก็บข้อมูล ขอบเขตและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น โดยประเด็นสำคัญที่
 คณะกรรมการเน้นย้ำเป็นเรื่องของลักษณะคำถามในการสอบถามคนไข้ เนื่องจากคำถามในการ
 วิจัยครั้งนี้เป็นการถามในเรื่องเพศสัมพันธ์ ซึ่งถือเป็นส่วนตัวของคนไข้ ดังนั้นทางคณะกรรมการ
 จริยธรรมการวิจัยจึงต้องการให้มีหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากคนไข้ด้วย เพื่อเป็นการป้องกัน
 การเกิดเรื่องวาทพ้องร้องกันในภายหลัง สำหรับแบบฟอร์มหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยของคนไข้
 นั้น ผู้วิจัยได้มาจากเว็บไซต์ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยได้นำมาดัด

แปลงเล็กน้อยให้เหมาะสมกับโครงการวิจัย จากนั้นจึงได้นำแบบฟอร์มของหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยของคนไข้ ยื่นที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย หลังจากนั้นอีกประมาณ 1 สัปดาห์ทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจึงได้ออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยให้แก่ผู้วิจัย รวมใช้ระยะเวลาในการดำเนินการพิจารณาทั้งสิ้นประมาณ 7 สัปดาห์ ในส่วนของการเก็บข้อมูลจากสูตินรีแพทย์นั้น ผู้วิจัยได้ประสานงานไปยังกลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม เพื่อติดต่อขอสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์จำนวน 5 คน แต่ทางกลุ่มงานสูติฯ แจ้งว่าผู้วิจัยต้องระบุรายชื่อแพทย์ที่ต้องการสัมภาษณ์ด้วยตัวเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย ด้วยการจับสลากรายชื่อสูตินรีแพทย์ออกมา 5 คน จากจำนวนแพทย์ประจำโรงพยาบาลราชวิถีทั้งหมด 34 คน ซึ่งไม่นับรวมแพทย์ประจำบ้าน จากนั้นจึงได้นัดสัมภาษณ์แพทย์และเข้าไปเก็บข้อมูลคนไข้ในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลโดยทางไปรษณีย์ จากนั้นประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้รับหนังสือจากทางโรงพยาบาลแจ้งว่า ไม่ขัดข้องและยินดีให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บข้อมูลของทั้งสูตินรีแพทย์และคนไข้ต่อไป ในส่วนของสูตินรีแพทย์ผู้วิจัยได้ขอสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์จำนวน 5 คน แต่เนื่องจากโรงพยาบาลมีสูตินรีแพทย์ประจำโรงพยาบาลเพียง 7 คน จึงให้สัมภาษณ์ได้จำนวน 3 คนเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ในดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกทั้งหมดสรุปได้ว่า การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์ และคนไข้จากโรงพยาบาลทั้งหมด 7 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลรัฐบาล 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลลาดพร้าว โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลวิชัยยุทธ โดยทำการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์จำนวน 21 คน เป็นชาย 15 คน และหญิง 6 คน และสัมภาษณ์คนไข้จำนวน 50 คน สำหรับระยะเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เริ่มลงมือเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2546 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2547 รวมเป็นเวลา 6 เดือน ซึ่งเริ่มตั้งแต่การยื่นหนังสือหนังสือไปยังโรงพยาบาลต่างๆ จนกระทั่งได้ทำการสัมภาษณ์แพทย์และคนไข้จากโรงพยาบาลทั้งเจ็ดแห่งจนครบถ้วน

สรุปปัญหาในการดำเนินการเก็บข้อมูล

1) ปัญหาจากการไม่ให้ความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 สูตินรีแพทย์

แม้ว่าสูตินรีแพทย์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้สัมภาษณ์ โดยพยายามที่จะให้ข้อมูลอย่างละเอียดและยกตัวอย่างคำพูดที่ใช้สื่อสารจริงกับคนไข้ให้ฟัง อีกทั้งยังให้สัมภาษณ์ด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม และพูดคุยกับผู้วิจัยอย่างเป็นกันเอง ในขณะที่แพทย์บางคนให้สัมภาษณ์ในลักษณะที่ถามคำตอบคำ บางคนทำกิจกรรมอย่างอื่นไปพร้อมกับให้สัมภาษณ์ ทำให้รู้สึกเหมือนกับว่าแพทย์ไม่ได้ใส่ใจกับคำถามเท่าที่ควร ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้น่าจะมีผลต่อการซักถามและผลการวิจัยไม่มากนักน้อย แม้ว่าผู้วิจัยจะพยายามซักถามอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม

1.2 คนไข้

ในส่วนของ การเก็บข้อมูลคนไข้ของโรงพยาบาลเอกชน คลินิกสูตินรีเวชกรรมจะเปิดให้บริการทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลาการให้บริการของแต่ละโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันมากนัก มักจะเปิดให้บริการอยู่ในช่วงเวลาตั้งแต่ 08.00-20.00 น. โดยทั่วไปคนไข้ในแต่ละวันมีประมาณ 30-70 คน สำหรับปัญหาในการเก็บข้อมูลคนไข้ในโรงพยาบาลเอกชนพบว่า คนไข้ส่วนใหญ่มักจะปฏิเสธเพราะกลัวเสียเวลา เนื่องจากคนไข้มีจำนวนไม่มาก ส่วนใหญ่จะมีการนัดหมายล่วงหน้ามาก่อน ดังนั้นเมื่อมาถึงโรงพยาบาล คนไข้สามารถเข้าตรวจได้ทันที ผู้วิจัยจึงเลือกขอสัมภาษณ์คนไข้ที่ต่อคิว ซึ่งส่วนใหญ่จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แต่เนื่องด้วยจำนวนคนไข้ที่มาตรวจไม่มากนัก ทำให้คนไข้จำนวนหนึ่งที่ไม่สัมภาษณ์ต้องเข้ารับการตรวจในขณะที่ยังให้สัมภาษณ์ไม่เรียบร้อย และเมื่อออกมาจากห้องตรวจ คนไข้ก็จะไปชำระเงิน รับประทานกลับบ้านไปทันที ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์ได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยโชคดีที่ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากเจ้าหน้าที่พยาบาลบางคนที่ได้ช่วยจัดหาคนไข้มาให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ซึ่งคนไข้บางส่วนมาให้สัมภาษณ์เนื่องจากรู้สึกเกรงใจพยาบาล ทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ สรุปได้ว่าการเก็บข้อมูลคนไข้ผู้วิจัยใช้เวลาประมาณ 2 เดือน ซึ่งค่อนข้างนานพอสมควร ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลคนไข้ได้ตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ คือ จำนวนสูตินรีแพทย์ 1 คน ต่อจำนวนคนไข้ 2 คน แต่สามารถเก็บได้ตามจำนวนที่กำหนดไว้ คือ 50 คน โดยจำนวนคนไข้ในแต่ละโรงพยาบาลจะเก็บได้มากหรือน้อยนั้น ต้องขึ้นอยู่กับความยินยอมของคนไข้ในการให้สัมภาษณ์เป็นปัจจัยสำคัญ

ในการเก็บข้อมูลคนไข้ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกของโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลกลางนั้น ในส่วนของคลินิกสูตินรีเวชกรรม จะเปิดให้บริการวันจันทร์ถึงศุกร์ เฉพาะช่วงเช้าเท่านั้น คือ ตั้งแต่เวลา 08.00-12.00 น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ ส่วนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ โดยคลินิกสูตินรีเวชกรรม เปิดให้บริการเวลา 08.00-16.00 น. ส่วนคลินิกฝากครรภ์ เปิดให้บริการเวลา 08.00-12.00 น. จำนวนคนไข้ที่มาเข้ารับบริการการตรวจรักษาในคลินิกสูตินรีเวชกรรมที่โรงพยาบาลรัฐบาลทั้งสามแห่งนี้ในแต่ละวันมีจำนวนมาก ดังนั้นในการเก็บข้อมูลคนไข้ ผู้วิจัยจึงคาดว่าจะสามารถเก็บข้อมูลคนไข้ในโรงพยาบาลรัฐบาลได้ไม่ยากนัก แต่เมื่อลงมือเก็บข้อมูลจริงพบว่า จำนวนคนไข้ที่มีปริมาณมากกลับเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการเก็บข้อมูล เนื่องจากคนไข้ส่วนหนึ่งจิตใจกำลังจดจ่ออยู่กับการฟังเจ้าหน้าที่เรียกขานชื่อหรือหมายเลขบัตรคิว ทำให้ไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์เพราะเกรงว่าจะไม่ได้ยินเจ้าหน้าที่เรียก ซึ่งหากพลาดอาจต้องรอคิวอีกนาน และเมื่อคนไข้รายหนึ่งปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ คนไข้รายอื่นๆ ที่นั่งรอติดๆ กันเรียงเป็นคิวยาวจึงพากันปฏิเสธทั้งหมด ซึ่งเป็นภาวะที่เรียกว่า การหนุนเนื่องทางสังคม (Social Facilitation) กล่าวคือ คนจะมักทำอะไรตามๆ กัน เพื่อความรู้สึกปลอดภัย (ถิรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์, 2528: 30) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องรอคนไข้รอบใหม่เข้ามาเพื่อขอสัมภาษณ์ต่อไป นอกจากนี้สภาวะจิตใจและอารมณ์ของคนไข้ที่ไม่ปกตินัก ถือเป็นอุปสรรคอีกอย่างหนึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล กล่าวคือ คนไข้ส่วนใหญ่มักเป็นคนไข้ในแผนกฝากครรภ์ อารมณ์จึงค่อนข้างแปรปรวนได้ง่าย เมื่อต้องเสียเวลาในการรอคิวเป็นเวลานานทำให้รู้สึกหงุดหงิดมาก จึงปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ ส่วนคนไข้ในวัยส่วนใหญ่มักมีความวิตกกังวลในอาการป่วยของตนเองอยู่ ดังนั้นจึงไม่อยากข้อมูลใดๆ และไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์เช่นกัน

2) ปัญหาจากการไม่ให้ความร่วมมือของโรงพยาบาล หรือบุคลากรของโรงพยาบาล

จากการดำเนินการเก็บข้อมูลทีกล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปตามโรงพยาบาลเอกชนถึง 14 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับตอบรับจากโรงพยาบาลซึ่งให้ความอนุเคราะห์เพียง 4 แห่งเท่านั้น โดยโรงพยาบาลบางแห่งยินดีให้สัมภาษณ์สูตินรีแพทย์ แต่ไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูลคนไข้ เพราะเกรงว่าจะเป็นการรบกวนคนไข้ ซึ่งหากผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลมากกว่านี้ จะช่วยให้ผลการวิจัยที่ได้มีความแม่นยำและชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในส่วนของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล จะมีทั้งที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และคอยแนะนำข้อมูลต่างๆ ให้แก่ผู้วิจัย ในขณะที่เจ้าหน้าที่บางคนไม่เต็มใจให้ความร่วมมือ โดยให้เหตุผลว่าไม่ได้รับหนังสือแจ้งแต่อย่างใด แม้ว่าผู้วิจัยจะมีหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการแต่เจ้าหน้าที่ก็ปฏิเสธที่จะยินยอมให้เก็บข้อมูลคนไข้ โดยอ้างว่าตนเองยังไม่ได้รับหนังสือหรือ

ไม่ได้รับคำสั่งจากหน่วยงานใด ทำให้ผู้วิจัยต้องเสียเวลาในการประสานงานใหม่อีกครั้ง จึงจะสามารถเก็บข้อมูลได้ตามที่ต้องการ

3) ปัญหาจากการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานฝ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาล

การประสานงานที่ผิดพลาดถือเป็นอุปสรรคอีกอย่างหนึ่งในการดำเนินการเก็บข้อมูล ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลล่าช้าออกไป อาทิ การที่ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อกับแพทย์ได้โดยตรงต้องติดต่อผ่านเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งกว่าที่จะนัดหมายวันเวลาในการสัมภาษณ์ได้ต้องใช้เวลา นานพอสมควร การประสานงานภายในโรงพยาบาลไม่เป็นระบบ โดยการที่หน่วยงานหนึ่งแจ้งว่าอนุมัติให้เก็บข้อมูลได้ แต่อีกหน่วยงานหนึ่งกลับไม่ทราบเรื่อง เมื่อผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูล หน่วยงานที่ไม่ทราบเรื่องจึงไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูล ทำให้ต้องเสียเวลาในการประสานงานกว่าจะ รับทราบทั่วถึงกัน หรือการติดต่อที่ให้รายละเอียดที่ไม่ชัดเจนก็ทำให้เสียเวลาในการเก็บข้อมูลได้ เช่นกัน โดยที่โรงพยาบาลบางแห่งอนุมัติให้สัมภาษณ์สูตินรีแพทย์ได้แต่ไม่ให้เก็บข้อมูลคนไข้ เจ้าหน้าที่กลับโทรศัพท์แจ้งผู้วิจัยแต่เพียงว่าทางโรงพยาบาลอนุมัติแล้ว เมื่อเข้าไปเก็บข้อมูลจึงไม่สามารถทำได้ และกว่าที่จะประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบได้ และรับทราบข้อมูลทั้งหมด ก็เสียเวลาไปเกือบหนึ่งสัปดาห์

4) ปัญหาเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงพบว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นไปอย่างที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากในโรงพยาบาลบางแห่งมีจำนวนบุคลากรแพทย์ไม่มากนัก จึงให้สัมภาษณ์ได้ตามสัดส่วนที่เหมาะสม โดยในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนสามารถให้สัมภาษณ์ได้ เฉพาะแพทย์ประจำเท่านั้น ขณะที่โรงพยาบาลบางแห่งยินดีให้สัมภาษณ์สูตินรีแพทย์ แต่ไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูลคนไข้ เพราะเกรงว่าจะเป็นการรบกวนคนไข้ อีกทั้งสูตินรีแพทย์บางคนได้ปฏิเสธ การให้สัมภาษณ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ต้องดำเนินการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์และคนไข้ของโรงพยาบาลควบคู่กันไป จึงทำให้ผู้วิจัยต้องยุติการดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลแห่งนั้น นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนสูตินรีแพทย์เพศชายในแต่ละโรงพยาบาลมีสัดส่วนที่สูงกว่าเพศหญิงค่อนข้างมาก ซึ่งส่วนใหญ่ในการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์นั้น โรงพยาบาลจะเป็นผู้เลือกแพทย์ให้ โดยขึ้นอยู่กับความสะดวกของโรงพยาบาลและแพทย์แต่ละคน และด้วยระยะเวลาในการวิจัยที่มีจำกัด จึงทำให้สัมภาษณ์สูตินรีแพทย์เพศหญิงได้เพียง 6 คนเท่านั้น

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกแบบมีโครงสร้างคำถาม ซึ่งเป็นสูตินรีแพทย์และคนไข้จากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนทั้งหมด 7 แห่ง ในเขต

กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยสูตินรีแพทย์ทั้งหมด 21 คน เป็นชาย 15 คนและหญิง 6 คน และ
คนไข้จำนวน 50 คน สามารถแจกแจงจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล	จำนวนสูตินรีแพทย์ ทั้งหมด (คน)			จำนวนสูตินรีแพทย์ที่ สัมภาษณ์เจาะลึก (คน)			จำนวนคนไข้ ที่สัมภาษณ์ เจาะลึก (คน)
	ทั้งหมด	ชาย	หญิง	ทั้งหมด	ชาย	หญิง	
1.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	43	34	9	5	3	2	12
2.โรงพยาบาลราชวิถี	34	27	7	5	3	2	6
3.โรงพยาบาลกลาง	7	4	3	3	2	1	7
4.โรงพยาบาลลาดพร้าว	11	9	2	2	2	-	10
5.โรงพยาบาลวิภาวดี	18	10	8	2	1	1	6
6.โรงพยาบาลพญาไท 2	43	27	16	1	1	-	3
7.โรงพยาบาลวิชัยยุทธ	24	16	8	3	3	-	6
รวม	180	127	53	21	15	6	50
คิดเป็นร้อยละ	100	70.6	29.4	100	71.4	28.6	100

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า จำนวนสูตินรีแพทย์กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั้ง 7
แห่ง มีจำนวนทั้งหมด 180 คน ชาย 127 คนและหญิง 53 คน ในส่วนของโรงพยาบาลจุฬาลง
กรณ์ สูตินรีแพทย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะมีทั้งที่เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาล ซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์
ประจำภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 33
คน ชาย 30 คนและหญิง 3 คน และแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2546 จำนวนทั้งหมด 10 คน ชาย 4 คน และหญิง 6 คน สำหรับโรงพยาบาลราชวิถีในส่วนของจำนวนสูตินรีแพทย์ทั้งหมดนั้น เป็นจำนวนของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่นับรวมแพทย์ประจำบ้าน

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มสูตินรีแพทย์จำนวน 21 คน เป็นชาย 15 คนและหญิง 6 คน แม้ว่าจำนวนสูตินรีแพทย์เพศหญิงจะมีน้อยกว่าสูตินรีแพทย์เพศชาย แต่หากพิจารณาจากอัตราส่วนของแพทย์ทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า มีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ จำนวนสูตินรีแพทย์ทั้งหมด 180 คน โดยสูตินรีแพทย์เพศชายคิดเป็นร้อยละ 70.6 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 29.4 ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราส่วนของสูตินรีแพทย์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 21 คน เป็นสูตินรีแพทย์เพศชายคิดเป็นร้อยละ 71.4 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 28.6

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 สูตินรีแพทย์ จำนวน 21 คน ชาย 15 คนและหญิง 6 คน โดยได้สัมภาษณ์เจาะลึกสูตินรีแพทย์ประจำโรงพยาบาลรัฐบาล 3 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลลาดพร้าว โรงพยาบาลพญาไท2 โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลวิชัยยุทธ และกลุ่มที่ 2 คนไข้ จำนวน 100 คน ประกอบด้วย คนไข้ที่สัมภาษณ์เจาะลึก ซึ่งเป็นคนไข้ที่เข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ในโรงพยาบาลกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 50 คน และคนไข้ที่สำรวจความคิดเห็นด้วยการแจกแบบสอบถาม โดยต้องเป็นผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจรักษาจากสูตินรีแพทย์ จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็นคนไข้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 25 คน และคนไข้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป 25 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการแจกแบบสอบถามตามบริเวณโรงพยาบาล และสถานศึกษาต่างๆ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ผลการแจกแจงข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค

สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยเรื่อง การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรคนั้น มีรายละเอียดของการวิเคราะห์ผลการวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการแจกแจงข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับผลการแจกแจงข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มสูตินรีแพทย์ จำนวน 21 คน และกลุ่มคนไข้ จำนวน 100 คน ซึ่งประกอบด้วยคนไข้ที่สัมภาษณ์เจาะลึกจำนวน 50 คน และคนไข้ที่สำรวจความคิดเห็นด้วยแบบสอบถามจำนวน 50 คน สามารถแจกแจงข้อมูลทั่วไปได้ดังนี้

(1) กลุ่มสูตินรีแพทย์

กลุ่มสูตินรีแพทย์ ประกอบด้วยสูตินรีแพทย์จำนวน 21 คน เป็นชาย 15 คน และหญิง 6 คน จากโรงพยาบาลรัฐบาล 3 แห่งและโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง ซึ่งสามารถแจกแจงข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มสูตินรีแพทย์ได้ดังนี้

1. ลักษณะประชากร จำแนกตามอายุ

ต่ำกว่า 30 ปี	จำนวน 2 คน
อายุ 30 - 39 ปี	จำนวน 6 คน
อายุ 40 - 49 ปี	จำนวน 5 คน
50 ปีขึ้นไป	จำนวน 8 คน

2. ลักษณะประชากร จำแนกตามสถานภาพสมรส

โสด	จำนวน 4 คน
สมรส	จำนวน 17 คน

3. ลักษณะประชากร จำแนกตามศาสนา

พุทธ	จำนวน 21 คน
4. สาขาที่มีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะ	
เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์	จำนวน 2 คน
มะเร็งนรีเวช	จำนวน 2 คน
โรคติดเชื้อ	จำนวน 1 คน
มีบุตรยาก	จำนวน 2 คน
ผ่าตัดผ่านกล้อง	จำนวน 1 คน
ทั่วไป	จำนวน 13 คน
5. อายุการทำงาน (เฉพาะทางสูตินรีแพทย์)	
น้อยกว่า 11 ปี	จำนวน 7 คน
11 - 20 ปี	จำนวน 8 คน
ตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป	จำนวน 6 คน

(2) กลุ่มคนไข้

กลุ่มคนไข้ มีจำนวนทั้งหมด 100 คน ประกอบด้วยคนไข้ที่สัมผัสภาวะเฉื่อยช้า จำนวน 50 คน ซึ่งเป็นคนไข้ของโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนทั้งเจ็ดแห่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และคนไข้ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 50 คน ซึ่งเป็นผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจรักษาจากสูตินรีแพทย์ โดยกำหนดให้เป็นคนไข้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 25 คน และคนไข้ที่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 25 คน

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มคนไข้ จำนวน 100 คน ได้นำข้อมูลมาแจกแจงและแสดงผลข้อมูลลักษณะประชากรของคนไข้ โดยการหาค่าแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ คนไข้ที่สัมผัสภาวะเฉื่อยช้า จำนวน 50 คน และคนไข้ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 50 คน ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะประชากรของคนไข้ที่สัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 50 คน

ที่	อายุ (ปี)	สถานภาพสมรส	จำนวนบุตร(คน)	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	จำนวนที่ตรวจ(ครั้ง)	สาเหตุที่ตรวจ
1.	18	สมรส	กำลังตั้งครรภ์	พุทธ	มัธยมศึกษา	อาชีพอิสระ	2 - 5	(ก)
2.	33	โสด	-	พุทธ	อนุปริญญา	รับราชการ	2 - 5	(จ)
3.	20	สมรส	กำลังตั้งครรภ์	พุทธ	อนุปริญญา	แม่บ้าน	6 - 10	(ก), (จ)
4.	23	สมรส	2	พุทธ	มัธยมศึกษา	แม่บ้าน	> 10	(ก), (ข)
5.	26	สมรส	กำลังตั้งครรภ์	พุทธ	มัธยมศึกษา	อาชีพอิสระ	6 - 10	(ก)
6.	28	สมรส	กำลังตั้งครรภ์	พุทธ	มัธยมศึกษา	แม่บ้าน	> 10	(ก), (ข), (ค)
7.	25	สมรส	-	พุทธ	ประถมศึกษา	พนักงานบริษัทเอกชน	6 - 10	(จ)
8.	24	สมรส	1	พุทธ	ประถมศึกษา	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	6 - 10	(ก), (ข), (ค)
9.	33	สมรส	2	พุทธ	ประถมศึกษา	แม่บ้าน	> 10	(ก), (ข), (ค), (ง)
10.	54	สมรส	1	พุทธ	อนุปริญญา	พนักงานบริษัทเอกชน	6 - 10	(ก), (ข), (ค)
11.	45	สมรส	2	พุทธ	ประถมศึกษา	แม่บ้าน	> 10	(ก), (ข), (ค)
12.	46	สมรส	1	พุทธ	ประถมศึกษา	แม่บ้าน	> 10	(ก), (ข), (ง)
13.	50	สมรส	-	พุทธ	ประถมศึกษา	อาชีพอิสระ	> 10	(ง), (จ)
14.	53	สมรส	3	พุทธ	ประถมศึกษา	แม่บ้าน	> 10	(ก), (ข)
15.	28	สมรส	1	พุทธ	มัธยมศึกษา	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	2-5	(ก)

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงลักษณะประชากรของคนไข้ที่สัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 50 คน

ที่	อายุ (ปี)	สถานภาพสมรส	จำนวนบุตร (คน)	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	จำนวนที่ตรวจ(ครั้ง)	สาเหตุที่ตรวจ
16.	27	สมรส	กำลังตั้งครรภ์	พุทธ	มัธยมศึกษา	อาชีพอิสระ	6 - 10	(ก)
17.	26	สมรส	2	พุทธ	อนุปริญญา	อาชีพอิสระ	6 - 10	(ก), (ข), (จ)
18.	26	สมรส	กำลังตั้งครรภ์	พุทธ	มัธยมศึกษา	อาชีพอิสระ	6 - 10	(ก)
19.	26	สมรส	2	พุทธ	ประถมศึกษา	แม่บ้าน	2 - 5	(ก), (ข)
20.	34	สมรส	กำลังตั้งครรภ์	พุทธ	อนุปริญญา	แม่บ้าน	> 10	(ก)
21.	27	สมรส	-	พุทธ	มัธยมศึกษา	แม่บ้าน	2 - 5	(จ)
22.	33	สมรส	2	อิสลาม	มัธยมศึกษา	พนักงานบริษัทเอกชน	> 10	(ก),(ข), (ค),(ง)
23.	31	สมรส	1	พุทธ	อนุปริญญา	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	> 10	(ก), (ข), (ค)
24.	38	สมรส	2	พุทธ	มัธยมศึกษา	แม่บ้าน	> 10	(ก), (ข)
25.	34	สมรส	2	พุทธ	มัธยมศึกษา	แม่บ้าน	> 10	(ก), (ข), (ค), (ง)
26.	42	สมรส	2	พุทธ	มัธยมศึกษา	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	> 10	(ก), (ข), (ค)
27.	58	สมรส	1	พุทธ	ประถมศึกษา	แม่บ้าน	> 10	(ก), (ข), (ง), (จ)
28.	57	สมรส	-	พุทธ	อนุปริญญา	พนักงานบริษัทเอกชน	2 - 5	(ง), (ข)
29.	25	สมรส	-	พุทธ	ปริญญาตรี	รับราชการ	2 - 5	(จ)
30.	27	สมรส	1	พุทธ	ปริญญาโท	แม่บ้าน	2 - 5	(ก), (ข), (ค), (ง)

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงลักษณะประชากรของคนไข้ที่สัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 50 คน

ที่	อายุ (ปี)	สถานภาพสมรส	จำนวนบุตร (คน)	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	จำนวนที่ตรวจ(ครั้ง)	สาเหตุที่ตรวจ
31.	23	โสด	-	พุทธ	ปริญญาตรี	นักศึกษา	1	(จ)
32.	20	โสด	-	พุทธ	ปริญญาตรี	นักศึกษา	1	(จ)
33.	26	สมรส	1	พุทธ	ปริญญาตรี	อาชีพอิสระ	6 - 10	(ก)
34.	28	สมรส	กำลังตั้งครรภ์	คริสต์	ปริญญาตรี	รับราชการ	> 10	(ก), (ข), (ค)
35.	30	สมรส	1	พุทธ	ปริญญาตรี	อาชีพอิสระ	6 - 10	(ก), (ข), (จ)
36.	31	สมรส	-	พุทธ	ปริญญาตรี	พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2 - 5	(จ), (ข)
37.	34	สมรส	กำลังตั้งครรภ์	พุทธ	ปริญญาตรี	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	6 - 10	(ก)
38.	19	โสด	-	พุทธ	ปริญญาตรี	นักศึกษา	2 - 5	(จ)
39.	24	โสด	-	พุทธ	ปริญญาตรี	นักศึกษา	1	(จ)
40.	56	สมรส	-	พุทธ	ปริญญาตรี	พนักงานบริษัทเอกชน	> 10	(ง), (จ)
41.	38	สมรส	2	พุทธ	ปริญญาตรี	พนักงานบริษัทเอกชน	> 10	(ก), (ข), (ค), (ง), (ข)
42.	29	สมรส	1	พุทธ	ปริญญาตรี	อาชีพอิสระ	> 10	(ก), (ข), (ค), (ง)
43.	41	สมรส	2	พุทธ	ปริญญาตรี	รับราชการ	> 10	(ก), (ข), (ค), (ง)
44.	39	โสด	-	พุทธ	ปริญญาตรี	แม่บ้าน	2 - 5	(จ)
45.	41	สมรส	-	พุทธ	ปริญญาตรี	พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2 - 5	(ง), (จ)

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงลักษณะประชากรของคนไข้ที่สัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 50 คน

ที่	อายุ (ปี)	สถานภาพสมรส	จำนวนบุตร (คน)	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	จำนวนที่ตรวจ(ครั้ง)	สาเหตุที่ตรวจ
46.	41	สมรส	2	พุทธ	ปริญญาตรี	รับราชการ	6 - 10	(ก), (ข), (ค)
47.	43	สมรส	-	พุทธ	ปริญญาตรี	อาชีพอิสระ	2 - 5	(ง)
48.	58	สมรส	2	พุทธ	ปริญญาตรี	รับราชการ	6 - 10	(ก), (ข), (ง), (ช)
49.	55	โสด	-	พุทธ	ปริญญาตรี	รับราชการ	6 - 10	(ง), (ช)
50.	61	สมรส	2	พุทธ	ปริญญาตรี	แม่บ้าน	> 10	(ก), (ข), (ง), (ช)

หมายเหตุ

(ก) = ฟากครรภ์

(ข) = คลอดบุตร

(ค) = ตรวจสุขภาพหลังคลอด

(ง) = ตรวจเซลล์มะเร็ง

(จ) = โรคทางนรีเวช (ติดเชื้อ, ปวดระดู)

(ฉ) = วางแผนครอบครัว

(ช) = วัยหมดระดู

(ฌ) = ครรภ์ไข่ปลาอุก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 3 สามารถสรุปภาพโดยรวมของลักษณะประชากรของกลุ่มคนไข้ที่ทำการ
สัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 50 คน ได้ดังนี้

(1) ลักษณะประชากร จำแนกตามอายุ

ต่ำกว่า 20 ปี	จำนวน	2	คน
20 - 29 ปี	จำนวน	20	คน
30 - 39 ปี	จำนวน	12	คน
40 - 49 ปี	จำนวน	7	คน
50 ปีขึ้นไป	จำนวน	9	คน

(2) ลักษณะประชากร จำแนกตามสถานภาพสมรส

สมรส	จำนวน	43	คน
โสด	จำนวน	7	คน

(3) ลักษณะประชากร จำแนกตามศาสนา

พุทธ	จำนวน	48	คน
คริสต์	จำนวน	1	คน
อิสลาม	จำนวน	1	คน

(4) ลักษณะประชากร จำแนกตามระดับการศึกษา

ประถมศึกษา	จำนวน	9	คน
มัธยมศึกษา	จำนวน	12	คน
อนุปริญญา	จำนวน	7	คน
ปริญญาตรี	จำนวน	21	คน

ปริญญาโท	จำนวน	1	คน
(5) ลักษณะประชากร จำแนกตามอาชีพหลัก			
นักศึกษา	จำนวน	4	คน
รับราชการ	จำนวน	7	คน
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	จำนวน	2	คน
พนักงานบริษัทเอกชน	จำนวน	5	คน
อาชีพอิสระ	จำนวน	11	คน
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	จำนวน	5	คน
แม่บ้าน	จำนวน	16	คน
(6) จำนวนที่เข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์			
1 ครั้ง	จำนวน	3	คน
2-5 ครั้ง	จำนวน	13	คน
6-10 ครั้ง	จำนวน	14	คน
มากกว่า 10 ครั้ง	จำนวน	20	คน
(7) สาเหตุที่เข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)			
ฝากครรภ์	จำนวน	34	คน
คลอดบุตร	จำนวน	25	คน
ตรวจสุขภาพหลังคลอด	จำนวน	15	คน
ตรวจเซลล์มะเร็ง	จำนวน	16	คน
โรคทางนรีเวช (ปวดระดู, โรคติดเชื้อ)	จำนวน	20	คน

วางแผนครอบครัว	จำนวน	1	คน
วัยหมดระดู	จำนวน	4	คน
ครรภ์ไข่ปลาอุก	จำนวน	1	คน

สรุปภาพรวมของลักษณะประชากรของกลุ่มคนไข้ที่สัมพันธ์ภาวะโลหิตในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 29 ปี และ 30 - 39 ปี สมรสแล้วและนับถือศาสนาพุทธ สำหรับระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา คนไข้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน ในส่วนของข้อมูลในการเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์มาแล้วมากกว่า 10 ครั้ง สำหรับสาเหตุที่เข้ารับการตรวจเนื่องด้วยฝากครรภ์ มากที่สุด รองลงมา คือ คลอดบุตร โรคทางนรีเวช และตรวจเซลล์มะเร็ง ตามลำดับ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะประชากรของคนไข้ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 50 คน

ที่	อายุ (ปี)	สถานภาพสมรส	จำนวนบุตร (คน)	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	จำนวนที่ตรวจ(ครั้ง)	สาเหตุที่ตรวจ
1.	17	โสด	-	พุทธ	มัธยมศึกษา	นักเรียน	1	(จ)
2.	23	โสด	-	พุทธ	อนุปริญญา	นักศึกษา	2 - 5	(จ)
3.	20	สมรส	กำลังตั้งครรภ์	พุทธ	อนุปริญญา	แม่บ้าน	2 - 5	(ก), (จ)
4.	29	โสด	-	พุทธ	มัธยมศึกษา	แม่บ้าน	2 - 5	(จ)
5.	26	โสด	-	พุทธ	อนุปริญญา	อาชีพอิสระ	1	(จ)
6.	30	สมรส	กำลังตั้งครรภ์	พุทธ	มัธยมศึกษา	แม่บ้าน	2 - 5	(ก)
7.	28	โสด	-	พุทธ	ประถมศึกษา	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	2 - 5	(จ)
8.	30	โสด	-	พุทธ	ประถมศึกษา	อาชีพอิสระ	6 - 10	(จ)
9.	34	หม้าย	-	พุทธ	มัธยมศึกษา	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	2 - 5	(ง), (จ)
10.	40	สมรส	2	พุทธ	อนุปริญญา	พนักงานบริษัทเอกชน	2 - 5	(ก), (ข), (ค)
11.	35	หม้าย	2	พุทธ	ประถมศึกษา	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	6 - 10	(ก), (ข), (ค)
12.	36	โสด	-	พุทธ	ประถมศึกษา	อาชีพอิสระ	1	(จ)
13.	51	สมรส	1	พุทธ	อนุปริญญา	พนักงานบริษัทเอกชน	2 - 5	(ก), (ข), (ค), (ข)
14.	53	โสด	-	พุทธ	ประถมศึกษา	อาชีพอิสระ	2 - 5	(ง), (จ)
15.	45	โสด	-	พุทธ	อนุปริญญา	พนักงานบริษัทเอกชน	2 - 5	(ง), (ข)

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงลักษณะประชากรของคนที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 50 คน

ที่	อายุ (ปี)	สถานภาพสมรส	จำนวนบุตร (คน)	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	จำนวนที่ตรวจ(ครั้ง)	สาเหตุที่ตรวจ
16.	41	โสด	-	พุทธ	มัธยมศึกษา	อาชีพอิสระ	6 - 10	(ง)
17.	46	โสด	-	พุทธ	ประถมศึกษา	อาชีพอิสระ	1	(จ)
18.	50	สมรส	1	พุทธ	มัธยมศึกษา	พนักงานบริษัทเอกชน	2 - 5	(ก), (ข)
19.	46	โสด	-	พุทธ	อนุปริญญา	รับราชการ	2 - 5	(ง)
20.	54	โสด	-	พุทธ	มัธยมศึกษา	แม่บ้าน	2 - 5	(ง), (จ)
21.	45	โสด	-	พุทธ	มัธยมศึกษา	พนักงานบริษัทเอกชน	2 - 5	(จ)
22.	42	โสด	-	พุทธ	อนุปริญญา	รับราชการ	2 - 5	(ง), (ข)
23.	31	โสด	-	พุทธ	มัธยมศึกษา	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	2 - 5	(จ)
24.	38	สมรส	-	พุทธ	มัธยมศึกษา	แม่บ้าน	2 - 5	(ข)
25.	19	โสด	-	คริสต์	มัธยมศึกษา	นักเรียน	1	(จ)
26.	26	โสด	-	พุทธ	ปริญญาตรี	นักศึกษา	2 - 5	(จ)
27.	30	โสด	-	พุทธ	ปริญญาตรี	พนักงานบริษัทเอกชน	1	(จ)
28.	30	สมรส	1	พุทธ	ปริญญาตรี	รับราชการ	2 - 5	(ก), (ข)
29.	32	สมรส	2	พุทธ	ปริญญาตรี	พนักงานบริษัทเอกชน	> 10	(ก), (ข), (ค), (ง)
30.	22	โสด	-	พุทธ	ปริญญาตรี	นักศึกษา	2 - 5	(จ)

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงลักษณะประชากรของคนไข้ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 50 คน

ที่	อายุ (ปี)	สถานภาพสมรส	จำนวนบุตร (คน)	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	จำนวนที่ตรวจ(ครั้ง)	สาเหตุที่ตรวจ
31.	29	สมรส	1	พุทธ	ปริญญาตรี	อาชีพอิสระ	2 - 5	(ก), (ข), (ค)
32.	63	สมรส	3	พุทธ	ปริญญาตรี	อาชีพอิสระ	> 10	(ก), (ข), (ค)
33.	40	โสด	-	พุทธ	ปริญญาโท	รับราชการ	2 - 5	(ง)
34.	21	โสด	-	พุทธ	ปริญญาตรี	นักศึกษา	1	(จ)
35.	32	สมรส	1	พุทธ	ปริญญาตรี	อาชีพอิสระ	6 - 10	(ข), (ค), (ง)
36.	31	สมรส	-	พุทธ	ปริญญาตรี	อาชีพอิสระ	2 - 5	(จ), (ฉ)
37.	34	สมรส	2	พุทธ	ปริญญาตรี	พนักงานบริษัทเอกชน	1	(จ)
38.	39	สมรส	1	พุทธ	ปริญญาตรี	รับราชการ	2 - 5	(ก), (ข), (ค)
39.	27	โสด	-	พุทธ	ปริญญาโท	พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6 - 10	(ง), (จ)
40.	36	สมรส	2	พุทธ	ปริญญาตรี	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	> 10	(ก), (ข), (ค), (ง)
41.	38	สมรส	2	พุทธ	ปริญญาตรี	พนักงานบริษัทเอกชน	> 10	(ก), (ข), (ค), (ง)
42.	45	โสด	-	คริสต์	ปริญญาตรี	รับราชการ	2 - 5	(ง), (ข)
43.	49	สมรส	3	พุทธ	ปริญญาตรี	อาชีพอิสระ	2 - 5	(ก), (ข), (ค)
44.	47	โสด	-	พุทธ	ปริญญาตรี	พนักงานบริษัทเอกชน	2 - 5	(ง)
45.	47	สมรส	1	พุทธ	ปริญญาตรี	รับราชการ	6 - 10	(ก),(ข),(ค),(ง),(ฉ)

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงลักษณะประชากรของคนไข้ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 50 คน

ที่	อายุ (ปี)	สถานภาพสมรส	จำนวนบุตร (คน)	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	จำนวนที่ตรวจ(ครั้ง)	สาเหตุที่ตรวจ
46.	52	โสด	-	พุทธ	ปริญญาตรี	อาชีพอิสระ	2 - 5	(ง), (ข)
47.	55	สมรส	1	พุทธ	ปริญญาตรี	อาชีพอิสระ	> 10	(ก), (ข), (ค), (ง)
48.	40	โสด	-	พุทธ	ปริญญาตรี	รับราชการ	2 - 5	(ง), (จ),
49.	55	โสด	-	คริสต์	ปริญญาตรี	รับราชการ	2 - 5	(ง), (จ), (ข)
50.	61	สมรส	1	พุทธ	ปริญญาโท	แม่บ้าน	> 10	(ก),(ข),(ค),(ง),(ข)

หมายเหตุ

(ก) = ฝากครรภ์

(ข) = คลอดบุตร

(ค) = ตรวจสุขภาพหลังคลอด

(ง) = ตรวจเซลล์มะเร็ง

(จ) = โรคทางนรีเวช (ติดเชื้อ, ปวดระดู)

(ฉ) = วางแผนครอบครัว

(ช) = วัยหมดระดู

(ฅ) = ครรภ์ไข่ปลาอุก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 4 สามารถสรุปภาพโดยรวมของลักษณะประชากรของกลุ่มคนไข้ที่ทำการสำรวจความคิดเห็นด้วยแบบสอบถาม จำนวน 50 คน ได้ดังนี้

(1) ลักษณะประชากร จำแนกตามอายุ

ต่ำกว่า 20 ปี	จำนวน	2	คน
20 - 29 ปี	จำนวน	10	คน
30 - 39 ปี	จำนวน	16	คน
40 - 49 ปี	จำนวน	13	คน
50 ปีขึ้นไป	จำนวน	9	คน

(2) ลักษณะประชากร จำแนกตามสถานภาพสมรส

สมรส	จำนวน	28	คน
โสด	จำนวน	20	คน
หม้าย	จำนวน	2	คน

(3) ลักษณะประชากร จำแนกตามศาสนา

พุทธ	จำนวน	47	คน
คริสต์	จำนวน	3	คน

(4) ลักษณะประชากร จำแนกตามระดับการศึกษา

ประถมศึกษา	จำนวน	6	คน
มัธยมศึกษา	จำนวน	11	คน
อนุปริญญา	จำนวน	8	คน
ปริญญาตรี	จำนวน	22	คน

ปริญญาโท	จำนวน	3	คน
----------	-------	---	----

(5) ลักษณะประชากร จำแนกตามอาชีพหลัก

นักเรียน / นักศึกษา	จำนวน	6	คน
รับราชการ	จำนวน	9	คน
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	จำนวน	1	คน
พนักงานบริษัทเอกชน	จำนวน	10	คน
อาชีพอิสระ	จำนวน	13	คน
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	จำนวน	5	คน
แม่บ้าน	จำนวน	6	คน

(6) จำนวนที่เข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์

1 ครั้ง	จำนวน	8	คน
2-5 ครั้ง	จำนวน	30	คน
6-10 ครั้ง	จำนวน	6	คน
มากกว่า 10 ครั้ง	จำนวน	6	คน

(7) สาเหตุที่เข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ฝากครรภ์	จำนวน	17	คน
คลอดบุตร	จำนวน	16	คน
ตรวจสุขภาพหลังคลอด	จำนวน	13	คน
ตรวจเซลล์มะเร็ง	จำนวน	21	คน
โรคทางนรีเวช (ปวดระดู, โรคติดเชื้อ)	จำนวน	25	คน

วางแผนครอบครัว	จำนวน	2	คน
วัยหมดระดู	จำนวน	8	คน

สรุปภาพรวมของลักษณะประชากรของกลุ่มคนไข้ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 50 คน พบว่า คนไข้ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30 - 39 ปี สมรสแล้วและนับถือศาสนาพุทธ สำหรับระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา คนไข้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอิสระ รองลงมา คือ พนักงานบริษัทเอกชน และรับราชการ ตามลำดับ ในส่วนของข้อมูลในการเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์พบว่า คนไข้ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ จำนวน 2-5 ครั้ง สำหรับสาเหตุที่เข้ารับการตรวจเนื่องด้วยโรคทางนรีเวชมากที่สุด รองลงมา คือ ตรวจเซลล์มะเร็ง ฝากครรภ์ และคลอดบุตรตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค

สำหรับผลการวิจัยเรื่อง การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค จะนำเสนอโดยเรียงลำดับ เพื่อตอบปัญหานั้นวิจัยแต่ละข้อ คือ

ปัญหานั้นวิจัยข้อที่ 1 สูตินรีแพทย์กับคนไข้มีวิธีการสื่อสารอย่างไรบ้าง ในการตรวจรักษาโรค

ปัญหานั้นวิจัยข้อที่ 2 ปัญหาใดบ้างที่พบในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค

ปัญหานั้นวิจัยข้อที่ 3 สูตินรีแพทย์เพศชายและเพศหญิงพบปัญหาในการสื่อสารกับคนไข้แตกต่างกันอย่างไรบ้าง

ปัญหานั้นวิจัยข้อที่ 4 คนไข้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและต่ำกว่าปริญญาตรี พบปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์แตกต่างกันอย่างไรบ้าง

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 1 สูตินรีแพทย์กับคนไข้มีวิธีการสื่อสารอย่างไรบ้างในการตรวจรักษาโรค

สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยเพื่อตอบปัญหานำวิจัยข้อที่ 1 ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ภาพรวมของการเข้ารับบริการตรวจในคลินิกสูตินรีเวชกรรม

ส่วนที่ 2 วิธีการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์ในการตรวจรักษาโรค

สำหรับในส่วนนี้จะนำเสนอผลการวิจัย ตามลำดับของสถานการณ์สื่อสาร เหตุการณ์สื่อสาร และวัจนกรรมสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค ดังนี้

1. การกล่าวทักทายและต้อนรับ
2. การซักถามอาการและตรวจวินิจฉัยโรค

2.1 การซักถามอาการ

2.1.1 การใช้คำแทนตัวเองและเรียกขานคู่สนทนา

2.1.2 การซักถามประวัติคนไข้เรื่องเพศสัมพันธ์

2.1.3 วิธีการเสริมสร้างการสื่อสารเชิงบวกของสูตินรีแพทย์กับคนไข้

- (1) การซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย
- (2) การจดจำข้อมูลและรายละเอียดของคนไข้ เพื่อสร้างความประทับใจ
- (3) การใช้อารมณ์ขัน เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายขึ้น

2.2 การตรวจร่างกาย

2.2.1 การสื่อสารของสูตินรีแพทย์ ในกรณีคนไข้ต้องเข้ารับการตรวจภายใน

2.2.2 การใช้คำขอโทษหรือบอกขั้ตอนแก่คนไข้ เมื่อมีการตรวจร่างกาย

3. การชี้แจงข้อวินิจฉัย

3.1 การชี้แจงข้อวินิจฉัย ในกรณีที่คนไข้เป็นโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง ทารกในครรภ์ผิดปกติ เป็นต้น

3.2 การใช้ศัพท์วิชาการหรือศัพท์เฉพาะทางในการชี้แจงข้อวินิจฉัยแก่คนไข้

4. การอธิบายวิธีการรักษา

5. การกล่าวก่อนอำลา

6. การกล่าวอำลา

สำหรับรายละเอียดของผลการวิจัยเรื่อง การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ภาพรวมของการเข้ารับบริการตรวจในคลินิกสูตินรีเวชกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ทั้งในส่วนของการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์และคนไข้ รวมทั้งการแจกแบบสอบถามเพื่อสำรวจความคิดเห็น จากการสังเกตการณ์ขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้งเจ็ดแห่ง สรุปได้ว่า ลักษณะการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนนั้นมีความแตกต่างกัน ซึ่งจุดที่เห็นเด่นชัดที่สุด คือ เรื่องค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับโดยทั่วกันว่า การเข้ารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนจะมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า ยกเว้นโรงพยาบาลลาดพร้าวที่คนไข้ส่วนหนึ่งใช้บริการของประกันสังคม จึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา นอกจากนี้ในเรื่องของจำนวนคนไข้ที่เข้ารับบริการในแต่ละวันพบว่า โรงพยาบาลรัฐบาลมีจำนวนคนไข้มากกว่าหลายเท่าตัว ทำให้คนไข้ต้องนั่งรอเป็นคิวยาว ซึ่งกว่าจะได้พบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษา คนไข้บางคนอาจต้องรอเป็นเวลานานกว่า 1 ชั่วโมง และเนื่องด้วยจำนวนคนไข้ที่รอคิวอยู่ก็มากมาย ทำให้ระยะเวลาในการตรวจรักษาคนไข้แต่ละรายค่อนข้างสั้น ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนคนไข้ในแต่ละวันไม่มาก

นัก คนไข้ส่วนใหญ่มีการนัดหมายการตรวจรักษาล่วงหน้า ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนคนไข้ที่มีไม่มากนัก ทั้งมีจำนวนแพทย์เพียงพอในการให้บริการคนไข้ ทำให้คนไข้มีเวลาในการสนทนากับแพทย์ค่อนข้างนาน ไม่มีการควบคุมระยะเวลา ทำให้การตรวจรักษาเป็นไปอย่างไม่เร่งรีบ อย่างไรก็ตาม อาจจะมีบางช่วงเวลาที่คนไข้ต้องรอคิวบ้าง แต่ส่วนใหญ่จะไม่เกิน 30 นาที ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน เช่น แพทย์กำลังผ่าตัดคนไข้รายอื่น หรือคนไข้มาก่อนเวลานัดแต่แพทย์ยังไม่ถึง เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่าในโรงพยาบาลรัฐบาลมีจำนวนของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลไม่เพียงพอ ทำให้บางครั้งภายในห้องตรวจจะไม่มีผู้ช่วยหรือพยาบาลอยู่กับแพทย์และคนไข้ ขณะที่ในการตรวจแต่ละครั้งของโรงพยาบาลเอกชน แพทย์หนึ่งคนจะต้องมีผู้ช่วยหนึ่งคนเสมอ ซึ่งเป็นกฎของโรงพยาบาล โดยเฉพาะสูตินรีแพทย์ที่เป็นเพศชาย ถือเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง มีบุคคลที่สามที่เป็นผู้หญิงอยู่ในห้องตรวจด้วย เพราะคนไข้ทุกคนที่เข้ารับการตรวจเป็นผู้หญิง ดังนั้นเพื่อความสบายใจของทั้งแพทย์และคนไข้ ภายในห้องตรวจจึงต้องมีบุคคลที่สามอยู่ด้วย ด้วยเหตุที่มีบุคลากรไม่เพียงพอนี้เอง โรงพยาบาลรัฐบาลจึงสร้างสถานที่ให้เป็นห้องเปิด ทั้งนี้ในส่วน of โรงพยาบาลกลางและโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยมีโอกาสเข้าไปสัมผัสภาพณ์แพทย์ในห้องตรวจ จึงมีโอกาสเห็นบรรยากาศทั้งภายนอกและภายในห้องตรวจพบว่า ห้องตรวจจะเป็นแนวยาวมีหลายๆ ห้องติดกัน ด้านหลังจะเปิดโล่ง อาจมีม่านกันเล็กน้อย ซึ่งหากเป็นเพียงการซักถามอาการและประวัติคนไข้ ส่วนใหญ่แพทย์จะเปิดโล่งไว้ ซึ่งจะมีแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเดินผ่านไปมาได้ ส่วนคนนอกห้ามเข้า แต่หากเป็นการตรวจภายในจะมีห้องที่แยกไว้ต่างหาก

ส่วนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ห้องตรวจมีลักษณะคล้ายกับโรงพยาบาลเอกชน กล่าวคือ ลักษณะห้องตรวจโรคแบ่งเป็นหลายๆ ห้องติดกัน แต่จะห้องจะแยกกันและค่อนข้างมีคิติด จำนวนห้องจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งจัดแผนกสูติฯ ไว้แยกจากแผนกอื่น แต่บางแห่งจัดไว้ใกล้กับแผนกกุมารเวชกรรม ภายในห้องจัดไว้อย่างเป็นสัดส่วน แบ่งเป็นส่วนของการซักถามประวัติและอาการ ประกอบด้วย โต๊ะ เก้าอี้ และเตียงตรวจร่างกาย และส่วนที่เป็นบริเวณตรวจภายในจัดอยู่ถัดไปด้านหลัง โดยมีม่านกันไว้อีกชั้นหนึ่ง ซึ่งสามารถซักถามอาการและตรวจภายในได้ในห้องเดียวกัน

สำหรับขั้นตอนในการขอรับบริการพบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ หากคนไข้ไม่ได้มีการนัดหมายล่วงหน้า ก่อนอื่นต้องมาติดต่อที่แผนกทะเบียน ซึ่งหากเป็นคนไข้ใหม่ก็ต้องกรอกประวัติส่วนตัว แต่หากเป็นคนไข้เก่าเพียงแสดงบัตรประจำตัวคนไข้และแจ้งว่าต้องการขอรับบริการที่แผนกสูติฯ จากนั้นเจ้าหน้าที่จะแนะนำว่าต้องไปที่บริเวณใด เมื่อมาถึง

แผนกสูติฯ แล้วก็รอเรียกชื่อ ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่พยาบาลมักจะเรียกชื่อคนไข้เพื่อให้มาซึ่งน้ำหนัก วัดความดันและสอบถามอาการเล็กๆ น้อยๆ หากเป็นคนไข้ฝากครรภ์หลังจากซึ่งน้ำหนักแล้ว จะต้องนำตัวอย่างของปัสสาวะมาให้พยาบาลตรวจก่อนพบแพทย์ทุกครั้ง แต่หากเป็นคนไข้รีเวซกิ้ง นิ่งรอคิวเพื่อรอเรียกต่อไป เมื่อพยาบาลเรียกชื่อ คนไข้ก็เข้าไปพบแพทย์ในห้องตรวจ

ส่วนที่ 2 วิธีการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค

จากการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกสูตินรีแพทย์และคนไข้ รวมทั้งสำรวจความคิดเห็นทั่วไปของคนไข้ด้วยแบบสอบถามพบว่า การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรคนั้น มีภาพรวมขององค์ประกอบในการสนทนาไม่แตกต่างไปจากการสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรคทั่วไป ซึ่งสามารถแบ่งตามลำดับของสถานการณ์สื่อสาร (communication situation) ในการตรวจรักษาโรคระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ได้เป็น 6 เหตุการณ์สื่อสาร (communication events) คือ การกล่าวทักทายและต้อนรับ การซักถามอาการ และตรวจวินิจฉัยโรค การชี้แจงข้อวินิจฉัย การอธิบายวิธีการรักษา การกล่าวก่อนอำลา และการกล่าวอำลา ทั้งนี้ในการยกตัวอย่างคำพูดจากการให้สัมภาษณ์ของสูตินรีแพทย์และคนไข้ ชื่อที่นำมายกตัวอย่าง จะเป็นเพียงชื่อที่สมมติขึ้นมาเท่านั้น แต่ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะประชากร อาทิ อายุ ระดับการศึกษา หรืออาชีพ จะเป็นข้อมูลจริงของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มีดังนี้

1. การกล่าวทักทายและต้อนรับ

เมื่อคนไข้ได้รับการเรียกจากเจ้าหน้าที่ให้เข้าไปพบสูตินรีแพทย์ในห้องตรวจ ซึ่งโดยปกติแพทย์จะนั่งรอคนไข้อยู่ที่โต๊ะซักอาการอยู่แล้ว เมื่อคนไข้เดินเข้ามาในห้อง ส่วนใหญ่พบว่าแพทย์จะเปิดผู้เริ่มต้นเปิดการสนทนา ด้วยการกล่าวทักทายต้อนรับ โดยผลการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ ในขั้นตอนของการกล่าวทักทายและต้อนรับ มีดังนี้

สูตินรีแพทย์

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสูตินรีแพทย์จำนวน 21 คน ในโรงพยาบาลทั้งเจ็ดแห่ง พบว่าส่วนใหญ่แพทย์จะเป็นผู้เริ่มเปิดการสนทนาในการตรวจรักษาโรค ซึ่งเป็นการต้อนรับคนไข้ และยินดีที่จะให้บริการตรวจรักษาคนไข้ โดยจากการสอบถามความคิดเห็นของสูตินรีแพทย์เกี่ยวกับการกล่าวทักทายเพื่อเปิดการสนทนานั้น สามารถแสดงข้อมูลได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5 แสดงการกล่าวทักทายและต้อนรับ จากการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์

ผู้ที่เริ่มกล่าวคำทักทาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูตินรีแพทย์	15	71.4
คนไข้	6	28.6
รวม	21	100

ผลการวิจัยจากตารางที่ 5 พบว่า สูตินรีแพทย์ประมาณร้อยละ 71.4 เมื่อเจอกับคนไข้ครั้งแรกมักเป็นผู้ที่เริ่มกล่าวทักทายและต้อนรับคนไข้ก่อน เช่น สวัสดีครับ/ค่ะ, หวัดดีครับ/ค่ะ, บางครั้งอาจกล่าวว่า “สวัสดีครับ/ค่ะ..คุณ(ชื่อคนไข้)” ทั้งนี้เพื่อส่วนหนึ่งจะได้เป็นการตรวจสอบว่า คนไข้ที่เข้ามารับการตรวจมีชื่อตรงกับแฟ้มประวัติหรือไม่ นอกจากนั้นอีกส่วนหนึ่งพบว่าคนไข้จะเป็นผู้กล่าวทักทายก่อน โดยจะเริ่มเมื่อคนไข้เข้ามาในห้องตรวจและพบแพทย์นั่งรออยู่แล้วนั้น คนไข้มักจะยกมือไหว้พร้อมกล่าวคำทักทาย เช่น สวัสดีค่ะ, หวัดดีค่ะ คุณหมอ เป็นต้น ทั้งนี้สูตินรีแพทย์ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ว่า

“ยิ่งแพทย์อายุเยอะมากขึ้น คนไข้ที่เข้ามาก็จะยิ่งทักทายก่อน ตามความอาวุโสของแพทย์ แต่หากมีความคุ้นเคยคำทักทายก็จะเปลี่ยนไป”

(นายแพทย์สมรักษ์ อายุ 39 ปี อายุการทำงาน 11 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

คนไข้

สำหรับความคิดเห็นของคนไข้จำนวน 100 คน พบว่าสอดคล้องกับข้อมูลจากสูตินรีแพทย์ กล่าวคือ เมื่อเข้าคนไข้ไปในห้องตรวจ ส่วนใหญ่แพทย์มักจะเป็นผู้กล่าวทักทายคนไข้ก่อน โดยมักกล่าวว่า สวัสดีครับ/ค่ะ, หวัดดีครับ/ค่ะ, หวัดดีครับ/ค่ะ คุณ..(ชื่อคนไข้) เมื่อแพทย์กล่าวทักทายคนไข้แล้ว คนไข้มักจะยกมือไหว้พร้อมกล่าวสวัสดิ์เช่นกัน สามารถแจกแจงข้อมูลได้ดังนี้

ตารางที่ 6 แสดงการกล่าวทักทายและต้อนรับ จากการสัมภาษณ์คนไข้

ผู้ที่เริ่มกล่าวคำทักทาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูตินรีแพทย์	76	76.0
คนไข้	24	24.0
รวม	100	100

จากตารางที่ 6 พบว่า คนไข้ให้ข้อมูลว่าเมื่อเข้าไปในห้องตรวจ ส่วนใหญ่สูตินรีแพทย์มักเป็นผู้กล่าวทักทาย ส่วนคนไข้ก็ร้อยละ 24.0 จะกล่าวทักทายแพทย์ก่อน ด้วยการกล่าวสวัสดิ์พร้อมยกมือไหว้ จากนั้นแพทย์อาจยกมือรับไหว้แล้วกล่าวสวัสดิ์ตอบรับ หรือกล่าวตอบรับอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเชื้อเชิญให้คนไข้นั่ง เช่น หวัดดีครับ เชิญครับ, เชิญนั่งเลยครับ เป็นต้น

เมื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในเหตุการณ์สื่อสาร (communication event) ขั้นตอนการกล่าวทักทายและต้อนรับทั้งจากสูตินรีแพทย์และคนไข้พบว่า เป็นไปในแนวทางเดียวกัน กล่าวคือ สูตินรีแพทย์มักจะเป็นผู้เปิดการสนทนาด้วยการกล่าวทักทายและต้อนรับแก่คนไข้ก่อน ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์ในบริบทการสื่อสาร และบทบาทหน้าที่ของแพทย์ ทำให้แพทย์เป็นผู้ควบคุมการสื่อสารมากกว่าคนไข้ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า อัตราส่วนของทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 75 ในขณะที่กลุ่มที่เห็นว่าคนไข้มักเป็นกล่าวทักทายแพทย์ก่อนนั้นมีเพียงประมาณร้อยละ 25 เท่านั้น

อย่างไรก็ตามหากเป็นกรณีที่คนไข้มาพบแพทย์หลายครั้งจนแพทย์จำได้ และเกิดความคุ้นเคยหรือสนิทสนมกันแล้ว คำทักทายของแพทย์จะเปลี่ยนไปบ้าง เช่น อ้าว คุณ..(ชื่อคนไข้)

เชิญนั่งครับ, เป็นยังไงบ้างครับ, ไข้หวัดดีครับ เป็นต้น จากนั้นเมื่อกล่าวคำทักทายซึ่งกันและกันเป็นที่เรียบร้อยแล้ว สูตินรีแพทย์จะเชิญคนไข้ขึ้น เพื่อซักถามประวัติและอาการของโรคต่อไป

2. การซักถามอาการและตรวจวินิจฉัยโรค

สำหรับเหตุการณ์สื่อสาร (communication event) ในขั้นตอนการซักถามอาการและตรวจวินิจฉัยโรคนั้น แพทย์จะซักถามลักษณะอาการจากคนไข้อย่างละเอียด รวมทั้งซักถามเกี่ยวกับประวัติอาการป่วยในอดีต เช่น ประวัติการตรวจร่างกาย การรับประทานยา เป็นต้น เมื่อได้ประวัติและรายละเอียดเกี่ยวกับอาการป่วยของคนไข้แล้ว จากนั้นแพทย์จะทำการตรวจร่างกายคนไข้ ซึ่งขณะที่แพทย์ซักถามอาการและตรวจร่างกายนั้น แพทย์ได้วินิจฉัยโรคไปด้วยพร้อมกัน ขั้นตอนนี้จึงถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เพราะมีผลโดยตรงต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์

โดยส่วนใหญ่แพทย์จะเป็นผู้เปิดการสนทนา ด้วยการถามที่เปิดโอกาสให้คนไข้ได้เล่าอาการป่วยได้อย่างอิสระเต็มที่ เช่น เป็นยังไงครับ/ค่ะ, วันนี้เป็นอะไรมาครับ/ค่ะ เป็นต้น ส่วนอีกลักษณะก็คือ แพทย์ใช้คำถามแบบตอบรับหรือปฏิเสธ ซึ่งมักจะพบในกรณีที่พยาบาลได้มีการสอบถามอาการคร่าวๆ ไว้แล้วบันทึกส่งให้แพทย์ แพทย์จึงพอจะทราบเบื้องต้นว่าคนไข้มีอาการเป็นอย่างไร สำหรับคำพูดที่ใช่ ตัวอย่างเช่น มีตกขาวมาหรือครับ, ประจำเดือนไม่มาหรือ นานเท่าไรแล้ว เป็นต้น ในขั้นตอนของการซักถามอาการและตรวจวินิจฉัยระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ โดยทั่วไปจะมีลักษณะไม่แตกต่างไปจากการสอบถามอาการของแพทย์ทุกๆ ไป แต่จะมีการซักถามบางคำถามและการตรวจวินิจฉัยบางอย่างที่เป็นลักษณะเฉพาะของสูตินรีแพทย์ อาทิ การซักถามประวัติเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ของคนไข้ การตรวจภายใน ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถเข้าไปสังเกตการณ์ในห้องตรวจ ในขณะที่สูตินรีแพทย์กับคนไข้สื่อสารกันได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะในประเด็นที่น่าสนใจ และเป็นลักษณะการสื่อสารเฉพาะของสูตินรีแพทย์เท่านั้น ซึ่งในขั้นตอนของการซักถามอาการและตรวจวินิจฉัยโรคนี้อาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของการซักถามอาการ และส่วนของการตรวจร่างกาย ซึ่งแต่ละส่วนมีรายละเอียดที่น่าสนใจดังนี้

1.1 การซักถามอาการ

สำหรับในส่วนของการซักถามอาการ พบว่ามีหลายประเด็นที่น่าสนใจในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ ซึ่งรายละเอียดในประเด็นต่างๆ มีดังนี้

2.1.1 การใช้คำแทนตัวเองและเรียกขานคู่สนทนา

(1) การใช้คำแทนตัวเอง

จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับวัจนกรรมการใช้คำแทนตัวเองในการตรวจรักษาโรคของ
สูตินรีแพทย์และคนไข้ สามารถนำมาแจกแจงข้อมูลได้ดังนี้

สูตินรีแพทย์

ในการซักถามประวัติและอาการของคนไข้นั้น สูตินรีแพทย์ย่อมต้องมีการใช้คำแทนตัวเอง
ซึ่งจากการสอบถามความคิดเห็นสูตินรีแพทย์เกี่ยวกับการใช้คำแทนตัวเองนั้น สามารถแจกแจง
ข้อมูลที่ได้ดังตารางนี้

ตารางที่ 7 แจกแจงความถี่การใช้คำแทนตัวเองของสูตินรีแพทย์

คำใช้แทนตัวเองสูตินรีแพทย์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หมอ	10	47.6
ผม / ดิฉัน	9	42.9
ผมและหมอ	2	9.5
รวม	100	100

จากตารางที่ 7 พบว่า สูตินรีแพทย์ร้อยละ 47.6 มักใช้คำแทนตัวเองว่า “หมอ” นอกจากนี้
หากแจกแจงข้อมูลในการใช้คำแทนตัวเองของสูตินรีแพทย์ โดยจำแนกตามเพศของสูตินรีแพทย์
ผลการวิจัยที่ได้มีดังนี้

ตารางที่ 8 แจกแจงความถี่การใช้คำแทนตัวเองของสูตินรีแพทย์ จำแนกตามเพศ

เพศ	รวม (คน)	คำแทนตัวเองของสูตินรีแพทย์					
		หมอ		ผม / ดิฉัน		ผม / หมอ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	15	4	26.7	9	60.0	2	13.3
หญิง	6	6	100	0	0	0	0
รวม	21	10	47.6	9	42.9	2	9.5

จากตารางที่ 8 พบว่า สูตินรีแพทย์เพศหญิงทั้งหมดใช้คำแทนตัวเองว่า “หมอ” ในขณะที่สูตินรีแพทย์เพศชายร้อยละ 60 ใช้คำแทนตัวเองว่า “ผม” ส่วนคำว่า “หมอ” ใช้เพียงร้อยละ 26.7 เท่านั้น

คนไข้

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคนไข้กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการใช้คำแทนตัวเอง พบว่า คนไข้มีการใช้คำแทนตัวเองที่หลากหลายมากกว่าที่แพทย์ใช้ สำหรับการให้คำแทนตัวเองของคนไข้ในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์มีดังนี้

ตารางที่ 9 แจกแจงความถี่การใช้คำแทนตัวเองของคนไข้

คำแทนตัวเองของคนไข้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดิฉัน, ฉัน	44	44.0
หนู	43	43.0
ชื่อตัวเอง	1	1.0

คำแทนตัวเองของคนไข้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สรรพนามลำดับญาติ เช่น พี่ ป้า	3	3.0
คุณแม่ (กรณีคนไข้ฝากครรภ์)	1	1.0
ไม่ใช่คำแทนตัวเอง	8	8.0
รวม	100	100

จากตารางที่ 9 พบว่า ส่วนใหญ่คนไข้จะใช้คำแทนตัวเองแตกต่างกันไป คือ ส่วนใหญ่จะใช้ คำว่า “ดิฉัน, ฉัน” ร้อยละ 44.0 รองลงมาซึ่งมีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ คำว่า “หนู” นอกจากนี้ พบว่าคนไข้จะพูดคุยหรือซักถามแพทย์โดยไม่ใช้คำแทนตัวเองเลย ส่วนคำอื่นๆ ที่พบว่าใช้แทนตัวเอง คือ คำสรรพนามต่างๆ เช่น พี่, ป้า เป็นต้น ทั้งนี้สรรพนามในการใช้คำแทนตัวเองจะเปลี่ยนไปจะขึ้นอยู่กับความอาวุโสของคนไข้และแพทย์แต่ละคน

(2) การใช้คำเรียกขานคู่สนทนา

ในการตรวจรักษาโรคของสูตินรีแพทย์และคนไข้ ย่อมต้องมีวัจนกรรม (speech act) การใช้คำเรียกขานคู่สนทนาในการสื่อสารระหว่างกัน ซึ่งสามารถนำมาแจกแจงข้อมูลได้ดังนี้

สูตินรีแพทย์

สำหรับการใช้คำเรียกขานคนไข้ของสูตินรีแพทย์พบว่า แพทย์แต่ละคนมีลักษณะการใช้คำเรียกขานที่แตกต่างกันไป ซึ่งแต่ละคนมักใช้คำเรียกขานคนไข้คละเคล้ากันไปไม่แน่นอน ซึ่งมักมีมากกว่า 1 คำ อย่างไรก็ตามพบว่า ในการเรียกขานคนไข้ สูตินรีแพทย์กลุ่มตัวอย่างทุกคน มักใช้ คำว่า คุณ, คุณ+ชื่อคนไข้, ชื่อคนไข้ซึ่งสูตินรีแพทย์บางคนได้ให้เหตุผลที่เลือกใช้คำเหล่านี้ว่า คนไข้บางคนไม่ชอบให้เรียกโดยใช้สรรพนามลำดับญาติ เช่น คุณป้า คุณพี่ คุณยาย ดังนั้นเพื่อยุติปัญหาจึงใช้คำที่เป็นกลางๆ และฟังดูเป็นทางการแทน ขณะเดียวกันก็มีการใช้คำอื่นๆ ด้วย เช่น น้อง หนู ซึ่งจะให้กับกลุ่มวัยรุ่น และคำว่า คุณพี่ คุณป้า คุณยาย ซึ่งจะต้องเป็นคนที่ดูมีความอาวุโสกว่าแพทย์ ดังนั้นในการใช้คำเรียกขานคนไข้ โดยใช้สรรพนามลำดับญาติ มักจะขึ้นอยู่กับความอาวุโสของแพทย์และคนไข้แต่ละคน นอกจากนี้ยังพบว่า แพทย์บางคนใช้คำว่า “คุณแม่”

เรียกขานคนไข้ที่มาฝากครรภ์อีกด้วย ทั้งนี้สูตินรีแพทย์ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้คำเรียกขานไว้ดังนี้

“ถ้าคนไข้ทั่วไปจะเรียกคุณตามด้วยชื่อ จะไม่พยายามใช้สรรพนาม คุณบ้างหรือคุณพี่ เพราะคนไข้บางคนไม่ชอบให้ใครมาเรียก นอกจากคนไข้ที่เป็นชาวบ้าน จะชอบให้เรียกเพื่อความคุ้นเคย แต่คนไข้ที่มีฐานะหน่อย จะไม่ชอบ ดังนั้นเราไม่รู้ บางคนชอบ ไม่ชอบ เราก็ต้องกันเอาไว้”

(นายแพทย์เสรี อายุ 54 ปี อายุการทำงาน 28 ปี โรงพยาบาลวิชัยยุทธ)

“ใช้ คุณ ผมไม่เรียกโดยใช้สรรพนาม ผมไม่ให้เรียก ผมไม่ให้ผู้ช่วยเรียกด้วย เพราะบางคนเค้ตือ บางคนไม่ชอบให้ไป address เค้ว่าบ้าง บางทีเค้อายุไม่เยอะ ไปเรียกเค้บ้าง ให้เรียก คุณ”

(นายแพทย์สรพงษ์ อายุ 57 ปี อายุการทำงาน 25 ปี โรงพยาบาลพญาไท 2)

คนไข้

จากการเก็บข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และสอบถามจากคนไข้จำนวน 100 คน พบว่าในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์ คนไข้มีการใช้คำเรียกขานแพทย์เพียง 3 คำ เท่านั้น ซึ่งสามารถแสดงดังตารางนี้

ตารางที่ 10 แจกแจงความถี่การใช้คำเรียกขานคู่สนทนาของคนไข้

คำเรียกขานคู่สนทนาของคนไข้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณหมอ	90	90.0
หมอ	9	9.0
อาจารย์หมอ	1	1.0
รวม	100	100

จากตารางที่ 10 พบว่าคนไข้ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.0 ใช้คำว่า “คุณหมอ” เรียกขานแพทย์ ในระหว่างการสนทนา นอกจากนี้พบว่าคนไข้อีกจำนวนหนึ่งมีการใช้คำว่า “หมอ และ อาจารย์ หมอ” ตามลำดับ

2.1.2 การซักถามประวัติคนไข้เรื่องเพศสัมพันธ์

ในการซักถามประวัติส่วนตัวของคนไข้เป็นสิ่งที่จำเป็น และมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการตรวจรักษาโรค ดังนั้นถ้าคนไข้อายุหรือไม่ให้ข้อมูลที่แท้จริงกับแพทย์ การตรวจวินิจฉัยโรคและการให้การรักษาก็ไม่อาจสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการตรวจรักษาทางนรีเวช ซึ่งเป็นโรคเฉพาะของผู้หญิง บางครั้งสูตินรีแพทย์จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องถามเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ของคนไข้ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการวินิจฉัยโรค ดังนั้นการใช้คำพูดของแพทย์จึงเป็นสิ่งที่ควรต้องระมัดระวังอย่างยิ่ง เนื่องจากเรื่องลักษณะนี้ถือเป็นเรื่องที่ส่วนตัวมากๆ สำหรับคนไข้ ซึ่งหากแพทย์ใช้คำถามที่ไม่เหมาะสม คนไข้อาจเกิดความไม่พอใจ ไม่อยากตอบ หรืออายจนไม่กล้าตอบความจริงกับแพทย์ได้ ดังนั้นในเหตุการณ์สื่อสาร (communication situation) ระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ จึงเน้นที่ศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้คำและลักษณะคำถามของแพทย์ ในการซักประวัติส่วนตัวของคนไข้เรื่องเพศสัมพันธ์

สูตินรีแพทย์

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของสูตินรีแพทย์เกี่ยวกับการซักประวัติคนไข้เรื่องเพศสัมพันธ์ โดยสอบถามเกี่ยวกับการเลือกใช้คำที่ใช้สื่อความหมายถึงเพศสัมพันธ์ ในการซักประวัติคนไข้ นั้นสามารถแสดงข้อมูลดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 11 แสดงการใช้คำที่ใช้สื่อความหมายถึงเพศสัมพันธ์

คำที่ใช้สื่อความหมายถึงเพศสัมพันธ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศสัมพันธ์	14	66.6
เพศสัมพันธ์,นอน	2	9.5
เพศสัมพันธ์,ร่วมเพศ	1	4.8
เพศสัมพันธ์,เคยมีอะไร,นอน,ยุ่ง	2	9.5

คำที่ใช้สื่อความหมายถึงเพศสัมพันธ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
นอน,ร่วมเพศ	1	4.8
นอน	1	4.8
รวม	21	100

จากตารางที่ 11 พบว่าสูตินรีแพทย์ร้อยละ 90.5 มักใช้คำว่า “เพศสัมพันธ์” ในการซักประวัติคนไข้ นอกจากนั้นจะใช้เฉพาะคำว่าเพศสัมพันธ์เพียงคำเดียว เพราะถือว่าเป็นคำที่สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจนและเป็นทางการมากที่สุด ทั้งนี้สูตินรีแพทย์ส่วนหนึ่งได้ให้เหตุผลไว้ดังนี้

“ผมจะถามว่ามีเพศสัมพันธ์หรือยัง คือถ้าใช้คำว่า *เพศสัมพันธ์* คำจะไม่รู้สึก คำจะตอบว่ามีหรือไม่มี แต่บางคนก็มีเหนียมอายบ้าง แต่ถ้ายังใช้คำว่า*ร่วมเพศ* นอนกับแฟนหรือยัง ก็อาจจะยังรู้สึกเหมือนมันไปๆ”

(นายแพทย์สุนัย อายุ 49 ปี อายุการทำงาน 14 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

“ใช้คำว่า*เพศสัมพันธ์*อย่างเดียว คิดว่าดูเป็นคำทางการแพทย์หน่อย ดูว่ามันเป็นสิ่งที่เกี่ยวกับเรื่องที่เราใช้มาหาเรา มาตรวจรักษา”

(นายแพทย์สรยุทธ อายุ 42 ปี อายุการทำงาน 12 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี)

“เคยใช้คำว่า *นอน* แต่มีปัญหาว่าคนไข้ไม่เข้าใจ ก็เลยใช้คำว่า *เพศสัมพันธ์* เพราะสื่อได้ตรงมากกว่า”

(แพทย์หญิงปริศนา อายุ 33 ปี อายุการทำงาน 5 ปี โรงพยาบาลกลาง)

นอกจากนั้นสูตินรีแพทย์ยังมีการใช้คำอื่นๆ ร่วมกับคำว่าเพศสัมพันธ์ ซึ่งการเลือกใช้คำขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาและอายุของคนไข้ เช่น ถ้าคนไข้เป็นชาวบ้านทั่วไป มีระดับการศึกษาไม่สูงนัก อาจใช้คำที่เข้าใจง่าย เช่น *นอน* ยุง เป็นต้น สำหรับตัวอย่างเหตุผลในการเลือกใช้คำของสูตินรีแพทย์มีดังนี้

“จะใช้คำว่าเพศสัมพันธ์ไปเลย ส่วนคำอื่นๆ อาจจะแล้วแต่ คุณคนไข้ แต่ร่วมเพศไม่ค่อยใช้ เพราะฟังดูไม่สุภาพเท่าไรหรื นอนไม่ใช้ แต่จะถามว่าเคยมีอะไร หรือยุ่งกันมั๊ย แทนนิดหน่อย”

(นายแพทย์สุชาติ อายุ 48 ปี อายุการทำงาน 20 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

“ใช้คำว่าเพศสัมพันธ์ ขึ้นอยู่กับคนไข้ ถ้าใช้คำว่าเพศสัมพันธ์ไม่เข้าใจก็อาจใช้คำว่า นอน แต่จะใช้คำว่าเพศสัมพันธ์ก่อน”

(นายแพทย์เสรี อายุ 54 ปี อายุการทำงาน 28 ปี โรงพยาบาลวิชัยยุทธ)

“ส่วนใหญ่ใช้คำว่า มีเพศสัมพันธ์ ยกเว้นกรณีคนไข้ความรู้ไม่สูงมาก ไม่เข้าใจ ก็อาจใช้คำว่า นอนด้วยกัน”

(นายแพทย์สมัคร อายุ 45 ปี อายุการทำงาน 13 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

“จะใช้คำว่า ยุง เช่น ยุงกับแฟนแล้วยัง เป็นคำที่เข้าใจง่ายขึ้น คือ ต้องดูระดับคนไข้ด้วย คนไข้เค้ามีพื้นเพยังไง ถ้าคนไข้ที่มีการศึกษาหรือเป็นผู้ใหญ่ เราก็อาจจะใช้คำว่า เพศสัมพันธ์ คงเข้าใจได้ หรือถ้าคนไข้เป็นชาวบ้าน ดูที่การศึกษาว่ามากน้อย ก็อาจใช้คำว่า ยุงกัน หรือนอนกับแฟน เค้าก็จะเข้าใจ ใช้ภาษาให้เหมือนเค้า ดูสุภาพหน่อย ไม่หยาบคายหรือทะเล่ดั่งดั่ง”

(นายแพทย์สมศักดิ์ อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 22 ปี โรงพยาบาลกลาง)

นอกจากนี้ยังพบว่าในส่วนของผู้ตอบคำถาม 9.5 ไม่เลือกใช้คำว่าเพศสัมพันธ์เลย ทั้งนี้ผู้ตอบคำถามได้ให้เหตุผลไว้ว่า

“จะใช้คำว่านอน คนไข้ก็เข้าใจ จริงๆ แล้วคำว่าเพศสัมพันธ์มันก็สื่อได้นะ แต่มันไม่ใช่ภาษาพูด มันเป็นภาษาวิชาการ เราพยายามทำให้มันเป็นเรื่องธรรมดา”

(นายแพทย์สันติ อายุ 48 ปี อายุการทำงาน 15 ปี โรงพยาบาลกลาง)

สำหรับลักษณะการซักถามของผู้ตอบคำถาม สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การถามแบบตรงไปตรงมา และการถามแบบมีการเกริ่นนำ โดยพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 52.4 เป็นการถามแบบตรงไปตรงมา ลักษณะการถามจะเป็นการถามออกไปตรงๆ เช่น ขอโทษนะครับ คุณเคย

มีเพศสัมพันธ์หรือเปล่านั้น, คุณเคยมีเพศสัมพันธ์บ้างมั๊ยครับ มีการป้องกันบ้างหรือเปล่า ซึ่งเหตุผลที่ถามคนไข้ออกไปตรงๆ นั้น สูตินรีแพทย์ได้ให้ความคิดเห็นไว้ว่า

“ควรพยายามทำให้ง่ายที่สุด ทำให้คนไข้รู้สึกว่าเป็นคำถาม simple เป็นคำถามทั่วไป เหมือนถามเรื่องอายุหรืออาชีพ เช่น ถามว่า คุณเคยมีเพศสัมพันธ์หรือเปล่านั้น ในบางครั้งต้องอาศัยการสังเกตคนไข้ว่า คนไข้คนนี้น่าจะผ่านการมีเพศสัมพันธ์มากอนมั๊ย ถ้าอย่างนั้นก็อาจใช้คำถามที่ข้ามเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ไป เช่น ไม่ทราบว่าคุณใช้วิธีคุมกำเนิดด้วยวิธีไหนครับ”

(นายแพทย์สมรักษ์ อายุ 39 ปี อายุการทำงาน 11 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

“โดยมากคนไข้ที่จะมาแผนกนี้ มักจะมีประสบการณ์เรื่องพวกนี้มาก่อน ส่วนใหญ่เลยนะ นานๆ จะมีที่เป็นโสดมาสักที โดยมากคำถามมักจะตรงๆ สุภาพ มักใช้ว่า เคยนอนหรือร่วมเพศกับแฟน”

(นายแพทย์สุนทร อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 20 ปี โรงพยาบาลลาดพร้าว)

เนื่องจากคำถามลักษณะนี้เป็นเรื่องที่ค่อนข้างส่วนตัว และเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนต่อความรู้สึกของคนไข้ ดังนั้นในการถามจึงพบว่า สูติแพทย์อีกส่วนหนึ่งมักจะมีการเกริ่นนำ ซึ่งส่วนหนึ่งจะเป็นลักษณะการพูดเกริ่นนำ โดยมีการชี้แจงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องถามคำถามเหล่านั้นแก่คนไข้ ก่อนทำการซักถาม เช่น หมอต้องขออนุญาตถามเรื่อง..... เพื่อประโยชน์ในการรักษานะคะ/ครับ, ขอโทษนะคะ/ครับ ขออนุญาตถามเรื่องส่วนตัวที่มีผลต่อการรักษาและวินิจฉัยโรค... เป็นต้น

สำหรับการเกริ่นนำอีกลักษณะหนึ่ง จะเป็นการใช้คำถามทั่วๆ ไปถามเกริ่นนำ ก่อนที่จะซักถามเรื่องเพศสัมพันธ์กับคนไข้ เพื่อสังเกตดูท่าทีและคำตอบของคนไข้ว่าเป็นอย่างไร เช่น มีแฟนรึยัง ซึ่งหากคนไข้ตอบว่า ไม่มี แพทย์อาจไม่ต้องซักถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อีก แต่ถ้าคนไข้ตอบว่า มี แพทย์จะได้ซักถามต่อไปในประเด็นที่ต้องการทราบ ตัวอย่างของลักษณะคำถามของแพทย์มีดังนี้

“ใช้คำว่า แต่งงาน ถ้าเค้าพูดคำว่าไม่ได้แต่งงาน ผมก็จะถามต่อว่า เพศสัมพันธ์มีมั๊ย เพราะคำว่าแต่งงาน บางคนอาจไม่มี sense ว่าเราถามตรงนั้น”

(นายแพทย์สุรพล อายุ 44 ปี อายุการทำงาน 15 ปี โรงพยาบาลลาดพร้าว)

“อาจถามว่า มีแผนรียัง ถ้าบอกว่ามีแล้วก็ถามว่า ขอโทษนะครับ เคยมีเพศสัมพันธ์มั๊ย”

(นายแพทย์สรยุทธ อายุ 42 ปี อายุการทำงาน 12 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี)

นอกจากนี้ยังพบว่า นอกเหนือจากคำว่า “เพศสัมพันธ์” สูตินรีแพทย์บางคนยังมีการใช้คำอื่นๆ แทนบ้าง เช่น นอน ยุง มีอะไร ร่วมเพศ ซึ่งการใช้คำเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับสูตินรีแพทย์แต่ละคน ในการพิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับคนไข้แต่ละราย

คนไข้

สำหรับความคิดเห็นของคนไข้ จากการสัมภาษณ์และสอบถามคนไข้จำนวน 100 คน เกี่ยวกับการซักถามประวัติในเรื่องเพศสัมพันธ์ของสูตินรีแพทย์นั้น สามารถแจกแจงได้ดังนี้

ตารางที่ 12 แสดงความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับการใช้คำที่ใช้สื่อความหมายถึงเพศสัมพันธ์

คำที่ใช้ / ต้องการให้แพทย์ใช้	คนไข้ที่เคยถูกซักถาม		คนไข้ที่ไม่เคยถูกซักถาม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศสัมพันธ์	32	71.1	27	49.1
นอน	5	11.1	14	25.5
ทำการบ้าน	2	4.4	4	7.3
มีอะไรกัน	0	0	4	7.3
ยุง	2	4.4	2	3.6
ร่วมเพศ	4	8.9	2	3.6
มีกิจกรรม	0	0	1	1.8
มีสามีหรือยัง	0	0	1	1.8
รวม	45	100	55	100

จากตารางที่ 12 ในการสำรวจความคิดเห็นจากคนไข้จำนวน 100 คน ที่เคยเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์พบว่า คนไข้ร้อยละ 45.0 เคยถูกสูตินรีแพทย์ซักถามประวัติเกี่ยวกับเรื่อง การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งค่าที่ใช้ส่วนใหญ่คือ เพศสัมพันธ์ ซึ่งมีการใช้ค่านี้ถึงร้อยละ 71.1 นอกจากนี้พบว่ามีการใช้คำอื่นแทนบ้าง คือ นอน ยุง มีอะไรกัน ทำการบ้าน ร่วมเพศ ซึ่งสัดส่วนที่ใช้ค่อนข้างใกล้เคียงกัน คือ มีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ขณะที่กลุ่มคนไข้ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.0 ให้ข้อมูลว่าแพทย์ไม่เคยถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์มาก่อน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความอายหรือคนไข้อาจเห็นว่าเป็นเรื่องส่วนตัวจึงไม่อยากให้ข้อมูล แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้สอบถามเพิ่มเติมว่า สมมติว่าหากมีกรณีที่แพทย์ถาม คนไข้ต้องการให้แพทย์ใช้คำใด พบว่าคนไข้ส่วนใหญ่ต้องการให้แพทย์ใช้คำว่า เพศสัมพันธ์ รองลงมา คือ นอน นอกจากนั้นคนไข้บางส่วนเห็นว่าควรใช้คำว่า ทำการบ้าน ร่วมเพศ ทำการบ้าน มีอะไรกัน ยุง มีกิจกรรม มีสามีหรือยัง ซึ่งมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

นอกจากนี้ได้สอบถามความคิดเห็นเพิ่มเติม ในกลุ่มคนไข้ที่เคยถูกแพทย์ซักถามประวัติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีจำนวน 45 คนว่ารู้สึกอย่างไร เมื่อถูกซักประวัติเรื่องเพศสัมพันธ์ โดยข้อมูลที่ได้นำมาแสดงผลตามตารางดังนี้

ตารางที่ 13 แสดงทัศนคติของคนไข้เมื่อถูกซักประวัติเรื่องเพศสัมพันธ์

ทัศนคติของคนไข้เมื่อถูกซักประวัติเรื่องเพศสัมพันธ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาย	13	28.9
ไม่พอใจ	1	2.2
เฉยๆ	31	68.9
รวม	45	100

จากตารางที่ 13 พบว่า คนไข้ที่เคยถูกสูตินรีแพทย์ซักถามเรื่องเพศสัมพันธ์ร้อยละ 68.9 รู้สึกเฉยๆ เพราะเห็นว่าเป็นเรื่องปกติ ทั้งนี้คนไข้ส่วนหนึ่งให้ความเห็นไว้ดังนี้

“เฉยๆ เพราะเป็นเรื่องที่ต้องตอบอยู่แล้ว”

(สุดาร์ตน์ อายุ 41 ปี สมรสแล้วมีบุตร 2 คน บริณญาตรี รัชมหาการ)

“เฉยๆ ไม่ลำบากใจ เพราะว่าจะได้รู้อาการทุกอย่างจากแพทย์”

(สุพรรณิ อายุ 27 ปี สมรส มัธยมศึกษา แม่บ้าน)

“ก็มีอาย อึดอัดใจบ้าง เพราะหมอบเป็นผู้ชาย ไม่รู้จะตอบยังไง ใช้คำพูดยังไง”

(สุชาวดี อายุ 57 ปี สมรส พนักงานบริษัทเอกชน)

“ตกใจ อยู่ๆ ก็ถามออกมาเลย ไม่ได้เตรียมใจกับคำถามลักษณะนี้”

(สุธาสิณี อายุ 20 ปี โสโด นักศึกษา)

2.1.3 วิธีการเสริมสร้างการสื่อสารเชิงบวกของสูตินรีแพทย์กับคนไข้

(1) การซักถามเรื่องทั่วๆ ไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย

ในการซักถามประวัติจากคนไข้เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวินิจฉัยโรคนั้น ถือได้ว่าเป็นขั้นตอนการสื่อสารอีกขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญมาก เพราะหากแพทย์ไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจากคนไข้หรือคนไข้ไม่ยอมให้ข้อมูลแก่แพทย์ การวินิจฉัยโรคที่ได้ อาจไม่มีแม่นยำเท่าที่ควร ดังนั้นการสร้าง ความคุ้นเคยกับคนไข้ย่อมเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้คนไข้กล้าพูดและกล้าซักถามกับแพทย์มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเข้ารับการตรวจรักษาในทางสูตินรีเวชกรรม การซักถามบางอย่างค่อนข้างเป็นเรื่องส่วนตัว เช่น เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ เรื่องของประจำเดือน เป็นต้น ดังนั้นหากมีความคุ้นเคยระหว่างกัน ย่อมทำให้คนไข้มีความไว้วางใจในตัวแพทย์ ส่งผลให้การให้ข้อมูลของคนไข้ย่อมเป็นไปด้วยดี ด้วยเหตุนี้ในการศึกษาเรื่องการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ จึงได้ทำการสอบถามความคิดเห็นสูตินรีแพทย์และคนไข้ ในเรื่องเกี่ยวกับการสร้างความคุ้นเคยด้วยการซักถามเรื่องทั่วๆ ไปว่า วิธีนี้สามารถช่วยเสริมสร้างการสื่อสารเชิงบวกระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ได้หรือไม่ อย่างไร

สูตินรีแพทย์

จากการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.5 มีการซักถามเรื่องทั่วๆ ไปของคนไข้บ้างตามโอกาสและเวลาที่เอื้ออำนวย เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับคนไข้ ทำให้คนไข้รู้สึกผ่อนคลายและทำให้สะดวกในการซักถามประวัติเรื่องอื่นๆ ต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่างๆ

อาทิ ข้อจำกัดในเรื่องของเวลา โดยเฉพาะโรงพยาบาลรัฐที่มีจำนวนคนไข้มาก ดังนั้นจึงไม่มีเวลามากนักที่จะซักถามเรื่องต่างๆ ไป แต่อย่างไรก็ตามหากมีเวลา แพทย์จะพยายามพูดคุยกับคนไข้บ้าง ตามแต่โอกาสจะเอื้ออำนวย ในขณะที่เดียวกันแพทย์บางคนกลับเห็นว่า แพทย์ไม่ควรซักถามในเรื่องส่วนตัวมากเกินไป อาจทำให้คนไข้ไม่พอใจและรู้สึกอึดอัดได้ ดังนั้นเรื่องที่น่ามาพูดคุยควรเป็นเรื่องทั่วไป เช่น เรื่องบุตร อาชีพการงาน ดินฟ้าอากาศ เป็นต้น

นอกจากนี้แพทย์บางคนให้แสดงความคิดเห็นว่า ในการพูดคุยกับคนไข้ในเรื่องต่างๆ ไปนั้น ควรพิจารณาเลือกใช้กับคนไข้เป็นรายๆ ไป เพราะคนไข้บางคนอาจจะไม่ชอบให้แพทย์คุยนอกเรื่อง ต้องการให้แพทย์คุยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเท่านั้น แต่คนไข้บางคนกลับอยากให้คุณคุย ดังนั้นจึงต้องดูบุคลิกภาพและลักษณะของคนไข้ด้วย ด้วยเหตุนี้แพทย์บางคนจึงเลือกที่จะคุยเรื่องๆ ทั่วไปกับคนไข้ที่มีความคุ้นเคยกันอยู่แล้ว คือ กลุ่มคนไข้ประจำ หรือคนไข้ที่มีความสนิทสนมส่วนตัว ส่วนคนไข้ที่มาเพียงครั้งเดียว หรือนานๆ ครั้ง แพทย์ก็จะไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการสร้างความคุ้นเคยกับคนไข้ สำหรับตัวอย่างเหตุผลที่สูตินรีแพทย์ส่วนหนึ่งได้ให้ไว้มีดังนี้

“จะถามเท่าที่จำเป็น ถามเพิ่มนิดหน่อยในแง่ของการสนทนา เพื่อความคุ้นเคย เพราะถ้าซักถึงส่วนตัวลงไป จะเหมือนเป็นการละลาบละล้วงเรื่องส่วนตัวเค้า แล้วอีกอย่าง คือมันคงไม่มีเวลา ที่โรงพยาบาลรัฐคงไม่มีเวลาไปซักรายละเอียด”

(นายแพทย์สมศักดิ์ อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 22 ปี โรงพยาบาลกลาง)

“การซักถามเรื่องทั่วไปมีผลในการสร้างความคุ้นเคย คือ ถ้าเป็นคนไข้ฝากครรภ์ ที่มีการเข้ามาตรวจในระยะเวลาที่ต่อเนื่องเป็น 10 ครั้งนั้น จะช่วยให้คนไข้กล้าพูดกล้าถาม และให้ความไว้วางใจแก่หมอมากขึ้น แต่สำหรับคนไข้ที่มาแค่ครั้งเดียว หมอคิดว่าไม่จำเป็น”

(นายแพทย์สมรักษ์ อายุ 39 ปี อายุการทำงาน 11 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

ในขณะที่สูตินรีแพทย์ร้อยละ 9.5 ไม่ให้ความสำคัญกับการสร้างความคุ้นเคยกับคนไข้ ด้วยการซักถามเรื่องทั่วๆ ไป เนื่องจากให้เหตุผลว่า ทุกคนย่อมอยากมีความเป็นส่วนตัว ดังนั้นแพทย์ควรเคารพความเป็นส่วนตัวของคนไข้ และควรรักษาระยะห่างเอาไว้ หากแพทย์ให้ความสำคัญสนิทสนมมากเกินไป คนไข้อาจคิดว่าแพทย์หวังผลประโยชน์จากคนไข้ได้ อีกทั้งในกรณีที่สูตินรีแพทย์เป็นเพศชาย สมควรอย่างยิ่งที่ควรรักษาระยะห่างเอาไว้ให้อยู่ในระยะที่เหมาะสม ทั้งนี้สูตินรีแพทย์ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ว่า

“ผมไม่ค่อยสนใจมากกับประวัติส่วนตัว คือว่าทุกคนมีขอบเขตของตนเอง ควรรักษา ระยะห่างไว้ หมอไม่ควรเข้าไปคลุกคลี หรือหวังผลประโยชน์ว่าคนนี้เป็นเจ้าของรถ เจ้าของของโน้น เจ้าของนี่ โดยส่วนตัวผมไม่ทำ”

(นายแพทย์สมคิด อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 20 กว่าปี โรงพยาบาลวิชัยยุทธ)

คนไข้

จากการสอบถามความคิดเห็นของคนไข้ที่เคยเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ในประเด็นที่ว่า สูตินรีแพทย์ที่เข้ารับการตรวจรักษานั้น มีการซักถามเรื่องต่างๆ ไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยบ้างหรือไม่ และหากมีคนไข้รู้สึกอย่างไร ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถแจกแจงข้อมูลได้ดังนี้

ตารางที่ 14 แสดงทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการแพทย์ซักถามเรื่องต่างๆ ไป

ทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ซักถามเรื่องต่างๆ ไป	คนไข้ที่เคยถูกซักถาม		คนไข้ที่ไม่เคยถูกซักถาม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชอบ	50	89.3	24	54.5
ไม่ชอบ	0	0	15	34.1
เฉยๆ	6	10.7	5	11.4
รวม	56	100	44	100

จากตารางที่ 14 พบว่า ในการเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์มีคนไข้ร้อยละ 56 เคยพบว่าสูตินรีแพทย์มีการซักถามเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย ซึ่งส่วนใหญ่รู้สึกชอบ เพราะรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลาย และเกิดความไว้วางใจในตัวแพทย์มากยิ่งขึ้น ทำให้บรรยากาศในการสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่น แต่มีคนไข้บางคนรู้สึกเฉยๆ เพราะคิดว่าเป็นส่วนหนึ่งในการซักถามอาการของโรค และเป็นหน้าที่ของแพทย์อยู่แล้ว แต่ไม่พบคนไข้ที่รู้สึกไม่ชอบเมื่อถูกแพทย์ซักถามเรื่องต่างๆ ไป ในขณะที่คนไข้ที่ร้อยละ 44 ไม่เคยพบว่าสูตินรีแพทย์มีการพูดคุยเรื่องต่างๆ ไป

นอกเหนือจากการซักถามประวัติทั่วไปและอาการของโรค แต่เมื่อได้ทำการสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อเหตุการณ์ลักษณะนี้พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 รู้สึกชอบหากแพทย์ปฏิบัติเช่นนั้น ส่วนสัดส่วนที่รองลงมา คือ ไม่ชอบ โดยให้เหตุผลว่าเป็นเรื่องส่วนตัว และไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา แพทย์ควรซักถามเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเท่านั้น ซึ่งคนไข้ส่วนหนึ่งได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ดังนี้

“ชอบ รู้สึกสบายใจ ไม่เครียด”

(สุธีรา อายุ 25 ปี สมรส ปริญญาตรี รับราชการ)

“ก็ดีนะ ทำให้เราผ่อนคลายขึ้น กล้าพูดกล้าคุยกับแพทย์มากขึ้น”

(สุวดี อายุ 31 ปี อนุปริญญา อาชีพอิสระ)

“ไม่ชอบ ไม่เกี่ยวข้อง คุยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องก็พอ”

(สุภาวดี อายุ 30 ปี ปริญญาตรี อาชีพอิสระ)

“เฉยๆ ถามก็ได้ไม่ถามก็ได้”

(สุกัญญา อายุ 42 ปี มัธยมศึกษา อาชีพอิสระ)

(2) การจดจำข้อมูลและรายละเอียดของคนไข้ เพื่อสร้างความประทับใจ

ในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้ หากคนไข้มีทัศนคติที่ดีหรือมีความรู้สึกประทับใจในตัวแพทย์ที่ให้การรักษาดูแลแล้วนั้น มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการสัมภาษณ์แพทย์และคนไข้ส่วนหนึ่งพบว่า การที่แพทย์สามารถจดจำข้อมูลและรายละเอียดของคนไข้ได้ หรือแสดงท่าทีว่าสามารถจดจำข้อมูลและรายละเอียดของคนไข้ได้นั้น เป็นการสร้างความประทับใจได้ดีอีกวิธีหนึ่ง ผู้วิจัยจึงได้มุ่งสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าวนี้ ซึ่งผลการวิจัยมีดังนี้

สุตินรีแพทย์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้พบว่า สุตินรีแพทย์ทุกคนต่างเห็นด้วยว่าการจดจำข้อมูลของคนไข้ได้นั้น ทำให้คนไข้รู้สึกประทับใจ มีทัศนคติที่ดีต่อแพทย์ และรู้สึกว่าแพทย์ให้ความสนใจต่อตนเอง ซึ่งแพทย์ก็พยายามให้ความสำคัญต่อการจดจำข้อมูลคนไข้ แต่เนื่องจากคนไข้ที่เข้ารับการตรวจมีปริมาณมากในแต่ละคน จึงมักจะจำไม่ค่อยได้ แต่หากเป็นคนไข้ประจำที่คุ้นเคยกัน

มักจดจำได้ง่ายกว่า ด้วยเหตุนี้แพทย์บางคนจึงใช้กลวิธีที่ช่วยในการจดจำ คือ จดบันทึกลงในแฟ้มประวัติ เมื่อคนไข้มารับการรักษารั้งต่อไปจะได้เปิดดูจากข้อมูลเดิม ซึ่งทำให้คนไข้รู้สึกเหมือนกับว่าแพทย์จดจำข้อมูลของตนเองได้ ทั้งนี้สูตินรีแพทย์ส่วนหนึ่งได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ว่า

“หมอที่จำคนไข้ได้แม่นยำเป็นเสน่ห์ของหมอ ทำให้คนไข้รู้สึกดี รู้สึกประทับใจว่าเป็นคนสำคัญของหมอ เพราะว่าหมอจำเราได้ ไม่ใช่มาตรวจตั้งนานแล้วแต่หมอไม่เคยจำเราได้เลย คนไข้แก่ส่วนใหญ่มักจะจำได้ หมอจะได้เปรียบที่มีประวัติครั้งก่อนอยู่ในมือ พอเค้ามารักษาเราจะจำได้ว่าเป็นคนไข้เก่า แต่บางทีเราจำเรื่องเค้าไม่ได้ ก็ต้องเปิดดูก่อนว่ามีประวัติเก่ายังไง แล้วค่อยไป พอคุยเค้าไม่รู้ว่เราอ่านมา เค้าก็จะดีใจ แล้วทำให้เค้ารู้สึกผ่อนคลาย มันเหมือนคนคุ้นเคยกันไป ซึ่งสิ่งนี้ถือเป็นศิลปะในการตรวจของแต่ละคน”

(นายแพทย์สมศักดิ์ อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 22 ปี โรงพยาบาลกลาง)

“จำข้อมูลคนไข้ได้มีผลมาก ที่จริงควรจะจำข้อมูลคนไข้ให้ได้ เพราะเค้าจะดีใจ ทั้งนี้ขึ้นกับแต่ละคน เท่าที่ผมสังเกต หมอบางคนเก่งมาก จำ detail เล็กๆ น้อยๆ เกี่ยวกับคนไข้ได้ และสิ่งนี้แหละที่ทำให้คนไข้ชอบ แต่คนไข้เยอะ บางทีผมก็จำไม่ได้ ถ้าคนไข้ที่เราเจอบ่อยก็อาจจะจำได้ แต่ถ้าเจอครั้ง สองครั้ง จำไม่ค่อยได้”

(นายแพทย์สรพงษ์ อายุ 57 ปี อายุการทำงาน 25 ปี โรงพยาบาลพญาไท2)

“จำไม่ค่อยได้ จริงๆ รู้ว่าจำนะดี แต่จำไม่ได้ คนไข้เยอะ”

(นายแพทย์สันติ อายุ 48 ปี อายุการทำงาน 15 ปี โรงพยาบาลกลาง)

คนไข้

จากการสำรวจความคิดเห็นของคนไข้ที่เคยรับการตรวจรักษาจากสูตินรีแพทย์ จำนวน 100 คน เกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อแพทย์ว่า คนไข้รู้สึกอย่างไร หากในการซักประวัติและตรวจวินิจฉัยพบว่า สูตินรีแพทย์ที่ทำการตรวจสามารถจดจำหรือแสดงท่าทีว่าจดจำข้อมูลเกี่ยวกับตัวคนไข้ได้ จากข้อมูลดังกล่าวสามารถแจกแจงเป็นตารางได้ดังนี้

ตารางที่ 15 แสดงทัศนคติที่มีต่อการที่แพทย์จดจำข้อมูลของคนไข้ได้

ทัศนคติที่มีต่อการที่แพทย์จดจำ ข้อมูลของคนไข้ได้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชอบ	92	92.0
ไม่ชอบ	6	6.0
เฉยๆ	2	2.0
รวม	100	100

จากตารางที่ 15 พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่รู้สึกชอบและพึงพอใจที่แพทย์สามารถจดจำข้อมูลของตนเองได้ ทั้งนี้คนไข้ได้ให้เหตุผลว่า การที่แพทย์สามารถจดจำข้อมูลของคนไข้ได้นั้น ทำให้รู้สึกว่าคุณหมอมีความใส่ใจคนไข้ และทำให้เกิดความไว้วางใจในตัวแพทย์ ในขณะที่บางคนให้เหตุผลว่ารู้สึกชอบเพราะแพทย์จะได้ไม่ต้องถามคำถามเดิมๆ ซ้ำไปซ้ำมา คนไข้เองก็ไม่ต้องตอบหลายรอบ ส่วนคนไข้ที่รู้สึกไม่ชอบมีเพียงร้อยละ 6.0 บางคนให้เหตุผลว่ารู้สึกอายที่แพทย์จำได้ข้อมูลของตนเองได้ ในกรณีที่ป็นสูตินรีแพทย์เพศชาย สำหรับคนไข้บางส่วนที่รู้สึกเฉยๆ เนื่องจากเห็นว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์อยู่แล้วที่ควรต้องจดจำข้อมูลของคนไข้ให้ได้ สำหรับตัวอย่างความคิดเห็นของคนไข้มีดังนี้

“รู้สึกดี รู้สึกว่าหมอเอาใจใส่เรา”

(สุภาพร อายุ 33 ปี สมรสมีบุตร 2 คน มัธยมศึกษา พนักงานบริษัทเอกชน)

“ชอบ อยากให้มี รู้สึกว่าคุณหมอใส่ใจดี”

(สุชума อายุ 58 ปี สมรสมีบุตร 1 คน ประถมศึกษา แม่บ้าน)

“ไม่ชอบ อาย”

(สุพัตรา อายุ 43 ปี สมรส ปริญญาตรี อาชีพอิสระ)

“เคยๆ เพราะมันเป็นหน้าที่ของหมออยู่แล้ว”

(สุชีรา อายุ 28 ปี ปริญญาตรี รับราชการ)

นอกจากนี้ยังได้สอบถามข้อมูลแก่คนไข้เพิ่มเติมว่า ในการเข้ารับการตรวจรักษาจากสูตินรีแพทย์ สูตินรีแพทย์ที่คนเข้ารับการตรวจสามารถจดจำหรือแสดงท่าทีว่าจดจำข้อมูลของคนไข้ได้หรือไม่ โดยจากการรวบรวมข้อมูลสามารถแสดงผลได้ดังตารางนี้

ตารางที่ 16 แสดงการที่แพทย์สามารถจดจำหรือแสดงท่าทีว่าจดจำข้อมูลคนไข้ได้

แพทย์สามารถจดจำหรือแสดงท่าทีว่าจดจำข้อมูลคนไข้ได้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำได้	66	66.0
จำไม่ได้	20	20.0
ไม่สามารถระบุได้	14	14.0
รวม	100	100

จากตารางที่ 16 พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่มักเคยพบสูตินรีแพทย์ที่สามารถจดจำหรือแสดงท่าทีว่าจดจำข้อมูลของตนเองได้ ในขณะที่คนไข้จำนวนร้อยละ 14.0 ไม่สามารถระบุคำตอบได้ เนื่องจากส่วนใหญ่เคยเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์เพียงครั้งเดียว ส่วนบางคนไม่ได้เข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์คนเดียวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมาจากการเปลี่ยนแพทย์หรือโรงพยาบาลที่ให้การรักษา จึงไม่ทราบว่าแพทย์สามารถจดจำข้อมูลของตนเองได้หรือไม่

(3) การใช้อารมณ์ขัน เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย

คนไข้ที่เข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ ประกอบด้วยคนไข้ทางสูติกรรม เช่น ฝากครรภ์ คลอดบุตร เป็นต้น และคนไข้ทางนรีเวชกรรม เช่น ตรวจเซลล์มะเร็ง มะเร็งทางนรีเวช โรคติดเชื้อ ปวดระดู เป็นต้น ในการเข้ามารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์แต่ละครั้ง คนไข้ส่วนหนึ่งมาด้วยความรู้สึกเครียด วิตกกังวล กลัว เกิดความประหม่าในกรณีที่มาพบแพทย์ครั้งแรก และบาง

คนเกิดความรู้สึกอายที่จะมาพบแพทย์ทางด้านสูตินรีเวชกรรม ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนแต่เป็นอุปสรรคในการสื่อสารทั้งสิ้น ดังนั้นในการซักถามประวัติและตรวจวินิจฉัยโรค แพทย์จึงควรพยายามสร้างบรรยากาศในการสนทนาให้มีความเป็นกันเอง และผ่อนคลายขึ้น เพื่อช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างราบรื่นและส่งผลดีต่อการตรวจรักษาโรคด้วย การใช้อารมณ์ขันเข้ามาช่วย จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่แพทย์ส่วนใหญ่มักนำมาใช้ ซึ่งการใช้อารมณ์ขันของแพทย์ในที่นี้ หมายถึง การพูดคุยกับคนไข้อย่างเป็นกันเอง แสดงท่าทางที่เป็นมิตรและสีหน้าที่ยิ้มแย้มขณะพูดคุย ไม่เคร่งเครียด โดยมีการพูดในลักษณะเชิงหยอกล้อ หรือพูดแหย่เล็กๆ น้อยๆ ให้คนไข้ยิ้มหรือขำในบางช่วงของการสนทนา ทั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งสนใจศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับ การสร้างบรรยากาศในการสนทนากับคนไข้ให้ผ่อนคลายขึ้น ด้วยการใช้อารมณ์ขันเข้ามาช่วยในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ ซึ่งผลจากการวิจัยมีดังนี้

สูตินรีแพทย์

สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.7 มักใช้อารมณ์ขันเข้ามาช่วยในการสนทนากับคนไข้ เพื่อให้บรรยากาศในการพูดคุยผ่อนคลายขึ้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการสื่อสารและมีผลดีต่อสภาพจิตใจของคนไข้ เนื่องจากช่วยให้คนไข้ที่เข้ามารับการตรวจรักษา รู้สึกไม่เครียด ผ่อนคลาย และรู้สึกเป็นกันเองกับแพทย์ ทำให้คนไข้กล้าพูดกล้าถามมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการใช้อารมณ์ขันต้องขึ้นอยู่กับโอกาสและเวลาที่เหมาะสมด้วย อีกทั้งไม่ควรใช้มากเกินไป เพราะอาจทำให้คนไข้ไม่เชื่อถือในตัวแพทย์ได้ ทั้งนี้แพทย์ควรพิจารณาใช้ตามความเหมาะสมกับคนไข้แต่ละคน หากใช้กับคนไข้ที่คุ้นเคยกันแล้วก็ยิ่งช่วยให้บรรยากาศเป็นกันเองมากขึ้น แต่หากใช้กับคนไข้ที่ไม่คุ้นเคยก็ต้องเลือกใช้ เพราะบางคนอาจไม่เข้าใจ หรือเข้าใจผิดว่าแพทย์เห็นเรื่องของเขาเป็นเรื่องสนุก จึงเอามาล้อเล่น ดังนั้นการใช้อารมณ์ขัน จึงมีทั้งผลดีและผลเสีย ซึ่งแพทย์ต้องเลือกใช้อย่างเหมาะสม โดยสูตินรีแพทย์ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการใช้อารมณ์ขันไว้ว่า

“ใช้บ้าง เช่น กรณีคนไข้ตั้งครรภ์มีน้ำหนักมากเกินไป ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อคนไข้ หมอได้ใช้มุขนี้ตลอดเดือนมกราคม คือ ปีใหม่นี้คงฉลองน้ำหนักดูเลยนะครับ แต่หมอบอกว่าเพิ่มแค่ 1-2 กิโลก็พอ นะครับ”

(นายแพทย์สมรักษ์ อายุ 39 ปี อายุการทำงาน 11 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

“อารมณ์ขันก็ต้องใช้ เป็นประจำ เพราะคนไข้หลายๆ คน โดยเฉพาะนรีเวช มีเรื่องไม่สบายใจ หรือพวกที่แพ้ออกมาๆ เรื่องนี้เป็นการ support ทางจิตใจ จะช่วยให้รู้สึกดีขึ้น”

(นายแพทย์สุนทร อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 20 ปี โรงพยาบาลลาดพร้าว)

“มีใช้บ้าง พยายามให้สอดคล้องกับเรื่องที่กำลังสนทนา ส่วนใหญ่มักอยู่ที่จุดต้นๆ ของการสนทนา”

(แพทย์หญิงปราณี อายุ 55 ปี อายุการทำงาน 27 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

“อารมณ์ขัน ใช้ ถ้ามีโอกาส และขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เพราะคนไข้บางคนเราต้องดูว่าเราจะอารมณ์ขันกับเค้าได้มั๊ย บางทีอารมณ์ขันผิดจังหวะ อาจกลายเป็นไปล้อเลียนหรือดูถูกเค้าได้ จึงมักจะใช้กับคนที่เจอกันนานแล้ว อารมณ์ขันประการแรกต้องไม่ลามก ทำให้เสียความนับถือไปด้วย”

(นายแพทย์เสรี อายุ 54 ปี อายุการทำงาน 28 ปี โรงพยาบาลวิชัยยุทธ)

นอกจากนี้พบว่าสูตินรีแพทย์ร้อยละ 14.3 ไม่ค่อยใช้อารมณ์ขันเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับคนไข้ เนื่องจากเป็นบุคลิกภาพและลักษณะเฉพาะตัวของแพทย์ โดยมักใช้เพียงการยิ้มแย้ม เพื่อให้คนไข้รู้สึกว่าเป็นมิตรกับเขาเท่านั้น ทั้งนี้สูตินรีแพทย์ได้ให้เหตุผลเกี่ยวกับการใช้อารมณ์ขันไว้ว่า

“โดยนิสัยผมไม่ค่อยได้ใช้ ส่วนใหญ่ใช้ใจเย็น ยิ้มแย้ม คุยสบายๆ ซึ่งอารมณ์ขันอาจมีผลดี แต่ต้องใช้ให้ดี เพราะว่าคนไข้ทางสูตินรีแพทย์ บางทีพูดเล่นไปคนไข้อาจคิดในแง่ไม่ดี เพราะฉะนั้นผมจะไม่ใช้มาก จะใช้เป็นแบบสุภาพ เป็นหลักวิชาการมากกว่า”

(นายแพทย์สรยุทธ อายุ 42 ปี อายุการทำงาน 12 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี)

“ใช้ลักษณะยิ้มแย้มมากกว่า เพราะเป็นคนพูดไม่ค่อยเก่ง โดยส่วนตัวคิดว่าไม่มีผลต่อความคุ้นเคยกับคนไข้ เพราะคนไข้เป็นผู้หญิง ฉะนั้น ดีกว่า ดูเป็นทางการ จะคุยเฉพาะที่จำเป็น”

(นายแพทย์สามารถ อายุ 38 ปี อายุการทำงาน 6 ปี โรงพยาบาลวิชัยยุทธ)

คนไข้

สำหรับทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่สูตินรีแพทย์ใช้อารมณ์ขันในการสนทนา เพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลายขึ้น ในประเด็นที่ว่า สูตินรีแพทย์ควรมีอารมณ์ขันกับคนไข้หรือไม่ ซึ่งจากข้อมูลสามารถแจกแจงผลได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 17 แสดงความคิดเห็นของคนไข้ที่มีต่อการใช้อารมณ์ขันของสูตินรีแพทย์

ความคิดเห็นของคนไข้ที่มีต่อการใช้อารมณ์ขันของสูตินรีแพทย์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ควร	34	34.0
ไม่ควร	7	7.0
ควรมีบ้างตามโอกาสที่เหมาะสม	59	59.0
รวม	100	100

จากตารางที่ 17 พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่เห็นว่าสูตินรีแพทย์ควรมีอารมณ์ขันกับคนไข้ โดยเห็นว่าควรมีบ้างตามโอกาสที่เหมาะสม เพราะจะทำให้คนไข้ไม่เครียด และมีทัศนคติที่ดีต่อแพทย์ แต่ไม่ควรมีมากเกินไปเพราะทำให้ขาดความน่าเชื่อถือได้ ในขณะที่คนไข้บางคนกลับเห็นว่า สูตินรีแพทย์ไม่ควรใช้อารมณ์ขันกับคนไข้ เพราะทำให้แพทย์ดูไม่น่าเชื่อถือ ควรสนทนากันเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเท่านั้น ส่วนบางคนเห็นว่าแพทย์ไม่ต้องถึงกับใช้อารมณ์ขัน แค่อยิ้มและเป็นมิตรกับคนไข้ก็เพียงพอแล้ว ถ้าอารมณ์ขันมากเกินไปทำให้คนไข้รู้สึกอึดอัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการตรวจรักษาทางสูตินรีเวชกรรม ซึ่งตัวอย่างความคิดเห็นของคนไข้มีดังนี้

“ควรมีก็ดี ทำให้แพทย์ดูเป็นคนธรรมดามากขึ้น”

(สิรินยา อายุ 27 ปี ปริญญาโท แม่บ้าน)

“ควรมี จะช่วยผ่อนคลายความเครียดทั้งคนไข้และแพทย์”

(สุชาวดี อายุ 57 ปี สมรส พนักงานบริษัทเอกชน)

“แพทย์คุยสนุกก็ดี ทำให้เราไม่เครียด มีอะไรสงสัยจะได้กล้าถาม”

(สุภาพร อายุ 33 ปี สมรสมีบุตร 2 คน มัธยมศึกษา)

“ไม่น่าจะมี ดูขาดความน่าเชื่อถือไป แพทย์ควรมีความน่าเชื่อถือ”

(สิริยากร อายุ 29 ปี ปริญญาตรี อาชีพอิสระ)

“ไม่อยากจะให้มี บางครั้งชี้เล่น ยิ้มแย้มมากเกินไป ทำให้เรารู้สึกอาย รู้สึกอึดอัดเวลาหมอจะตรวจร่างกาย”

(สิรินารถ อายุ 20 ปี สมรส อนุปริญญา แม่บ้าน)

2.2 การตรวจร่างกาย

2.2.1 การสื่อสารของสูตินรีแพทย์ ในกรณีคนไข้ต้องเข้ารับการตรวจภายใน

ในการตรวจร่างกายของคนไข้ นั้น ส่วนใหญ่แพทย์มักจะซักถามอาการก่อนแล้วจึงตรวจร่างกาย ซึ่งขณะที่ตรวจร่างกาย อาจมีการซักถามเพิ่มเติม ในบางกรณีเมื่อตรวจร่างกายเรียบร้อยแล้ว แพทย์อาจมีการซักถามคนไข้ อีก จนกว่าจะได้ข้อมูลเพียงพอต่อการวินิจฉัยโรค ซึ่งการตรวจร่างกายของทางสูตินรีเวชกรรมมี 2 ลักษณะ คือ การตรวจร่างกายทั่วไป เช่น การวัดความดัน การฟังเสียงปอดหรือการเต้นของหัวใจ จับชีพจร เป็นต้น และการตรวจร่างกายเฉพาะทางสูตินรีเวชกรรม ซึ่งเป็นโรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ของเพศหญิง เช่น ตรวจเต้านม ตรวจครรภ์ ตรวจภายใน เป็นต้น

โดยเฉพาะการตรวจภายใน ซึ่งผู้หญิงส่วนใหญ่มักรู้สึกกลัวและอายที่จะต้องตรวจ แต่เมื่อแพทย์วินิจฉัยจากการซักถามประวัติแล้วคิดว่าจำเป็นต้องตรวจภายใน เพื่อจะได้วินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำมากขึ้น สูตินรีแพทย์จึงต้องมีการสื่อสารกับคนไข้เพื่อชี้แจงเหตุผลที่จำเป็นต้องตรวจ ดังนั้นในการสื่อสารกับคนไข้ ไม่ว่าจะเป็นภาษา คำพูดหรือท่าทางของแพทย์ย่อมต้องมีความนุ่มนวล สุภาพและน่าเชื่อถือ จึงจะทำให้คนไข้รู้สึกไว้วางใจในตัวแพทย์ ซึ่งแพทย์ได้ให้ความเห็นว่าคนไข้ที่มาพบสูตินรีแพทย์เพื่อรับการตรวจนั้น ส่วนใหญ่จะมีการเตรียมใจไว้ก่อนแล้ว ถ้าเป็นผู้หญิงที่แต่งงานแล้วหรือเคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว มักจะยอมตรวจ อย่างไรก็ตามพบว่ามีคนไข้ส่วนหนึ่งที่ไม่ยินยอมที่จะตรวจภายใน ซึ่งเป็นกลุ่มคนไข้ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น หรือยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน จึงมักปฏิเสธการตรวจภายใน ทำให้บางครั้งแพทย์อาจต้องมีการโน้มน้าวใจคนไข้ด้วย

จากประเด็นดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการสอบถามถึงวิธีการสื่อสารของสูตินรีแพทย์ ในกรณีที่คนไข้จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจภายในว่ามีลักษณะอย่างไร จากการสัมภาษณ์สูตินรี

แพทย์จำนวน 21 คน พบว่า สูตินรีแพทย์ทุกคนมักใช้วิธีการชี้แจงถึงเหตุผลและความจำเป็นที่คนไข้ต้องเข้ารับการตรวจภายใน ตัวอย่างลักษณะการชี้แจงเหตุผลของสูตินรีแพทย์มีดังนี้

“บอกว่าโรคที่น่าจะเป็น มันน่าจะเป็นอะไร อธิบายคร่าวๆ ก่อน แล้วบอกว่า หากอยากรู้ว่าเป็นจริงหรือไม่ มันต้องมีการตรวจ ซึ่งในผู้หญิงโรคอย่างนี้ก็ต้องตรวจภายใน ซึ่งเราก็อธิบายนอกจากความจำเป็น ส่วนใหญ่คนไข้จะกลัว เราต้องบอกว่ามันไม่เจ็บ เพื่อให้คนไข้หายกลัว ส่วนวิธีลดความอายที่ใช้ คือ คุยแบบสุภาพ ทำให้มันเหมือนกับการตรวจรักษา จะไม่พูดเล่น”

(นายแพทย์สรยุทธ อายุ 42 ปี อายุการทำงาน 12 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี)

“คนไข้ส่วนใหญ่จะเตรียมใจมาแล้วกับการตรวจภายใน จะมีส่วนน้อยที่ปฏิเสธ ถ้าจำเป็นก็ต้องตรวจก็ต้องหว่านล้อมกันหน่อยว่าจำเป็นต้องตรวจยังไง ข้อมูลจะได้ครบ ส่วนใหญ่จะยอมถ้าหว่านล้อม แต่ถ้าเห็นว่ามันจำเป็นมาก เค้ปปฏิเสธก็จะข้ามไป อาจจะใช้การตรวจด้วยวิธีอื่น”

(นายแพทย์เสรี อายุ 54 ปี อายุการทำงาน 28 ปี โรงพยาบาลวิชัยยุทธ)

เมื่อแพทย์แจ้งแก่คนไข้ว่าต้องเข้ารับการตรวจภายใน พร้อมทั้งชี้แจงเหตุผลและความจำเป็นของคนไข้ที่ต้องเข้ารับการตรวจภายในแล้ว แต่คนไข้ยังยืนกรานที่จะปฏิเสธการเข้ารับการตรวจภายใน แพทย์ไม่สามารถบังคับหรือฝืนใจคนไข้ได้ เพราะถือเป็นสิทธิของคนไข้ ซึ่งแพทย์อาจเสนอทางเลือกด้วยวิธีการอื่นๆ อาทิ แนะนำการตรวจด้วยวิธีอื่นแทนการตรวจภายใน เช่น การอัลตราซาวด์ หรือหากไม่อยากตรวจทางช่องคลอดก็เปลี่ยนไปเป็นตรวจทางทวารหนักแทน โดยขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของคนไข้ แต่หากคนไข้ไม่ยอมตรวจเนื่องจากรู้สึกอายสูตินรีแพทย์เพศชาย ก็เสนอให้ตรวจกับสูตินรีแพทย์หญิงแทน หรือถ้ายังไม่อยากตรวจก็ให้เวลาคนไข้กลับไปตัดสินใจ แล้วเมื่อคนไข้พร้อม แพทย์จึงจะเริ่มทำการตรวจได้

2.2.2 การใช้คำขอโทษหรือบอกขันทอนแก่คนไข้ เมื่อมีการตรวจร่างกาย

ในขณะที่สูตินรีแพทย์ทำการตรวจร่างกายแพทย์ย่อมต้องมีการสัมผัสคนไข้ โดยเฉพาะการตรวจร่างกายทางด้านสูตินรีเวชกรรม ซึ่งจะมีการตรวจเต้านม การตรวจครรภ์ หรือการตรวจภายใน โดยสำหรับการตรวจภายในของโรงพยาบาลทุกแห่ง ภายในห้องตรวจต้องมีบุคคลที่สามที่เป็นเพศหญิงอยู่ในห้องตรวจ นอกเหนือจากแพทย์และคนไข้ด้วย ซึ่งอาจเป็นพยาบาลหรือผู้ช่วย ทั้งนี้เพื่อคอยช่วยเหลือในการตรวจของแพทย์ ในขณะเดียวกันสำหรับการตรวจร่างกาย

โดยเฉพาะการตรวจภายในของสูตินรีแพทย์เพศชาย การมีบุคคลที่สามจะช่วยให้คนไข้และแพทย์รู้สึกสบายใจมากขึ้น จึงกลายเป็นกฎของโรงพยาบาลทุกแห่งว่า ในห้องตรวจภายในต้องมีบุคคลที่สามอยู่ในห้องตรวจด้วยเสมอ

ในการตรวจร่างกายของคนไข้ทางสูตินรีเวชกรรม สูตินรีแพทย์ที่ทำการตรวจควรแสดงท่าทาง และใช้คำพูดที่ฟังดูสุภาพนุ่มนวลกับคนไข้ อาจแสดงให้เห็นจากการที่แพทย์มีการพูดขอโทษหรือบอกกล่าวขณะทำการตรวจ ทั้งนี้เพื่อเป็นการขออนุญาตและบอกกล่าวให้คนไข้รับทราบจะได้ไม่เกร็งหรือตกใจกลัว การบอกกล่าวหรือขอโทษคนไข้ก่อนหรือขณะที่ทำการตรวจ ถือเป็นสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่สูตินรีแพทย์มักปฏิบัติต่อคนไข้ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสุภาพของแพทย์ขณะตรวจร่างกาย ผู้วิจัยจึงได้สอบถามความคิดเห็นของสูตินรีแพทย์และคนไข้ต่อประเด็นดังกล่าวนี้ว่า สูตินรีแพทย์มีการขอโทษหรือบอกกล่าวคนไข้เมื่อต้องทำการตรวจร่างกายคนไข้หรือไม่ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้มีดังต่อไปนี้

สูตินรีแพทย์

ผลจากการสำรวจความคิดเห็นของสูตินรีแพทย์พบว่า สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.4 มีการขอโทษและบอกข้ตอนในขณะที่ทำการตรวจร่างกายแก่คนไข้ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะขอโทษคนไข้ทุกครั้งก่อนสัมผัส แต่แพทย์บางคนจะพูดขอโทษเฉพาะในกรณีตรวจภายในเท่านั้น ส่วนการตรวจร่างกายทั่วๆ ไป จะเป็นเพียงการขอตรวจเท่านั้น เช่น เดี่ยวหมอลงตรวจท้องหน่อย ขอตรวจเต้านมนะครับ เดี่ยวหมอลงตรวจร่างกายนิดนึงนะ เป็นต้น ส่วนบางคนขอโทษเฉพาะคนไข้ที่ไม่เคยตรวจภายในมาก่อน ในกรณีที่คนไข้ไม่คุ้นเคยกับการตรวจ จะต้องขอโทษคนไข้ก่อน ซึ่งจะพิจารณาเป็นรายๆ ไป ทั้งนี้สูตินรีแพทย์เห็นว่าการขอโทษและบอกข้ตอนการตรวจให้คนไข้ได้รับทราบนั้น เป็นการช่วยให้คนไข้ได้เตรียมตัวได้อย่างถูกต้องและรู้สึกผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น รวมทั้งยังเป็นการแสดงถึงความสุภาพกับคนไข้ด้วย

นอกจากนี้พบว่า สูตินรีแพทย์ร้อยละ 47.5 แพทย์จะพูดเป็นลักษณะการบอกข้ตอนในการตรวจร่างกาย แต่จะไม่ถึงกับพูดขอโทษคนไข้ เช่น หมอจะใส่เครื่องมือแล้วนะ ไม่ต้องเกร็งหมอลงเช็ดน้ำยานะครับ เป็นต้น ซึ่งแพทย์ได้ให้เหตุผลเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ว่า

“มีการบอกข้ตอนแทบทุกครั้ง เพื่อให้คนไข้รู้ตัวและร่วมมือในการตรวจ โดยเฉพาะการตรวจภายใน บางทีคนไข้เค้าไม่เห็นเรา เพราะฉะนั้นก่อนใส่เครื่องมือตรวจหรือตรวจภายใน หรือใช้เครื่องมืออย่างอื่นตรวจ มันเป็นเรื่องที่ต้องระวังมาก เราจะต้องบอกทุกครั้ง”

(นายแพทย์สรยุทธ อายุ 42 ปี อายุการทำงาน 12 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี)

“ส่วนใหญ่ไม่ต้องถึงกับขอโทษ ในความคิดผมนะ ผมเพียงจะบอกว่า ผมตรวจอะไร เช่น ขอตรวจท้องหน่อยครับ คือ พูดยให้เค้ารู้ว่าเราจะทำอะไร ไม่ใช่จู่ๆ เาหูฟังไปจิ้มหน้าอกเค้า เค้าก็ตกใจ บอกว่าเดี๋ยวหมอจะตรวจหัวใจหน่อยนะ เค้าจะได้ไม่กังวลใจว่าจะไปทำอะไรละลาบละล้วงเค้าหรือเปล่า จะบอกเค้าว่าจะทำอะไร”

(นายแพทย์สุนัย อายุ 49 ปี อายุการทำงาน 14 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

“บอกขั้นตอนทำให้คนไข้คลายกังวลว่า เดี่ยวจะขึ้นขาหยั่ง เดี่ยวจะใส่เครื่องมือเข้าไป ช่วงนี้จะทายา เค้าจะได้รู้ว่าเราทำอะไรกับเค้า จะใส่เครื่องมืออะไรตึงนิดนึง จะได้ไม่ตกใจ”

(แพทย์หญิงปริศนา อายุ 33 ปี อายุการทำงาน 5 ปี โรงพยาบาลกลาง)

คนไข้

จากการสำรวจความคิดเห็นของคนไข้ที่เคยเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ ในเรื่องเกี่ยวกับการตรวจร่างกายว่า เมื่อมีการสัมผัสร่างกายคนไข้ สูตินรีแพทย์มีการใช้คำพูดขอโทษหรือบอกขั้นตอนขณะที่ทำการตรวจหรือไม่ รวมทั้งสอบถามถึงทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อสูตินรีแพทย์ ในกรณีที่สูตินรีแพทย์พูดขอโทษหรือบอกขั้นตอนขณะตรวจร่างกาย ซึ่งสามารถนำข้อมูลที่ได้มาเสนอเป็นตารางได้ดังนี้

ตารางที่ 18 แสดงการใช้คำขอโทษหรือบอกขั้นตอนแก่คนไข้ เมื่อตรวจร่างกาย

การใช้คำขอโทษหรือบอกขั้นตอนแก่คนไข้ เมื่อตรวจร่างกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มี	84	84.0
ไม่มี	16	16.0
รวม	100	100

จากตารางที่ 18 พบว่า สูตินรีแพทย์มีการใช้คำพูดเพื่อกล่าวขอโทษ หรือบอกขั้นตอนขณะที่ทำการตรวจร่างกายถึงร้อยละ 84.0 นอกจากนี้ได้สอบถามความคิดเห็นของคนไข้เพิ่มเติม

ว่า คนไข้รู้สึกอย่างไรกับการที่สูตินรีแพทย์ มีหรือไม่มีคำพูดเหล่านี้ ขณะที่ทำการตรวจรักษา ซึ่งสามารถแสดงข้อมูลได้ดังตารางนี้

ตารางที่ 19 ทักษะคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ขอโทษหรือบอกขั้นตอนแก่คนไข้

ทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ขอโทษหรือบอกขั้นตอนแก่คนไข้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชอบ	74	74.0
ไม่ชอบ	3	3.0
เฉยๆ	23	23.0
รวม	100	100

จากตารางที่ 19 พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่รู้สึกชอบต่อการที่แพทย์พูดขอโทษหรือบอกขั้นตอน ขณะตรวจร่างกาย และมีคนไข้เพียงร้อยละ 3.0 เท่านั้นที่รู้สึกไม่พอใจ ซึ่งคนไข้ส่วนหนึ่งได้ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการที่สูตินรีแพทย์มีการพูดขอโทษหรือบอกขั้นตอนในการตรวจรักษาไว้ว่า

“ดี เพราะคนไข้จะได้ตั้งตัวได้และคลายความกังวล”

(สินิทธา อายุ 39 ปี โสศ ปริญญาตรี)

“บอกก็ดี สบายใจดี”

(สิริกานต์ อายุ 33 ปี สมรสมีบุตร 2 คน มัธยมศึกษา)

“ร่างกายเรา ควรบอกกล่าวเราบ้าง”

(สิรินยา อายุ 27 ปี สมรสมีบุตร 1 คน ปริญญาโท)

“ไม่ค่อยชอบ รู้สึกว่าแพทย์ไม่สุภาพ”

(สุธาสินี อายุ 20 ปี โสัด นักศึกษา)

“เฉยๆ เพราะบางครั้งแพทย์อาจจะตรวจคนไข้มากจนลืมคำเหล่านี้ไป”

(สิริยากร อายุ 29 ปี ปริญญาตรี อาชีพอิสระ)

เมื่อสูตินรีแพทย์ได้ทำการซักถามประวัติและอาการของคนไข้ และตรวจร่างกายของคนไข้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งในคนไข้บางราย หลังจากที่ตรวจร่างกายแล้ว แพทย์อาจมีการสอบถามอาการเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน จากนั้นจึงวิเคราะห์หาข้อสรุปเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของคนไข้ว่าป่วยเป็นโรคอะไร อย่างไรบ้าง ซึ่งเป็นการเข้าสู่ขั้นตอนในการชี้แจงข้อวินิจฉัยต่อไป

3. การชี้แจงข้อวินิจฉัย

สำหรับเหตุการณ์สื่อสาร (communication event) ในขั้นตอนการชี้แจงข้อวินิจฉัยของสูตินรีแพทย์นั้น จะเริ่มหลังจากที่แพทย์ได้รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ สอบถามอาการ และตรวจร่างกายของคนไข้แล้ว แพทย์จึงได้นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อทำการวินิจฉัยโรค จากนั้นสูตินรีแพทย์จะชี้แจงข้อวินิจฉัยให้คนไข้ได้ทราบว่าคนไข้ป่วยเป็นโรคอะไร มีอาการอย่างไร และเกิดการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุใด หากเป็นกรณีของคนไข้ฝากครรภ์ แพทย์อาจแจ้งว่าคนไข้มีภาวะที่ปกติ หรืออธิบายเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ซึ่งการชี้แจงข้อวินิจฉัยเป็นขั้นตอนที่สำคัญทั้งต่อแพทย์และคนไข้

อย่างไรก็ตามหากพบว่าคนไข้ป่วยเป็นโรคใด สูตินรีแพทย์ก็จะให้รายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับโรคนั้น เช่น สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เป็นต้น ทำให้คนไข้ได้รับทราบข้อมูลที่ต้องเกี่ยวข้องกับโรค อีกทั้งยังช่วยให้ลดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องอันเนื่องมาจากการคาดเดา การรับทราบข้อมูลจากคนรอบข้างหรือแหล่งข้อมูลต่างๆ โดยปราศจากความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องทางการแพทย์ ซึ่งลักษณะของการสื่อสารในขั้นตอนการวินิจฉัยเหล่านี้เป็นลักษณะเดียวกันกับการชี้แจงข้อวินิจฉัยของแพทย์ทั่วไป โดยแพทย์จะชี้แจงข้อวินิจฉัยไปตามข้อมูลที่ได้รับ และสิ่งที่ตรวจพบจากร่างกายคนไข้ แต่ในบางครั้งแพทย์ยังไม่สามารถชี้แจงข้อวินิจฉัยแก่คนไข้ได้ เนื่องจากต้องรอผลการตรวจอย่างอื่นเพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัย เช่น ตรวจเลือด ตรวจเซลล์

มะเร็ง เป็นต้น ซึ่งแพทย์อาจจะชี้แจงว่าจะได้รับผลเมื่อใด และนัดให้คนไข้มาฟังผลการวินิจฉัยในครั้งถัดไป จากนั้นจึงมักจะเข้าไปสู่เหตุการณ์สื่อสาร (communication event) ขั้นตอนสุดท้าย คือการกล่าวอำลา เพื่อสิ้นสุดการสนทนาในครั้งนี้ อย่างไรก็ตามในขั้นตอนของการชี้แจงข้อวินิจฉัย ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

3.1 การชี้แจงข้อวินิจฉัยแก่คนไข้ ในกรณีที่คนไข้เป็นโรคร้ายแรง อาทิ มะเร็ง ทารกในครรภ์ผิดปกติ

ในการชี้แจงข้อวินิจฉัย หากคนไข้เป็นโรคต่างๆ ไป หรือเป็นภาวะที่ปกติในกรณีคนไข้ฝากครรภ์นั้น สูตินรีแพทย์สามารถชี้แจงข้อวินิจฉัยให้คนไข้รับทราบได้ทันที แต่ในบางครั้งหากแพทย์ตรวจพบว่า คนไข้ป่วยเป็นโรคร้ายแรง อาทิ มะเร็ง ทารกในครรภ์ผิดปกติ เกิดภาวะท้องนอกมดลูก เป็นต้น ซึ่งถือเป็นข่าวร้ายสำหรับคนไข้ ดังนั้นสูตินรีแพทย์จึงต้องมีกลวิธีในการสื่อสารเพื่อที่จะแจ้งข้อวินิจฉัยโรคนี้แก่คนไข้ในวิธีการที่แตกต่างไปจากการแจ้งอาการป่วยในโรคต่างๆ ไป ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า สูตินรีแพทย์มีวิธีการแจ้งข่าวร้ายลักษณะนี้แก่คนไข้อย่างไร จึงจะทำให้กระทบกระเทือนความรู้สึกของคนไข้น้อยที่สุด แม้ว่าข่าวร้ายนี้จะส่งผลกระทบต่อจิตใจของคนไข้ แต่แพทย์ก็จำเป็นต้องแจ้งผลแก่คนไข้ เพราะเป็นสิทธิของคนไข้ที่ย่อมต้องรับทราบเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเอง เพื่อจะได้ทำการรักษาต่อไป ซึ่งสูตินรีแพทย์ทุกคนจำเป็นต้องเผชิญกับสถานการณ์เช่นนี้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของสูตินรีแพทย์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.5 มักจะบอกตรงๆ แก่คนไข้ว่าคนไข้เป็นโรคอะไร ลักษณะของโรคเป็นอย่างไร พร้อมทั้งวางแผนในการรักษาให้คนไข้ได้รับทราบ ซึ่งแพทย์มักจะใช้วิธีการพูดที่ละมุนละม่อม โดยคำนึงถึงสภาพจิตใจของคนไข้เป็นสำคัญ โดยแพทย์จะค่อยๆ บอกเพื่อให้คนไข้สามารถเตรียมตัวเตรียมใจได้ และจะพยายามพูดให้ดูรุนแรงน้อยที่สุด พร้อมปลอบใจและให้กำลังใจ เพื่อให้คนไข้ได้ทำการรักษาต่อไป ซึ่งสูตินรีแพทย์บางคนได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ว่า

“ต้องบอกยังไงก็ต้องบอกให้เค้าทราบว่าเค้าเป็นอะไรอยู่ แต่วิธีการบอกต้องบอกให้ soft ลงหน่อย อย่างเช่น จะไม่พูดว่ามันรุนแรง แทนที่จะบอกว่ามะเร็งก็บอกเป็นเนื้อไม่ดี และต้องพูดไม่ให้เค้าตกใจ ให้เค้าสบายใจระดับหนึ่งว่ามันอยู่ในขั้นตอนที่รักษาหายได้ บอกว่ามันแรงด่วน อันตรายแค่ไหน ถ้าโรคอย่างนี้ถ้าไม่บอก คนไข้อาจชะล่าใจ จนลืมไปเลย เค้าอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ ต้องบอก เพราะต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และเค้าต้องมีการตรวจต่อเนื่องระยะยาวและไปพบแพทย์เฉพาะทาง เราต้องมีวิธีการที่ทำให้คน

ใช้ไม่ตกใจเกินไป ต้องดูระดับคนไข้ด้วยว่าจะบอกแรงได้แค่ไหน บางคนอาจไม่ได้บอกตรงๆ ว่าเป็นมะเร็ง”

(นายแพทย์สมศักดิ์ อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 22 ปี โรงพยาบาลกลาง)

“คงบอกตรงๆ แต่ว่าจะค่อยๆ บอก จะบอกคนไข้เลย”

(แพทย์หญิงปนัดดา อายุ 35 ปี อายุการทำงาน 7 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

“ถ้าคนไข้ที่มาตรวจหลายครั้งแล้ว เราคุ้นเคย ดูท่าทีคนไข้ว่า ถ้าเค้ารับได้เราจะบอกตรงๆ ไปเลย เพื่อจะได้อธิบายแนวทางการรักษาให้มันตรงๆ ให้คนไข้เข้าใจ แต่ถ้าเราไม่แน่ใจว่าจะดีไม่ดี คนไข้รับไหวไม่ไหว เราก็อาจจะบอกไปว่ามันเป็นโรคที่ไม่ค่อยดี แต่ยังไม่บอกว่าเป็นมะเร็ง อาจรักษายาก หรือผลการรักษาไม่ดี บอกอ้อมๆ ไปก่อน พอถึงจุดหนึ่งก็บอก คนไข้จะได้รู้ตัวว่าเป็นโรคอะไร ต้องรักษาอย่างไร ต้องตรวจติดตามอย่างไร”

(นายแพทย์สรยุทธ อายุ 42 ปี อายุการทำงาน 12 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี)

ส่วนสูตินรีแพทย์อีกส่วนหนึ่งเห็นว่า ในกรณีที่คนไข้เป็นโรคร้ายแรงนั้น มักจะแจ้งผลการวินิจฉัยผ่านทางญาติของคนไข้ เนื่องจากเกรงว่าคนไข้จะรับกับข่าวร้ายไม่ได้ ตัวอย่างเช่น

“ต้องคุยกับญาติก่อน ถามญาติว่า คุณแม่หนูเป็นคนตกใจง่ายมั๊ย ซึ่กลัวมั๊ย ตอนนี้เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรกนะ แต่รักษาให้หายได้ จะให้หมอบอกเค้าเลยมั๊ย ญาติจะเป็นคนบอกว่า บอกหรือไม่บอก”

(แพทย์หญิงปาริฉัตร อายุ 56 ปี อายุการทำงาน 28 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี)

“ถ้ากรณีมะเร็ง อาจต้องสอบถามญาติว่าคนไข้สามารถทำใจรับได้หรือไม่ ซึ่งการบอกความลับคนไข้แก่ผู้อื่นเป็นเรื่องที่ไม่สมควรทำ แต่กรณีนี้อาจจำเป็นต้องเปิดเผยแก่ญาติซึ่งญาติของคนไข้บางคนไม่ยอมให้บอก หมอก็จะไม่บอก แต่จากการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องคนไข้จะค่อยๆ รับรู้และทำใจได้ไปเอง แล้วเราก็ค่อยๆ บอกผลการตรวจ เช่น จากการตรวจหมอบพบว่า ผลการตรวจชิ้นเนื้อที่ออกมาไม่ตึ้นัก พบว่ามีบางอย่างผิดปกติ แต่หากรักษาก็มีโอกาสหายได้ โดยพยายามสร้าง good will ให้กับคนไข้”

(นายแพทย์สมรักษ์ อายุ 39 ปี อายุการทำงาน 11 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

3.2 การใช้คำศัพท์วิชาการหรือศัพท์เฉพาะทางในการแจ้งข้อวินิจฉัยแก่คนไข้

ในการชี้แจงวินิจฉัยของสูตินรีแพทย์ที่ต้องอธิบายแก่คนไข้ว่า คนไข้ป่วยเป็นโรคอะไร นั้น ในเหตุการณ์สื่อสาร (communication event) ช่งนี้ แพทย์อาจมีการใช้คำศัพท์วิชาการ ศัพท์เฉพาะทาง หรือพูดทับศัพท์ภาษาอังกฤษในการชี้แจงข้อวินิจฉัยแก่คนไข้ เพราะบางโรคหรือศัพท์บางคำอาจไม่มีคำแปลภาษาไทยที่เข้าใจง่ายมากพอ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำการสอบถามความคิดเห็นของสูตินรีแพทย์และคนไข้ว่า ในการสนทนาโดยเฉพาะการแจ้งผลวินิจฉัยโรคแก่คนไข้ นั้น แพทย์มีการใช้คำศัพท์เหล่านี้หรือไม่ อย่างไร และหากมีการใช้ ใช้บ่อยครั้งแค่ไหนและสามารถสื่อสารกับคนไข้ได้เข้าใจถูกต้องตรงกันหรือไม่ อย่างไร

สูตินรีแพทย์

ผลการวิจัยพบว่า สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.7 จะไม่ค่อยใช้คำศัพท์วิชาการหรือศัพท์เฉพาะทางในการสื่อสารกับคนไข้ หรืออาจมีการใช้บ้างแต่ไม่มากนัก เพราะส่วนใหญ่เห็นว่า ศัพท์เฉพาะทางหรือศัพท์วิชาการไม่เหมาะที่จะอธิบายให้คนไข้ฟัง เนื่องจากคนไข้ส่วนใหญ่มักจะไม่เข้าใจ ยกเว้นกรณีที่แพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นต้องใช้ จึงอาจมีการใช้ศัพท์เหล่านี้บ้าง แบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ

(1) กรณีที่คนไข้ที่มีการศึกษาหรือมีความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์เหล่านี้ น่าจะพอเข้าใจในคำศัพท์เหล่านั้นก็มีใช้บ้าง ซึ่งบางครั้งคนไข้อาจพูดถึงคำศัพท์เหล่านั้นออกมาก่อน ตัวอย่างเช่น

“ผมพยายามจะพูดภาษาไทย ยกเว้นชาวต่างชาติ หมอ หรือคนในวงการแพทย์”

(นายแพทย์สมคิด อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 20 ปี โรงพยาบาลวิชัยยุทธ)

“ใช้น้อยมาก ต้องดูคนไข้ด้วย คือ บางคนเดินมาหาเรา เค้าพูด เค้าเตรียมตัวมาพอสมควร เราก็สามารถใช้แล้วคุยกับเขารู้เรื่อง”

(นายแพทย์สันติ อายุ 48 ปี อายุการทำงาน 15 ปี โรงพยาบาลกลาง)

“ไม่จำเป็นต้องใช้ ยกเว้นกรณีคนไข้ที่น่าจะเข้าใจ เช่น คนที่มีการศึกษา ก็มีใช้บ้าง”

(นายแพทย์สมหวัง อายุ 36 ปี อายุการทำงาน 7 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

“ใช้ศัพท์เทคนิคบ้าง เพราะชื่อโรคบางอย่างไม่มีชื่อภาษาไทย แต่ต้องมีการอธิบายเพิ่มเติม มักใช้ในคนที่สามารถเข้าใจได้ เช่น คนมีการศึกษา จำเป็นต้องใช้บ้างเพราะบางครั้งคนไข้ที่มีความรู้ชอบเปิดอินเทอร์เน็ตมาถาม”

(นายแพทย์สมปอง อายุ 38 ปี อายุการทำงาน 8 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

(2) กรณีที่คำศัพท์เหล่านั้นไม่มีคำแปลในภาษาไทยที่สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจนมากพอ โดยบางครั้งจะมีการแปลหรืออธิบายเป็นภาษาไทยกำกับไว้ด้วย ตัวอย่างเช่น

“ส่วนใหญ่ในกรณีที่ใช้ศัพท์วิชาการ จะแปลให้เค้าฟังทุกครั้ง เช่น การวินิจฉัยโรคเป็น... (ศัพท์แพทย์) ซึ่งก็คือเนื้องอก”

(นายแพทย์เสรี อายุ 54 ปี อายุการทำงาน 28 ปี โรงพยาบาลวิชัยยุทธ)

“เราพยายามจะไม่ใช้ นอกจากบางโรคจริงๆ แต่ส่วนมากจะไม่ใช้ เพราะคนไข้ไม่รู้เรื่องจะต้องอธิบาย ถ้าไม่มีคำแปลจริงๆ มันก็ต้องใช้ ถ้ามีคำอธิบายก็ไม่ใช้”

(นายแพทย์สรพงษ์ อายุ 57 ปี อายุการทำงาน 25 ปี โรงพยาบาลพญาไท2)

“ส่วนใหญ่พยายามจะใช้คำศัพท์ที่พอฟังออก แต่บางอย่างเราไม่รู้จะอธิบาย เป็นภาษาไทยยังไงดี คิดว่ามันจำเป็นในกรณีที่ไม่มีเลยในภาษาไทย บางทีเราก็ต้องใช้”

(นายแพทย์สุนทร อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 20 ปี โรงพยาบาลลาดพร้าว)

นอกจากนี้พบว่า สูตินรีแพทย์ร้อยละ 14.3 จะไม่ใช้คำศัพท์วิชาการหรือศัพท์เฉพาะทางในการสื่อสารกับคนไข้เลย ซึ่งสูตินรีแพทย์ส่วนหนึ่งได้ให้ความเห็นในเรื่องนี้ไว้ว่า

“ส่วนใหญ่ศัพท์วิชาการมันคงไม่เหมาะที่จะอธิบายให้เค้าฟัง เราคงจะพูดเป็นคำแปลภาษาไทยที่ง่ายๆ ที่ฟังแล้วเข้าใจ อย่างเนื้องอกมดลูก แต่เราคงไม่บอกว่าเป็นเนื้องอกมดลูกที่ชื่อ... แต่เราจะบอกว่าเป็นเนื้องอกของกล้ามเนื้อ เป็นเยื่อประจำเดือนที่ไปฝังในมดลูก ทำให้มีการปวดท้องเมนส์ ทำให้เค้าเข้าใจโรคที่เค้าเป็นอย่างง่ายๆ”

(นายแพทย์สมศักดิ์ อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 22 ปี โรงพยาบาลกลาง)

“ไม่ พยายามหลีกเลี่ยงหมด ทุกอย่างแปลเป็นไทย เพราะว่าคนไข้อาจจะไม่เข้าใจ ถ้าไม่มีคำแปล ต้องอธิบาย ไม่ค่อยมีปัญหาเกี่ยวกับศัพท์พวกนี้ ผมแปลไว้หมด เพราะใน field ผม ผมทำงานมานานมาก จนกระทั่งเรารู้ว่าเราควรพูดอะไรแล้วคนจะเข้าใจ”

(นายแพทย์สุรพล อายุ 44 ปี อายุการทำงาน 15 ปี โรงพยาบาลลาดพร้าว)

คนไข้

เมื่อสอบถามความคิดเห็นจากคนไข้ว่า ในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์ขณะตรวจรักษานั้น แพทย์มีการใช้คำศัพท์เฉพาะทางหรือศัพท์วิชาการบ้างหรือไม่ หากมีการใช้ แพทย์ใช้ศัพท์เหล่านั้นบ่อยเพียงใด และคนไข้เห็นว่าแพทย์มีความจำเป็นต้องใช้คำศัพท์เหล่านั้นหรือไม่ ซึ่งผลการวิจัยสามารถแสดงดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 20 แสดงการใช้คำศัพท์วิชาการหรือศัพท์เฉพาะทางของสูตินรีแพทย์

การใช้คำศัพท์วิชาการหรือศัพท์เฉพาะทางของสูตินรีแพทย์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ใช้		
ความถี่ที่ใช้	75	75.0
- ใช้บ้างบางครั้ง	59	59.0
- ค่อนข้างบ่อย	12	12.0
- บ่อยครั้ง	4	4.0
ไม่เคยใช้	25	25.0
รวม	100	100

จากตารางที่ 20 พบว่า ร้อยละ 75.0 สูตินรีแพทย์มีการใช้คำศัพท์เฉพาะทางหรือศัพท์วิชาการ โดยส่วนใหญ่มีการใช้บ้างบางครั้ง ซึ่งมีที่คนไข้เข้าใจบ้างบางคำ หรือบางครั้งก็ไม่เข้าใจเลย บางคนกล้าถาม แต่บางคนกลับไม่กล้าถาม ตัวอย่างความคิดเห็นของคนไข้มีดังนี้

“มีใช้บ้าง ก็เข้าใจบ้างไม่เข้าใจบ้าง เคยถามแต่ก็ไม่รู้เรื่องอยู่ดี”

(สิรินทรา อายุ 46 ปี สมรสมีบุตร 1 คน ประถมศึกษา)

“ใช้บ่อยเหมือนกัน ไม่ค่อยเข้าใจหรอก แต่ไม่กล้าถาม เกรงใจ”

(สุชума อายุ 58 ปี สมรสมีบุตร 1 คน พนักงานบริษัทเอกชน)

นอกจากนี้ยังได้สอบถามความคิดเห็นของคนไข้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้คำศัพท์วิชาการ หรือศัพท์เฉพาะทางเหล่านี้ว่า แพทย์มีความจำเป็นต้องใช้ศัพท์เหล่านี้หรือไม่ ซึ่งสามารถแสดงผล ได้ดังตารางนี้

ตารางที่ 21 แสดงความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความจำเป็นในการใช้

ศัพท์วิชาการหรือศัพท์เฉพาะทาง

ความจำเป็นในการใช้คำศัพท์ศัพท์วิชาการ หรือศัพท์เฉพาะทาง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำเป็น	36	36.0
ไม่จำเป็น	55	55.0
อื่นๆ	9	9.0
รวม	100	100

จากตารางที่ 21 พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่เห็นว่า สูตินรีแพทย์ไม่จำเป็นต้องใช้คำศัพท์เหล่านี้ ส่วนคนไข้ที่ตอบอื่นๆ ได้ให้ความเห็นในลักษณะเดียวกัน คือ แพทย์สามารถใช้ได้บ้างบางครั้งแล้วแต่กรณี แต่หากใช้ควรแปลเป็นภาษาไทยที่ง่ายๆ ให้ฟังด้วย ซึ่งตัวอย่างความคิดเห็นของคนไข้มีดังนี้

“ไม่เห็นจำเป็นต้องใช้ เพราะใช้ไปก็ไม่เข้าใจ”

(สิรชา อายุ 31 ปี อนุปริญญา อาชีพอิสระ)

“จำเป็น เพราะเป็นคำศัพท์ของแพทย์”

(ศิราณี อายุ 27 ปี มัธยมศึกษา แม่บ้าน)

“บางครั้งก็คิดว่าจำเป็นแต่ บางครั้งก็ไม่จำเป็น เข้าใจบ้างบางครั้ง เวลาไม่เข้าใจเคยถามหมอเหมือนกัน ก็ช่วยให้เข้าใจมากขึ้น”

(สุนิสา อายุ 26 ปี อนุปริญญา อาชีพอิสระ)

4. การอธิบายวิธีการรักษา

เมื่อสูตินรีแพทย์ได้วินิจฉัยโรคและแจ้งผลการวินิจฉัยแก่คนไข้แล้ว เหตุการณ์สื่อสาร (communication event) ขั้นตอนต่อไป คือ แพทย์จะเริ่มอธิบายวิธีการรักษาให้แก่คนไข้ มีการวางแผนการรักษาว่าจะใช้วิธีการรักษาแบบใด ระยะเวลาในการรักษา ยาที่ใช้หรือแนะนำวิธีการดูแลตัวเองให้แก่คนไข้ ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพราะจะส่งผลต่อการดูแลรักษาตัวของคนไข้โดยตรง โดยอาจพบได้ในหลายๆ ลักษณะ ทั้งนี้ในการอธิบายวิธีการรักษาแต่ละครั้ง แพทย์อาจมีครบทุกลักษณะ หรือบางครั้งอาจมีเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่งเท่านั้น สำหรับลักษณะต่างๆ ของการอธิบายวิธีการรักษา ได้แก่

(1) การอธิบายวิธีการรักษาและระยะเวลาในการรักษา เช่น แพทย์จะใช้วิธีการใดในการรักษา ซึ่งอาจให้ยา ให้ฮอร์โมน หรือผ่าตัด โดยบอกผลกระทบหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นต่อไป เมื่อใช้ยาที่แพทย์สั่งให้ และอาจกำหนดระยะเวลาที่คนไข้จะมีอาการดีขึ้น ถ้าหากไม่เป็นตามกำหนดให้กลับมาหาแพทย์อีกครั้ง เป็นต้น

(2) การอธิบายยา เช่น ควรใช้ยาอย่างไร จำนวนเท่าใด เวลาใด ซึ่งต้องอธิบายให้ละเอียด เพราะการใช้ยาที่ผิดวิธี ผิดชนิด ผิดขนาด ไม่เพียงแต่จะทำให้คนไข้ไม่หายจากอาการเจ็บป่วย แต่บางครั้งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

(3) การแนะนำวิธีดูแลตัวเองสำหรับคนไข้ เช่น กรณีคนไข้ฝากครรภ์ควรรับประทาน อาหารครบทั้งห้าหมู่ ควรควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากจนเกินไป ควรดีมนมมากๆ ทารกในครรภ์จะได้รับแคลเซียมอย่างพอเพียง เป็นต้น

(4) การนัดเวลาพบแพทย์ครั้งต่อไป โดยในกรณีคนไข้ฝากครรภ์สูตินรีแพทย์จะมีการนัด มาเป็นระยะๆ อาจเป็นเดือนละ 1 ครั้งในกรณีที่อายุครรภ์ยังไม่มากนัก แต่ถ้าอายุครรภ์มากขึ้น ก็ จะนัดบ่อยขึ้น อาจเป็นเดือนละ 2 ครั้ง หรือถ้าใกล้คลอดจะนัดให้มาพบแพทย์ทุกสัปดาห์ ส่วน คนไข้รีเวชอาจนัดให้มา เพื่อตรวจสอบอาการอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าเป็นโรคเล็กน้อยๆ เช่น ปวด ระบุ ประจำเดือนมาไม่ปกติ และแพทย์ได้ตรวจแล้วพบว่าไม่เป็นอะไรมาก ก็อาจให้ยาไปทาน โดยไม่ต้องนัดมาเจอครั้งหน้าอีก แต่หากคนไข้มีอาการผิดปกตินอกเหนือจากที่แพทย์ได้ชี้แจงไว้ หรืออาการป่วยยังไม่ดีขึ้นก็กลับมาพบแพทย์อีกครั้ง โดยแพทย์จะไม่ได้ระบุเวลาที่แน่นอน

สำหรับประเด็นที่สนใจศึกษาในเหตุการณ์สื่อสารขั้นตอนนี้ คือ การเลือกวิธีการรักษา โดยศึกษาว่า ในการตรวจรักษาคนไข้มีการเลือกวิธีการรักษาโดยใช้วิธีใด ระหว่างแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจเลือกให้ หรือคนไข้เป็นผู้เลือกเอง

การเลือกวิธีการรักษาคนไข้

สำหรับในขั้นตอนของการอธิบายวิธีการรักษาของสูตินรีแพทย์ ซึ่งในขั้นตอนนี้ นอกจาก แพทย์จะอธิบายวิธีการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการอธิบายวิธีการและระยะเวลาในการรักษา การ อธิบายยา การแนะนำวิธีดูแลตัวเอง และการนัดเวลาพบแพทย์ครั้งต่อไปแล้ว การวางแผนการ รักษาก็เป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยก่อนที่แพทย์จะเข้าสู่ขั้นตอนการแนะนำวิธี การดูแลตัวเอง อธิบายยา หรือนัดหมายเวลานั้น แพทย์จะวางแผนในการรักษาว่า จะเลือก รักษาคนไข้ด้วยวิธีการใด ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเน้นที่จะศึกษาว่า ในกรณีที่มีทางเลือกในการรักษา หลายวิธี สูตินรีแพทย์มีการใช้วิธีการใดและคนไข้ต้องการให้แพทย์ใช้วิธีการใด ระหว่างวิธีที่ แพทย์จะให้คนไข้เป็นผู้เลือกและตัดสินใจด้วยตัวเอง โดยแพทย์อธิบายข้อดีและข้อเสียของแต่ละ วิธีให้คนไข้พิจารณา กับวิธีที่แพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุดให้คนไข้ จากผลการวิจัยที่ได้ มีดังนี้

สูตินรีแพทย์

จากการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์พบว่า สูตินรีแพทย์ทุกคนมักให้คนไข้เป็นผู้ตัดสินใจเลือก วิธีการรักษาด้วยตนเอง แต่แพทย์บางคนอาจมีการเสนอความคิดเห็นส่วนตัวบ้าง เพื่อเป็นข้อมูล ประกอบการตัดสินใจของคนไข้ แต่บางคนจะไม่ค่อยออกความคิดเห็นส่วนตัว นอกจากคนไข้จะ

ร้องขอ หรือคนไข้บางคน แม้ว่าแพทย์เปิดโอกาสให้เลือกด้วยตนเองแล้ว แต่คนไข้กลับอยากให้แพทย์เลือกให้ ซึ่งสูตินรีแพทย์ส่วนหนึ่งได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ว่า

“เราจะให้คนไข้เป็นคนตัดสินใจเอง คุณจะผ่าตัดมัย แต่ถ้าคนไข้ถาม เราก็ให้ความคิดเห็นของเราแทรกไปด้วย อย่างเช่น ถ้าเป็นเนื้องอก เราจะให้คนไข้เลือกคุณจะไม่ผ่าตัดหรือการรักษาอาจจะต้องมีฮอร์โมน ฮอร์โมนที่ใช้มีหลายชนิด ชนิดนี้ราคาสูงมาก อาจใช้นานนิดหน่อย แต่ว่าได้ผลใกล้เคียงกัน ชนิดนี้ได้ผลดีกว่าชนิดน้อย แต่ราคาแพงกว่าเป็นสิบๆ เท่าเลย เข้มละเป็นหมื่นอย่างนี้ คนไข้ต้องเลือกอะไรที่เหมาะสมกับตัวเขา”

(นายแพทย์สมศักดิ์ อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 22 ปี โรงพยาบาลกลาง)

“บอกให้เค้าเลือก ส่วนใหญ่คนไข้ก็ตามใจหมอ คือ ถ้าไม่มีการศึกษา บอกไปก็ไม่เข้าใจ อยู่ดี พอพูดเสร็จเค้าก็บอกว่า หมอว่าอันไหนก็อันนั้นแหละ”

(นายแพทย์สันติ อายุ 48 ปี อายุการทำงาน 15 ปี โรงพยาบาลกลาง)

“โดยมากจะให้ข้อมูลว่า วิธีนี้ดี ไม่ดี หมอถนัด ไม่ถนัด จะให้คนไข้เลือก แต่บางครั้งก็ยอมรับว่าบางครั้งก็เสนอ idea ที่ยึดเยียดเค้าไป คือ บางทีก็เหมือนเป็นการบอกอย่างไม่เป็นกลางมากนัก”

(นายแพทย์สุนทร อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 20 ปี โรงพยาบาลลาดพร้าว)

คนไข้

จากการสำรวจความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในขั้นตอนการอธิบายการรักษานั้น โดยสอบถามว่า สำหรับในกรณีที่มีทางเลือกในการรักษามากกว่าหนึ่งวิธี แพทย์จะเลือกใช้วิธีการใดระหว่าง วิธีที่ 1 คนไข้เป็นผู้เลือกและตัดสินใจด้วยตัวเอง โดยแพทย์จะเป็นผู้อธิบายถึงข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี และวิธีที่ 2 แพทย์จะเป็นผู้เลือกวิธีที่ดีที่สุดให้คนไข้ ซึ่งผลการวิจัยสามารถแสดงตามตารางได้ดังนี้

ตารางที่ 22 แสดงความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษา

การเลือกวิธีการรักษา	วิธีที่คนไข้ต้องการ		วิธีที่แพทย์ใช้	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิธีที่ 1 คนไข้เป็นผู้เลือกเอง	78	78.0	69	69.0
วิธีที่ 2 แพทย์เป็นผู้เลือกให้	22	22.0	31	31.0
รวม	100	100	100	100

จากตารางที่ 22 ในการสอบถามความคิดเห็นของคนไข้จำนวน 100 คน พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่ต้องการเป็นผู้เลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง ในขณะที่วัยรุ่นแพทย์ส่วนใหญ่มักให้คนไข้เป็นผู้เลือกเอง นอกจากนี้มีคนไข้ส่วนหนึ่งอยากให้แพทย์เป็นผู้เลือกวิธีที่ดีที่สุดให้ เพราะคิดว่าแพทย์น่าจะเลือกได้ดีกว่าตัวเอง ซึ่งคนไข้ส่วนหนึ่งได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ว่า

“อยากเลือกเอง เพราะจะได้เลือกวิธีที่เราต้องการ”

(สินีกันต์ อายุ 34 ปี ปริญญาตรี ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว)

“แพทย์จะให้เราเลือก แต่เค้าจะมีวิธีการบอกแบบมีการชี้แนะ”

(สิรินยา อายุ 27 ปี ปริญญาโท แม่บ้าน)

“อยากให้แพทย์เลือกให้ เพราะแพทย์มีความรู้ควรแนะนำให้เรา”

(สุพรรณิ อายุ 27 ปี มัธยมศึกษา แม่บ้าน)

อย่างไรก็ตามในการสอบถามความคิดเห็นจากคนไข้พบว่า มีกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ คือ คนไข้ชื่อ ไสริยา (นามสมมติ) อายุ 34 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา เป็นแม่บ้าน ซึ่งเป็นคนไข้ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง มาพบแพทย์เนื่องจากมาฝากครรภ์บุตรคนที่สอง และใกล้ครบกำหนดคลอดเต็มที่ ในการสัมภาษณ์ คนไข้บอกว่าต้องการให้แพทย์เลือกวิธีที่ดีที่สุดให้ แต่เมื่อ

ถามว่ามาพบแพทย์ด้วยเหตุใด คนไข้แจ้งว่าต้องการมานัดวันคลอดกับหมอ เนื่องจากบุตรคนแรกผ่าตัด คนที่สองจึงต้องผ่าตัดคลอดด้วย ซึ่งในขณะนั้นสูตินรีแพทย์เจ้าของไข้กำลังติดผ่าตัดอยู่ จึงยังไม่สามารถมาพบคนไข้ได้ เมื่อพยาบาลเข้ามาสอบถามคนไข้ว่า แพทย์ได้แจ้งหรือไม่ว่า กำหนดคลอดวันไหน คนไข้บอกว่า แพทย์แจ้งแล้วว่า จะเป็นช่วงเดือนพฤศจิกายน แต่อยากให้แพทย์ผ่าตัดคลอดให้ก่อนครบกำหนด เนื่องจากเป็นช่วงปิดเทอมของลูกคนแรกพอดี พอเปิดเทอมก็จะคลอดลูกคนที่สองได้หนึ่งเดือนพอดี ซึ่งน่าจะสามารถขับรถไปส่งลูกไปโรงเรียนได้ เมื่อพยาบาลแย้งว่า รอให้ครบกำหนดก่อนดีกว่า เพราะเด็กจะได้มีสุขภาพแข็งแรง เดือนเดียวอาจจะยังขับรถไม่ไหวหรอก คนไข้บอกว่า ก็หมอบอกว่าผ่าตัดแล้วต้องเคลื่อนไหวยะแอะ แผลจะได้หายเร็วๆ และเมื่อรอแพทย์ประมาณ 30 นาที คนไข้ได้แจ้งกับพยาบาลว่าต้องการฝากเรื่องเอาไว้กับพยาบาล เพราะไม่อยากเสียเวลารอแล้ว แต่พยาบาลเห็นว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ จึงขอให้รอพบแพทย์ด้วยตนเองก่อน

จากตัวอย่างดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ในบางครั้งคนไข้ต้องการเป็นผู้เลือกวิธีการรักษาด้วยตัวเอง ซึ่งวิธีการนั้นอาจส่งผลกระทบต่อตัวคนไข้ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของแพทย์ด้วยว่าจะยินยอมทำตามความต้องการของคนไข้หรือไม่ ซึ่งหากเด็กมีสุขภาพแข็งแรงและสมบูรณ์ก็คงไม่เป็นไร แต่หากไม่เป็นผลดีต่อตัวเด็กแพทย์คงไม่ยอม ในลักษณะนี้หากแพทย์ตัดสินใจว่าจะไม่ผ่าตัดให้ก่อนกำหนด คนไข้ก็อาจจะยอมรับในการตัดสินใจของแพทย์ แต่แพทย์คงต้องใช้เวลาในการอธิบายและชี้แจงเหตุผลพอสมควร ในทางกลับกันหากคนไข้ไม่ยอมรับและไม่พอใจในการตัดสินใจของแพทย์ ในกรณีที่ไม่มีสอดคล้องกับความต้องการของตนเอง อาจส่งผลให้ตัดสินใจเปลี่ยนแพทย์ได้ แต่จากการสังเกตขณะที่คนไข้ออกจากห้องตรวจ คนไข้มีสีหน้ายิ้มแย้ม คาดว่าน่าจะได้รับคำตอบที่น่าพอใจ ทั้งนี้การให้โอกาสคนไข้เป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเองนั้น ต้องคำนึงถึงความถูกต้องและเหมาะสมด้วย ซึ่งในที่นี้คือความปลอดภัยของแม่และทารกที่กำลังจะคลอดออกมา

5. การกล่าวก่อนอำลา

เมื่อแพทย์อธิบายวิธีการรักษาจนเป็นที่เข้าใจดีแล้ว เหตุการณ์สื่อสาร (communication event) ระหว่างสูตินรีแพทย์และคนไข้ จะดำเนินมาสู่ช่วงการกล่าวก่อนอำลา ซึ่งพบว่าสูตินรีแพทย์ทุกคนมักจะเปิดโอกาสให้คนไข้ซักถามก่อนจะยุติการสนทนา แต่สูตินรีแพทย์บางคนก็ไม่ได้เปิด

โอกาสให้คนไข้ซักถามทุกรายไป โดยจะขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหลายๆ อย่าง อาทิ จำนวนคนไข้ที่รอรับการตรวจมีจำนวนมาก ระยะเวลา เป็นต้น สูดิตรีแพทย์ส่วนหนึ่งได้ให้ความเห็นไว้ดังนี้

“มีบ้าง แต่ไม่บ่อยนัก เพราะคนไข้มีจำนวนมาก และถ้าคนไข้จะถามก็ถามเอง”

(นายแพทย์สมหวัง อายุ 36 ปี อายุการทำงาน 7 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

“เค้าถาม เรายินดีอยู่แล้ว คือ เค้าถาม เราก็ให้เวลาซักถามตามความเหมาะสม แต่ไม่ใช่ปล่อยให้ เราก็ต้องคุมเวลาเหมือนกัน เพราะว่าถ้าให้เวลากับคนไข้คนหนึ่งเยอะเกินไป คนไข้ที่รอที่เหลืออยู่เค้าก็ไม่ได้ตรวจ”

(นายแพทย์สมศักดิ์ อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 22 ปี โรงพยาบาลกลาง)

สำหรับการกล่าวเพื่อยุติการสนทนานั้น ส่วนใหญ่พบว่าแพทย์มักจะใช้การกล่าวก่อนอำลา เพื่อแสดงให้คนไข้ทราบว่าการสนทนากำลังจะสิ้นสุดลงแล้ว โดยลักษณะการกล่าวก่อนอำลาของสูติรีแพทย์แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

(1) การย้ำข้อวินิจฉัยและวิธีการรักษา

การกล่าวก่อนอำลาในลักษณะนี้ แพทย์จะพูดย้ำว่าคนไข้เป็นโรคอะไร และย้ำถึงวิธีการรักษาอีกครั้งหลังจากที่ได้อธิบายไปแล้วในช่วงอธิบายวิธีการรักษา เพื่อเป็นการกำชับให้คนไข้ได้รับทราบและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด พร้อมทั้งอาจปิดท้ายด้วยการนัดหมายครั้งต่อไป ตัวอย่างเช่น

“ส่วนใหญ่จะบอกว่าจะทำการรักษาอย่างไรต่อไป พร้อมให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรักษา พร้อมทั้งวันนัดหมายครั้งต่อไป”

(นายแพทย์สมรักษ์ อายุ 39 ปี อายุการทำงาน 11 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

“เอาไว้แล้วกัน รักษาอย่างนี้ไปก่อน แล้วเขาเป็นว่าถ้ายังไม่หายยังงี้สัปดาห์หน้า เดือนหน้า ยังไงมาให้ดูอีกที ตัดบทสนทนาให้เค้ารู้ว่า ตอนนี้อการตัดสินใจวันนี้มันได้สิ้นสุดลงแล้ว ทำอย่างนี้ตามที่วางแผนไปก่อน ถ้าไม่ดีขึ้นค่อยว่ากันใหม่”

(นายแพทย์สุรพล อายุ 44 ปี อายุการทำงาน 15 ปี โรงพยาบาลลาดพร้าว)

(2) การปลอบใจและให้กำลังใจ

แพทย์จะกล่าวปลอบใจให้คนไข้คลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วย ซึ่งช่วยให้คนไข้มีกำลังใจที่ดีขึ้น เพื่อจะได้ทำการรักษาตัวต่อไป ตัวอย่างเช่น

“โอเคนะ ไม่ต้องกังวลนะ ถ้าไม่หายมาให้ดูอีกที หรือ2อาทิตย์มาพบหมออีกทีนะ”

(แพทย์หญิงปาริฉัตร อายุ 56 ปี อายุการทำงาน 28 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี)

(3) การแจ้งขั้นตอนต่อไปที่คนไข้ต้องปฏิบัติ

หลังจากเสร็จสิ้นขั้นตอนการตรวจรักษาในห้องตรวจโรค แพทย์จะแจ้งว่าขั้นตอนต่อไปหลังจากที่คนไข้ออกจากห้องตรวจแล้วต้องปฏิบัติอย่างไร ต้องไปรับยาหรือไปชำระเงินที่ได้

“เรียบร้อยแล้ว เดี่ยวไปรับยานะครับ”

(นายแพทย์สมปอง อายุ 38 ปี อายุการทำงาน 8 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

“เดี๋ยวรอข้างหน้าเบ๊บหนึ่งนะครับ ผู้ช่วยจะพาไปรับยา”

(นายแพทย์เสรี อายุ 54 ปี อายุการทำงาน 28 ปี โรงพยาบาลวิชัยยุทธ)

(4) การเปิดโอกาสให้คนไข้ซักถามก่อนกล่าวคำอำลา

แพทย์จะเปิดโอกาสให้คนไข้ซักถามก่อนจะกล่าวคำอำลา ซึ่งหากคนไข้ไม่มีคำถาม แพทย์ก็จะถือว่าเป็นการยุติการสนทนา แต่หากมีคนไข้มีคำถามก็จะให้คนไข้ซักถามต่อจนหมดข้อสงสัย จากนั้นแพทย์จะถามย้ำอีกครั้ง ซึ่งถือเป็นการยุติการสนทนา คนไข้จะทราบและกล่าวอำลาไป

“ส่วนใหญ่หมอมอบจะบอกว่า มีอะไรอีกมั๊ย ถ้าไม่มีก็จบ”

(นายแพทย์สุชาติ อายุ 48 ปี อายุการทำงาน 20 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

“มีอะไรจะถามอีกมั๊ยคะ”

(แพทย์หญิงปริศนา อายุ 33 ปี อายุการทำงาน 5 ปี โรงพยาบาลกลาง)

จากข้อมูลในการสอบถามความคิดเห็นของสูตินรีแพทย์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน สามารถสรุปผลการกล่าวก่อนอำลาเป็นตารางได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 23 แสดงลักษณะการกล่าวก่อนอำลาของสูตินรีแพทย์

ลักษณะการกล่าวก่อนอำลา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การย้ำข้อวินิจฉัยและวิธีการรักษา	9	42.9
การปลอบใจและให้กำลังใจ	1	4.7
การแจ้งขั้นตอนต่อไปที่คนไข้ต้องปฏิบัติ	2	9.5
การเปิดโอกาสให้คนไข้ซักถามก่อนกล่าวคำอำลา	9	42.9
รวม	21	100

จากตารางที่ 23 พบว่า สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่ใช้วิธีเปิดโอกาสให้คนไข้ซักถาม และการพูดย้ำข้อวินิจฉัยและวิธีการรักษา ก่อนกล่าวคำอำลา ซึ่งแต่ละกลุ่มมีร้อยละ 42.9 เท่ากัน นอกจากนี้เป็นการแจ้งขั้นตอนต่อไปที่คนไข้ต้องปฏิบัติ พูดปลอบและให้กำลังใจแก่คนไข้ก่อนที่จะยุติการสนทนา

คนไข้

สำหรับการสอบถามความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับการกล่าวก่อนยุติการสนทนานั้น สรุปภาพรวมของความคิดเห็นในกลุ่มคนไข้ได้ว่า เมื่อแพทย์ได้กล่าวก่อนอำลากับคนไข้ ไม่ว่าจะเป็นในลักษณะใดก็ตาม ซึ่งเป็นการแสดงให้คนไข้ทราบว่าการตรวจครั้งนั้นได้ยุติลงแล้ว จากนั้นจึงเข้าสู่เหตุการณ์สื่อสารขั้นตอนการกล่าวอำลาต่อไป สำหรับลักษณะการกล่าวก่อนอำลานั้น มักจะพบในทุกๆ ลักษณะตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นคละกันไป แต่คนไข้ไม่สามารถระบุคำตอบที่แน่นอนได้ เพราะสูตินรีแพทย์แต่ละคน หรือในแต่ละครั้งที่เข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ แพทย์จะมีลักษณะการพูดแตกต่างกันไป อีกทั้งคนไข้บางคนที่เป็นกลุ่มตอบแบบสอบถามนั้น ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการตรวจมาเป็นระยะเวลาานาน ดังนั้นในการจดจำรายละเอียดเกี่ยวกับคำพูดของสูตินรี

แพทย์ จึงไม่สามารถจํารายละเอียดในส่วนนี้ได้ ด้วยเหตุนี้ข้อมูลที่ได้ในขั้นตอนการกล่าวก่อนอำลาเกี่ยวกับลักษณะการยุติการสนทนาจึงเป็นข้อมูลจากสูตินรีแพทย์เท่านั้น

6. การกล่าวอำลา

เมื่อสูตินรีแพทย์ได้ผ่านเหตุการณ์สื่อสาร (communication event) ในขั้นตอนการกล่าวก่อนอำลาแก่คนไข้ เพื่อสิ้นสุดการสนทนาแก่คนไข้แล้ว จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนการกล่าวคำอำลา ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลทั้งสูตินรีแพทย์และคนไข้สามารถสรุปข้อมูลได้ดังนี้

สูตินรีแพทย์

เมื่อสูตินรีแพทย์ได้กล่าวก่อนอำลาแก่คนไข้ ไม่ว่าจะ เป็นในลักษณะของการเปิดโอกาสให้ซักถาม การให้ยาข้อวินิจฉัยและวิธีการรักษา นัดหมายครั้งต่อไป พุดลอบใจและให้กำลังใจ หรือแจ้งขั้นตอนต่อไปที่ต้องปฏิบัติแล้ว ซึ่งคนไข้จะรับทราบทันทีว่าขณะนี้การสนทนาการกำลังจะสิ้นสุดลง ดังนั้นพบว่า เมื่อแพทย์ผ่านขั้นตอนการกล่าวก่อนอำลาแล้ว ส่วนใหญ่คนไข้จะเป็นผู้กล่าวอำลาแก่แพทย์ก่อน โดยมักจะเป็นการกล่าวคำว่า “สวัสดี” เพื่ออำลาแพทย์ ซึ่งสามารถแจกแจงข้อมูลได้ตามตารางดังนี้

ตารางที่ 24 แสดงการกล่าวอำลา จากการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์

ผู้ที่เริ่มกล่าวอำลา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คนไข้	19	90.5
สูตินรีแพทย์	2	9.5
รวม	21	100

จากตารางที่ 24 พบว่า ส่วนใหญ่คนไข้เป็นผู้กล่าวอำลาก่อน ซึ่งเมื่อคนไข้สวัสดี แพทย์ก็ตอบรับการกล่าวอำลาด้วยการรับไหว้ แล้วกล่าวสวัสดี หรือใช้คำลงท้ายรับ เช่น จ๊ะ, ค่ะ/ครับ,

เป็นต้น ซึ่งการกล่าวตอบรับคำอำลาจะขึ้นอยู่กับความอาวุโสของแพทย์และคนไข้ด้วย ส่วนสูตินรีแพทย์อีกส่วนหนึ่งให้ข้อมูลว่า แพทย์มักจะเป็นผู้กล่าวอำลาคนไข้ก่อน กล่าวคือ เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนของการกล่าวก่อนอำลาแล้ว หากคนไข้ไม่มีข้อซักถามใดๆ แพทย์ก็จะกล่าวคำอำลาแก่คนไข้ด้วยการกล่าว “สวัสดิ์ครับ/ค่ะ” เพื่อเป็นสิ้นสุดการสนทนาในการตรวจรักษา ตัวอย่างการกล่าวอำลาของสูตินรีแพทย์มีดังนี้

“มีอะไรที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจจะถามหมอบเพิ่มเติมไหมคะ ถ้าไม่มี..สวัสดิ์ค่ะ”

(แพทย์หญิงปรารถนา อายุ 27 ปี กำลังศึกษาแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

“กล่าวถึงการรักษา อาการต่างๆ แล้วกล่าวสวัสดิ์”

(นายแพทย์สมหวัง อายุ 36 ปี อายุการทำงาน 7 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

คนไข้

จากการสำรวจความคิดเห็นของคนไข้ จำนวน 100 คน ในการตรวจรักษาว่า ใครเป็นผู้เริ่มต้นกล่าวคำอำลานั้น ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาแสดงดังตารางดังนี้

ตารางที่ 25 แสดงการกล่าวอำลา จากการสัมภาษณ์คนไข้

ผู้ที่เริ่มกล่าวอำลา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คนไข้	69	69.0
สูตินรีแพทย์	31	31.0
รวม	100	100

จากตารางที่ 25 พบว่าคนไข้ส่วนใหญ่ร้อยละ 69.0 จะเป็นผู้กล่าวคำอำลาแก่สูตินรีแพทย์ ซึ่งคนไข้จะทราบได้ทันทีว่าการสนทนากำลังจะยุติลง เมื่อแพทย์เข้าสู่ช่วงการกล่าวก่อนอำลา ดังนั้นหากไม่มีข้อสงสัยใดๆ คนไข้มักจะกล่าวอำลาแพทย์ เช่น เรียบร้อยนะคะ สวัสดิ์ค่ะ, ้ันขอตัวก่อนนะคะ แล้วคนไข้จึงยกมือไหว้ เป็นต้น ส่วนคนไข้อีกส่วนหนึ่งมักพบว่า ส่วนใหญ่สูตินรีแพทย์จะเป็นผู้กล่าวอำลา โดยกล่าวคำ “สวัสดิ์” แก่คนไข้ จากนั้นคนไข้จะกล่าวสวัสดิ์ตอบรับ พร้อม

ยกมือไหว้ ซึ่งเมื่อมาถึงเหตุการณ์สื่อสาร (communication event) ในขั้นตอนนี้ ถือเป็นอันว่าเสร็จสิ้นสถานการณ์การสื่อสาร (communication situation) ระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 2 ปัญหาใดบ้างที่พบในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค

ในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรคนั้น ถึงแม้ว่าแพทย์กับคนไข้จะมีเป้าหมายเดียวกันในการมาตรวจรักษา คือ ต้องการให้อาการเจ็บป่วยของคนไข้หายไ้ หรือในกรณีคนไข้ฝากครรภ์ต่างย่อมต้องการให้มารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ด้วยเหตุนี้ทั้งสูตินรีแพทย์และคนไข้ ต่างพยายามเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่คิดว่าดีที่สุดมาใช้สื่อสารกัน แต่ด้วยความแตกต่างกันของคู่สนทนา ไม่ว่าจะ เป็นบุคลิกภาพ ทัศนคติ พื้นฐานความรู้ ฯลฯ ที่มีความแตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารระหว่างกันได้ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากสูตินรีแพทย์และคนไข้ พบปัญหาในการสื่อสารดังนี้

สูตินรีแพทย์

จากการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์เกี่ยวกับปัญหาที่พบในการสื่อสารกับคนไข้พบว่า สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่มักมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาในการสื่อสารกับคนไข้ในลักษณะคล้ายๆ กัน แต่จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ อย่าง เช่น ระดับการศึกษาของคนไข้ บุคลิกภาพของคนไข้ เป็นต้น ทั้งนี้จากข้อมูลของสูตินรีแพทย์พบว่าปัญหาส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากตัวของคนไข้เอง ซึ่งสามารถสรุปปัญหาที่สูตินรีแพทย์พบในการสื่อสารกับคนไข้ได้ดังนี้

(1) ปัญหาเกี่ยวกับการตอบคำถามและให้ข้อมูลของคนไข้

ในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์และคนไข้ในการตรวจรักษาโรคนั้น เมื่อแพทย์ซักถามประวัติจากคนไข้พบปัญหาในการระหว่างกัน คือ คนไข้บางคนตอบคำถามไม่ชัดเจนหรือพูดวกไปวนมา และคนไข้บางคนมีการปกปิดความจริง ไม่ยอมตอบคำถาม ทั้งนี้ปัญหาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลหรือตอบคำถามของคนไข้ นั้น ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากบุคลิกภาพของคนไข้ ระดับการศึกษาของคนไข้ หรืออาจมาจากการที่คนไข้เกิดความรู้สึกอายที่จะต้องเล่าประวัติของตนเองให้แพทย์ฟัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเพศสัมพันธ์ สำหรับตัวอย่างความคิดเห็นของสูตินรีแพทย์มีดังนี้

1.1 ตัวอย่างกรณีที่คนไข้ตอบคำถามหรือให้ข้อมูลไม่ชัดเจน

“คนไข้บางคนตอบไม่ตรงคำถาม เช่น ในกรณีที่คนไข้มีเลือดออกบริเวณช่องคลอดมาก ผิดปกติ หมอถามว่า คุณเปลี่ยนผ้าอนามัยวันละกี่ครั้ง คนไข้กลับตอบว่า ไม่เจ็บ แต่เลือดออกมากเลย ไม่เคยเป็นอย่างนี้มาก่อนเลยนะ เป็นอะไรมากหรือเปล่าคะหมอ”

(นายแพทย์สมรักษ์ อายุ 39 ปี อายุการทำงาน 11 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

“บางทีเค้าตอบไม่ตรงกับคำถามที่เราถาม ผมถามว่าประจำเดือนครั้งที่มาครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ คำถามนี้จะใช้โดยเฉพาะคนตั้งครรภ์จะใช้เยอะ เพราะจะได้ประเมินว่าตอนนี้ตั้งครรภ์กี่เดือนแล้ว โดยเกินครึ่งจะตอบวันที่ประจำเดือนขาดไปแล้ว เพราะว่าบางทีเค้าอาจไม่คุ้นเคยกับประโยคอย่างนี้ เค้าเองตั้งใจจำแต่ว่าประจำเดือนที่เริ่มขาดหายไปแล้ว ซึ่งเค้าคิดว่านั่นแหละเริ่มต้นท้อง คือ มันเป็น misunderstand”

(นายแพทย์สุนัย อายุ 49 ปี อายุการทำงาน 14 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

“ให้ข้อมูลไม่ชัดเจน เช่น บอกว่ามีตกขาวทุกวันเป็นปี ซึ่งไม่น่าเป็นไปได้ น่าจะเป็นๆหายๆ หมอก็ต้องขยาดความมาแปลเป็นความเป็นไปได้ทางการแพทย์ แล้วประมวลอีกที”

(นายแพทย์สมัคร อายุ 45 ปี อายุการทำงาน 13 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

1.2 ตัวอย่างกรณีที่คนไข้ปกปิดความจริง/ไม่ตอบคำถาม

“คนไข้อาย ไม่กล้าตอบคำถาม ก็มีบ้าง เราก็ชี้แจงเหตุผลไป”

(แพทย์หญิงปนัดดา อายุ 35 ปี อายุการทำงาน 7 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

“เรื่องประวัติเพศสัมพันธ์ ปัญหาทำแท้งมาที่เค้าปกปิด อันนี้เป็นสิ่งที่เค้าไม่บอกเรา เราไม่มีทางรู้ ยกเว้นมันมีหลักฐานโจ่งแจ้งก็ต้องคาดคั้น เยอะ แอบซ่อนเยอะ”

(นายแพทย์สุรพล อายุ 44 ปี อายุการทำงาน 15 ปี โรงพยาบาลลาดพร้าว)

“คนไข้เกิดการเชิงกรานอักเสบ แต่เมื่อถามคนไข้กลับบอกว่าโสด แต่จากการตรวจพบว่า เค้าผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว แต่ถ้าคนไข้ปิดบังเนื่องจากมีคุณแม่มานั่งอยู่ด้วย จึงไม่พูดความจริง”

(นายแพทย์สมรักษ์ อายุ 39 ปี อายุการทำงาน 11 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

“ถ้าคนไข้เดินเข้ามา สมมติว่าเป็นคนไข้วัยรุ่น แล้วมีแม่มานั่งข้างๆ ด้วย คำถามคำตอบ จะไม่มีความจริงเกิดขึ้น เพราะเค้าจะไม่กล้าบอกในสิ่งที่เค้าไม่ยอมให้แม่เค้ารู้ ฉะนั้น ต้องหาเงื่อนไขที่ทำให้แม่ต้องไปนั่งข้างนอก”

(นายแพทย์สุนัย อายุ 49 ปี อายุการทำงาน 14 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

(2) ปัญหาเกี่ยวกับการที่คนไข้ไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์อธิบาย

สำหรับปัญหาในการสื่อสารที่สูตินรีแพทย์มักพบอยู่เสมอ คือ คนไข้ไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่แพทย์อธิบายได้ ทั้งนี้ส่วนใหญ่มาจากระดับการศึกษาของคนไข้ และพื้นฐานความรู้ที่แตกต่างจากแพทย์ ในขณะที่ส่วนหนึ่งอาจมาจากบุคลิกภาพของคนไข้ และการอธิบายของแพทย์ ซึ่งบางครั้งแพทย์อาจใช้คำศัพท์เฉพาะทางหรือภาษาอังกฤษพูดทับศัพท์ ทำให้คนไข้ไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่แพทย์สื่อสารได้ สูตินรีแพทย์ส่วนหนึ่งได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับปัญหาลักษณะนี้ไว้ว่า

“บางทีพูดสามครั้ง บางทีไม่ get เลย ก็ต้องพูดจนกว่าเค้าจะเข้าใจ บางทีก็ให้เค้าพูดต่อว่าคุณเข้าใจนะ เข้าใจยังงัยบอกมาว่าเค้าต้องทำยังไงบ้าง เหมือนสอบเด็กนักเรียนเหมือนกัน”

(นายแพทย์สุรพล อายุ 44 ปี อายุการทำงาน 15 ปี โรงพยาบาลลาดพร้าว)

“คนไข้ไม่สามารถเข้าใจในเรื่องที่แพทย์พูด เนื่องจากการศึกษาของคนไข้”

(แพทย์หญิงปริยา อายุ 27 ปี กำลังศึกษาแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

(3) ปัญหาเกี่ยวกับการที่คนไข้ไม่เห็นด้วยหรือไม่เชื่อในข้อมูลของแพทย์

สำหรับปัญหาลักษณะนี้ มีสาเหตุเนื่องมาจากการที่คนไข้มีความเชื่อของตนเอง จึงไม่เปิดรับข้อมูลจากแพทย์ ซึ่งหากเป็นความเชื่อที่ไม่ขัดแย้งหรือเป็นผลเสียกับตัวคนไข้ แพทย์ก็จะไม่เข้าไปแทรกแซง แต่หากไม่เป็นผลดีต่อตัวคนไข้ แพทย์ก็ต้องอธิบายในสิ่งที่ถูกต้องให้แก่คนไข้ ซึ่งสูตินรีแพทย์ได้เล่าถึงประสบการณ์ที่พบเกี่ยวกับปัญหาลักษณะนี้ไว้ว่า

“ความคิดไม่ตรงกับเราก็มี เช่น เรื่องทำหมัน เชื่อว่ามีปัญหาเยอะแยะตามมา เราอาจต้องหาคนช่วย หมอพูดคนเดียวไม่เชื่อ ก็ให้พยาบาลหรือหมอคนอื่นช่วยพูด”

(แพทย์หญิงปริศนา อายุ 33 ปี อายุการทำงาน 5 ปี โรงพยาบาลกลาง)

“ในกรณีที่คนใช้ค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต แล้วไม่ตรงกับข้อมูลแพทย์ หมอจะให้เว็บไซต์ แล้วบอกได้ว่า ข้อมูลที่เค้าได้มาอาจไม่มีการตรวจสอบความถูกต้อง ทำให้เค้ามีความเชื่อถือเรามากขึ้น แสดงว่าหมอสนใจเปิดเว็บไซต์เหมือนกัน”

(นายแพทย์เสรี อายุ 54 ปี อายุการทำงาน 28 ปี โรงพยาบาลวิชัยยุทธ)

คนไข้

สำหรับปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์ จากการสอบถามคนไข้จำนวน 100 คน ว่า ในการเข้ารับการรักษาจากสูตินรีแพทย์ พบปัญหาใดในการสื่อสารระหว่างกันบ้าง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้มีดังนี้

ตารางที่ 26 แสดงปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์

ปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาษาแพทย์เข้าใจยาก	30	30.0
แพทย์ไม่ค่อยอธิบายรายละเอียด	35	35.0
แพทย์มีบุคลิกภาพที่เคร่งขรึมเกินไป	20	20.0
ระยะเวลาในการสื่อสารสั้นเกินไป	23	23.0

* คนไข้สามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

จากตารางที่ 26 พบว่า ปัญหาในการสื่อสารที่คนไข้พบส่วนใหญ่ คือ ปัญหาจากการที่แพทย์ไม่ค่อยอธิบายรายละเอียดให้แก่คนไข้ รองลงมา คือ แพทย์มักใช้ภาษาที่เข้าใจยาก ระยะเวลาในการสื่อสารสั้นเกินไป และบุคลิกภาพของแพทย์ที่ดูเคร่งขรึม ไม่ค่อยยิ้มแย้ม และมีท่าทางหน้าตาดี จึงทำให้คนไข้รู้สึกกลัวและอึดอัดขณะที่สื่อสารกันได้ ซึ่งตัวอย่างความคิดเห็นของคนไข้ในแต่ละประเด็นมีดังนี้

(1) ภาษาของแพทย์เข้าใจยาก เนื่องจากแพทย์มีการใช้ศัพท์วิชาการ ศัพท์เฉพาะทาง หรือภาษาต่างประเทศในการสื่อสารกับคนไข้

ในการสื่อสารกับญาติหรือแพทย์นั้น มักพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ภาษาของแพทย์ เนื่องจากในการสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนของการชี้แจงข้อวินิจฉัย หรือการอธิบายวิธีการรักษา มักพบว่าแพทย์บางคนมีการใช้ศัพท์วิชาการทางการแพทย์ พูดทับศัพท์ภาษาอังกฤษ หรือใช้ประโยคที่ซับซ้อนสื่อสารกับคนไข้ ทำให้คนไข้ส่วนหนึ่งเกิดความไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์พูด และเกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารระหว่างกัน ซึ่งคนไข้ได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับปัญหาลักษณะนี้ไว้ว่า

“บางครั้งแพทย์ใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ ซึ่งไม่เข้าใจ แต่ไม่กล้าถาม”

(สุนันท์ อายุ 28 ปี ปริญญาตรี รับราชการ)

“บางครั้งก็ไม่ค่อยเข้าใจที่หมอพูดเหมือนกัน พยายามถามหมอบ่อยครั้ง บางครั้งก็เข้าใจขึ้น แต่บางครั้งก็ไม่เข้าใจเหมือนเดิม แต่ไม่ถามอีกเพราะเกรงใจหมอ”

(ศุภวรรณ อายุ 45 ปี ประถมศึกษา แม่บ้าน)

(2) แพทย์ไม่ค่อยอธิบายรายละเอียด

ปัญหาเกี่ยวกับการที่แพทย์ไม่ค่อยรายละเอียดกับคนไข้ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจมาจากบุคลิกภาพของแพทย์ ซึ่งอาจเป็นคนไม่ค่อยพูดหรือไม่ชอบอธิบายยืดเยื้อ จึงอาจจะอธิบายต่อเมื่อคนไข้ร้องขอเท่านั้น หรือส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อคนไข้ในแง่ที่ว่า แม้แพทย์จะอธิบายรายละเอียดให้แก่คนไข้ คนไข้ก็คงไม่เข้าใจ ดังนั้นจึงหลีกเลี่ยงที่จะอธิบาย ส่วนอีกสาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากระยะเวลาที่มีอย่างจำกัด เพราะจำนวนคนไข้ที่มีจำนวนมาก แพทย์จึงต้องพยายามรวบรัด และกระชับเวลาในการตรวจรักษาให้รวดเร็วที่สุด ดังนั้นแพทย์จึงไม่สามารถให้ข้อมูลหรืออธิบายรายละเอียดต่างๆ ให้แก่คนไข้ได้มากเท่าที่ควร ตัวอย่างความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาในลักษณะนี้ ได้แก่

“คนไข้ไม่ค่อยมีความรู้ แพทย์ควรจะบอกว่าควรปฏิบัติอย่างไร ไม่ควรทำอะไร จะได้ทำตัวถูก ไม่เช่นนั้นพอทำอะไรไม่ดีขึ้นมา อาจไม่ดีต่อสุขภาพได้”

(สุนิสา อายุ 26 ปี อนุปริญญา อาชีพอิสระ)

“หมอมไม่ค่อยบอกอะไร อยากให้อธิบายเยอะๆ เราจะได้รู้ว่าควรทำอย่างไรจึงจะดี จึงจะถูกต้อง”

(สิริโสภา อายุ 20 ปี อนุปริญญา แม่บ้าน)

(3) แพทย์มีบุคลิกภาพที่เคร่งขรึมจนเกินไป

ในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรคนั้น ปัญหาที่พบอีกลักษณะหนึ่ง คือ ปัญหาที่เกิดจากบุคลิกภาพของแพทย์ โดยเฉพาะสูตินรีแพทย์ซึ่งให้การรักษาคอนไชน์เกี่ยวกับอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ของเพศหญิง ทั้งนี้คนไข้ส่วนหนึ่งมาพบแพทย์ด้วยความรู้สึกวิตกกังวล อาย ประหม่า หรือกลัว ซึ่งเป็นสภาวะจิตใจและอารมณ์ที่ไม่ปกติ บุคลิกภาพของแพทย์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อทัศนคติของคนไข้ คนไข้มักต้องการให้แพทย์เป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส และเป็นมิตรกับคนไข้ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้คนไข้รู้สึกผ่อนคลายและลดความกลัวลงได้บ้าง อีกทั้งการที่แพทย์มีบุคลิกภาพที่เป็นมิตร และแสดงความมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับคนไข้ ทำให้คนไข้กล้าที่จะพูดและกล้าที่จะซักถามแพทย์ในประเด็นที่สงสัยได้มากยิ่งขึ้น แต่หากบุคลิกภาพของแพทย์ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของคนไข้ ย่อมทำให้เกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารได้ ตัวอย่างปัญหาในลักษณะนี้ ได้แก่

“หมอมักทำหน้าดู ไม่ค่อยยิ้ม เราเลยไม่ค่อยกล้าคุยอะไร ถ้ายิ้มแย้มก็จะดี”

(สุวีรัตน์ อายุ 56 ปี ปริญญาตรี พนักงานบริษัทเอกชน)

“หมอค้ำคักทำหน้าตาเคร่งขรึมตลอดเวลา พูดน้อย ดูท่าทางเครียด ทำให้คนไข้พลอยเครียดไปด้วย”

(สุนันทา อายุ 41 ปี ปริญญาตรี อาชีพอิสระ)

(4) ระยะเวลาในการสื่อสารสั้นเกินไป

การที่แพทย์ใช้เวลาในการสื่อสารหรือให้คำปรึกษาแก่คนไข้น้อยจนเกินไปนั้น เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ ส่วนใหญ่มีสาเหตุเนื่องมาจากจำนวนคนไข้ที่มาเข้ารับการตรวจรักษามีจำนวนมาก ทั้งนี้เพื่อให้คนไข้ทุกคนได้รับบริการอย่างทั่วถึง แพทย์จึงใช้ระยะเวลาในการสื่อสารกับคนไข้แต่ละรายค่อนข้างน้อย สำหรับตัวอย่างความคิดเห็นของคนไข้ มีดังนี้

“เวลาน้อย คนไข้เยอะ หมอจึงรีบๆ พุด แล้วไม่กล้าจะถามต่อ เกรงใจ ทั้งๆ ที่ความจริงก็อยากถามเหมือนกัน”

(สิรินารถ อายุ 46 ปี ประถมศึกษา แม่บ้าน)

“พออธิบายอะไรเสร็จ หมอก็รีบไหว้ ก็เลยต้องออกมาทั้งๆ ที่ความจริงอยากถามอะไรอีก อยากให้มีเวลาพูดคุยกันมากกว่านี้สักนิด”

(สุวรรณา อายุ 34 ปี มัธยมศึกษา แม่บ้าน)

นอกจากนี้ยังพบว่า ในการเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ คนไข้มักพบปัญหาอันเนื่องมาจากสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสื่อสารกับแพทย์ จากการสอบถามสามารถประมวลผลออกมาได้ดังตารางนี้

ตารางที่ 27 ปัญหาของคนไข้เมื่อเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์

ปัญหาของคนไข้เมื่อเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลัวความเจ็บปวด จากการตรวจรักษา	38	38.0
วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วย	33	33.0
อึดอัดใจที่ต้องตอบคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์	16	16.0
รู้สึกอายแพทย์	24	24.0
เกิดความประหม่า เมื่อเข้ารับการตรวจจากแพทย์ครั้งแรก	21	21.0

* คนไข้สามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

จากตารางที่ 27 พบว่า เมื่อคนไข้เข้ามารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ ปัญหาที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ กลัวความเจ็บปวดจากการตรวจรักษา และวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วย รองลงมา คือ รู้สึกอายแพทย์ เกิดความประหม่าเมื่อเข้ารับการตรวจจากแพทย์ครั้งแรก และอึดอัดใจที่ต้องตอบคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 3 สูตินรีแพทย์เพศชายและเพศหญิงพบปัญหาในการสื่อสารกับคนไข้แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

สำหรับผลจากการสอบถามความคิดเห็นจากสูตินรีแพทย์และคนไข้กลุ่มตัวอย่างพบว่า ปัญหาที่พบในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์เพศชายกับเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาในการสื่อสารที่พบบนนั้น มักเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับสูตินรีแพทย์ทุกคน ซึ่งอาจมีมากบ้างน้อยบ้างแตกต่างกันไป โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ อย่าง เช่น บุคลิกภาพของแพทย์และคนไข้ ระดับการศึกษาของคนไข้ ลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล กล่าวคือ หากเป็นโรงพยาบาลเอกชนพบว่า ส่วนใหญ่มักจะไม่ถูกจำกัดด้วยระยะเวลา อันเนื่องจากจำนวนคนไข้ที่มาเข้ารับบริการ เป็นต้น แต่ทั้งนี้ก็มีประเด็นที่น่าสนใจว่า ในการสื่อสารกับคนไข้ สูตินรีแพทย์เพศหญิงมีความได้เปรียบสูตินรีแพทย์เพศชายหรือไม่ เนื่องจากเป็นเพศเดียวกันกับคนไข้ คาดว่าน่าจะสื่อสารได้ง่ายและได้รับความไว้วางใจมากกว่า ด้วยเหตุนี้จึงได้สอบถามความคิดเห็นสูตินรีแพทย์และคนไข้ในประเด็นนี้ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้มีดังนี้

สูตินรีแพทย์

จากการสอบถามความคิดเห็นของสูตินรีแพทย์ว่า ในการซักถามอาการและตรวจร่างกายคนไข้ สูตินรีแพทย์เพศหญิงได้เปรียบกว่าสูตินรีแพทย์เพศชายหรือไม่ ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำมาแสดงได้ดังตารางนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 28 แสดงความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับความได้เปรียบของสูตินรีแพทย์เพศหญิง

จำแนกตามเพศ

เพศ	รวม (คน)	ความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับความได้เปรียบ ของสูตินรีแพทย์เพศหญิง			
		ได้เปรียบ		ไม่ได้เปรียบ	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	15	10	66.7	5	33.3
หญิง	6	5	83.3	1	16.7
รวม	21	15	71.4	6	28.6

จากตารางที่ 28 พบว่า สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าสูตินรีแพทย์เพศหญิงมีความได้เปรียบกว่า เนื่องจากเป็นเพศเดียวกันกับคนไข้ โดยสูตินรีแพทย์เพศหญิงร้อยละ 83.3 เห็นว่าได้เปรียบ ในขณะที่สูตินรีแพทย์เพศชายเห็นว่าได้เปรียบ คิดเป็นร้อยละ 66.7 ซึ่งสูตินรีแพทย์ส่วนหนึ่งได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ว่า

“ได้เปรียบ เห็นได้จากโรงพยาบาลเอกชนทุกวันนี้ ต้องการหมอสูตินรีแพทย์เพศหญิงมาก เนื่องจากเป็นไปตามความต้องการของคนไข้ ที่มักเกิดความอายที่จะตรวจกับหมอผู้ชาย คุยกับหมอผู้หญิงแล้วสบายใจมากกว่า เป็นธรรมชาติอยู่แล้ว ถ้าพูดกับเพศเดียวกันย่อมสนิทใจมากกว่าต่างเพศ ผู้ชายก็เหมือนกัน หากต้องรักษาเกี่ยวกับโรคทางอวัยวะเพศสืบพันธุ์เค้าก็คง อายกตรวจกับหมอผู้ชายซึ่งเป็นเพศเดียวกันมากกว่า”

(นายแพทย์สมรักษ์ อายุ 39 ปี อายุการทำงาน 11 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

“เป็นความอายโดยสังคมมากกว่า เช่น บางอย่างเค้าเป็นผู้หญิงด้วยกันเค้าจะกล้าพูดลงลึกกว่าเรา อยู่ที่ความไว้วางใจ สังคมไทยเป็นเรื่องของความเอียงอายมากกว่า”

(นายแพทย์สุชาติ อายุ 48 ปี อายุการทำงาน 20 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

“หมอผู้หญิงอาจได้ประโยชน์ในแง่การสื่อสารในบางเรื่องก็อาจจะได้บ้าง เช่น เรื่องที่เค้าอายที่จะพูดกับหมอผู้ชาย อาจจะได้ตรงนั้นบ้าง”

(แพทย์ปนัดดา อายุ 35 ปี อายุการทำงาน 7 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

ในขณะที่สูตินรีแพทย์ร้อยละ 28.6 เห็นว่า สูตินรีแพทย์เพศหญิงไม่มีความได้เปรียบ ในการสื่อสารและการตรวจร่างกายคนไข้ โดยให้เหตุผลว่า

“ไม่ได้เปรียบ เพราะสิ่งสำคัญคือต้องทำให้คนไข้ไว้วางใจในตัวเรา แล้วเค้าจะบอกอาการ และข้อมูลต่างๆ ออกมาเอง”

(นายแพทย์สมปอง อายุ 38 ปี อายุการทำงาน 8 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

“อันนี้ก็แล้วแต่ศิลปะในการ approach คนไข้ต่างกัน ผู้หญิงบางคนอาจจะพูดจาห้วนๆ ก็มี พูดจาไม่น่ารักก็มี เพียงแต่สมัยนี้น้อยหน่อย เพราะเค้ารู้ว่าถ้าทำอย่างนั้นคนไข้หายหมด”

(นายแพทย์สุนัย อายุ 49 ปี อายุการทำงาน 14 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

คนไข้

จากการสำรวจความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความได้เปรียบของสูตินรีแพทย์เพศหญิง ในแง่ของการสื่อสารและตรวจร่างกายคนไข้ ซึ่งผลการวิจัยมีดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 29 แสดงความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความได้เปรียบของสูตินรีแพทย์เพศหญิง

จำแนกตามช่วงอายุ

อายุ	รวม (คน)	ความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความได้เปรียบของ สูตินรีแพทย์เพศหญิง			
		ได้เปรียบ		ไม่ได้เปรียบ	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 20 ปี	4	3	75.0	1	25.0
20 – 29 ปี	30	13	43.3	17	56.7
30 – 39 ปี	28	13	46.4	15	53.6
40 – 49 ปี	20	15	75.0	5	25.0
50 ปีขึ้นไป	18	13	72.2	5	27.8
รวม	100	57	57.0	43	43.0

จากตารางที่ 29 พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่ ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วงต่ำกว่า 20 ปี ช่วงอายุ 40 – 49 ปี และอายุ 50 ปีขึ้นไป เห็นว่าสูตินรีแพทย์เพศหญิงมีความได้เปรียบสูตินรีแพทย์เพศชาย เนื่องจากคนไข้กับแพทย์เป็นเพศเดียวกันจึงรู้สึกไว้วางใจ และสบายใจที่จะพูดคุยมากกว่า ซึ่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางสูตินรีแพทย์ที่ต้องสื่อสารเกี่ยวเรื่องอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง และต้องซักถามเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ทำให้การสื่อสารกันง่ายยิ่งขึ้น ในขณะที่คนไข้ที่อายุอยู่ในช่วง 20 – 29 ปี และ 30 – 39 ปี เห็นว่าไม่ได้เปรียบ เพราะถึงแม้จะเป็นสูตินรีแพทย์เพศชายก็เป็นแพทย์เหมือนกัน จึงไม่มีความแตกต่างกัน อีกทั้งในบางครั้งผู้ชายยังสามารถตัดสินใจในเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ดีกว่าเพศหญิง

นอกจากนี้พบว่ายังมีผลการวิจัยที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่ง โดยหากจำแนกความคิดเห็นของคนไข้ ตามระดับการศึกษา ผลการวิจัยที่ได้ดังนี้

ตารางที่ 30 แสดงความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความได้เปรียบของสูตินรีแพทย์เพศหญิง

จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	รวม (คน)	ความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความได้เปรียบ ของสูตินรีแพทย์เพศหญิง			
		ได้เปรียบ		ไม่ได้เปรียบ	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี	53	24	45.3	29	54.7
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	47	33	70.2	14	29.8
รวม	100	57	57.0	43	43.0

จากตารางที่ 30 พบว่า คนไข้ที่ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 70.2 เห็นว่าสูตินรีแพทย์เพศหญิงได้เปรียบ ในขณะที่คนไข้ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 54.7 เห็นว่าสูตินรีแพทย์เพศหญิงไม่มีความได้เปรียบ โดยมองแพทย์ว่าเป็นแพทย์เหมือนกันหมด จึงไม่มีความได้เปรียบกัน ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าช่วงอายุและระดับการศึกษาของคนไข้ เป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อทัศนคติที่มีต่อแพทย์เกี่ยวกับความได้เปรียบของสูตินรีแพทย์เพศหญิง สำหรับตัวอย่างความคิดเห็นของคนไข้มีดังนี้

“คุยกับหมอผู้หญิงสบายใจกว่า กล้าพูดในเรื่องส่วนตัวๆ มากกว่า”

(สุพัทธา อายุ 33 ปี โสัด อนุปริญญา รับราชการ)

“อยากตรวจกับหมอผู้หญิง ไม่อายมากนัก”

(สิรินารณ อายุ 46 ปี ประถมศึกษา แม่บ้าน)

“หมอผู้หญิงน่าจะเข้าใจในเรื่องผู้หญิงได้ดีกว่า”

(สุธาสินี อายุ 20 ปี โสัด นักศึกษา)

“ไม่ได้เปรียบเทียบ เพราะหมอผู้หญิงบางคนดู พูดไม่เพราะ”

(สุวัจน์ อายุ 34 ปี อนุปริญญา แม่บ้าน)

“ไม่ได้เปรียบเทียบ ใครก็ได้ที่มีความเชี่ยวชาญดี”

(สุกานดา อายุ 56 ปี ปริญญาตรี พนักงานบริษัทเอกชน)

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 4 คนไข้ที่มีระดับการศึกษาสูงและต่ำพบปัญหาในการสื่อสารแตกต่างกันหรือไม่

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสูตินรีแพทย์และคนไข้พบว่า ปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับกลุ่มคนไข้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และกลุ่มคนไข้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีนั้น มีความแตกต่างกัน สำหรับผลการวิจัยที่ได้มีดังนี้

สูตินรีแพทย์

จากการสอบถามความคิดเห็นของสูตินรีแพทย์ เกี่ยวกับความแตกต่างของปัญหาที่พบในการสื่อสารกับคนไข้ว่า ระดับการศึกษาของคนไข้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาในการสื่อสารหรือไม่ นั้น สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า มีความเกี่ยวข้องกัน โดยสามารถสรุปลักษณะของปัญหาในการสื่อสารที่พบในคนไข้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและต่ำกว่าปริญญาตรีได้ดังนี้

(1) ปัญหาเกี่ยวกับการตอบคำถามและให้ข้อมูลของคนไข้ และปัญหาเกี่ยวกับการที่คนไข้ไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์อธิบาย

ปัญหาจากการที่คนไข้ไม่ตอบคำถาม ตอบไม่ตรงคำถามหรือปกปิดความจริง และปัญหาเกี่ยวกับการที่คนไข้ไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์อธิบาย ซึ่งคนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าย่อมจะสามารถทำความเข้าใจในคำถามของแพทย์ได้ง่ายกว่า แพทย์จึงสามารถสื่อสารได้ง่าย ปัญหาการสื่อสารในลักษณะนี้จึงมีโอกาที่จะพบน้อยกว่าคนไข้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ทั้งนี้สูตินรีแพทย์ส่วนหนึ่งได้ให้ความเห็นไว้ว่า

“ในแง่ตอบคำถามไม่ตรงคำถาม ในแง่นี้อาจมีน้อยกว่านิดหนึ่ง แต่ในแง่ความกังวลใจ บางทีกังวลใจมากกว่าด้วยซ้ำ อย่างนี้เรียกว่า อาจมีความวิตกกังวลมากกว่าชาวบ้าน ข้อมูลเยอะและไม่สามารถจัดลำดับความสำคัญว่าอะไรใช่ ไม่ใช่ รับมาหมดเลย”

(นายแพทย์สุนัย อายุ 49 ปี อายุการทำงาน 14 ปี โรงพยาบาลราชวิถี)

“แน่นอน การศึกษากับอาชีพมักไปด้วยกัน ถ้าเค้ามีความรู้ที่น้อยลง ความสามารถในการรับรู้ ก็น้อยลง วิตกกังวลในการเข้าใจปัญหาที่น้อยลงธรรมดา”

(นายแพทย์สุรพล อายุ 44 ปี อายุการทำงาน 15 ปี โรงพยาบาลลาดพร้าว)

“มี เช่น การอธิบายเกี่ยวกับโรค ซึ่งบางครั้งต้องใช้พื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งจะลำบากถ้าคนไข้ไม่รู้หนังสือ”

(แพทย์หญิงปรีชา อายุ 27 ปี กำลังศึกษาแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

(2) ปัญหาเกี่ยวกับการที่คนไข้ไม่เห็นด้วยหรือไม่เชื่อในข้อมูลของแพทย์

สำหรับปัญหาในลักษณะนี้อาจไม่ค่อยพบในคนไข้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี แต่มักพบในกลุ่มที่มีการศึกษาสูง ตัวอย่างความเห็นของสูตินรีแพทย์มีดังนี้

“ไม่แน่นอน คนที่มีการศึกษาเค้าอาจจะสื่อสารยาก เพราะข้อมูลเยอะ แล้วบางทีข้อมูลผิด แต่เค้ายังเชื่อมั่นในข้อมูลของเขา แบบนั้นก็ยิ่งแย่ใหญ่ คนที่ไม่มีการศึกษา เค้าก็จะเชื่อเราง่ายหน่อย ในขณะที่เดียวกันเค้าก็อาจจะให้ข้อมูลเราผิดๆ ได้”

(นายแพทย์สุนทร อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 20 ปี โรงพยาบาลลาดพร้าว)

“คนที่มีการศึกษาสูง มักจะศึกษาข้อมูลมาเยอะ การที่เค้าศึกษามันยิ่งทำให้เค้ากังวลมากขึ้น อย่างข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ทำให้เค้ามีกรอบความคิดอยู่แล้ว คนไข้ที่การศึกษาน้อย ในต่างจังหวัดไม่ค่อยพบเจอลักษณะนี้”

(นายแพทย์สามารถ อายุ 38 ปี อายุการทำงาน 6 ปี โรงพยาบาลวิชัยยุทธ)

“คนที่มีการศึกษาน้อยจะเห็นหมอเป็นพระเจ้า จะเชื่อไปหมด”

(นายแพทย์สมคิด อายุ 52 ปี อายุการทำงาน 20 กว่าปี โรงพยาบาลวิชัยยุทธ)

คนไข้

สำหรับในการสำรวจความคิดเห็นของคนไข้จำนวน 100 คน เกี่ยวกับปัญหาที่พบในการสื่อสาร ประกอบด้วยคนไข้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 47 คน และคนไข้กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 53 คน ผลการวิจัยที่ได้มีดังนี้

ตารางที่ 31 แสดงปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์ จำแนกตามระดับการศึกษาของคนไข้

ปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์	ระดับการศึกษา			
	ระดับต่ำกว่า* ปริญญาตรี		ระดับปริญญาตรี* ขึ้นไป	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาษาแพทย์เข้าใจยาก	7	22.6	23	29.1
แพทย์ไม่ค่อยอธิบายรายละเอียด	11	35.5	24	30.4
แพทย์มีบุคลิกภาพเคร่งขรึมเกินไป	8	25.8	14	17.7
ระยะเวลาในการสื่อสารสั้นเกินไป	5	16.1	18	22.8
รวม	31	100	79	100

* คนไข้สามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

จากตารางที่ 31 พบว่า ปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ ปัญหาเกี่ยวกับการที่แพทย์ไม่ค่อยให้รายละเอียดแก่คนไข้ ส่วนปัญหาที่พบบรองลงมาในกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คือ แพทย์มีบุคลิกภาพที่เคร่งขรึมจนเกินไป ภาษาแพทย์เข้าใจยาก และระยะเวลาในการสื่อสารสั้นเกินไป ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปพบปัญหาเกี่ยวกับภาษาแพทย์เข้าใจยาก ระยะเวลาในการสื่อสารสั้นเกินไป และบุคลิกภาพของแพทย์ ตามลำดับ

นอกจากนี้ในการเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์แต่ละครั้ง คนไข้ส่วนหนึ่งมักพบปัญหาอันเนื่องมาจากสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ที่ไม่ปกติของตนเอง ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสื่อสารกับแพทย์ จากผลการวิจัยพบว่า มีลักษณะที่น่าสนใจ โดยหากจำแนกปัญหาตามระดับการศึกษาของคนไข้ ผลการวิจัยที่ได้มีดังตารางนี้

ตารางที่ 32 แสดงปัญหาของคนไข้เมื่อเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์

จำแนกตามระดับการศึกษาของคนไข้

ปัญหาของคนไข้เมื่อเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์	ระดับการศึกษา			
	ระดับต่ำกว่า* ปริญญาตรี		ระดับปริญญาตรี* ขึ้นไป	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลัวความเจ็บปวด จากการตรวจรักษา	12	26.1	26	30.2
วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วย	15	32.6	18	20.9
อึดอัดใจที่ตอบคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์	4	8.7	12	14.0
รู้สึกอายแพทย์	7	15.2	17	19.8
เกิดความประหม่า	8	17.4	13	15.1
รวม	46	100	86	100

* คนไข้สามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

จากตารางที่ 32 พบว่า ปัญหาที่คนไข้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี พบมากที่สุด คือ วิตกกังวล รองลงมา คือ กลัวความเจ็บปวด เกิดความประหม่า รู้สึกอายแพทย์ และอึดอัดใจ ที่ต้องตอบคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ ในขณะที่คนไข้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปพบปัญหาจากการกลัวความเจ็บปวดมากที่สุด รองลงมา คือ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วย รู้สึกอายแพทย์ เกิดความประหม่า และน้อยที่สุด คือ อึดอัดใจที่ต้องตอบคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์

ผลการวิจัยในบทนี้ แสดงให้เห็นถึงวิธีการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์ว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร และพบปัญหาใดในการสื่อสารระหว่างกันบ้าง ซึ่งได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทั้งสูตินรีแพทย์และคนไข้ ซึ่งการสรุปผล การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะต่างๆ ผู้วิจัยจะนำเสนอในบทต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเรื่อง “การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงวิธีการสื่อสาร และปัญหาการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค ตลอดจนเปรียบเทียบปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์เพศชายกับสูตินรีแพทย์หญิง และคนไข้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปกับคนไข้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีว่า ปัญหาที่พบมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบสหวิธีการ โดยเน้นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกแบบมีโครงสร้างคำถาม การใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจวิธีการและปัญหาการสื่อสารโดยภาพรวม และการศึกษาจากเอกสารต่างๆ ประกอบ สำหรับการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้ 2 วิธี คือ หากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์เจาะลึกใช้วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจความคิดเห็นด้วยแบบสอบถามจะใช้การเลือกสุ่มแบบอิงความสะดวก (convenience sampling) ทั้งนี้เบื้องต้นกำหนดไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์เจาะลึกต้องเป็นสูตินรีแพทย์และคนไข้ จากโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร จากนั้นจึงทำการยื่นจดหมายขอความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลรัฐบาล 3 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 22 แห่ง ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลทั้งหมด 7 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลรัฐบาล 3 แห่งและโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลลาดพร้าว โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลวิชัยยุทธ

สำหรับในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก ประกอบด้วยสูตินรีแพทย์จำนวน 21 คน เป็นชาย 15 คน และหญิง 6 คน และคนไข้ จำนวน 50 คน จากโรงพยาบาลทั้งเจ็ดแห่ง และส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจความคิดเห็นด้วยแบบสอบถาม ซึ่งเป็นการสอบถามคนไข้ที่เคยเข้ารับการรักษาจากสูตินรีแพทย์ทั่วไป จำนวน 50 คน โดยผลการวิจัยที่ได้จะนำมาวิเคราะห์โดยใช้กรอบความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคล ทฤษฎีชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสาร แนวคิดเรื่องแพทย์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศในสังคมไทย แนวคิดเรื่องชายกับ

หญิงในสังคมไทย และแนวคิดเรื่องภาษาแสดงความสุภาพของบรราน์และเลวินสัน ทั้งนี้จากการประมวลและวิเคราะห์ผลการวิจัย สามารถสรุปผลและอภิปรายผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยขอเสนอการสรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสูตินรีแพทย์ และกลุ่มคนไข้ ซึ่งสามารถสรุปผลข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้ดังนี้

(1) กลุ่มสูตินรีแพทย์

กลุ่มสูตินรีแพทย์ ประกอบด้วยสูตินรีแพทย์จำนวน 21 คน ชาย 15 คน และหญิง 6 คน เมื่อพิจารณาภาพรวมของลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง สรุปได้ว่า สูตินรีแพทย์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 50 ปีขึ้นไป และสมรสแล้ว ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ โดยส่วนใหญ่มักเป็นสูตินรีแพทย์ทั่วไป และมีอายุการทำงานเฉพาะทางสูตินรีเวชกรรมอยู่ในช่วงประมาณ 11-20 ปี

2. กลุ่มคนไข้ จำนวนทั้งหมด 100 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 คนไข้ที่สัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 50 คน ซึ่งเป็นคนไข้ของโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง จากการรวบรวมข้อมูลสรุปได้ว่า คนไข้กลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 29 ปี สมรสแล้ว และนับถือศาสนาพุทธ ส่วนระดับการศึกษาพบว่า คนไข้ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญา

ตรี รองลงมา คือ มัธยมศึกษา สำหรับอาชีพของกลุ่มตัวอย่างนั้น คนใช้ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน รองลงมาในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ อาชีพอิสระ ในส่วนของข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์พบว่า คนใช้ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์มากกว่า 10 ครั้ง และเข้ารับการตรวจเนื่องจากฝากครรภ์มากที่สุด รองลงมา คือ คลอดบุตร โรคทางนรีเวช ตรวจเซลล์มะเร็ง และตรวจสุขภาพหลังคลอด ตามลำดับ

2.2 คนใช้ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 50 คน ซึ่งเป็นผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ สรุปได้ว่า คนใช้กลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี สมรสแล้ว และนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาของคนใช้ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมา คือ มัธยมศึกษา และอนุปริญญา ตามลำดับ ส่วนอาชีพพบว่า คนใช้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอิสระ ถัดมาในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ พนักงานบริษัทเอกชน และรับราชการ ตามลำดับ สำหรับข้อมูลในการเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ ส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจอยู่ในช่วง 2 - 5 ครั้ง และเข้ารับการตรวจเนื่องจากโรคนรีเวชมากที่สุด รองลงมา คือ ตรวจเซลล์มะเร็ง ฝากครรภ์ และคลอดบุตร ตามลำดับ

ทั้งนี้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะประชากร พบข้อสังเกตที่น่าสนใจ คือ ในการจำแนกลักษณะประชากรของกลุ่มคนใช้ ตามสถานภาพสมรสพบว่า การที่คนใช้ให้ข้อมูลว่ามีสถานภาพโสดนั้น ในที่นี้คนใช้อาจหมายความถึงการที่ไม่เคยผ่านการเข้าพิธีแต่งงาน หรือไม่ได้ผ่านการจดทะเบียนสมรส ซึ่งแตกต่างไปจากความหมายของสถานภาพโสดในทางสูตินรีเวชกรรมที่หมายถึง ผู้ที่ไม่เคยผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาก่อน ดังนั้นข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพโสดของคนใช้ในส่วนนี้ อาจหมายความได้ทั้งเป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการเข้าพิธีแต่งงาน ไม่ได้ผ่านการจดทะเบียนสมรส หรือไม่เคยผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาก่อนก็ได้

ตอนที่ 2 การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนใช้ในการตรวจรักษาโรค

ในการศึกษาเรื่อง “การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนใช้ในการตรวจรักษาโรค” แม้ว่าผู้วิจัยไม่สามารถเข้าไปสังเกตการณ์ในห้องตรวจได้ แต่ได้นำข้อมูลจากการที่ได้สัมภาษณ์และสอบถามกลุ่มตัวอย่างทั้งสูตินรีแพทย์และคนใช้มาวิเคราะห์ เพื่อให้เห็นถึงภาพรวมของวิธีการสื่อ

สารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรคว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร โดยมีการศึกษาเจาะลึกในประเด็นที่น่าสนใจ ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยมาสรุปผลตามปัญหาคำถามวิจัยแต่ละข้อ ดังนี้

ปัญหาคำถามวิจัยข้อที่ 1 สูตินรีแพทย์กับคนไข้มีวิธีการสื่อสารอย่างไรบ้างในการตรวจรักษาโรค

ในสถานการณ์สื่อสาร (communication situation) ระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรคนั้น ประกอบด้วยเหตุการณ์สื่อสาร (communication event) 6 ขั้นตอน คือ การกล่าวทักทายและต้อนรับ การซักถามอาการและตรวจวินิจฉัยโรค การชี้แจงข้อวินิจฉัย การอธิบายวิธีการรักษา การกล่าวก่อนอำลา และการกล่าวอำลา ซึ่งเหตุการณ์สื่อสารในแต่ละขั้นมักมีการเรียงลำดับค่อนข้างตายตัว ทั้งนี้เนื่องด้วยกรณีที่แพทย์มีสถานภาพในบริบทการสื่อสารสูงกว่าคนไข้ และด้วยบทบาทหน้าที่ของแพทย์ทำให้ในการสื่อสารโดยทั่วไป แพทย์จะเป็นผู้ควบคุมการสื่อสารมากกว่าคนไข้ สำหรับรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนนี้มีดังนี้

1. การกล่าวทักทายและต้อนรับ

การกล่าวทักทายและต้อนรับจะเริ่มขึ้นขึ้นเมื่อคนไข้เข้าไปในห้องตรวจ ซึ่งจะพบสูตินรีแพทย์นั่งรออยู่แล้วที่โต๊ะซักถามอาการ ส่วนใหญ่พบว่าแพทย์มักจะเป็นผู้เปิดการสนทนาด้วยการกล่าวทักทายและต้อนรับคนไข้ก่อน โดยจะกล่าวสั้นๆ และใช้เวลาในการทักทายไม่มาก เช่น สวัสดีครับ/ค่ะ, หวัดดีครับ/ค่ะ คุณ..(ชื่อคนไข้) เป็นต้น แต่ถ้าเป็นกรณีคนไข้ที่เข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์คนเดียวกันหลายครั้ง จนแพทย์จำได้ คำทักทายของแพทย์ก็จะเปลี่ยนไป เช่น อ้าว เชิญนั่งครับ, เป็นยังไงบ้าง เป็นต้น

สำหรับเหตุการณ์สื่อสารในขั้นการกล่าวทักทายและต้อนรับพบว่า แพทย์มักจะเป็นผู้เริ่มการสื่อสารด้วยการกล่าวทักทายและต้อนรับคนไข้ก่อนนั้น ทั้งนี้เนื่องจากว่าแพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ มีสถานภาพที่เหนือกว่าผู้รับบริการ นั่นคือ คนไข้ แพทย์จึงเป็นผู้ควบคุมการสื่อสาร โดยการเป็นผู้เริ่มการสนทนาด้วยการกล่าวทักทายคนไข้

นอกจากนี้พบว่าลักษณะการกล่าวทักทายมักจะแปรเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ในการสื่อสาร กล่าวคือ ในกรณีที่คนไข้ที่เข้ารับการตรวจครั้งแรก การกล่าวทักทายจะเป็นไปในลักษณะ

ของคนแปลกหน้า แต่เมื่อคนไข้เข้ารับการตรวจหลายครั้ง จนทั้งสูตินรีแพทย์และคนไข้มีความคุ้นเคยสนิทสนมกันมากยิ่งขึ้น ลักษณะการกล่าวทักทายจะมีความเป็นกันเองมากขึ้นตามไปด้วย โดยจะเปลี่ยนเป็นการทักทายกันแบบคนรู้จัก ทั้งนี้สอดคล้องกับแบบจำลองกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล ในเชิงประกอบสร้างทางสังคม ของ Pearce (Pearce, W. Barnett, 1994) ที่ได้กล่าวไว้ถึง สถานการณ์ในการสื่อสาร (episodes) หรือ (communication situation) ว่า สถานการณ์สื่อสารเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการสื่อสารระหว่างกัน ทำให้วิธีการสื่อสารแตกต่างกันไป โดยในสถานการณ์ที่คู่สื่อสารพบกันครั้งแรกนั้น ย่อมมีความแตกต่างจากสถานการณ์การสื่อสารในครั้งถัดมา นั้นเพราะคู่สื่อสารเกิดความสนิทสนมระหว่างกัน จึงสามารถสื่อสารกันได้ง่ายกว่าในสถานการณ์ที่เจอกันครั้งแรก

2. การซักถามอาการและตรวจวินิจฉัยโรค

ในเหตุการณ์สื่อสาร (communication event) ขั้นตอนนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ การซักถามอาการ และการตรวจร่างกาย ซึ่งแต่ละส่วนสามารถสรุปผลได้ดังนี้

2.1 การซักถามอาการ

2.1.1 การใช้คำแทนตัวเองและเรียกขานคู่สนทนา

ในขั้นตอนของการซักถามอาการนั้น เริ่มจากการใช้คำแทนตัวเองและเรียกขานคู่สนทนา ซึ่งพบว่าสูตินรีแพทย์มักใช้คำแทนตัวเองว่า ผม หรือ หมอ โดยหากเป็นสูตินรีแพทย์เพศหญิง จะใช้คำแทนตัวเองว่าหมอเท่านั้น ในขณะที่คนไข้มีการใช้คำแทนตัวเองแตกต่างกันไป ส่วนใหญ่มักใช้คำว่า ดิฉัน, ฉัน รองลงมา คือ หนู ส่วนการใช้คำเรียกขานคู่สนทนาพบว่า แพทย์มักเรียกขานคนไข้โดยใช้คำว่า คุณ, คุณ+ชื่อคนไข้ นอกจากนี้บางท่านมีการใช้คำสรรพนาม โดยลำดับญาติ อาทิ คุณพี่, คุณป้า, คุณยาย, น้อง, หนู ส่วนคนไข้ส่วนใหญ่มักเรียกขานแพทย์ว่า คุณหมอ

ทั้งนี้จากการใช้คำแทนตัวเองและเรียกขานคู่สนทนาของสูตินรีแพทย์และคนไข้ จะเห็นได้ว่าการใช้คำแทนตัวเองของสูตินรีแพทย์ที่ส่วนใหญ่่มักใช้คำว่า “หมอ” นั้น สะท้อนให้เห็นถึงการที่ผู้พูดพยายามแยกตัวออกจากคู่สื่อสาร โดยใช้คำแทนตัวเองเพื่อแสดงฐานะทางสังคมบางอย่าง นั่นคือ คำเรียกอาชีพ ในขณะที่เดียวกันการใช้คำเรียกขานคนไข้ที่พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ใช้คำว่า “คุณ, คุณ+ชื่อคนไข้” ซึ่งถือเป็นคำสรรพนามที่ผู้พูดเลือกใช้เพื่อรักษาระยะห่างระหว่างตน

เองกับผู้ฟังเอาไว้ เนื่องจากต้องการตัดปัญหาที่เกิดจากความไม่พอใจของคนไข้บางราย ซึ่งไม่ต้องการให้แพทย์เรียกขานโดยใช้สรรพนามลำดับญาติ และต้องการให้การสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้มีความเป็นทางการ ด้วยเหตุนี้สูตินรีแพทย์จึงเลือกใช้คำสรรพนามที่มีลักษณะเป็นทางการมากกว่าการใช้สรรพนามลำดับญาติในการเรียกขานคนไข้

ส่วนการใช้คำเรียกขานแพทย์ของคนไข้ นั้น แสดงให้เห็นถึงความสุภาพและการให้ความสำคัญนับถือในตัวแพทย์อย่างยิ่ง สำหรับการเลือกใช้คำแทนตัวเองของคนไข้ที่ส่วนใหญ่มักใช้คำว่า “ดิฉัน, ฉัน” นั้น ซึ่งเป็นการใช้คำสรรพนามที่แสดงให้เห็นถึง การที่ผู้พูดพยายามรักษาระยะห่างของความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับแพทย์เอาไว้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากความแตกต่างทางสถานเพศระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ และอีกส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความรู้สึกไม่ไว้วางใจแพทย์จนเกิดความประหม่า และรู้สึกว่าแพทย์เป็นคนแปลกหน้าในสถานการณ์ที่สื่อสารกันครั้งแรก ทำให้คนไข้ต้องรักษาระดับความเป็นทางการเอาไว้ ในขณะที่เดียวกันพบว่าคนไข้อีกส่วนหนึ่งมักใช้คำว่า “หนู” เป็นคำแทนตัวเองในการสื่อสารกับแพทย์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทและสถานภาพของคนไข้ รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ตนเอง (self) ของคนไข้ว่า คนไข้มีรู้สึกว่าตนเองมีสถานภาพที่ดีน้อยกว่าแพทย์ ขณะเดียวกันได้ยกย่องให้แพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ซึ่งคอยให้ความช่วยเหลือและให้การดูแลรักษาผู้คน ดังนั้นเมื่อคนไข้เข้ามารับการตรวจจากแพทย์ จึงให้ความเคารพและให้อำนาจแก่แพทย์ ดังจะสะท้อนให้เห็นได้จากการใช้คำแทนตัวเองและเรียกขานแพทย์ของคนไข้

สำหรับการใช้คำแทนตัวเองและเรียกขานคู่สนทนาของสูตินรีแพทย์และคนไข้ นั้น มีลักษณะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิไลวรรณ ขนิษฐานันท์ (2528) ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ “ภาษาในโรงพยาบาล” โดยกล่าวถึงการใช้ภาษาของผู้รับบริการ ซึ่งก็คือคนไข้ไว้ว่า ลักษณะภาษาของผู้รับบริการจะมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล แต่ถึงแม้ว่าจะมีความแตกต่างกันอยู่มากก็มีลักษณะที่เหมือนกันอยู่ประการหนึ่ง คือ ความสุภาพและยกย่องนับถือผู้ให้บริการ ดังจะเห็นได้จากคำสรรพนามแทนตัวผู้พูด เช่น ผม ดิฉัน หนู คำสรรพนามแทนตัวผู้ฟัง เช่น คุณ คุณหมอบ อาจารย์ และคำแสดงความสุภาพ เช่น ค่ะ ครับ ขอโทษ ช่วย ขอ...หน่อย ขอขอบคุณ ผู้รับบริการจะใช้คำที่แสดงถึงความสุภาพบ่อยครั้ง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความระมัดระวังกริยาของตนเอง ในขณะเดียวกันก็แสดงความยกย่องหรือเกรงใจผู้ให้บริการด้วย

นอกจากนี้การใช้คำแทนตัวเองและเรียกขานคู่สนทนาของสูตินรีแพทย์กับคนไข้ ยังมีลักษณะที่สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง “การเลือกใช้คำสรรพนามในภาษาไทยกับแนวคิดเรื่องความสุภาพของบรวาณและเลวีนสัน” ของ สมชาย สำเนียงงาม (2544) จากผลการวิจัยนี้ได้กล่าวถึงการ

ใช้คำสรรพนามไว้ว่า ผู้ใช้ภาษาต้องเลือกใช้คำสรรพนามแทนตัวจาก 3 มิติ คือ มิติบุรุษสรรพนาม วัย และสถานภาพทางสังคม ซึ่งได้แบ่งกลุ่มคำสรรพนามที่แสดงแนวคิดเรื่องความสุภาพเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. คำสรรพนามที่แสดงแนวคิดการมีส่วนร่วม (positive face) คือ คำสรรพนามที่ผู้พูดเลือกใช้เพื่อแสดงความใกล้ชิดกับผู้ฟัง ได้แก่ คำเรียกญาติ (พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา ฯลฯ) คำว่า “หนู” และคำเรียกชื่อตัวเองของผู้พูด

2. คำสรรพนามที่แสดงแนวคิดการแยกตัวออกห่าง (negative face) คือ คำสรรพนามที่ผู้พูดเลือกใช้เพื่อรักษาระยะห่างระหว่างตนเองและผู้ฟัง หรือคำที่ผู้พูดใช้เพื่อแสดงฐานะทางสังคมบางอย่าง เช่น คำเรียกอาชีพ ยศ ตำแหน่ง รวมทั้งคำว่า ผม ฉัน ดิฉัน เรา คุณ เธอ ท่าน นาย ฯลฯ

จากงานวิจัยดังกล่าวนี้พบว่า ในสถานการณ์ที่คู่สนทนาเป็นผู้ที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน คนไทยส่วนใหญ่นิยมใช้แนวคิดเรื่องความสุภาพประเภทแยกตัวออกห่างในการเลือกใช้คำสรรพนามบุรุษที่ 1 (ผู้พูด) และใช้แนวคิดเรื่องความสุภาพประเภทการมีส่วนร่วมในการเลือกใช้คำสรรพนามบุรุษที่ 2 (ผู้ฟัง)

2.2.2 การซักถามประวัติของคนไข้เรื่องเพศสัมพันธ์

ในกรณีที่สูตินรีแพทย์จำเป็นต้องซักถามประวัติคนไข้เรื่องเพศสัมพันธ์ เพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่พบว่าสูตินรีแพทย์มักใช้คำว่า เพศสัมพันธ์ นอกจากนั้นพบว่ามีการใช้คำอื่นๆ บ้าง ได้แก่ นอน ร่วมเพศ เคยมีอะไร ยุง ทำการบ้าน เมื่อคนไข้ได้ฟังคำถามจากแพทย์ส่วนใหญ่มักรู้สึกเฉยๆ เพราะเห็นว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา แต่บางส่วนมีความรู้สึกอาย และมีบางคนรู้สึกไม่พอใจบ้าง

การที่สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่ใช้คำว่า “เพศสัมพันธ์” เนื่องจากเป็นคำที่ทั้งแพทย์และคนไข้ส่วนใหญ่ต่างรู้สึกว่าจะให้ความหมายชัดเจน สุภาพ และมีความเป็นวิชาการ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการใช้คำที่สื่อความหมายถึงเพศสัมพันธ์ของสูตินรีแพทย์ มักพิจารณาจากระดับการศึกษาของคนไข้ด้วย โดยใช้คำว่าเพศสัมพันธ์กับกลุ่มคนไข้ที่มีความรู้ระดับหนึ่ง แต่หากต้องสื่อสารกับกลุ่มคนไข้ที่ไม่ค่อยมีความรู้มากนัก แพทย์จะเลือกใช้คำที่ฟังง่ายๆ และมักเป็นคำที่คนไข้รู้สึกคุ้นเคย เช่น นอน เคยมีอะไร ยุง เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์บางคนไม่เลือกใช้คำว่า

เพศสัมพันธ์ เนื่องจากต้องการให้การพูดคุยชกประวัติเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดา จึงใช้คำที่ฟังแล้วเข้าใจง่าย และเป็นภาษาพูดมากกว่า เช่น นอน ยุ่ง เป็นต้น

การเลือกใช้คำที่สื่อความหมายถึงเพศสัมพันธ์เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการสื่อสาร เนื่องจากการที่แพทย์ใช้คำที่ไม่เหมาะสมกับคนไข้ อาจทำให้เกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารระหว่างกันได้ เช่น การที่แพทย์ใช้คำว่า นอน ซึ่งคนไข้บางคนอาจไม่เข้าใจถึงความหมายที่แพทย์ต้องการสื่อออกมา ทำให้เข้าใจผิดพลาดได้ หรือการที่แพทย์ใช้คำว่ายุ่ง, ร่วมเพศ กับคนไข้ที่มีการศึกษาสูง ทำให้คนไข้บางคนเกิดความรู้สึกว่าคำลักษณะนี้ไม่สุภาพ และไม่เป็นทางการเท่าที่ควร ในขณะที่เดียวกันกลับเห็นว่าควรจะใช้คำว่า เพศสัมพันธ์ ซึ่งฟังดูมีความเป็นวิชาการมากกว่า เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ในการเลือกใช้คำของแพทย์จึงต้องพิจารณาใช้ให้เหมาะสมกับคนไข้ด้วย

นอกจากนี้จากการสอบถามคนไข้ ในกรณีที่ถูกแพทย์ชกประวัติเรื่องเพศสัมพันธ์พบว่า คนไข้กลุ่มตัวอย่างที่ได้ฟังคำถามส่วนใหญ่รู้สึกเฉยๆ ทั้งนี้อาจเพราะคนไข้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคนไข้ที่สมรสแล้ว จึงเห็นว่าเรื่องลักษณะนี้เป็นเรื่องธรรมดา อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยพบว่ามีคนไข้อีกส่วนหนึ่งรู้สึกอึดอัดใจที่จะต้องตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ เนื่องจากถือว่าเรื่องลักษณะนี้เป็นเรื่องส่วนตัว คนไข้บางคนคิดว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องน่าอายไม่สมควรพูดกัน จึงทำให้คนไข้บางคนอึดอัดและไม่สบายใจที่จะตอบคำถาม หรือบางคนอาจถึงกับปกปิดไม่ยอมเล่าความจริงแก่แพทย์ ในขณะที่คนไข้บางคนก็ไม่รู้ว่าจะเล่ารายละเอียดในเรื่องนี้ให้แพทย์ฟังได้อย่างไร ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการที่คนไข้รู้สึกอายนที่ต้องสื่อสารเรื่องเพศสัมพันธ์กับแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นสูตินรีแพทย์เพศชายก็อาจทำให้คนไข้รู้สึกอายนมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากคู่อสื่อสารมีความแตกต่างกันทางสถานเพศนั่นเอง ซึ่งย่อมมีผลต่อการสื่อสารระหว่างกัน เพราะอาจทำให้มีช่องว่างทางวัฒนธรรมระหว่างเพศชายและหญิงเกิดขึ้นได้ จึงทำให้คนไข้ไม่กล้าเล่าความจริง หรือไม่รู้จักอธิบายให้แพทย์เข้าใจได้อย่างไร

อย่างไรก็ตามเนื่องจากคำถามลักษณะนี้เป็นเรื่องส่วนตัว และค่อนข้างละเอียดอ่อนต่อความรู้สึกของคนไข้ ดังนั้นสูตินรีแพทย์จึงต้องระมัดระวังท่าทางและคำพูดในการชกถาม โดยอาจมีการใช้คำถามเกริ่นนำก่อน เช่น มีแฟนหรือยัง หากคนไข้ตอบว่าไม่มี แพทย์ก็ไม่จำเป็นต้องชกถามอีก แต่หากตอบว่า มี แพทย์จึงทำการชกถามต่อไป นอกจากนี้สูตินรีแพทย์อาจใช้วิธีการชี้แจงถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องถามคำถามลักษณะนี้แก่คนไข้ก่อนที่จะถาม

การที่สูตินรีแพทย์พยายามเลือกใช้คำถามหรือถ้อยคำที่สุภาพในการชกถามคนไข้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์นั้น ถือได้ว่าเป็นการเลือกใช้ภาษาที่สุภาพของแพทย์ ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องภาษาแสดงความสุภาพของบราวน์และเลวินสัน (Brown and Levinson, 1978) ที่ได้อธิบาย

ว่า ในกรณีที่มีการละเมิดหน้าของกันและกัน คู่สื่อสารจะพยายามหาทางออก โดยมีกลวิธีต่างๆ ที่ใช้รักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันไว้ เช่น อาจมีการตกแต่งถ้อยคำ (redressive utterance) หรือ การกล่าวถ้อยคำโดยอ้อม (off-record) นอกจากนี้การคุกคามหน้าจะมีความรุนแรงมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อัตราความรุนแรงของการคุกคามหน้าตามแต่ละวัฒนธรรมที่จะมองหรือตีความ ระยะห่างทางสังคมของผู้พูดและผู้ฟัง และอำนาจที่ผู้พูดมีเหนือผู้ฟัง ดังนั้นแม้มีโน้ตส์เรื่องหน้าจะมีอยู่ในทุกสังคมและวัฒนธรรม แต่สำหรับการตีความว่าควรใช้ภาษาอย่างไร จึงจะเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมนั้น เป็นเรื่องของบรรทัดฐานของแต่ละสังคมและวัฒนธรรมที่จะกำหนดไว้ (อ้างถึงใน สุรนันทา คงประโคน, 2544: 10)

การใช้ภาษาที่แสดงความสุขภาพเมื่อต้องซักถามเรื่องเพศสัมพันธ์ของแพทย์ เป็นวิธีการหนึ่งที่รักษาหน้าของทั้งผู้พูดและผู้ฟัง กล่าวคือ ผู้พูดใช้ภาษาที่สุภาพเพื่อรักษาหน้าด้านบวก หรือภาพลักษณ์ที่ดีของตนเองเอาไว้ ว่าเป็นผู้ที่พูดจาสุภาพ เหมาะสมตามกาลเทศะ ลดโอกาสที่จะได้รับการติฉินนินทาจากผู้ฟัง และการที่ผู้พูดเลือกใช้คำในการสื่อสารเรื่องเพศอย่างสุภาพ และไม่โจ่งแจ้งนัก ย่อมทำให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกที่ดี และไม่ทำให้ผู้ฟังรู้สึกอับอายหรือเสียหน้า จึงถือเป็นการรักษาหน้าด้านลบของผู้ฟังด้วย เพราะแสดงถึงการที่ผู้พูดพยายามไม่รบกวน ทำให้ผู้ฟังรู้สึกอึดอัด หรือลำบากใจในการฟังและตอบคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์แบบตรงไปตรงมา ซึ่งถือเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ฟัง

นอกจากนี้การซักถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของสูตินรีแพทย์กับคนไข้ มีความสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง การสื่อสารเรื่องเพศในสังคมไทยของ นิตยา มาศะวิสุทธิและคณะ (2533) ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า สังคมไทยและคนไทยส่วนใหญ่ยังไม่เปิดกว้างมากพอที่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างเปิดเผย ซึ่งถือว่าการพูดเรื่องเพศสัมพันธ์หรือเรื่องเพศของบุคคลอื่นเป็นเรื่องไม่สุภาพ เพราะเรื่องเพศถือเป็นเรื่องลับ พูดกันได้เฉพาะที่ลับหูลับตาคนเท่านั้น การพูดเรื่องเพศจึงต้องระมัดระวังในการพูดอย่างยิ่ง และแม้ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับวิชาการก็ต้องเคร่งขรึม อ้อมๆ เลี่ยง ๆ หรือหากต้องกล่าวถึงอวัยวะเหล่านี้ ตลอดจนเรื่องเพศอื่นๆ โดยตรง จะต้องเลี่ยงไปใช้ภาษาต่างประเทศแทน

2.1.3 วิธีการเสริมสร้างการสื่อสารเชิงบวกของสูตินรีแพทย์กับคนไข้

(1) การซักถามเรื่องราวต่างๆ ไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย

สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่มีการซักถามและพูดคุยกับคนไข้เกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ไปบ้าง ตามแต่โอกาสและเวลาจะอำนวย ซึ่งต้องพิจารณาเป็นรายบุคคลเพราะคนไข้บางคนอาจรู้สึกไม่พอใจได้ สำหรับคนไข้ส่วนใหญ่รู้สึกชอบที่แพทย์สร้างความคุ้นเคยด้วยวิธีนี้ พบว่ามีคนไข้ส่วนน้อยเท่านั้นที่รู้สึกไม่ชอบ และบางคนที่รู้สึกเฉยๆ

แม้ว่าสูตินรีแพทย์และคนไข้ส่วนใหญ่ต่างเห็นว่า การที่สูตินรีแพทย์พูดคุยและซักถามเรื่องต่างๆ ไป กับคนไข้ เป็นสิ่งที่ช่วยสร้างความคุ้นเคย ทำให้คนไข้กล้าที่จะพูดคุยหรือซักถามแพทย์ได้อย่างสบายใจ ทั้งนี้เนื่องจากการที่คนไข้มาพบแพทย์ส่วนหนึ่งมีความวิตกกังวล กลัว และบางคนรู้สึกอาย สภาวะทางจิตใจและอารมณ์เหล่านี้เองที่อาจทำให้คนไข้เกิดความประหม่าเมื่อเข้ามาพบแพทย์ครั้งแรก แต่หากแพทย์พูดคุยเรื่องอื่นๆ จนคนไข้รู้สึกคุ้นเคย และมีความไว้วางใจในตัวแพทย์แล้ว จะช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างราบรื่นขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับที่ เมตตา วิวัฒนานุกูล (2545) ได้กล่าวถึงความไม่แน่ใจและความวิตกกังวลไว้ว่า ความไม่แน่ใจเป็นลักษณะทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความสามารถทางสติปัญญา ในการทำนายหรืออธิบายความรู้ ทักษะ ค่านิยม และพฤติกรรมของคู่สื่อสาร ดังนั้นยิ่งรู้จักคุ้นเคยคู่สื่อสารมากขึ้นเท่าใด ความไม่แน่ใจจะลดลงเท่านั้น รวมทั้งจุดเด่น หรือสิ่งดึงดูดใจที่เรามีขณะทำการสื่อสาร และบุคลิกภาพส่วนตัวของเราเองด้วย ส่วนความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตอบโต้ทางอารมณ์ ในขณะที่ทำการสื่อสาร ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในการสื่อสารระหว่างกลุ่ม มักจะมีพื้นฐานมาจากความคาดหมายว่าจะเกิดผลในทางลบ ความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายอย่าง ซึ่งความสัมพันธ์ที่มีมาในอดีตก็เป็นอีกตัวแปรหนึ่ง ทั้งนี้หากทั้งสองกลุ่มเคยมีความสัมพันธ์ติดต่อกันหลายครั้ง จนทราบธรรมเนียมปฏิบัติระหว่างกันแล้ว ความวิตกกังวลจะลดน้อยลง แต่หากทั้งสองกลุ่มเคยมีความขัดแย้งกันมาก่อน ความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้น

เมื่อคนไข้และแพทย์มีการพูดคุยเรื่องต่างๆ ไป จนมีความคุ้นเคยระหว่างกัน ย่อมทำให้ความสัมพันธ์ของคู่สื่อสาร (relationships) พัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็มีสูตินรีแพทย์บางคนกลับเห็นว่า การที่แพทย์ซักถามเรื่องต่างๆ ไปนอกเหนือจากที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคนั้น เป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ โดยเฉพาะสูตินรีแพทย์เพศชาย ซึ่งมีสถานภาพเพศแตกต่างไปจากคนไข้ ช่องว่างของความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมชายและหญิงย่อมมีมากขึ้น โดยเฉพาะยังเป็น การตรวจรักษาทางสูตินรีเวชกรรมต้องมีการสื่อสารที่เกี่ยวกับเรื่องของอวัยวะในระบบสืบพันธุ์

เพศหญิง คู่สื่อสารจึงมีโอกาสจะเกิดปัญหาในการสื่อสารระหว่างกันได้มาก ด้วยเหตุนี้บุคลิกภาพ และคำพูดของแพทย์จึงมีความสำคัญมาก แพทย์จึงต้องระมัดระวังในการสื่อสารกับคนไข้มากเป็นพิเศษ ซึ่งมีกลุ่มคนไข้บางส่วนเห็นว่า สูตินรีแพทย์ไม่ควรมีความสนิทสนมกับคนไข้ ไม่ควรพูดเรื่องทั่วๆ ไปนอกเหนือจากการซักถามประวัติและอาการของโรค และควรรักษาระยะห่างของแพทย์กับคนไข้เอาไว้ให้อยู่ในระยะที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้คนไข้สบายใจและไม่อึดอัดที่จะพูดคุยกับแพทย์ ดังนั้นการสร้างความสัมพันธ์สนมกับคนไข้ แพทย์ต้องพิจารณาลักษณะและบุคลิกภาพของคนไข้ตามแต่ละบุคคลด้วย เพราะหากใช้ไม่ถูกกับคน อาจเกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารระหว่างกันได้เช่นกัน

(2) การจดจำข้อมูลและรายละเอียดของคนไข้ เพื่อสร้างความประทับใจ

สูตินรีแพทย์ให้ความสำคัญต่อการจดจำข้อมูลคนไข้ ซึ่งมักจะจำได้ในกรณีคนไข้ประจำที่มีความคุ้นเคยกัน เนื่องจากเห็นว่ามีส่วนช่วยทำให้คนไข้ประทับใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อแพทย์ สำหรับคนไข้ส่วนใหญ่รู้สึกชอบที่แพทย์จดจำข้อมูลของตนเองได้ รู้สึกว่าแพทย์ใส่ใจคนไข้ ในขณะที่บางคนกลับไม่ชอบ และบางคนก็รู้สึกเฉยๆ ซึ่งมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น จากการสอบถามความคิดเห็นของคนไข้พบว่า สูตินรีแพทย์ที่คนไข้กลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับการตรวจรักษานั้นส่วนใหญ่มักจะจดจำหรือแสดงท่าทีว่าจดจำข้อมูลของคนไข้ได้

ทั้งนี้สูตินรีแพทย์และคนไข้ส่วนใหญ่ต่างเห็นพ้องต้องกันว่า การที่แพทย์สามารถจดจำข้อมูลหรือรายละเอียดของคนไข้ได้ เป็นสิ่งที่จะช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างราบรื่นมากขึ้น เพราะส่งผลให้คนไข้เกิดความไว้วางใจในตัวแพทย์ ทั้งนี้เมื่อคนไข้ไว้วางใจแพทย์ก็จะทำให้คนไข้ให้ความร่วมมือในการรักษาและให้ข้อมูลแก่แพทย์ได้อย่างครบถ้วน ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สำหรับการจดจำข้อมูลคนไข้ได้นั้นจะเกิดขึ้นในกรณีที่เป็นคนไข้ประจำ หรือคนไข้ที่เข้ารับการตรวจจากแพทย์คนเดียวกันหลายครั้ง ส่วนคนไข้ที่มาเพียงครั้งเดียวหรือนานๆ ครั้งจะไม่ค่อยมีผลมากนัก อย่างไรก็ตามการจดจำข้อมูลคนไข้สูตินรีแพทย์บางคนเห็นว่าเป็นสิ่งที่อาจทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากสูตินรีแพทย์แต่ละท่านต้องตรวจคนไข้จำนวนมากในแต่ละวัน ทั้งนี้อาจต้องอาศัยการจดบันทึกเข้ามาช่วย เพื่อสร้างความประทับใจให้เกิดขึ้นกับคนไข้ที่เข้ามารับการตรวจรักษา

ในขณะที่ยังพบว่ามีคนไข้บางคนรู้สึกไม่ชอบและอึดอัดใจที่สูตินรีแพทย์จดจำข้อมูลของตนเองได้ เนื่องจากคนไข้รู้สึกอาย และเห็นว่าการเข้ามารับการตรวจในเรื่องเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ของเพศหญิงกับสูตินรีแพทย์เพศชายนั้นเป็นเรื่องน่าอาย โดยเฉพาะในกรณีคนไข้รีเวซ ซึ่ง

อาจมาพบแพทย์เนื่องจากเป็นโรคเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ หรือโรคติดต่อต่างๆ จึงไม่อยากให้แพทย์จดจำรายละเอียดของตนเองได้ ดังนั้นในการสร้างความประทับใจลักษณะนี้มักใช้ได้ดีกับคนใช้ส่วนใหญ่ แต่ก็ต้องพิจารณาใช้กับคนใช้เป็นรายบุคคลไป เพื่อจะได้ไม่เกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนใช้ตามมา

(3) การใช้อารมณ์ขัน เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายขึ้น

สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่มักใช้อารมณ์ขันเข้ามาช่วย ในการสร้างบรรยากาศในการสนทนากับคนใช้ให้ผ่อนคลายมากขึ้น ซึ่งการใช้อารมณ์ขันของแพทย์ในที่นี้ หมายถึง การพูดคุยกับคนใช้อย่างเป็นกันเอง แสดงท่าทางเป็นมิตรและสีหน้าที่ยิ้มแย้มขณะพูดคุย ไม่เคร่งเครียด โดยมีการพูดในลักษณะเชิงหยอกล้อ หรือพูดแหย่เล็กๆ น้อยๆ ให้คนใช้ยิ้มหรือขำในบางช่วงของการสนทนา แต่อย่างไรก็ตามการใช้อารมณ์ขันของแพทย์ ต้องขึ้นอยู่กับเวลาและโอกาสที่เหมาะสมด้วย อีกทั้งยังต้องพิจารณาเลือกใช้กับคนใช้แต่ละบุคคล โดยคนใช้ส่วนใหญ่เห็นว่า สูตินรีแพทย์ควรมีการใช้อารมณ์ขันบ้างตามโอกาสที่เหมาะสม มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่คิดว่าแพทย์ไม่ควรใช้อารมณ์ขันกับคนใช้เลย

ทั้งนี้คนใช้ส่วนหนึ่งที่เข้าพบสูตินรีแพทย์ มักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค ในขณะที่คนใช้บางคนมารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ครั้งแรกจึงเกิดความประหม่า ส่งผลให้คนใช้รู้สึกเครียด มีความวิตกกังวลและเกิดความไม่แน่ใจในตัวแพทย์ สูตินรีแพทย์ส่วนหนึ่งจึงพยายามสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายขึ้นด้วยการใช้อารมณ์ขันกับคนใช้ ทำให้บรรยากาศที่ตึงเครียด และดูเป็นทางการนั้น ค่อยๆ เริ่มผ่อนคลายลง ซึ่งจะช่วยให้คนใช้กล้าสื่อสารกับแพทย์มากขึ้น ซึ่งการใช้อารมณ์ขันของสูตินรีแพทย์จำเป็นต้องใช้ตามโอกาสที่เหมาะสม ถูกกาลเทศะ และต้องพิจารณาใช้กับคนใช้เป็นรายบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสูตินรีแพทย์เพศชายที่มีความแตกต่างทางเพศไปจากคนใช้ ยิ่งต้องใช้อารมณ์ขันอย่างระมัดระวังและเหมาะสมที่สุด เพราะอาจทำให้คนใช้เกิดความไม่ไว้วางใจในตัวแพทย์ หรือลดความน่าเชื่อถือในตัวแพทย์ แพทย์จึงจำเป็นต้องมีความสำรวมทั้งกาย วาจาและใจ รวมทั้งแพทย์ต้องวางตัวให้มีความน่านับถือด้วย จึงจะทำให้คนใช้ไว้วางใจในตัวแพทย์ได้อย่างเต็มที่ ด้วยเหตุนี้แพทย์จึงต้องใช้อารมณ์ขันให้ถูกเวลา ถูกโอกาส และถูกคน เพราะไม่เช่นนั้นคนใช้อาจมองว่าแพทย์มีบุคลิกภาพที่ไม่น่านับถือ เพราะดูตลกเฮฮาจนเกินไป หรือบางเรื่องที่แพทย์ขำ คนใช้อาจไม่ขำด้วย และกลายเป็นความรู้สึกไม่พอใจที่แพทย์เห็นเรื่องเหล่านั้นเป็นเรื่องตลกไป ดังนั้นในการใช้อารมณ์ขันของแพทย์ คนใช้อาจตีความผิดไป จนเกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารระหว่างกันได้

การที่สูตินรีแพทย์พยายามใช้อารมณ์ขัน เพื่อช่วยผ่อนคลายบรรยากาศในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ ในขณะที่คนไข้ต้องการความเป็นทางการในการตรวจรักษา กับแพทย์ ต้องการให้แพทย์วางตัวเคร่งขรึมในการสื่อสารและตรวจรักษาโรคนั้น อาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการสื่อสารระหว่างกัน โดย Gudykunst และ Kim ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของคู่สื่อสาร (relations) ที่มีผลต่อการสื่อสารไว้ว่า ในส่วนของมิติของความเป็นทางการ การที่คู่สื่อสารมีวัฒนธรรมที่ต่างกันย่อมมีความคาดหวังระดับความเป็นทางการแตกต่างกัน หากต่างฝ่ายต่างมีความคาดหวังในตัวคู่สื่อสารแตกต่างกันอาจเกิดเป็นความไม่เข้าใจกัน และส่งผลให้เกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารระหว่างกันได้ เช่น การที่สูตินรีแพทย์มีระดับความเป็นทางการกับคนไข้มากเกินไป จนทำให้คนไข้รู้สึกอึดอัด และรู้สึกเครียดในขณะที่ทำการสื่อสาร ในขณะที่หากคนไข้ต้องการความเป็นทางการ แต่แพทย์กลับพยายามลดระดับความเป็นทางการด้วยการใช้อารมณ์ขันในการสื่อสารกับคนไข้ ย่อมทำให้คนไข้รู้สึกไม่สบายใจหรืออาจเกิดความไม่ไว้วางใจในตัวแพทย์ได้ (อ้างถึงใน เมตตา วิวัฒนานุกูล, 2545: 77-82)

ด้วยเหตุนี้สูตินรีแพทย์และคนไข้บางคนจึงเห็นว่า สูตินรีแพทย์ไม่ควรใช้อารมณ์ขัน และควรมีบุคลิกภาพที่ดูน่าเชื่อถือ ซึ่งอารมณ์ขันของแพทย์อาจกลายเป็นอุปสรรคที่ทำให้คนไข้บางคนรู้สึกอึดอัดและอายที่จะพูดคุยและตรวจรักษา กับแพทย์ท่านนั้นได้

2.1 การตรวจร่างกาย

2.2.1 การสื่อสารของสูตินรีแพทย์ในกรณีคนไข้ต้องเข้ารับการตรวจภายใน

แม้ว่าผู้หญิงไทยส่วนใหญ่ยังคงรู้สึกกลัวและอายที่จะตรวจภายใน แต่สูตินรีแพทย์เชื่อว่าคนไข้ที่มาเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ส่วนหนึ่งได้เตรียมใจมาแล้วว่าอาจจะต้องตรวจภายใน ดังนั้นเมื่อแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าจำเป็นต้องตรวจ ซึ่งแพทย์จะชี้แจงถึงความจำเป็นและเหตุผลที่จะต้องตรวจแก่คนไข้ โดยคนไข้ส่วนหนึ่งไม่ค่อยมีปัญหาและยินดีให้ความร่วมมือ แม้จะรู้สึกกลัวและอายอยู่ก็ตาม ในขณะที่คนไข้อีกส่วนหนึ่งยังไม่พร้อมที่จะตรวจ จึงปฏิเสธไม่เข้ารับการตรวจ ดังนั้นสูตินรีแพทย์จึงต้องพิจารณาคอนไชน์ในแต่ละรายว่าปฏิเสธเนื่องจากเหตุผลใด เช่น หากมาจากความอาย อาจเสนอทางเลือกด้วยการให้ตรวจกับสูตินรีแพทย์เพศหญิง ดังนั้นการมีสูตินรีแพทย์หญิงจึงเป็นอีกทางออกหนึ่งในการแก้ปัญหาความอายของคนไข้ที่มีต่อสูตินรีแพทย์เพศชาย แต่หากมีสาเหตุมาจากความกลัวไม่อยากรตรวจทางช่องคลอด แพทย์อาจเสนอขอตรวจทางทวารหนักหรืออัลตราซาวด์แทน เป็นต้น ด้วยเหตุนี้สูตินรีแพทย์จึงไม่ควรบีบบังคับให้คนไข้เข้ารับการตรวจภายใน

แม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุดต่อตัวคนไข้ก็ตาม แต่แพทย์ต้องพยายามทำความเข้าใจต่อความรู้สึกของคนไข้ว่าคนไข้รู้สึกอย่างไร และพยายามเสนอทางออกที่ทั้งสองฝ่ายรับได้ ให้คนไข้ได้พิจารณาเลือกปฏิบัติ ซึ่งหากคนไข้ยืนยันที่จะปฏิเสธเข้ารับการตรวจภายใน แพทย์ต้องเคารพการตัดสินใจของคนไข้ด้วย สำหรับการตรวจภายในของสูตินรีแพทย์เพศชาย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการมีบุคคลที่สาม อาจเป็นพยาบาลหรือผู้ช่วยที่ต้องเป็นผู้หญิงอยู่ในห้องตรวจด้วยทุกครั้ง เพื่อคอยช่วยเหลือสูตินรีแพทย์ในการตรวจคนไข้ และเพื่อความสบายใจของทั้งแพทย์และคนไข้

2.2.2 การใช้คำขอโทษหรือบอกขั้นตอนแก่คนไข้ เมื่อมีการตรวจร่างกาย

สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่มีการกล่าวคำขอโทษก่อนสัมผัสร่างกายคนไข้ ซึ่งแพทย์มักกล่าวคำขอโทษทุกครั้งก่อนสัมผัส เพื่อช่วยให้คนไข้ได้เตรียมตัวเตรียมใจและผ่อนคลายมากขึ้น ในขณะที่สูตินรีแพทย์อีกส่วนหนึ่งจะบอกขั้นตอนการตรวจแก่คนไข้ขณะทำการตรวจร่างกาย สำหรับการที่แพทย์มีการพูดขอโทษก่อนการสัมผัสหรือบอกขั้นตอนขณะตรวจนั้น คนไข้ส่วนใหญ่รู้สึกชอบ เพราะรู้สึกว่าแพทย์สุภาพ และช่วยคลายความวิตกกังวลให้ลดน้อยลง

ในการตรวจร่างกายของสูตินรีแพทย์ สิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ การแสดงความสุภาพต่อคนไข้ ด้วยการกล่าวขอโทษ ขออนุญาตก่อนสัมผัสร่างกาย หรือบอกขั้นตอนขณะทำการตรวจ เพื่อช่วยให้คนไข้สามารถเตรียมตัวเตรียมใจได้อย่างถูกต้อง และรู้สึกผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น โดยการตรวจภายในเป็นสิ่งที่คนไข้ส่วนใหญ่รู้สึกกลัวและอายอยู่แล้ว เมื่อต้องเข้ารับการตรวจย่อมรู้สึกเกร็ง ดังนั้นการที่แพทย์ขอโทษหรือบอกขั้นตอนจะช่วยทำให้คนไข้ลดความเกร็งและผ่อนคลายขึ้น ซึ่งคนไข้ส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจที่สูตินรีแพทย์มีการพูดขอโทษหรือบอกขั้นตอนแก่คนไข้ขณะทำการตรวจร่างกาย ด้วยเหตุนี้การใช้คำขอโทษหรือบอกขั้นตอนแก่คนไข้ จึงเป็นการสื่อสารอีกวิธีหนึ่งที่แสดงถึงความสุภาพและให้เกียรติคนไข้ของแพทย์ขณะทำการตรวจรักษา อย่างไรก็ตามการใช้คำโทษก็ไม่ควรใช้พร่ำเพรื่อมากเกินไป เพราะอาจทำให้คนไข้รู้สึกรำคาญได้ หรือการบอกขั้นตอนก็ไม่ควรบอกอย่างละเอียดจนเกินไป เพราะคนไข้เกิดความกลัวและเกร็งมากกว่าเดิม ดังนั้นเพื่อลดอาการกลัวและเกร็งของคนไข้ขณะตรวจร่างกาย โดยเฉพาะการตรวจภายใน แพทย์อาจคุยเรื่องทั่วๆ ไปกับคนไข้ เพื่อที่คนไข้จะได้ลดความวิตกกังวลลง ซึ่งอาจดีกว่าการที่แพทย์บอกให้คนไข้ทำตัวให้สบายๆ และอย่าเกร็ง เพราะเมื่อคนไข้ได้ชินเช่นนั้นอาจทำให้รู้สึกเกร็งมากกว่าเดิม ทั้งนี้การที่แพทย์พยายามที่จะทำให้คนไข้ผ่อนคลายมากที่สุด จะสามารถช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลของคนไข้ได้ในระดับหนึ่ง

3. การชี้แจงข้อวินิจฉัย

เมื่อสูตินรีแพทย์ได้ซักถามประวัติและอาการของคนไข้ และตรวจร่างกายแล้ว แพทย์จะนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อทำการวินิจฉัยโรค จากนั้นจึงได้ชี้แจงข้อวินิจฉัยแก่คนไข้ สำหรับเหตุการณ์สื่อสารในขั้นตอนนี้มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

3.1 การชี้แจงข้อวินิจฉัย กรณีที่คนไข้เป็นโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง ทารกในครรภ์ ผิดปกติ เป็นต้น

สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่มักจะแจ้งผลการวินิจฉัยแก่คนไข้โดยตรง แต่ในกรณีที่คนไข้เป็นโรคร้ายแรง แพทย์จะใช้วิธีการที่ละมุนละม่อม ค่อยๆ บอกหรือพูดให้ดูรุนแรงน้อยที่สุด เพราะต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจของคนไข้เป็นสำคัญ นอกจากนี้สูตินรีแพทย์บางส่วนจะแจ้งข้อวินิจฉัยผ่านทางญาติแทน หรือสอบถามญาติว่าคนไข้รับได้แค่ไหน แล้วจึงค่อยแจ้งผลการวินิจฉัย

โดยปกติในการชี้แจงข้อวินิจฉัยของสูตินรีแพทย์ จะเป็นการแจ้งให้คนไข้ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร มีอาการอย่างไร และเกิดเจ็บป่วยด้วยสาเหตุใด หรือในกรณีคนไข้ฝากครรภ์ที่ อยู่ภาวะปกติ แพทย์ก็อาจแจ้งการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ หรือผลกระทบบที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น แพ้บวม อาการแพ้ท้อง การบีบสภาวะบ่อย เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามหากเกิดภาวะการณที่ผิดปกติกับคนไข้ ในกรณีที่ตรวจพบว่าคนไข้เป็นโรคร้ายแรง อาทิ มะเร็ง หรือทารกในครรภ์ผิดปกติ การสื่อสารกับคนไข้ในลักษณะนี้ต้องพิจารณาถึงสภาพจิตใจของคนไข้เป็นสำคัญ เพราะคนไข้อาจจะรู้สึกกลัว หรือเกิดความตื่นตระหนกกับข่าวร้ายได้ ดังนั้นการแจ้งข้อวินิจฉัยแก่คนไข้กรณีที่คนไข้เป็นโรคร้าย แพทย์จะใช้วิธีการที่ละมุนละม่อม ค่อยๆ บอกหรือพูดให้ดูรุนแรงน้อยที่สุด ในขณะที่เดียวกันต้องคอยพยายามสังเกตท่าทีของคนไข้ว่า สภาพจิตใจของคนไข้รับกับข่าวลักษณะนี้ได้มากแค่ไหน ถ้าแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าคนไข้คงรับไม่ไหว ซึ่งอาจทำให้คนไข้ช็อคและหมดสติได้ หากทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ ดังนั้นแพทย์อาจต้องแจ้งผลการวินิจฉัยผ่านทางญาติแทน แล้วให้ญาติค่อยๆ บอกกับคนไข้เอง เพื่อให้คนไข้ทำใจรับกับโรคของตนเองให้ได้ในที่สุด แต่อย่างไรก็ตามสูตินรีแพทย์จำเป็นต้องแจ้งผลการวินิจฉัยแก่คนไข้ เพราะเป็นสิทธิของคนไข้ที่จะต้องรับรู้ว่าจะตนเองป่วยเป็นโรคอะไร แต่วิธีการแจ้งอาจต้องพิจารณาใช้กับคนไข้เป็นรายบุคคล ทั้งนี้แพทย์ควรมีการให้กำลังใจและการปลอบใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อสภาพจิตใจของคนไข้เป็นอย่างยิ่ง

3.2 การใช้คำศัพท์วิชาการหรือศัพท์เฉพาะทางในการชี้แจงข้อวินิจฉัยแก่คนไข้

สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ค่อยใช้คำศัพท์วิชาการหรือศัพท์เฉพาะทางในการสื่อสารกับคนไข้ แต่อาจใช้บ้างในบางกรณี คือ กรณีที่คนไข้มีการศึกษาหรือมีความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์เหล่านี้มาก่อน กรณีที่คำศัพท์บางคำไม่มีคำแปลภาษาไทยที่สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจนมากพอ ซึ่งอาจต้องมีการแปลหรืออธิบายเป็นภาษาไทยกำกับไว้ทุกครั้ง จากข้อมูลของสูตินรีแพทย์ที่สอดคล้องกับคนไข้พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีการใช้คำศัพท์เหล่านี้บ้างบางครั้ง โดยคนไข้ส่วนใหญ่คิดว่าแพทย์ไม่มีความจำเป็นต้องใช้คำศัพท์วิชาการหรือศัพท์เฉพาะทางเลย เพราะไม่สามารถสื่อสารให้คนไข้เข้าใจได้

อย่างไรก็ตามอาชีพแพทย์เป็นอีกอาชีพหนึ่ง ที่มักมีการใช้ศัพท์เฉพาะทางหรือศัพท์วิชาการสื่อสารกันในแวดวงการแพทย์ ในการสื่อสารกับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค จึงพบว่าแพทย์มักจะมีการนำคำศัพท์เหล่านี้มาใช้ในการสื่อสารกับคนไข้บ้างเช่นกัน ซึ่งบางครั้งแพทย์อาจใช้เนื่องจากความเคยชิน จนทำให้เกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารกับคนไข้ได้ เนื่องจากคนไข้ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์อธิบายหรือสื่อสารกับตนเอง เพราะไม่คุ้นเคยกับคำศัพท์เหล่านั้น ในขณะที่เดียวกันเมื่อคนไข้ไม่เข้าใจก็ไม่กล้าถาม เนื่องจากรู้สึกเกรงใจแพทย์ ด้วยเหตุนี้แพทย์จึงพยายามที่จะหลีกเลี่ยงไม่ใช้คำศัพท์เหล่านี้กับคนไข้ แต่ก็ยังพบว่า ในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค มีการใช้ศัพท์ลักษณะนี้บ้าง แต่ไม่มากนัก กรณีที่แพทย์เห็นว่าจำเป็นต้องใช้ แพทย์มักมีการแปลหรืออธิบายเป็นภาษาไทยกำกับไว้ด้วย อาจใช้ในกรณีที่คนไข้มีการศึกษาหรือมีความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์เหล่านี้ หรืออาจใช้ในกรณีที่คำศัพท์บางคำไม่มีคำแปลภาษาไทยที่สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจนมากพอ

จากที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์พบข้อสังเกตที่น่าสนใจว่า สูตินรีแพทย์บางคนแม้จะปฏิเสธว่าไม่มีการใช้ศัพท์เฉพาะทางหรือภาษาต่างประเทศกับคนไข้เลย เนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น แต่ในระหว่างการสัมภาษณ์กลับพบว่า แพทย์ส่วนหนึ่งมีการใช้ศัพท์เฉพาะทาง และพูดทับศัพท์ภาษาอังกฤษค่อนข้างบ่อย โดยไม่จำเป็น ซึ่งศัพท์ภาษาอังกฤษเหล่านั้นเป็นคำที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยที่เข้าใจได้ แต่เนื่องจากแพทย์มีความเคยชินกับการพูดศัพท์เฉพาะทาง และศัพท์ภาษาอังกฤษ จึงอาจนำศัพท์เหล่านี้ไปสื่อสารกับคนไข้โดยไม่รู้ตัว ซึ่งหากเป็นคนไข้ที่มีความรู้ไม่มากนักก็จะไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์สื่อสาร และเกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารได้ ตัวอย่างเช่น คำว่า approach, address, fact, accept เป็นต้น ด้วยเหตุนี้แพทย์จึงควรระมัดระวังในการใช้ศัพท์เฉพาะทาง และการพูดทับศัพท์ภาษาอังกฤษในการสื่อสารกับคนไข้ เพราะอาจเป็นสาเหตุให้เกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารระหว่างกันได้

4. การอธิบายวิธีการรักษา

โดยทั่วไปในการอธิบายการรักษา สูตินรีแพทย์มักจะสื่อสารในลักษณะของการอธิบายวิธีการรักษาและระยะเวลาในการรักษา การอธิบายยา การแนะนำวิธีการดูแลตัวเองสำหรับคนไข้ หรือการนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป ซึ่งการเลือกวิธีการรักษาเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งในการอธิบายวิธีการรักษา โดยหลังจากที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าคนไข้ป่วยเป็นโรคอะไร แพทย์จะต้องมีการพิจารณาเลือกวางแผนในการรักษาว่าจะรักษาด้วยวิธีใด เช่น การรักษาด้วยยา การผ่าตัด การฉายรังสี เป็นต้น รวมถึงการระบุระยะเวลาในการรักษาด้วย

ในกรณีที่มีทางเลือกในการรักษามากกว่าหนึ่งวิธี ส่วนใหญ่สูตินรีแพทย์มักให้คนไข้เป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง โดยแพทย์จะเป็นผู้อธิบายถึงข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี แล้วให้คนไข้ตัดสินใจเลือก เนื่องจากเป็นสิทธิอันชอบธรรมของคนไข้ และในขณะเดียวกันคนไข้ต้องรับผิดชอบต่อผลที่จะตามมา เพราะเป็นสิ่งที่มาจากการตัดสินใจของคนไข้เอง ซึ่งคนไข้จะได้ไม่มากกล่าวโทษหรือเกิดกรณีฟ้องร้องแพทย์ได้ในภายหลัง

สำหรับลักษณะการอธิบายวิธีการรักษาของแพทย์มักเป็นการพูดในเชิงบงการบังคับ (commanding function) คู่สนทนามากกว่าที่จะเป็นการพูดในเชิงบอกเล่ารายงาน (reporting function) ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วแพทย์ควรอธิบายวิธีการรักษาคนไข้ด้วยการบอกเล่ารายงาน โดยอธิบายถึงข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีให้กับคนไข้ แล้วให้คนไข้เป็นผู้ตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าแพทย์มักใช้การพูดเชิงบงการบังคับ โดยบางครั้งแพทย์มักจะเสนอความคิดเห็นส่วนตัว หรือเสนอทางเลือกที่ตนเองถนัดสอดแทรกเข้าไปในการอธิบาย ซึ่งแพทย์บางคนก็ยอมรับว่า บางครั้งแพทย์ก็ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาในลักษณะที่ชี้นำคนไข้ เช่น บอกว่าวิธีนี้หมอนัด หากเลือกอีกวิธีหนึ่งหมอนัดอาจไม่ค่อยถนัดเท่าที่ควร เป็นต้น เมื่อคนไข้ได้ฟังเช่นนั้นก็มักตัดสินใจเลือกไปตามการชี้นำของแพทย์ ดังนั้นแพทย์จึงกลายเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจของคนไข้ไปในที่สุด นอกจากนี้ในการอธิบายวิธีการรักษา การอธิบายยา หรือการแนะนำวิธีการดูแลตัวเองสำหรับคนไข้ ว่าคนไข้ควรปฏิบัติตัวอย่างไร ควรรับประทานยาแบบใด เมื่อใดนั้น แสดงให้เห็นถึงลักษณะการพูดในเชิงบงการบังคับของแพทย์ที่ใช้สื่อสารกับคนไข้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากบุคลิกภาพที่มักดูเคร่งขรึมอยู่ตลอดเวลา และมีสถานะภาพของแพทย์ที่สูงกว่าคนไข้ (ถิรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์, 2528)

ทั้งนี้แม้ว่าคนไข้ส่วนใหญ่ต้องการที่จะเป็นผู้เลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง แต่พบว่ายังมีคนไข้ส่วนหนึ่งที่ยังคงต้องการให้แพทย์เป็นผู้เลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุดให้ เพราะเชื่อว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถย่อมเลือกได้ดีกว่าตนเอง ถึงแม้ว่าแพทย์จะพยายามเปิดโอกาสให้คนไข้ได้เลือกและตัดสินใจด้วยตัวเอง แต่พบว่าคนไข้ยังให้สิทธินั้นแก่แพทย์ คนไข้ส่วนหนึ่งยังคงเชื่อและนับถือในตัวของแพทย์อย่างมาก ดังนั้นไม่ว่าแพทย์จะพูดอย่างไร คนไข้ก็เชื่อ โดยคำพูดของแพทย์ถือเป็นวาจาสิทธิ์ที่คนไข้ต้องปฏิบัติตาม สำหรับลักษณะดังกล่าวนี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง การแพทย์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ซึ่งเป็นความแตกต่างทางวัฒนธรรมแพทย์กับคนไข้ในสังคมไทย โดย นิธิ เอียวศรีวงศ์ (2545) ได้กล่าวถึงเรื่องการแพทย์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจไว้ว่า ในความสัมพันธ์ของคน โดยเฉพาะระหว่างคนไข้กับหมอนั้น ปรากฏว่าหมอบแบบใหม่มีอำนาจสูงมาก เนื่องจากเวลาที่ไปหาหมอ คนไข้จะรู้สึกว่าหมอดูมีความรู้ของตนเอง พ่อแม่ก็ไม่มีภูมิความรู้อีกแล้ว จึงจำเป็นต้องไปพึ่งพาหมอในการตรวจรักษาโรค ดังนั้นคนไข้จึงต้องยอมให้ตนเองตกอยู่ภายใต้อำนาจของหมอ ทั้งนี้การที่คนไข้อยู่ภายใต้การกำกับของหมอ ไม่ได้หมายความว่าคนไข้ไม่รู้ว่ามีบทบัญญัติเกี่ยวกับจรรยาบรรณของแพทย์ หรือสิทธิของผู้ป่วย แต่โดยธรรมชาติของการรักษาพยาบาลทำให้คนไข้ตกอยู่ใต้อำนาจของหมออย่างสิ้นเชิง เพราะเมื่อเราเจ็บป่วยนั้นหมายความว่าร่างกายของเราอ่อนแอ ต้องแยกออกมาดูแลรักษาต่างหาก โดยภายใต้การกำกับดูแลของหมอนั้น ทำให้เกิดการเวียนรู้ถึงอำนาจของหมอที่มีต่อคนไข้ จะเห็นได้ว่าไม่ว่าสังคมจะเปลี่ยนไปเพียงใด แต่ในสังคมไทยยังคงให้ความยกย่องและให้อำนาจแก่แพทย์ ในฐานะที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพของผู้รู้ ที่คอยช่วยเหลือชีวิตและให้การดูแลรักษาคนในสังคม

5. การกล่าวก่อนอำลา

ในการกล่าวก่อนอำลาโดยส่วนใหญ่สูตินรีแพทย์จะเป็นผู้ยุติการสนทนา โดยมีการกล่าวก่อนอำลาเพื่อให้คนไข้ทราบว่าขณะนี้การสนทนากำลังจะสิ้นสุดลงแล้ว ซึ่งลักษณะการกล่าวอำลาของสูตินรีแพทย์มี 4 ลักษณะด้วยกัน คือ การย้ำข้อวินิจฉัยและวิธีการรักษา การปลอบใจและให้กำลังใจ การแจ้งขั้นตอนต่อไปที่คนไข้ต้องปฏิบัติ และการเปิดโอกาสให้คนไข้ซักถาม

จากการที่สูตินรีแพทย์มีสถานภาพในบริบทของการสื่อสารขณะที่ทำการตรวจรักษาโรค และมีสถานภาพทางสังคมสูงกว่าคนไข้ ดังนั้นในการสื่อสารโดยทั่วไปแพทย์มักเป็นผู้ตั้งคำถามในส่วนของการซักถามอาการและซักประวัติ ในขณะที่คนไข้มักเป็นเพียงผู้ตอบคำถาม และรับคำ

สิ่งเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจมีการสอบถามบ้างในประเด็นที่สงสัย จะเห็นได้ว่าสูตินรีแพทย์จะเป็นผู้ควบคุมการสนทนา โดยมีการกล่าวก่อนอำลาเป็นการเกริ่นนำ เพื่อให้คนไข้ทราบว่าขณะนี้การสนทนากำลังจะสิ้นสุดลง เห็นได้ว่าแพทย์จะเป็นผู้ที่ควบคุมการสื่อสารว่า การสื่อสารแต่ละครั้งควรจะสิ้นสุดเมื่อใด ทั้งนี้อาจมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา เนื่องจากจำนวนคนไข้ที่รอเข้ารับบริการอยู่มีจำนวนมาก

สำหรับการที่สูตินรีแพทย์มีบทบาทเป็นผู้กล่าวก่อนอำลานั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไลวรรณ ขนิษฐานันท์ (2538) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ภาษาในโรงพยาบาล โดยการสื่อสารของสูตินรีแพทย์มีลักษณะเช่นเดียวกับภาษาของผู้ให้บริการ กล่าวคือ สำหรับด้านเนื้อหา ผู้ให้บริการซึ่งก็คือ แพทย์ อยู่ในฐานะ “ผู้รู้” เพราะผู้ให้บริการย่อมทราบว่าต้องพูดอะไรกับผู้รับบริการซึ่งก็คือคนไข้ และการพูดนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการประกอบหน้าที่ เช่น การซักถาม หรือการอธิบายของแพทย์ ผู้ให้บริการมีสถานภาพที่เหนือกว่าผู้รับบริการ เพราะเป็นผู้เริ่มการสนทนาเป็นผู้กำหนดขอบเขตและจบการสนทนา

ด้านลักษณะภาษา หน้าที่ของผู้ให้บริการมีส่วนกำหนดว่าจะต้องพูดอะไร แต่ไม่มีส่วนกำหนดว่าจะต้องพูดอย่างไรโดยตรง ทำให้ลักษณะการใช้ภาษาของผู้ให้บริการมีความหลากหลาย และไม่อาจจะระบุแบบที่แน่นอนได้ หากแต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ผู้รับบริการ เวลา สถานที่ เป็นต้น

6. การกล่าวอำลา

จากข้อมูลของสูตินรีแพทย์และคนไข้พบว่า ส่วนใหญ่คนไข้จะเป็นผู้กล่าวคำอำลา เช่น เที่ยบร้อยนะคะ สวัสดีค่ะ, งั้นขอตัวก่อนนะคะ เป็นต้น ซึ่งเมื่อกกล่าวอำลารียบร้อยแล้ว ถือเป็น การยุติการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์ในการตรวจรักษาโรค

ทั้งนี้เมื่อแพทย์ได้มีการกล่าวก่อนอำลาแก่คนไข้ เพื่อแสดงเป็นนัยว่าการตรวจรักษาครั้งนี้ได้สิ้นสุดลงแล้ว หากคนไข้ไม่มีอะไรจะซักถามต่อไป ส่วนใหญ่คนไข้จะเป็นผู้กล่าวคำอำลา เช่น เที่ยบร้อยนะคะ สวัสดีค่ะ, งั้นขอตัวก่อนนะคะ เป็นต้น พร้อมกับยกมือไหว้แพทย์ ซึ่งเป็นไปตามกฎทางวัฒนธรรมของแพทย์และคนไข้ กล่าวคือ เมื่อแพทย์ได้กล่าวก่อนอำลา คนไข้ที่เคยเข้ารับ การตรวจจากแพทย์จะสามารถรับทราบได้ว่า หากไม่มีอะไรก็สามารถกล่าวอำลาแพทย์ได้ทันที

ซึ่งเป็นกฎทางวัฒนธรรมที่คู่สื่อสารได้เรียนรู้และรับการสั่งสมมา นอกจากนี้สถานภาพทางสังคมที่ ยกย่องให้แพทย์เป็นผู้มีความรู้ และมีหน้าที่รักษาผู้คน ทำให้คนไข้ที่เข้ารับการตรวจจากแพทย์จึง มักให้ความเคารพและยกย่องแพทย์ เห็นได้จากที่คนไข้กล่าวถ้อยคำหรือแสดงท่าทางต่อแพทย์ ด้วยความนอบน้อม ซึ่งกล่าวได้ว่าวัฒนธรรมของสังคมเป็นตัวกำหนดลักษณะความสัมพันธ์ในการ สื่อสารระหว่างกันนั่นเอง (ถิรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์, 2533)

ทั้งนี้เมื่อแพทย์และคนไข้ได้กล่าวอำลากันเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ถือเป็นการสิ้นสุดการสถานการณ์สื่อสาร (communication situation) ระหว่างสูตินรีแพทย์ในการตรวจรักษาโรค

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 2 ปัญหาใดบ้างที่พบในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค

จากการการวิเคราะห์ผลการวิจัยทั้งจากสูตินรีแพทย์และคนไข้ สามารถสรุปปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ปัญหาที่เกิดจากคนไข้ และปัญหาที่เกิดจากสูตินรีแพทย์ มีดังนี้

ปัญหาที่เกิดจากคนไข้

1. ปัญหาเกี่ยวกับการตอบคำถามและให้ข้อมูลของคนไข้ เช่น คนไข้ไม่ตอบคำถาม พูดวกไปวนมา ตอบคำถามไม่ชัดเจน หรือปกปิดความจริง
2. ปัญหาเกี่ยวกับการที่คนไข้ไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์อธิบาย
3. ปัญหาเกี่ยวกับการที่คนไข้ไม่เห็นด้วยหรือไม่เชื่อในข้อมูลของแพทย์

ปัญหาที่เกิดจากสูตินรีแพทย์

1. ภาษาของแพทย์เข้าใจยาก เนื่องจากมีการใช้ศัพท์วิชาการ ศัพท์เฉพาะทาง หรือภาษาต่างประเทศในการสื่อสารกับคนไข้
2. แพทย์ไม่ค่อยอธิบายรายละเอียด
3. บุคลิกภาพของแพทย์

4. ระยะเวลาในการสื่อสารสั้นเกินไป

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์และคนไข้ สามารถอธิบายผลได้ดังนี้

ปัญหาที่เกิดจากคนไข้

1. ปัญหาเกี่ยวกับการตอบคำถามและให้ข้อมูลของคนไข้ เช่น คนไข้ไม่ตอบคำถาม พูดวกไปวนมา ตอบคำถามไม่ชัดเจน หรือปกปิดความจริง

การที่คนไข้พูดวกไปวนมา หรือตอบคำถามไม่ชัดเจน ปัญหานี้อาจเกิดจากบุคลิกภาพของคนไข้เอง หรือส่วนหนึ่งมาจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วย คนไข้จึงมุ่งที่จะเล่าแต่อาการเจ็บป่วยของตนเอง โดยไม่สนใจฟังคำถามจากแพทย์ว่าต้องการทราบเกี่ยวกับเรื่องใด ทำให้ไม่สามารถให้คำตอบที่ชัดเจนแก่แพทย์ได้ นอกจากนี้ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความไม่รู้ของคนไข้ เนื่องจากไม่เข้าใจคำถาม ไม่คุ้นชินกับคำถามลักษณะนี้ หรืออาจไม่ทราบคำตอบของคำถามที่แพทย์ถามก็เป็นได้ เช่น ในกรณีที่แพทย์ถามว่ามีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ คนไข้บางคนอาจจำไม่ได้ หรือเข้าใจผิด จึงไม่สามารถให้คำตอบแก่แพทย์ได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากคิดว่าประจำเดือนครั้งสุดท้ายคือ นับในเดือนที่ประจำเดือนขาดไปแล้ว ซึ่งความจริงแล้วแพทย์ต้องการให้ระบุเวลาที่ประจำเดือนมาเป็นครั้งสุดท้าย ไม่ใช่เดือนที่ประจำเดือนหยุดไปแล้ว ลักษณะเช่นนี้ก็ คือความเข้าใจที่ไม่ตรงกันของแพทย์และคนไข้ ทำให้ต้องมานั่งทบทวนกันใหม่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและแม่นยำที่สุด

สำหรับสาเหตุที่คนไข้ปกปิดความจริงนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการที่คนไข้คิดว่า ความจริงที่ปกปิดไว้เป็นเรื่องไม่ดี และน่าอายเกินกว่าที่จะเปิดเผยให้คนอื่นรู้ เช่น เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การทำแท้ง เป็นต้น ซึ่งบางครั้งอาจเกิดจากความอายต่อแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับสูตินรีแพทย์เพศชาย หรือคนไข้บางคนอาจรู้สึกอายและอึดอัดที่มีพยาบาลหรือผู้ช่วยอยู่ในห้องตรวจ เพราะต้องการเปิดเผยข้อมูลให้เฉพาะแพทย์เท่านั้น หรือไม่อยากเล่าให้แพทย์ฟังเนื่องจากมีผู้ปกครองนั่งอยู่ข้างๆ ด้วย ซึ่งประเด็นต่างๆ เหล่านี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับทัศนคติ ค่านิยม และความเชื่อส่วนตัวของคนไข้เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศ เห็นได้จากที่ นิตยา มาศะวิสุทธิ และคณะ (2533) กล่าวถึงการพูดเรื่องเพศในสังคมไทยว่า ยังไม่ได้รับการยอมรับจากคนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้หญิงซึ่งส่วนใหญ่ยังคงมีความเห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องน่าอาย และไม่ต้องการที่จะเปิดเผยเรื่องเหล่านี้กับบุคคลอื่น แม้แต่เพื่อประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ก็ตาม

2. ปัญหาเกี่ยวกับการที่คนไข้ไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์อธิบาย

ปัญหาที่คนไข้ไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์อธิบาย ส่วนหนึ่งอาจมาจากบุคลิกภาพของคนไข้ ระดับการศึกษาของคนไข้ หรือมาจากการใช้ภาษาของแพทย์ ซึ่งอาจมีการอธิบายหรือใช้ภาษาที่ยากเกินไปเกินกว่าคนไข้จะเข้าใจได้

3. ปัญหาเกี่ยวกับการที่คนไข้ไม่เห็นด้วยหรือไม่เชื่อในข้อมูลของแพทย์

สำหรับปัญหาที่คนไข้ไม่เห็นด้วยหรือไม่เชื่อในข้อมูลของแพทย์นั้น ส่วนหนึ่งอาจมาจาก ระดับการศึกษาของคนไข้ ทั้งนี้พบว่าคนไข้ที่มีการศึกษาสูงย่อมสนใจในสุขภาพของตนเองมาก ดังนั้นจึงมีการค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งการที่คนไข้มีข้อมูลนั้นทำให้คนไข้สามารถสื่อสารกับ แพทย์ได้เข้าใจมากยิ่งขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็อาจทำให้เกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารระหว่างกัน ได้ เนื่องจากข้อมูลที่มีมากเกินไป อาจทำให้คนไข้เกิดความวิตกกังวลจนเกินไป หรือสร้างกรอบ ความคิดของตนเองขึ้นมา จนไม่ยอมรับฟังข้อมูลจากแพทย์

ปัญหาที่เกิดจากสตินรีแพทย์

1. ภาษาของแพทย์เข้าใจยาก เนื่องจากมีการใช้ศัพท์วิชาการ ศัพท์เฉพาะทาง หรือ ภาษาต่างประเทศในการสื่อสารกับคนไข้

ในการสื่อสารกับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค แพทย์มีการนำศัพท์เฉพาะทางหรือศัพท์วิชาการมาใช้สื่อสารกับคนไข้ โดยปราศจากคำอธิบายที่ถ่ายทอดความเข้าใจ เพราะถึงแม้ว่าคนไข้บางคนจะมีระดับการศึกษาสูง แต่หากใช้ศัพท์เฉพาะทาง คนไข้ก็ไม่สามารถเข้าใจได้เช่นกัน ทำให้รายละเอียดหรือข้อมูลที่ได้จากแพทย์ไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ทำให้เกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารได้ เมื่อแพทย์ใช้คำศัพท์ที่ยากต่อความเข้าใจของคนไข้ ในขณะเดียวกันคนไข้เองก็ไม่กล้าที่จะถามถึงแม้ว่าบางครั้งจะกล้าถาม แต่เมื่อแพทย์อธิบายให้ฟังอีกครั้งก็ยังเข้าใจไม่ชัดเจนอยู่ดี ทั้งนี้อาจมาจากพื้นฐานความรู้ความเข้าใจที่แตกต่างกัน ระดับการศึกษาของคนไข้ก็มีส่วนสำคัญ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่แพทย์ต้องคำนึงถึงในการสื่อสารกับคนไข้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิงกาญจนา เทพกาญจนา (2535) ที่ได้กล่าวถึงปัญหาในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไว้ว่า แพทย์ใช้ศัพท์วิชาการมากเกินไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ โดยที่แพทย์ไม่พยายามอธิบายโดยใช้ภาษาธรรมชาติที่ใช้กันในชีวิตประจำวัน

2. แพทย์ไม่ค่อยอธิบายรายละเอียด

ปัญหานี้อาจเกิดจากข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการรักษา โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีคนไข้จำนวนมากที่รอเข้ารับบริการ ทำให้แพทย์ไม่สามารถให้รายละเอียดได้เท่าที่คนไข้ต้องการได้ โดยจะพยายามให้รายละเอียดต่างๆ เท่าที่คิดว่าจำเป็น ส่วนรายละเอียดนอกเหนือจากนั้นคนไข้จะต้องซักถามเอาเอง หรือบางครั้งอาจมาบุคลิกภาพของแพทย์ ซึ่งบางคนไม่ค่อยชอบอธิบายรายละเอียด บอกเท่าที่จำเป็น ส่วนหนึ่งอาจคิดว่าหากบอกมากเกินไป คนไข้ก็ไม่เข้าใจอยู่ดี จึงไม่ค่อยอธิบายรายละเอียดให้แก่คนไข้

3. บุคลิกภาพของแพทย์

สตินรีแพทย์โดยเฉพาะเพศชาย บุคลิกภาพของแพทย์เป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะการที่สตินรีแพทย์ต้องซักถามอาการ ประวัติหรือตรวจร่างกายเกี่ยวกับโรคทางอวัยวะสืบพันธุ์ของคนใช้นั้น ทำให้คนไข้ส่วนหนึ่งมาพบแพทย์ด้วยความรู้สึกอาย และไม่ค่อยไว้วางใจในตัวแพทย์มากนัก ดังนั้นการที่แพทย์มีหน้าตาท่าทางดู หรือเคร่งขรึมจนเกินไป ก็อาจทำให้คนไข้รู้สึกกลัว เครียดและไม่กล้าพูดกล้าซักถามแพทย์ได้ นอกจากนั้นการที่แพทย์ไม่ยอมสบตาคนไข้ ทำให้คนไข้ไม่แน่ใจในคำพูดหรือคำตอบของแพทย์ได้เช่นกัน หรือการที่แพทย์มองหน้าคนไข้มากเกินไป อาจทำให้คนไข้รู้สึกอายและอึดอัดได้ หรือการที่แพทย์พูดเร็วจนคนไข้ฟังไม่ทันก็ทำให้เกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารระหว่างกันได้ ทั้งนี้บุคลิกภาพของคู่สื่อสาร เป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการดึงดูดใจในการสื่อสารระหว่างบุคคล ในแง่ของลักษณะดึงดูดใจคู่สื่อสาร (attractiveness) ในที่นี้หมายถึงลักษณะดึงดูดใจในด้านบุคลิกภาพ ซึ่งบุคลิกภาพที่น่าสนใจสำหรับคนๆ หนึ่ง อาจไม่น่าสนใจเลยสำหรับอีกคน ถือเป็นสิ่งที่แพทย์ต้องตระหนักในการสื่อสารกับคนไข้แต่ละบุคคลว่า แพทย์ควรวางตัวอย่างไรจึงทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารกับคนใช้น้อยที่สุด (วารุณี สุวรรณพิสิทธิ์, 2543)

4. ระยะเวลาในการสื่อสารสั้นเกินไป

ปัญหาเกี่ยวกับระยะเวลาในการสื่อสารที่สั้นเกินไปนั้น ส่วนใหญ่มาจากข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา เนื่องด้วยจำนวนคนไข้ที่มาเข้ารับบริการมีจำนวนมาก ดังนั้นในการตรวจคนไข้แต่ละราย แพทย์จึงพยายามใช้เวลาให้กระชับที่สุด เพื่อให้คนไข้ที่กำลังรอเข้ารับบริการจะได้รับบริการได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้อีกส่วนหนึ่งอาจมาจากบุคลิกของสตินรีแพทย์ด้วยเช่นกัน ซึ่งแพทย์อาจเป็นคนที่พูดไม่ค่อยเก่ง หรือไม่ชอบอธิบายอยู่แล้ว จึงไม่ได้ให้คำแนะนำแก่คนไข้อย่างเต็มที่เท่าที่ควร

ทั้งนี้จากการสำรวจปัญหาของคนไข้ในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์พบว่า ปัญหาที่คนไข้ให้ความสำคัญมากที่สุด มักเป็นปัญหาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลของแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาจากการที่แพทย์ไม่ค่อยอธิบายรายละเอียด ภาษาแพทย์เข้าใจยาก หรือระยะเวลาในการสื่อสารที่น้อยเกินไปนั้น สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการข้อมูลและรายละเอียดต่างๆ ของคนไข้ ที่ต้องการได้รับข้อมูลจากแพทย์อย่างเพียงพอ เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นหากแพทย์ไม่ปฏิบัติตามความคาดหวังของคนไข้ ส่งผลให้เกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารได้เช่นกัน ซึ่งแพทย์ควรตระหนักและให้ความสำคัญถึงความต้องการของคนไข้ในส่วนนี้ เนื่องจากเป็นสิ่งที่แพทย์พึงปฏิบัติอยู่แล้ว โดยหากแพทย์เข้าใจและเล็งเห็นถึงความสำคัญในการอธิบายรายละเอียดให้แก่คนไข้มากยิ่งขึ้น จะสามารถช่วยลดปัญหาในการสื่อสารระหว่างกัน

นอกจากนี้ยังพบปัญหาอันเนื่องมาจากสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ที่ไม่ปกติของคนไข้ เมื่อคนไข้เข้ามารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสื่อสารกับแพทย์ ทั้งนี้พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ กลัวความเจ็บปวดจากการตรวจรักษา วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเอง รู้สึกอายแพทย์ และเกิดความประหม่า เมื่อต้องเข้ารับการตรวจจากแพทย์ครั้งแรก ตามลำดับ ส่วนปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนไข้น้อยที่สุด คือ อึดอัดใจที่ต้องตอบคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์ ด้วยเหตุนี้แพทย์จึงต้องพยายามเข้าใจถึงสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของคนไข้ที่ไม่ปกตินี้ ซึ่งอาจใช้วิธีการเสริมสร้างการสื่อสารเชิงบวกเข้ามาช่วย เช่น การพูดคุยกับคนไข้เรื่องทั่วๆ ไปกับคนไข้เพื่อสร้างความคุ้นเคย การใช้อารมณ์ขันเพื่อช่วยให้บรรยากาศในการสนทนาผ่อนคลายมากขึ้น เป็นต้น ทั้งนี้การใช้วิธีเสริมสร้างการสื่อสารเชิงบวกของสูตินรีแพทย์กับคนไข้ นั้น ต้องคำนึงถึงความเหมาะสม ซึ่งต้องทำให้ถูกกับโอกาส และพิจารณาเลือกใช้กับคนไข้แต่ละบุคคล เพราะหากใช้อย่างไม่เหมาะสมอาจกลายเป็นปัญหาในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้ได้

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 3 สูตินรีแพทย์เพศชายและหญิงพบปัญหาในการสื่อสารกับคนไข้แตกต่างกันอย่างไรบ้าง

จากผลการวิจัยพบว่า ปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์เพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด แต่ปัญหาบางอย่างมีโอกาสจะพบในสูตินรีแพทย์เพศหญิงได้น้อยกว่า เช่น ปัญหาที่คนไข้ไม่กล้าตอบคำถามหรือปกปิดความจริง เนื่องจากรู้สึกอาย ในขณะที่สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่คิดว่า สูตินรีแพทย์เพศหญิงมีความได้เปรียบสูตินรีแพทย์เพศชาย เนื่อง

จากช่วยลดปัญหาความแตกต่างระหว่างเพศ ทำให้คนไข้กับแพทย์สามารถสื่อสารกันได้อย่างราบรื่นมากกว่า ในขณะที่เดียวกันคนไข้ที่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปต่างมีความเห็นเช่นเดียวกันว่า สูตินรีแพทย์เพศหญิงมีความได้เปรียบ ดังนั้นคนไข้ในกลุ่มนี้จึงมักพิจารณาแพทย์เป็นรายบุคคล ซึ่งหากสามารถเลือกแพทย์ได้ก็จะเป็นผู้เลือกแพทย์ด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการที่คนไข้ระบุว่าต้องการตรวจกับสูตินรีแพทย์เพศหญิง หรือเลือกแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยอาจได้รับทราบข้อมูลมาจากสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นสื่อบุคคลที่มีการบอกต่อๆ กันมา สื่อมวลชน สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น เนื่องจากคนไข้กลุ่มนี้มีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่า และมักมีโอกาสในการเลือกแพทย์ หรือสถานพยาบาลได้มากกว่าคนไข้ที่มีการศึกษาไม่สูงนัก ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เช่น รายได้ อาชีพ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมีโอกาสได้เลือก จึงต้องเลือกและคัดสรรสิ่งที่คิดว่าดีที่สุดให้กับตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลจากงานวิจัยของ เพ็ญพร ต๋อสกุลแก้ว (2541) เรื่อง ประสิทธิภาพของสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด” ต่ระดับความรู้ ทักษะคติ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาจะมีความตั้งใจ สนใจ เอาใจใส่และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยระดับประถมศึกษา อย่างเห็นได้ชัด เพราะในระดับการศึกษาที่สูงกว่ามีผลทำให้มีการเรียนรู้และรับรู้เรื่องราวต่างๆ ได้มากกว่าคนไข้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อจำแนกความคิดเห็นของคนไข้ ตามช่วงอายุกลับพบว่า มีลักษณะที่น่าสนใจ คือ คนไข้ในช่วงอายุ 20 – 39 ปี เห็นว่าสูตินรีแพทย์เพศหญิงไม่มีความได้เปรียบ ในขณะที่เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาพบว่า คนไข้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีต่างเห็นว่ามีไม่มีความได้เปรียบเช่นกัน ทั้งนี้อายุและระดับการศึกษาของคนไข้มีผลต่อทัศนคติที่มีต่อแพทย์ แสดงให้เห็นว่าคนไข้กลุ่มนี้ไม่ได้ให้ความสำคัญกับเพศของสูตินรีแพทย์ เนื่องจากเห็นว่าไม่ว่าจะเป็นเพศใดต่างก็เป็นแพทย์เหมือนกัน ซึ่งลักษณะเช่นนี้เป็นความคิดหรือการมองแบบเหมารวม (stereotype) คือ การที่คนไข้มีภาพหรือลักษณะของแพทย์อยู่ในมโนความคิดอยู่แล้ว โดยมองว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ที่คนไข้สามารถพึ่งพิงได้ในการรักษาโรคและบรรเทาอาการเจ็บป่วย ไม่ได้มองแพทย์ที่ตัวบุคคล ดังนั้นจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงพบว่า คนไข้ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่แทบจะไม่รู้จักชื่อแพทย์ และไม่เคยมองการเลือกแพทย์ในการเข้ารับการตรวจ แม้ว่าจะมีโอกาสเลือกหรือไม่ก็ตาม

อย่างไรก็ตามแม้ว่าสูตินรีแพทย์และคนไข้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่า สูตินรีแพทย์เพศหญิงมีความได้เปรียบสูตินรีแพทย์เพศชายในการสื่อสารกับคนไข้ แต่พบว่าปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์เพศชายและเพศหญิงกับคนไข้ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ปัญหาบางอย่างมีโอกาสที่จะพบในสูตินรีแพทย์เพศหญิงได้น้อยกว่า เช่น ปัญหาที่คนไข้ไม่กล้าตอบคำถาม ปกปิด

ความจริง เนื่องจากรู้สึกอายนี่ ซึ่งสูตินรีแพทย์เพศหญิงสามารถลดช่องว่างของความแตกต่างระหว่างเพศได้ ทำให้คนไข้รู้สึกสบายใจที่ได้พูดคุยกับสูตินรีแพทย์เพศหญิงมากกว่า และสามารถสื่อสารกันอย่างราบรื่น

ทั้งนี้สอดคล้องกับปัจจัยกำหนดความตั้งใจในการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งพบว่าความคล้ายคลึงกันของคู่สื่อสาร (Similarity) มีผลต่อความตั้งใจในการสื่อสาร เพราะโดยทั่วไปมนุษย์มักชอบสื่อสารพูดคุยกับคนที่คล้ายคลึงกับตนเอง ไม่ว่าจะเป็นความคล้ายคลึงทางกายภาพ เช่น ลักษณะสีผิว หน้าตา บุคลิกภาพ เพศ หรือความคล้ายคลึงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด เช่น ความชอบ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม ฯลฯ ทั้งนี้ทำให้คู่สื่อสารสามารถคาดเดาหรือทำนายความรู้สึกของคู่สื่อสารได้ดีขึ้น และลดความไม่แน่ใจในคู่สื่อสารลงได้บ้าง (วารุณี สุวรรณพิสิทธิ์, 2543)

ดังนั้นเมื่อคู่สื่อสารมีความแตกต่างทางกันทางสถานเพศ ย่อมมีผลต่อการสื่อสาร เพราะอาจทำให้มีช่องว่างทางวัฒนธรรมระหว่างเพศชายและหญิงเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในการสื่อสารระหว่างกันระหว่างบุคคลทั้งสองเพศนี้ ในที่นี้คือ สูตินรีแพทย์เพศชายและคนไข้ อาจทำให้คนไข้ไม่กล้าเล่าความจริง หรือไม่รู้จะอธิบายอย่างไรให้แพทย์เข้าใจ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจมาจากความอายเนื่องจากความแตกต่างทางสถานเพศนั่นเอง วัฒนธรรมระหว่างเพศชายและหญิง จึงถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อวิธีการและปัญหาในการสื่อสารระหว่างกัน

จากประเด็นเกี่ยวกับความแตกต่างทางสถานเพศระหว่างสูตินรีแพทย์เพศชายกับคนไข้เอง โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2542: 34) ได้กล่าวไว้ถึงกรณีตัวอย่างของการเคลื่อนไหวเรื่องสุขภาพของผู้หญิงในสหรัฐอเมริกาไว้อย่างน่าสนใจว่า มีกลุ่มผู้หญิงกลุ่มเล็กๆ กลุ่มหนึ่งได้รวมตัวกันเป็นองค์กรต่อสู้กับความไม่เท่าเทียมกันทางเพศในเวชปฏิบัติสมัยใหม่ ที่แพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายและผู้ขาดอำนาจการตัดสินใจโดยใช้ทักษะของผู้ชายเป็นใหญ่ กลุ่มนี้จึงรณรงค์ให้ผู้หญิงดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพด้านรีเวช ถึงขนาดฝึกกันเองเพื่อให้สามารถตรวจภายในตนเองได้ จากกรณีนี้เห็นได้ว่าผู้หญิงส่วนหนึ่งไม่สะดวกใจที่จะเข้ารับการตรวจจากแพทย์ที่เป็นเพศชาย โดยเฉพาะด้านสูตินรีเวช นั่นเพราะความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมที่มีสถานเพศแตกต่างกันนั่นเอง

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 4 คนไข้ที่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปและต่ำกว่าปริญญาตรีพบปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์แตกต่างกันอย่างไรบ้าง

ปัญหาที่พบในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์ของคนไข้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและต่ำกว่าปริญญาตรีนั้น พบว่ามีความแตกต่างกัน ซึ่งสูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่ามีความเกี่ยวข้องกัน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการที่คนไข้ไม่เห็นด้วยหรือไม่เชื่อในข้อมูลของแพทย์ หากเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาสูงก็อาจมีโอกาสมักพบปัญหาลักษณะนี้ได้มากกว่า เพราะคนกลุ่มนี้มีความใฝ่รู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง จึงมีการค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติม ขณะเดียวกันอาจทำให้คนไข้ยึดติดกับข้อมูลของตนเองมากเกินไป จนทำให้ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นจากแพทย์ ในขณะที่คนไข้ที่มีการศึกษาต่ำอาจคล้อยตามแพทย์ได้ง่ายกว่า อย่างไรก็ตามคนไข้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอาจพบปัญหาจากการที่ไม่ค่อยเข้าใจในสิ่งที่แพทย์อธิบาย หรือให้ข้อมูลไม่ชัดเจนเท่าที่ควร เป็นต้น

นอกจากนี้จากการสอบถามความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์ โดยจำแนกตามระดับการศึกษาพบว่า ปัญหาที่ทั้งสองกลุ่มพบมากที่สุด คือ ปัญหาเกี่ยวกับการที่แพทย์ไม่ค่อยให้รายละเอียดแก่คนไข้ ส่วนปัญหาที่พบรองลงมาในกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คือ แพทย์มีบุคลิกภาพที่เคร่งขรึมจนเกินไป ภาษาแพทย์เข้าใจยาก และระยะเวลาในการสื่อสารสั้นเกินไป ตามลำดับ เห็นได้ว่าคนไข้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีกลับให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดจากบุคลิกภาพของแพทย์ที่ดูเคร่งขรึมจนเกินไป รองจากปัญหาที่แพทย์ไม่ค่อยให้รายละเอียด ซึ่งถือได้ว่าบุคลิกภาพของแพทย์มีผลต่อทัศนคติและการสื่อสารของคนไข้ในกลุ่มนี้ โดยคนไข้กลุ่มนี้ต้องการให้แพทย์มีท่าทางที่เป็นมิตรและยิ้มแย้มในการสื่อสารกับคนไข้ ซึ่งจะช่วยให้บรรยากาศในการสื่อสารผ่อนคลายมากขึ้น และคนไข้จะได้กล้าพูดกล้าถามแพทย์ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะช่วยให้ปัญหาในการสื่อสารลดน้อยลง

ในขณะที่กลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปพบปัญหาเกี่ยวกับภาษาแพทย์เข้าใจยากเป็นอันดับถัดมา รองลงมา คือ ระยะเวลาในการสื่อสารสั้นเกินไป และบุคลิกภาพของแพทย์ จากผลการวิจัยนี้จะเห็นได้ว่า คนไข้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปนั้นให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลหรือการอธิบายรายละเอียดของแพทย์มาก ไม่ว่าจะเป็นปัญหาจากการที่แพทย์ไม่ค่อยให้รายละเอียด ภาษาแพทย์เข้าใจยาก หรือระยะเวลาในการสื่อสารสั้นเกินไป ทั้งนี้เนื่องจากการที่คนไข้มีการศึกษาสูงหรือมีความรู้ (knowledge) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรู้สึกนึกคิด อุดมการณ์ และความต้องการรับสารในปริมาณที่แตกต่างกัน กล่าวคือ คนไข้ที่มีการศึกษาสูงหรือมีความรู้ในระดับหนึ่งจะมีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าคนไข้ที่มีการ

ศึกษาไม่สูงนัก ดังนั้นจึงมีการค้นคว้าหาข้อมูลจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต วิทยู โทรทัศน์ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลจากงานวิจัยของ กาญจนี หวังถิรอำนาจ (2531) เรื่อง การเปิดรับข่าวสารกับความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษและชายรักร่วมเพศที่พบว่า หญิงอาชีพพิเศษและชายรักร่วมเพศที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้เรื่องโรคเอดส์สูงตามไปด้วย ในขณะที่เดียวกันในการเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ คนไข้กลุ่มนี้ก็ต้องการที่จะได้รับข้อมูลจากแพทย์อย่างเพียงพอเช่นกัน ดังนั้นเมื่อแพทย์ไม่ให้อข้อมูลตามที่คนไข้คาดหวังไว้ จึงเกิดเป็นปัญหาในการสื่อสารระหว่างกันตามมา

จากการที่ปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์ของคนไข้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและต่ำกว่าปริญญาตรี มีลักษณะที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากระดับการศึกษาของคนไข้ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ปัญหาที่พบในสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้แตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษามีผลต่อการเปิดรับและแสวงหาข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ โดยจากผลการวิจัยพบว่า ยิ่งคนไข้มีการศึกษาสูง โอกาสในการเปิดรับข้อมูลก็ยิ่งสูงขึ้นด้วย เห็นได้จากผลการวิจัยของ นันทพร อติเรกโชติกุล (2542) ที่ได้ศึกษาเรื่อง “การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะคิดกับการตรวจมะเร็งเต้านมของสตรี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา” ซึ่งพบว่าสตรีที่มีการศึกษาต่างกันมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน โดยกลุ่มปริญญาตรีมีการเปิดรับข่าวสารมากกว่ากลุ่มประถมศึกษา และมัธยมศึกษา และงานวิจัยของ วินิดา ชวนางกูร (2539) เรื่อง “การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” ที่พบว่า การศึกษาของหญิงมีครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารทั่วไปจากบิดา-มารดา วิทยู โทรทัศน์และหนังสือพิมพ์ โดยกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่า เปิดรับข่าวสารทางหนังสือพิมพ์สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

จากผลการวิจัยข้างต้นเห็นได้ว่า ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่มีการศึกษาสูงต้องการข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับตนเอง เพื่อช่วยให้เป็นคนทันสมัย และสามารถนำข้อมูลไปแลกเปลี่ยนกับผู้อื่นได้ ดังนั้นในการศึกษากลุ่มคนไข้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันนั้น จึงน่าจะมีผลต่อพื้นฐานความรู้ มุมมอง ทักษะคิด และการแสวงหาข้อมูลข่าวสารต่างๆ ของคนไข้ โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจช่วยให้คนไข้มีอำนาจต่อรองในการสื่อสารกับแพทย์มากขึ้น

นอกจากนี้จากผลการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาของคนไข้เมื่อเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ ซึ่งเป็นปัญหาเนื่องจากสภาวะจิตและอารมณ์ที่ไม่ปกติของคนไข้ นั้น หากจำแนกตามระดับการศึกษาพบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดของคนไข้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป คือ กลัวความ

เจ็บปวดจากการตรวจรักษาคิดเป็นร้อยละ 55.3 รองลงมา คือ วิตกกังวล อายแพthy ประหม่า และอดีตที่ต้องตอบคำถามเรื่องส่วนตัว ในขณะที่คนไข้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ วิตกกังวลในอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 28.3 รองลงมา คือ กลัวความเจ็บปวด ประหม่า อายแพthy และอดีตที่ต้องตอบคำถามเรื่องส่วนตัว ทั้งนี้การที่คนไข้ส่วนใหญ่มีความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย หรือเกิดความประหม่าเมื่อต้องสื่อสารกับแพทย์นั้น เป็นสภาวะความกดดันที่เกิดขึ้นกับคนไข้แทบทุกคน

โดย โรเจอร์ (Roger, 1951) ได้กล่าวถึงความวิตกกังวล (anxiety) ไว้ว่า เป็นสภาวะไม่สมดุลทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจ และหวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามตน ภาวะดังกล่าวเกิดจากความไม่กลมกลืนภายในตนเองระหว่างการรับรู้กับประสบการณ์ หรือความจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งเหตุการณ์ไม่ได้เป็นตัวทำให้เกิดความวิตกกังวลโดยตรง แต่การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นมีส่วนทำให้เกิดความวิตกกังวลด้วย หากบุคคลได้รับรู้ความกดดันมากก็มีความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ความกดดันน้อย ทั้งนี้ประสบการณ์ที่มีสิ่งสมมาอาจกลายเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เช่น คนไข้เคยผ่าตัดแล้วได้รับความเจ็บปวด จะยังมีความฝังใจกับความเจ็บปวดที่ได้รับในครั้งแรก หรือการที่ศึกษาหาข้อมูลจากหนังสือเกี่ยวกับการผ่าตัด จะส่งผลให้เกิดความกลัวและวิตกกังวล เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับถูกแปรเป็นภาพพจน์และจินตนาการต่างๆ เป็นต้น (อ้างถึงใน นัยนา รัตนมาศทิพย์, 2531: 19) ดังนั้นการที่คนไข้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีอัตราส่วนที่จะเกิดความกลัวและวิตกกังวลสูงกว่าคนไข้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากคนไข้กลุ่มนี้มีความสนใจในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองมากกว่า จึงได้ค้นคว้าหาข้อมูลจากสื่อต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

นอกจากนี้การที่คนไข้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป รู้สึกอายแพthyสูงเป็นอันดับที่ 3 ในขณะที่คนไข้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เป็นอันดับ 4 อาจเนื่องมาจากคนไข้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี มักมองแพทย์เป็นภาพรวม ไม่ได้มองแพทย์ที่ตัวบุคคล โดยมองว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ซึ่งคนไข้สามารถพึ่งได้ในการรักษาโรคและบรรเทาอาการเจ็บป่วย จึงมีความอายน้อยกว่าคนไข้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปที่มักมองแพทย์ที่ตัวบุคคล

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้

งานวิจัยเรื่อง การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค จากผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ได้อย่างชัดเจน ซึ่งลักษณะของความสัมพันธ์นี้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยที่เปลี่ยนไป กล่าวคือ ในสมัยโบราณการแพทย์ในเมืองไทยยังไม่มีหลักวิชาการมากนัก เนื่องจากคนไทยในสมัยนั้นยังคงมีความเชื่อทางไสยศาสตร์อยู่มาก ซึ่งผู้ที่จะมาเป็นแพทย์ได้นั้นจะต้องตั้งหน้าตั้งตาฝึกฝนด้วยตนเอง ด้วยการอ่านหนังสือเท่าที่หาได้ในสมัยนั้น หรือใช้วิธีการจดจำจากผู้ที่ตั้งตนเป็นแพทย์มาก่อนเป็นแบบอย่าง โดยมักอาสาเป็นผู้ติดตามคอยเป็นผู้ช่วย ซึ่งเป็นการศึกษาด้วยวิธีปฏิบัติจริง หากใครสามารถจดจำได้รวดเร็วก็สามารถเป็นแพทย์ได้ เนื่องจากในสมัยก่อนยังไม่มีโรงเรียนแพทย์ เพื่อผลิตบุคลากรทางการแพทย์เหมือนอย่างในปัจจุบัน โดยในสมัยก่อนแพทย์ที่มีชื่อเสียงมากๆ ผู้คนจะให้ความเคารพนับถือราวกับเป็นเทวดา โดยคนไข้รายใดที่ได้รับการรักษาจนหายก็มักจะตอบแทนแพทย์ด้วยเงินทองมากมายอย่างไม่เสียดาย บางรายไม่มีเงินทองก็นำสิ่งของอื่นมาให้แทน เช่น เรือกสวนไธนา บุตร ภรรยาหรือข้าทาส ทั้งนี้ในสมัยโบราณไม่มีจรรยาแพทย์เช่นในปัจจุบัน ดังนั้นหากแพทย์คนใดมีจิตใจไม่ดีก็สามารถหลอกคนไข้ได้ง่าย เนื่องจากคนไข้มีความเลื่อมใสในตัวแพทย์อยู่แล้ว

ในสมัยก่อนไสยศาสตร์เปรียบเหมือนหัวใจทางการแพทย์ แต่เมื่อคนไข้ได้รับการรักษาแล้วไม่หายจากอาการเหล่านั้น ยิ่งนับวันมีแต่ทรุดลงเรื่อยๆ ก็ได้มีการเปิดรับเอาการแพทย์แผนใหม่เข้ามาบำบัดรักษา โดยแต่เดิมการแพทย์ไทยเป็นแบบโบราณ มียาจำพวกสมุนไพร ยาพอก ยาต้ม ยาพ่น ยาทา เป็นส่วนใหญ่ ต่อมาในช่วงต้นของการสถาปนากรุงรัตนโกสินทร์ มีชาวต่างประเทศเดินทางเข้ามาติดต่อค้าขายและมีมิชชันนารีเข้ามาสอนศาสนา เมื่อมีมิชชันนารีเข้ามาเผยแพร่ศาสนา จึงได้นำเอาวิทยาการใหม่ๆ ทางด้านการแพทย์เข้ามาด้วย ซึ่งได้รับการตอบรับอย่างดีจากคนไข้ เพราะได้รับการบริการทางการแพทย์แผนใหม่ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ต่อมาในสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว เมื่อปี พ.ศ.2374 นายแพทย์บริดเลย์ได้เรียบเรียงตำราสูติศาสตร์ขึ้นถวายพระองค์ท่านเล่มหนึ่ง ชื่อว่า “คำภีร์ครรภ์รักษา” (treatise on midwifery) เนื่องจากนายแพทย์บริดเลย์ได้สังเกตเห็นว่า หญิงที่คลอดบุตรในเมืองไทยได้รับความทุกข์เวทนามาก และทารกก็มีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย ด้วยเหตุนี้จึงได้จัดพิมพ์เผยแพร่หนังสือเล่มนี้เป็นภาษาไทย โดยได้กล่าวถึงอาการของโรค วิธีบำบัดโรคฝ่ายสูติกรรมแผนปัจจุบันเอาไว้อย่างละเอียด พร้อมทั้งมีรูปประกอบกว่า 50 รูป ที่แสดงเครื่องมือและเทคนิคต่างๆ ในทางสูติกรรมมากมาย ซึ่งนับว่าเป็นตำราที่มีประโยชน์อย่างมาก ทั้งนี้จากสถิติผู้ประกอบโรคศิลป์ เมื่อสิ้นเดือน

ธันวาคม พ.ศ.2474 พบว่า ในประเทศไทยมีหมอดำแยทั้งหมด 268 คน ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นเพศหญิงทั้งสิ้น (พิชาญ พัฒนา, 2509)

สรุปได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ในสมัยโบราณนี้ เป็นไปในลักษณะไว้นื้อเชื่อใจซึ่งกันและกัน โดยคนไข้จะเห็นว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีบุญคุณต่อตนเอง แพทย์เปรียบเสมือนพ่อพระในการดูแลรักษาเมื่อยามเจ็บไข้ได้ป่วย และคนไข้ก็ให้ความเคารพนับถือแพทย์อย่างมาก ทั้งให้เกียรติและให้ค่าตอบแทนแก่แพทย์ ทำให้แพทย์มีอำนาจเหนือคนไข้ และดูเหมือนเป็นบุคคลที่ยิ่งใหญ่ในสังคมทีเดียว ซึ่งไม่ว่าแพทย์จะให้คำแนะนำเช่นใด คนไข้ก็มักจะเชื่อและทำตามเสมอ สมัยโบราณในทางสุนทรียะเวชกรรมนั้น จะมีหมอดำแยในการทำคลอดหญิงมีครรภ์ ต่อเมื่อมีการพัฒนาทางด้านการแพทย์แผนใหม่มากขึ้น จึงมีการผลิตแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสูติฯ ขึ้นมา แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในการฝากครรภ์หรือคลอดบุตรในช่วงประมาณ 20 –30 ปีที่ผ่านมาในโรงพยาบาลต่างๆ จะมีพยาบาลผดุงครรภ์ทำหน้าที่แทนแพทย์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่มีบุคลากรแพทย์ไม่มากนัก ในขณะที่มีคนไข้จำนวนมาก จึงมีแพทย์ไม่เพียงพอกับจำนวนคนไข้ นอกเสียจากว่าเกิดกรณีที่มีความผิดปกติกับทารกในครรภ์หรือคนไข้ผู้ที่มาคลอดก็จะมีแพทย์มาดูแลเป็นกรณีพิเศษ

ในปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้เปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม จากสังคมที่เคยเรียบง่ายกลายเป็นสังคมที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งวิชาชีพแพทย์ซึ่งเป็นที่อีกอาชีพหนึ่งในสังคมก็ได้เปลี่ยนบทบาทไปด้วยเช่นกัน จากเดิมที่แพทย์เป็นผู้ให้การรักษาด้วยใจและมีค่าตอบแทนตามสมควรมาเป็นลักษณะในเชิงการค้ามากขึ้น ในขณะที่เดียวกันคนไข้เองก็มีความรู้มากขึ้น โดยในสมัยก่อนคนไข้ไม่ค่อยมีความรู้ ไม่เข้าใจเรื่องเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ดังนั้นเมื่อแพทย์กำความรู้ส่วนนี้ไว้ แพทย์พูดอย่างไรคนไข้ก็ต้องเชื่อ แต่ปัจจุบันเป็นยุคของข่าวสาร คนไข้สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ง่ายและรวดเร็ว มีทั้งรายการโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับเรื่องแพทย์ ความเจริญก้าวหน้าและการค้นพบทางการแพทย์ใหม่ๆ ด้วยเหตุนี้ก็กลายเป็นว่าคนไข้สามารถเอาความรู้เหล่านั้นมาใช้ เพื่อคอยเฝ้าดูพฤติกรรมของแพทย์ จนเกิดเป็นความหวาดระแวงซึ่งกันและกันมากขึ้น

ทั้งนี้ผู้ป่วยจะมีมุมมองและแนวคิดที่ว่า แพทย์ต้องรักษาโดยไม่มีการผิดพลาด การรักษาจะมีการตายไม่ได้ การรักษาจะมีสภาวะแทรกซ้อนหรือสภาวะที่ไม่พึงประสงค์ไม่ได้ ฯลฯ ส่วนแพทย์เองก็มีความคิดว่า ต้องไม่ผิดพลาด ต้องมีหลักฐานในรักษาว่าเป็นไปในแนวทางที่ถูกต้องแล้ว สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้แพทย์กับคนไข้มีความระแวงกัน ทำให้คนไข้เกิดความคิดจะฟ้องร้องหรือร้องเรียน และแพทย์เกิดความคิดที่จะต้องระวังตนเอง (วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์, 2546) เห็นได้

จากการที่สูตินรีแพทย์เพศชาย เน้นว่าจะต้องมีบุคคลที่สามที่เป็นผู้หญิงอยู่ในห้องตรวจด้วยทุกครั้ง ในการตรวจรักษาคนไข้ ซึ่งมีสาเหตุเนื่องมาจากประสบการณ์ในอดีตที่เคยมีการฟ้องร้องกันมา ทำให้แพทย์ต้องระมัดระวังตัวเองมากยิ่งขึ้น โดยในทางสูตินรีเวชกรรม เฉพาะอย่างยิ่งกรณีนี้ที่แพทย์เป็นเพศชายและต้องตรวจโรคเกี่ยวกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของคนไข้ ซึ่งเป็นเพศหญิง ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้องค่อนข้างสูงกว่าแพทย์สาขาอื่นๆ ในประเด็นเดียวกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้เป็นสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องกันทางสังคม ในอดีตนอกจากพระสงฆ์ในพระพุทธศาสนาแล้ว “แพทย์” และครูเท่านั้น ที่ได้รับการเคารพนับถือกันในสังคม จากสภาพสังคมที่แปรเปลี่ยนไป ทำให้คนในสังคมส่วนหนึ่งมีมุมมองและทัศนคติที่มีต่อแพทย์เปลี่ยนไปเช่นกัน จากเดิมที่เคยเชื่อแพทย์ทุกอย่าง กลับกลายเป็นคอยเฝ้าดูและจับผิดพฤติกรรมของแพทย์ ซึ่งความสัมพันธ์ของแพทย์และคนไข้ที่เปลี่ยนไปเช่นนี้ ไม่อาจชี้ชัดได้ว่าเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ แต่สิ่งเหล่านี้กลับเป็นภาพสะท้อนให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า การที่สังคมได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมที่โดดเด่นขึ้นนั้น ทำให้มนุษย์รู้จักอยู่กับตัวเองมากขึ้น จึงหันมาให้การดูแลและใส่ใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นจึงได้มีการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม และให้ความสำคัญเกี่ยวกับการบริการทางด้านสุขภาพ ด้วยเหตุนี้คนไข้จึงมองแพทย์อย่างเป็นปัจเจกชน (individual) มากขึ้นกว่าแต่ก่อน ทั้งนี้เนื่องมาจากความต้องการที่จะเลือกสรรสิ่งที่ดีที่สุดให้กับตนเองนั่นเอง

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากการวิจัยเรื่อง การสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรคนี้ พบปัญหาในการสื่อสารระหว่างกันหลายประการ ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากทั้งสูตินรีแพทย์และคนไข้ ดังนั้นทั้งแพทย์และคนไข้จะต้องให้ความร่วมมือในการสื่อสารกันอย่างเต็มที่ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย คือ ต้องการให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายไป ทั้งนี้จากผลการวิจัยได้สะท้อนให้เห็นถึงมุมมองและทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อแพทย์ในการสื่อสารระหว่างกัน ด้วยเหตุนี้ทั้งแพทย์ บุคลากรทางด้านสุขภาพ สถาบันทางการแพทย์ หรือโรงเรียนแพทย์ ควรตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการสื่อสารกับคนไข้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการให้ข้อมูล การอธิบาย การเลือกใช้ภาษา ระยะเวลาในการสื่อสารหรือแม้แต่บุคลิกภาพของแพทย์ ล้วนแล้วแต่มีผลต่อมุมมองและทัศนคติของคนไข้แทบทั้งสิ้น โดยการให้ข้อมูลแก่คนไข้ ควรคำนึงถึงความสามารถในการรับรู้ของคนไข้ ซึ่ง

แตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล โดยหากบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยกันดูแลในส่วนนี้ จะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้มีแนวโน้มพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น และในขณะเดียวกันจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ปัญหาในการสื่อสารลดน้อยลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดอยู่หลายประการ สำหรับในการวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ควรมีการเพิ่มขนาดและขยายขอบเขตให้กว้างยิ่งขึ้น อาทิ เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสูตินรีแพทย์และคนไข้ เพื่อเพิ่มความแม่นยำและเที่ยงตรงของข้อมูล และขยายขอบเขตกลุ่มตัวอย่างไปในโรงพยาบาลที่อยู่ต่างจังหวัด เพื่อศึกษาเปรียบเทียบว่าในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์และคนไข้ในการตรวจรักษาโรค พบวิธีการและปัญหาในการสื่อสารแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร ซึ่งอาจทำให้พบวิธีการสื่อสารและปัญหาในการสื่อสารในประเด็นที่น่าสนใจแตกต่างกันออกไป

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ในเชิงประวัติศาสตร์ โดยเปรียบเทียบความสัมพันธ์ที่มีมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันว่ามีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง และส่งผลอย่างไรต่อการสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา แก้วเทพ. (2535). ภาพลักษณ์ของผู้หญิงในสื่อมวลชน. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจณี หวังถิระอำนวย. (2531). การเปิดรับข่าวสารกับความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ และชายรักร่วมเพศ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กึ่งกาญจณี เทพกาญจนา. (2535). รายงานการวิจัยเรื่อง การใช้ภาษาในการตรวจรักษาโรคของอายุรแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย ฝ่ายวิจัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2542). ปรากฏการณ์ชีวิตบอกอะไรแก่สังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโกลด์คิมทอง.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง, บรรณาธิการ. (2545). พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ และ พจน์ กริชไกรวรรณ, บรรณาธิการ. (2545). มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2546). อำนาจและคอรัปชั่น: ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์.
- จรัสพร กิรติเสวี. (2544). กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. ภาควิชาวาทยวิทยาและสื่อสารการแสดง บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- จัสมิน สุวรรณชีพ. (2544). การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้งของคู่สมรส. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. ภาควิชาวาทยวิทยาและสื่อสารการแสดง บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์. (2528). พฤติกรรมการสื่อสาร. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์. (2533). การสื่อสารระหว่างบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ณ ฌาน.

- นันทพร อติเรกโชติกุล. (2542). การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทัศนคติกับการตรวจมะเร็งเต้านมของสตรี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชา การประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัยนา รัตนมาศทิพย์. (2531). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของรอเจอร์ที่มี ต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา มาศะวิสุทธิและคณะ. (2533). เอกสารการสอนชุดวิชาแนวคิดไทย หน่วยที่ 7-11. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ประเวศ วะสี. (2530). รักษาโรคหรือรักษาคน. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- ปอรรถชัย ยอดเนตร. (2544). การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างพิธีกรและวิทยากรรายการสุขภาพทาง โทรทัศน์ในเชิงชาติพันธุ์วรรณาแห่งการสื่อสาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชา วาทยุทธศาสตร์และสื่อสารการแสดง บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ สถาปิตานนท์. (2545). ระเบียบวิธีวิจัยการสื่อสาร. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชนี เขยจรรยา และคณะ. (2541). แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ชั่วฟ้าไฟ.
- พิชาญ พัฒนา. (2509). ความเป็นมาของการแพทย์เมืองไทย. พระนคร: โอเดียนสโตร์.
- เพ็ญพร ต่อสกุลแก้ว. (2541). ประสิทธิผลของสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด” ต่อ ระดับความรู้ ทัศนคติ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา โทมหาบัณฑิต. ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัสสร ลิมานนท์. (2542). บทบาททางเพศ สถานภาพสตรีกับการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เมตตา วิวัฒน์านุกูล. (2545). เอกสารประกอบคำสอนรายวิชา การสื่อสารนานาชาติและการ สื่อสารต่างวัฒนธรรม. (ม.ป.ท.).
- วารุณี สุวรรณพิสิทธิ์. (2543). การสื่อสารระหว่างบุคคลในการสนับสนุนให้เกิดการทำประกัน ชีวิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาวาทยุทธศาสตร์และสื่อสารการแสดง บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินิดา ชวนางกูร. (2539). การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของ หญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิมลพัทธ์ พรหมศรีมาศ. (2543). กลวิธีการปฏิเสธในการตอบวัจนกรรมที่แสดงความปรารถนาดีในภาษาไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาภาษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลวรรณ ขนิษฐานันท์. (2528). ภาษาในโรงพยาบาล ในการใช้ภาษาไทยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ไทศาลศิลป์การพิมพ์.
- วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. (2546). ผลกระทบในสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย: ความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นในด้านการแพทย์. สารศิริราช 55 (มีนาคม 2546): 196-204.
- สมชาย สำเนียงงาม. การเลือกใช้คำสรรพนามในภาษาไทยกับแนวคิดเรื่องความสุภาพของบรรพบุรุษและเลวสิน. วารสารอักษรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. (ฉบับ ๕.ค.-พ.ค. 2544).
- สายฝน ชวาลไพบูลย์. สาวเอ๋ย ตรวจภายในกันหรือยัง?. นิตยสารรักลูก 20. (สิงหาคม 2545): 52-56.
- สิริมา เชียงเซาวิโว. (2543). การสนทนาระหว่างกุมารแพทย์กับผู้ป่วยในการตรวจรักษาโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาภาษาไทย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา คงประโคน. (2544). กลวิธีการกลบเกลื่อนในการสนทนาเรื่องเพศของคนไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาภาษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อมรา ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2544). ภาษาศาสตร์สังคม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ ชำสุวรรณ. (2545). การสื่อสารในสถานสงเคราะห์คนชราประเภทเสียค่าบริการของรัฐบาลและเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาวาทวิทยาและสื่อสารการแสดง บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อิศเรศ ดลเพ็ญ. (2544). การศึกษาการให้คำแนะนำในภาษาไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาภาษาไทย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Boesch, E. (1972). Communication between Doctors and Patients in Thailand. Part I: Survey of the Problem and Analysis of the Consultations. University of the Saar, Saarbrucken, West Germany.
- Infante, D.A., Rancer, A.S., & Womack, D.F. (1997). Building Communication Theory. Third Edition. Illinois: Waveland Press.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทัศนคติของคนไข้เมื่อถูกซักประวัติเรื่องเพศสัมพันธ์

ตารางที่ 1 แสดงทัศนคติของคนไข้เมื่อถูกซักประวัติเรื่องเพศสัมพันธ์

จำแนกตามช่วงอายุ

อายุ	รวม	ทัศนคติของคนไข้เมื่อถูกซักประวัติเรื่องเพศสัมพันธ์ (n=45)					
		อาย		ไม่พอใจ		เฉยๆ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 20 ปี	4	2	50.0	1	25.0	1	25.0
20 – 29 ปี	11	4	36.4	0	0	7	63.6
30 – 39 ปี	17	6	35.3	0	0	11	64.7
40 – 49 ปี	8	1	12.5	0	0	7	87.5
50 ปีขึ้นไป	5	0	0	0	0	5	100
รวม	45	13	28.9	1	2.2	31	68.9

ตารางที่ 2 แสดงทัศนคติของคนไข้เมื่อถูกซักประวัติเรื่องเพศสัมพันธ์

จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	รวม	ทัศนคติของคนไข้เมื่อถูกซักประวัติเรื่องเพศสัมพันธ์ (n=45)					
		อาย		ไม่พอใจ		เฉยๆ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	7	4	57.1	0	0	3	42.9
มัธยมศึกษา	8	2	25.0	0	0	6	75.0
อนุปริญญา	4	1	25.0	0	0	3	75.0
ปริญญาตรี	22	5	22.7	1	4.5	16	72.7
ปริญญาโท	4	1	25.0	0	0	3	75.0
รวม	45	13	28.9	1	2.2	31	68.9

ทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการซักถามเรื่องต่างๆ ไป

ตารางที่ 3 แสดงทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ซักถามเรื่องต่างๆ ไป

จำแนกตามช่วงอายุ

อายุ	รวม	ทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ซักถามเรื่องต่างๆ ไป					
		ชอบ		ไม่ชอบ		เฉยๆ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 20 ปี	4	4	100	0	0	0	0
20 – 29 ปี	30	20	66.6	5	16.7	5	16.7
30 – 39 ปี	28	19	67.9	6	21.4	3	10.7
40 – 49 ปี	20	15	75.0	3	15.0	2	10.0
50 ปีขึ้นไป	18	16	89.0	1	5.5	1	5.5
รวม	100	74	74.0	15	15.0	11	11.0

ตารางที่ 4 แสดงทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ซักถามเรื่องต่างๆ ไป

จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	รวม	ทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ซักถามเรื่องต่างๆ ไป					
		ชอบ		ไม่ชอบ		เฉยๆ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	15	13	86.7	2	13.3	0	0
มัธยมศึกษา	23	13	56.5	5	21.7	5	21.7
อนุปริญญา	15	12	80.0	1	6.7	2	13.3
ปริญญาตรี	43	34	79.1	6	13.9	3	7.0
ปริญญาโท	4	2	50.0	1	25.0	1	25.0
รวม	100	74	74.0	15	15.0	11	11.0

ทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์จดจำข้อมูลคนไข้ได้

ตารางที่ 5 แสดงทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์จดจำข้อมูลคนไข้ได้

จำแนกตามช่วงอายุ

อายุ	รวม	ทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์จดจำข้อมูลคนไข้ได้					
		ชอบ		ไม่ชอบ		เฉยๆ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 20 ปี	4	4	100	0	0	0	0
20 – 29 ปี	30	29	96.7	1	3.3	0	0
30 – 39 ปี	28	25	89.3	2	7.1	1	3.6
40 – 49 ปี	20	17	85.0	2	10.0	1	5.0
50 ปีขึ้นไป	18	17	94.4	1	5.6	0	0
รวม	100	92.0	92	6	6.0	2	2.0

ตารางที่ 6 แสดงทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์จดจำข้อมูลคนไข้ได้

จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	รวม	ทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์จดจำข้อมูลคนไข้ได้					
		ชอบ		ไม่ชอบ		เฉยๆ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	15	13	86.7	1	6.6	1	6.6
มัธยมศึกษา	23	21	91.3	1	4.3	1	4.3
อนุปริญญา	15	15	100	0	0	0	0
ปริญญาตรี	43	40	93.0	3	7.0	0	0
ปริญญาโท	4	3	75.0	1	25.0	0	0
รวม	100	92	92.0	6	6.0	2	2.0

ความคิดเห็นของคนไข้ที่มีต่อการใช้อารมณ์ขันของสูตินรีแพทย์

ตารางที่ 7 แสดงความคิดเห็นของคนไข้ที่มีต่อการใช้อารมณ์ขันของสูตินรีแพทย์

จำแนกตามช่วงอายุ

อายุ	รวม	ความคิดเห็นของคนไข้ที่มีต่อการใช้อารมณ์ขันของสูตินรีแพทย์					
		ควร		ไม่ควร		ควรมีบ้างตามโอกาสที่เหมาะสม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 20 ปี	4	4	100	0	0	0	0
20 – 29 ปี	30	11	36.7	2	6.7	17	56.6
30 – 39 ปี	28	9	32.1	4	14.3	15	53.6
40 – 49 ปี	20	4	20.0	1	5.0	15	75.0
50 ปีขึ้นไป	18	6	33.3	0	0	12	66.7
รวม	100	34	34.0	7	7.0	59	59.0

ตารางที่ 8 แสดงความคิดเห็นของคนไข้ที่มีต่อการใช้อารมณ์ขันของสูตินรีแพทย์

จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	รวม	ความคิดเห็นของคนไข้ที่มีต่อการใช้อารมณ์ขันของสูตินรีแพทย์					
		ควร		ไม่ควร		ควรมีบ้างตามโอกาสที่เหมาะสม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	15	7	46.7	1	6.6	7	46.7
มัธยมศึกษา	23	10	43.5	3	13.0	10	43.5
อนุปริญญา	15	5	33.3	1	6.7	9	60.0
ปริญญาตรี	43	11	25.6	1	2.3	31	72.1
ปริญญาโท	4	1	25.0	1	25.0	2	50.0
รวม	100	34	34.0	7	7.0	59	59.0

แสดงทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ขอโทษหรือบอกขั้นตอนแก่คนไข้

ตารางที่ 9 แสดงทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ขอโทษหรือบอกขั้นตอนแก่คนไข้

จำแนกตามช่วงอายุ

อายุ	รวม	ทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ขอโทษ/บอกขั้นตอนแก่คนไข้					
		ชอบ		ไม่ชอบ		เฉยๆ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 20 ปี	4	4	100	0	0	0	0
20 – 29 ปี	30	21	70.0	1	3.3	8	26.7
30 – 39 ปี	28	21	75.0	2	7.1	5	18.9
40 – 49 ปี	20	13	65.0	0	0	7	35.0
50 ปีขึ้นไป	18	15	83.3	0	0	3	16.7
รวม	100	74	74.0	3	3.0	23	23.0

ตารางที่ 10 แสดงทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ขอโทษหรือบอกขั้นตอนแก่คนไข้

จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	รวม	ทัศนคติของคนไข้ที่มีต่อการที่แพทย์ขอโทษ/บอกขั้นตอน					
		ชอบ		ไม่ชอบ		เฉยๆ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	15	7	46.7	1	6.6	7	46.7
มัธยมศึกษา	23	13	56.5	0	0	10	43.5
อนุปริญญา	15	12	80.0	1	6.6	2	13.4
ปริญญาตรี	43	39	90.7	1	2.3	3	7.0
ปริญญาโท	4	3	75.0	0	0	1	25.0
รวม	100	74	74.0	3	3.0	23	23.0

ความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความจำเป็นในการใช้ศัลพท์วิชาการ/ศัลพท์เฉพาะทาง

ตารางที่ 11 แสดงความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความจำเป็น
ในการใช้ศัลพท์วิชาการ/ศัลพท์เฉพาะทาง จำแนกตามช่วงอายุ

อายุ	รวม	ความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความจำเป็นในการใช้ ศัลพท์วิชาการ/ศัลพท์เฉพาะทางของสูตินรีแพทย์					
		จำเป็น		ไม่จำเป็น		อื่นๆ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 20 ปี	4	3	75.0	1	25.0	0	0
20 – 29 ปี	30	10	33.3	18	60.0	2	6.7
30 – 39 ปี	28	12	42.9	13	46.4	3	10.7
40 – 49 ปี	20	6	30.0	11	55.0	3	15.0
50 ปีขึ้นไป	18	5	27.8	12	66.7	1	5.5
รวม	100	36	36.0	55	55.0	9	9.0

ตารางที่ 12 แสดงความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความจำเป็น
ในการใช้ศัลพท์วิชาการ/ศัลพท์เฉพาะทาง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	รวม	ความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับความจำเป็นในการใช้ ศัลพท์วิชาการ/ศัลพท์เฉพาะทางของสูตินรีแพทย์					
		จำเป็น		ไม่จำเป็น		อื่นๆ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	15	6	40.0	6	40.0	3	20.0
มัธยมศึกษา	23	9	39.1	12	52.2	2	8.7
อนุปริญญา	15	5	33.3	9	60.0	1	6.7
ปริญญาตรี	43	14	32.5	26	60.5	3	7.0
ปริญญาโท	4	2	50.0	2	50.0	0	0
รวม	100	36	36.0	55	55.0	9	9.0

ปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์

ตารางที่ 13 แสดงปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	รวม	ปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์							
		ภาษาแพทย์ เข้าใจยาก		แพทย์ไม่ให้ รายละเอียด		บุคลิกภาพของ แพทย์		ระยะเวลาสั้น เกินไป	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	15	2	13.3	2	13.3	1	6.7	0	0
มัธยมศึกษา	23	5	21.7	6	26.1	5	21.7	3	13.0
อนุปริญญา	15	0	0	3	20.0	2	13.3	2	13.3
ปริญญาตรี	43	23	53.5	23	53.5	12	27.9	16	37.2
ปริญญาโท	4	0	0	1	25.0	2	50.0	2	50.0
รวม	100	30	30.0	35	35.0	22	22.0	23	23.0

ตารางที่ 14 แสดงปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	รวม	ปัญหาในการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์							
		ภาษาแพทย์ เข้าใจยาก		แพทย์ไม่ให้ รายละเอียด		บุคลิกภาพของ แพทย์		ระยะเวลาสั้น เกินไป	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า ปริญญาตรี	53	7	13.2	11	20.8	8	15.1	5	9.4
ตั้งแต่ปริญญาตรี ขึ้นไป	47	23	48.9	24	51.1	14	29.8	18	38.3
รวม	100	30	30.0	35	35.0	22	22.0	23	23.0

ตารางที่ 15 แสดงปัญหาของคนไข้เมื่อเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	รวม	ปัญหาของคนไข้เมื่อเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์									
		กลัวความเจ็บปวด		วิตกกังวลในอาการป่วย		อีดิอิตที่ต้องตอบคำถามส่วนตัวมากๆ		อายุแพทย์		ประหม่า เมื่อเจอครั้งแรก	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	15	4	26.7	6	40.0	1	6.7	1	6.7	3	20.0
มัธยมศึกษา	23	5	21.7	7	30.4	2	8.7	3	13.0	4	17.4
อนุปริญญา	15	3	20.0	2	13.3	1	6.7	3	20.0	1	6.7
ปริญญาตรี	43	25	58.1	16	37.6	12	27.9	16	37.2	13	30.2
ปริญญาโท	4	1	25.0	2	50.0	0	0	1	25.0	0	0
รวม	100	38	38.0	33	33.0	16	16.0	24	24.0	21	21.0

ตารางที่ 16 แสดงปัญหาของคนไข้เมื่อเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	รวม	ปัญหาของคนไข้เมื่อเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์									
		กลัวความเจ็บปวด		วิตกกังวลในอาการป่วย		อึดอัดที่ต้องตอบคำถามส่วนตัวหลายๆ		อายแพทย์		ประหม่า เมื่อเจอครั้งแรก	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าปริญญาตรี	53	12	22.6	15	28.3	4	7.5	7	13.2	8	15.1
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	47	26	55.3	18	38.3	12	25.5	17	36.2	13	27.7
รวม	100	38	38.0	33	33.0	16	16.0	24	24.0	21	21.0



ภาคผนวก ข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์สูตินรีแพทย์

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ.....นามสกุล.....
2. เพศ
 - ชาย หญิง
3. อายุ.....ปี
4. สถานภาพสมรส
 - โสด หย่า
 - สมรส หม้าย
 - แยกกันอยู่ อื่นๆระบุ.....
 จำนวนบุตร.....คน
5. ศาสนา.....
6. ท่านเป็นสูตินรีแพทย์ที่เชี่ยวชาญทางด้าน.....
7. อายุการทำงาน.....ปี
8. ปัจจุบันประจำอยู่ที่โรงพยาบาล.....
9. เพราะเหตุใด ท่านจึงเลือกศึกษาทางด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับการสื่อสารกับคนไข้

1. ในการตรวจรักษาคนไข้ ใครเป็นผู้ที่เริ่มกล่าวทักทาย อย่างไร
 - ในกรณีที่เจอกันครั้งแรก
 - ในกรณีที่เคยเจอกันหลายครั้ง.....
2. ในระหว่างพูดคุย แพทย์ใช้คำแทนตัวเอง / เรียกขานคนไข้ในแต่ละกลุ่มวัยแตกต่างกันหรือไม่ เพราะเหตุใด และแตกต่างกันอย่างไร
 - ไม่แตกต่างกัน เพราะ.....
 - แตกต่างกัน เพราะ.....

(1) วัยรุ่น	ใช้คำแทนตัวเอง.....
	ใช้คำเรียกขานคนไข้.....
(2) วัยผู้ใหญ่	ใช้คำแทนตัวเอง.....
	ใช้คำเรียกขานคนไข้.....

(3) วัยผู้สูงอายุ ใช้คำแทนตัวเอง.....

ใช้คำเรียกขานคนไข้.....

3. ในการตรวจรักษา นอกจากท่านจะซักถามถึงอาการของโรคและประวัติในการรักษาแล้ว ท่านได้สนทนาเกี่ยวกับเรื่องทั่ว ๆ ไปกับคนไข้ หรือไม่อย่างไร (กรุณายกตัวอย่าง)

.....

.....

.....

4. ในการสอบถามข้อมูลต่างๆ จากคนไข้ หากจำเป็นต้องถามเรื่องที่ส่วนตัวมากๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ เรื่องเกี่ยวกับอวัยวะเพศ ท่านใช้คำพูด/คำถามกับคนไข้อย่างไร (กรุณายกตัวอย่าง)

.....

.....

5. ในการตรวจรักษา หากต้องมีการสัมผัสคนไข้ ก่อนการสัมผัสท่านมีการพูด เพื่อบอกกล่าวคนไข้/ขอโทษคนไข้หรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

ไม่มี เพราะ.....

มี เพราะ.....

คำพูดที่ใช้ คือ.....

6. จากข้อ 7 ถ้ามี ท่านใช้คำพูดเหล่านั้นบ่อยครั้งหรือไม่ เพียงใด

เฉพาะครั้งแรกที่สัมผัส ทุกครั้งก่อนการสัมผัส

2-3 ครั้ง อื่นๆ ระบุ.....

7. ในขณะที่พูดคุยกับคนไข้ ท่านสบตากับคนไข้มากน้อยเพียงใด อย่างไร

ไม่สบตาเลย.....

นานๆ ครั้ง.....

ค่อนข้างบ่อย.....

บ่อยครั้ง.....

อื่นๆ ระบุ.....

8. เมื่อท่านตรวจพบว่าคนไข้เป็นโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง ทารกในครรภ์ผิดปกติ เป็นต้น ท่านมีวิธีแจ้งผลการตรวจแก่คนไข้อย่างไร

.....

.....

.....

9. ท่านคิดว่า การสร้างความสนิทสนมคุ้นเคยกับคนไข้ มีผลต่อการตรวจรักษา/ซักถามข้อมูลต่างๆ จากคนไข้ หรือไม่ อย่างไร (กรุณายกตัวอย่าง กรณีคนไข้ที่เพิ่งรับการตรวจครั้งแรก กับคนไข้ประจำ)

.....

.....

10. ตัวท่านให้ความสำคัญกับการสร้างความคุ้นเคยกับคนไข้มากน้อยเพียงใด อย่างไร

11. ท่านคิดว่าการจดจำข้อมูลส่วนตัวของคนไข้ได้ (กรณีคนไข้ประจำ) เช่น ชื่อลูก แผลงที่อยู่ หน้าที่การงาน เป็นต้น มีส่วนช่วยในการสร้างความคุ้นเคยกับคนไข้หรือไม่ อย่างไร

12. ท่านเคยใช้อารมณ์ขันเข้ามาช่วย ในการสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายขึ้นในระหว่างการสนทนากับคนไข้หรือไม่ อย่างไร (กรุณายกตัวอย่าง)

13. จากข้อ 13 ท่านคิดว่าการใช้อารมณ์ขัน มีผลดี/ผลเสียต่อการสื่อสารระหว่างท่านกับคนไข้อย่างไร

14. ท่านคิดว่าแพทย์ควรมีอารมณ์ขันกับคนไข้หรือไม่ เพราะเหตุใด

- ไม่ควร เพราะ.....
- ควร เพราะ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

15. ท่านให้เบอร์ติดต่อแก่คนไข้ เพื่อให้คำปรึกษา/วินิจฉัยโรคทางโทรศัพท์หรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใด

16. ในการพูดคุยกับคนไข้ ท่านใช้คำศัพท์ทางวิชาการ / ศัพท์ภาษาอังกฤษ หรือไม่ เพราะเหตุใด ถ้าใช้บ่อยครั้งแค่ไหน และท่านคิดว่าคำศัพท์ทางวิชาการจำเป็นต้องใช้หรือไม่ อย่างไร

- ไม่ใช่ เพราะ.....
- ใช่ เพราะ.....
- ความถี่ที่ใช้ ไม่ค่อยใช้ นานๆ ครั้ง
- ใช้บ้างบางครั้ง

- ค่อนข้างบ่อย
- อื่นๆ ระบุ.....

- ความจำเป็นที่ต้องใช้ ไม่ค่อยจำเป็น เพราะ.....
- จำเป็น เพราะ.....
- อื่นๆระบุ.....

17. ท่านคิดว่าคนไข้ที่เข้ามาตรวจ/รับการรักษา ควรมีความรู้หรือศึกษาเกี่ยวกับโรคนี้ๆ มาก่อนบ้างหรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใด

.....

.....

.....

18. คนไข้ส่วนใหญ่มักกลัวการตรวจภายใน หากหมอวินิจฉัยแล้วว่าจำเป็นต้องตรวจ หมอมีวิธีการพูดกับคนไข้อย่างไร ให้ลดความกลัวและเข้ารับการตรวจ

.....

.....

.....

19. จากข้อ 18 หากในกรณีที่คนไข้ไม่ยอมตรวจภายใน ท่านมีวิธีการโน้มน้าวใจคนไข้อย่างไร

.....

.....

.....

20. ในการตรวจภายในแก่คนไข้ ท่านคิดว่าในระหว่างการตรวจ ควรบอกขั้นตอนการตรวจให้คนไข้รับรู้หรือไม่ เพราะเหตุใด (เช่น ก่อนจะใส่เครื่องมือเข้า-ออก ขณะเช็ดน้ำยาให้)

- ควร เพราะ.....
- ไม่ควร เพราะ.....

21. กรณีที่มีทางเลือกในการรักษามากกว่าหนึ่งทาง ท่านจะให้คนไข้เป็นผู้เลือก โดยท่านอธิบายถึงข้อดี/ข้อเสียในแต่ละวิธี แล้วให้คนไข้ตัดสินใจเลือกเอง หรือท่านเป็นผู้เลือกวิธีที่ดีที่สุดที่สุดให้แก่คนไข้ เพราะเหตุใด

.....

.....

.....

22. ในการวินิจฉัยโรค/ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาแก่คนไข้ ท่านเคยเสนอความคิดเห็นส่วนตัวเพิ่มเติม นอกเหนือจากหลักการของแพทย์หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

23. เมื่อวินิจฉัยและให้คำแนะนำต่างๆเสร็จสิ้นแล้ว ก่อนจะกล่าวคำอำลา ท่านเปิดโอกาสให้คนไข้ซักถาม เพิ่มเติม หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

24. เมื่อการตรวจเสร็จสิ้น ท่านใช้คำพูดอย่างไร เพื่อยุติการสนทนาและกล่าวคำอำลากับคนไข้

.....

.....

.....

25. ในการสนทนากับคนไข้ โดยเฉลี่ยแล้วใครเป็นผู้ตั้งคำถามมากกว่ากัน

- แพทย์ คนไข้
- แพทย์และคนไข้เท่าๆกัน อื่นๆ ระบุ.....

26. ในการตรวจรักษาคนไข้แต่ละราย โดยเฉลี่ยท่านใช้เวลา.....นาที

ส่วนที่ 3 : ปัญหาในการสื่อสาร

1. ในการตรวจรักษาคนไข้ ท่านพบปัญหาที่เกิดจากการสื่อสารกับคนไข้หรือไม่ ถ้าพบ ปัญหาเกิดจากใคร มีปัญหาอะไรบ้าง

(เช่น คนไข้ขี้อายไม่กล้าตอบคำถาม / ไม่เข้าใจในสิ่งที่หมอบอกอธิบาย / ไม่พูดความจริง / พูดวกไปวนมา / ตอบไม่ตรงคำถาม/ วิดกกังวลเกี่ยวกับโรคมากเกินไป / คนไข้มีความเชื่อและความคิดเห็นไม่ตรงกับแพทย์ / คนไข้ค้นคว้าข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตมาตรวจสอบกับแพทย์)

แพทย์.....

.....

.....

คนไข้

.....

.....

.....

.....

2. จากข้อ 1 ท่านมีวิธีแก้ปัญหาในการสื่อสารเหล่านี้อย่างไร

.....

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่า ระหว่างสูตินรีแพทย์เพศหญิงและชาย ในการสื่อสารกับคนไข้สูตินรีแพทย์เพศหญิงได้เปรียบกว่าเพศชาย หรือไม่ เพราะเหตุใด

ไม่ได้เปรียบ เพราะ.....

.....

ได้เปรียบ เพราะ.....

.....

4. ท่านคิดว่า ระดับการศึกษาของคนไข้ มีผลต่อวิธีการและปัญหาในการสื่อสารหรือไม่ อย่างไร (กรุณายกตัวอย่าง)

.....

.....

5. ท่านคิดว่า ประสบการณ์การทำงานของท่าน มีผลต่อวิธีการและปัญหาในการสื่อสารหรือไม่ อย่างไร (กรุณายกตัวอย่าง ช่วงแรกของการทำงานเป็นอย่างไร และปัจจุบันเป็นอย่างไร สื่อสารง่ายขึ้น เกิดปัญหาน้อยลงหรือมากขึ้น)

.....

.....

6. ภายในห้องตรวจ มีบุคคลที่สามนอกเหนือจากแพทย์และคนไข้อยู่ด้วย หรือไม่

ไม่มี

มี คือ.....

7. จากข้อ 6 ในกรณีที่มิใช่ญาติคนไข้อยู่ในห้องตรวจด้วย ท่านรู้สึกว่ามีผลดี/ผลเสียต่อการสื่อสารระหว่างท่านกับคนไข้ หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

8. ในระหว่างการสนทนากับคนไข้ ท่านเคยพบคนไข้ที่ไม่เห็นด้วยและแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับท่านหรือไม่ อย่างไร (กรุณายกตัวอย่าง)

ไม่เคย

เคย.....

.....

9. จากข้อ 8 ในกรณีดังกล่าว ท่านมีวิธีการสื่อสารกับคนไข้อย่างไร

.....

.....

.....

10. ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ในการช่วยลดปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์คนไข้

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

1. คนไข้ของสูตินรีแพทย์ โรงพยาบาล.....
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หย่า
<input type="checkbox"/> สมรส	<input type="checkbox"/> หม้าย
<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....

 จำนวนบุตร.....คน
4. ศาสนา.....
5. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาโท
<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา (ปวช./ปวส.)	<input type="checkbox"/> ปริญญาเอก
6. อาชีพ

<input type="checkbox"/> นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา	<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
7. ท่านเข้ามารับการตรวจ/รักษาจากสูตินรีแพทย์กี่ครั้ง

<input type="checkbox"/> 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> 6-10 ครั้ง
<input type="checkbox"/> 2-5 ครั้ง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
8. ท่านเคยเข้าตรวจกับสูตินรีแพทย์.....คน
ได้แก่ (1).....โรงพยาบาล.....
.....
(2).....โรงพยาบาล.....
(3).....โรงพยาบาล.....
(4).....โรงพยาบาล.....
9. กรณีที่ท่านเคยเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ทั้งจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน แพทย์ให้การดูแลและรักษาต่างกันหรือไม่ อย่างไร
.....
.....
10. ท่านเป็นผู้เลือกแพทย์และโรงพยาบาลเองหรือไม่ เพราะเหตุใด
.....
.....

11. ในกรณีที่พบแพทย์มากกว่า 1 คน สาเหตุที่เปลี่ยนแพทย์เพราะเหตุใด

.....

.....

.....

12. สูตินรีแพทย์ที่ท่านเข้ารับการตรวจเป็นเพศหญิงหรือชาย อย่างไร

- เพศชาย.....คน โรงพยาบาล.....
- เพศหญิง.....คน โรงพยาบาล.....

13. ท่านเข้าตรวจรักษากับสูตินรีแพทย์ เพราะเหตุใด

- ฝากครรภ์ ตรวจเซลล์มะเร็ง
- คลอดบุตร วางแผนครอบครัว
- ตรวจสุขภาพหลังคลอด อื่นๆ ระบุ.....

14. หากท่านสามารถเลือกสูตินรีแพทย์ได้ ท่านต้องการเข้ารับการตรวจรักษากับสูตินรีแพทย์เพศหญิงหรือชาย เพราะเหตุใด

- สูตินรีแพทย์ เพศหญิง เพราะ.....
- สูตินรีแพทย์ เพศชาย เพราะ.....
- สูตินรีแพทย์ทั้งเพศหญิงและชาย เพราะ.....

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารกับแพทย์

1. เมื่อท่านเข้าไปในห้องตรวจ ท่านที่พบแพทย์ ใครเป็นผู้ที่เริ่มกล่าวทักทาย และกล่าวทักทายอย่างไร

- ในกรณีที่เจอกันครั้งแรก
- ในกรณีที่เคยเจอกันหลายครั้ง.....

2. ในระหว่างพูดคุย ท่านใช้คำแทนตัวเอง/ใช้คำเรียกขานแพทย์ และแพทย์ใช้คำเรียกขานท่านอย่างไร

- ใช้คำแทนตัวเอง
- ใช้คำเรียกขานแพทย์.....
- แพทย์ใช้คำเรียกขานท่าน.....

3. กรณีที่ท่านเคยพบสูตินรีแพทย์มากกว่า 1 คน ท่านคำใช้แทนตัวเอง/ใช้คำเรียกขานแพทย์แต่ละคน แตกต่างหรือไม่ เพราะเหตุใด อย่างไร

- ไม่แตกต่างกัน เพราะ.....
- แตกต่างกัน เพราะ.....
- คำแทนตัวเอง..... - คำเรียกขานแพทย์.....

4. กรณีที่ท่านเคยเข้าตรวจรักษากับแพทย์คนเดียวกันมากกว่า 1 ครั้ง สถานการณ์ในการสื่อสารครั้งแรกกับครั้งถัดมา แตกต่างหรือไม่อย่างไร (กรุณายกตัวอย่าง)

.....

.....

.....

5. ท่านรู้สึกอย่างไร เมื่อต้องเข้าตรวจรักษากับสูตินรีแพทย์ในครั้งแรก (กลัว/ประหม่า/วิตกกังวล) เพราะเหตุใด

.....

.....

6. ขณะที่แพทย์ทำการตรวจรักษา นอกจากแพทย์จะซักถามถึงอาการของโรคและประวัติในการรักษาแล้ว แพทย์ได้สนทนา/พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่ว ๆ ไป/เรื่องส่วนตัวของท่านบ้างหรือไม่ อย่างไร (ถ้ามีกรรณายกตัวอย่าง)

.....

.....

7. จากข้อ 6 ถ้ามี ท่านรู้สึกอย่างไร เพราะเหตุใด

ไม่ชอบ เพราะ.....

ชอบ เพราะ.....

อื่นๆ ระบุ.....

8. ขณะที่ตรวจรักษา ท่านเคยพูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับเรื่องทั่ว ๆ ไป/ซักถามข้อมูลส่วนตัวของแพทย์ (เช่น เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ แหล่งที่อยู่) หรือไม่อย่างไร (ถ้ามีกรรณายกตัวอย่าง)

.....

.....

9. ในกรณีที่แพทย์จำเป็นต้องถามเรื่องที่ส่วนตัวมากๆ จากท่าน เพื่อเป็นข้อมูลในการวินิจฉัยโรค เช่น การมีเพศสัมพันธ์ เรื่องเกี่ยวกับอวัยวะเพศ แพทย์ใช้คำพูด/คำถามอย่างไร หากไม่เคยถาม ท่านคิดว่าแพทย์ควรใช้คำใดที่แทนความหมายถึงการมีเพศสัมพันธ์ ที่ทำให้รู้สึกว่าคุณภาพและไม่อึดอัดใจที่จะตอบคำถาม (กรรณายกตัวอย่าง)

.....

.....

10. จากข้อ 9 หากแพทย์เคยถามท่าน เมื่อท่านได้ฟังคำถามจากแพทย์ ท่านรู้สึกอึดอัดใจที่จะตอบคำถามหรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

.....

11. ในการตรวจรักษา หากแพทย์จำเป็นต้องมีการสัมผัสตัวของท่าน ก่อนการสัมผัสแพทย์มีการใช้คำพูด เพื่อบอกกล่าว/ขอโทษท่านหรือไม่ ถ้ามีใช้คำพูดอย่างไร

ไม่มี

มี คำพูดที่ใช้ คือ

12. จากข้อ 11 ในการที่แพทย์มี/ไม่มีคำพูดก่อนการสัมผัส ท่านมีความรู้สึกอย่างไร เพราะเหตุใด

.....

.....

13. จากข้อ 12 ถ้ามี แพทย์ใช้คำพูดเหล่านั้นบ่อยครั้งแค่ไหน และท่านต้องการให้แพทย์ใช้บ่อยแค่ไหน เพราะเหตุใด

- เฉพาะครั้งแรกที่สัมผัส ทุกครั้งก่อนการสัมผัส
- 2-3 ครั้ง อื่นๆ ระบุ.....

14. ในขณะที่พูดคุยกับแพทย์ ท่านสบตากับแพทย์มากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด

- ไม่สบตาเลย.....
- นานๆ ครั้ง.....
- ค่อนข้างบ่อย.....
- บ่อยครั้ง.....
- อื่นๆ ระบุ.....

15. ในกรณีที่ท่านเคยเข้ารับการตรวจ แล้วพบว่าตนเองเป็นโรคร้าย เช่น มะเร็ง ทารกในครรภ์ผิดปกติ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ เป็นต้น แพทย์มีวิธีแจ้งผลการตรวจแก่ท่านอย่างไร และเมื่อได้ฟังท่านรู้สึกอย่างไร

16. จากข้อ 15 หากท่านมีความวิตกกังวล/กลัว เกี่ยวกับผลการตรวจที่แพทย์แจ้งแก่ท่าน แพทย์มีการปลอบ/ให้กำลังใจท่านหรือไม่ อย่างไร และท่านรู้สึกอย่างไร

17. ท่านคิดว่า หากท่านความสนิทสนมคุ้นเคยกับแพทย์ มีผลต่อการที่แพทย์ตรวจรักษา/ซักถามข้อมูลต่างๆ จากท่าน หรือไม่ อย่างไร

18. ท่านคิดว่า การที่แพทย์จดจำข้อมูลส่วนตัวของคนไข้ได้ (กรณีคนไข้ประจำ) เช่น ชื่อลูก แหล่งที่อยู่ หน้าที่การงาน เป็นต้น มีส่วนช่วยในการสร้างความคุ้นเคยกับคนไข้หรือไม่ เพราะเหตุใด

19. จากข้อ 18 หากแพทย์จดจำข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านได้ ท่านรู้สึกอย่างไร เพราะเหตุใด

- ไม่ชอบ เพราะ.....
- ชอบ เพราะ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

20. ในระหว่างการพูดคุย แพทย์/ตัวท่านเอง เคยใช้อารมณ์ขันเข้ามาช่วย ในการสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายขึ้น ในระหว่างการสนทนาหรือไม่ อย่างไร

.....
.....
21. ท่านคิดว่าการใช้อารมณืขัน มีผลดี/ผลเสียต่อการสื่อสารระหว่างท่านกับแพทย์อย่างไรบ้าง

.....
.....
22. ท่านคิดว่าแพทย์ควรมีอารมณืขันกับคนไข้หรือไม่ เพราะเหตุใด

- ไม่ควร เพราะ.....
- ควร เพราะ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

23. แพทย์เคยให้เบอร์ติดต่อแก่ท่าน เพื่อให้คำปรึกษา/วินิจฉัยโรคทางโทรศัพท์หรือไม่อย่างไร ถ้าเคย ในกรณี
ที่ท่านเคยรับการตรวจกับสูตินรีแพทย์มากกว่า 1 คน แพทย์ทุกคนให้เบอร์ติดต่อหรือไม่ อย่างไร

.....
.....
24. ในการพูดคุยกับแพทย์ แพทย์มีการใช้คำศัพท์ทางวิชาการ / ศัพท์ภาษาอังกฤษ หรือไม่ ถ้าใช่ บ่อยครั้ง
แค่ไหน

- ไม่ใช่
- ใช่
 - ความถี่ที่ใช้ ไม่ค่อยใช้ นานๆครั้ง
 - ใช้บ้างบางครั้ง
 - ค่อนข้างบ่อย
 - อื่นๆ ระบุ.....

25. จากข้อ 24 หากแพทย์เคยใช้ศัพท์ทางวิชาการ/ศัพท์ภาษาอังกฤษระหว่างการพูดคุยกับท่าน ท่านเข้าใจ
ศัพท์เหล่านั้นหรือไม่ อย่างไร

.....
.....
26. จากข้อ 25 ในกรณีที่ท่านไม่เข้าใจคำศัพท์เหล่านั้น ท่านเคยถาม/บอกแพทย์หรือไม่ อย่างไร

.....
.....
27. จากข้อ 26 เมื่อท่านบอก แพทย์มีการอธิบายเพิ่มเติมหรือไม่อย่างไร และท่านเข้าใจมากขึ้นหรือไม่อย่างไร

.....
.....
28. ท่านคิดว่าแพทย์จำเป็นต้องใช้คำศัพท์ทางวิชาการหรือไม่ อย่างไร

29. ท่านคิดว่าคนไข้ที่เข้ามาตรวจ/รับการรักษาจากแพทย์ ควรมีความรู้หรือศึกษาเกี่ยวกับโรคนี้ๆ มาก่อน บ้างหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

.....
.....

30. ท่านมีความคิดเห็นรู้สึกอย่างไรต่อ "การตรวจภายใน" (ก่อนตรวจและหลังตรวจ)

.....
.....
.....

31. ท่านเคยตรวจภายในหรือไม่ หากเคย เมื่อท่านรู้จากแพทย์ว่าต้องตรวจท่านรู้สึกอย่างไร เพราะเหตุใด หากไม่เคย ท่านคิดจะเข้ารับการตรวจภายในหรือไม่ เพราะเหตุใด

.....
.....
.....

32. จากข้อ 30 หากเคย เมื่อแพทย์วินิจฉัยแล้วว่า ท่านจำเป็นต้องตรวจภายใน แพทย์ใช้คำพูด/บอกท่านอย่างไร ให้ลดความกลัวและเข้ารับการตรวจ และตัวท่านรู้สึกคลายความกลัว/ความกังวลลงบ้างหรือไม่อย่างไร

.....
.....
.....

33. ในการตรวจร่างกาย ท่านคิดว่าในระหว่างการตรวจ แพทย์ควรบอกขั้นตอนการตรวจให้คนไข้รับรู้หรือไม่ เพราะเหตุใด (เช่น ก่อนจะใส่เครื่องมือเข้า-ออก ขณะเช็ดน้ำยาให้)

ควร เพราะ.....

ไม่ควร เพราะ.....

34. สำหรับกรณีที่มีทางเลือกในการรักษามากกว่าหนึ่งทาง ท่านรู้สึกพอใจ/ต้องการให้แพทย์ใช้วิธีใด และแพทย์ที่ท่านเข้ารับการตรวจส่วนใหญ่ใช้วิธีใด

วิธีที่ 1 แพทย์จะให้ท่านเป็นผู้เลือก โดยจะอธิบายถึงข้อดี/ข้อเสียในแต่ละวิธี แล้วให้ท่านตัดสินใจเลือกเอง

วิธีที่ 2 แพทย์เป็นผู้เลือกวิธีที่ดีที่สุดให้แก่ท่าน

.....
.....

35. ในการวินิจฉัยโรค/ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาแก่คนไข้ แพทย์เคยเสนอความคิดเห็นส่วนตัวเพิ่มเติม นอกเหนือจากการพูดตามหลักวิชาการหรือไม่ อย่างไร

.....
.....

36. เมื่อวินิจฉัยและให้คำแนะนำต่างๆเสร็จสิ้นแล้ว ก่อนจะกล่าวคำอำลา แพทย์เปิดโอกาสให้คนไข้ซักถามเพิ่มเติม หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

37. เมื่อการตรวจเสร็จสิ้น แพทย์ใช้คำพูดอย่างไร เพื่อยุติการสนทนาและกล่าวคำอำลากับคนไข้

.....

.....

.....

38. ในการสนทนากับแพทย์ โดยเฉลี่ยแล้วใครเป็นผู้ตั้งคำถามมากกว่ากัน

แพทย์

คนไข้

แพทย์และคนไข้เท่าๆกัน

อื่นๆ ระบุ.....

39. โดยเฉลี่ยแล้ว แพทย์ใช้เวลาในการตรวจรักษาท่าน ประมาณ.....นาที

40. ในกรณีที่ท่านเคยรับการตรวจจากสูตินรีแพทย์มากกว่า 1 คน แพทย์แต่ละท่านใช้เวลาตรวจ โดยเฉลี่ยแล้วแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 : ปัญหาในการสื่อสาร

2. ในการพูดคุยกับแพทย์ ท่านพบปัญหาที่เกิดจากการสื่อสารกับแพทย์หรือไม่ ถ้าพบ ปัญหาเกิดจากใคร มีปัญหาอะไรบ้าง (เช่น รู้สึกอายนอกไม่กล้าตอบคำถาม / ไม่เข้าใจในสิ่งที่หมออธิบาย / หมอมีหน้าตาท่าทางดู / วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมากเกินไป / แพทย์ให้ข้อมูลน้อยเกินไป /ระยะเวลาในการตรวจรักษาสั้นเกินไป)

ไม่พบ

พบ

แพทย์.....

คนไข้.....

2. จากข้อ 1 ท่านมีวิธีแก้ปัญหานี้หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่า ระหว่างสูตินรีแพทย์เพศหญิงและชาย ในการพูดคุย/สอบถามอาการของคนไข้ สูตินรีแพทย์เพศหญิงได้เปรียบกว่าเพศชาย หรือไม่ เพราะเหตุใด

ไม่ได้เปรียบ เพราะ.....

.....

ได้เปรียบ เพราะ.....

.....

4. ภายในห้องตรวจ มีบุคคลที่สามนอกเหนือจากแพทย์และคนไข้อยู่ด้วย หรือไม่

ไม่มี

มี คือ.....

5. ในกรณีที่หากพยาบาลอยู่ในห้องตรวจด้วย ท่านจะรู้สึกอึดอัด/ลำบากใจที่จะต้องพูดเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวของท่านหรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

.....

6. หากเลือกได้ท่านต้องการให้ใครอยู่ในห้องตรวจ นอกเหนือจากท่านกับแพทย์หรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

.....

7. ในระหว่างการสนทนากับแพทย์ ท่านเคยไม่เห็นด้วยหรือแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับแพทย์หรือไม่ อย่างไร

ไม่เคย

เคย.....

.....

8. จากข้อ 7 ในกรณีที่ท่านแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้ง แพทย์แสดงปฏิกิริยา/พูดกับท่านอย่างไร

.....

.....

9. ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ในการช่วยลดปัญหาในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบสอบถามคนไข้

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ปริญญาโท คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ในการตรวจรักษาโรค ลักษณะคำถามจะมุ่งเน้นถึงวิธีการสื่อสารเพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาที่พบในการสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์กับคนไข้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์เท่านั้น มีใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นใดทั้งสิ้น

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนตัว

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนตัว

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หย่า
<input type="checkbox"/> สมรส	<input type="checkbox"/> หม้าย
<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....

 จำนวนบุตร.....คน
3. ศาสนา.....
4. การศึกษา

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> ปริญญาโท	<input type="checkbox"/> ปริญญาเอก
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา	<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
6. ท่านเคยเข้ารับการตรวจรักษาจากสูตินรีแพทย์มาแล้วกี่ครั้ง

<input type="checkbox"/> 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> 6-10 ครั้ง
<input type="checkbox"/> 2-5 ครั้ง	<input type="checkbox"/> มากกว่า 10 ครั้ง
7. ท่านเคยเข้าตรวจกับสูตินรีแพทย์ทั้งหมด.....คน เพศชาย..... คน เพศหญิง..... คน

ได้แก่

(1).....	โรงพยาบาล.....
(2).....	โรงพยาบาล.....
(3).....	โรงพยาบาล.....

8. ในกรณีที่ท่านเข้าตรวจกับสูตินรีแพทย์มากกว่า 1 คน สาเหตุที่เปลี่ยนแพทย์เพราะเหตุใด
- เปลี่ยนตามความสะดวกของตัวเอง เพื่อน / คนรู้จักแนะนำสูตินรีแพทย์คนใหม่ให้
- ต้องการตรวจกับสูตินรีแพทย์เพศหญิง ไม่ไว้วางใจ / ไม่มั่นใจในตัวแพทย์คนเดิม
- ต้องการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา อื่นๆ ระบุ.....
9. ในการเข้ารับการตรวจรักษาจากสูตินรีแพทย์ ท่านเคยตัดสินใจเลือกแพทย์ด้วยตนเองบ้างหรือไม่
- เลือกด้วยตนเอง ไม่เคย เพราะทางโรงพยาบาลจัดให้
10. ในการเข้ารับการตรวจจากสูตินรีแพทย์ ส่วนใหญ่ท่านมักจะพิจารณาจากเหตุผลใด
- พิจารณาจากโรงพยาบาล
- ใกล้บ้าน
- คุณภาพในการรักษาและวินิจฉัยโรค
- ประทับใจในบริการ
- บัตรประกันสังคม
- อื่นๆ ระบุ.....
- พิจารณาจากแพทย์
- รู้จักคุ้นเคยกับแพทย์มาก่อน
- มีเพื่อน/คนรู้จักแนะนำให้
- ความประทับใจแรกพบกับแพทย์
- อื่นๆ ระบุ.....
11. หากสามารถเลือกแพทย์ได้ ท่านต้องการเข้ารับการตรวจรักษาจากสูตินรีแพทย์เพศหญิงหรือชาย
- สูตินรีแพทย์ เพศหญิง สูตินรีแพทย์ เพศชาย
- สูตินรีแพทย์ทั้งเพศชายและหญิง อื่นๆ ระบุ.....
12. ท่านเข้ารับการตรวจรักษาจากสูตินรีแพทย์ เนื่องจากสาเหตุใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ฝากครรภ์ คลอดบุตร
- ตรวจสอบสุขภาพหลังคลอด ตรวจเซลล์มะเร็ง
- โรคทางนรีเวช (ติดเชื้อ / ปวดระดู)
- วางแผนครอบครัว
- วัยหมดระดู ครรภ์ไข่ปลาอุก
- มีบุตรยาก อื่นๆ ระบุ.....
13. ท่านเข้ารับการตรวจรักษาจากสูตินรีแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด เนื่องจากสาเหตุใด
-
-
-

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับการสื่อสารกับสูตินรีแพทย์

1. เมื่อท่านเข้าไปในห้องตรวจ ท่านที่พบแพทย์ ใครเป็นผู้ที่เริ่มกล่าวทักทาย และกล่าวทักทายว่าอย่างไร

- (1.1) ในกรณีที่เจอกันครั้งแรก
- แพทย์..... ตัวท่าน
- (1.2) ในกรณีที่เคยเจอกันหลายครั้ง (หากท่านเพิ่งเข้ารับการตรวจเป็นครั้งแรกไม่ต้องตอบข้อ 1.2)
- แพทย์ ตัวท่าน
2. ในระหว่างพูดคุย ท่านใช้คำแทนตัวเองและใช้คำเรียกขานแพทย์อย่างไร
- คำแทนตัวเอง คำเรียกขานแพทย์.....
3. กรณีที่ท่านเคยพบสูตินรีแพทย์มากกว่า 1 ท่าน ท่านคำใช้แทนตัวเอง/ใช้คำเรียกขานแพทย์แต่ละคน แตกต่างหรือไม่
- แตกต่างกัน ไม่แตกต่างกัน
4. ภายในห้องตรวจ มีบุคคลที่สามนอกเหนือจากแพทย์และท่านอยู่ด้วยหรือไม่ ถ้ามีคือใคร
- มี..... ไม่มี
5. หากเลือกได้ ท่านต้องการให้ใครอยู่ในห้องตรวจ นอกเหนือจากท่านกับแพทย์หรือไม่
- ต้องการ คือ..... ไม่ต้องการ
- อื่นๆ ระบุ.....
6. ขณะที่ตรวจรักษา แพทย์มีการสนทนาและพูดคุยกับท่าน เกี่ยวกับเรื่องทั่วไปหรือเรื่องส่วนตัวของท่านบ้างหรือไม่ (เช่น เรื่องบุตร เรื่องการเรียน/การทำงาน เรื่องดินฟ้าอากาศ)
- มี ไม่มี
7. จากข้อ 4 ถ้ามี ท่านรู้สึกอย่างไร เพราะเหตุใด
- ชอบ ไม่ชอบ
- อื่นๆ ระบุ.....
8. ในกรณีที่เข้ารับการตรวจจากแพทย์คนเดียวกันหลายครั้ง หากแพทย์จดจำข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านได้ เช่น ชื่อลูก แหล่งที่อยู่ หน้าที่การงาน เป็นต้น ท่านรู้สึกอย่างไร
- ชอบ ไม่ชอบ
- อื่นๆ ระบุ.....
9. สูตินรีแพทย์ที่ท่านเข้ารับการตรวจรักษา เคยจดจำข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านได้หรือไม่
- เคย ไม่เคย
- อื่นๆ ระบุ.....
10. จากข้อ 9 ท่านรู้สึกอย่างไร
- ชอบ ไม่ชอบ
- อื่นๆ ระบุ.....
11. ท่านคิดว่า หากท่านมีความสนิทสนมคุ้นเคยกับแพทย์แล้ว มีส่วนช่วยทำให้ท่านรู้สึกสบายใจและกล้าที่จะพูดคุยกับแพทย์มากขึ้นหรือไม่ เพราะเหตุใด
- มี ไม่มี
- อื่นๆ ระบุ.....

12. ท่านคิดว่าสูตินรีแพทย์ควรมีอารมณ์ขันกับคนไข้หรือไม่ เพราะเหตุใด
- ควร ไม่ควร
- ควรมีบ้างตามโอกาสที่เหมาะสม อื่นๆ ระบุ.....
13. แพทย์เคยถามท่านเกี่ยวกับเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อเป็นข้อมูลในการวินิจฉัยโรคหรือไม่ หากเคย แพทย์ใช้คำพูดใดที่แทนความหมายถึง "การใช้ถุงยางอนามัย" หากไม่เคย ท่านต้องการให้แพทย์ใช้คำพูดใด
- เคย ไม่เคย
- คำพูดที่ใช้ คือ ถุงยางอนามัย ร่วมเพศ
- มีเชือก ทำการบ้าน
- นอน มีอะไรกัน
- ยุง อื่นๆ ระบุ.....
14. จากข้อ 12 หากแพทย์เคยถาม เมื่อท่านได้ฟังคำถามจากแพทย์ ท่านรู้สึกอย่างไร
- อาย โกรธ/ไม่พอใจ
- เฉยๆ อื่นๆ ระบุ.....
15. ในการตรวจรักษา หากแพทย์จำเป็นต้องมีการสัมผัสตัวของท่าน ก่อนการสัมผัสแพทย์มีการใช้คำพูดเพื่อเป็นการบอกกล่าวหรือขอโทษท่านหรือไม่
- มี ไม่มี
16. จากข้อ 15 ถ้ามี แพทย์ใช้คำพูดเหล่านั้นบ่อยครั้งแค่ไหน (ถ้าไม่มี ข้ามไปตอบข้อ 13)
- เฉพาะครั้งแรกที่สัมผัส
- ทุกครั้งก่อนการสัมผัส
- เฉพาะบริเวณที่เห็นว่าจำเป็น (เช่น ตรวจครรภ์ ตรวจเต้านม)
- อื่นๆ ระบุ.....
17. จากข้อ 15 การที่แพทย์มีหรือไม่มีคำพูดก่อนการสัมผัส ท่านมีความรู้สึกอย่างไร
- พอใจ ไม่พอใจ
- อื่นๆ ระบุ.....
18. ในขณะที่พูดคุยกับแพทย์ ท่านสบตากับแพทย์มากน้อยเพียงใด
- นานๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย
- ตลอดเวลาที่พูดคุย อื่นๆ ระบุ.....
19. ในการพูดคุยกับแพทย์ แพทย์มีการใช้คำศัพท์ทางวิชาการ / ศัพท์ภาษาอังกฤษ หรือไม่ ถ้าใช่ บ่อยครั้งแค่ไหน
- ใช่ ความถี่ที่ใช้ คือ ใช้บ้างบางครั้ง
- ค่อนข้างบ่อย
- บ่อยครั้ง
- อื่นๆ ระบุ.....
- ไม่เคยใช้

20. จากข้อ 19 หากแพทย์ใช้ศัพท์ทางวิชาการ/ศัพท์ภาษาอังกฤษขณะที่พูดคุยกับท่าน ท่านเข้าใจคำศัพท์เหล่านั้นหรือไม่
- ไม่เข้าใจเลย เข้าใจทุกคำ
- เข้าใจบ้างเป็นบางครั้ง อื่นๆ ระบุ.....
21. จากข้อ 20 ในกรณีที่ท่านไม่เข้าใจคำศัพท์เหล่านั้น หรือเข้าใจบ้างเป็นบางครั้ง ท่านเคยถามแพทย์หรือไม่
- เคย ไม่เคย
22. จากข้อ 21 หากเคย เมื่อท่านบอก แพทย์มีการอธิบายเพิ่มเติมหรือไม่ หากมี ช่วยทำให้ท่านเข้าใจมากขึ้นหรือไม่
- แพทย์อธิบายเพิ่มเติม ทำให้ท่านรู้สึก เข้าใจมากขึ้น
- แพทย์ไม่ได้อธิบายเพิ่มเติม ยังไม่เข้าใจ
- อื่นๆ ระบุ.....
23. ท่านคิดว่าแพทย์จำเป็นต้องใช้คำศัพท์ทางวิชาการ/ศัพท์ภาษาอังกฤษหรือไม่ เพราะเหตุใด
- จำเป็น ไม่จำเป็น
- อื่นๆ ระบุ.....
24. ท่านมีความคิดเห็นและรู้สึกอย่างไรต่อ “การตรวจภายใน”
- ตอนที่ยังไม่เคยตรวจ กลัวเจ็บ เฉยๆ เป็นเรื่องปกติ
- รู้สึกอาย อื่นๆ ระบุ.....
- หลังจากที่ตรวจแล้ว กลัวเจ็บ เฉยๆ เป็นเรื่องปกติ
- รู้สึกอาย อื่นๆ ระบุ.....
25. ในระหว่างที่แพทย์ทำการตรวจร่างกายของท่าน ท่านคิดว่าแพทย์ควรบอกขั้นตอนการตรวจให้ท่าน รับรู้หรือไม่
- ควร ไม่ควร
- อื่นๆ ระบุ.....
26. ท่านคิดว่า ในการพูดคุยสอบถามอาการ และตรวจรักษาคนไข้ สูตินรีแพทย์เพศหญิงได้เปรียบกว่า เพศชายหรือไม่
- ได้เปรียบ ไม่ได้เปรียบ
27. สำหรับกรณีที่มีทางเลือกในการรักษามากกว่าหนึ่งทาง ท่านต้องการให้แพทย์ใช้วิธีใด และแพทย์ที่ท่าน เข้ารับการตรวจส่วนใหญ่ใช้วิธีใด
- วิธีที่ 1 แพทย์จะให้ท่านเป็นผู้เลือก โดยจะอธิบายถึงข้อดี/ข้อเสียในแต่ละวิธี แล้วให้ท่านตัดสินใจเลือกเอง
- วิธีที่ 2 แพทย์เป็นผู้เลือกวิธีที่ดีที่สุดให้แก่ท่าน
- (27.1) วิธีที่ท่านต้องการให้แพทย์ใช้ วิธีที่ 1 วิธีที่ 2
- (27.2) วิธีที่แพทย์ใช้ วิธีที่ 1 วิธีที่ 2

28. เมื่อวินิจฉัยและให้คำแนะนำต่างๆเสร็จสิ้นแล้ว ก่อนกล่าวคำอำลา แพทย์เปิดโอกาสให้คนไข้ซักถามเพิ่มเติมหรือไม่

- เปิดโอกาส ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม

29. เมื่อการตรวจเสร็จสิ้น ใครเป็นผู้ที่เริ่มกล่าวอำลา (สวัสดิ์ครับ/ค่ะ)

- แพทย์ คนไข้
 อื่นๆ ระบุ.....

30. ในการสนทนากับแพทย์ โดยเฉลี่ยแล้วใครเป็นผู้ตั้งคำถามมากกว่ากัน

- แพทย์ คนไข้
 แพทย์และคนไข้เท่าๆกัน อื่นๆ ระบุ.....

31. โดยเฉลี่ยแล้ว แพทย์ใช้เวลาในการตรวจรักษาท่านครั้งละประมาณ.....นาที

32. ในการพูดคุยกับแพทย์ ท่านเคยรู้สึกหรือต้องเผชิญกับสถานการณ์ใดต่อไปนี้บ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- กลัวความเจ็บปวด ในการตรวจรักษา
 วิดกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วย
 อึดอัดใจที่ต้องตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวมากๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ อาการของโรค
 รู้สึกอายแพทย์
 ระยะเวลาในการตรวจรักษาแต่ละครั้งสั้นเกินไป
 แพทย์ให้รายละเอียดและข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโรค และขั้นตอนการดูแลรักษาตัวน้อยเกินไป
 แพทย์ใช้คำศัพท์/ภาษาที่เข้าใจยากเกินไป
 เกิดความประหม่า เมื่อเจอกันครั้งแรก
 แพทย์มีท่าทาง-หน้าตาดู น่ากลัว ไม่ค่อยยิ้มแย้ม
 แพทย์อารมณ์ดี ตลก ยิ้มแย้มมากเกินไป จนรู้สึกไม่สบายใจ
 อื่นๆ ระบุ.....

33. ในระหว่างการสนทนากับแพทย์ ท่านเคยไม่เห็นด้วยหรือแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับแพทย์หรือไม่

- เคย ไม่เคย

34. ท่านได้ค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการของโรค และการดูแลสุขภาพทางด้านสูตินรีเวชหรือไม่

- เคย ไม่เคย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิตตาภรณ์ กล่อมแดง เกิดวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2523 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร คณะมนุษยศาสตร์ เอกวรรณกรรมสำหรับเด็ก ในปี 2545 ได้เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท หลักสูตรนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย